

41 Fazit zu den Psychotherapie-Modellen und der Psychotherapieforschung

Analog den zu den Grundlagenmodellen (► Teil I) möchte ich hier versuchen, die in Teil III vorgestellten Aspekte der verfahrensspezifischen Veränderungstheorien sowie die in Teil IV dargestellten Forschungsbefunde ansatzweise zu integrieren. Dabei finden sich sowohl in den Beschreibungen der verschiedenen Verfahren und deren methodischen Weiterentwicklungen als auch in den Befunden der Prozessforschung aus meiner Sicht deutliche Hinweise darauf, dass die Arbeit am Emotionssystem als ein roter Faden betrachtet werden kann. Obwohl sich die Grundlagenmodelle schon recht weit angenähert haben, unterscheiden sich die Veränderungstheorien und die technischen Vorgehensweisen noch relativ stark, sodass es ungleich schwieriger ist, konsensuale Bausteine von Psychotherapie zu formulieren, die über Allgemeinplätze oder über die in Kapitel 30.1 beschriebenen »universellen Wirkfaktoren« hinausgehen.

Die *unterschiedlichen Therapieformen* setzen an *unterschiedlichen Komponenten* in Abbildung 11.1 (»Emotionale Vernetzungen« in ► Kap. 11.2) an, beziehungsweise die *technischen Ausformulierungen* sind meist auf *Einzelkomponenten* fokussiert. Es ist davon auszugehen, dass die anderen Komponenten irgendwie »mitlaufen«, dann aber meist im Sinne von »Alltagspsychologie« oder dem sogenannten »ge-

sundem Menschenverstand« (vgl. Rudolf 2008). Eingedenk der oben erwähnten Forderung von Grawe (1998) nach psychologisch-wissenschaftlicher Begründung der zur Therapie eingesetzten Mittel hätte also *jede Therapierichtung* ihre spezifischen wissenschaftlichen »blinden Flecken«, ihre spezifischen *Unwissenschaftlichkeiten*.

Die fokussierte Bearbeitung einzelner Komponenten (unter Aussparung anderer) ist unter *systemtheoretischer* Perspektive nicht unbedingt ein Fehler oder Mangel, da jede Veränderung einer Komponente mit hoher Wahrscheinlichkeit auf alle anderen einwirkt, allerdings nur, wenn bestimmte Schwellenwerte überschritten werden (hinreichende Destabilisierung des Systems).

Diese Perspektive (plus die hohe Bedeutung allgemeiner Wirkfaktoren) bietet zudem eine Erklärung für etliche Befunde der Psychotherapieforschung, die zeigen, dass viele Behandlungen, trotz technischer Fokussierung, Veränderungen in vielfältigen Bereichen bewirken, auch solchen, die gar nicht Gegenstand der Therapie waren. Die spezifischen Wirkungen unterschiedlicher Therapieverfahren sind allerdings bisher schlecht erforscht. Diese Perspektive könnte aber auch das Verständnis von *Misserfolgen/Rückfällen* trotz »technisch korrekt« durchgeführter Behandlungen erhöhen.

41.1 Bausteine einer Emotionsdynamischen Psychotherapie

Meiner Einschätzung nach kann im Kern aller Therapieformen die Arbeit an der Emotionsregulierung gesehen werden.

Diese Bausteine sollen im Folgenden kurz erläutert werden.

