



Universiteit
Leiden
The Netherlands

Transtheoretisches Therapeuten Training erklärt am Beispiel des Allianz-Fokussierten Trainings

Babl, A.M.

Citation

Babl, A. M. (2024). Transtheoretisches Therapeuten Training erklärt am Beispiel des Allianz-Fokussierten Trainings. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 74(12), 497-503. doi:10.1055/a-2415-5871

Version: Publisher's Version

License: [Licensed under Article 25fa Copyright Act/Law \(Amendment Taverne\)](#)

Downloaded from: <https://hdl.handle.net/1887/4172812>

Note: To cite this publication please use the final published version (if applicable).

Persönliche PDF-Datei für Babl A.

Mit den besten Grüßen von Thieme

www.thieme.de

**Transtheoretisches Thera-
peuten Training erklärt am
Beispiel des Allianz-Fokus-
sierten Trainings**

**PPmP - Psychotherapie
· Psychosomatik
· Medizinische
Psychologie**

2024

497-502

10.1055/a-2415-5871

Dieser elektronische Sonderdruck ist nur für die Nutzung zu nicht-kommerziellen, persönlichen Zwecken bestimmt (z. B. im Rahmen des fachlichen Austauschs mit einzelnen Kolleginnen und Kollegen oder zur Verwendung auf der privaten Homepage der Autorin/des Autors). Diese PDF-Datei ist nicht für die Einstellung in Repositorien vorgesehen, dies gilt auch für soziale und wissenschaftliche Netzwerke und Plattformen.

Copyright & Ownership

© 2024. Thieme. All rights reserved.

Die Zeitschrift *PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie* ist Eigentum von Thieme.

Georg Thieme Verlag KG,
Oswald-Hesse-Straße 50,
70469 Stuttgart, Germany
ISSN 0937-2032

Transtheoretisches Therapeuten Training erklärt am Beispiel des Allianz-Fokussierten Trainings

Explaining Transtheoretical Therapist Training using Alliance-Focused Training as an Example

Autorinnen/Autoren
Anna Babl

Institute
Klinische Psychologie, Universität Leiden, Leiden, Niederlande

Schlüsselwörter
Psychotherapie Training, Allianz-Fokussiertes Training, zielgerichtetes, Üben, Marker, Technologie

Keywords
psychotherapy training, Alliance-Focused Training, deliberate practice, marker, technology

eingereicht 21.06.2024
akzeptiert 13.09.2024
Artikel online veröffentlicht 2024

Bibliografie
Psychother Psych Med
DOI 10.1055/a-2415-5871
ISSN 0937-2032
© 2024. Thieme. All rights reserved.
Georg Thieme Verlag KG, Rüdigerstraße 14,
70469 Stuttgart, Germany

Korrespondenzadresse
Prof. Dr. Anna Babl
Universität Leiden
Klinische Psychologie
Wassenaarseweg 52
2333 AK Leiden
Niederlande
a.m.babl@fsw.leidenuniv.nl

ZUSAMMENFASSUNG

Obwohl die meisten Psychotherapeuten einen integrativen und prozessorientierten Ansatz verfolgen, sind transtheoretische

Ansätze in der Psychotherapieausbildung selten. Um angehende Therapeuten besser auf die Komplexität der Praxis vorzubereiten, bedarf es eines solchen Ansatzes. Ein vielversprechender Weg ist die Berücksichtigung von Änderungsprinzipien, die über verschiedene Therapieschulen hinweg gelten. Über das Änderungsprinzip der therapeutischen Allianz sind sich die Therapieschulen am meisten einig. Im Folgenden wird daher ein Allianz-Fokussiertes Training vorgestellt, bei dem Therapeuten lernen Brüche in der Allianz zu erkennen und mit Strategien zur Resolution darauf zu reagieren. Gegenwärtige Lehrmethoden wie Rollenspiele und Supervision haben ihre Grenzen, da sie nur posteriori und auf einen kleinen Teil der Fälle angewandt werden können. Ein zukunftsweisender Ansatz könnte daher ein online-Training sein, das Änderungsprinzipien wie die Allianz und Marker für Handlungsbedarf integriert, bewährte Methoden des gezielten Übens und Expertentrainings nutzt und das Potential der Technologie ausschöpft.

