

DIE AUSREICHEND GUTE THERAPEUTIN
&
DER AUSREICHEND GUTE THERAPEUT

Wolfgang Wöller

Bonn

Wirksamkeit von Psychotherapie

		Mittlere Effektstärke
Smith, Glass, & Miller (1980)	Metaanalyse über 475 Studien	0.85
Lipsey & Wilson (1993)	Review über 40 Metaanalysen	0.81
Grissom (1996)	68 Metaanalysen zu Studien mit behandlungsfreien Kontrollgruppen	0.75

Wirksamkeit von Psychotherapie

- Psychotherapie ist bei der Mehrzahl der behandelten Patienten eine ausgesprochen wirksame Intervention.
- Jedoch: 30 % bis 50% der Psychotherapie-Patienten zeigen während der Zeit, in der sie Psychotherapie in Anspruch nehmen, keine Besserung (Lambert 2010).
- Zu einer Verschlechterung kommt es
 - bei Erwachsenen in 5% bis 10% der Fälle (Hansen et al. 2002; Lambert & Ogles 2004)
 - bei Kindern und Jugendlichen in 12% bis 20% der Fälle (Warren et al. 2010).

Einflüsse auf die Varianz des Therapieerfolgs

Klienten- und extratherapeutische Faktoren	80-87 %
Behandlungseffekte	13-20 %
- Arbeitsbündnis	5-8 %
- Erwartungseffekte	4 %
- Therapeuteneffekte	4-9 %
- Therapietechnik	1 %

Bertolino, B., Bargmann, S., & Miller, S. D. (2013). Manual 1: What works in therapy: A primer. The ICCE manuals of feedback informed treatment. Chicago, IL: International Center for Clinical Excellence.

Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923.

Therapeuteneffekte und Therapieerfolg

- Einige Therapeuten haben konsistent bessere Ergebnisse, unabhängig von Diagnosen, Alter, Medikationstatus und Krankheitsschwere (Wampold & Brown 2005).
- Klienten der effektivsten Therapeuten haben
 - eine um 50 % höhere Besserungsrate
 - eine um mindestens 50 % niedrigere Drop-out-Rate als die am wenigsten effektiven Therapeuten (Wampold & Brown 2005).

Wampold, B. E., & Brown, G. S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 73*(5), 914–923.

Therapeuten-Einflüsse auf das Therapie-Ergebnis

- Alter oder Geschlecht haben keinen sicheren Einfluss auf das Therapieergebnis (Beutler et al. 2004).
- Berufserfahrung und Umfang der Psychotherapieausbildung haben nur einen geringen Einfluss auf das Behandlungsergebnis (Atkins u. Christensen 2001).

Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S., et al. (2004). In: M.J. Lambert (Ed.), Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior change (pp. 227–306). New York: Wiley.

Atkins, D.C., & Christensen, A. (2001). Australian Psychologist, 36, 122-130.

Ungünstige Therapeuteneinflüsse

- Dominanz des Therapeuten (Beutler et al. 2004)
- negative Gefühle gegenüber dem Patienten zu Therapiebeginn (Nissen-Lie et al. 2010).
- subtile feindselige interpersonelle Botschaften in den Interventionen (Henry et al. 1990)
- feindselige und selbstkritische Introjekte des Therapeuten (Henry et al. 1990)
- unsicherer Bindungsstil (bei schwer gestörten Patienten) (Schauenburg et al. 2010)

Beutler LE, Malik et al. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 227–306). New York: Wiley.

Nissen-Lie H, Monsen JT, Rønnestad MH (2010). *Psychotherapy Research*, 20, 627-646

Henry WP, Schacht TE, Strupp HH (1990). *J Consult Clin Psychology*, 58, 768–774.

Schauenburg H, Buchheim A, Beckh K, Nolte T, Brenk-Franz K, Leichsenring et al. (2010). *Psychother Research*, 20(2), 193-202.

Patientenbefragung zu Therapeuteneigenschaften, die eine gute therapeutische Beziehung günstig sind

- Therapeuten, die von Patienten als **flexibel, erfahren, ehrlich, respektvoll, vertrauenswürdig, zuversichtlich, interessiert, wach, freundlich, warm und offen** wahrgenommen wurden, waren eher als andere in der Lage, eine gute therapeutische Beziehung herzustellen (Ackerman & Hilsenroth 2001).

