



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser  
gesamtes Programm finden Sie unter [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

## **Leben Lernen**

Die Reihe »Leben Lernen« stellt auf wissenschaftlicher Grundlage Ansätze und Erfahrungen moderner Psychotherapien und Beratungsformen vor; sie wendet sich an die Fachleute aus den helfenden Berufen, an psychologisch Interessierte und an alle nach Lösung ihrer Probleme Suchenden.

Alle Bücher aus der Reihe ›Leben Lernen‹ finden Sie unter:  
[www.klett-cotta.de/lebenlernen](http://www.klett-cotta.de/lebenlernen)

### **Zu diesem Buch**

Psychotherapie wirkt, das ist mittlerweile unumstritten. Aber was und wie wirkt sie genau? Und vor allem, was bedeutet das für die tägliche Arbeit von Psychotherapeut:innen? Tanja Dörner gibt Antworten auf diese Fragen und nähert sich ihnen aus zwei Richtungen: aus der Breite der Psychotherapieforschung und ihrer eigenen praktischen Erfahrung. Was macht besonders fähige Therapeut:innen aus? Wie wird Veränderung möglich und was sind Prinzipien gelungener Interaktion? Die Antworten auf viele dieser Fragen stehen zwar schon seit Jahren fest, haben den Sprung in die Praxisräume aber noch nicht geschafft. Tanja Dörner übersetzt die Erkenntnisse in konkrete therapeutische Fragen, Statements und Interventionen. Daraus ergeben sich wichtige Impulse, um das ganze Potenzial von Psychotherapie zu nutzen und im Therapiealltag mehr Wirksamkeit zu entfalten.

Tanja Dörner

# Wirksamer werden

Impulse und Interventionen  
für den Therapiealltag

Klett-Cotta



Die digitalen Zusatzmaterialien haben wir zum Download auf [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de) bereitgestellt. Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM89321**

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe.

Klett-Cotta

[www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)

© 2024 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von Matyfiz/Adobe Stock

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

ISBN 978-3-608-89321-2

E-Book ISBN 978-3-608-12283-1

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20670-8

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

# Inhalt

|  |     |
|--|-----|
| <b>Vorwort</b> .....   | 9   |
| <b>1 Psychotherapie wirkt – aber wie?</b>                            |     |
| <b>Antworten aus der Forschung</b> .....                             | 13  |
| 1.1 Die Power von Psychotherapie .....                               | 13  |
| 1.2 Dosis und Wirkung .....  | 18  |
| 1.3 Der Dodo läuft immer noch .....                                  | 21  |
| 1.3.1 Die therapeutische Beziehung .....                             | 25  |
| 1.3.2 Supershrinks .....   | 31  |
| 1.3.3 Bruch und Reparatur .....                                      | 38  |
| 1.3.4 Auf den Patienten kommt es an .....                            | 46  |
| 1.3.5 Erwartung und Placebo .....                                    | 49  |
| 1.3.6 Spezifische Interventionen .....                               | 50  |
| 1.3.7 Von Experten und Novizen .....                                 | 54  |
| <b>2 Die therapeutische Haltung</b> .....                            | 63  |
| 2.1 Psychotherapie zurück zum Wesentlichen bringen .....             | 64  |
| 2.2 Fachgeschäft statt Kaufhaus .....                                | 69  |
| 2.3 Sich selbst erfahren .....                                       | 75  |
| 2.4 Und jetzt: Stimmung .....  | 82  |
| 2.5 Echtheit .....   | 84  |
| 2.6 Konfrontation .....  | 88  |
| 2.7 Update aus der Forschung .....                                   | 98  |
| <b>3 Veränderung</b> .....   | 102 |
| 3.1 Das Wesen von Veränderung .....                                  | 102 |
| 3.2 Stufen der Veränderung .....                                     | 104 |
| 3.3 Motivation, Salienz und Zitronenfalter .....                     | 106 |
| 3.4 Therapieziele .....  | 108 |
| 3.5 Die Intentions-Verhaltens-Lücke .....                            | 113 |
| 3.6 Ambivalenz .....   | 115 |
| 3.7 Eigenverantwortung oder wer möchte hier<br>eigentlich was? ..... | 120 |

|          |  |            |
|----------|--|------------|
| 3.8      | Weniger ist mehr .....                                   | 127        |
| 3.9      | Bedrohliche Veränderung .....                            | 132        |
| 3.10     | Was verhindert Veränderung – ein Überblick .....         | 133        |
| <b>4</b> | <b>Ressourcen .....</b>                                  | <b>138</b> |
| 4.1      | Raus aus dem Negativitätsbias – eine kurze Einführung .. | 138        |
| 4.2      | Nach Gold graben – aber wie genau? .....                 | 140        |
| 4.3      | Ressourcenorientierte Gesprächsführung .....             | 144        |
| 4.3.1    | Fragen zur Erschließung von Ressourcen .....             | 144        |
| 4.3.2    | Ausnahmen von der Regel .....                            | 144        |
| 4.3.3    | Systematik zur Erschließung von Ressourcen .....         | 146        |
| 4.3.4    | Lob, positive Bestärkung, Komplimente .....              | 147        |
| 4.4      | Ressourcenorientierte Übungen .....                      | 149        |
| <b>5</b> | <b>Zentrale Themen wahrnehmen und verstehen .....</b>    | <b>157</b> |
| 5.1      | Wer nicht fragt, bleibt dumm .....                       | 158        |
| 5.2      | Vom Warum zum Wozu .....                                 | 158        |
| 5.3      | Kontext, Kontext, Kontext .....                          | 161        |
| 5.4      | Widersprüche klären .....                                | 162        |
| 5.5      | Rasiermesser-Prinzip von Ockham .....                    | 162        |
| 5.6      | Stavemanns Töpfe .....                                   | 163        |
| 5.6.1    | Geringes Selbstwerterleben .....                         | 163        |
| 5.6.2    | Geringe Frustrationstoleranz .....                       | 164        |
| 5.6.3    | Existenzielle Probleme .....                             | 165        |
| 5.7      | Schmerz und Leid .....                                   | 167        |
| 5.8      | Signale des Körpers .....                                | 168        |
| 5.9      | Arbeit als zentrales Thema .....                         | 168        |
| 5.9.1    | Arbeitszeit ist Lebenszeit .....                         | 168        |
| 5.9.2    | Arbeitsplatz als Beziehungsplatz .....                   | 172        |
| <b>6</b> | <b>Mehr Gefühl wagen .....</b>                           | <b>178</b> |
| 6.1      | Angst .....  | 179        |
| 6.2      | Trauer .....   | 181        |
| 6.3      | Schuld und Scham .....                                   | 183        |
| 6.4      | Wut .....  | 184        |