ABSTRACT

Although most psychotherapists adopt an integrative and process-oriented approach, transtheoretical approaches to psychotherapy training are rare. To better prepare future therapists for the complexities of clinical practice, such an approach is needed. A promising way forward is to consider principles of change that cut across different schools of therapy. The principle of the therapeutic alliance is where different therapy schools agree most. Therefore, an alliance-focused training is presented below, where therapists learn to recognize ruptures in the therapeutic alliance and respond to them with resolution strategies. Current teaching methods like role-playing and supervision have their limitations, as they can only be applied post hoc and to a small number of cases. A new approach could be an online training that integrates principles of change, such as the alliance and markers for interventions, utilizes proven methods of deliberate practice and expert training, and makes use of the potential of technology.

Trotz erheblicher theoretischer und praktischer Unterschiede sowie einiger Hinweise auf Vorteile bestimmter Ansätze bei der Behandlung bestimmter psychischer Erkrankungen [1] zeigen die meisten

Vergleichsstudien, dass bona fide Therapien gleichermaßen wirksam sind [2]. Eine Möglichkeit, die Therapieausbildung voranzubringen ist daher die Betrachtung von Änderungsprinzipien oder

Änderungsmechanismen, die verschiedene Therapieansätze übergreifen. Verschiedene Forschergruppen [3–5] haben solche Änderungsprinzipien identifiziert und sind sich einig, dass die Therapiebeziehung oder therapeutische Allianz ein wesentlicher Bestandteil erfolgreicher Psychotherapie ist [6]. Dieser Artikel gibt eine praktisch relevante Einführung in die Konzepte der Allianz und endet mit einer kurzen Beschreibung des Online Allianz-Fokussiertes Training für Therapeuten.

Merke

Die therapeutische Allianz spielt über verschiedene Therapieansätze hinweg eine wichtige Rolle für erfolgreiche Psychotherapie.

Die Therapiebeziehung oder therapeutische Allianz

Die therapeutische Allianz wird nach Bordin [7] definiert als bestehend aus der emotionalen Bindung zwischen Patient und Therapeut sowie der Übereinstimmung bezüglich den Therapieaufgaben und Therapiezielen. Mehrere Meta-Analysen haben bestätigt dass die Allianz und Verbesserungen in der therapeutischen Allianz in den ersten Therapiesitzungen robuste Prädiktoren von Therapieerfolg sind [8, 9] und zwar über verschiedene Therapieansätze hinweg. Jedoch ist die Allianz typischerweise nicht statisch, sondern von Brüchen und Reparationen im Therapieprozess geprägt.

Merke

Die therapeutische Allianz besteht aus der

- emotionalen Bindung
- Übereinstimmung bezüglich der Therapieaufgaben
- Übereinstimmung bezüglich der Therapieziele zwischen Patient und Therapeut.

Brüche in der Therapiebeziehung

Brüche in der Therapiebeziehung sind häufig und werden in zwei Kategorien eingeteilt: Konfrontationsbrüche und Rückzugsbrüche.

Konfrontationsbrüche

Konfrontationsbrüche beschreiben Situationen, in denen ein Patient oder Therapeut gegen die andere Person oder gegen die Arbeit der Therapie agiert. Dies könnte beinhalten, feindselig oder kritisch gegenüber dem anderen zu sein oder zu versuchen, die andere Person unter Druck zu setzen oder zu kontrollieren. Konfrontationsbrüche können als das Durchsetzen der eigenen Agenda auf Kosten der Beziehung verstanden werden – mit anderen Worten, als Priorisierung der Eigenständigkeit über die Gemeinschaft.

Wie können wir erkennen, wann ein Konfrontationsbruch stattfindet? Eine Möglichkeit besteht darin, auf zwischenmenschliche Verhaltensweisen zu achten, die darauf hinweisen, dass wir gegen unsere Patienten agieren oder unsere Patienten gegen uns oder die Arbeit der Therapie agiert. Wir nennen diese Verhaltensweisen Konfrontationsmarker.

Ein Konfrontationsmarker könnte so viel Feindseligkeit oder Aggression beinhalten, dass wir sehr sicher sind, dass wir uns in einem

Konfrontationsbruch befinden. Aber wir könnten auch gegenläufige Bewegungen sehen, die so subtil sind, dass wir uns nicht ganz sicher sind, ob ein Bruch stattfindet. Wir können die Marker als Hinweise betrachten, dass es an der Zeit ist, der Allianz besondere Aufmerksamkeit zu schenken und neugierig zu sein, was vor sich geht.

Schauen wir uns nun drei Arten von Konfrontationsmarkern an [10]: beschweren/kritisieren, zurückdrängen und kontrollieren/unter Druck setzen.