→ wichtige neue korrigierende Erfahrungen, Gefühl, ernst genommen zu werden

Therapeuten-Charakteristika und therapeutische Beziehung

- Schlechtere therapeutische Allianzen wurden beschrieben und schlechtere Therapieergebnisse wurden berichtet, wenn Therapeuten von ihren Patienten als **rigide, unsicher, ausbeuterisch, kritisierend, distanziert, angespannt oder abgelenkt** erlebt wurden (Ackerman & Hilsenroth 2001).

Therapeuten-Charakteristika und therapeutische Beziehung

- **Responsivität, Flexibilität, Akzeptanz und Präsenz** waren die Schlüsselmerkmale, mit denen Patienten einen **guten** Therapeuten beschrieben.
- **Rigidität, Distanziertheit und ausbeuterische Neigung** waren die Schlüsselmerkmale, mit denen die Patienten einen **schlechten** Therapeuten beschrieben.

Krause MS, Lutz W (2009). Process transforms inputs to determine outcomes: Therapists are responsible for managing process. Clin Psychology Sci Practice, 16(1), 73-81.

Stiles WB, Honos-Webb L, Surko M (1998). Responsiveness in psychotherapy. Clin Psychology Sci Practice, 5(4), 422-452.

Therapeuten-Charakteristika und therapeutische Beziehung

- Therapeuten brauchen nicht „perfekt“ zu sein.
 - Patienten verzeihen ihren Therapeuten vieles, wenn sich über die unvermeidlichen Missverständnisse und Unzulänglichkeiten ein Verständnis herstellen lässt.
- Patienten kamen mit unterschiedlichsten therapeutischen Vorgehensweisen gut zurecht, wenn die Beziehungsmerkmale stimmten.
 - Wenn sie sich akzeptiert und sicher zu fühlen, profitieren Patienten von zahlreichen Therapieansätzen.

Patientenbefragung zu allianzfördernden Therapeuteneigenschaften

- Den befragten Patienten war es ganz wichtig,
 - wie ein Therapeut **auf sie reagiert hat**
 - ob er **ihre Reaktionen** auf das, was sie gesagt haben, **ernst genommen hat**
 - ob er sein **Vorgehen geändert** hat, wenn die Situation oder der Kontext dies erfordert haben.

Therapeutenverhalten und therapeutische Beziehung

- Ungünstige Wirkung „fortgeschrittener Beziehungs-techniken“ (z.B. Übertragungsdeutungen) ohne tragfähige Beziehung
 - Therapeuten sollten diese (durchaus hilfreichen!) Techniken nur anwenden, wenn
 - sie von einer guten, warmherzigen Beziehung zu ihren Patienten ausgehen können
 - nicht oder nicht in einem nennenswertem Umfang persönlich negativ auf sie reagieren.
- Kein „Retten“ einer brüchigen therapeutischen Beziehung durch Übertragungsdeutungen!

Biologische Synchronie bei guter therapeutischer Allianz

- Biologische Synchronie als Ausdruck einer guten therapeutischen Allianz, nachweisbar durch
 - Synchronie von Herzrate, Hautleitwiderstand (Ribeiro et al. 2013)
 - durch vokale Synchronie (Imel et al. 2014)
- Therapiestunden mit höheren Werten nonverbaler Synchronie waren mit einer effektiveren Symptom-reduktion verbunden (Ramseyer u. Tschacher 2011).

