



KLAUS-GRAWE-INSTITUT
FÜR PSYCHOLOGISCHE THERAPIE

Anfangsphase in der Therapie: **Aufbau eines therapeutischen Systems, Erstgespräch im Einzelsetting, Abklärung, Indikationsstellung und Therapieabschluss**

Uta Liechi Braune
Klaus-Grawe-Institut
Fachpsychologin für Psychotherapie und Supervisorin
FSP/SGVT
Klaus-Grawe-Institut
uta.liechi@bluewin.ch, 078 950 84 30



Programm

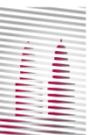
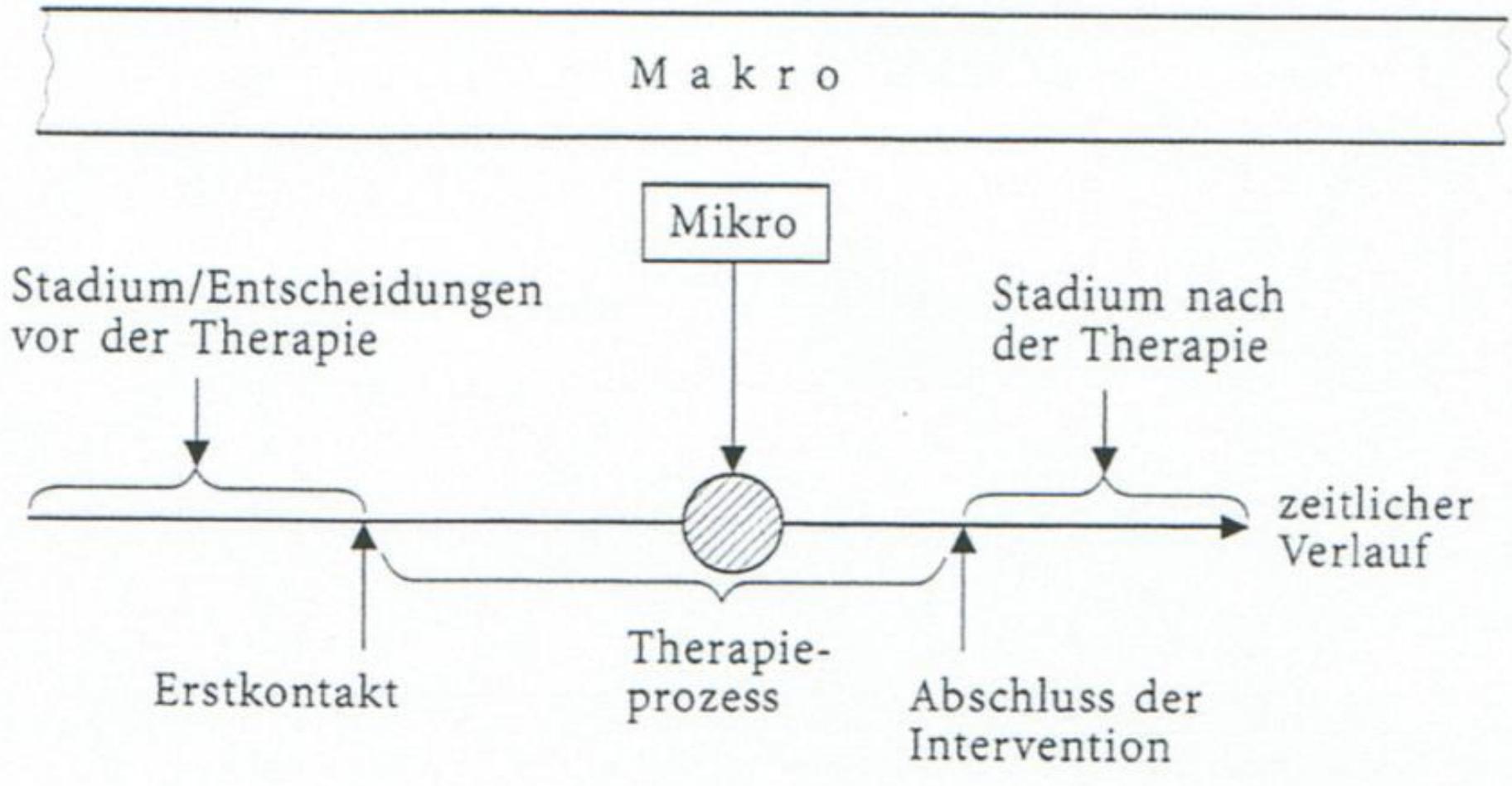
1. Tag: Anfangsphase der Therapie, Erstgespräch

- Input Psychotherapieforschung
- Anfangsphase der Therapie
- Konsistenztheorie und Erstgespräch
- Gestaltung des Erstgesprächs, Phasen

2. Tag: Indikation, schwierige Patienten, Therapieende

- Indikation, Fallbeispiel
- Störungsspezifisches
- Nebenwirkungen von Psychotherapie
- Schwierige Gesprächssituationen
- Therapieende





Phasenmodell erfolgreicher Therapie

Vor der Therapie

- **Demoralisierung**
Wahrnehmung eines Ressourcendefizits

Zu Beginn der Therapie

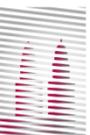
- **Remoralisierung**
Verbesserung des Wohlbefindens. Positive Erwartung, Hoffnung.

Im Verlauf der Therapie

- **Remediation**
Verringerung der Symptomatik/Problematik
(hier häufig Therapieende)

Am Ende/nach der Therapie

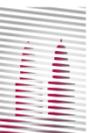
- **Rehabilitation**
Wiederherstellung und/oder Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus in verschiedenen Lebensbereichen



Ziele von Forschung - Wirksamkeitsüberprüfung

Wirksamkeitsprüfung

- Experimentelle und quasi-experimentelle Vergleiche von Psychotherapiemodellen und –programmen hinsichtlich:
Wirksamkeit, Effizienz;
Ziel: störungsspezifisches Wissen und Behandlungsmethoden verbessern, Leitlinien und Manuale
- Qualitätssicherung
- Versorgungsforschung



Ziele von Forschung - Prozessforschung

Prozessforschung

- Erforschung der Wirkungsweise zentraler angenommener Wirkungsparameter therapeutischer Verfahren im Verlauf einer Psychotherapie
- Prozess-Outcome-Forschung, differentielle Psychotherapieforschung.
- Indikationsforschung oder Treatment-Aptitude („Passung“)-Forschung: Anpassung des therapeutischen Vorgehens an spezifische Patienten



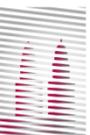
Prozess-Outcome: Kombination von verschiedenen Variablen

- 1. Prädisponierende Variablen** (Diagnosen, Persönlichkeitsmerkmale, Lebenskontext des Patienten)
- 2. Kontextvariablen der Behandlung:** Setting (ambulant, stationär; Einzel-, Mehrpersonensetting), Behandlungsdauer und -häufigkeit
- 3. Beziehungsvariablen:** „Passung“ Therapeut-Patient, Therapiebeziehung
- 4. Behandlungsstrategien, Techniken**



Prozessvariablen: Zusammenhänge mit positivem Outcome

1. Qualität der **therapeutischen Beziehung**
2. **Kompetenz** des Therapeuten
3. **Kooperation** des Patienten
4. **Offenheit** des Patienten für Veränderung
5. Behandlungsdauer („**Dosis-Wirkung**“ = kritischer Punkt, denn: „mehr“ ist nicht „besser“)



Empirisch gestützte Theorieentwicklung

- **Therapieschulen:** Theorien „erster Generation“
 - Entwicklung eines breiten Spektrums therapeutischer **Interventionsmöglichkeiten**
- **Theorien „zweiter Generation“: Wirkfaktoren**
 - **grössere Erklärungskraft für die Zusammenhänge zwischen therapeutischem Vorgehen und Wirkung von Psychotherapie;** Ergebnisstand der Prozess- und Wirksamkeitsforschung heranziehen
- **Weitere Forschung:**
 - Weiterentwicklung empirisch gestützter Erklärungstheorien, (individuumsspezifischer Modelle)



Untersuchung Regli et al. 2000

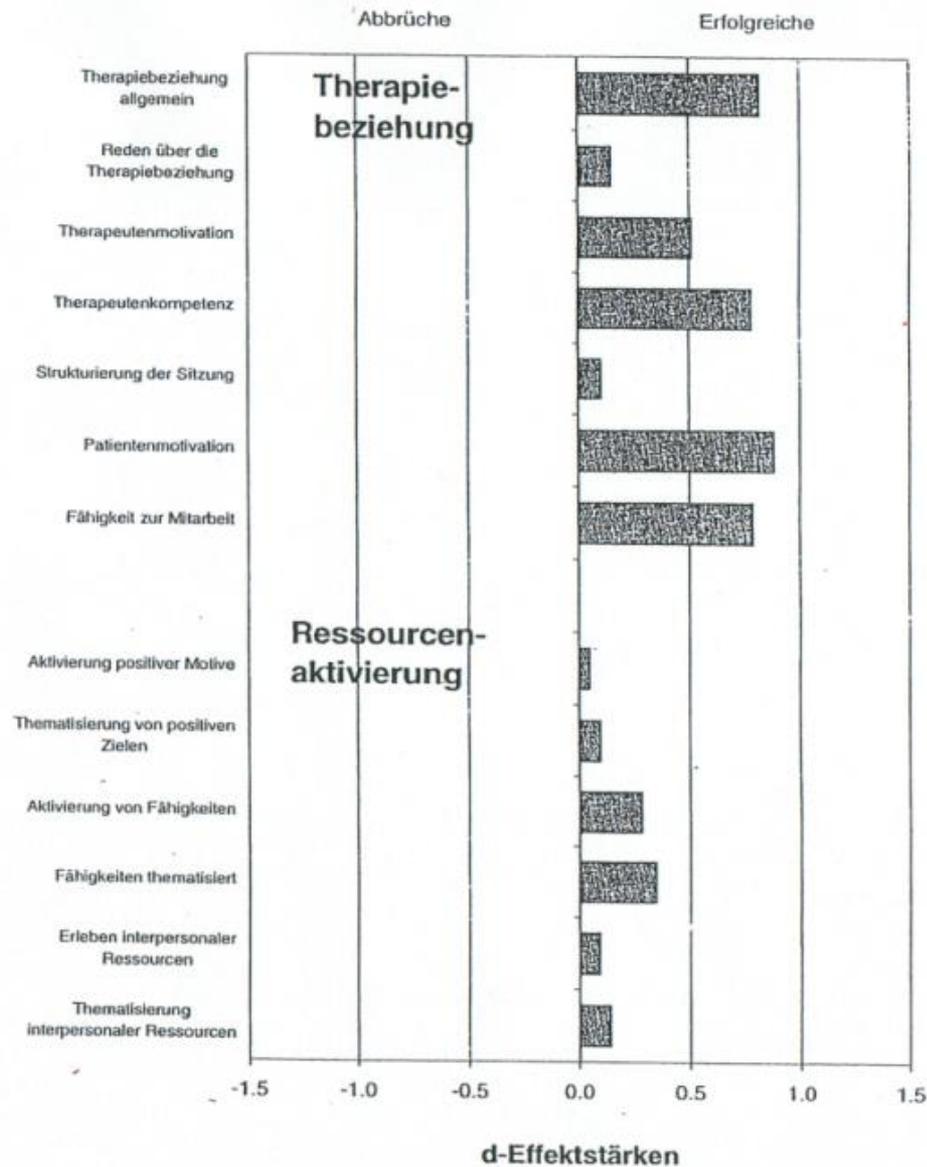


Abb. 3: Vergleich der Therapiebeziehung und der Ressourcenaktivierung in der Anfangsphase von erfolgreichen Therapien (n=17) und Therapieabbrüchen (n=11)

.Regli et al, 2000

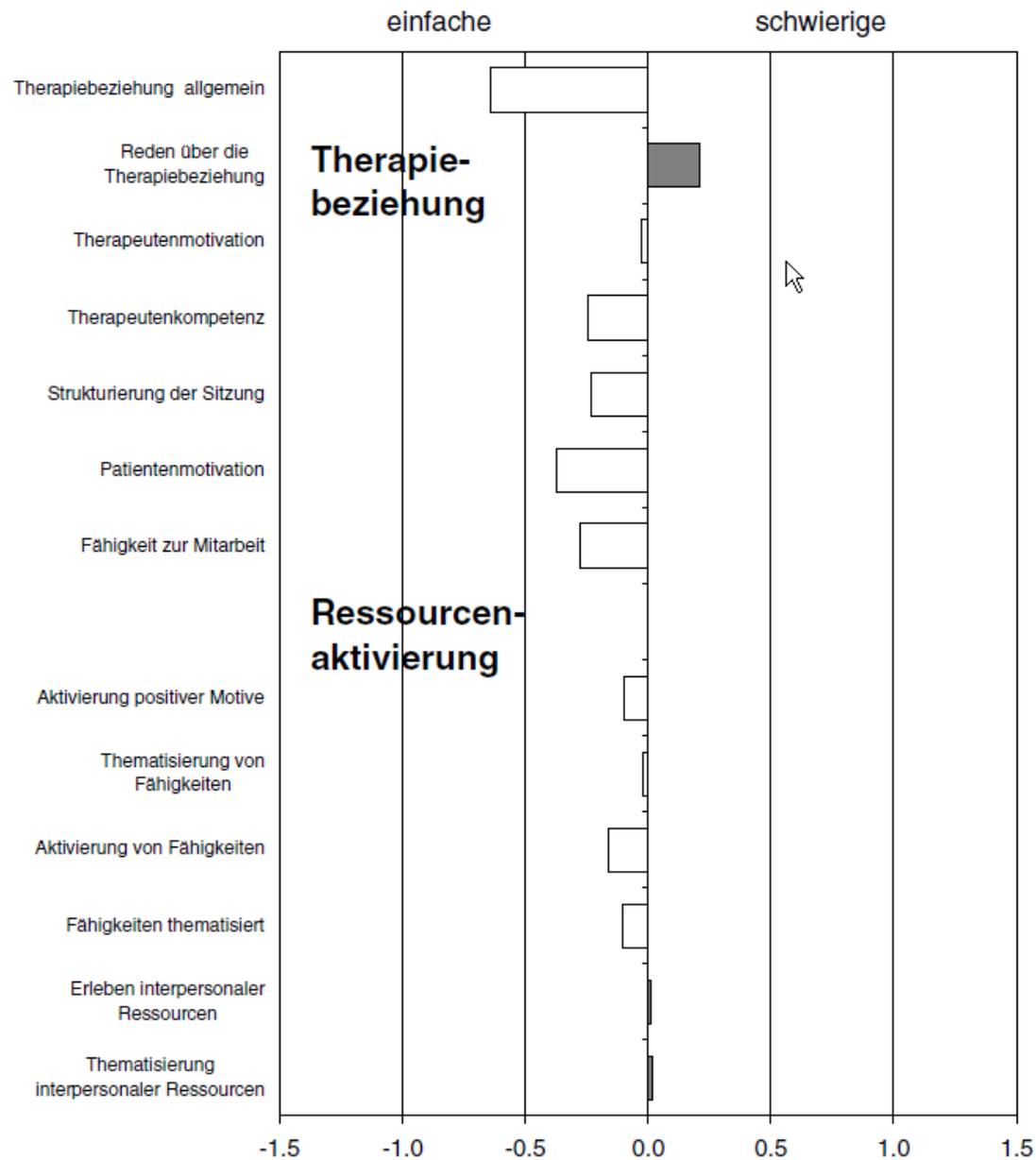
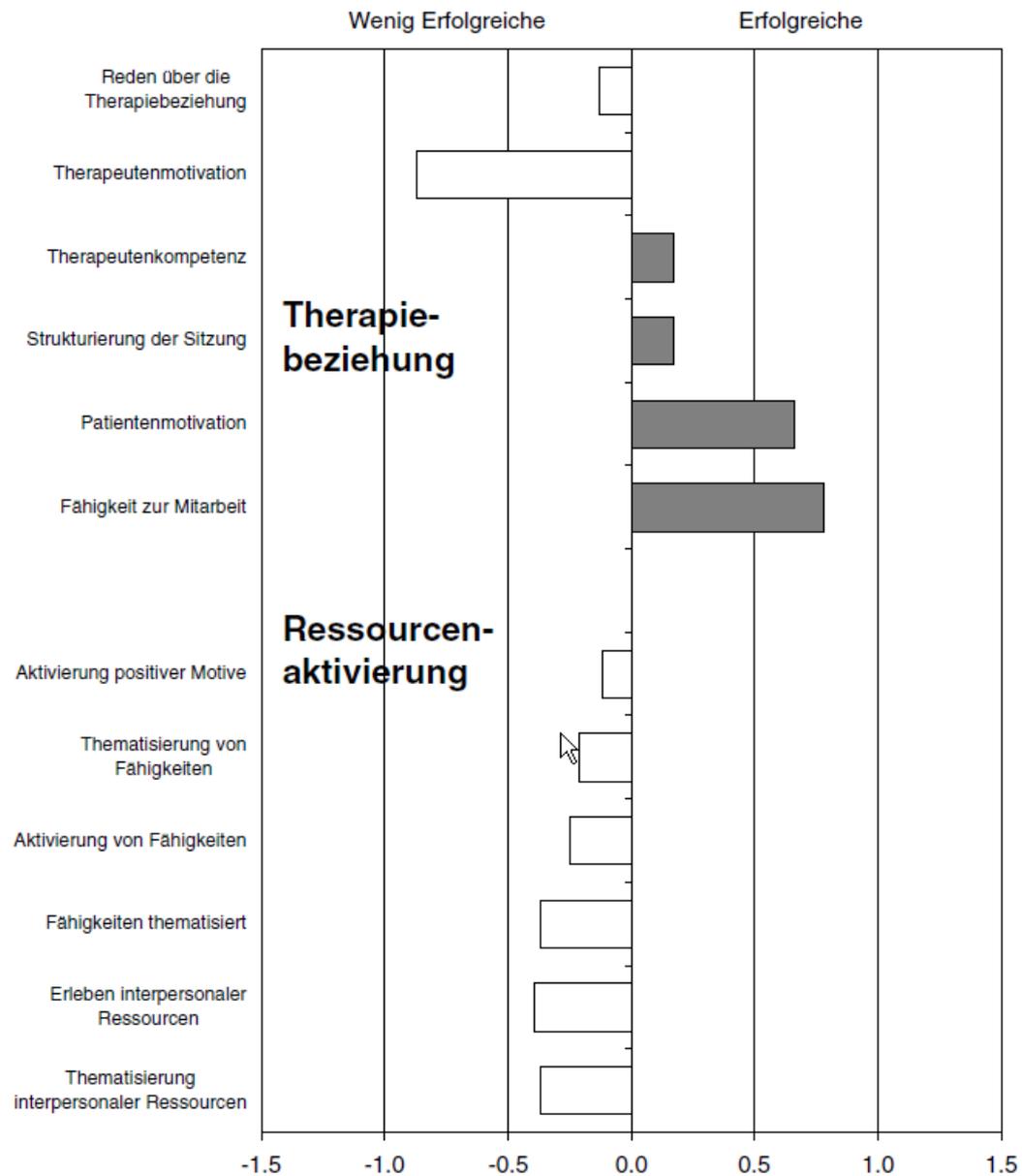
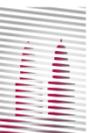


Abb. 6: Vergleich der Therapiebeziehung und Ressourcenaktivierung in der Anfangsphase von Therapien mit interaktionell einfachen (n=19) und schwierigen (n=14) Patienten





b. 5: Vergleich von Sitzungen erfolgreicher (n=11 Sitzungen) und wenig erfolgreicher (n=23 Sitzungen) Therapien bei schlechter Therapiebeziehung in der Anfangsphase

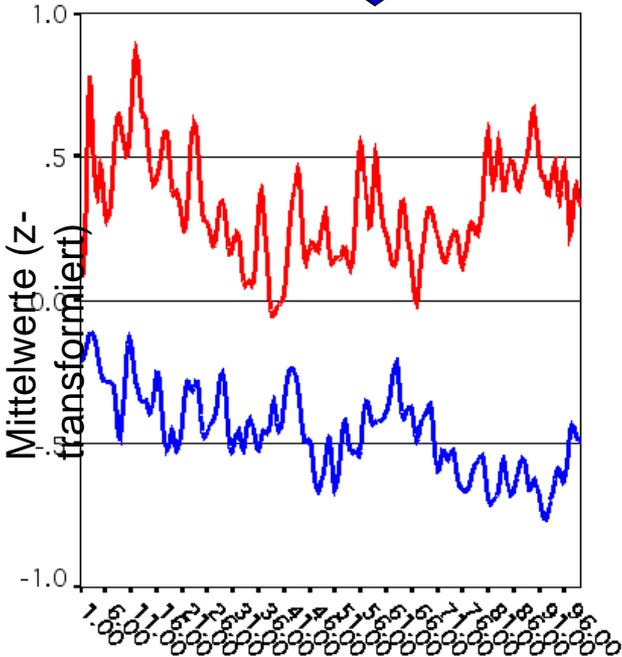
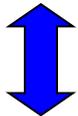


Zusammenfassend Regli et al. 2000

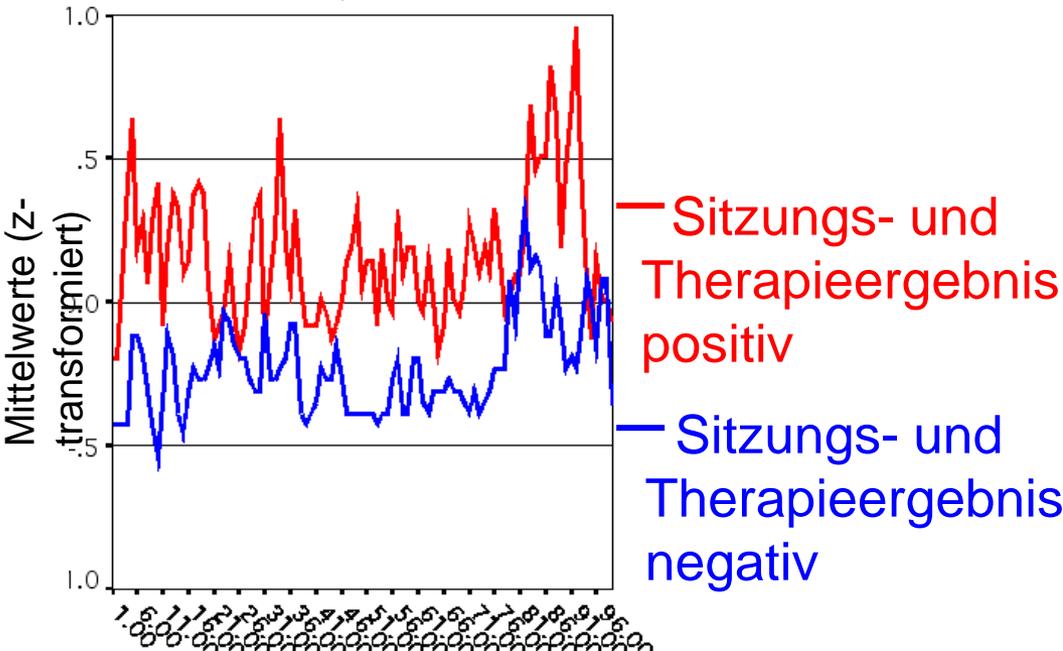
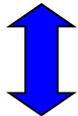
- Wieweit unterscheidet die Realisierung der Wirkfaktoren **Therapiebeziehung** und **Ressourcenaktivierung** in den ersten 4 Sitzungen zwischen später **erfolgreichen** und **nicht erfolgreichen** Therapien?
- Bei der **Therapiebeziehung** und mit Einschränkungen auch für die **Ressourcenaktivierung** sich Unterschiede erkennbar.
 - Insbesondere bei **Therapieabbrüchen**, wenn die Therapiebeziehung **nicht wie erwünscht** gelingt.
- Unterschiede zw. interaktionell schwierigen und einfachen Patienten sind gering. Einzig die **Therapiebeziehung** ist bei den einfachen Patienten schon zu Beginn besser realisiert.
 - Eine **schlechte Beziehung lässt sich nicht mit mehr Engagement** und Ressourcenaktivierung verbessern.
 - Zuviel **Strukturierung ist bei schwierigen** im Vergleich zu einfachen **Patienten eher problematisch**.



Aktivierte Ressourcen
auf Seiten
des **Patienten**



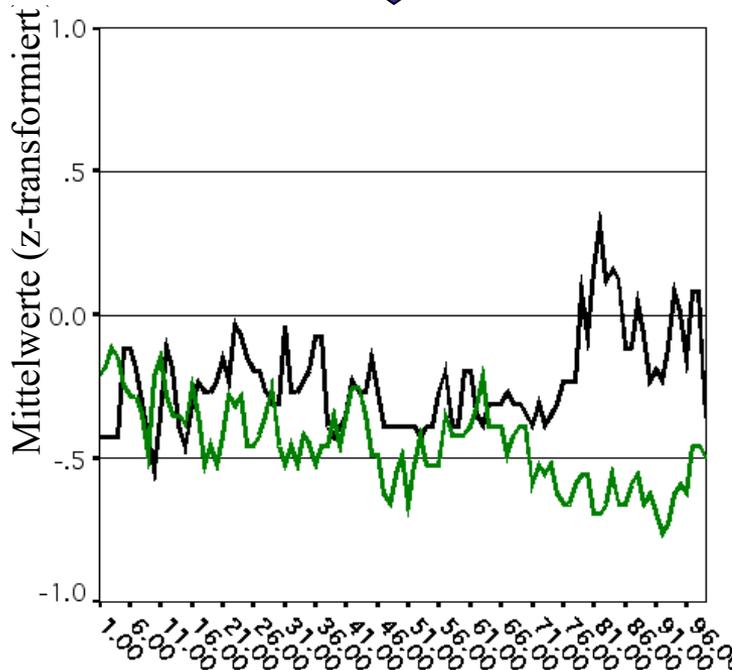
Ressourcenaktivierende
Interventionen des
Therapeuten



Zeitlicher Verlauf über die
ganze Sitzung in Prozent

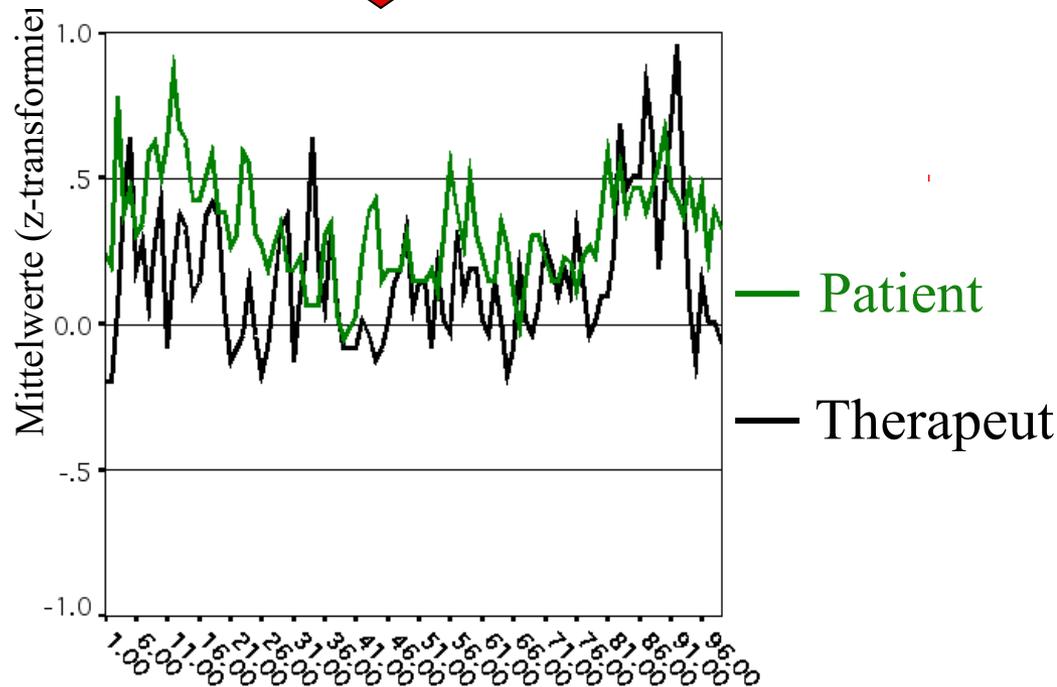


Ressourcenaktivierung in nicht-erfolgreichen Therapiesitzungen



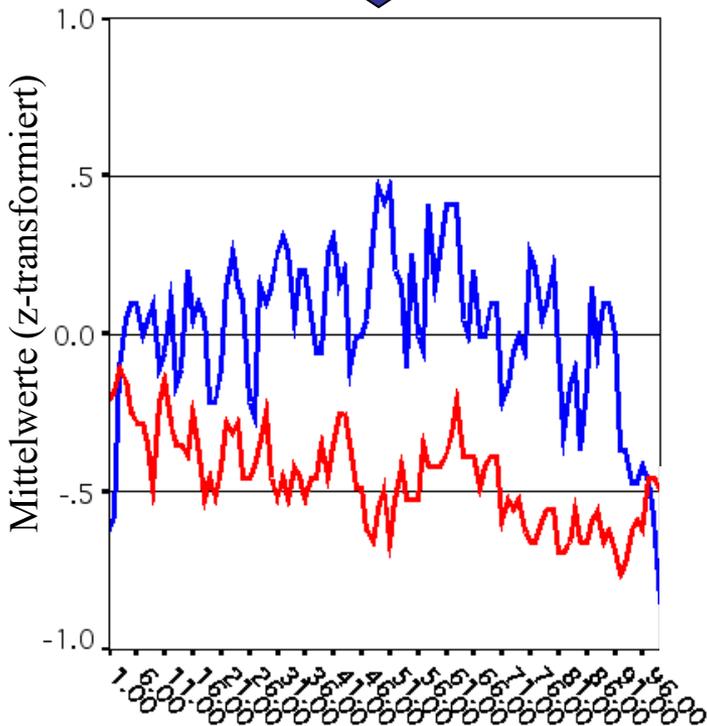
Zeitlicher Verlauf über die
ganze Sitzung in Prozent

Ressourcenaktivierung in erfolgreichen Therapiesitzungen



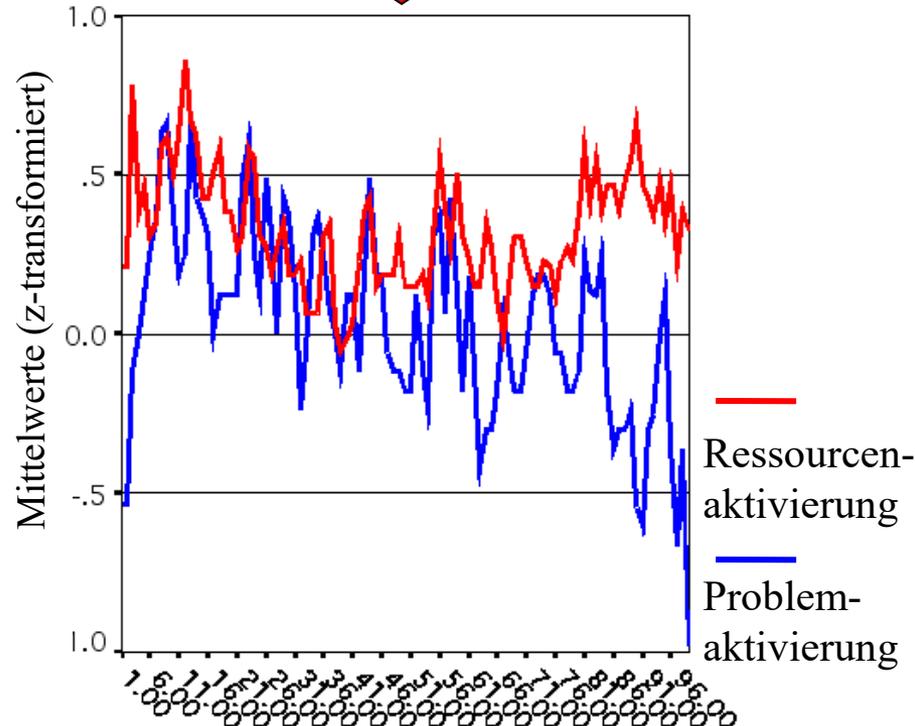
Zeitlicher Verlauf über die
ganze Sitzung in Prozent

Ressourcenaktivierung und Problemaktivierung beim Patienten in nicht-erfolgreichen Therapiesitzungen



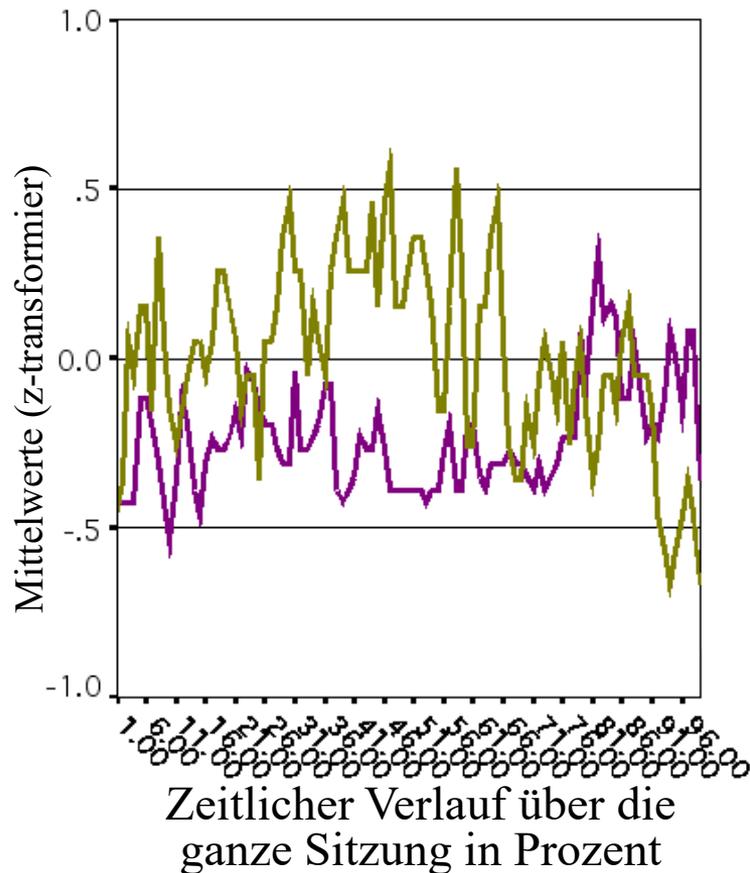
Zeitlicher Verlauf über die
ganze Sitzung in Prozent

Ressourcenaktivierung und Problemaktivierung beim Patienten in erfolgreichen Therapiesitzungen

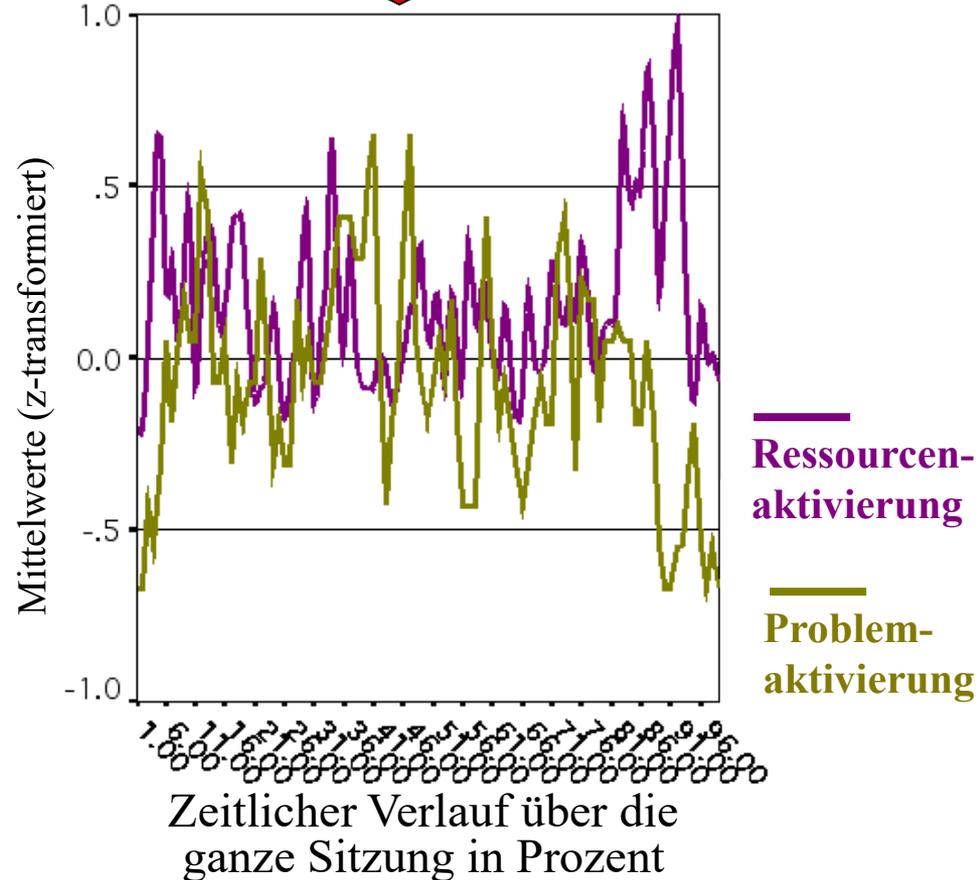


Zeitlicher Verlauf über die
ganze Sitzung in Prozent

Ressourcen- und problem-
aktivierende therapeutische
Interventionen
in **nicht-erfolgreichen**
Therapiesitzungen



Ressourcen- und problem-
aktivierende therapeutische
Interventionen
in **erfolgreichen**
Therapiesitzungen



Unterscheidung alltägliche und therapeutische Interaktion

Alltägliche Sozialbeziehungen

1. Orientierung an soziokulturellen Erwartungen und **Normen**
2. Beziehungen sind meist **persönlicher** und intimer Natur
3. Häufiges Benutzen von Phrasen und **Floskeln** (z.B. „wie geht's?“)
4. Interaktion kann **überall** und zu jeder Zeit stattfinden

Therapeutische Interaktion

1. Soziale „**Anstandsregeln**“ und Umgangsformen **nicht anwendbar**
2. Beziehung ist **professioneller** Art, Kommunikation ist klar und aufgabenbezogen
3. Zur Aktivierung von kontrollierter Informationsverarbeitung wird ein bestimmter **Sprachstil** verwendet, Ziel: Fortschritt und Veränderungen beim Patienten
4. Klare Einschränkungen hinsichtlich **Ort, Zeit** und **Häufigkeit** der Interaktion



Unterscheidung alltägliche und therapeutische Interaktion

Alltägliche Sozialbeziehungen

5. Dialog wird meist „**spontan**“, durch Ansichten und Gefühle des Sprechers gesteuert, ein spezielles **Ziel** liegt meist **nicht** vor
6. Im Verlauf der Interaktion **wechselt der Fokus** ständig von einer Person auf die andere
7. Üblicherweise wird für **keinen** der Gesprächsteilnehmer ein spezielles **Ergebnis geplant** oder erwartet

Therapeutische Interaktion

5. Die **Aussagen** des Therapeuten sind **überlegt** und **zweckorientiert** im Hinblick auf ihre Wirkung (Therapiebeziehung, Therapieziele)
6. Der **Fokus** liegt immer auf dem Patienten, bzw. auf den **Zielen** der therapeutischen Interaktion
7. Für einzelne Stufen des Prozesses gibt es spezifische Ziele, dementsprechend werden **unterschiedliche Methoden** eingesetzt, um diese Ziele zu erreichen.



Grundbedürfnis: Orientierung und Kontrolle

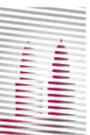
- Je nach **individueller Erfahrung** (v.a. in der frühen Kindheit) entwickelt der Mensch Grundüberzeugungen darüber, inwieweit das Leben Sinn macht, ob **Voraussehbarkeit** und **Kontrollmöglichkeiten** bestehen, ob es sich lohnt, sich einzusetzen und zu engagieren u.ä.
- Das Kontrollbedürfnis wird befriedigt durch möglichst viele **Handlungsalternativen** (grosser Handlungsspielraum).



Grundbedürfnis:

Lustgewinn/Unlustvermeidung

- Das Bestreben, erfreuliche, **lustvolle** Erfahrungen **herbeizuführen** und schmerzhaft, **unangenehme** Erfahrungen zu **vermeiden** (positive Lust-/Unlustbilanz).
- Je nach Erfahrungen in der Kindheit wird ein Mensch die **Umgebung** eher als **Quelle** von **positiven** oder **von negativen** Erfahrungen sehen, und entwickelt eine **optimistische** oder **pessimistische** Lebenseinstellung.



Grundbedürfnis: **Selbstwerterhöhung**

- Das Bedürfnis, sich selber als gut, **kompetent, wertvoll und von anderen geliebt** zu fühlen.
- Zur Bildung eines guten Selbstwertgefühls braucht es eine **entsprechende Umgebung**, die **wertschätzend** ist und dem anderen etwas **zutraut**, ihn **unterstützt**.



Grundbedürfnis: **Bindung**

- Das **Angewiesensein des Menschen auf Mitmenschen**; das Bedürfnis nach Nähe zu einer Bezugsperson.
- Je nach Erfahrungen mit sog. primären Bezugspersonen (Verfügbarkeit, Einfühlungsvermögen) entwickelt ein Mensch ein bestimmtes **Bindungsmuster**.
- In einer „guten“ Bindung sind die Bezugspersonen ein immer erreichbarer Zufluchtsort, bieten **Schutz, Sicherheit, Trost**; entwickelt sich „**Urvertrauen**“.



Tab. 1 Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

Do's	Don'ts
Therapiesitzung so transparent wie möglich gestalten, alles genau erklären	Als Therapeut alles selber entscheiden
Patienten in alle Schritte und Entscheidungen des Vorgehens explizit miteinbeziehen	Als Therapeut Therapieziele vorgeben
Verschiedene Wahlmöglichkeiten bieten und Patienten entscheiden lassen	Patienten zu etwas drängen
Immer die Bereitschaft des Patienten für Vorgehen und Techniken abklären	Eigeninitiative des Patienten abblocken
Patienten spüren lassen, dass es um die Verwirklichung seiner Ziele geht	Patienten im Unklaren lassen, was gerade passiert
Auf Anregungen, Vorschläge und Initiativen des Patienten eingehen	Sich uneindeutig und missverständlich ausdrücken
Dem Patienten zeigen, dass er positive Erfahrungen selber herbeiführen kann	Zu starke Problemaktivierung
Vorgehen so gestalten, dass der Patient dabei gut mitmachen kann und weder über- noch unterfordert ist	Patienten das Gefühl geben, ein Kontrollverlust in der Therapie wäre schlimm; Patienten überfordern oder unterfordern



Tab. 4 Bedürfnis nach Wohlbefinden und angenehmen Erfahrungen

Do's	Don'ts
Positive Gefühle erleben lassen	Nur negative Gefühle erleben lassen
Entspannen	Unter Druck setzen
Erfolg auskosten	Misserfolge analysieren
Gemeinsam lachen, freundliches Lächeln, entspannte Mimik	Gelangweilter Gesichtsausdruck, monotone Stimme, auf die Uhr schauen
Vorgehen abwechslungsreich gestalten	Stundengestaltung und Vorgehen immer gleich
Einladende Gestaltung des Therapieraums	Unordentlich, ungepflegte Gestaltung des Therapieraums
Gepflegte Erscheinung des Therapeuten	Ungepflegte Erscheinung des Therapeuten



Tab. 3 Bedürfnis nach positivem Selbstwert

Do's	Don'ts
Sich für den Patienten interessieren	Wenig Interesse für Patienten zeigen
Patienten ausführlich über Dinge berichten lassen, die er gut kann	Unbeeindruckt vom Patienten sein
Dinge ansprechen, die positive Bedeutung für den Patienten haben	Das bisher Erreichte als wenig hilfreich darstellen
Loben und Komplimente machen	Kritisieren und abwerten
Erfolge verstärken	Rollengefälle betonen
Gesunde Anteile betonen	Kranke Anteile in den Vordergrund stellen
Erfolge auf Patientenfähigkeiten attribuieren	Misserfolge auf Patientendefizite attribuieren



Tab. 2 Bedürfnis nach Bindung

Do's	Don'ts
Vermitteln, dass der Patient nicht allein, sondern dass der Therapeut sein Anwalt ist	Patienten allein lassen: zu spät in Sitzung kommen, Termine vergessen
Betonen, dass man „gemeinsam“ an Problemen arbeitet	Sich nicht mehr an wichtige Gegebenheiten des Patienten erinnern
Vermitteln, dass Nöte und Anliegen des Patienten beim Therapeuten gut aufgehoben sind	Patienten das Gefühl geben, er sei einer von vielen
Verständnis und Wertschätzung ausdrücken	Kritisieren und abwerten
Nonverbal Zuwendung und Nähe ausdrücken: zugewandte Sitzhaltung, Arme nicht verschränken, Blickkontakt, Kopfnicken, lächeln	Nonverbal Distanz vermitteln: in Sessel versinken, sich zurücklehnen, Arme verschränken, wenig Blickkontakt, kaum Kopfnicken, kaum lächeln
Aktiv zuhören	Nicht richtig zuhören, abgelenkt und ungeduldig sein
Selbstoffenbarung	Auf persönliche Fragen des Patienten abwehrend reagieren

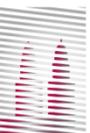


Wirkfaktoren nach Grawe

Ressourcenaktivierung
Problemaktivierung
Motivationale Klärung
Problembewältigung



Therapeutische Veränderung



Rollenstrukturierung : Merkmale der Therapeutenrolle

- Therapeut als **professioneller Helfer**
- Hilfe zur **Selbsthilfe**
- Realisierung therapeutischer Basisvariablen (nach Rogers: **Echtheit, Transparenz und Empathie**)
- **Objektivität, Neutralität und Toleranz**
- Maximale **Transparenz** des Vorgehens
- Asymmetrische, problem- und zielbezogene, zeitlich begrenzte Interaktion; **Ablegen alltäglicher Kommunikationsmuster**
- Übernahme von **Verantwortung** für den technisch-fachlichen **Ablauf des Veränderungsprozesses**, nicht den inhaltlichen!
- **Kontrollieren eigener Motive** und Interessen
- Kontinuierliche Bereitschaft zum Formulieren und Überprüfen von diagnostisch-therapeutischen **Hypothesen**
- Arbeit im Rahmen berufsständischer, rechtlicher und **ethischer** Vorgaben



Rollenstrukturierung :

Merkmale der Patientenrolle

- Einhalten gewisser „**Spielregeln**“ der Therapie (z.B. Offenheit, aktive Mitarbeit in und zwischen Sitzungen, Vereinbarungen einhalten, Verantwortung übernehmen)
- **Kooperation** mit dem Therapeuten
- Akzeptieren des **Arbeitscharakters** einer therapeutischen Beziehung (neutrale, einseitige, nicht-intime, problem- und zielbezogene, zeitlich begrenzte Interaktion)
- Bereitschaft, den therapeutischen Aktivitäten für eine gewisse Zeit hohe **Priorität** im Leben einzuräumen
- Bereitschaft, sich auf **Veränderungen** der eigenen Lebenssituation einzulassen
- **Überprüfen** der Effektivität eigenen Handelns an der Realität (Evaluation eigener Hypothesen)
- **Recht auf „Widerstand“** (sich nicht ändern wollen, „nein“ sagen, Behandlung abbrechen, u.ä.)



Generelle Ziele des Erstgesprächs

- Konkreten **Anlass** der Konsultation
- Konkrete **Problembeschreibung**
- Erste **Hypothesen** bezüglich eines Problemverständnisses entwickeln
- **Ressourcen** des Patienten, der Bezugspersonen erfassen
- **Rolle der Bezugspersonen erfassen**, klären in welchem Settings gearbeitet werden soll
- Hypothesen über eine mögliche **Funktionalität** der Problematik entwickeln
- Erarbeitung eines **Erklärungsmodells** für die Symptomatik des Patienten
- Klärung der **Erwartungen** an die Behandlung
- **Indikationsstellung**
- **Information** über die therapeutische Arbeit
- Ein **transparentes und plausibles**, auf die Ressourcen und die Problematik des **Patienten** zugeschnittenes **Therapieangebot** machen.



Störungsspezifische Exploration

1. Störung explorieren

2. Aktuelle Auslöser

Warum hat der Patient zu diesem Zeitpunkt, in einem bestimmten Lebenszusammenhang ein bestimmtes Problem?

3. Verlauf der Störung

Wann und wie hat er das Problem in seiner Lebensgeschichte **entwickelt**?

Wie und warum hat sich das Problem in der Biographie bis heute **verändert**?



Explorationstechnik im EG

Fragetechnik

- Hypothesengeleitet
- **Strukturiert, halb standardisiert**: Zuerst freier Bericht, dann gezielte, strukturierende Fragen
- **Offene Fragen** hilfreich bei freien Antworten, regen zu freien ausführlicheren Antworten an
- **Geschlossene Fragen** zur Verfeinerung der Antwort
- Fragen mit **Alternativ-Antworten**, wenn eine Frage Mühe bereitet. Kann nützlich sein als Hilfestellung und um Hemmungen abzubauen
- **Situative Fragen** (Was genau veranlasste Sie zu dieser Handlung?) hilfreicher als allgemeine Fragen (Wie ging es Ihnen?)
- **Suggestivfragen** vermeiden

Steuerung

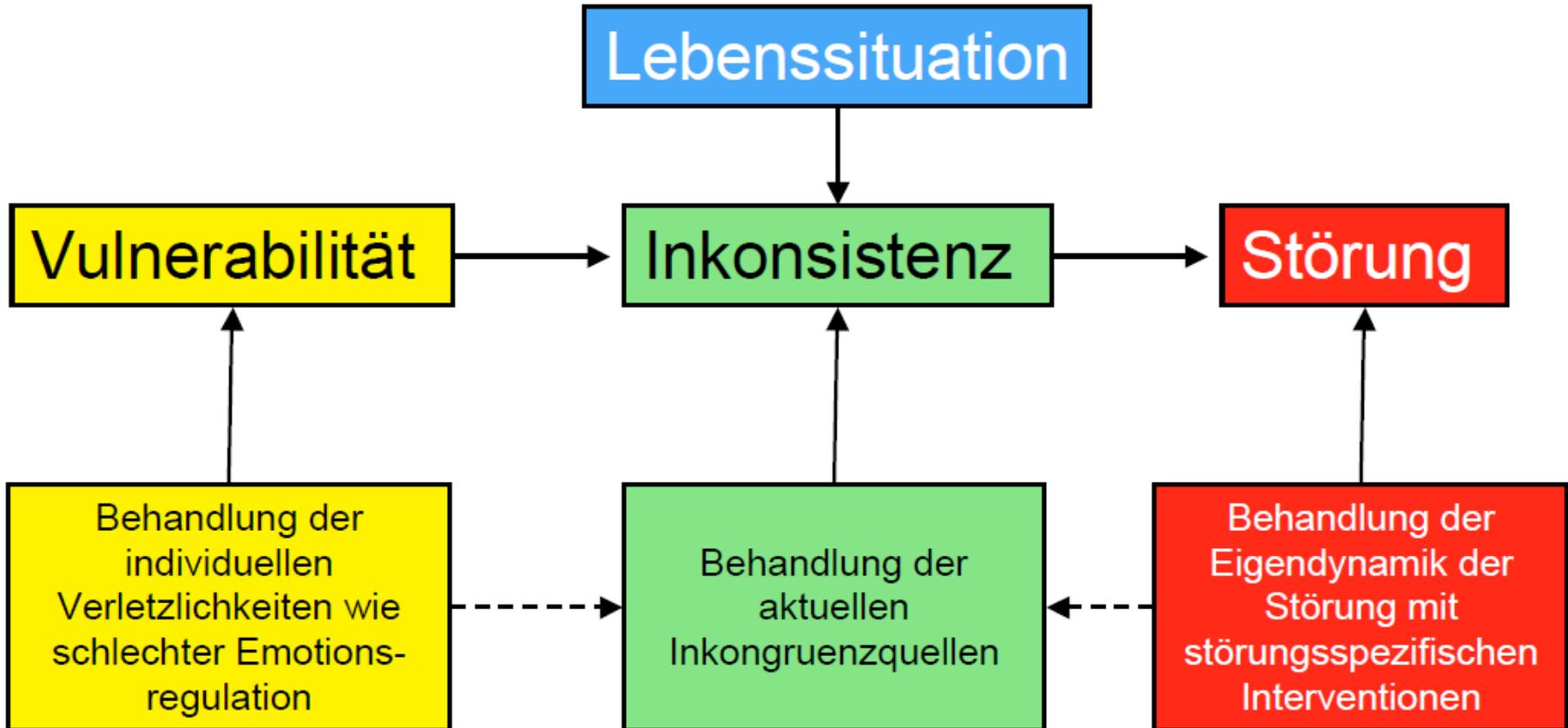
- Fragekomplexe einleiten und Einverständnis holen
- Ich habe den Eindruck... Ich würde gerne später näher darauf eingehen... Jetzt...

Kanäle

- **Verbal**; **Nonverbal** (zugewandt, offen); **Szenische**; Welche **Gefühle** benennt Pat.? **Was löst** er für Gefühle bei mir **aus**?

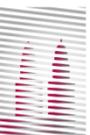


Vulnerabilitäts-Stress-Modell



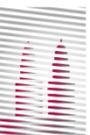
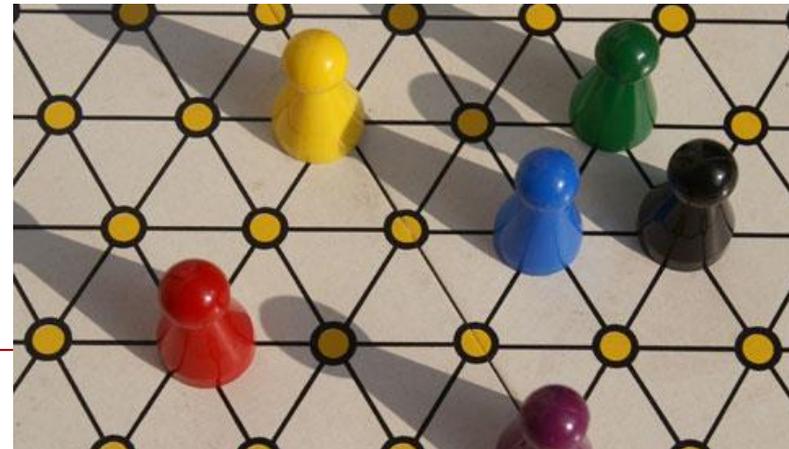
Ressourcen, biographischer und aktueller Hintergrund

- Identifizieren von Ressourcen, Potentialen, Fähigkeiten
- Patient nicht auf seine Störung/Probleme reduzieren, sondern in seiner Einzigartigkeit verstehen
- Erfassung des **Hintergrundes**, auf welchem sich die Probleme des Patienten **entwickelt** haben
- Erfassung früherer (psychischer) Verletzungen
- Material für die **Generierung von Hypothesen** bzgl. Motiven, Annäherungs- und Vermeidungszielen, Copingstilen, wiederkehrenden Beziehungsmustern, generationenübergreifenden **Aufträgen**, **Funktionalitäten**



Mögliche anamnestiche Fragen

- Wo aufgewachsen
- Beruf Eltern
- Wie würden Sie Vater/Mutter charakterisieren
- Beziehung zu den Eltern
- Atmosphäre zuhause
- Beziehung zu Geschwistern; Nähe-Distanz
- Schule, Beziehungen, Freunde
- Lebensereignisse



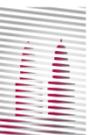
12. Vereinbarungen

- **Wie geht es weiter?**
 - **Zusätzliche Abklärungen?** Psychodiagnostik?
 - Medikation?
 - **Institution, Setting** (ambulant – stationär, Einzel-Paar, Gruppe)? Einbezug anderer Bezugsgruppen?
 - **Information** über Schweigepflicht, Absagen, Kostenfrage über Rechte und Pflichten des Patienten?
- *Informierte Patienten sind für Abklärung und Therapie besser motiviert*



Prognose

- Wichtigstes prognostisches Prozessmerkmal: Wie der Patienten auf das therapeutische Beziehungsangebot anspricht.
- Substantielle Prognosen nur auf der Grundlage von Merkmalen, die in der therapeutischen Situation selbst erhoben werden (Reaktion des Patienten auf den Therapieprozess). Darum Bedeutung der laufenden Qualitätssicherung.
- Rückmeldung kann sich an **harten Fakten** orientieren, kann aber auch **vom Patiententyp abhängig** gemacht werden.
- Generell: Qualität und Schweregrad der Störung, Grad der genetischen Disposition, Störung der Persönlichkeitsfunktion, Störungsbeginn und –verlauf, Vergangene Behandlungsgeschichte, Externe Anreize, Barrieren, Ressourcen, Resilienzfaktoren



Rückmeldung

- Diagnose
- Problemverständnis:
Entstehungsbedingungen
- Behandlungsplan
- Weiteres Vorgehen



Diagnostische Methoden

Informationsgewinnung

- Exploration (diagnostisches Gespräch)
- Beobachtung
- Genogramm
- Fragebogen (erst am Ende des EG)
- Fremdeinschätzung
- Strukturiertes Interview (SKID)
- Einsatz von Anamnese-Leitfäden
- Protokolle
- Rollenspiel
- Tests



ABC Struktur der Therapiesitzung

A) Abholen, Absprechen

Befinden

(„Wie geht es? Was bringen Sie mit?“)

Absprache der Tagesordnung

B) Bearbeiten

Klärung

Bewältigung

Psychoedukation

C) Check-up, Transfer

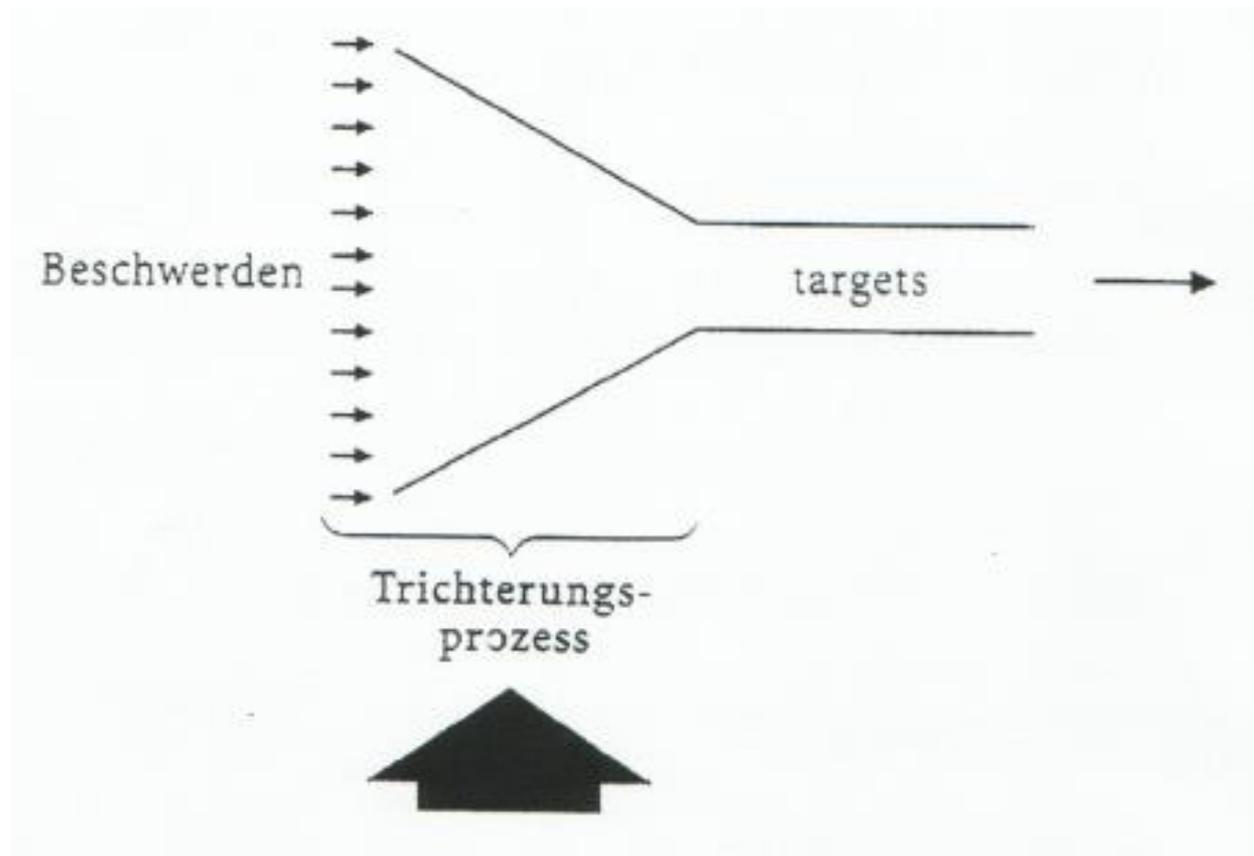
Zusammenfassung

Hausaufgaben



INDIKATION

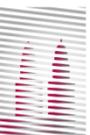
Von den Beschwerden zu therapeutischen Ansatzpunkten



Indikation: Wenn-dann-Handlungsregeln

Selektive Indikation

- Geeignete Therapieverfahren sind für bestimmte Patienten oder geeignete Patienten für bestimmte Therapieverfahren geeignet (Selektion)
- Selektive Indikationsregel: **Wenn** = Störung oder andere Patientenmerkmale (Ressourcen, motivationale Konstellationen, reale Beziehungen); **Dann** = Therapiemethode oder Aspekte des therapeutischen Vorgehens
 - z.B. „Wenn Dein Pat. eine Panikstörung hat, dann behandle ihn nach dem Manual von Schneider und Margraf.“
 - Vor der Therapie: Welches Verfahren soll gewählt werden



Indikation: Wenn-dann-Handlungsregeln

Adaptive Indikation

- Anpassung des therapeutischen Vorgehens an den jeweiligen Einzelfall
- Adaptive Indikationsregel (**Wie**-Bedingungen): Empirisch fundierte Regeln, wie die Feinsteuerung der therapeutischen Intervention erfolgen soll; aus Fallkonzeption ableiten
 - z.B., *Wenn Du einen Pat. einer schmerzhaften **Problemaktualisierung** aussetzen willst, achte betont darauf, dass du gleichzeitig **Ressourcen** des Pat. aktivierst. Wenn Dir das nicht gelingt, unterlass die Problemaktualisierung.*
 - z.B. **Direktiv ist bei abhängiger** Persönlichkeitsstruktur, **nichtdirektiv bei einem hohen Autonomiebedürfnis** des Pat. geeignet
 - z.B. **Verhaltensorientierte** Vorgehensweisen sind bei einem **verhaltensorientierten** Verarbeitungsmodus des Pat. indiziert, **erlebnisorientierte Vorgehensweisen** für Pat. mit einem **erlebnisorientierten Verarbeitungsmodus**
 - **Während** der Therapie: Anpassung des gewählten Vorgehens an den Einzelfall, die konkreten, aktuellen Bedingungen des Patienten



Therapieverlauf

- **Erwartungen** an die Therapie korrelieren **positiv** mit dem Therapieerfolg (sehr geringe, überhöhte, unrealistische bei ungünstigen Verlauf)
- Von 50 Studien wiesen 70% einen Zusammenhang zwischen **Mitarbeit** d. Patienten und Therapieerfolg nach (Orlinsky, Grawe und Parks, 1994)
- Ein Grossteil der Pat. erreicht in einer frühen Therapiephase eine Verbesserung (Grawe in Lutz et al., 2004)
 - 53% zeigten nach der 8. Sitzung, 74% nach der 26. Sitzung eine Verbesserung
 - 50% der Pat. mit einer **depressiven Störung oder Angststörung** sprachen nach 8 bis 13 Sitzungen positiv auf Psychotherapie an
 - Bei einer **schweren psych. Störung** (wie Borderline) erst nach 26 bis 52 Sitzungen



EG verschiedene Störungsbilder

- **Soziale Phobie**
 - Häufig starke Unsicherheit; Problemaktivierung (Schamgefühle) in Beziehungen; dies richtig deuten. Nonverbale, paraverbale Beziehungsgestaltung dem Pat. anpassen.
- **Abhängigkeitsstörungen**
 - Beziehungsaufbau; Förderung von Krankheitseinsicht und Motivation. Konsummengen, Situationen genau erheben. Autonomie
- **Somatoform**
 - Beschwerden ernst nehmen; Realistische Erwartungen
- **Psychotische Störungen**
 - Beziehungsaufbau; Vorsicht Erleben des Pat. versus Realität
- **Essstörungen**
 - Autonomie; Ambivalente Motivation
- **Zwang**
 - Kenntnis der Zwangswelt, sich hineindenken; Verständnis für Scham, Kontrolle



Nebenwirkungen von Psychotherapie: Klassifikation der Misserfolge

Mißerfolg:	Stadium der Vorinformation	Stadium der probatorischen Sitzungen	Beginn der Therapie	Ende der Therapie	Katamnese/ Follow-Up-Zeitraum
Zeitpunkt:					
Art:	Mangelnder Zugang	Ablehnen	Abbrechen	Nichtreagieren	Rückfall
Häufigkeit:	?	10-25%	bis zu 30%	20-50%	?

Abbrüche an der Psychotherapiepraxisstelle in Bern

Kategorien der **Therapieabbrüche**

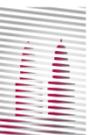
(Zeitraum 1981 – 2006, total ca. 1500 Therapien, 270 Abbrüche = 18 %)

- 11.5% während des Erstgesprächs
- 19.3% während des Abklärungsprozesses
- 35.2% in den Sitzungen 1 bis 5
- 33.3% ab Sitzung 6
- 0.7% bedingt durch äussere Umstände

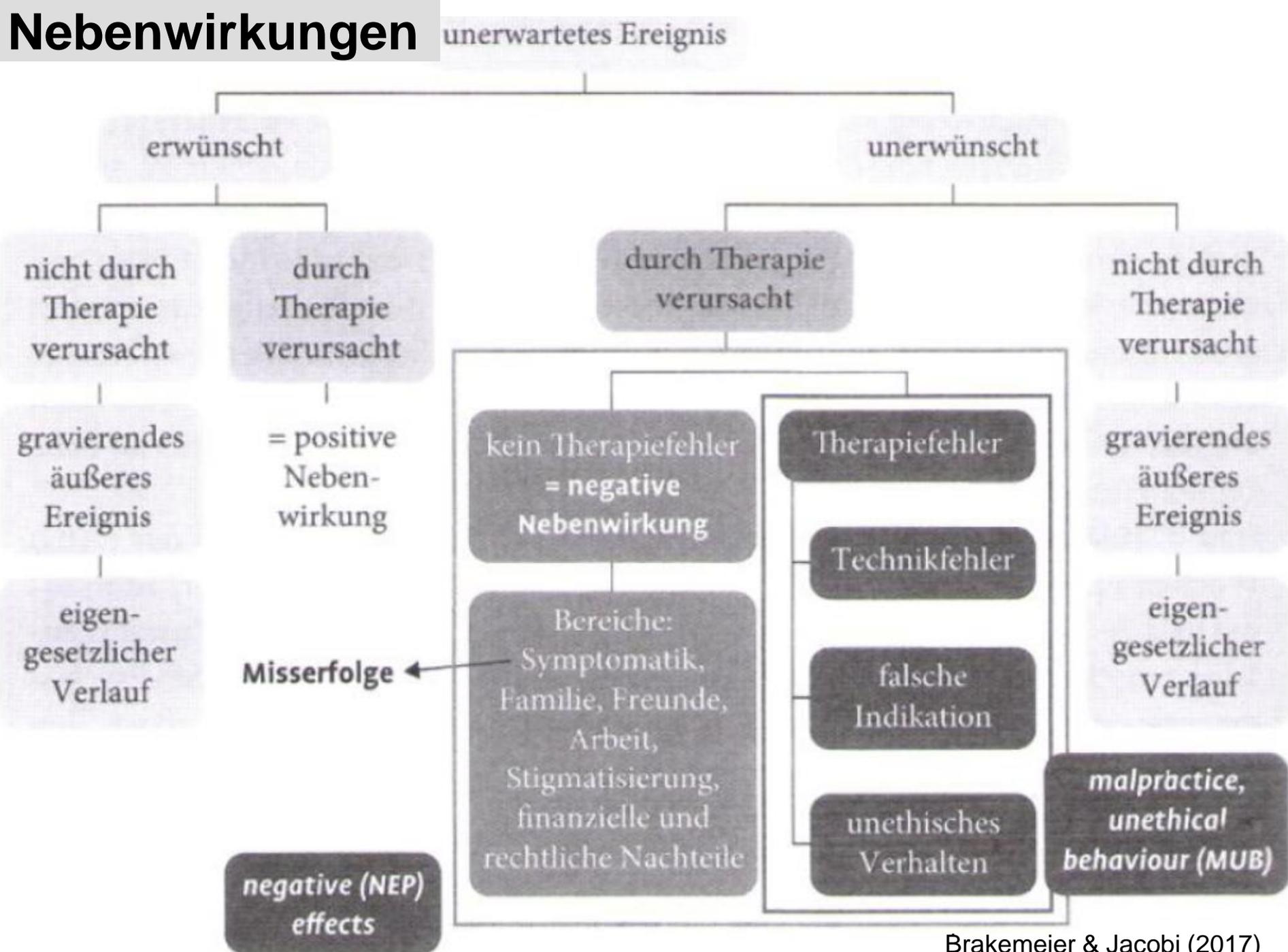


Therapiewechsler

- **30-45%** die in einer psychotherapeutischen Behandlung sind, haben eine oder mehrere psychotherapeutische **Vorbehandlungen** in ihrer Anamnese
- Viele haben mit der neuen Behandlung nicht nur den Behandler, sondern auch das **Verfahren** gewechselt
- **Mehr als die Hälfte** der Patienten scheitert beim 1. Therapieversuch
- **Gründe** für einen Wechsel des therapeutischen Verfahrens
 - 1. Erfolglosigkeit
 - 2. Person des Therapeuten, resp. die therapeutische Beziehung
 - 3. Das therapeutische Behandlungsmodell (z.B. die vorgeschlagenen Übungen)
 - 4. Krankheitsmodell des Therapeuten

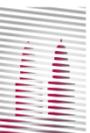


Nebenwirkungen



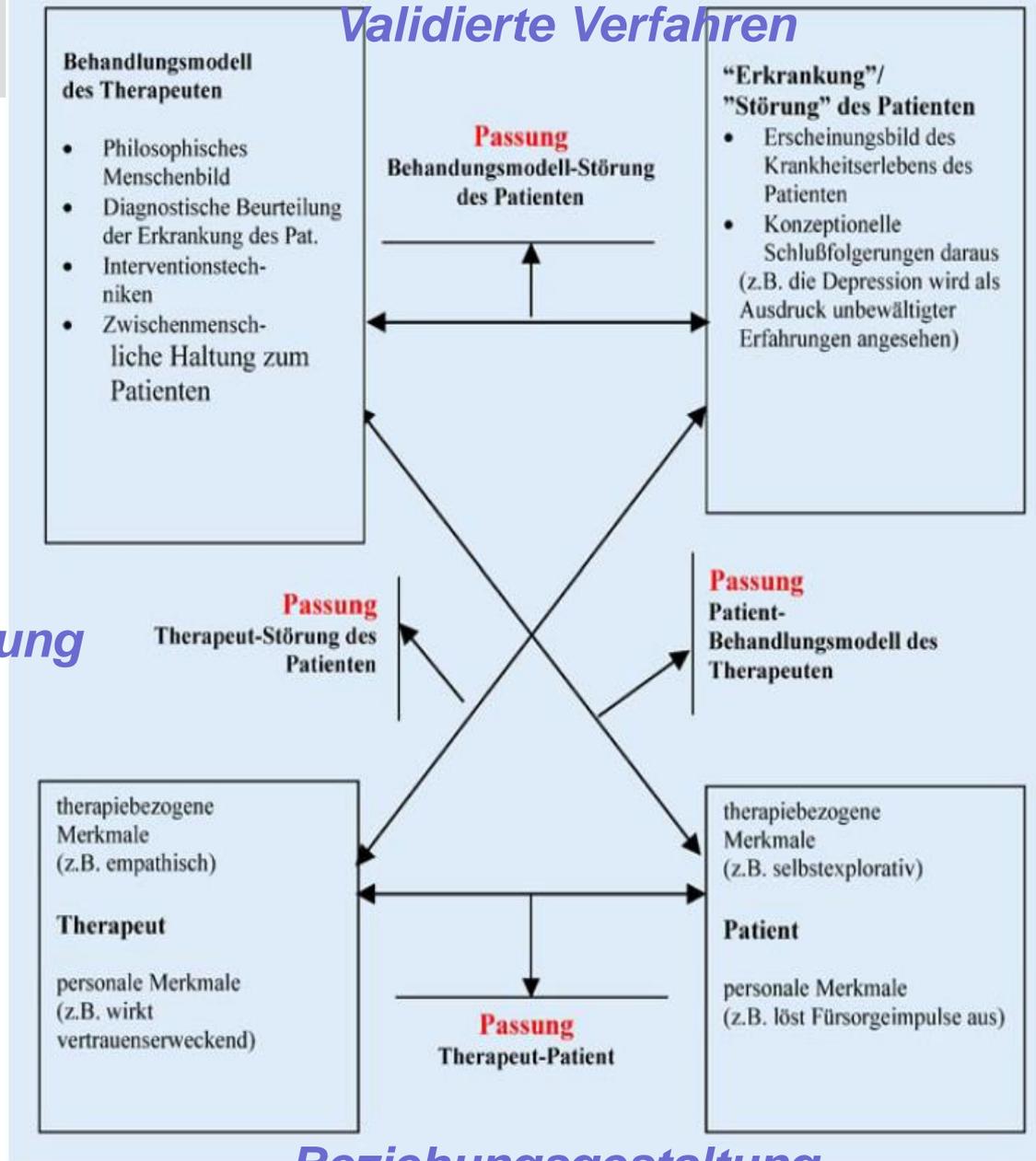
Nebenwirkungen Psychotherapie: Vorbeugende Massnahmen

- Patienten **aufklärung** über die geplante Behandlung (über Nebenwirkungen)
- Korrekte **Indikationsstellung**
- Wechsel des **Settings**, z.B. Einbezug des Partners
- Reflexion der Behandlung**stechnik** →
allenfalls Wechsel der Therapiemethode →
allenfalls Weiterverweisung
- Ausbildung/ Fortbildung



Passung

Validierte Verfahren



Selbsterfahrung

Allgemeine Psy.therapie

Beziehungsgestaltung

Behandlungserwartungen von Patienten

1. *Interpersonelle Behandlungserwartung*

Mehr Durchsetzungsfähigkeit, Selbstvertrauen gewinnen; die Situation im Beruf verändern; die familiäre Situation, Schwierigkeiten mit dem Partner verbessern; von Verpflichtungen entlasten

2. *Einsichtsorientierte Behandlungserwartung*

Den Zusammenhang zwischen seelischen Problemen und meinen Beschwerden entdecken; in Gesprächen meine Schwierigkeiten, Zusammenhänge klären

3. *Passive Behandlungserwartung*

Kur; Hypnose; Ruhe und Schonung; ein straffer Behandlungsplan

4. *Somatische Behandlungserwartung*

Beratung über gesündere Lebensführung; die eigentlichen körperlichen Ursachen herausfinden; Medikamente; Naturheilmittel



Schwierige Patiententypen

Kunden

- Beschwerden und Veränderungsmotivation
→ *Beobachtungs- und verhaltensrelevante Aufgaben*

Leidende

- Leiden in vielen Bereichen; nicht konkret, diffus, springen von einem Thema zum nächsten; kein konkreter Therapieauftrag
→ *Therapieziele erarbeiten; Entschluss-Förderungs-Interventionen; Ressourcen*

Klagende

- Klagen über Beschwerden, Probleme; sehen sich als Opfer, externalisieren
- Erwarten die Veränderung von anderen
→ *Motivation; Prozess thematisieren; Verhaltensbeobachtung- und Denkaufgaben*

Besucher

- Haben kein therapeutisches Anliegen; sind verschlossen, defensiv; nicht aus eigener Initiative da
- Keine klaren Beschwerden, kein Veränderungsauftrag
→ *bisherige Lösungen positiv bewerten; Komplimente machen; keine Therapie anbieten.*



Gefahren beim Beziehungsstil des Therapeuten

Therapeuten mit dominanterem persönlichem Beziehungsstil

- nahmen Pat. als dominanter, streitsüchtiger, aufdringlicher und weniger freundlich wahr als weniger dominante Therapeuten (Stucki, 2004)

Therapeuten mit starkem Bedürfnis andere zu **umsorgen**

- hatten häufiger die Bindung betreffende Kognitionen und auf Nähe ausgerichtetes Beziehungsverhalten (Hayes, 1998)

Therapeuten mit **unsicherem Bindungsstil** und Wunsch nach **Nähe**

- schrieben Patienten auch ein ausgeprägteres Bindungsbedürfnis zu (Dozier et al., 1994)

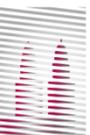
→ *Therapeuten mit **unsicherem Bindungsstil** scheinen gut Nähe herstellen zu können, haben aber Schwierigkeiten mit Patienten, denen Distanz wichtig ist.*

→ *Therapeuten mit **sicherem Bindungsstil** scheinen die Bindungsbedürfnisse ihrer Patienten variabler zu befriedigen.*

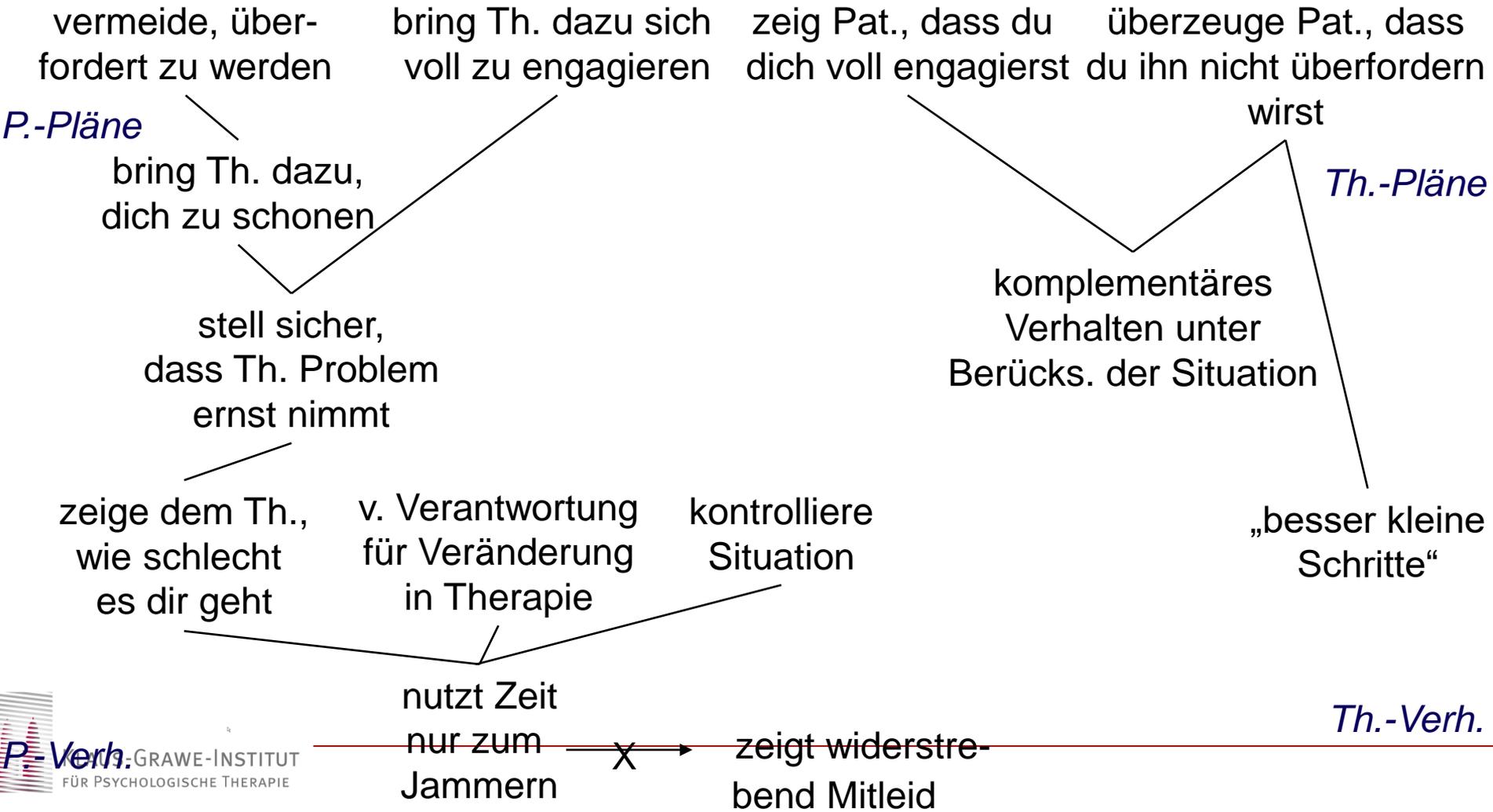


Therapiebeziehung: Korrektive Erfahrungen

- **Unterschiede** zwischen Therapeuten scheinen eher auf das von den Therapeuten gezeigte **Beziehungsverhalten** (interpersonelle Kompetenzen) und weniger auf berufliche Erfahrung, technische Fähigkeiten oder die theoretische Orientierung zurückzugehen.
- Therapeut sollte **korrektive Beziehungserfahrung** ermöglichen
- Sich **komplementär zu übergeordneten Zielen** des Patienten verhalten, nicht komplementär zum Problemverhalten
→ komplementäre Beziehungsgestaltung
- Patient kann auch problematische „Übertragungseigenschaften“ des Therapeuten aktivieren („Gegenübertragung“)
→ „**Blinde Flecken**“ beim Therapeuten **minimieren**



Bsp. Komplementäre Beziehungsgestaltung



«Schwierige» Patienten im EG: Zweifel des Patienten am Behandler

- **Zweifel sind in Ordnung**, der Klient darf zweifeln, die bestmögliche Behandlung wünschen
- Zweifel des Klienten **validieren** und den **Aspekt positiver Selbstfürsorge** dahinter herausarbeiten
- **Zweifel klären**
 - „*Ich bin froh, dass Sie Ihre Bedenken äussern, denn dann können wir darüber reden und prüfen, ob sie zutreffend sind oder nicht. Welche konkreten Nachteile befürchten Sie? Wieviel **Lebenserfahrung** müsste ich haben?*“
- Information über **wissenschaftliche Ergebnisse** der VT
 - **Keine signifikanten Unterschiede** zwischen erfahrenen und weniger erfahrenen Therapeuten beim Therapieerfolg (Smith und Glass, 1977)
 - „*Ich bin in Ausbildung am Klaus-Grawe-Institut, auf dem neuesten Stand der wissenschaftlichen Forschung.*“



Therapeutische Vorprägung

- Nicht persönlich nehmen
- Die früheren therapeutischen Erfolge würdigen
 - „Es ist schön, dass Sie profitiert haben. Wie können wir am bereits Erreichten anknüpfen?“
- Das eigenen Modell nicht als Konkurrenz, sondern als Alternative anbieten
 - Z.B. „Ich sage nicht, dass meine therapeutische Herangehensweise besser ist, sie ist anders, einen Versuch wert.“



Persönliche Fragen von Patienten

- Therapeutische Beziehung ist asymmetrisch
- **Klärung der eigenen Grenzen**: Wägen Sie ab, ob Sie persönliche Informationen geben möchten oder nicht!
 - „*Bedenkenlose*“ *Selbstoffenbarung*: *Verheiratet? Kinder? Wohin im Urlaub?*
 - *Selbstoffenbarung eigener Schwächen*: *«Ich muss mir auch Zettel machen.»*
 - *Bei Fragen nach dem Alter Altersunterschiede positiv konnotieren.*
 - *Vermeiden zu tief in die Privatsphäre*

Tendenziell **günstige Effekte von Selbstoffenbarung** (Sexton und Whiston, 1994)
Bewusster Umgang mit **Selbstoffenbarung, wenn es Klient dienlich ist!**

- **Nicht beantworten**, (Th. hat Vorbildfunktion beim Wahren eigener Grenzen), **freundliches** Vertreten der eigenen Grenzen
- Wenn man keine Infos gibt, dies wenn möglich **begründen**
 - „*Es tut mir leid, aber die Frage ist mir zu persönlich, aber vermutlich stellen Sie sie aus gutem Grund, weil es mit unsere Arbeit hier zu tun hat.*“
- Raum für **Bearbeitung von Zurückweisungsgefühlen** bieten
 - „*Mir ist es jetzt viel klarer, warum Sie das gefragt haben. Aber ich vermute, dass es für Sie ziemlich unangenehm war... Wie war das für Sie?*“
 - *Pat.* „*Sind Sie verheiratet?*“ – *Th.* „*Ja.*“ – *Th.* „*Fragen Sie mit einem bestimmten Interesse? Was genau bedeutet meine Antwort für Sie?*“



Abwertendes und überkritisches Verhalten

- Nehmen Sie Ihre Emotionen wahr, aber reagieren Sie **nicht emotional!**
- In Massen innere Distanz herstellen (betrifft meine **Rolle**, nicht meine Person)
- **Klärung**: Versuchen Sie das abwertende Verhalten besser zu verstehen
 - Z.B. „Sie haben sich gerade in Punkt X sehr kritisch über mich geäußert. Wie soll ich das verstehen?“
- **Prüfen** Sie, ob die Kritik (teilweise) berechtigt ist, dann Vorgehen anpassen oder hat es mehr mit der Persönlichkeit des Pat. zu tun
- Äussern Sie **Ihre Wahrnehmung**, erklären Sie Ihre Sichtweise
- Fragen Sie Pat., ob er dies nachvollziehen kann
 - Verdeutlichen Sie die **negative Konsequenzen** des Verhalten **beim Gegenüber**
- Leiten Sie Massnahmen ab
 - Erarbeiten Sie **Alternativen** zum abwertenden Verhalten. („Ich kann mit Ihnen nicht arbeiten, wenn Sie sich mir gegenüber weiterhin ... verhalten. Wie verändern?“)
- Evtl. auf **Metaebene** Kosten/Nutzen des abwertendes Verhalten herausarbeiten
- Evtl. Herausarbeiten, ob dieses Verhalten ein **typisches Muster** des Patienten ist
- Evtl. Metapher von **abwertenden Persönlichkeitsanteilen**
- Evtl. Training sozialer Kompetenz



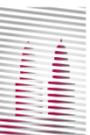
Zufällige Begegnungen mit Klienten im privaten Kontext

- Unaufdringlich die Möglichkeit zur Kontaktaufnahme anbieten
- Beobachten, **wie der Klient** die Situation **gestalten** möchte
- Freundliche und **kurze** Begrüssung, wenn diese vom Klienten gewünscht zu sein scheint
 - „Hallo, sind Sie auch hier... Ich muss noch weiter...“
- **Ansprechen** der Situation in der **nächsten Sitzung**



Persönliche Einladungen von Patienten

- Grosse Wertschätzung konnotieren, aber Einladung freundlich, rücksichtsvoll und klar **ablehnen**. Beruflich-professioneller Kontext wird nie verlassen.
- Verantwortung übernehmen: eigene **Gründe beschreiben**, aber keine Diskussion darüber beginnen
 - „*Es freut mich, dass Sie mich dabei haben möchten, aber ich möchte dieses Angebot trotzdem nicht annehmen. Ich möchte ihnen das erklären, ich nehme solche Einladungen grundsätzlich nicht an, weil...*“
 - «*In der Therapie geht es häufig um sehr Persönliches. Wenn ich nach Hause gehe, möchte ich Arbeit zurücklassen können, das geht nur, wenn ich Beruf und Privates trenne.*»
- Für sich klären: War ich unprofessionell? Ist es an meine professionelle Rolle oder wirklich an mich gerichtet?
- Die **Motive des Pat. klären**
 - „*Was genau versprechen Sie sich von...*“
 - „*Was ist bei uns passiert, dass sich bei Ihnen ein Beziehungswunsch in diese Richtung entwickelt hat?*“
- **Negativen Gefühlen Raum geben**
 - „*Ich kann mir gut vorstellen, dass es Sie kränkt, dass ich diese Einladung nicht annehme. Wie geht es Ihnen damit?*“
- **Welcher konkrete Veränderungswunsch** steht hinter der Einladung. Kann man ihn verwirklichen ohne die Beziehung zu gefährden?
 - z.B. „*Du*“ = mehr Nähe. „*Wie können wir das sonst erreichen?*“



Patient ist verliebt

- **Löschen** Sie flirtendes Verhalten
- **Grenzen Sie sich klar ab**, sagen sie nein
- **Erläutern** Sie ihr Verhalten, falls nötig
 - Nehmen Sie dabei Bezug auf die Grundregeln von Psychotherapie
 - Benennen Sie Ziele und Fokus der Psychotherapie
- Falls Weiterführung unmöglich, **Beendigung** der Therapie

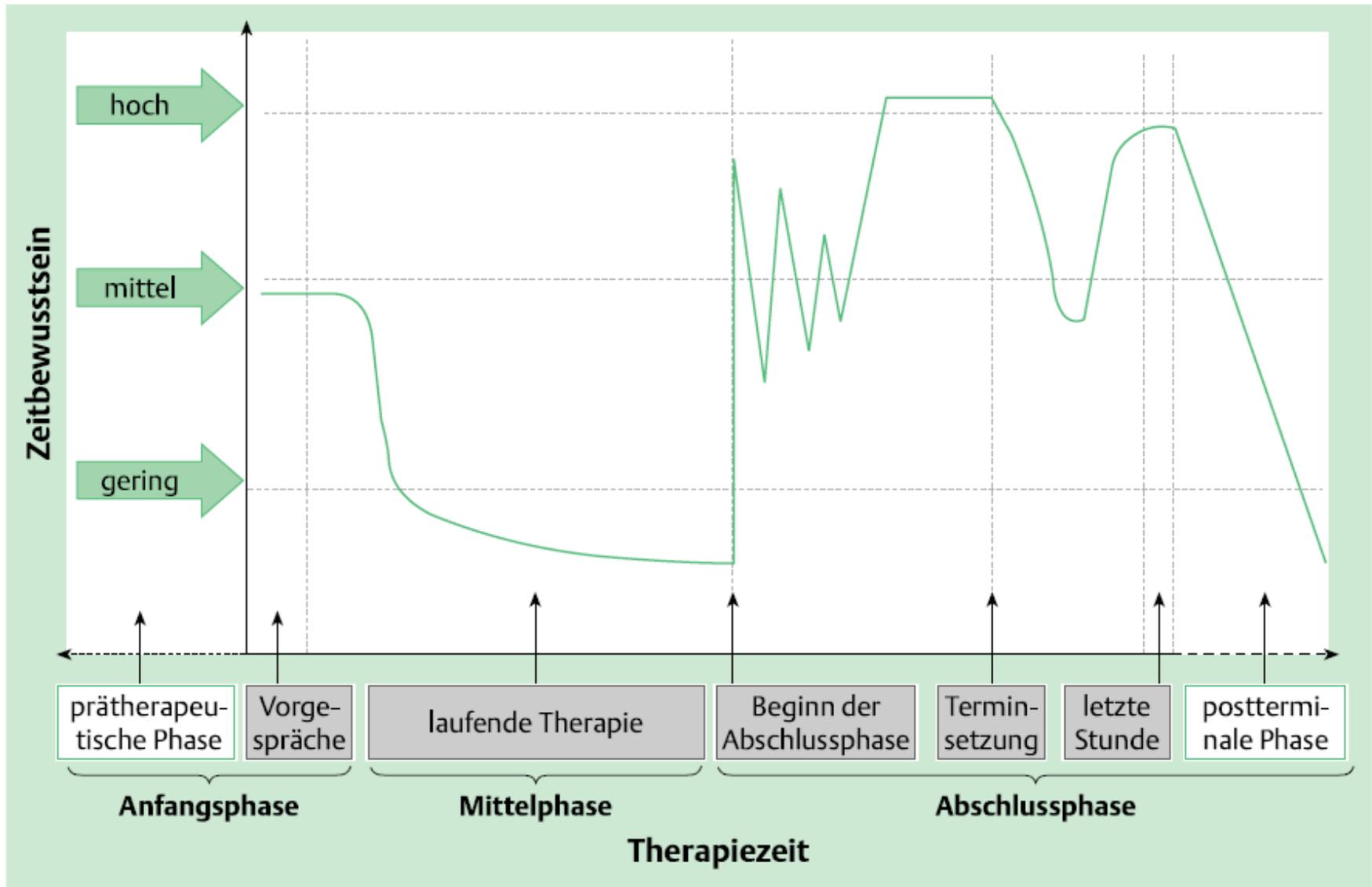


Patient redet fast ununterbrochen, klagt

- **Validieren** Sie das Klagen. Erst ungehindert sprechen lassen, dann höfliche Unterbrechungsversuche
- Problematisches Verhalten **konkret benennen**
 - Z.B. „*Sie klagen seit vielen Sitzungen fast ununterbrochen über....*“
 - «*Darf ich Sie unterbrechen?*»
- **Verstehen**, weshalb der Patient so viel redet, klagt
 - *Klärung: Weshalb ist es Ihnen wichtig es mir genau zu erzählen?*
- Handlungsspielräume und Wahlalternativen aufzeigen
 - Z.B. „*Ich kann sehr gut verstehen, dass Sie...beklagen. Möchten Sie gucken, wie die Situation **verändert** werden kann?*“
 - Z.B. **zu Anfang** der Stunde „**klagen**“ lassen
 - Zeichen geben; 3-Satz-Regel



Ende der Therapie: Zeitbewusstseins im Verlauf der Therapie



Abschlussphase der Therapie

- Behandlungsende **frühzeitig thematisieren**
- Regelmässig bilanzieren
- Negative **Gefühle** des Klienten ausdrücklich **zulassen** und validieren
 - „**Zuspitzungen**“ zu Ende sind nicht untypisch
 - **Problemaktivierung**: durch das Therapieende können negative Emotionen aktiviert werden, welche bearbeitet werden sollten
- Eigene Gefühle ausdrücken, aber klar bleiben



Letzte Sitzung

- **Zusammenfassung:** Was haben Sie erreicht, gelernt in der Therapie? Was hat sich verändert?
 - Besprechung **GAS, Fragebogen**
 - Welche **Strategien** waren hilfreich
- Was ist noch offen?
 - An welchen **Themen** möchte ich weiter arbeiten
 - Ziele für die **Zukunft**
- Umgang mit kritischen Situationen
 - Liste der persönlichen **Frühwarnsignale**, Risikofaktoren
 - **Massnahmen im Falle einer Verschlimmerung/ Rückfallprophylaxe**
- Feedback an Therapeut

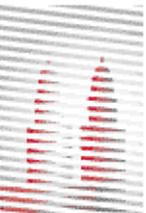


Vielen Dank für Eure Aufmerksamkeit und viel Erfolg!

Lic. phil. Uta Liechti Braune
Fachpsychologin für Psychotherapie und Supervisorin
FSP/SGVT

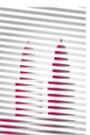
uta.liechti@bluewin.ch; 078 950 84 30

Psychotherapie,
Selbsterfahrung, Supervision, Blocksupervision,
Gruppentrainings



Literatur I

- Brakemeier, E.-L. & Jacobi, F.(2018). Verhaltenstherapie in der Praxis. Weinheim: Beltz
- **Eckert, J., Barnow, S., Richter, R. (2010). Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie. Bern: Huber.**
- Eckert, J., Frohburg, I. & Kriz, J. (2004). Therapiewechsler, Differenzielle Therapieindikation durch den Pateinten? Psychotherapeut, 49(6): 415-426.
- Faller, H. (1998). Behandlungserwartungen bei Pateinten einer psychotherapeutischen Ambulanz. Psychotherapeut, 43(1): 8-17.
- Fehm, L., Helbig, S. (2008). Hausaufgaben in der Psychotherapie, Strategien und Materialien für die Praxis. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K.(1999). Gründe und Vorschläge für einen Allgemeine Psychotherapie. Psychotherapeut, 44(6): 350-359.
- Hoffmann, S.O., Rudolf, G. & Strauss, B. (2008), Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie, Einen Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. Psychotherapeut, 53(1): 4-16.
- Jacob, G., Lieb, K., