

3 Bindung und Beziehung als Wirkfaktoren in der Psychotherapie

3.1 Die fünf Wirkfaktoren der Psychotherapie

Grawe ist der Auffassung, dass in der Diskussion über die empirische Belegbarkeit von Psychotherapie viele Showkämpfe ausgetragen werden, um die bestehenden Bedingungen aufrechtzuerhalten. Seines Erachtens ist es nicht sinnvoll, die verschiedenen Therapiemethoden an sich zu prüfen, sondern Sichtweisen, Psychotherapieausbildungen und Wirkfaktoren empirisch zu validieren, um eine erhöhte Wirksamkeit zu erreichen (Grawe, 2005).

Für einige Therapiemethoden wurden bereits Wirksamkeitsnachweise erbracht; ob es relevante Unterschiede im Vergleich zueinander gibt, wird hingegen unterschiedlich diskutiert. Laut Metaanalysen von Studien (Baskin, Tierney, Minami und Wampold, 2003) liegt die Effektstärke des Unterschiedes im Bereich von 0,15. Im Vergleich dazu liegt die Effektstärke der Gesamtwirkung von Therapie inklusive Placebo und spontanen Remissionen bei 1,2. Grawe bietet hierzu zwei mögliche Interpretationswege an. Einerseits deutet dies darauf hin, dass verschiedene Wege zu einem ähnlichen Ergebnis führen und positive Therapieeffekte unterschiedlich herbeigeführt werden können. Dieser Interpretation folgend erscheint es Grawe am sinnvollsten, die jeweilige Methode individuell nach den Klient*innen auszurichten und gegebenenfalls zu kombinieren, zu adaptieren oder auch zu wechseln. Die andere Interpretationsmöglichkeit ist, dass sich die Wirkung der einzelnen Therapierichtungen auf allgemeine Faktoren zurückführen lässt. Die Methoden an sich unter-

scheiden sich also in Bereichen, die für eine Therapiewirkung nicht allzu relevant sind, und Therapieerfolge hängen von allgemeinen Wirkfaktoren ab, die unterschiedlich realisiert werden.

Grawe (2005) erforschte dahingehend gemeinsame Merkmale von Therapierichtungen, deren Wirksamkeit mittels Studien belegt werden konnten. Folgende fünf Wirkfaktoren konnte er dabei herausarbeiten:

- Ressourcenaktivierung: Individuelle Eigenschaften von Klient*innen werden als positive Ressource in den Prozess einbezogen. Dadurch werden vorhandene Fähigkeiten und Motivationsbereitschaften aktiviert und genützt.
- Problemaktualisierung: Probleme, die veränderungsbedürftig sind, werden unmittelbar erfahrbar gemacht. Dies kann durch Experimente, Arbeit mit dem leeren Stuhl, Rollenspiele, kreative Medien und andere Dinge geschehen. So können reale Situationen und Personen in einem Erleben der Probleme einbezogen werden, wodurch eine Aktualisierung des Problems möglich ist.
- Problembewältigung: Die aktive Unterstützung durch problem-spezifische Maßnahmen in der Therapie ermöglicht es den Klient*innen, eine positive Erfahrung im Umgang mit dem Problem zu machen.
- Motivationale Klärung: Gezielte Maßnahmen fördern ein klares Bewusstsein für die Herkunft problematischer Verhaltens- und Erlebensmuster.
- Therapiebeziehung: Die Qualität der Therapiebeziehung trägt bei allen Richtungen signifikant zur Ergebnisqualität bei.

Diese allgemeinen Wirkfaktoren erklären einen großen Anteil der psychotherapeutischen Erfolgsvarianz (Grawe, 2005). „Das ist bemerkenswert, weil sie unabhängig von den vorherrschenden Ordnungssystemen in der Psychotherapie, den Störungen und Therapiemethoden, definiert wurden und ihr Einfluss störungs- und methodenübergreifend als gesichert angesehen werden kann“ (Grawe, 2005, S. 8). Durch die vergleichsweise geringe Stärke ihres Einflusses auf Therapieergebnisse werden Annahmen verschiedenster Therapiegrundlagen in Frage gestellt. Die Bedeu-

tung der jeweils spezifischen Problembearbeitung der unterschiedlichen Fachrichtungen ist also empirisch weniger relevant, als theoretisch bisher vermutet wurde.