Der erste Konfrontationsmarker ist eine *Beschwerde oder Kritik*. Dies könnte bedeuten, dass Ihr Patient Sie kritisiert oder Sie Ihren Patienten kritisieren. Diese Kritik könnte sehr offensichtlich sein, wie wenn ein Patient sagt: „Ich sehe schon, dass ich von Ihnen nichts Nützliches bekommen werde“. Oder sie könnte subtiler sein, wie wenn Sie einem Patienten sagen: „Also, Sie konnten Ihre Hausaufgaben diese Woche nicht erledigen“. Ein Konfrontationsmarker könnte auch eine Beschwerde oder Kritik darüber sein, was wir in der Therapie tun oder darüber, wie viel Fortschritt gemacht wurde oder nicht gemacht wurde, oder es könnte eine Beschwerde über die Parameter der Therapie sein, wie oft oder wie lange wir uns treffen.

Der zweite Konfrontationsmarker ist das *Zurückdrängen* – Sie drängen Ihren Patienten oder Ihr Patient drängt Sie oder die Arbeit der Therapie zurück. Patienten und Therapeuten können zurückdrängen, indem sie die Ideen der anderen Person ablehnen, defensiv werden oder etwas auf feindselige Weise leugnen. Zum Beispiel könnte ein Patient zurückdrängen, indem er Ihre Interpretation oder Ihr Verständnis ihrer Situation ablehnt. Sie könnten sich kritisiert fühlen und dann gegen den Patienten zurückdrängen, indem Sie Ihre Interpretation verteidigen. Sie könnten darauf hinweisen, dass Ihr Patient verärgert wird, und dieser könnte zurückdrängen, indem er dies auf feindselige Weise leugnet und darauf besteht, dass er nicht wütend ist.

Der dritte Konfrontationsmarker ist das *Kontrollieren oder Unter-Druck-Setzen* des anderen.

Zum Beispiel könnte ein Patient Druck auf Sie ausüben, die Probleme schnell zu lösen oder die Antwort auf eine schwierige Lebensentscheidung zu geben. Ein Patient könnte versuchen, die Sitzung zu kontrollieren, indem er Ihnen sagt, was Sie tun sollen, oder indem er Sie unterbricht, wenn Sie etwas sagen wollen. Sie könnten sich an kontrollierendem oder unter Druck setzendem Verhalten beteiligen, indem Sie zu direktiv sind, Ihre Ideen oder Meinungen Ihrem Patienten aufdrängen oder indem Sie Patient in der Sitzung keinen Raum lassen.

Merke

Es gibt Marker für Konfrontationsbrüche bei denen Patient oder Therapeut gegen die andere Person oder gegen die therapeutische Arbeit agieren.

Rückzugsbrüche

Rückzugsbrüche beschreiben Situationen, in denen ein Patient oder Therapeut sich von der anderen Person oder der Arbeit der Therapie entfernt. Dies könnte Bewegungen in Richtung Isolation beinhalten, wie Schweigen oder das Abwenden zu einem anderen Thema oder abstraktem Gespräch. Rückzugsbrüche können als Bemühungen verstanden werden, die Beziehung auf Kosten der ei-

genen Agenda zu bewahren – mit anderen Worten, als Priorisierung der Gemeinschaft über die Eigenständigkeit.

Wie können wir erkennen, wann ein Rückzugsbruch stattfindet? Eine Möglichkeit besteht darin, auf zwischenmenschliche Verhaltensweisen zu achten, die darauf hinweisen, dass wir uns von unserem Patienten entfernen oder unser Patient sich von uns oder der Arbeit der Therapie entfernt. Wir nennen diese Verhaltensweisen Rückzugsmarker.

Rückzugsmarker zeigen uns, dass die Person, die sich zurückzieht, ein zugrunde liegendes Bedürfnis nach Eigenständigkeit verspürt und Angst hat, dieses Bedürfnis auszudrücken, da sie befürchtet, der Beziehung zu schaden, und deshalb vermeidet, ihr Bedürfnis zu äußern. Rückzugsmarker sind oft sehr subtil und es ist daher umso wichtiger, dass wir sie als Hinweise betrachten, dass es an der Zeit ist, der Allianz besondere Aufmerksamkeit zu schenken und neugierig darauf zu sein, was vor sich geht.

Schauen wir uns nun drei Arten von Rückzugsmarkern an [10]: Abschalten, Vermeiden und das Verbergen der eigenen echten Erfahrung.