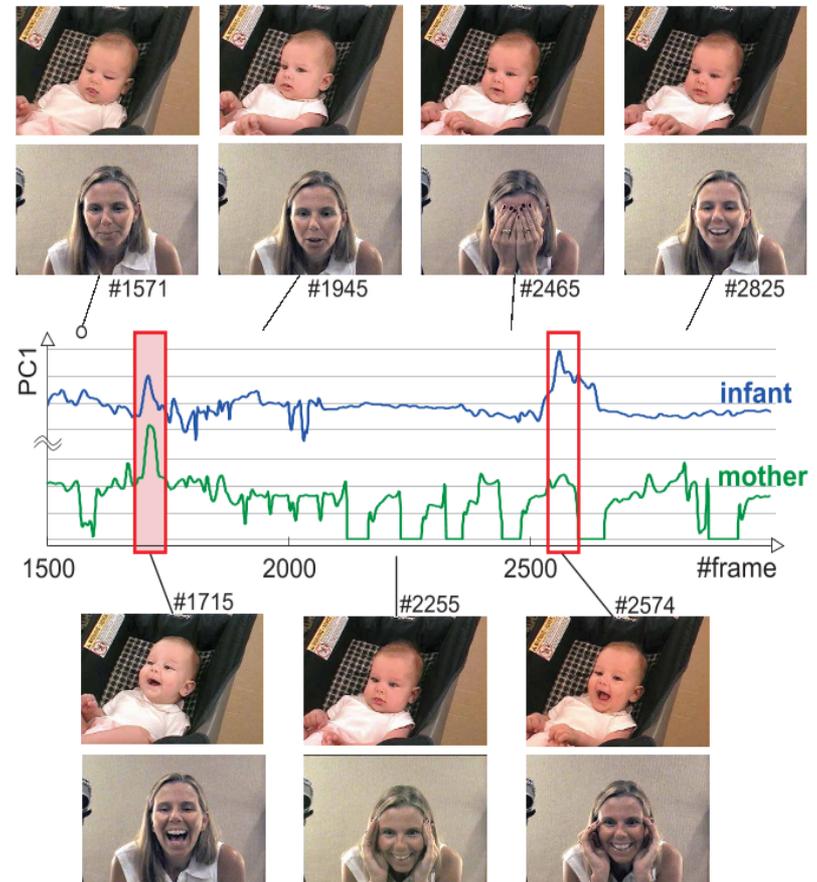
Ribeiro, E., Ribeiro, A., Gonçalves, M., Horvath, A., & Stiles, W. (2013). Psychology and Psychotherapy; Theory Res Practice, 86, 294–314.

Imel, Z., Barco, J., Brown, H., Baucom, B., Baer, J., Kircher, J., & Atkins, D. (2014). J Counseling Psychology, 61, 146– 153.

Ramseyer, F., & Tschacher, W. (2011). J Consult Clin Psychology, 79, 284–295.

Biologische Synchronisierungsprozesse

- Synchronisierungsvorgänge im Sinne dyadischer Abstimmungsprozessen der frühen Mutter-Kind-Beziehung
 - gemeinsam geteilte positive Affektzustände zwischen Mutter und Kind (Schore 2007)



Emotionale Belastung von Therapeuten als Quelle von Allianzrupturen

- **Konzept der Projektiven Identifizierung: Unbewusste Emotionsregulierung zu Lasten der Interaktionspartner (W. Bion)**
- **Container-Contained-Theorie:**
 - unerträgliche emotionale Zustände werden zur inneren Druckentlastung in Interaktionspartner „deponiert“
 - → **negative Emotionen unterschiedlichster Art in der Gegenübertragung (Ärger, Hilflosigkeit, Lähmung usw.), die als *eigene* Emotionen erlebt werden**
- Unbewusste primitive Abwehrform zur Bewältigung unerträglicher Affektzustände
- Im Normalfalle kommunikative Funktion, im pathologischen Falle interpersonell schädlich

Selbstbeurteilung bei bei Mental-Health-Professionellen

- Mental-Health-Professionelle gehen im Durchschnitt davon aus, dass 80 % ihrer Klienten sich unter ihrer Therapie bessern und 3 % sich verschlechtern.
 - 25 % nehmen an, dass sich 90 % oder mehr bessern.
 - 50 % nehmen an, dass kein Klient sich verschlechtert.
 - Niemand hielt seine Leistung für schlechter als durchschnittlich.
 - < 4 % der Professionellen hielten sich für durchschnittlich.
 - Keine Unterschiede in der Selbstbewertung ihrer professionellen Kompetenz und Effektivität zwischen Psychologen, Psychiatern, Sozialarbeitern und Ehe- und Familientherapeuten (Walfisch et al. 2012).

Walfish, S., McAllister, B., O'Donnell & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health professionals. *Psychological Reports*, 110(2), 639-944

Professionelle Begrenzungen

- Im Einzelfall ist es tatsächlich schwierig zu beurteilen, ob eine ausbleibende Verbesserung oder eine Verschlechterung auf Therapieeinflüsse oder Klienten- bzw. extratherapeutische Faktoren zurückzuführen ist.
- Unbewusste Aspekte beeinflussen naturgemäß
 - das therapeutische Denken, Fühlen und Handeln der Therapeuten (Gegenübertragung)
 - ihre Reaktionen auf die Patienten
 - ihre Einschätzung der therapeutischen Allianz.