Die Wirkfaktoren an sich müssen klient*innenspezifisch verwirklicht werden. Die Bezeichnung „allgemeine Wirkfaktoren“ impliziert nicht, dass diese generell in der Therapie vorhanden sind; sie können gut oder schlecht umgesetzt werden, was das Therapieergebnis stark beeinflusst (Grawe, 2005).

Eine Therapiebeziehung muss immer mit einem individuellen Menschen mit seinen ganz besonderen Eigenarten, Möglichkeiten und Einschränkungen gestaltet werden; jeder Mensch bringt andere Ressourcen mit, die für die Therapie genutzt werden können usw. Für die Verwirklichung der Wirkfaktoren muss sich der Therapeut also an den Gegebenheiten des einzelnen Patienten orientieren. (Grawe, 2005, S. 8)

Die Durchführung einer Methode oder eines Manuals, das sich auf eine bestimmte Störung bezieht, berücksichtigt nicht die Individualität, die Ressourcen und die individuellen Beziehungserfahrungen von Klient*innen. Somit muss eine wirkungsoptimierte Psychotherapie klient*innenspezifisch umgesetzt werden, da nur so eine optimale Verwirklichung der Wirkfaktoren möglich ist (Grawe, 2005). „Das Vorgehen ist patientenorientiert und nicht methodenorientiert, und für die Orientierung an den individuellen Gegebenheiten des einzelnen Patienten sind nicht nur seine Störungen relevant, sondern viele weitere Merkmale“ (Grawe, 2005, S. 8). Die Kenntnis von therapeutischen Wirkfaktoren alleine ist also nicht ausreichend für eine gelingende Umsetzung in die Praxis; Therapeut*innen brauchen darüber hinaus validierte Leitlinien sowie ein Arsenal an wirksamen therapeutischen Möglichkeiten, um den jeweils individuellen Persönlichkeiten gerecht zu werden. Für den Gesamtprozess der Therapie wurde die gute Therapiebeziehung als Wirkfaktor in vielen weiteren Studien als grundlegend und unbedingt notwendig für gelingendes Therapieren bestätigt (Grawe, 2005).

3.2 Was zeichnet gute Therapeut*innen aus? Supershrink vs. Pseudoshrink

Die wichtigsten Eigenschaften von guten Therapeut*innen, die Grawe identifizieren konnte, werden nachfolgend im Überblick dargestellt und danach im Zusammenhang mit der therapeutischen Beziehung näher erörtert. Diese sind:

- Ressourcenorientierung
- Prozessorientierung
- Beziehungsexpertise
- Störungsexpertise
- Kenntnis motivationaler Dynamik
- Bewältigungs- und Klärungsorientierung
- Nutzung interpersonaler Settings
- Fallverständnis als Handlungsanleitung
- Mehrdimensionales Wahrnehmen, Denken und Handeln

All diese Faktoren beziehungsweise Eigenschaften sind wichtig für eine erfolgreiche Therapie sowie auch für die jeweilige Beziehungsqualität. Diese findet insbesondere im Faktor Beziehungsexpertise Beachtung: Die Erfüllung von Grundbedürfnissen hängt maßgeblich von den jeweiligen zwischenmenschlichen Beziehungen und deren Qualität ab. Es ist daher wichtig, Beziehungen sowohl aus der Problem- als auch aus der Ressourcenperspektive zu betrachten. Dies betrifft nicht nur die Beziehungen außerhalb der Therapie, sondern auch die Therapiebeziehung an sich. Die Fähigkeit, interpersonale Probleme zu erkennen und therapeutisch behandeln zu können, ist außerdem maßgeblich für einen Einbezug systemspezifischer Problemkonstellationen und Konzepte. Die ressourcenorientierte Gestaltung ist hierbei jedoch klar im Fokus und trägt erwiesenermaßen zu einer Verbesserung des Wohlbefindens der Klient*innen und einer verbesserten selbstständigen Problembewältigung bei. Hierbei kann es hilfreich sein, die verschiedenen Indikatoren für Bindungsstile zu erlernen und diese diagnostisch anzuwenden sowie in die Behandlungsplanung einfließen zu lassen. Die Bindungsstile geben uns wichtige Hinweise auf etwaige

Möglichkeiten und Einschränkungen im Hinblick auf die Beziehungsgestaltung der Klient*innen. Dieser festgestellte Bindungsstil ist nicht schnell veränderbar, deswegen ist ein Einbezug in eine Behandlungsplanung indiziert. Therapeut*innen sind diejenigen, die von allen Berufen am meisten mit zwischenmenschlichen Beziehungsproblemen befasst sind, daher ist bei diesem Thema ein solides Fachwissen erforderlich (Grawe, 2000).