Allgemeine Bausteine psychotherapeutischer Veränderungsmodelle:

- Bedeutung der therapeutischen Beziehung – allerdings mit unterschiedlichen Funktionen für den Veränderungsprozess und entsprechend unterschiedlicher Nutzung.
- Fokussierung auf Emotionen durch den Therapeuten, Ermutigung zum emotionalen Erleben.
- Fokussierung auf Erleben bisher vermiedener/abgewehrter Emotionen durch den Therapeuten.
- Aktivierung (bisher vermiedener/abgewehrter) negativer, schmerzlicher Emotionen bei Patienten.
- Schaffung eines »mentalens Raumes«, um bei Aktivierung negativer Emotionen neue Regulationsprozesse etablieren zu können.
- Kognitive Bearbeitung des emotionalen Erlebens und der Verhaltensmuster.
- Ständiger Wechsel zwischen emotionalem Erleben und kognitiver Reflexion.
- Fokussierung auf die (maladaptive) Funktionalität symptomwertigen Erlebens und Verhaltens in Hinblick auf die Regulation problematischer Emotionen.
- Bezugnahme auf Vergangenheit: Verbindung aktueller Problematik mit lebensgeschichtlicher Entstehung innerpsychischer Komponenten.
- Bedeutung von Zeit für die Etablierung nachhaltiger Veränderungen.
- Modifikationen der therapeutischen Vorgehensweisen bei struktureller Beeinträchtigung.

41.2 Veränderungsziele und Wirkprozesse

Das **Veränderungsziel** von (hoffentlich jeder) Psychotherapie besteht darin, die Beschwerden/Symptome/Syndrome möglichst nachhaltig zu lindern oder gar gänzlich aufzulösen, was aus emotionsdynamischer Perspektive (►Kap. 11) am besten dadurch gelingen sollte, dass die affektiven Kerne ins bewusste Erleben gebracht werden. Dadurch können sich prozedural-dynamischen Regulierungsprozesse verändern, so-

dass sich in der Folge auch die affektiven Kerne selbst verändern.

Als zentraler **Wirkprozess** kann wohl die wiederholte Aktivierung der bisher als nicht-bewältigbar erfahrenen (und daher abgewehrten) Affekte bei gleichzeitiger kognitiver Verarbeitung dieser bzw. bei parallelem Aufbau von adaptiven psychischen Regulierungskompetenzen für diese Affekte betrachtet werden. Anzunehmenderwei-

se sind hier basale Prozesse des »Neu-Lernens« von entscheidender Bedeutung: Die alten Muster werden nicht »gelöscht«, sondern es werden neue und adaptivere Muster entwickelt, erprobt und psychisch verankert. In allen Veränderungstheorien spielt der Zugewinn an Freiheitsgraden in Bezug auf Emotionsregulierung eine zentrale Rolle.

Wie die Befunde der Prozessforschung nahelegen (►Kap. 39.2.3), ist insbesondere ein Zusammenspiel der *Aktivierung spezifischer relevanter Emotionen* in den Sitzungen als auch die *kognitive Erkundung und Bearbeitung der Bedeutung dieser Emotionen* für therapeutische Veränderungen wichtig. Sowohl ein Zuviel als auch ein Zuwenig an Emotionsaktivierung geht mit schlechteren Ergebnissen einher. Die schmerzlichen und/oder problematischen Affektzustände müssen hinreichend aktiviert werden. Sie dürfen aber auch nicht erneut die Verarbeitungskapazität übersteigen. Gelingt dieser Prozess, so kommt es zu einer Vertiefung und gleichzeitigen psychischen (Neu-)Einbettung des Erlebens (z. B. entsprechend der Experiencing-Skala).

Da die prozedural-dynamischen Regulierungsprozesse eine hohe Stabilität besitzen, braucht es üblicherweise wiederholte Durchläufe von Aktivierung der Repräsentanzen und Kernaffekte, die nun aber nicht auf die bisherige Weise reguliert/abgewehrt werden, sondern bewusst erlebt und »ertragen« werden können, wodurch Freiheits-