Professionelle Begrenzungen

- Supervisionen/Intervisionen sind zwar der Königsweg,
 - um schon entdeckte Allianzrupturen zu reparieren
 - um unbewusste Verstrickungen und Übertragungs-Gegenübertragungs-Szenarien aufzulösen.
- Jedoch muss eine Allianzruptur bereits identifiziert oder ein vages Gefühl für eine Verstrickung vorhanden sein.
- Supervisor und Supervisand können gemeinsam die Bedürfnislage des Patienten verfehlen. Auch eine Supervisionsbeziehung profitiert von Patientenfeedback (Resse et al. 2009).

Konsequenzen aus den professionellen Begrenzungen

- Patienten-Rückmeldungen können eine wichtige Informationsquelle und ein notwendiges Korrektiv des Unbewussten der Therapeuten sein (Wampold & Brown 2006).

Wampold BE, Brown GS (2006). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73, 5, 914-923.

Patienten-Rückmeldungen

- Einbezug von Patienten-Rückmeldungen zur therapeutischen Allianz und zum bisherigen Therapieerfolg
 - verbessert den Therapieeffekt durch Identifikation und Reparatur von Allianzrupturen
 - senkt die Dropout-Rate und vermindert das Risiko der Verschlechterung (Duncan et al. 2010).
- Patienten, die ihren Therapeuten ein kritisches Feedback geben und dann erleben, wie diese sich konstruktiv damit auseinandersetzen, scheinen ganz besonders von der Therapie zu profitieren (Duncan et al. 2010).

Duncan, B. L., Miller, S. D., Wampold, B. E., & Hubble, M.A. (Eds.), (2010). The heart and soul of change: Delivering what works in therapy (2nd. Ed.). Washington, DC: American Psychological Association.

Synchronisierung

- Synchronisierungsvorgänge ähnlich den dyadischen Abstimmungsprozessen der frühen Mutter-Kind-Beziehung
 - gemeinsam geteilte positive Affektzuständen zwischen Mutter und Kind (Schore 2007)
- Scheitern der dyadischen Affektregulation (im Sinne von Synchronisierungsprozessen)
 - mit wechselseitig sich aufschaukelnden negativen Emotionen
 - bei den Bindungs- und Beziehungstraumatisierungen als Grundlage schwerer Persönlichkeitsstörungen (Schore 2007; Sroufe 1996).

Rupturen und Reparaturen der frühen Bindungsbeziehung

- Rupturen und Reparaturen der frühen Bindungsbeziehung sind als etwas Normales.
 - Schäden entstehen nur, wenn in der frühen Kindheit negative Affektzustände über lange Zeit unreguliert bleiben und nicht durch beruhigende und tröstende Aktivitäten der frühen Bezugsperson in eine positive Emotionalität übergeführt werden können.
 - chaotische biochemische Zustände
 - hirnstrukturellen und psychostrukturellen Defiziten (Schore 2007).

Allianzrupturen in der therapeutischen Beziehung

- ... außerordentlich häufiges Phänomen, bei schwerer gestörten Patienten quasi Normalität
 - auf der Ebene der Aufgaben und Ziele
 - z.B. Therapeuten arbeiten an Aufträgen, die sie nicht erhalten haben
 - auf der Ebene der emotionalen Verbundenheit
 - Auslösung negativer Affekte **bei Patienten oder Therapeuten** durch Verhaltensmerkmale des jeweils anderen,
 - die vor dem jeweiligen biografischen Hintergrund und der Übertragungsd disposition eine besondere Bedeutung bekommen

Allianzreparatur als Chance

- Ausgesprochen positive Effekte auf die Allianz
 - wenn sich Missverständnisse auflösen lassen
 - wenn Patienten ihre negativen Emotionen mitteilen und die Therapeuten nicht defensiv, sondern offen und akzeptierend darauf reagieren
- Negative Effekte auf die Allianzbildung
 - wenn Patienten ihre negativen Emotionen vor den Therapeuten verbergen und diese nichts davon bemerken
 - wenn Therapeuten mit Irritierbarkeit, vorzeitigen Deutungen und anderen defensiven Verhaltensmustern reagieren (Rhodes et al. 1994, Safran et al. 2002).

Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J., & Elliot, R. (1994). *J Couns Psychology*, 41(4), 473-483.

Safran JD et al. (2002). In JC Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work*: (pp. 235-254). New York: Oxford University Press.