2014 veröffentlichte Jochen Paulus, studierter Psychologe und Journalist, hierzu einen Artikel, der einen guten Überblick über diese Debatte und die aktuelle Forschung bietet. Er zeigt beispielsweise auf, dass sich Psychotherapeut*innen in Bezug auf ihre beruflichen Fähigkeiten im Durchschnitt viel zu hoch einschätzen. Die von Michael Lambert mit Psychotherapeut*innen, Psycholog*innen und Psychiater*innen durchgeführte Studie (N=129) zeigte, dass sich 80–90 % für fachlich besser halten als ihre Kolleg*innen. Die Befragten gaben an, es würde ihrer Einschätzung nach 80–90 % ihrer Klient*innen nach der Behandlung besser gehen und mehr als die Hälfte nahm an, dass es 0 % nach Behandlungsabschluss schlechter gehe. Die Fakten sehen hingegen anders aus: Drei Viertel der Klient*innen kann statistisch gesehen geholfen werden, einem Viertel wird nur wenig geholfen. Bei 5–10 % geht es nach der Therapie weiter bergab, im Kinder- und Jugendbereich sind es sogar 10–20 %, denen es danach schlechter geht (Lambert, 2010).

Schon 1974 legte eine Untersuchung von David Ricks mit 28 Jungen, die an psychischen Störungen litten, nahe, wie wichtig die Fähigkeiten von Therapeut*innen sind. Die untersuchten Jungen, die sich isoliert, verletztlich und ängstlich fühlten, wurden von zwei Therapeuten behandelt. Im Erwachsenenalter litten 27 % der Klienten des einen Therapeuten unter schweren psychischen Störungen und 84 % der Klienten des anderen Therapeuten. Die Jungen nannten den erfolgreichen Therapeuten Supershrink, also Superseelenklempner. Der andere bekam von den Forschern später den Spitznamen Pseudoshrink. Ricks Ausführungen machen deutlich, warum einer der Therapeuten erfolgreicher war als der andere: Der Supershrink kümmerte sich besonders um die leidenden Jungen, redete souverän mit den Eltern, organisierte Unterstützung außerhalb der Therapieeinheiten und half den Jungen, ihren eigenen Willen zu entwickeln. Der Pseudoshrink hingegen ließ sich von der Not der Kinder anstecken

und wusste nicht damit umzugehen. Zwar ist die Teilnehmerzahl der Studie gering, dennoch zeigt sie klar, dass nicht alle Therapeut*innen gut für ihre Klient*innen sind. Jahrzehntlang wurde diese Erkenntnis ignoriert und kaum erforscht (Ricks, 1974). Die Schwierigkeit bestand nach Willutzki, Reinke-Kappenstein und Hermer im gesellschaftlichen Legitimationsdruck der Psychotherapie, die in Konkurrenz mit anderen Interventionsansätzen stand und steht. Psychotherapeut*innen wollten nachweisen, dass Therapiebehandlungen wirken; dass die Wirkung nur gegeben ist, wenn sie von geeigneten Kolleg*innen ausgeübt werden, passte nicht zu den Zielen der Berufslobby (Willutzki, Reinke-Kappenstein & Hermer, 2013). Erst in diesem Jahrtausend wurden große Studien veröffentlicht, die die unterschiedlichen Leistungen unterschiedlicher Therapeut*innen thematisieren. So analysierte beispielsweise Lambert mit seinem Team 56 Therapeut*innen aus verschiedenen Fachrichtungen, die im Bedarfsfall für 1800 Studierende zuständig waren. Ängste, Anpassungsschwierigkeiten und Depressionen waren dabei die am häufigsten vorkommenden Probleme. Die drei besten Therapeut*innen halfen, überprüft anhand einer Symptomliste mit einem Besserungswert von 15 Punkten, schnell und gut. Sie benötigten zur Erreichung der Verbesserung lediglich zweieinhalb Sitzungen. Den Klient*innen der schlechtesten Therapeut*innen hingegen ging es nach der drei- bis vierfachen Therapiezeit zum Schluss fünf Punkte schlechter als zuvor (Lambert, 2010).