|  |     |
|--|-----|
| <b>7 Interaktion</b> .....                                     | 186 |
| 7.1 Arbeiten im Toleranzfenster .....                          | 186 |
| 7.2 Wirksames Zuhören .....                                    | 193 |
| 7.3 Wirksame Fragen .....                                      | 193 |
| 7.4 Wirksame Statements .....                                  | 195 |
| 7.4.1 Erlebtes würdigen .....                                  | 195 |
| 7.4.2 Trennen zwischen Gegenwart und Zukunft .....             | 196 |
| 7.4.3 Kurz- und langfristige Folgen des eigenen Handelns ..... | 197 |
| 7.4.4 Kränkungen durch die Eltern .....                        | 198 |
| 7.4.5 Selbstabwertende Äußerungen .....                        | 199 |
| 7.4.6 Schweigen als Statement .....                            | 199 |
| 7.4.7 Themen ausklammern .....                                 | 200 |
| 7.4.8 Das Gefühl definieren, nicht den Menschen .....          | 201 |
| 7.4.9 Entpathologisieren .....                                 | 203 |
| 7.4.10 Auf übergeordnete Themen verweisen .....                | 203 |
| 7.4.11 Ablehnbare Statements .....                             | 204 |
| 7.4.12 Statements als Teil des therapeutischen Narrativs ..... | 204 |
| <br>   |     |
| <b>8 Wirksame Metaphern</b> .....                              | 206 |
| 8.1 Sauerstoffmasken .....                                     | 206 |
| 8.2 Problem-Jonglage .....                                     | 206 |
| 8.3 Problempakete/Return to Sender .....                       | 207 |
| 8.4 Take Control .....   | 207 |
| 8.5 Lernen .....   | 208 |
| 8.6 Unterdrückung von Gefühlen .....                           | 209 |
| 8.7 Ferrari fahren .....                                       | 209 |
| 8.8 Familie als Mobile .....                                   | 210 |
| 8.9 Gedankenzüge .....   | 210 |
| 8.10 Alarmanlage .....   | 210 |
| 8.11 Den Bus des Lebens lenken .....                           | 211 |
| 8.12 In Form bringen .....                                     | 211 |
| 8.13 Ins kalte Wasser springen .....                           | 212 |
| 8.14 Wilde Tiere .....   | 212 |
| 8.15 Ideen wie Äpfel reifen lassen .....                       | 213 |

|  |     |
|--|-----|
| <b>9 Wirksame Interventionen</b> .....                   | 214 |
| 9.1 Zum Einstieg – den Boden bereiten .....              | 214 |
| 9.2 In der Mitte – Themen vertiefen .....                | 225 |
| 9.3 Gegen Ende – Transfer herstellen .....               | 235 |
| <b>10 Kommen Sie zur Ruhe – wirksam entspannen</b> ..... | 242 |
| <b>11 Aufhören, wenn es am schönsten ist</b> .....       | 252 |
| <b>12 Nachwort</b> .....                                 | 254 |
| <b>ANHANG</b> .....                                      | 257 |
| <b>Arbeitshilfe</b> .....                                | 259 |
| <b>Literaturverzeichnis</b> .....                        | 262 |



# Vorwort

Ich erinnere mich an mein erstes Seminar im Rahmen meiner Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin. Ich erinnere mich daran, wie aufregend es war, alle anderen Kursteilnehmer kennenzulernen und wie wir uns zu diesem Zweck nach Alter, Herkunftsort und Größe im Raum aufstellten. Daran, dass wir einen Brief an uns selbst, an unser späteres Ich, schrieben, den wir nach Abschluss der Ausbildung erhielten. Aber vor allem erinnere ich mich daran, dass unsere beiden Seminarleiter damals schon in der ersten Stunde sagten, es brauche zehn Jahre an beruflicher Erfahrung, bis man als Psychotherapeut souverän sei. Nach dem Abitur, fünf Jahren Studium und mehr als drei Jahren Ausbildung also weitere zehn Jahre tägliche Praxis, bis man sich im kleinen Raum, in dem Therapeut und Patient sich begegnen, blind zurechtfindet. Aus all den Seminaren, die noch folgen sollten, kamen Regalmeter an Ordnern mit Theorien und Modellen zusammen und ich versuchte diese Theorien und Modelle anzuwenden. Aber was konnte ich mit einem Teufelskreis der Angst anfangen, wenn eine weinende Frau vor mir saß und berichtete, dass ihre kleine Tochter vor einigen Wochen an den Folgen eines Hirntumors gestorben sei? Was nützte das Vulnerabilitäts-Stress-Modell einem Barkassenführer, der arbeitslos geworden war und aus Angst vor dem sozialen Abstieg nicht mehr schlafen konnte, oder einem Lehrer, der sich nicht mehr an den letzten Tag in seinem Leben ohne Rückenschmerzen erinnern konnte?

Ich war mit Feuereifer dabei, als es an ein weiteres Modell ging: Das ABC-Modell ist das Modell der kognitiven Verhaltenstherapie schlechthin. Dass unsere Gefühle unmittelbar durch unsere grundlegenden Überzeugungen und Gedanken bestimmt werden, leuchtete mir sofort ein und deckte sich mit meinem Verständnis vom Menschen und der Welt. Ich fing also an in meinen Sitzungen das ABC-Modell einzuführen

und meine Behandlung darauf aufzubauen. Mir wurde schnell klar, dass ich schweren Herzens auf die Feinheiten des Bewertungssystems wie die persönliche Sichtweise (B1), Schlussfolgerungen und vermutete Konsequenzen (B2) und die Bewertung selbst (B3) verzichten musste. Sie sprengten jeden zeitlichen Rahmen sowie die Geduld und Offenheit so mancher meiner Patienten.

