

#### Redaktion

M. Cierpka, Heidelberg  
B. Strauß, Jena

Mariane Krause<sup>1</sup> · Olga María Fernández<sup>1</sup> · Barbara Bräutigam<sup>2</sup>

<sup>1</sup> Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile, Santiago, Chile

<sup>2</sup> Fachbereich Soziale Arbeit, Bildung und Erziehung, Hochschule Neubrandenburg, Neubrandenburg, Deutschland

# Ergebnisqualität von psychotherapeutischen Prozessen mit Jugendlichen

## Einflussfaktoren in der Anfangsphase therapeutischer Prozesse

**„Und allem Anfang wohnt ein Zauber – und manches Hindernis – inne“.**

### Hintergrund

Im Rahmen dieses Beitrags werden neben der Berücksichtigung der therapeutischen Allianz und dem Auftreten von Veränderungsindikatoren insbesondere die Kommunikationsformen zwischen Therapeut und Patient dargestellt. Diese geben der Untersuchung zufolge bereits in den ersten 3 Sitzungen einen Hinweis darauf, ob der Jugendliche die Therapie regulär beenden und ob sie positive Effekte erzielen wird. Im Kontext der Psychotherapieforschung mit Kindern und Jugendlichen ist diese Herangehensweise als relativ neu zu bezeichnen, auch weil sie ausdrücklich die Perspektive der Jugendlichen in die Bewertung des therapeutischen Prozesses und dessen Ergebnis einbezieht.

Nach wie vor gibt es erheblich weniger empirische Studien im Bereich der Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie als im Bereich der Psychotherapie mit Erwachsenen (Carlberg et al. 2009), auch wenn die generelle Wirksamkeit von Psychotherapie mit Kindern und Jugendlichen mittlerweile als gut belegt gilt (Weisz et al. 2005). Zumeist steht die Reduktion von Symptomen im Vordergrund (Fonagy et al. 2002). Die Perspektive der Kinder und Jugendlichen auf den therapeutischen Prozess wird dagegen nur selten berücksichtigt, wobei sie auch häufig von

der ihrer Therapeuten abweicht (Fenton et al. 2001). In Latein- und Mittelamerika wird von ungefähr 17 Mio. Jugendlichen ausgegangen, die unter einer behandlungsbedürftigen psychischen Störung leiden (Organización Mundial de la Salud 2003). In Chile wird eine erhebliche Zunahme an Psychotherapieanfragen von und für Jugendliche verzeichnet (Almonate 2003); auch kinder- und jugendpsychiatrische Angebote sind stärker als früher nachgefragt (Pacheco et al. 2007). Gleichzeitig ist die besondere Herausforderung erkennbar, mit Jugendlichen eine tragfähige psychotherapeutische Beziehung zu etablieren. Gerade zu Beginn bzw. im Verlauf der ersten 3 Sitzungen der Therapie sind häufige Behandlungsabbrüche zu verzeichnen (Bronstein und Flanders 1998). Die Gründe dafür sind vielfältig. Zum einen suchen Jugendliche oft nur auf Druck ihrer Eltern, der Schule oder anderer Institutionen eine psychotherapeutische Behandlung auf und entwickeln nur schwer – oder eben gar nicht – eine intrinsische Therapiemotivation (Kazdin 2004). Mehr als 75 % aller Therapien beginnen ohne ein gemeinsames Zielverständnis zwischen Therapeuten, Eltern und Kindern – öfter besteht ein größeres Einverständnis zwischen Therapeuten und Eltern als mit dem Jugendlichen (Shirk et al. 2011). Zum anderen gehört es zu den zentralen Entwicklungsaufgaben von Jugendlichen, sich von den Wünschen und Erwartungen ihrer Eltern und anderer Au-

toritätsfiguren abzugrenzen und eigene Wünsche sowie Ziele zu entwickeln. Hinzu kommt die Überzeugung, nicht verstanden zu werden und somit auch keine verwertbare Hilfe von Erwachsenen bekommen zu können (Russell et al. 2008). Insofern besteht eine zentrale Herausforderung für Praktiker und Forscher darin, Erkenntnisse über die Anfangsphase der Therapie mit Jugendlichen zu gewinnen und beispielsweise Faktoren auszumachen, die die therapeutische Beziehung in dieser Phase stabilisieren und die Ergebnisqualität der therapeutischen Prozesse verbessern können. Zunehmend kann von einer in beide Richtungen verlängerten Adoleszenz ausgegangen werden, die mit einer Verfrühung in den adoleszenzspezifischen Aufgaben sowie einer Retardierung in den erwachsenenbezogenen Entwicklungsaufgaben einhergeht (Seiffge-Krenke 2012). Auch vor diesem Hintergrund ist es besonders notwendig, sich in der Psychotherapieforschung intensiv mit dieser Lebensphase zu beschäftigen.