Der erste Rückzugsmarker ist das *Abschalten*. Dies kann die Form von vermeidendem Leugnen annehmen, wie wenn Sie zu Ihrem Patienten sagen: „Sie sehen verärgert aus“ und Ihr Patient antwortet: „Mir wird es gut gehen. Machen Sie sich keine Sorgen um mich“. In diesem Beispiel leugnet der Patient sein tatsächliches Gefühl des Verärgert seins und möchte vermeiden, über dieses Thema zu sprechen. Ein Rückzugsmarker könnte auch eine minimale Reaktion sein, wobei das Verlassen einer Therapiesitzung ein extremes Beispiel wäre. Subtilere Beispiele könnten sein, Augenkontakt zu vermeiden, einen Anruf während der Therapiesitzung anzunehmen oder sehr kurze Antworten zu geben. Abschalten kann auch die Form des Aufgebens annehmen. Zum Beispiel fragen Sie den Patienten: „Das klingt wichtig. Können Sie mir mehr darüber erzählen?“ [10]. Dann schüttelt der Patient den Kopf und sagt: „Ich glaube nicht, dass irgendetwas helfen kann“ [10].

Der zweite Rückzugsmarker ist das *Vermeiden* – Sie oder Ihr Patient vermeiden den anderen oder die Arbeit der Therapie. Patienten und Therapeuten können vermeiden, indem sie abstrakte Kommunikation, vermeidende Erzählungen und Themenwechsel nutzen. Zum Beispiel könnten Sie vermeiden, indem Sie Ihrem Patienten einen langen, abstrakten und mit Fachjargon gefüllten Vortrag über ein psychologisches Konzept halten, der Sie beide von den Erfahrungen Ihres Patienten wegführt und auf Distanz hält. Ein Beispiel für vermeidende Erzählungen kann sein, dass Sie oder der Patient über die Reaktion einer anderen Person sprechen, um zu vermeiden, über sich selbst oder die Erfahrungen des Patienten zu sprechen. Ein Themenwechsel ist auch eine Form des Vermeidens, wobei der Schlüsselpunkt hier ist, dass Sie oder der Patient das Thema von einem „schweren“ zu einem „leichten“ wechseln.

Der dritte Rückzugsmarker ist das *Verbergen der eigenen echten Erfahrung*. Zum Beispiel könnten Sie oder Ihr Patient übermäßig gefügig und unterwürfig sein, um einen Konflikt mit dem anderen zu vermeiden. Dies könnte die Form annehmen, allem zuzustimmen, was der andere sagt, selbst wenn man eigentlich nicht wirklich einverstanden ist. Auch könnte es sein, dass Sie oder der Patient einen Affekt ausdrücken, der nicht zum Inhalt des Erzählens passt (Inhalt/Affekt-Spaltung).

Merke
Es gibt Marker für Rückzugsbrüche bei denen Patient oder Therapeut sich von der anderen Person oder der therapeutischen Arbeit wegbewegen.

Intrapersonelle Marker

Das Identifizieren von Konfrontationsmarkern und Rückzugsmarkern durch Beobachtung des Verhaltens unseres Patienten und unseres eigenen Verhaltens ist eine nützliche Methode, um zu erkennen, wann Brüche stattfinden könnte. Eine andere Möglichkeit, Brüche zu erkennen, besteht darin, auf intrapersonelle Marker zu achten, also auf unsere eigenen inneren emotionalen Reaktionen. Konfrontation: Zum Beispiel könnten wir bemerken, dass wir uns ein wenig wütend, frustriert oder defensiv fühlen. Oder vielleicht fühlen wir uns etwas ängstlich, weil wir spüren, dass unser Patient anfängt, uns zu kritisieren. Sogar Gefühle, die wir als positiver empfinden, können Marker für einen möglichen Bruch sein. Zum Beispiel könnten wir ein starkes Gefühl der Fürsorge für einen Patienten verspüren und ihn beschützen wollen – wir könnten das Bedürfnis verspüren, zu kontrollierend und zu direktiv zu sein, weil wir ihm helfen wollen. Rückzug: Zum Beispiel könnten wir bemerken, dass wir uns nicht ganz authentisch oder engagiert mit unserem Patienten fühlen. Oder vielleicht fühlen wir uns ein wenig ängstlich, weil wir spüren, dass unser Patient ein wenig unaufrichtig ist und versucht, Konflikte mit uns zu vermeiden.

Für eine Übersicht über die verschiedenen Marker von Brüchen in der Allianz, siehe ► **Tab. 1**.

