

# Therapeutische Beziehungsgestaltung

*Thomas Schnell*

- 2.1      **Wirksamkeit von therapeutischer  
Beziehungsgestaltung – 12**
- 2.2      **Konzepte therapeutischer  
Beziehungsgestaltung – 13**
- 2.3      **Spezielle Herausforderungen:  
Beziehungstests und Beziehungskredit – 14**

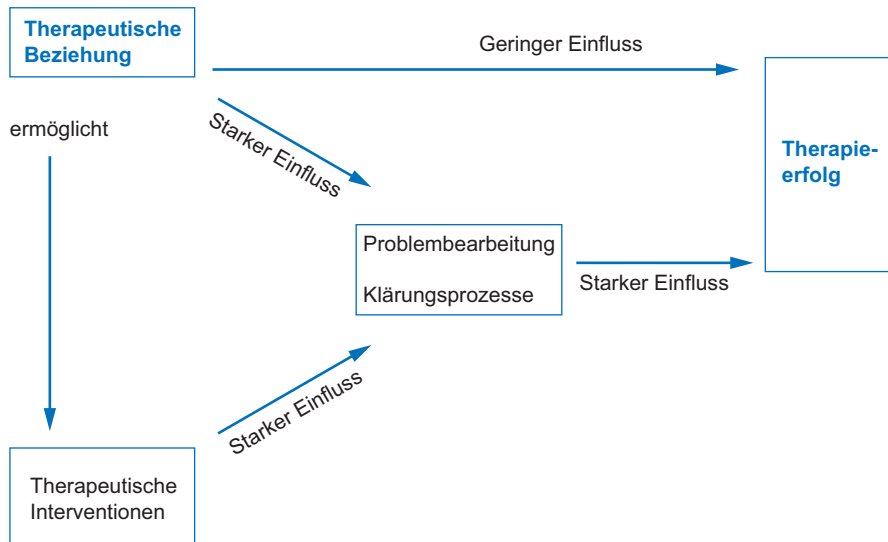
In diesem Kapitel werden einige generelle Gedanken zur therapeutischen Beziehung diskutiert. In den störungsspezifischen Kapiteln werden dann jeweils auf das Störungsbild abgestimmte Vorschläge zur Beziehungsgestaltung vertieft vorgestellt.

Die therapeutische Beziehungsgestaltung hat in den letzten Jahren eine erhebliche Aufwertung innerhalb der KVT erfahren. Obwohl sie lange vernachlässigt wurde, wird sie inzwischen als ein zentraler therapeutischer Wirkfaktor verstanden, was insbesondere in der Therapie schwieriger Patienten von Bedeutung ist, da gerade hier die Grenzen der klassischen Therapiekonzepte schnell deutlich wurden. Insbesondere für Patienten mit Interaktionsstörungen, z. B. Persönlichkeitsstörungen, wurden diverse spezifische Konzepte zur Beziehungsgestaltung entwickelt. Denn wenn Interaktion das zentrale Problem darstellt, muss Interaktion (im Sinne des therapeutischen Kontaktes) auch explizit gestaltet werden. Beziehungsgestaltung kann also als Methode aufgefasst werden, die korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglicht (Goldfried 1985).

## 2.1 Wirksamkeit von therapeutischer Beziehungsgestaltung

Grawe (1998) definierte empirisch gesicherte allgemeine therapeutische Wirkfaktoren:

Die sogenannte „Klärung“ bezieht sich auf den therapeutischen Prozess der gemeinsamen Entwicklung individueller ätiopathogenetischer Störungsmodelle der Problematik. Dazu gehört auch die Identifikation maladaptiver Schemata bzw. generell die Analyse zugrunde liegender psychodynamischer Prozesse. Auf die Bedeutung des Wirkfaktors „Problemaktualisierung“ als Voraussetzung für emotionales Umlernen wurde in ► Abschn. 1.2.1 hingewiesen. Dabei liegt es auf der Hand, dass eine ausschließliche Aktivierung noch nichts verändert. Somit begründet sich auch der dritte Wirkfaktor, nämlich die „Problembearbeitung“. Als relevanten Gegenpol zur Problemsperspektive identifizierte Grawe die „Ressourcenaktivierung“, und schließlich konnte er den positiven Einfluss einer spezifisch gestalteten „therapeutischen Beziehung“ (TB) auf das Therapieergebnis nachweisen. Dabei geht die Art der effektiven Gestaltung weit über die gesprächstherapeutischen Basisvariablen „Empathie, Wertschätzung und Echtheit“ hinaus. Spätestens seit der Formulierung dieser Wirkfaktoren richteten alle Therapieschulen ihr Augenmerk auf die TB. Dabei wird nach wie vor kontrovers diskutiert, ob die TB ein eigenständiger Prädiktor des Therapieergebnisses ist oder ob es sich um einen eher indirekten Einfluss handelt. Diesbezüglich gibt es eine Reihe interessanter Studien, die mittlerweile relativ fundierte Aussagen erlauben. Orlinsky et al. (2004) identifizierten im Rahmen einer Metaanalyse einen geringen, aber konsistenten Zusammenhang zwischen therapeutischer Beziehung und dem Therapieergebnis. Auch Sachse (2006a) kommt auf einen korrelativen Zusammenhang von lediglich 0.2 bis 0.4. „Gering“ ist dabei aber nicht mit „geringer Bedeutsamkeit“ gleichzusetzen. Denn die Therapiebeziehung beeinflusst weitere Faktoren, die wiederum in hohem Maße das Therapieergebnis vorhersagen. Es scheint sich bei der TB also um eine Moderatorvariable zu handeln, welche die Qualität der inhaltlichen Arbeit entscheidend beeinflusst. Bedeutend ist, inwieweit eine gute therapeutische Beziehung Arbeitsprozesse ermöglicht, vor allem die aktive Bearbeitung der Probleme seitens des Patienten. Diese Problembearbeitung wiederum ist in hohem Maße mit dem Therapieergebnis assoziiert, was darauf hinweist, dass Grawes Wirkfaktoren keine voneinander unabhängigen Dimensionen sind, sondern auf teils komplexe Art miteinander interagieren (■ Abb. 2.1). Sachse (2006a) trifft nun eine wesentliche Unterscheidung zwischen der TB und der *therapeutischen Allianz* (TA). Die TA bezeichnet das Arbeitsbündnis von Therapeut und Patient, sie ist also ein Parameter, der die Stärke und Qualität der Arbeits-



■ **Abb. 2.1** Einfluss der therapeutischen Beziehungsgestaltung auf den Therapieerfolg. (Modifiziert nach Sachse 2006a)

beziehung beschreibt. Diese scheint mit dem Therapieergebnis mit Werten zwischen 0.4 bis 0.6. höher zu korrelieren als die reine TB.

## 2.2 Konzepte therapeutischer Beziehungsgestaltung

Es gibt mittlerweile viele verschiedene Konzeptionen einer TB. Für alle gilt, dass Beziehungsgestaltung nichts ist, was einmal hergestellt wird und dann stabil funktioniert.

Vielmehr wird „Beziehung [...] vom Therapeuten durch aktives Handeln gestaltet und muss immer wieder von Neuem aktiv gestaltet werden. Beziehungsgestaltung ist damit eine kontinuierliche Aufgabe im Therapieprozess“ (Sachse 2006a).