Inzwischen sind diese zehn Jahre, von denen meine Ausbilder sprachen, vergangen und ich nutze das ABC-Modell nur noch selten, obwohl ich von der Kernaussage nach wie vor überzeugt bin. Die Ordner aus den Seminaren stehen inzwischen im Keller. Neben all den Modellen hat sich weiteres Wissen angesammelt, praktisches, selbst erarbeitetes Wissen. Ich verwende jetzt das, was sich meiner Erfahrung nach für die Patienten als nützlich und hilfreich erwiesen hat, das, was ich mir durch Fortbildungen, Supervision und vor allem durch die Arbeit mit Patienten angeeignet habe und was sich in vielen Stunden Psychotherapie bewährt hat. Dabei hat mich bis heute die Frage nie losgelassen, was einen wirksamen Psychotherapeuten eigentlich ausmacht. Aus diesen Fragen, die ich mir gestellt und Antworten, die ich gefunden habe, hat sich im Laufe der Zeit meine Art von Psychotherapie entwickelt. Ich möchte davon berichten, was in diesen zehn Jahren, von denen meine Ausbilder damals gesprochen haben, passiert ist und was dazu beigetragen hat, souveräner und hoffentlich auch wirksamer zu werden. Dazu muss ich sagen, dass es wohl so viele Arten von Therapien gibt wie Therapeuten selbst. Entscheidend ist, dass die Art von Behandlung mit dem eigenen unverwechselbaren Wesen als Mensch und Therapeut übereinstimmt. Diese einzigartige Behandlung findet dann den Weg zum jeweiligen Patienten und umgekehrt. Dies soll nicht mit Beliebigkeit verwechselt werden. Denn es gibt sie, die festen Pflöcke in der Therapielandschaft, die Hinweise darauf geben, was wirkungsvolle Therapie ausmacht (auch, wenn man sie am Anfang des beruflichen Wegs vielleicht nicht sehen kann). Es sind die Erkenntnisse aus der Wissenschaft, die sich hartnäckig über Jahrzehnte zeigen. Sie sagen etwas über die beiden Hauptpersonen im therapeutischen Geschehen aus: Über den Therapeuten und über den Patienten. Sie beide und ihre Beziehung zueinander sind die Therapie. Ich möchte hier nicht behaupten, dass Modelle, Techniken und Interventionen ohne Bedeutung

sind. Entscheidend ist aber vielmehr, wann und wie und nicht welche Technik genau angewendet wird. Es geht um ein Gespür für Dosis, Timing und um Flexibilität. Mit den Jahren entwickelt sich eine »eigene« Art von Therapie. Eine Therapie, die man nur bedingt studieren oder nachlesen kann, da sie persönliche Erfahrung und Stunden an Gesprächen mit Patienten erfordert und mit ihr entwickelt sich die eigene psychotherapeutische Identität. Ich möchte hier einen Einblick geben, was wichtige Denkanstöße aus der Wissenschaft und aus der praktischen Arbeit für mich waren und dazu beitragen, dass andere auf dem Weg zur beruflichen Souveränität ein, zwei Umwege weniger machen müssen.

Ein Zitat möchte ich voranstellen, das den Ausgangspunkt dieses Buchs beschreibt:

»You can discourage by failure or you can learn from it.«

Rousmaniere, 2017

Alle im Text beschriebenen Modelle, Übungen und Statements sind in der Praxis erprobt und bewährt. Sie sind zum Teil selbst entwickelt, zum Teil aus der Literatur oder von Kollegen im Original übernommen oder modifiziert und entsprechend gekennzeichnet. Einige Übungen sind in der Psychotherapie-Szene weit verbreitet und ihr Ursprung nicht mehr zurückzuverfolgen.

Alle Fallbeispiele sind anonymisiert, verfremdet und zum Teil aus mehreren Patienten zusammengesetzt. Der Kern der psychischen Dynamik und des therapeutischen Prozesses wurden jedoch erhalten.

Ich und damit auch dieses Buch stehen auf den Schultern ungezählter Psychotherapeuten, Supervisoren, Kollegen, Freunden und Patienten, denen mein Dank gilt.

Ich möchte meine Achtung und Verbundenheit mit all den therapeutischen Kollegen da draußen, ob in einer Klinik oder Praxis, ob angestellt oder selbständig, ausdrücken, die jeden Tag aufs Neue versuchen im Kleinen eine große Wirkung zu entfalten. Mein Dank gilt ebenso dem Klett-Cotta-Verlag, vertreten durch die Geschäftsführung, die Lektoren und anderen beteiligten Mitarbeitern. Insbesondere danke ich Frau Colagrossi und Frau Aichele für die angenehme, reibungslose

und konstruktive Zusammenarbeit. Widmen möchte ich dieses Buch aber nur einer Person:

Für Franziska

Um den Text flüssig und verständlich zu halten, habe ich auf jegliche gängige Form von Gendern verzichtet. Mit dem verwendeten generischen Maskulinum sollen beide Geschlechter sowie sich als divers oder nicht weiter festgelegt Identifizierende mit gemeint sein.

## KAPITEL 1

# Psychotherapie wirkt – aber wie? Antworten aus der Forschung

## 1.1 Die Power von Psychotherapie

Psychotherapie wirkt, das ist mittlerweile unumstritten. Die absolute Wirksamkeit von Psychotherapie im Vergleich zu einer nicht stattfindenden Behandlung wurde seit den 1970er Jahren bis heute immer wieder in empirischen Studien nachgewiesen. Inzwischen sind über 700 Meta-Analysen zum Thema zusammengekommen, die über 12 500 Einzelstudien beinhalten (Wampold, Imel & Flückiger, 2018). Es handelt sich dabei also um einen stabilen und beständigen Befund. Ich selbst habe die Wirksamkeit von Psychotherapie vor Beginn meiner Ausbildung nicht hinterfragt, doch als ich selbst Patienten sah, merkte ich, dass Psychotherapie in manchen Fällen wirkte, in manchen nicht und in anderen anders als erwartet. Also was bedeutet es genau, wenn konstatiert wird, dass Psychotherapie wirkt? Auch auf die Gefahr hin, Sie als Leser gleich im ersten Kapitel zu verlieren, mache ich doch einen kleinen Umweg über die Statistik: Das gängige Maß zur Beurteilung von Studienergebnissen ist das der Signifikanz. Sie sagt jedoch nur etwas darüber aus, ob der Effekt einer Maßnahme zufällig oder systematisch zustande kommt, jedoch nichts darüber, wie groß der Effekt eigentlich ist. Die Größe eines Effekts einzuschätzen ermöglicht hingegen die Effektstärke. Sie ist ein Maß für Unterschiede, hilft Ergebnisse aus verschiedenen Studien zu vergleichen und nimmt in der Regel Werte zwischen 0 und 1 an. Liegt die Effektstärke bei 0, bedeutet das, es gibt keinen Unterschied zwischen zwei Gruppen oder zwei Zeitpunkten. Genauer gesagt sind dann die Unterschiede innerhalb der einzelnen Gruppen größer als die Unterschiede zwischen beiden Gruppen,