grade für die Entwicklung und Etablierung anderer Regulierungen entstehen. Auf diese Weise können die ehemals das psychische Geschehen unbewusst steuernden Affekte, mitsamt den dazu gehörigen (lebensgeschichtlichen) repräsentationalen und motivationalen Aspekten, ins bewusste Selbst integriert werden, wodurch ein höheres Maß an Kongruenz und Konsistenz entsteht, inklusive einem neuen Selbstwirksamkeitserleben in Bezug auf die vormals als nicht ertragbar erlebten Affektzustände. Spätere Aktivierungen der vormals abgewehrten Affekte werden nun eingebettet in ein komplexes Geflecht aus differenzierten Selbst- und Objektrepräsentanzen, die ihre Kohärenz durch die Affektaktivierung nicht verlieren. Die differenzierten Selbst- und Objektrepräsentanzen ermöglichen eine breite Variation an innerpsychischen und interpersonellen Reaktionen, die auf die aktuelle Situation abgestimmt werden können.

Auf neuronaler Ebene dürften diese Prozesse nicht nur auf einer verbesserten Exekutivfunktion der präfrontalen Kortexregionen basieren, sondern mit Einbindungen in komplexere Netzwerke einhergehen. Dies führt dazu, dass auch bei späterer Aktivierung der »alten« Affekte und Repräsentanzen ein komplexes neuronales Netzwerk aktiviert wird, welches die Affekte schon im Moment ihrer Entstehung gewissermaßen »einpflügt« und eine Dominanz der Affekte über alle anderen Subsysteme verhindert.

41.3 Veränderungsstrategien und -Methoden

Um die Wirkprozesse aktivieren zu können, werden verfahrensübergreifend einige Voraussetzungen (*Veränderungsbedingungen*) beschrieben. Hier sind vor allem bestimmte Rahmenbedingungen zu nennen,

wie verlässliche Absprachen bezüglich der Sitzungen, die Aufklärung über das therapeutische Vorgehen, Klärung der jeweiligen Aufgaben des Therapeuten und der Patienten etc.

In allen Behandlungskonzepten wird der **therapeutischen Beziehung** mittlerweile eine besondere Bedeutung für eine gelingende Psychotherapie zugesprochen. Die Funktion bzw. die Form der »Nutzung« der therapeutischen Beziehung unterscheidet sich allerdings weiterhin.

Die Funktion und damit auch die Nutzung der *therapeutischen Beziehung* kann auf unterschiedlichen Ebenen betrachtet werden:

1. Therapiebeziehung als *Arbeitsbündnis*, als notwendige Voraussetzung dafür, dass sich der Patient auf die Behandlung einlässt und so die spezifischen therapeutischen Techniken überhaupt angewendet werden können und der Patient motiviert mitarbeitet (z.B. bei Kanfer).
2. Therapiebeziehung als *Instrument*: Die vom Therapeuten mitgestaltete Beziehung ist ein Wirkfaktor per se. Hier lassen sich zwei Ansätze unterscheiden:
 - a. Beziehung als *globales Agens*. Der Therapeut versucht, durch seine innere Haltung und durch das daraus abgeleitete Verhalten eine Beziehungsqualität herzustellen, die als solche heilende Wirkung hat (z.B. Gestaltung der Beziehung gemäß Rogers; therapeutische Beziehung als »Bindungsbeziehung«).
 - b. *Gezielte Gestaltung* des Beziehungsverhalten des Therapeuten in Abstimmung auf die spezifischen Motive und »Erwartungen« des jeweiligen Patienten, z.B. das Erfüllen zentraler Bedürfnisse (Caspar 2007) oder die nicht-komplementäre Reaktion des Therapeuten im CBASB (d.h. z.B. sich bewusst nicht-dominant, nicht-entwertend etc. verhalten, um so den negativen Erwartungen zu widersprechen), um dem Patienten korrigierende emotionale Erfahrungen zu ermöglichen.
3. Reflektierende und/oder deutende *Bearbeitung* der therapeutischen Beziehung. Hier lässt sich nochmal differenzieren:
 - a. Die gezielte Nutzung von auftretenden Interaktionsstörungen im therapeutischen Prozess, um die dysfunktionalen Kognitionen oder Schemata zu explorieren und zu bearbeiten. Die therapeutische Beziehung wird gewissermaßen als aktuelle Auslösesituation von dysfunktionalen Schemata/Repräsentanzen genutzt, welche nun exploriert und entsprechend bearbeitet werden, um die kognitiven Verzerrungen und damit verknüpften problematischen Interaktionsmuster zu bearbeiten (siehe z.B. Wilken 2002; auch in psychodynamischen Ansätzen).
 - b. Die therapeutische Beziehung wird als wichtiges Manifestationsfeld der inneren Schemata/Repräsentanzen gesehen und entsprechend wird das Augenmerk darauf gelegt; im Unterschied zu a) werden die Manifestationen systematisch genutzt, um Verbindung zu anderen Beziehungen und vergangenen (Kindheits-)Erfahrungen herzustellen, was ein vertieftes Verständnis des Patienten mit sich bringt (zentrales Vorgehen in psychodynamischen Therapien, mittlerweile aber auch in einigen kognitiven und humanistischen Ansätzen ausgearbeitet).
 - c. Gezielte *Vertiefung* einer Übertragungsbeziehung, insbesondere durch konsequentes Aufgreifen von Übertragungsanspielungen. Die vertiefende Bearbeitung der Übertragung im Hier und Jetzt steht im Vordergrund. Ziel ist es, die konflikthafte (oder strukturelle) Dynamik möglichst umfangreich in die therapeutische Beziehung einzubinden (»Übertragungsneurose«), sie in dieser Beziehung deutend zu explorieren, die sich gegen die