Der hier angeführte Forschungsansatz basiert auf der „allgemeinen Veränderung“; einem Begriff, der sowohl die Untersuchungen über allgemeine Wirkfaktoren (Hubble et al. 1999; Krause 2005/2011) aufgreift, als auch den Versuch von Orlinsky und Howard (1987) abbildet, ein Modell über allen Psychotherapien gemeinsame Aspekte zu erstellen. Als zentraler allgemeiner Veränderungsfaktor gilt die Qualität der therapeutischen Allianz

(Barber et al. 2000; Horvath 2006; Orlinsky und Howard 1986), deren Zusammenhang mit der Ergebnisqualität seit über 20 Jahren in Metaanalysen stabil nachgewiesen wird (Flückinger et al. 2012). Für die Korrelation mit dem Outcome ist besonders die Anfangsphase der Therapie von Wichtigkeit (Orlinsky et al. 1994). Der Begriff der therapeutischen Allianz setzt sich nach Bordin (1976) aus den Komponenten emotionale Verbindung, Arbeitsbeziehung und Zielverständnis zusammen. Dabei handelt es sich um Dimensionen, die in den am häufigsten angewendeten Messinstrumenten und auch durch qualitative Methoden in der subjektiven Sicht der Beteiligten erfasst werden können (Krause et al. 2011). Bei Kindern und Jugendlichen spielt ebenso die therapeutische Allianz der Eltern eine wichtige Rolle (Shirk et al. 2011).

Ein weiterer zentraler Ansatz in der Psychotherapie-Prozess-Forschung ist die Suche nach Veränderungsverläufen bzw. Abfolgen von Veränderungsschritten, die – aufeinander aufbauend – letztendlich zur Wirksamkeit einer Psychotherapie führen können (Krause et al. 2014).

Während des therapeutischen Prozesses sind i. Allg. Veränderungsmomente, Indikatoren und Veränderungsepisoden von Bedeutung. Veränderungsepisoden werden seit Ende der 1980er Jahre untersucht (Elliott und Shapiro 1992). Generell werden Veränderungsepisoden als Zeitspannen oder Segmente der Beratung und Therapie verstanden, in denen Veränderung „intensiv“ stattfindet. Innerhalb der Veränderungsepisoden können per Beobachtung einzelne „Veränderungsmomente“ ausgemacht werden. Veränderungsmomente sind kurze Segmente, die oftmals weniger als eine Minute dauern und in denen sich eine Veränderung der subjektiven Sicht anhand von verbalen und nonverbalen Zeichen erkennen lässt. Diese Veränderungsmomente manifestieren sich z. B. konkret im Sprechakt, d. h., im Moment der Veränderung nutzt der Patient grammatikalisch die erste Person und den Indikativ (Reyes et al. 2008). Inhalte der Veränderung können durch „allgemeine Veränderungsindikatoren“ beschrieben werden.

Veränderungsmomente tauchen während des gesamten therapeutischen Pro-

zesses auf. Das Niveau der Veränderungsindikatoren verändert sich allerdings im Verlauf des Prozesses, d. h., in den ersten Therapiesitzungen finden sich Indikatoren eines niedrigeren Veränderungsniveaus, während sich in der Endphase Indikatoren höheren Niveaus befinden. Insgesamt deutet dies daraufhin, dass die therapeutische Veränderung aus Mikroprozessen besteht, die während der gesamten Therapie stattfinden.

Dieses Verständnis der sich entwickelnden Veränderungen – erfasst durch Veränderungsindikatoren – führt zu Fragen bezüglich des Einflusses von frühzeitigen Veränderungen auf den weiteren Verlauf und auf das Endergebnis von Psychotherapien bei Jugendlichen, die in der hier dargestellten Studie aufgegriffen werden.

Ein dritter für die Untersuchung relevanter Aspekt in der Veränderungsforschung ist die Herauskrystallisierung von schulenübergreifenden Aspekten in der Kommunikation zwischen Patient und Therapeut. Studien mit Erwachsenen zeigen Zusammenhänge zwischen spezifischen Kommunikationsformen und therapeutischer Veränderung (Fernández et al. 2012). Es stellt sich somit die Frage, ob solche Zusammenhänge auch in der Psychotherapie mit Jugendlichen zu finden sind.

## Studie

### Ziel

Im Rahmen der vorliegenden Studie sollte herausgefunden werden, welchen Einfluss die folgenden in der Anfangsphase der Psychotherapie vorkommenden Faktoren von Psychotherapien mit Jugendlichen auf die Ergebnisqualität ausüben:

- therapeutische Allianz,
- spezifische Veränderungsindikatoren sowie
- bestimmte Kommunikationsformen zwischen Therapeut und Patient.

Ergebnisqualität wird sowohl als Adhärenz (keine frühzeitige Unterbrechung) wie auch als Wirksamkeit (Endergebnis) verstanden.

## Material und Methode

### Stichprobe

Es wurden 20 Psychotherapieprozesse mit 15 weiblichen und 5 männlichen Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren in Santiago de Chile untersucht, die 8 Therapeuten unterschiedlicher Therapieschulen (tiefenpsychologisch, konstruktivistisch, systemisch, verhaltenstherapeutisch) im ambulanten Rahmen mit wöchentlichen Therapiesitzungen durchgeführt hatten. Bei den Patienten wurden depressive Störungen, Angststörungen, Störungen des Sozialverhaltens, Anpassungsstörungen und in einem Fall eine bipolare Störung diagnostiziert. Mehr als die Hälfte der Patienten waren durch einen Psychiater überwiesen worden; weitere Überweisungen waren durch die Schule oder auf Initiative der Familie erfolgt. Die Therapien verliefen im Durchschnitt über 22 wöchentlich stattfindende Sitzungen; von den begonnenen 20 Prozessen wurden 11 abgeschlossen und 9 abgebrochen (■ Tab. 1).

### Verwendete Instrumente

Die therapeutische Allianz wurde in den ersten 3 Sitzungen mithilfe der in Chile validierten Version des Horvaths Working Alliance Inventory (Santibañez 2001) aus Sicht der Patienten, Eltern und Therapeuten gemessen.