Daraus lässt sich resümieren: In den meisten Fällen ist Psychotherapie hilfreich; wenn nicht, so liegt es nicht selten an den Therapeut*innen selbst. Regelmäßige Qualitätssicherung und die Orientierung am aktuellen Forschungsstand stellen dabei wichtige Faktoren im Sinne des Klient*innenwohls dar (Paulus, 2014). Zehn Prozent der Therapeut*innen machen laut Lambert (Paulus, 2014) die Leute sogar noch kränker. Bei leichteren Beschwerden sind die Unterschiede nicht so groß, doch bei massiven Problemen zeigen sich die Grenzen von Therapeut*innen am stärksten: „Im Extremfall kann eine gescheiterte Psychotherapie den Patienten das Leben kosten. Depressive bringen sich nicht selten um, Magersüchtige hungern sich zu Tode. Aber auch wenn es nicht zum Schlimmsten kommt, bedeutet eine gescheiterte Psychotherapie oft, dass eine bedrückende Leidensgeschichte weitergeht“ (Paulus, 2014, S. 47).

Kommen Klient*innen zur Therapie und der*die Therapeut*in ist abgelenkt, müde oder zeigt keine Freude sie zu sehen, fühlen sich Klient*innen schnell als Last und nicht willkommen oder geschätzt. Womöglich erkennen sie auch eine Haltung ihnen gegenüber, die ihnen bereits bekannt ist. Durch eine solche Begegnung wird ihnen geschadet statt geholfen (Paulus, 2014). „Hinter vielen schädlichen Wirkungen von Psychotherapie stecken Probleme in der Beziehung, die sich in indirekten Zurückweisungen äußern“ (Paulus, 2014, S. 46). Lambert sagt dazu:

Gute Therapeut*innen können Probleme in der therapeutischen Beziehung beheben, beispielsweise, wenn Klient*innen ihre Wahrnehmung ansprechen:

Also wenn ein Patient sich traut zu sagen: Sie sind offenbar nicht erfreut, mich zu sehen, und das schon zum dritten Mal, ich fühle mich hier nicht willkommen, dann ist es wichtig, dass Therapeuten das sehr ernst nehmen und sich vielleicht sogar entschuldigen. (Paulus, 2014, S. 46)

Wenn eine solche Klärung nicht möglich ist und keine Verbesserung der therapeutischen Beziehung eintritt, so sind Klient*innen gut beraten einen Therapeut*innenwechsel anzudenken und eine Fachperson aufzusuchen, die ihnen eine gute therapeutische Beziehung anbieten kann. Wichtig dafür ist es, dass Therapeut*innen Menschen mögen, offen sind und sich auf andere freuen, dass sie flexibel sind und unterschiedliche Perspektiven vertreten können. Optimal erscheint außerdem eine Spezialisierung von Therapeut*innen auf Klient*innen, bei denen sie ihre spezifischen Kompetenzen – insbesondere im Hinblick auf die gelingende therapeutische Beziehung – ziieldienlich einsetzen können (Paulus, 2014).

Doch was macht nun gute Therapeut*innen aus? Laut Forscher*innen haben Geschlecht, Alter oder Hautfarbe keinen großen Einfluss auf den Therapieerfolg; auch die Therapieausbildung an sich scheint ebenso wenig wie die Erfahrung damit in Zusammenhang zu stehen. Die Erfahrung bringt zwar Routine, jedoch keine besseren Ergebnisse. Hilfreich für den Therapieerfolg ist es hingegen, mehrmals im Therapieverlauf Rückmeldungen von den Klient*innen einzuholen und zu prüfen,

ob es ihnen besser geht. Diese Art von Evaluation ermöglicht notwendige Adaptionen und Verbesserungen. Die meisten Psychotherapeut*innen holen jedoch zu selten Feedback ein, weshalb kaum Verbesserung stattfindet. Die entscheidenden Eigenschaften für erfolgreiche Therapien sind weder leicht lehrbar noch entwickeln sie sich im Laufe der Zeit von selbst (Paulus, 2014). Laut Lambert und seiner Arbeitsgruppe sind diese hilfreichen Eigenschaften *faciliative interpersonal skills*, also hilfreiche zwischenmenschliche Eigenschaften. Diese Fähigkeiten sind messbar; Lambert nutzte hierzu Videofilme mit Schauspieler*innen, die Patient*innen spielten, und befragte Therapeut*innen zu ihrer Meinung hinsichtlich der Behandlungssituation. Die Personen, die zwischenmenschlich hilfreiche Fähigkeiten zeigten, erwiesen sich als erfolgreicher in der Klient*innenarbeit. Hilfreich ist es außerdem aufmerksam zuzuhören, Gefühle zu verstehen, überzeugend eigene Gedanken vorbringen zu können und Ideen anderer aufzunehmen (Paulus, 2014).