Bewusstwerdung der Übertragung auftauchenden Widerstände zu bearbeiten und dadurch die unbewussten Determinanten der Persönlichkeit und psychischen Störung einer vertieften affektiven Einsicht zugänglich zu machen (diese Konzeption der Nutzung der therapeutischen Beziehung ist bisher ausschließlich in psychoanalytischen Therapien zu finden).

Horvath et al. (2011) geben (aus der Forschung abgeleitete) Praxisempfehlungen zum Aufbau einer guten Arbeitsbeziehung; sie betonen, dass die Qualität der Allianz auch in guten Behandlungen schwankt – wichtig ist, dass der Therapeut nicht defensiv auf negativ oder feindselige Affekte des Patienten in Bezug auf die Behandlung oder die Person des Therapeuten reagieren.

Safran et al. (2011) beschreiben Möglichkeiten, Störungen im Arbeitsbündnis gemäß den drei Aspekten von Bordin (siehe oben) zur reparieren: *repairing alliance ruptures*. Dies kann auf einer ganz oberflächlichen Ebene geschehen (z. B. das Therapierationale noch einmal zu wiederholen oder die Aufgaben und Ziele nochmal neu zu justieren bzw. auch zu verändern oder Missverständnisse mit dem Patienten zu klären); die *ruptures* können aber auch genutzt werden, um damit verknüpfte Schemata zu explorieren und/oder das problematische Geschehen in der Therapie mit anderen Lebenssituationen zu verknüpfen.

Aus emotionsdynamischer Perspektive wäre ein Gleichgewicht bzw. Wechselspiel zwischen der notwendigen Qualität der Arbeitsbeziehung und einer Beziehungsqualität anzustreben, die die notwendige Aktivierung der Emotionsdynamiken fördert. Letzteres würde eine Beziehungsgestaltung gemäß 2b) eher nicht favorisieren, da hierdurch u. U. die der Störung zugrundeliegenden affektiven Kerne eher zugedeckt werden.

Während die ursprünglich im psychoanalytischen bzw. psychodynamischen Kontext beschriebene Funktion (3b) mittlerweile in verschiedenen Varianten aus allen Verfahrensgruppen genutzt wird (► Teil III), ist die gezielte *Förderung* einer (regressiven) *Übertragungsbeziehung* (3c) nach wie vor ein »Alleinstellungsmerkmal« der Psychoanalytischen Therapie.