Spezifische Veränderungen während der ersten 3 Therapiesitzungen wurden mithilfe der „allgemeinen Veränderungsindikatoren“ erhoben. Dies entspricht einer observationsbasierten Methode, mit der anhand von Videos vollständiger Therapiesitzungen Veränderungsmomente erfasst und nach einem der 19 Veränderungsindikatoren benannt werden (Krause et al. 2014).

Die Ergebnisqualität der gesamten Therapie wurde mit der chilenischen Version des Lamberts Outcome Questionnaire OQ 45.2 (De la Parra et al. 2002), erhoben, wobei nach den chilenischen Normen der „reliable change index“ 17 beträgt. Dies bedeutet, dass Therapien mit einem Unterschied von 17 oder höher zwischen der ersten und letzten Sitzung als erfolgreich und Therapien mit einem geringen Wert als nichterfolgreich klassifiziert werden können.

Die verbale Kommunikation zwischen Therapeut und Patient wurde in den jeweils ersten 6 Minuten ab Beginn und den ersten 6 Minuten ab Mitte der ersten 3 Sitzungen mithilfe des Therapeutic Activity Coding System (TACS) herauskristallisiert. Das TACS ist ein manualisiertes Codierungssystem, mit dem Transkripte von Therapiesitzungen (oder Teilen dieser) Satz für Satz analysiert werden können. Jeder Sprechakt wird gleichzeitig auf 5 Dimensionen codiert. Das TACS-System unterscheidet (Valdés et al. 2010):

- zwischen kommunikativen Grundformen, zu denen „beipflichten“, „feststellen“, „verneinen“, „fragen“ und „anordnen“ gehören;
- zwischen kommunikativen Absichten, zu denen „erforschen“, „einstellen“ und „umdeuten“ zählen;
- zwischen kommunikativen Techniken, zu denen u. a. Konfrontation, Erzählung, Rollenspiel, Interpretationen, Geben von Informationen, Spiegelungen, Fantasiereisen etc. gehören,
- ob die Inhalte der Kommunikation vorwiegend Ideen, Gefühle oder Handlungen sind und
- ob der Sprecher sich auf sich selbst oder auf andere bezieht bzw. über sich oder über Dritte spricht.

### Untersuchungsablauf

Die ersten 3 Sitzungen wurden videographiert und transkribiert. Anhand der Videographien wurden Veränderungsmomente und Indikatoren von 2 unabhängigen Beobachtern identifiziert und anschließend intersubjektiv validiert bzw. diskutiert, bis ein Konsens in der Klassifizierung erreicht wurde. Veränderungsmomente, die nicht beide Beobachter als solche klassifizierten, wurden nicht in die weitere Analyse aufgenommen. Die Codierer waren therapieerfahrene und geschulte klinische Psychologen. Sie nutzten die Transskripte der Sitzungen und die Videoaufzeichnungen, um die Veränderungsindikatoren zu identifizieren. Für die Analyse der Kommunikationsformen wurde die oben beschriebene Methode des TACS verwendet.

Jeder therapeutische Prozess wurde hinsichtlich der Ergebnisqualität mit der chilenischen Version des Lamberts Outcome Questionnaire OQ 45.2 (De la Par-

Psychotherapeut DOI 10.1007/s00278-015-0037-4  
© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2015

M. Krause · O.M. Fernández · B. Bräutigam

## Ergebnisqualität von psychotherapeutischen Prozessen mit Jugendlichen. Einflussfaktoren in der Anfangsphase therapeutischer Prozesse

### Zusammenfassung

**Hintergrund.** Die vorliegende Studie befasst sich mit der Ergebnisqualität von psychotherapeutischen Prozessen mit Jugendlichen in Abhängigkeit von 1) der Qualität der therapeutischen Allianz, 2) allgemeinen Veränderungsindikatoren und 3) dem Auftreten bestimmter Kommunikationsformen in der Anfangsphase therapeutischer Prozesse. Sie konzentriert sich auf die Untersuchung der ersten 3 Therapiesitzungen und interessiert sich für mögliche Zusammenhänge dieser 3 Variablen mit positiven Effekten und dem Verbleib der jugendlichen Patienten in der Psychotherapie.

**Material und Methode.** Es wurden 20 Psychotherapieprozesse mit 15 weiblichen und 5 männlichen Jugendlichen im Alter zwischen 13 und 17 Jahren, die unter unterschiedlichen Störungsbildern litten, in Santiago de Chile untersucht. Als Instrumente zur Erfassung von prozess- und ergebnisbezogenen Variablen wurden die chilenischen Versionen des Horvaths Working Alliance Inventory, die

allgemeinen Veränderungsindikatoren, das Therapeutic Activity Coding System (TACS) und Lamberts Outcome Questionnaire OQ-45.2 verwendet.

**Ergebnisse.** Die 3 in der Anfangsphase von Therapien mit Jugendlichen gemessenen Prozessvariablen therapeutische Allianz, allgemeine Veränderungsindikatoren und Kommunikationsformen zeigen Zusammenhänge mit der Ergebnisqualität der Therapien, gemessen als Haltequote und allgemeine Wirksamkeit.

**Schlussfolgerung.** Die Ergebnisse weisen auf die Notwendigkeit hin, die Perspektive der Jugendlichen stärker in den therapeutischen Prozess einzubeziehen.