die verglichen werden. Liegt sie bei 1, entspricht das einem starken Effekt. Das wiederum heißt, der Unterschied zwischen zwei Gruppen ist größer als die Unterschiede innerhalb einer Gruppe und mit dem bloßen Auge sichtbar. Nehmen wir zum Beispiel die Körpergröße. Diese ist in der Bevölkerung normalverteilt. Es gibt also einige wenige, die es von der Körpergröße in die Basketballnationalmannschaft schaffen würden und einige wenige, die auch im Erwachsenenalter im Bus noch eine Karte zum Schülertarif angeboten bekommen. Die meisten von uns bewegen sich irgendwo in der Mitte. Vergleicht man nun Männer und Frauen hinsichtlich ihrer Körpergröße, dann sind Männer im Durchschnitt 10 cm größer, was gleichzeitig einer Standardabweichung entspricht. Die Standardabweichung gibt die durchschnittliche Abweichung einzelner Werte vom Mittelwert an. Die Effektstärke liegt in diesem Beispiel entsprechend dann bei 1. Den Unterschied in der Körpergröße zwischen Männern und Frauen kann man, wenn man im Alltag durch die Straßen geht, also problemlos wahrnehmen. Ein Größenunterschied hingegen bei 15 und 17 Jahre alten Mädchen ist im Durchschnitt ebenfalls vorhanden, fällt aber deutlich geringer aus und entspricht einem kleinen Effekt. Nehmen wir als weiteres Beispiel eine psychotherapeutische Intervention bei Patienten mit depressiver Symptomatik. Vor der Intervention liegt der mittlere Wert von zehn Teilnehmern im Beck-Depressions-Inventar (BDI) bei 22 und entspricht damit einer mittelgradig ausgeprägten Symptomatik. Nach der Behandlung ist der Wert im Durchschnitt auf 19 Punkte gesunken. Ist die Intervention wirksam? Was meinen Sie? Nehmen wir an, die Standardabweichung liegt bei beiden Zeitpunkten bei 4, bedeutet im Mittel lag die Abweichung der Werte der Patienten 4 Punkte vom Mittelwert 22 bzw. 19 entfernt. Nach dieser Modellrechnung beträgt die Effektstärke der Intervention 0,75. Nach Cohen steht 0,2 für einen kleinen, 0,5 für einen mittleren und 0,8 für einen großen Effekt. Bei Psychotherapie liegt die Effektstärke im Durchschnitt zwischen 0,75 und 0,85 (nach Cohen) mit wenig Schwankungen zwischen verschiedenen Studien (Wampold et al., 2018). Die beiden Gruppen von Patienten, die eine Behandlung erfahren und solchen, die keine Behandlung erhalten, unterscheiden sich nach den Konventionen also deutlich um nahezu eine Standardabweichung. Dies veranschaulicht Abbildung 1.

**Abb. 1:** Zwei Normalverteilungen mit einem gekennzeichneten Unterschied der Mittelwerte von  $0,8$  SD. (Wampold, Imel & Flückiger, 2018)

Diese Zahl lässt sich derart übersetzen, dass es einem durchschnittlichen Patienten nach einer Psychotherapie besser geht als 79% der unbehandelten Personen. Dies klingt erst einmal beeindruckend. Psychotherapie scheint wirksam zu sein. Doch Konvention ist ein wichtiges Stichwort, denn die Interpretation der Effekte wurde von Cohen willkürlich festgelegt. Es lässt sich aber darüber diskutieren, ob beispielsweise die Verringerung der Depressionswerte auf dem BDI von 23 auf 18 Punkte nach einer Psychotherapie tatsächlich die These der Wirksamkeit von Psychotherapie untermauern lässt. Um noch eine Zahl zu bemühen: Die Number Needed To Treat (NTT) für Psychotherapie liegt bei 3 (Wampold et al., 2018). Die NTT gibt an, wie viele Patienten behandelt werden müssen, um einen günstigen Ausgang zu erreichen. Es müssen folglich drei Patienten psychotherapeutisch behandelt werden, damit einer von ihnen profitiert. Ist das nun viel oder wenig? Fest steht, dass es in der Medizin oder Psychotherapie keine Form von Behandlung gibt, die bei 100% aller Patienten zu 100% anschlägt. Das gilt für das Einsetzen eines künstlichen Kniegelenks, für die Einnahme von Aspirin oder eine Corona-Impfung. Wir betrachten Behandlungsmaßnahmen in der Regel als wirksam oder nicht, gut oder schlecht und wissen gleichzeitig, dass es natürlich nicht so einfach ist. Um die Sinnhaftigkeit einer Operation, der Einnahme eines Medikaments oder von Psychotherapie zu beurteilen, müssen auch Nebenwirkungen und Kosten mit einkalkuliert werden. Um einzuschätzen, was die NTT von 3 bedeutet, ist es sinnvoll, sie mit anderen Maßnahmen zu vergleichen: Die NTT liegt für den Corona-Impfstoff von Biontech bei 142 (Browa, 2021) und für Selektive-Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer (SSRI) in der Depressionsbehandlung bei 7 (Lieb, 2019). Es müssen folglich 142 Menschen geimpft werden, um einen Fall einer symptomatischen

Corona-Infektion zu verhindern und von sieben Personen, die ein Antidepressivum aus der Gruppe der SSRIs nehmen, wird einer profitieren. Für Ibuprofen 600 mg bei akuten Rückenschmerzen liegt die NTT bei 1,7 (Wertli & Steuer, 2018). Ob eine NTT von 3 bei Psychotherapie hoch oder niedrig ist, ist folglich relativ. Im Vergleich zu vielen medizinischen Maßnahmen schneidet sie jedoch gut ab.

Einer Ibuprofen-Tablette ist es egal, ob sie den Menschen, der sie schluckt, schmerzfrei macht. Was macht es aber mit Patienten und Psychotherapeuten, dass Psychotherapie in zwei von drei Fällen nicht wirkt? Weiß man um die Wirksamkeit von Psychotherapie und merkt, dass man als Therapeut einigen Patienten dennoch nicht helfen kann, kann das früher oder später zu Resignation und Erschöpfung führen. Gelingt es sich hingegen auf diesen dritten Patienten zu konzentrieren, dem es nach den gemeinsamen Sitzungen besser geht, ist es möglich, sich durch die anderen beiden Verläufe nicht dauerhaft frustrieren zu lassen und nicht den Glauben in das eigene Handeln zu verlieren. Festzuhalten bleibt, dass auch wenn Psychotherapie als wirksam anerkannt ist, dennoch einigen Patienten nicht geholfen werden kann und dies eine hohe Frustrationstoleranz von Therapeuten erfordert. Und dann bleibt es eine akademische Diskussion, ob eine NTT von 3 viel oder wenig ist.