Allianzruptur und -reparatur als Chance

- Besonders gute Allianzwerte wurden gemessen, wenn Episoden von Allianzruptur und Allianzreparatur vorausgegangen waren.
 - Aufgreifen zahlreicher Übertragungsanspielungen erwies sich eher als nicht günstig für die Allianzbildung (Lansford 1986).

Lansford, E. (1986). Weakenings and repairs of the working alliance in short-term psychotherapy. *Professional Psychology, Research and Practice*, 17(4), 364-366.

Unaufgelöste Allianzrupturen

- Rupturen der Allianz können, wenn sie nicht kommuniziert werden und unaufgelöst bleiben, dazu führen,
 - dass Patienten sich zunehmend unverstanden fühlen und früher oder später die Therapie beenden
 - dass sie die Therapie bis zum Ende „ertragen“, stets mit der Hoffnung, dass sich noch etwas zum Besseren wendet.

Unaufgelöste Allianzrupturen

- Bei fehlender Möglichkeit, den negativen Affekt in einen gemeinsamen positiven Affektzustand aufzulösen,
 - → Affekte des Alleingelassenseins, des Nicht-Gesehenwerdens, des Ausgeliefertseins, der Beschämung, der Ohnmacht etc.
 - durch ihre assoziative Verbindung zu lebensgeschichtlich frühen Beziehungserfahrungen bedeutsam
 - → anhaltende Stresszustand mit allen physiologischen Merkmale einer Stressreaktion

Identifikation von Risikopatienten

- Patienten, die keine Fortschritte machen, sich verschlechtern oder abbrechen drohen, werden durch Psychotherapeuten im Allgemeinen nicht gut identifiziert (Hannan et al. 2005).
 - In der Studie von Hannan et al. (2005) identifizierten die untersuchten Therapeuten nur 1 von 40 Patienten, die sich während der Therapie verschlechtert hatten (aus 550 Fällen).

Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K., et al. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology: In Session*, 61, 155-163.

Selbstbeurteilung bei Mental-Health-Professionellen

- Mental-Health-Professionelle gehen im Durchschnitt davon aus, dass 80 % ihrer Klienten sich unter ihrer Therapie bessern und 3 % sich verschlechtern.
 - 25 % nehmen an, dass sich 90 % oder mehr bessern.
 - 50 % nehmen an, dass kein Klient sich verschlechtert.
 - Niemand hielt seine Leistung für schlechter als durchschnittlich.
 - < 4 % der Professionellen hielten sich für durchschnittlich.
 - Keine Unterschiede in der Selbstbewertung ihrer professionellen Kompetenz und Effektivität zwischen Psychologen, Psychiatern, Sozialarbeitern und Ehe- und Familientherapeuten (Walfisch et al. 2012).

Professionelle Begrenzungen

- Im Einzelfall ist es tatsächlich schwierig zu beurteilen, ob eine ausbleibende Verbesserung oder eine Verschlechterung auf Therapieeinflüsse oder Klienten- bzw. extratherapeutische Faktoren zurückzuführen ist.
- Unbewusste Aspekte beeinflussen naturgemäß
 - das therapeutische Denken, Fühlen und Handeln der Therapeuten (Gegenübertragung)
 - ihre Reaktionen auf die Patienten
 - ihre Einschätzung der therapeutischen Allianz

Professionelle Begrenzungen

- Supervisionen/Intervisionen sind zwar der Königsweg,
 - um schon entdeckte Allianzrupturen zu reparieren
 - um unbewusste Verstrickungen und Übertragungs-Gegenübertragungs-Szenarien aufzulösen.
- Jedoch muss eine Allianzruptur bereits identifiziert oder ein vages Gefühl für eine Verstrickung vorhanden sein.
- Supervisor und Supervisand können gemeinsam die Bedürfnislage des Patienten verfehlen. Auch eine Supervisionsbeziehung profitiert von Patientenfeedback (Resse et al. 2009).

Konsequenzen aus den professionellen Begrenzungen

- Patienten-Rückmeldungen können eine wichtige Informationsquelle und ein notwendiges Korrektiv des Unbewussten der Therapeuten sein (Wampold & Brown 2006).

Wampold BE, Brown GS (2006). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 73, 5, 914-923.