### Schlüsselwörter

Prozessforschung · Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie · Therapeutische Allianz · Kommunikation · Behandlungsergebnis

## Quality of results from psychotherapeutic processes with adolescents. Influencing factors in the initial phase of therapeutic processes

### Abstract

**Background.** This study investigated the effectiveness of therapeutic processes with adolescents depending on (1) the quality of the therapeutic relationship, (2) generic change indicators and (3) the appearance of specific forms of communication in the initial phase of therapeutic processes. The study concentrated on investigation of the first three initial therapy sessions and was interested in the possible association of these three variables with positive outcomes and in the young patients remaining in therapy.

**Material and methods.** A total of 20 therapeutic processes, which took place in Santiago de Chile, were examined. Participants were 15 female and 5 male adolescents between 13 and 17 years old and suffering from different psychological disorders. The Chilean version of Horvath's working alliance inventory, Generic Change Indicators, the Therapeutic Activity Coding System (TACS), Lambert's

outcome questionnaire OQ-45.2 and adherence in terms of completing or not completing therapy were used to assess process and outcome variables.

**Results.** The three variables measured in the initial phase of therapy with adolescents, i.e. therapeutic alliance, generic change indicators and communicative actions showed a relationship with the therapeutic results in terms of adherence to therapy as well as outcome.

**Discussion.** The results indicate the necessity of a greater inclusion of the perspective of adolescents in the therapeutic process.

### Keywords

Process research · Psychotherapy with children and adolescents · Therapeutic alliance · Communication · Treatment outcome

Tab. 1 Stichprobenbeschreibung

	Diagnostik	Anzahl (n) der Sitzungen	Schulenorientierung	Therapeutische Erfahrung (Jahre)	Anzahl der VI			VI in der Anfangsphase	Therapie beendet/abgebrochen
					Sitzung 1	Sitzung 2	Sitzung 3		
<b>Erfolgreiche Therapien</b>									
I	Adoleszenzkrise	7	Konstruktivistisch	3	2	0	9	9	Beendet
IV	Adoleszenzkrise	26	Konstruktivistisch	9	11	0	9	11	Beendet
V	Mittlere depressive Episode	20	Psychodynamisch	10	1	9	5	9	Beendet
VII	Unspezifische Angststörung	30	Konstruktivistisch	9	7	9	p/f	9	Beendet
IX	Schwere depressive Episode	8	Konstruktivistisch	9	4	p/f	9	9	Abgebrochen
XI	Schwere depressive Episode	10	Psychodynamisch	10	11	11	9	11	Abgebrochen
XVIII	Schwere depressive Episode	34	Kognitive Verhaltenstherapie	18	1	7	9	9	Beendet
XX	Zyklothymia	16	Konstruktivistisch	18	2	5	11	11	Beendet
<b>Nichterfolgreiche Therapien</b>									
II	Störung des Sozialverhaltens	3	Systemisch	9	1	p/f	2	2	Abgebrochen
III	Störung des Sozialverhaltens	3	Systemisch	9	0	0	0	0	Abgebrochen
VI	Angststörung	14	Systemisch	8	6	9	n/a	9	Beendet
VIII	Schwere depressive Episode		Systemisch	9	p/f	TID	TID	-	Abgebrochen
X	Anpassungsstörung	34	Psychodynamisch	10	7	9	5	9	Beendet
XII	Schwere depressive Episode	16	Psychodynamisch	10	0	1	1	1	Abgebrochen
XIII	Schwere depressive Episode	16	Systemisch	8	4	p/f	12	12	Beendet
XIV	Anpassungsstörung	15	Psychodynamisch	10	2	0	11	11	Beendet
XV	Schwere depressive Episode	31	Systemisch	8	7	n/a	p/f	7	Beendet
XVI	Störung des Sozialverhaltens	12	Systemisch	8	3	9	11	11	Abgebrochen
XVII	Mittlere depressive Episode	6	Kognitive Verhaltenstherapie	18	0	2	n/a	2	Abgebrochen
XIX	Anpassungsstörung	1	Systemisch	12	0	TID	TID	0	Abgebrochen

*n/a* Der Klient hat diese Sitzung nicht wahrgenommen, aber die Therapie fortgesetzt; *p/f* Probleme bei der Filmaufnahme; *TID* definitiv abgebrochene Therapie; *VI* Veränderungsindikatoren.

ra et al. 2002) erfasst. Dieser wurde zu Beginn der 1. Sitzung und nach Abschluss der letzten Sitzung von den Patienten ausgefüllt. Die Daten wurden mithilfe des Statistikprogramms SPSS-Version 15.0 ausgewertet und somit deskriptive Häufigkeiten, Verteilungen, bivariate Korrelationen, Varianzanalysen und binäre logistische Regressionen erhoben.

## Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse konzentriert sich im Wesentlichen auf gefundene Zusammenhänge zwischen Kommunikationsformen und Ergebnisqualität. Im Vorfeld werden die Ergebnisse in Bezug auf die therapeutische Allianz und die Veränderungsfaktoren skizziert.