Die beschriebenen Erkenntnisse beschränken sich nicht auf einzelne Richtungen oder gar Nischen von Psychotherapieverfahren. Über alle Psychotherapierichtungen hinweg gibt es Patienten, die nicht ansprechen, sogenannte »Non-Responder«, Patienten, die vorzeitig die Behandlung abbrechen (»Dropouts«) oder Patienten, deren Befinden sich gar verschlechtert (Rousmaniere, 2017). Studien zu diesem Thema legen zwar nahe, dass die Rate an Verschlechterungen gering ist, doch muss festgehalten werden, dass bisher nur wenige Studien zu diesem Thema existieren, bzw. dass vor allem Studien publiziert werden, die eine Wirksamkeit von Psychotherapie belegen (»publication bias«) (Cuijpers, 2018). Lieb (2019) berichtet, dass sich die Effektstärke von z. B. Kognitiver Verhaltenstherapie halbiert, würde man Studien, die negative Effekte berichten, miteinbeziehen. Greift man eine der verbreitetsten Diagnosen heraus, dann werden laut Grawe 13 bis 14 von 100 Menschen mit einer depressiven Störung durch eine geltende Therapie dauerhaft



geholfen (Grawe, 2004). Diese Zahl ergibt sich unter Berücksichtigung der Patienten, die vorzeitig die Behandlung abbrechen oder nach der Behandlung einen Rückfall erleiden. Im Umkehrschluss profitieren also 86 bis 87 nicht oder nicht anhaltend von Psychotherapie. Andere Studien kommen zu ähnlichen Ergebnissen: Geschätzt die Hälfte derjenigen, die sich aufgrund einer depressiven Störung in psychotherapeutischer Behandlung befinden, profitieren zwar von der Behandlung, erleiden jedoch innerhalb von zwei Jahren nach Therapieende einen Rückfall. Bei rund einem Drittel aller depressiven Patienten lässt sich die Symptomatik gar nicht mit Psychotherapie beeinflussen und nimmt einen chronischen Verlauf (Cuijpers, 2018). Weitere Herausforderungen von Psychotherapie sind die hohen Raten an Verbesserungen durch Placebo (41 % Erfolgsrate vs. 54 % Erfolgsrate bei Psychotherapie bei einer depressiven Episode) und Spontanheilungen, die auch im zeitlichen Verlauf einer Psychotherapie auftreten können und den Effekt schmälern. Bei Menschen mit Alkoholabhängigkeit liegt die Rate der Spontanheilung beispielsweise bei 60–70 %. Das heißt die Mehrzahl wird ohne Hilfe von außen abstinent (Reker, 2020). Tatsächlich weiß man noch nicht, in welchem Ausmaß genau all diese Phänomene die Wirksamkeit von Psychotherapie beeinflussen.

Psychotherapie ist wirksam. Was diese Aussage genau bedeutet, hängt davon ab, welche Maße herangezogen werden, mit welchen anderen Interventionen Vergleiche angestellt werden und wer die Zahlen interpretiert. In Summe betrachtet stimmen die dargestellten Erkenntnisse nachdenklich und lassen die belegte Wirksamkeit von Psychotherapie in einem anderen Licht erscheinen. Es wird klar: »Wirksamkeit« kann Verschiedenes bedeuten und es lohnt sich genauer hinzuschauen.

### Fazit

Wirkt Psychotherapie? Diese Frage ist nicht einfach zu beantworten. Studien legen nahe, dass Psychotherapie nicht so erfolgreich ist, wie allgemein angenommen wird. Gleichzeitig sind die Ergebnisse nicht überraschend: Der Mensch ist komplex, also ist Psycho-

therapie das auch. Vielleicht sollte die Frage nicht lauten »Wirkte Therapie?«, sondern »Wie wirkt Therapie?«. Vieles ist dabei noch unklar. Für uns Psychotherapeuten bedeutet das: Konzentrieren wir uns auf das, was hilft, darauf, wem wir helfen können und was wir von nicht erfolgreichen Therapieverläufen lernen können. Dazu mehr in den folgenden Kapiteln.

## 1.2 Dosis und Wirkung

Es gibt Ibuprofen in einer Dosis von 400 mg, 600 mg oder 800 mg. Je stärker meine Kopfschmerzen sind, desto höher die Dosis, zu der ich greife. Ganz nach dem Motto »viel hilft viel«. Wie verhält sich das in der Psychotherapie? Wieviel Psychotherapie braucht es, um nachhaltige Effekte zu erzielen? Die Empirie legt nahe, dass es in der Psychotherapie neben einer linearen Entwicklung auch Schübe von Veränderung gibt. Jeder dritte Patient zeigt eine plötzliche und erhebliche Verbesserung bzw. Verschlechterung der Symptomatik zwischen zwei Sitzungen, die stabil über Wochen anhält (Ehrlich & Lutz, 2015). Dieses Phänomen bezeichnet man als Sudden Gain oder Sudden Loss. Auch wenn eine Verhaltenstherapie bis zu 80 Sitzungen umfassen kann, zeigen sich gerade sprunghafte Verbesserungen schon früh in einer Behandlung, je nach Studie bereits innerhalb der ersten sieben Sitzungen (Howard et al., 1986). Diese Verbesserungen können bis zu 50% des gesamten Behandlungserfolgs ausmachen (Lambert, 2013). Damit man von einem Sudden Gain sprechen kann, müssen drei Kriterien erfüllt sein:

1. Es muss eine bedeutsame absolute Verbesserung der Symptomatik geben. Beispielsweise eine Reduktion der depressiven Symptomatik im Beck-Depressions-Inventar um 7 Punkte.
2. Es muss eine bedeutsame relative Symptomverbesserung geben, wie z. B. 25% Symptomreduktion im Beck-Depressions-Inventar.
3. Der Effekt muss zeitlich stabil sein. So muss es beispielsweise einen bedeutsamen Unterschied zwischen den Werten drei Sitzungen vor

und nach der Veränderung geben. Damit soll ausgeschlossen werden, dass es sich um übliche Schwankungen im Symptomverlauf handelt.

Welcher Psychotherapeut macht diese Erfahrung nicht auch, dass bereits im Rahmen der probatorischen Sitzungen Patienten von einer starken Erleichterung berichten, von einem Licht, das ihnen aufgegangen ist, oder dass sich bereits so viel geklärt hat, dass sie gar nicht wissen, was sie aktuell besprechen können. Umgekehrt habe ich es gerade in der teilstationären Behandlung erlebt, dass bei Patienten, bei denen der Therapiebeginn bereits zäh und mit Spannungen verläuft, dies sich oft bis zum Therapieende hinzieht und der Erfolg bescheiden ausfällt. Diese frühen Veränderungen können ein wichtiger Indikator für den weiteren Therapieverlauf sein und sogar den Effekt für die Zeit nach Abschluss der Behandlung voraussagen. Darüber hinaus kann das Phänomen des Sudden Gain Behandlungsergebnisse besser vorhersagen als die Schwere der Symptomatik, die Art der Behandlung oder das Ausmaß der familiären Unterstützung (Brown et al., 1999) und erhält dadurch eine starke Aussagekraft. Es scheint also besonders am Anfang einer Behandlung sinnvoll zu sein, den Therapieverlauf und den Fortschritt engmaschig zu beobachten und Rückmeldung durch den Patienten einzuholen. Gerade wenn sich innerhalb der ersten sieben Sitzungen keine Fortschritte andeuten, kann das als Warnzeichen für einen ungünstigen weiteren Verlauf gesehen werden. Dies bietet die Chance, bereits frühzeitig ungünstige Verläufe zu erkennen und gegenzusteuern.