Patienten-Rückmeldungen

- Einbezug von Patienten-Rückmeldungen zur therapeutischen Allianz und zum bisherigen Therapieerfolg
 - verbessert den Therapieeffekt durch Identifikation und Reparatur von Allianzrupturen
 - senkt die Dropout-Rate und vermindert das Risiko der Verschlechterung (Duncan et al. 2010).
- Patienten, die ihren Therapeuten ein kritisches Feedback geben und dann erleben, wie diese sich konstruktiv damit auseinandersetzen, scheinen ganz besonders von der Therapie zu profitieren (Duncan et al. 2010).

Konsequenzen aus den professionellen Begrenzungen

- Es könnte evtl. hilfreich sein, wenn Psychotherapeuten Zugang zu Daten hätten, die die eigene Erfolgsrate in Beziehung zur durchschnittlichen Erfolgsrate bei Patienten mit vergleichbarer Krankheitsschwere setzen (Wampold & Brown 2006).
- Jedoch: Welche Auswirkungen hätte eine evtl. Konfrontation mit unterdurchschnittlichen Therapieeffekten
 - auf ihre (legitime!) professionelle Selbstwertregulation und das Wohlbefinden von Therapeuten?
 - auf den Forderung (i.S. eines unspezifischen Wirkfaktors), selbstbewusst das eigene Therapieverfahren zu vertreten?
 - im gesellschaftlichen Kontext (Kontrolle, Sanktionen etc. ?)

Mögliche Lerninhalte im Ausbildungskontext

- Revision der Inhalte von Psychotherapie-
Ausbildungen
 - stärkere Akzentuierung der Vermittlung von
Beziehungswissen
 - Relativierung der Rolle reproduzierbaren
Fachwissens
 - stärkere Betonung „handwerklicher“ Aspekte
der Beziehungsgestaltung unter Einbezug
von Patienten-Rückmeldungen

Mögliche Lerninhalte im Ausbildungskontext

- Marker für eine gute Zusammenarbeit bzw. deren Ausbleiben identifizieren
 - Spontanäußerungen über gute Zusammenarbeit und Vertrauen
 - Bezugnahme auf frühere Sitzungen

Hilsenroth, M. J., Cromer, T. D. (2007). Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training, 44, 205–218

Mögliche Lerninhalte im Ausbildungskontext

- Aufmerksamkeit mehr auf beginnende Allianzbrüche lenken
 - sich aktiv dafür interessieren, wie Patienten auf eigene Äußerungen reagieren
 - sich abzeichnende Allianzbrüchen nicht ignorieren
 - nicht hoffen, dass die Rupturen vorübergehen
 - nicht die Therapie nach dem Prinzip „Mehr desselben“ fortsetzen

Coutinho et al. (2011). *Psychotherapy Research*, 21(5), 525-540.

Safran et al. (2002). In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy relationships that work*. Oxford: Oxford University Press, Inc.

Mögliche Lerninhalte im Ausbildungskontext

- interessiert nachfragen, wenn Patienten skeptisch schauen oder Einwände formulieren, ohne sie als Widerstand zu deuten (Coutinho et al. 2011; Safran, et al. 2002).
- nonverbale Signale von Skepsis und Ablehnung erkennen und zu weiterer Exploration ermutigen

Patient: „Ja, aber ...“

Therapeut: „Mich würde gerade das ‚aber‘ interessieren. Können Sie es mir näher erklären?“

- fehlende Zustimmung zu den eigenen Vorschlägen und Erklärungen nicht als zu bekämpfenden Widerstand, sondern als willkommene Hinweise auffassen, wie es etwas anders weitergehen könnte.

Mögliche Lerninhalte im Ausbildungskontext

- Prophylaxe von Allianzrupturen durch regelmäßige Exploration der Patientenreaktion und -einschätzung
 - Wie ist das für Sie?
 - Was meinen Sie dazu?
 - Wie geht es Ihnen damit?
 - Wie fühlt sich das für Sie an?
 - Ich würde gerne Ihre Meinung dazu hören.

Mögliche Lerninhalte im Ausbildungskontext

- Sicherheitsgefühl und Wohlbefinden in der therapeutischen Situation ansprechen
 - Arrangement im Behandlungszimmer, Sitzanordnung
- Mögliche Ängste und Befürchtungen gegenüber der Therapie und der Person des Therapeuten antizipieren und frühzeitig aktiv ansprechen
 - Ängste vor Kritik, Zurückweisung etc.
- Patienten in therapeutische Entscheidungsprozesse einbeziehen
 - Wahlmöglichkeiten anbieten
 - eigene Dilemmata und Unsicherheiten formulieren und die Patienten um ihre Stellungnahme bitten

Mögliche Lerninhalte im Ausbildungskontext

- Synchronien im Sinne emotionaler Verbundenheit durch geeignete ressourcenorientierte Interventionstechniken erzeugen
 - Validierung ihrer bisherigen und anhaltenden Bewältigungsbemühungen
 - Motivationale Ressourcen aktivieren durch Suggestion von Möglichkeiten gemeinsamer positiver Arbeit

P: Ich weiß nicht weiter.