## Therapeutische Allianz

Die vorliegende Studie zeigt einige Zusammenhänge zwischen der Qualität der frühen therapeutischen Allianz und den Ergebnissen der Therapie. Die Einschätzung der therapeutischen Allianz (3. Sitzung) seitens der Jugendlichen korrelierte mit den Endergebnissen ( $\text{coR} = -0,732$ ;  $p = 0,025$ ). Bei den Therapeuten ist dies so nicht der Fall. Des Weiteren ist die Einschätzung der Jugendlichen bezüglich der Qualität der Allianz (in der 2. und 3. Sit-

**Tab. 2** Kommunikationsformen in erfolgreichen und nichterfolgreichen Therapien

Dimensionen der Kommunikationsformen	Zeigen sich signifikant mehr in erfolgreichen Therapien	Zeigen sich signifikant mehr in nichterfolgreichen Therapien
Grundformen	Feststellen**	–
Absichten	Beipflichten***	Erforschen*
Techniken	–	Spiegelung** Informieren*
Inhalte	–	–
Bezüge	Auf die therapeutische Beziehung*** Auf sich selbst*	Bezug auf jemanden dritten*

\* $p \leq ,05$ ; \*\* $p \leq ,01$ ; \*\*\* $p \leq ,0001$ .

zung) ausschlaggebend in Bezug auf einen frühzeitigen Therapieabbruch (2. Sitzung:  $F = 8,446$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,011$ ; 3. Sitzung:  $F = 12,582$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,004$ ).

Insgesamt zeigen diese Ergebnisse, dass sich bei Therapien mit Jugendlichen der Zusammenhang zwischen der Qualität der frühen therapeutischen Allianz und den Endergebnissen ebenso feststellen lässt wie bei Therapien mit Erwachsenen. Somit ist die Sichtweise der Jugendlichen von besonderer Wichtigkeit für diesen Zusammenhang.

### Veränderungsindikatoren

Ähnlich wie bei psychotherapeutischen Prozessen mit erwachsenen Patienten ließ sich feststellen, dass das Niveau der Veränderungsindikatoren im Verlauf des therapeutischen Prozesses anstieg. (Der Unterschied zwischen dem Mittelwert der 1. und der 3. Sitzung ist signifikant:  $F = 10,843$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,006$ .) Des Weiteren fand sich ein signifikanter Unterschied zwischen erfolgreichen und nichterfolgreichen Therapien in Bezug auf den höchsten Veränderungsindikator, der in der 1. Phase erreicht wurde ( $F = 4,508$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,048$ ). Zusätzlich ermöglicht der höchste in der 1. Phase der Therapie erreichte Veränderungsindikator die Wahrscheinlichkeitsvorausage, dass das Ende der Psychotherapie erreicht wird [ $\beta = 0,369$ ,  $\text{Exp.}(B) = 1,446$ ,  $df = 1$ ,  $p = 0,02$ ].

Diese Ergebnisse zeugen von der Wichtigkeit kleinerer frühzeitiger Veränderungen in der Psychotherapie bei Jugendlichen und zwar sowohl in Bezug auf den Verbleib in der Therapie als auch in Bezug auf die Ergebnisqualität.

### Kommunikationsformen

**Wirksamkeit.** Bezüglich der auftretenden Kommunikationsformen ließ sich in den ersten 3 Sitzungen Folgendes beobachten: Bei den jugendlichen Patienten zeigten sich insgesamt hauptsächlich kommunikative Sprechakte in Form von „Feststellungen“ mit der Absicht, Informationen zu geben oder zu erfragen. Diese „Feststellungen“ erfolgten zumeist in Form von Erzählungen oder Argumentationen. Die Sprechakte der Therapeuten zielen auch darauf ab, Informationen zu geben oder einzuholen, sie erfolgen aber in der Absicht, Anschluss an die Erzählung des Patienten zu finden und das vom Patienten Gesagte neu zu deuten.

In Bezug auf die Ergebnisqualität dominierten in der Anfangsphase von erfolgreichen Therapien die Kommunikationsformen „Feststellung“ ( $z = -2,773$ ,  $p = 0,005$ ) und „Auf-den-anderen-Einstellen“ ( $z = -3,355$ ,  $p = 0,000$ ), während in den nichterfolgreichen Therapien die Kommunikationsform des „Erforschens“ vorwiegend auftrat ( $z = 2,326$ ,  $p = 0,02$ ). Bei erfolgreichen Therapien stand eher der Bezug auf den Patienten oder auf die therapeutische Beziehung im Vordergrund ( $z = -2,56$ ,  $p = 0,01$ ;  $z = -5,239$ ,  $p = 0,0002$ ); andere Personen wurden weniger thematisiert. An diesen Ergebnissen wird deutlich, dass es in der klinisch-therapeutischen Praxis mit Jugendlichen offenbar v. a. darauf ankommt, Verständnisvermögen für die jugendlichen Sichtweisen zu artikulieren und die therapeutische Beziehung zu thematisieren anstatt eine vorwiegend explorierende Haltung einzunehmen.

In **Tab. 2** sind die Kommunikationsformen verzeichnet, bei denen sig-

nifikante Unterschiede zwischen den erfolgreichen und nichterfolgreichen Therapien zu sehen sind. Diese Unterschiede sind bei folgenden Kommunikationsformen zu sehen: kommunikative Grundformen [ $\chi^2(4, N = 6459) = 15,141$ ,  $p = 0,004$ ], kommunikative Absichten [ $\chi^2(2, N = 5334) = 11,412$ ,  $p = 0,003$ ], kommunikative Techniken [ $\chi^2(6, N = 790) = 16,192$ ,  $p = 0,013$ ] und Bezug auf sich bzw. andere [ $\chi^2(5, N = 5498) = 49,620$ ,  $p = 0,000$ ]. In der Tabelle (2. und 3. Spalte) wird die dominante Kommunikationsform auf jeder Dimension beschrieben. Interessant ist, dass die Techniken „Informieren“ und „Spiegelung“ sich offenbar im Unterschied zu einer deutlichen Fokussierung auf die therapeutische Beziehung als wenig erfolgreich erweisen. Dieses unterstreicht die Nützlichkeit einer aktiven, sich selbst einbeziehenden therapeutischen Haltung gegenüber der jugendlichen Klientel.