Wie kann man sich diese plötzlichen und drastischen Veränderungen erklären? Auf Seiten der Patienten scheinen soziale Fertigkeiten eine Rolle zu spielen. Patienten, die früh profitieren, haben einen angemessenen Interaktionsstil, sind weniger isoliert und haben weniger Bindungsängste als Patienten, bei denen plötzliche Verschlechterungen auftreten (Ehrlich, 2014). Auf Ebene der Umweltfaktoren zeigt sich eine Abnahme der Belastung durch Ereignisse im nahen Lebensumfeld. Das Therapieschehen selbst scheint nicht durch weniger Spannungen oder Konflikte gekennzeichnet zu sein, vielmehr scheinen die Therapeuten diese auftretenden kleineren und größeren Krisen konstruktiv zu bewältigen. Entscheidend innerhalb des Therapieschehens

scheint also nicht der Bruch, sondern die Art der Reparatur zu sein. Anfänglich fiel das Phänomen des Sudden Gain bei Patienten mit depressiven Störungen auf, inzwischen weiß man, dass sprunghafte Verbesserungen auch bei Patienten mit Posttraumatischer Belastungsstörung, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen auftreten. Sudden Gains wurden außerdem neben der Kognitiven Verhaltenstherapie auch bei Pharmakotherapie, in der systemischen Familientherapie und unter Placebobedingungen nachgewiesen. Es scheint sich hier also um ein unspezifisches Phänomen zu handeln, das nicht mit bestimmten therapeutischen Techniken zusammenhängt.

**Abb. 2:** Verhältnis des prozentualen Anteils der Genesung zur Anzahl der erhaltenen Sitzungen (nach Asay & Lambert, 2009 aus Kadera et al., 1996).

### Fazit

Ein Sudden Gain oder Sudden Loss bezeichnet eine bedeutsame Verbesserung oder Verschlechterung der Symptomatik des Patienten und tritt in der Regel früh im Therapieverlauf auf. Diese sprunghaften Veränderungen können als Indikatoren für den weiteren Therapieverlauf dienen. Es ist wichtig, auf Anzeichen dieses Phänomens zu achten und konsequent auf solche frühzeitigen Entwicklungen zu reagieren.

### 1.3 Der Dodo läuft immer noch

Apropos unspezifische Therapiefaktoren:

»[Der Dodo] legte zuerst die Rennbahn fest, eine Art Kreis, und die Mitspieler mussten sich irgendwo auf der Bahn aufstellen, wie es sich gerade traf. Es gab kein ›Eins-zwei-drei-los!‹, sondern jeder begann zu laufen, wann er wollte und hörte auf, wie es ihm einfiel, so dass gar nicht so leicht zu entscheiden war, wann der Wettlauf eigentlich zu Ende war. Nachdem sie indessen ungefähr eine halbe Stunde gelaufen und wieder ganz trocken waren, rief der Dodo plötzlich: ›Ende des Wettlaufs!‹ und alle drängten sich noch ganz außer Atem um ihn und fragten: ›Aber wer ist Sieger?‹ Dies konnte der Dodo nicht ohne tieferes Nachdenken beantworten, und so saß er längere Zeit hindurch da und legte den Zeigefinger an die Stirn, während ringsum alles schwieg und wartete. Endlich sagte der Dodo: »Alle sind Sieger, und jeder muss einen Preis bekommen.«

Aus Alice im Wunderland, Carroll, 1973

Diese Stelle aus Alice im Wunderland ist in der Psychotherapieforschung unter dem Begriff »Dodo-Bird Verdict« berühmt geworden. Erstmals wurde es 1936 von Rosenzweig zitiert, Harvard-Absolvent und Kommilitone von Burrhus Skinner, vor allem bekannt durch die Entwicklung des Picture-Frustration-Tests. Damals entstand der naturwissenschaftlich ausgerichtete Behaviorismus in Abgrenzung zur Psychoanalyse. Rosenzweig jedoch beschäftigten nicht die Unterschiede, sondern die Gemeinsamkeiten der verschiedenen therapeutischen Richtungen. Denn hinsichtlich ihrer Ergebnisse zeigen sich zwischen den verschiedenen Therapieschulen, seien es nun Verhaltenstherapie, tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie oder klientenzentrierte Psychotherapie, keine nennenswerten Unterschiede. Die Effekte einer Therapie müssen folglich auf allgemeine Wirkfaktoren zurückzuführen sein, auf Elemente, die allen Therapieschulen gemein sein, wie die therapeutische Beziehung, Ressourcenaktivierung oder den Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartung. Die Geschichte dieser allgemeinen

Wirkfaktoren von Psychotherapie reicht demnach bis zur Arbeit von Rosenzweig, also fast hundert Jahre zurück, und hat bis heute nichts an Aktualität eingebüßt. Bis heute bestätigen groß angelegte Meta-Analysen wiederholt, dass die Unterschiede zwischen verschiedenen Therapieformen und ihren spezifischen Techniken geringfügig bis nicht entscheidend für das Therapieergebnis sind. Dies gilt selbst dann, wenn man die Verfahren hinsichtlich bestimmter Diagnosen miteinander vergleicht wie z. B. Depression, Substanzmissbrauch oder sogar für Angststörungen, für die bis heute postuliert wird, dass die Verhaltenstherapie das Mittel der Wahl ist. In die gleiche Kategorie gehört die Befundlage, dass kognitive Elemente in der Depressionsbehandlung keinen zusätzlichen Nutzen haben. In einer der zugrundeliegenden Studien wurden Patienten zufällig drei Bedingungen zugeteilt: a) Kognitive Therapie b) Verhaltensaktivierung und Modifikation automatischer Gedanken und c) nur Verhaltensaktivierung. Tatsächlich unterschieden sich die Patienten nach Abschluss der Behandlung in allen drei Gruppen nicht voneinander, ganz im Gegensatz zur kognitiven Theorie von Beck (Jacobson et al., 1996). Offensichtlich wird dieser Befund bis heute ignoriert. In meiner Ausbildung zur Verhaltenstherapeutin habe ich allein drei Wochenenden mit der Theorie und Anwendung des ABC-Modells verbracht und in der Fachliteratur und den Therapiemanualen ist das kognitive Modell nach wie vor fester Bestandteil. Was aber bleibt von der kognitiven Verhaltenstherapie übrig, wenn weder Exposition mit Reaktionsverhinderung noch kognitive Techniken einen Unterschied im Therapieergebnis machen? Was übrig bleibt, ist, was allen Therapieverfahren gemeinsam ist: Die verfahrensunabhängigen Wirkfaktoren. Ein aktuelles Modell zu den Wirkfaktoren von Psychotherapie stammt von Barry Duncan (2015), dargestellt in Abbildung 3. Duncan, Doktor der Psychologie, ist sowohl praktizierender Psychotherapeut als auch Wissenschaftler auf dem Gebiet der Wirksamkeitsforschung. In seinem Modell zu den allgemeinen Wirkfaktoren basieren die Effekte auf der Person des Therapeuten, auf den Erwartungen des Patienten (Placebo) und denen des Therapeuten (Allegiance), auf gezielt eingesetztes Feedback im Therapieverlauf sowie auf Effekte, die durch die therapeutische Beziehung entstehen. Im Verlauf der letzten 25 Jahre wurden die allgemeinen Wirkfaktoren immer weiter ausdifferenziert