T: Würden Sie gerne herausfinden, wie es weitergehen könnte?

Mögliche Lerninhalte im Ausbildungskontext

- Bei interaktionell schwierigen und schwerer gestörten Patienten kann störungsspezifisches Beziehungswissen hilfreich sein, um ...
 - die hinter einer intransparenten und verzerrten Kommunikation verborgenen legitimen Grundbedürfnisse zu identifizieren (R. Sachse)
 - zu verstehen, dass eine therapeutische Beziehung immer auch als bedrohlich erlebt werden kann (bes. bei Patienten mit desorganisierter Bindung) und die Distanzbedürfnisse der Patienten zu beachten
 - zu erkennen, wie Patienten ihre unerträglichen Emotionen qua projektiver Identifizierung in die Person des Therapeuten “deponieren“ (Bion).

Psychotherapiespezifische Beziehungskompetenz

- Hinweise, dass psychotherapiespezifische Beziehungskompetenzen operationalisierbar und erlernbar sind (Anderson et al. 2009).
- Psychotherapeuten können trainiert werden, die nonverbale Kommunikation ihrer Klienten zu beachten und auf sie zu reagieren (Grace et al. 1995).

Anderson T et al. (2009). *J Clinical Psychology*, 65(7), 755-768

Grace M et al. (1995). *J Couns Development*, 73, 547–552.

Schluss

- „Pferderennen-Mentalität“ der Psychotherapie-Vergleichsstudien wirkt angesichts dieser Befunde anachronistisch.
 - Ständige Suche nach neuen und besseren Psychotherapie-Methoden hat (mit Ausnahme bestimmter störungsorientierter Therapien) nicht zur Verbesserung der Effektstärken von Psychotherapie und nicht zu einer Verminderung der Dropout-Raten geführt (Bertolino et al. 2012).

Bertolino, B., Bargmann, S., & Miller, S. D. (2013). Manual 1: What works in therapy: A primer. The ICCE manuals of feedback informed treatment. Chicago, IL: International Center for .Clinical Excellence.

Schluss

- Dass die Patienten uns helfen sollen, Teile unseres Unbewussten bewusst zu machen, ist zunächst ein fremdartiger, bei psychodynamischer Betrachtung jedoch plausibler Gedanke.
- Können wir es ertragen,
 - dass ein nicht geringer Teil unseres professionellen Denkens, Fühlens und Handelns unbewussten Prozessen folgt?
 - dass wir in unserer professionellen Rolle nicht komplett „Herr im eigenen Hause“ sind?
 - Dass wir realen Begrenzungen unterworfen sind?

Schluss

- Psychotherapie ist anstrengend, weil jede Situation einzigartig ist und jeweils eine eigene Lösung erfordert.
- Die therapeutische Situation ist extrem komplex und wegen ihrer Komplexität immer unsicher und teilweise unbewusste Ängste und Motive kompliziert (Zwiebel 2015).
- Der Stress, dem Therapeuten ausgesetzt sind, wird in der Literatur kaum thematisiert und spielt in Ausbildungen kaum eine Rolle.

Schluss

- Andererseits kann die Therapie auch erheblich weniger anstrengend werden,
 - wenn wir mit mehr Selbstverständlichkeit unsere Grenzen annehmen können
 - wenn wir es mit unserem Selbstverständnis vereinbaren können, die Hilfe unserer Patienten in Anspruch zu nehmen
 - wenn wir es schaffen, mehr Zustände gemeinsamer positiver Emotionen mit unseren Patienten zu erzeugen, ohne den Ernst der Aufgabe zu vergessen.

Schluss

- Eine gute Theorie, wie Allianzrupturen frühzeitig erkannt und repariert werden können, müsste Teil sein einer umfassenderen Theorie, die auch Belastungen, denen Therapeuten in der Therapie ausgesetzt sind, einbeziehen.
- Die Bausteine einer solchen Theorie liegen eigentlich bereit.