Strategien zur Reparation von Brüchen

Die verschiedenen Marker können Therapeuten helfen Brüche in der Allianz zu identifizieren. Wenn Therapeuten merken, dass ein Bruch in der Therapiebeziehung stattgefunden hat können sie verschiedene Strategien einsetzen um diesen zu reparieren [11]. Es wird zwischen unmittelbaren und expressiven Reparationsstrategien unterschieden. Eine Meta-Analyse [12] hat gezeigt, dass Reparationsstrategien sehr häufig eingesetzt werden (in 15–80 % der Fälle) und mit besserem Therapieergebnis assoziiert sind.

Es ist wichtig zu beachten, dass weder Therapeut noch Patient die vollständige Verantwortung für den Bruch und dessen Lösung übernehmen sollten, da es eine geteilte Verantwortung und eine Zusammenarbeit zwischen beiden im Prozess der Reparation geben

► **Tab. 1** Übersicht über verschieden Marker von Brüchen in der Allianz.

Interpersonelle Rückzugsmarker	Intrapersonelle Marker von Brüchen	Interpersonelle Konfrontationsmarker
▪ Abschalten ▪ Vermeiden ▪ Verbergen der eigenen echten Erfahrung	▪ Rückzug z. B. Gefühl von nicht authentisch, Angst,... ▪ Konfrontation z. B. Gefühl von Wut, Frustration,...	▪ Beschweren/kritisieren ▪ Zurückdrängen ▪ Kontrollieren/unter Druck setzen

muss [13]. Zudem sollten Reparationsstrategien flexibel angewendet werden anstatt starr an einer einzigen Reparationsstrategie festzuhalten [14].

Unmittelbare Reparationsstrategien

Unmittelbare Reparationsstrategien konzentrieren sich darauf, unmittelbar auf den Bruch zu reagieren und eine Art Korrekturmaßnahme zu ergreifen [13]. Im Folgenden werden wir jeweils eine Strategie zur unmittelbaren Reparatur vorstellen und beschreiben. Die erste Strategie ist die Änderung der Therapieaufgabe oder des Therapieziels, die zweite Strategie ist das Geben eines Rational für eine Therapieaufgabe oder ein Therapieziel, und die dritte Strategie ist die Zurückleitung zur Therapieaufgabe.

Die erste Strategie zur unmittelbaren Reparatur besteht darin, dass Therapeut oder Patient vorschlagen oder diskutieren, eine *Aufgabe oder ein Ziel zu ändern*, oder wenn Sie tatsächlich eine Aufgabe oder ein Ziel als Reaktion auf einen Bruch ändern [12]. Die Änderung einer Aufgabe kann auch die Modifikation einer Aufgabe umfassen, sodass sie für den Patienten angenehmer wird [15].

Die zweite Strategie zur unmittelbaren Reparatur besteht darin, dass Sie ein *Rational für eine Therapieaufgabe oder Therapieziel geben* [10]. Therapeuten können Ihre Gründe für die Verfolgung einer bestimmten therapeutischen Aufgabe oder eines Ziels mit Ihrem Patienten teilen, um ihn zu motivieren oder seine Bedenken zu verringern. Manchmal können Sie die Bedeutung einer Aufgabe oder eines Ziels umformulieren, damit es für Ihren Patienten akzeptabler wird. Wenn Sie eine Aufgabe jedoch einfach nur zum ersten Mal im Rahmen des regulären Therapieprozesses erklären, stellt dies keine Reparationsstrategie dar (Eubanks et al., 2015).

Die dritte Strategie zur unmittelbaren Reparatur beinhaltet die Zurückleitung zurück zur Therapieaufgabe [10]. Diese tritt auf, wenn Therapeuten auf einen Bruch reagieren, indem Sie den Patienten zurück zur Aufgabe lenken, weil er oder sie sich von der Therapieaufgabe entfernt hat, oder wenn Sie den Patienten zurück auf den gegenwärtigen Moment fokussieren [15].

Merke

Unmittelbare Reparationsstrategien können möglicherweise besonders zu Beginn der Therapie hilfreich sein.

Expressive Reparationsstrategien

Die expressiven Reparationsstrategien konzentrieren sich darauf, die zentralen relationalen Themen zu erkunden, die einem Bruch zugrunde liegen, einschließlich der Beiträge von Patient und Therapeut, ihrer Gedanken und Gefühle sowie ihrer Verhaltensweisen [13]. Diese Art von Reparationsstrategien zielen darauf ab, eine klarere Ausdrucksweise und ein besseres Verständnis impliziter Bedürfnisse zu erreichen [13]. Hier markiert der Bruch einen Einstiegs- punkt in die relationale Welt des Patienten. Das technische Prinzip der Metakommunikation, was bedeutet, über den Kommunikationsprozess zu kommunizieren, der sich entfaltet, kann Therapeuten helfen expressive Strategien anzuwenden [13]. Im Folgenden werden wir jeweils eine Strategie zur expressiven Reparatur vorstellen und beschreiben. Die drei Strategien sind das Explorieren

des Bruchs, das Teilen der eigenen inneren Erfahrungen, und das Linken des Bruchs zu interpersonellen Mustern.