und ihr Anteil an der Veränderung gewichtiger eingeschätzt. Im Modell von Duncan (2015) beläuft sich der Anteil der allgemeinen Wirkfaktoren am Therapieergebnis auf 93%, der der spezifischen Wirkfaktoren auf nur 7%. Schlüsselt man die allgemeinen Faktoren genauer auf, bewegen sich die Effekte, die durch die Person des Therapeuten zustande kommen, je nach Studie zwischen 36% und 57%, die der therapeutischen Beziehung auf 36% bis 50% und die von Feedback auf 21% bis 42%. Die jeweiligen Effekte interagieren außerdem miteinander und sind nicht vollständig voneinander zu trennen. Die vorgestellten Zahlen sind jedoch noch nicht vollständig. Es fehlt der potenteste Faktor am Therapiegesehen: Der Patient selbst sowie seine Lebensumstände. Dieser Faktor wird auch »extratherapeutischer Faktor« bezeichnet, da er alle Aspekte umfasst, die außerhalb der Therapie wirken. Dazu zählen Schwere der Symptomatik, Komorbiditäten, Persönlichkeitsanteile, aber auch das Ausmaß der sozialen Integration, der soziökonomische Status oder kritische Lebensereignisse. Nach Duncan erklärt die Rolle des Patienten 86% der Varianz an Veränderung im Therapieverlauf. Das bedeutet nur ein sehr kleines Stück vom Kuchen des Therapieergebnisses, nämlich 14%, nimmt das Therapiegesehen selbst ein.

Unter der Berücksichtigung dieser extratherapeutischen und ungeklärten Faktoren schrumpft der Einfluss des Therapeuten auf 5 % bis 9 % und die der therapeutischen Beziehung auf 5 % bis 7 %. Etwas konservative Schätzungen, wie die von Asay und Lambert (2001), gehen von einem Anteil extratherapeutischer Faktoren von 40 % aus, was deutlich niedriger, aber im Vergleich zu den anderen Wirkfaktoren immer noch der stärkste Wirkfaktor ist. Es bleibt zu betonen, dass die vorgestellten Zahlen keine direkten Ergebnisse einer Studie sind, sondern die bisherigen Befunde zum Thema in einem Modell zusammenfassen und daher nur Annäherungen sein können. Vergleicht man die Modelle verschiedener Wissenschaftler, dann stimmen sie in einem überein: Der Patient ist der Motor der Veränderung (Bohart & Tallman, 2010).

**Abb. 4:** Modell der allgemeinen Wirkfaktoren nach Asay & Lambert (2001).

Dazu passt ein Bild, das eine Kollegin gebrauchte: Wir Therapeuten befinden uns in einem wilden, prächtigen Garten. Um den Garten zu pflegen, stehen uns keine Heckenschere, kein Rasenmäher und keine Säge zur Verfügung, nur eine kleine Bastelschere, wie sie Kinder benutzen. Die Wirkung einer Bastelschere in einem großen Garten ist die Wirkung, die Psychotherapie entfalten kann. Das sagen die Zahlen. Wie decken sich diese abstrakten Zahlen mit unserer persönlichen Erfah-



rung? In besonderem Kontrast steht der Satz eines Patienten, der sagte »Die Therapie hat mein Leben gerettet.« Wir Psychotherapeuten erleben in Behandlungen immer wieder starke Veränderungen, Momente von besonderer Intensität und persönliche Entwicklung. Auch regt sich vielleicht Widerstand in uns, wenn die Empirie die engen Grenzen von Psychotherapie aufzeigt. Gleichzeitig erschiene die Nutzung größeren Werkzeugs, das uns ermöglichte, diesen Garten sichtbar umzugestalten, als übergriffig. Denn Psychotherapie ist eben keine Pille, keine Form der Manipulation, sondern »eine Heilpraxis, die auf sozialer Interaktion und Bindung basiert« (nach Wampold, 2015). Vielleicht hat Psychotherapie nur einen kleinen Spielraum wirksam zu sein und gerade, weil er so klein ist, ist es notwendig, ihn möglichst ganz auszuschöpfen. Neben dem Begriff der Wirksamkeit gibt es noch den der Wirkmächtigkeit. Wer wirksam ist, und das gilt insbesondere für den Beruf der Psychotherapeuten, ist auch mächtig. Es ist gut, dass wir Therapeuten nur begrenzt »wirk-mächtig« sein können. Es ist gut, dass es der Patient selbst sein muss, der seinen Garten gestaltet. Wir können ihm dazu Werkzeuge zeigen und in die Hand legen.

### 1.3.1 Die therapeutische Beziehung

Insbesondere zur therapeutischen Beziehung als ein zentraler Wirkfaktor, gibt es viele Forschungsergebnisse. Diese zeigen beständig einen robusten Zusammenhang zwischen einer tragfähigen therapeutischen Beziehung und einem positiven Therapieergebnis (Horvath & Symonds, 1991). Therapeuten, die in der Lage sind, stabile Beziehungen mit vielen verschiedenen Patienten aufzubauen, erzielen laut Studienlage besonders gute Therapieergebnisse. Wirksamen Therapeuten gelingt es auch zu Personen eine Beziehung herzustellen, die nie gelernt haben Bindungen einzugehen, die geprägt sind von dysfunktionalen Beziehungen oder zu denjenigen, die unfreiwillig in Therapie kommen (Duncan, 2014). Was macht eine hilfreiche therapeutische Beziehung aus? Schaut man genauer in diese Blackbox, zeigt sich, dass es in hilfreichen therapeutischen Beziehungen Therapeut und Patient gelingt, sich auf gemeinsame Therapieziele und auf einen Weg zur Erreichung dieser Ziele zu einigen.