Diese kontinuierliche Aufgabe beginnt mit dem ersten Kontakt und endet mit der letzten Therapiestunde. Bereits die Formulierung der Diagnose kann wesentliche gestalterische Auswirkungen auf den Beziehungsprozess haben, vor allem wenn es sich um die Diagnose einer schwerwiegenden psychischen Störung handelt. Daher wird dieser Aspekt der therapeutischen Arbeit in den jeweiligen störungsspezifischen Kapiteln gesondert behandelt. Insgesamt lassen sich drei Perspektiven der TB differenzieren:

Die *allgemeine Beziehungsgestaltung* ist der humanistischen Perspektive der Gesprächspsychotherapie geschuldet. Die Variablen „Bedingungslose positive Wertschätzung“, „Empathie“ und „Echtheit“ sind grundlegende Gestaltungsprinzipien, die unabhängig von Diagnose und Therapiephase einen positiven therapeutischen Kontakt ebnen und eine Grundlage für weitere spezifische Konzepte der Beziehungsgestaltung bilden.

Der Begriff *störungsspezifische Beziehungsgestaltung* subsummiert verschiedene Konzepte für spezifische diagnostische Gruppierungen. Beispiele sind die therapeutische Haltung des Motivational Interviewing (MI) für die Behandlung suchtkranker Patienten oder die dialektische Beziehungsgestaltung für die Behandlung von Borderlinepatienten. In den nachfolgenden störungsspezifischen Kapiteln werden jeweils passende Konzepte vorgestellt.

Die *komplementäre Beziehungsgestaltung* oder auch *motiv- oder bedürfnisorientierte Beziehungsgestaltung* wurde von der Berner Arbeitsgruppe um Grawe entwickelt (Caspar 1996; Caspar und Grawe 1982). Zentral sind interaktionelle Pläne, Motive und Bedürfnisse von Patienten, die in ihrer Biografie verletzt wurden und dadurch dauerhaft hochreguliert sind (vgl. ► Kap. 1). In ► Kap. 1 wurde ferner beschrieben, wie sich aus den biografischen Erfahrungen dysfunktionale Schemata entwickelten. Die Verhaltenskomponente dieser Schemata diene zum Zeitpunkt ihrer Entstehung dem Schutz vor weiteren Verletzungen bzw. einer einigermaßen passablen Befriedigung eigener Bedürfnisse in schädigenden Umwelten. Es handelt sich also um kindliche Überlebensstrategien zur Herstellung von Bindung, Aufmerksamkeit etc. Da biografisch vernachlässigte Bedürfnisse wie ein Pendelschlag im weiteren Leben von dauerhaft erhöhter Bedeutung sind, verlangen sie wesentlich intensiver als bei gesunden Menschen nach Befriedigung. Als Konsequenz daraus werden die Schemata häufig aktiviert inklusive ihrer Handlungsleitung auf der Verhaltensebene. Da das Verhalten aus kindlichen Regulationsversuchen entstanden ist, wirkt es bei Erwachsenen unangemessen und führt dazu, dass sich Interaktionspartner unter Druck gesetzt, gefordert oder manipuliert fühlen und den Kontakt langfristig auflösen. Sachse et al. (2011a) haben in diesem Kontext das Modell der doppelten Handlungsregulation entwickelt, welches zwei Verhaltensstrategien zur Realisierung interaktioneller Bedürfnisse differenziert: einerseits die authentische (erwachsene) Handlungsregulation, die Strategien enthält, die dem Interaktionspartner transparent machen, welches Bedürfnis gerade vorliegt, andererseits die intransparenten (kindlichen) Strategien als Folge der dysfunktionalen Schemaaktivierung. Therapeuten sind angehalten, mittels Plananalysen (vgl. Bartling et al. 2007) die interaktionellen Ziele und verletzten Bedürfnisse von Patienten zu identifizieren und authentisches von intransparentem (manipulativem) Verhalten zu unterscheiden. Die TB wird dann komplementär zu den authentischen Strategien ausgerichtet. D. h., der Therapeut verhält sich immer dann bedürfnisbefriedigend, wenn der Patient erwachsenes und authentisches Verhalten zeigt. Die zugrunde liegende Idee ist, dass der Patient dann auf sein Problemverhalten verzichten kann, weil er merkt, dass es überflüssig geworden ist. Wichtig ist dabei, nur auf authentisches Verhalten bedürfnisorientiert zu reagieren und nicht auf das dysfunktionale Verhalten der intransparenten Regulationsebene, da dieses ansonsten verstärkt würde. Entscheidend ist zu verstehen, dass das intransparente Problemverhalten in der Regel keinem bewussten Entscheidungsprozess entspringt. Es sind mehr oder minder unbewusst ablaufende Prozesse, die weitgehend automatisiert ablaufen. Gelingt es Therapeuten, sich dies bewusst zu machen, ist es leichter, professionell, d. h. nicht dem ersten Verhaltensimpuls entsprechend genervt oder abweisend zu reagieren. Zwanghaften Strukturen mit dem Bedürfnis nach Kontrolle/Sicherheit würde beispielsweise ein distanzierter, rationaler und sachlicher Beziehungsstil entsprechen; dependenten Strukturen mit dem Bedürfnis nach Sicherheit entspräche ein fürsorglicher, kümmernder Stil mit starker Verantwortungsübernahme.