**Haltequote.** In Bezug auf den Zusammenhang von Kommunikation und Haltequote dominieren in den beendeten Therapien eher die „Behauptungen“ ( $z = -4,799$ ,  $p = 0,0002$ ), „Dirigieren“ ( $z = -2,681$ ,  $p = 0,0073$ ), „Auf-den-anderen-Einstellen“ ( $z = -4,611$ ,  $p = 0,0002$ ), „Erzählung“ ( $z = -2,836$ ,  $p = 0,002$ ) und „Umdeuten“ ( $z = -3,33$ ,  $p = 0,0009$ ). In nichterfolgreichen Therapien lassen sich ferner „Fragen“ ( $z = 3,911$ ,  $p = 0,0002$ ), „Verneinung“ ( $z = 2,708$ ,  $p = 0,0068$ ), „Erforschungen“ ( $z = 5,822$ ,  $p = 0,0002$ ) und „Spiegelungen“ ( $z = 4,441$ ,  $p = 0,0002$ ) finden. Auch wurden eher solche Therapien zu Ende geführt, in denen eher „Bezug auf sich selbst“ ( $z = 5,414$ ,  $p = 0,0002$ ) oder „auf die therapeutische Beziehung“ ( $z = 4,315$ ,  $p = 0,0002$ ) genommen, während in den frühzeitig beendeten Therapien eher neutrale Themen ( $z = -2,515$ ,  $p = 0,05$ ) oder die Beziehung zu Dritten ( $z = -3,341$ ,  $p = 0,0002$ ) erörtert wurden. Auch hier wird deutlich, dass eine beziehungs-fokussierende therapeutische Haltung Jugendliche eher dazu motiviert, die Therapie fortzuführen.

In der **Tab. 3** sind die Kommunikationsformen beschrieben, die signifikante Unterschiede bei abgeschlossenen und abgebrochenen Therapien zeigen. Diese Unterschiede manifestieren sich

**Tab. 3** Kommunikationsformen und Haltequote

Dimensionen der Kommunikationsformen	Zeigen sich signifikant mehr in abgeschlossenen Therapien	Zeigen sich signifikant mehr in nichtabgeschlossenen Therapien
Grundformen	Feststellen*** Anordnen**	Fragen*** Verneinen**
Absichten	Beipflichten*** Umdeuten***	Erforschen***
Techniken	Erzählung**	Spiegelung***
Inhalte		
Bezüge	Bezug auf sich selbst*** Therapeutische Beziehung***	Bezug auf Dritte***

\* $p \leq ,05$ , \*\* $p \leq ,01$ , \*\*\* $p \leq ,0001$ .

in den Dimensionen: kommunikative Grundformen [ $\chi^2$  (4,  $N=6459$ ) = 37,163,  $p=0,000$ ], kommunikative Absichten [ $\chi^2$  (3,  $N=5073$ ) = 33,955,  $p=0,000$ ], kommunikative Techniken [ $\chi^2$  (6,  $N=736$ ) = 26,199,  $p=0,000$ ] und Bezüge [ $\chi^2$  (5,  $N=5236$ ) = 58,618,  $p=0,000$ ]. In der Tabelle (2. und 3. Spalte) wird die dominante Kommunikationsform auf jeder Dimension beschrieben.

## Diskussion

### Interpretation der Studienergebnisse

Die 3 in der Anfangsphase von Therapien mit Jugendlichen gemessenen Prozessvariablen therapeutische Allianz, allgemeine Veränderungsindikatoren und Kommunikationsformen zeigen Zusammenhänge mit der Ergebnisqualität der Therapien.

Die therapeutische Allianz, aus der Perspektive der Jugendlichen und teilweise auch der Therapeuten, korrelierte mit dem Therapieerfolg. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit dem in der vorhandenen Literatur beschriebenen, klaren Zusammenhang von therapeutischer Allianz und Outcome bei Erwachsenen (Horvath et al. 2011).

Des Weiteren unterscheiden sich die beendeten und die unterbrochenen Therapien in der von den Jugendlichen eingeschätzten therapeutischen Allianz. Dieses Ergebnis bestärkt das Plädoyer mehrerer Autoren bezüglich der Notwendigkeit, die Perspektive der Jugendlichen über ihre Therapie stärker zu berücksichtigen (Carlberg et al. 2009; Kazdin 2004).

Die gemessenen Veränderungsindikatoren der ersten 3 Therapiesitzungen weisen einerseits auf die Wahrscheinlichkeit des Verbleibs in der Therapie hin, und andererseits unterscheiden sie sich bezüglich des Endeffekts hinsichtlich erfolgreichen und nichterfolgreichen Psychotherapien. Letzteres zeugt von der Wichtigkeit der „kleinen Veränderungen“, die während des Therapieverlaufs stattfinden und die für dessen Kontinuität und Wirksamkeit unentbehrlich sind (Caro Gabalda 2006).

Anhand der Untersuchung der beobachteten Kommunikationsformen fällt Folgendes auf: Bei den erfolgreich abgeschlossenen Therapien ist der Dialog seitens der Jugendlichen feststellend geführt. Der Jugendliche spricht mehr über sich selbst und weniger über Dritte. Bei den Therapeuten fällt bei den erfolgreich abgeschlossenen Therapien auf, dass sie weniger fragen, sondern sich vielmehr darauf konzentrieren, den Patienten zu verstehen und sich auf ihn einzustellen sowie seinen Diskurs infrage zu stellen und neu zu deuten. Im Dialog mit dem Patienten konzentrieren sie sich auf den Patienten, aber sie thematisieren auch die therapeutische Allianz und beziehen sich selbst aktiv ein. Man könnte sagen, dass die Beziehung eher nah gestaltet wird.