Die Evidenz für die »Wirksamkeit« dieser unterschiedlichen Beziehungsaspekte variiert: Die Bedeutung einer guten Allianz (1) scheint unumstritten, auch für Beziehungsgestaltungen gemäß (2a), insbesondere bezüglich Empathie, besteht Evidenz (► Kap. 39.2.1). Die Wirksamkeit der zentralen psychodynamischen Vorgehensweise gemäß (3b) scheint durch die Prozess-Outcomeforschung sehr gut belegt (► Kap. 39.2.2).

Für die gezielte Beziehungsgestaltung als Abstimmung auf die spezifischen »Erwartungen« des jeweiligen Patienten gemäß (2b) sowie für die Nutzung von Interaktionsstörungen im therapeutischen Prozess zur Bearbeitung dysfunktionaler Kognitionen gemäß (3a) liegen meines Wissens keine systematischen empirischen Studien vor.

Zur speziellen Wirkung der von der Psychoanalyse beschriebenen und als zentral angesehenen Entwicklung und Vertiefung und deutender Bearbeitung einer (regressiven) Übertragungsbeziehung (3c) liegt zwar eine Vielzahl klinischer Einzelfallbeschreibungen vor, meines Wissens aber keine empirischen Prozess-Outcome-Studien. Dazu müssten das Ausmaß und die Qualität der regressiven Prozesse und ihrer deutenden Bearbeitung in einer größeren Stichprobe bestimmt und in Abhängigkeit vom Strukturniveau mit dem langfristigen Outcome in Verbindung gebracht werden. Die bisherigen Operationalisierungen psychoanalytischer Technik- bzw. Prozessvariablen sind aus meiner Sicht nicht spezifisch genug, um diese Form des therapeutischen Arbeitens abbilden zu können.

Die Ergebnisse der Studien zum nonverbalen Verhalten (► Kap. 39.2.4) lassen sich etwas spekulativ dahingehend interpretieren, dass für die Entwicklung einer veränderungswirksamen therapeutischen Beziehung zwei Ebenen in einem Wechselspiel zusammenwirken: Auf einer ganz basalen, gewissermaßen körperlichen Ebene führen Synchronisierungen in den Bewegungsmustern und ein hohes nonverbales attunement zu einem grundlegenden Gefühl des Aufgehobenseins in der therapeutischen Beziehung und stärken damit die Allianz gewissermaßen von unten, d. h. jenseits kognitiver Absprachen und Zielvereinbarungen. Auf der Ebene des »Austausches« diskreter Affekte, wie sie über die Mimik kommuniziert werden, sind Synchronifizierungen und intensive Reziprozitäten eher schädlich: Häufiges gemeinsames Lächeln (im Alltag ein Indikator für gute Beziehungen) sind im therapeutischen Kontext eher dyadische Mittel, um Konfliktspannungen zu vermeiden, was zwar zu einer kurzfristigen affektiven Entlastung führt, aber die therapeutisch notwendige Aktivierung negativer Zustände eher verhindern dürfte. Hohe Reziprozitäten im Bereich negativer, insbesondere aggressiver Affekte spiegeln vermutlich therapeutisch sehr ungünstige »interaktive Verstrickungen« wider. Stattdessen scheint auf dieser Ebene eine das nonverbal-affektive Beziehungsangebot des Patienten konterkarierender affektive »Antwort« fruchtbarer, die, so die Annahme, dazu beiträgt, dass die eingeschliffenen Interaktionsmuster der Patienten »verstört« werden und so überhaupt erst ein Veränderungsprozess initiiert werden kann (vgl. Merten 2001; Benecke 2006; Krause 2012).