Die erste expressive Reparationsstrategie besteht darin, dass entweder der Patient den Bruch exploriert oder der Therapeut den Patienten dazu einlädt den Bruch zu explorieren [10]. Zum Beispiel könnten Sie einen konfrontativen Patienten einladen, seine negativen Gefühle näher zu erläutern. Oder bei einem zurückhaltenden Patienten könnten Sie ihn direkt bitten, seine Bedenken auszudrücken [15].

Die zweite expressive Reparationsstrategie ist, wenn Therapeuten Ihre interne Erfahrung des Bruchs offenlegen. Therapeuten können Ihre Wahrnehmung der Interaktion mit Ihren Patienten teilen, wenn diese konfrontativ oder zurückhaltend sind.

Die dritte expressive Reparationsstrategie beinhaltet, dass Therapeut oder Patient den Bruch mit interpersonellen Mustern verknüpfen. Therapeut oder Patient können eine solche Verbindung zu zwischen einander herstellen oder zu anderen Beziehungen außerhalb der Therapie [15].

Merke

Expressive Reparationsstrategien können möglicherweise besonders in der Arbeitsphase der Therapie hilfreich sein, wenn unmittelbare Reparationsstrategien nicht erfolgreich waren, oder ein Bruch wiederholt vorkommt oder sehr intensiv ist.

Für eine Übersicht über verschiedene Strategien zur Reparatur von Brüchen, siehe ► **Tab. 2**.

Allianz-Fokussiertes Training

Das Allianz-Fokussierte Training von Safran, Muran und Eubanks ist ein Trainingsansatz, der didaktische Komponenten umfasst, die Therapeuten für die Definition von Brüchen in der therapeutischen Allianz, Reparationsstrategien, grundlegende Einstellungen und Metakommunikation sensibilisieren (siehe oben) [16]. AFT beinhaltet auch eine erfahrungsorientierte Komponente, um das Bewusstsein der Therapeuten für ihre eigenen Emotionen in der Interaktion zu erweitern und ihre Fähigkeiten zur Emotionsregulation zu fördern [16]. Die drei zentralsten Aufgaben sind die Videoanalyse herausfordernder Situationen in Therapiesitzungen, bewussteinensorierte Rollenspiele und Achtsamkeitstraining [17]. Das Hauptziel des AFT besteht darin, Therapeuten zu helfen, ihre Fähigkeiten zu verbessern, um Brüche in der therapeutischen Allianz zu erkennen und zu reparieren, wenn sie auftreten [17].

► **Tab. 2** Übersicht über verschiedene Strategien zur Reparatur von Brüchen.

Grundlegende Haltungen	Unmittelbare Reparationsstrategien	Expressive Reparationsstrategien
- Empathie - Validation - Neugier	- Therapieaufgaben oder Therapieziele ändern - Rational für Therapieaufgabe oder Therapieziel geben - Zurück zu Therapieaufgabe leiten	- Bruch in der Therapiebeziehung explorieren - Eigene innere Erfahrung teilen - Bruch zu interpersonellen Mustern linken

► **Tab. 3** Übersicht über die zentralen Aufgaben im Allianz-Fokussierten Training.

Achtsamkeits- übungen	Videoanalyse herausfordernder Therapiesituationen in Gruppensupervision	Bewusstseins- orientierte Rollenspiele (Stuhlarbeit)
- Im eigenen Leben - In der Therapie - In der Supervision	- Ausgewählter Therapieausschnitt - Zufälliger Therapieausschnitt aus der letzten Sitzung	- In der Rolle des Therapeuten - In der Rolle des Patienten

Forschungsergebnisse belegen die Wirksamkeit des AFT. Eine Meta-Analyse von Eubanks et al. [12] zeigte, dass die Reparatur von Brüchen und die Therapieergebnisse der Patienten durch die Effekte des AFT gefördert wurden.

Merke

Das AFT umfasst sowohl didaktische Komponenten als auch erfahrungsorientierte Komponenten welche Therapeuten helfen Brüche in der Allianz zu erkennen und zu reparieren.

Für eine Übersicht über die zentralen Aufgaben im Allianz-Fokussierten Training, siehe ► **Tab. 3**

Online Allianz-Fokussiertes Training

Das Online-AFT basiert auf dem von Muran, Safran und Eubanks [18] entwickelten AFT, wird jedoch online bereitgestellt und legt zusätzlichen Wert auf gezieltes Üben und Prinzipien des Expertentrainings. Gezieltes Üben wird als eine individuelle Trainingsaktivität definiert, die speziell darauf abzielt, durch Wiederholung und sukzessive Verfeinerung bestimmte Aspekte der Leistung einer Person zu verbessern [19]. Es wurde gezeigt, dass gezieltes Üben die Effektivität und Effizienz der Psychotherapieausbildung und -fortbildung erheblich verbessern kann [20]. Ein weiterer großer Schritt ist die Online-Anwendung, die den Vorteil der einfachen und flexiblen Verfügbarkeit des Trainings und seiner zeitunabhängigen Nutzung bietet. Darüber hinaus bietet das Online Allianz-Fokussierte Training ein kostengünstiges Modell zur Weiterentwicklung der Fähigkeiten von Therapeuten und letztlich zum Erfolg der Psychotherapie.

Das Online Allianz-Fokussierte Training besteht aus sechs Modulen: einer allgemeinen Einführung, Konfrontationsbrüche, Rückzugsbrüche, gemischte Brüche, unmittelbare Reparationsstrategien und expressive Reparationsstrategien. Jedes Modul umfasst drei Phasen des Kompetenzaufbaus mit zunehmendem Schwierigkeitsgrad. In Phase 1 des Trainings werden die Therapeuten in die Konzepte von Allianzbrüchen und -reparationen eingeführt und erhalten anhand von Multiple-Choice Fragen und offenen Fragen sofortiges computergeneriertes Feedback auf ihren Wissenszuwachs. Sie sehen zudem Videos mit prototypischen Fallbeispielen von Konfrontationsmarkern und Rückzugsmarkern sowie unmittelbaren und expressiven Reparationsstrategien. In Phase 2 des Trainings werden den Thera-

► **Tab. 4** Übersicht über die zusätzlichen Aspekte des Online Allianz-Fokussierten Training.

Online Format	Gezieltes und intensives Üben	Feedback vor Bruch mit realem Patienten
- Flexible Lernumgebung - Zeitunabhängige Lernumgebung - Unbegrenzt verfügbar	- Theorie - Praxis - Individuell schwierige Aspekte	- Systematisches Feedback (alle Antworten, alle Fälle) - Sofortiges Feedback

peuten Patienten-Therapeuten-Videos gezeigt (vorher mit Schauspielern aufgenommen), und sie üben es Marker für Allianzbrüche und Reparationsstrategien anhand einer vordefinierten Liste (Erkennen) und frei (Erinnern) zu identifizieren. Auch in Phase 2 erhalten Therapeuten sofortiges computergeneriertes Feedback (z. B. ob ihre Antwort richtig oder falsch war, zusammen mit einem Hinweis, der ihnen hilft, die richtige Antwort zu finden) und die Möglichkeit, die Übungen zu wiederholen. In Phase 3 des Trainings werden den Therapeuten Patienten-Videos gezeigt, und sie werden aufgefordert als Therapeut darauf zu reagieren und diese Reaktionen aufzuzeichnen. Danach erhalten Therapeuten reflektierende Fragen (z. B. Wie kompetent haben Sie sich in der Rolle des Therapeuten gefühlt?, Worüber würden Sie in Supervision sprechen?). Im Sinne des bewussten Übens haben Therapeuten die Möglichkeit, die Übung zu wiederholen, anders auf dasselbe Patientenszenario zu reagieren und erneut ihre Reaktion zu reflektieren. Während Phase 2 und 3 werden Therapeuten zudem regelmäßig zu kurzen Achtsamkeitsübungen und zum Aufschreiben ihrer Erfahrung eingeladen (z. B. einige tiefe Atemzüge zu nehmen, den Blick nach innen zu richten). Dies soll das Bewusstsein für die eigene Erfahrung, die Selbstreflexion und die Neugier der Therapeuten erhöhen.

Für eine Übersicht über die zusätzlichen Aspekte des Online Allianz-Fokussierten Training, siehe ► **Tab. 4**.