### 2.3 Spezielle Herausforderungen: Beziehungstests und Beziehungskredit

Therapeuten erwarten von ihren Patienten in der Regel eine bedingungslose Selbstöffnung als Voraussetzung effektiver therapeutischer Interaktion. Im Rahmen dieser Selbstverständlichkeit wird leicht übersehen, wie nachhaltig Verletzungen zentraler Bedürfnisse durch Bezugspersonen wirken können. Typische Folge davon ist die Projektion biografischer Enttäuschungen auf aktuelle, also auch auf therapeutische Interaktionen. Negative Bindungserfahrungen bei-

spielsweise können zu der generalisierten Erwartungshaltung führen, enttäuscht, verletzt und verlassen zu werden. Zum Schutz davor werden Probleme verleugnet oder rationalisiert, und Therapeuten sollten dies nicht kritisieren, sondern eher als ehemals notwendigen Schutz validieren. Dann lässt sich besser nachvollziehen, warum Therapeuten sogenannte *Beziehungstests* bestehen müssen, bis Patienten Vertrauen entwickeln können. Solche Tests bestehen z. B. in ungeschönen Provokationen des Therapeuten oder anderen unangenehmen „Prüfungen“, die intuitiv zu Ärger und Reaktanz führen. Natürlich kann dies auch geäußert werden, denn die wesentliche Bewertungsgrundlage, an der sich der Therapeut messen lassen muss, ist das zuverlässige und freundliche Verbleiben im Kontakt zu dem Patienten. Erst wenn eine Reihe solcher Tests bestanden wurden, kann seitens des Patienten eine vertrauensvolle Arbeit beginnen. Im weiteren Kontakt kann es dann auch sinnvoll sein, durch besonders wertschätzendes und validierendes Verhalten einen *Beziehungskredit* aufzubauen. Gemeint ist damit, die Qualität der Beziehung durch bestimmte Interventionen derart zu stärken, dass mit einem solchen „Stein im Brett“ bestimmte ungeliebte, aber notwendige Interventionen von Patienten eher toleriert werden, beispielsweise die Konfrontation mit dysfunktionalen Schemata oder generell Konfrontationsverfahren, die eine Annäherung an bislang Vermiedenes bedeuten. Analog zum Finanziellen, wo vor einer größeren Anschaffung erst einmal Geld angespart werden muss, gilt es also auch auf der Beziehungsebene, einen gewissen Puffer aufzubauen, um mit seiner Intervention nicht allzu tief ins Soll zu geraten. Denn ist der Kreditrahmen ausgeschöpft, erfolgt die Auflösung des therapeutischen Bündnisses, sprich: Der Patient beendet die Therapie.

Moderne Kognitive Verhaltenstherapie bei schweren  
psychischen Störungen

Lösungswege für die Psychotherapie schwieriger  
Patienten

Schnell, Th.

2014, XII, 182 S. 14 Abb., 8 Abb. in Farbe., Hardcover

ISBN: 978-3-642-55075-1