»Die Frage ist nicht ›haben Sie Ihren Therapeuten gerne und respektieren Sie ihn?‹, sondern ›Mögen Sie Ihren Therapeuten ausreichend, um die Arbeit, die Sie im Rahmen Ihrer Therapie erwartet, auch tatsächlich tun?‹ und schätzt Ihr Therapeut Sie genug, um es Ihnen zu ermöglichen effektiv in der Therapie zu arbeiten?«

Hatcher & Barends, 2006

Die therapeutische Beziehung kann folglich als zwischenmenschliche Basis beschrieben werden, die es Patient und Therapeut ermöglichen, sich konstruktiv gemeinsam mit einer spezifischen Aufgabe zu beschäftigen. Stellen Sie sich diese Funktionsweise wie die eines Staatsempfangs vor, der zu Ehren eines Staatsoberhauptes eines anderen Landes ausgerichtet wird: Es wird ein langer roter Teppich ausgerollt, das Militär salutiert, die Kapelle spielt die Landeshymne des Gasts, es wird freundlich in die Kameras gelächelt, sich die Hand gegeben, aber die inhaltlichen Verhandlungen über ein neues Freihandelsabkommen oder einen Abrüstungsvertrag können anschließend sehr hart werden. Eine anfänglich solide therapeutische Beziehung scheint nicht die Ursache von Fortschritten in späteren Abschnitten der Behandlung zu sein, vielmehr stärken die anfänglich gemachten Fortschritte das therapeutische Bündnis. Psychotherapie ist also dann erfolgreich, wenn Patienten mit ihrer Hilfe lernen, Probleme aktiv zu bewältigen. Dies wirkt sich positiv auf die therapeutische Beziehung aus. Das spezifischere »therapeutisches Arbeitsbündnis« oder die »Allianz« verdeutlichen daher besser, worauf es ankommt, als der allgemeinere Begriff der »therapeutischen Beziehung«. Konkret gestalten demnach Therapeuten eine günstige Beziehung aus, indem sie Therapieziele erarbeiten, realistische Erwartungen induzieren und den Patienten in der Bewältigung seiner Probleme unterstützen. Diese erstaunlich nüchterne Betrachtung der therapeutischen Beziehung ist sehr interessant. Ein anderes, breiteres Verständnis der therapeutischen Beziehung findet man unter anderem bei Grawe. Klaus Grawe, Psychotherapieforscher, führte Studien zu Wirksamkeitsfaktoren in der Psychotherapie durch und führte an seinem Lehrstuhl in Bern Forschung und Praxis zusammen. Nach Grawe streben Menschen nach der Erfüllung zentraler Grundbedürfnisse wie Selbstwerterhöhung, Bindung, Lust sowie Kontrolle bzw.

Orientierung. Eine wirksame Beziehungsgestaltung richtet sich laut ihm an den dem offenen Verhalten zugrundeliegenden Motiven und Plänen des Patienten aus. Der Therapeut identifiziert diese und unterstützt den Patienten darin, sich in Richtung seiner Ziele zu bewegen und Bedürfnissen zu erfüllen. Diese Art der Beziehungsgestaltung wird auch als »motivorientiert« oder »komplementär« bezeichnet. Diese elaborierte Form der Beziehungsgestaltung ist bei abgegrenzten Störungen wie einer spezifischen Phobie eher nicht erforderlich, aber umso wichtiger bei ausgeprägten Persönlichkeitsstilen und Bindungsstörungen. Wo von therapeutischer Beziehung die Rede ist, ist auch Carl Rogers, Begründer der humanistischen Psychotherapie, nicht weit. Er führte als wesentliches Element der therapeutischen Beziehung als erster Empathie und Wertschätzung ein. Diese Begriffe werden in Studium und Ausbildung von angehenden Psychotherapeuten so oft gehört und gelesen, dass die Gefahr besteht sie irgendwann zu überhören und zu überlesen. Es scheint offensichtlich zu sein, was sie bedeuten, als dass man sich näher damit beschäftigen müsste. Man ist versucht, Empathie und Wertschätzung als selbstverständlichen Teil jeder therapeutischen Beziehung vorauszusetzen, als Empfindung, zu der jeder Mensch und erst recht Therapeuten in der Lage sein sollten. Sehr wahrscheinlich wird es aber auch bezüglich dieser Variablen Unterschiede zwischen Therapeuten geben. Und auch bei noch so empathischen Therapeuten kann an einem typischen Wochentag um 8 Uhr morgens nach einer Nacht mit sehr wenig Schlaf oder nach dem fünften Termin ohne Pause nicht mehr viel davon übrig sein. Eine Patientin erzählte kürzlich vom Umgang mit ihrem Sohn, der nach schwerer Krankheit pflegebedürftig geworden war und nicht mehr in der Lage war eine Tasse Tee selbst zu halten. Sie beschrieb, nach Jahren der Betreuung im Alltag ihm gegenüber oft nicht mehr tief zu empfinden, sondern »mechanisch empathisch« zu sein. Diese Formulierung trifft gut die Herausforderung, vor der Psychotherapeuten stehen. Wie ist es möglich, sich auch nach Jahren oder Jahrzehnten der Berufsausübung mit tagtäglichem Patientenkontakt echtes Mitgefühl zu erhalten? Eine mechanische oder auch nur routinierte Form des Beziehungsangebots kann die Patienten nicht erreichen und bleibt damit uneingelöst und unwirksam. Der Therapeut erstarrt dann in seiner Rolle mit allen Insig-

nien des Berufs wie Diplom, Kladde und Stift. Empathie ist nicht einfach gegeben. Wie empathisch man sein kann, hängt ab von unserem persönlichen Wohlbefinden, vom Arbeitsumfeld und vom Gegenüber. Wie empathisch wir sein können, hängt vom Schlaf in der Nacht ab und ob wir zusätzlich zum normalen Tagespensum noch die kranke Kollegin vertreten müssen. Es ist der Kern der therapeutischen Aufgabe etwas herzustellen, was nicht automatisch auf Knopfdruck herzustellen ist und was Schwankungen unterliegt wie das Wetter. Dies ist das eigentümliche, über das bereits viel geschrieben und nachgedacht wurde. Einzelne weniger empathische Reaktionen oder Momente mangelnder Aufmerksamkeit müssen nicht problematisch sein, denn im normalen Fall konnte in den Begegnungen zuvor genügend Vertrauen aufgebaut werden, um sie zu relativieren. Es bleibt festzuhalten, dass es herausfordernd sein kann, auch nach Jahren als Psychotherapeut flexibel, offen und neugierig zu bleiben. Tabelle 1 bietet eine gute Übersicht über die bisherigen Studienergebnisse zur Effektivität einzelner Variablen der therapeutischen Beziehung.

**Tab. 1** Elemente der therapeutischen Beziehung geordnet nach wissenschaftlicher Evidenz zu ihrer Effektivität (Norcross & Wampold, 2018).