Fazit für die Praxis

Eine an empirisch belegten Veränderungsprinzipien orientierte und Marker geleitete online-Ausbildung für Psychotherapeuten könnte die Therapiekompetenzen von Therapeuten kosteneffektiv verbessern und traditionelle Ausbildungsansätze ergänzen. Die online-Ausbildung bietet eine flexible, zeitunabhängige Lernumgebung mit gezieltem Üben und direktem Feedback und unterstützt die kontinuierliche berufliche Weiterentwicklung. Ein konkretes Beispiel ist das Online Allianz-Fokussierte Training, das Therapeuten hilft Brüche in der Allianz zu erkennen und zu reparieren um so ihre Skills und das Therapieergebnis ihrer Patienten zu verbessern.

Interessenkonflikt

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Marcus DK, O'Connell D, Norris AL et al. Is the Dodo bird endangered in the 21st century? A meta-analysis of treatment comparison studies. *Clinical Psychology Review* 2014; 34: 519–530. DOI: 10.1016/j.cpr.2014.08.001
- [2] Wampold BE, Imel ZE. *The great psychotherapy debate: The evidence for what makes psychotherapy work* (2nd ed.). Routledge; 2015
- [3] Goldfried MR. Toward the delineation of therapeutic change principles. *American Psychologist* 1980; 35: 991–999. DOI: 10.1037/0003-066X.35.11.991
- [4] Grawe K, Bernauer F, Donati R. *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Hogrefe; 1994
- [5] Castonguay LG, Beutler LE. *Principles of therapeutic change that work*. Oxford University Press; 2006
- [6] Twomey C, O'Reilly G, Goldfried MR. Consensus on the perceived presence of transtheoretical principles of change in routine psychotherapy practice: A survey of clinicians and researchers. *Psychotherapy* 2023; 60: 219–224. DOI: 10.1037/pst0000489
- [7] Bordin ES. The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy* 1979; 16: 252–260. DOI: 10.1037/h0085885
- [8] Flückiger C, Del Re AC, Wampold BE et al. The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis. *Psychotherapy* 2018; 55: 316–340. DOI: 10.1037/pst0000172
- [9] Flückiger C, Rubel J, Del Re AC et al. The reciprocal relationship between alliance and early treatment symptoms: A two-stage individual participant data meta-analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2020; 88: 829–843. DOI: 10.1037/ccp0000594
- [10] Eubanks CF, Muran JC. Rupture resolution rating system – revised (3RS): Manual. Unpublished manuscript, Adelphi University, New York, NY, USA. 2022
- [11] Chen R, Atzil-Slonim D, Bar-Kalifa E et al. Therapists' recognition of alliance ruptures as a moderator of change in alliance and symptoms. *Psychotherapy Research* 2018; 28: 560–570
- [12] Eubanks CF, Muran JC, Safran JD. Alliance rupture repair: A meta-analysis. *Psychotherapy* 2018; 55: 508–519. DOI: 10.1037/pst0000185
- [13] Muran JC, Lipner LM, Podell S et al. Rupture repair as change process and therapist challenge (Reparación de rupturas como proceso de cambio y desafío para el terapeuta). *Studies in Psychology* 2022; 43: 482–509
- [14] Muran JC, Eubanks CF. Therapist performance under pressure: Negotiating emotion, difference, and rupture. *American Psychological Association Books*; 2020
- [15] Eubanks CF, Muran JC, Safran JD. Rupture resolution rating system (3RS): Manual. Unpublished manuscript, Mount Sinai-Beth Israel Medical Center, New York, NY, USA. 2015
- [16] Muran JC, Eubanks CF, Samstag LW. One more time with less jargon: An introduction to "Rupture Repair in Practice". *Journal of Clinical Psychology* 2021; 77: 361–368
- [17] Safran J, Muran JC, Demaria A et al. Investigating the impact of alliance-focused training on interpersonal process and therapists' capacity for experiential reflection. *Psychotherapy Research* 2014; 24: 269–285
- [18] Muran JC, Safran JD, Eubanks-Carter C. *Developing Therapist Abilities to Negotiate Alliance Ruptures*. Guilford Press, New York, NY. Editors: J.C. Muran, J.P. Barber. *The Therapeutic Alliance: An Evidence-Based Guide to Practice*. 320–340
- [19] Ericsson KA. The influence of experience and deliberate practice on the development of superior expert performance. In K. A. Ericsson, N. Charness, P. J. Feltovich, & R. R. Hoffman (Eds.), *The Cambridge handbook of expertise and expert performance*. 683–704. Cambridge University Press; 2006. DOI: 10.1017/CBO9780511816796.038
- [20] Rousmaniere T, Goodyear RK, Miller SD et al. *The cycle of excellence: Using deliberate practice to improve supervision and training*. John Wiley & Sons; 2017