Dieses Zusammenspiel schafft eine Basis zur veränderungswirksamen Anwendung der verfahrenstypischen Techniken. Zwar basieren die unterschiedlichen Therapierichtungen auf unterschiedlichen Störungstheorien, woraus sich entsprechend unterschiedliche Veränderungstheo-

rien ableiten und die Technik auf unterschiedliche Störungskomponenten fokussiert. Wie die Darstellungen in Teil III allerdings zeigt, stellt die Aktivierung von Emotionen explizit oder implizit eine zentrale Komponente aller Behandlungsformen dar (vgl. auch Karasu, 1986; Grawe et al., 1994). Auch die Prozess-Outcomestudien unterstreichen die Bedeutung der **Fokussierung auf Emotionen** für eine gelingende Psychotherapie. Insbesondere geht es dabei um die Fokussierung auf das Erleben bisher vermiedener, abgewehrter weil als zu problematisch oder schmerzlich empfundener Emotionen durch den Therapeuten.

Diese Fokussierung geht in gelingenden Behandlungen mit der **Aktivierung** (bisher vermiedener/abgewehrter) negativer Emotionen bei Patienten einher. Die einfache emotionale Aktivierung scheint eine notwendige, aber keine hinreichende Bedingung zu sein. Emotionale Aktivierung wird in allen Behandlungskonzepten mit der Schaffung eines »mentalischen Raumes« verbunden, um bei Aktivierung negativer Emotionen neue Regulationsprozesse etablieren zu können. Dabei werden unterschiedliche Formen der **kognitiven Bearbeitung des emotionalen Erlebens** beschrieben, meist im Sinne eines Oszillierens zwischen emotionalem Erleben und kognitiver Reflexion.

Überwiegend wird dem symptomwertigen Erleben und Verhalten eine (maladaptive) **Funktionalität** in Hinblick auf die Regulation problematischer Emotionen zugesprochen, die dem Patienten vermittelt wird: Symptomwertiges Erleben und Verhalten ist nicht zufällig da und muss beseitigt werden, sondern ist funktional eingebunden in komplexe Regulationsprozesse, hat also eine individuelle Psychologie. Dies spiegelt sich auf der behandlungstechnischen Ebene in **Bezugnahmen auf die Vergangenheit** des Patienten wider – es werden Verbindungen zwischen aktueller Problematik und lebensgeschichtlicher Entstehung innerpsychi-

scher Komponenten hergestellt. Diese führen bei Patienten erstens zu einem vertieften emotionalen Erleben und gleichzeitig zu einer Art »Neudefinition« seiner selbst.

Um tiefer in der Persönlichkeit verankerte Regulationsprozesse nachhaltig verändern zu können, besteht Konsens, dass es dafür **Zeit** braucht, sowohl eine hinreichende Anzahl von therapeutischen Kontakten als auch eine hinreichende Dauer der gesamten Behandlung. Ebenso betonen alle Behandlungsformen die Notwendigkeit der spezifischen Modifikation des therapeutischen Vorgehens bei Vorliegen struktureller Beeinträchtigungen. Dies betrifft sowohl die Rahmenbedingungen als auch die konkreten therapeutischen Techniken (vgl. bspw. Dammann 2007, sowie ► **Kap. 31.3.2.4** und ► **Kap. 32.4.2.2**).

Aber selbst wenn eine Psychotherapie-theorie detailliert ausgearbeitet ist und alle Wirkungen und Prozesse umfänglich beforscht wären, bleibt gleichzeitig wohl auch richtig, was Irving Yalom über Psychotherapie schreibt:

»Formale Texte, Zeitschriftenaufsätze und Vorlesungen beschreiben Therapie als exakt und systematisch, mit sich sorgfältig abzeichnenden Stadien, strategisch-technischen Interventionen, methodischer Entwicklung und Wiederauflösung von Übertragungen, Analyse der Objektbeziehungen und als ein sorgfältiges rationales Programm von Interventionen, die Einsichten ermöglichen. Aber ich glaube wirklich, dass der Therapeut das »Eigentliche« hinein wirft, wenn niemand zuschaut« (Yalom 1989a, S. 13).