In weniger erfolgreichen und frühzeitig abgebrochenen Therapien ist die Kommunikation vonseiten der Therapeuten stärker auf die Suche nach Information fokussiert. Es wird mehr von Dritten gesprochen, und der Therapeut zeigt weniger Versuche, sich auf den anderen einzustellen oder neue Deutungen anzubieten. Die Beziehungsgestaltung ist eher als dis-

tanziert zu bezeichnen. Die verbalen Äußerungen der Patienten in diesen nicht-erfolgreichen oder abgebrochenen Therapien enthalten mehr Aussagen, in denen der Patient nicht der Protagonist ist.

Diese Ergebnisse sind kohärent mit denen der Studie von Fernández et al. (2012), in der die therapeutische Kommunikation in Veränderungs- und Stagnierungsphasen, auch mithilfe des TACS, verglichen wurde.

### Limitationen

Obwohl es positiv zu werten ist, dass die Therapien dieser Studie in natürlichen Settings erforscht wurden, ist die dadurch befragte Stichprobe heterogen, beispielsweise in Bezug auf Störungsbilder, therapeutischen Ansatz und Länge der Therapie. Zusammen mit der Tatsache, dass die Stichprobe vergleichsweise klein ist, konnten diese Variablen – die evtl. eine Auswirkung auf die Ergebnisse haben könnten – nicht untersucht werden. Des Weiteren bleibt dadurch, dass Veränderungsindikatoren nur in den ersten 3 Sitzungen erhoben wurden, unklar, wie der weitere Verlauf der „Schritt-für-Schritt“-Veränderungen das Endergebnis der Therapien bestimmen würde. Über diesen Bezug liegen Ergebnisse mit erwachsenen Patienten vor (Krause et al. 2014), aber bislang noch nicht für Therapien mit Jugendlichen. Weiterhin wäre es wünschenswert, die Perspektive der Eltern stärker in ein solches Forschungsdesign einzubeziehen.

### Fazit für die Praxis

**Ähnlich wie in der psychotherapeutischen Arbeit mit Erwachsenen scheinen auch die Veränderungen in einer frühen Phase der Therapie für den Verbleib der Jugendlichen in der Therapie ausschlaggebend. Darüber hinaus sollte die Einschätzung der jugendlichen Patienten über die therapeutische Allianz stärkeres Augenmerk erhalten und zu einem frühen Zeitpunkt eingeholt werden, weil sie sich mitunter deutlich von der therapeutischen Einschätzung unterscheidet. Auf diese Weise ist die Wahrscheinlichkeit des Verbleibs in der Therapie besser einzuschätzen. Ebenso lässt sich die**

**begründete Vermutung aufstellen, dass sich eine aktive und sich selbst einbeziehende therapeutische Haltung günstig auf den Therapieerfolg und die Ergebnisqualität auswirkt.**

**Therapeuten, die mit Jugendlichen arbeiten, sollten ihre Exploration weniger in Hinsicht auf Informationsgewinn gestalten, sondern den Schwerpunkt darauf legen, sich auf den Jugendlichen einzustellen.**

**Es scheint weiterhin ein deutlicher Hinweis auf das Gelingen und das Beenden eines therapeutischen Prozesses mit Jugendlichen zu sein, inwiefern es gelingt, die therapeutische Beziehung zu thematisieren und den Jugendlichen dabei zu begleiten und zu unterstützen, sich selbst in den Fokus zu nehmen.**

## Korrespondenzadresse

### M. Krause

Escuela de Psicología, Pontificia Universidad Católica de Chile  
Vicuña Mackenna 4860, Santiago  
mkrause@uc.cl

## Einhaltung ethischer Richtlinien

**Interessenkonflikt.** Diese Untersuchung wurde vom chilenischen Nationalfond für Wissenschaft und Technik (FONDECYT) und der „Jahrtausendinitiative für Wissenschaft“ (Iniciativa Científica Milenio), Projekt-Nr. IS130005, gefördert, mit Unterstützung des nationalen Innovationsprogramms (FIC) vom Ministerium für Wirtschaftsförderung und Tourismus. Mariane Krause, Olga María Fernández und Barbara Bräutigam geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Alle im vorliegenden Manuskript beschriebenen Untersuchungen am Menschen wurden mit Zustimmung der zuständigen Ethikkommission, im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt. Von allen beteiligten Patienten liegt eine Einverständniserklärung vor.

## Literatur

Almonte C (2003) Características de la psicopatología infantil y de la adolescencia. In: Almonte C, Montt M, Correa A (Hrsg) *Psicopatología Infantil y de la Adolescencia*. Mediterráneo, Santiago, S 87–105  
Altmir C, Krause M, de la Parra G, Dagnino P, Tomicic A, Valdés N, Echavarrí O, Vilches O, Pérez JC (2010) Clients', therapists' and observers' perspectives on moments and contents of therapeutic change. *Psychother Res* 20(4):472–487  
Barber JP, Connolly MB, Crits-Christoph P, Gladis L, Siqueland L (2000) Alliance predicts patients' outcome beyond in-treatment change in symptoms. *J Consult Clin Psychol* 68:1027–1032

- Bordin ES (1976) The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy* 16:252–260
- Bronstein C, Flanders S (1998) The development of a therapeutic space in first contact with adolescents. *J Child Psychother* 24:5–35
- Carlberg G, Thoren A, Billstrom S, Odhammar F (2009) Children's expectations and experiences of psychodynamic child psychotherapy. *J Child Psychother* 35:175–193
- Caro Gabalda I (2006) The assimilation of problematic experiences in linguistic therapy of evaluation: how did María assimilate the experience of dizziness? *Psychother Res* 16:422–435
- De la Parra G, von Bergen A, Del Río M (2002) Primeros Hallazgos de la Aplicación de un instrumento que mide resultados Psicoterapéuticos en una muestra de pacientes y de población general. *Revista Chilena de Neuropsiquiatría* 40:201–209
- Elliott R, Shapiro DA (1992) Client and therapist as analysts of significant events In: Toukmanian SG, Rennie DL (Hrsg) *Psychotherapy process research: paradigmatic and normative approaches*. Sage, Newbury Park, S 163–186
- Fenton LR, Cecero JJ, Nich C, Frankforter TL, Carroll KM (2001) Perspective is everything: the predictive validity of six working alliance instruments. *J Psychother Pract Res* 10:262–268
- Fernández O, Herrera P, Krause M, Pérez JC, Valdés N, Vilches O, Tomicic A (2012) Episodios de Cambio y Estancamiento en Psicoterapia: Características de la comunicación verbal entre pacientes y terapeutas. *Terapia Psicológica* 30:5–22
- Fonagy P, Target M, Cottrell D, Phillips J, Kurtz Z (2002) What works for whom? A critical review of treatments for children and adolescents. The Guilford Press, New York
- Flückinger C et al (2012) How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *J Couns Psychol* 59(1):10–17
- Horvath AO (2006) The alliance in context: accomplishments, challenges, and future directions. *Psychotherapy* 43:258–263
- Horvath AO, Del Re AC, Flückiger C, Symonds D (2011) Alliance in individual psychotherapy. *Psychotherapy* 48:9–16
- Hubble MA, Duncan BL, Miller SD (1999) The heart and soul of change: what works in therapy. American Psychological Association, Washington D.C.
- Kazdin A (2004) Psychotherapy for children and adolescents. In: Lambert M (Hrsg) *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York
- Krause M (2005/2011) *Psicoterapia y Cambio. Una mirada desde la subjetividad*. Ediciones Universidad Católica de Chile, Santiago
- Krause M, Altmir C, Horvath A (2011) Deconstructing the therapeutic alliance: reflections on the underlying dimensions of the concept. *Clínica y Salud* 22:267–283
- Krause M, Pérez JC, Altmir C, de la Parra G (2014) Generic change indicators in therapeutic processes with different outcomes. *Psychother Res*. doi:10.1080/10503307.2014.935516
- OMS (2003) Prevention and Care of Illness Adolescents. Organización Mundial de la Salud. [http://www.who.int/child-adolescent-health/prevention/adolescents\\_substance.htm](http://www.who.int/child-adolescent-health/prevention/adolescents_substance.htm)
- Orlinsky D, Howard KJ (1986) Process and outcome in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, S 311–384
- Orlinsky D, Howard KJ (1987) A generic model of psychotherapy. *J Integr Eclct Psychother* 6:6–27
- Orlinsky D, Grawe K, Parks K (1994) Process and outcome in psychotherapy. In: Bergin L, Garfield L (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, Nueva York, S 270–376
- Pacheco B, Lizana P, Celhay I, Pereira J (2007) Características clínicas de niños y adolescentes menores de 18 años hospitalizados en una clínica psiquiátrica universitaria. *Rev Éd Chile* 135(6):751–775
- Reyes L, Aristegui R, Krause M, Strasser K, de la Parra G, Tomicic A, Dagnino P, Vilches O, Valdés N, Echavarrí O, Altmir C, Ramírez I, Ben-Dov P (2008) Language and therapeutic change: a speech acts analysis. *Psychother Res* 18:355–362
- Russell R, Shirk S, Jungbluth N (2008) First-session pathways to the working alliance in cognitive behavioral therapy for adolescent depression. *Psychother Res* 18:15–27
- Santibañez P (2001) La alianza terapéutica en psicoterapia. Traducción, adaptación y examen inicial de las propiedades psicométricas del „Working Alliance Inventory“ en Chile. Tesis para optar al grado de Magíster, Universidad Católica de Chile, Santiago
- Seiffge-Krenke I (2012) Entwicklungspsychologie der Adoleszenz. Erwachsenwerden im 21. Jahrhundert. In: Grimmer B, Sammet I, Damman G (Hrsg) *Psychotherapie in der Spätadoleszenz*. Kohlhammer, Stuttgart, S 15–31
- Shirk SR, Karver MS, Brown R (2011) The alliance in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy* 48(1):17–24
- Valdés N, Tomicic A, Pérez C, Krause M (2010) Sistema de Codificación de la Actividad Terapéutica (SCAT-1.0): Dimensiones y categorías de las acciones comunicacionales de pacientes y psicoterapeutas. *Revista Argentina de Clínica Psicológica* 19:117–130
- Weisz JR, Sandler IN, Durlak JA, Anton BS (2005) Promoting evidence-based prevention and treatment. *Am Psychol* 60:628–648



Kommentieren Sie diesen Beitrag auf [springermedizin.de](http://springermedizin.de)

► Geben Sie hierzu den Beitragstitel in die Suche ein und nutzen Sie anschließend die Kommentarfunktion am Beitragsende.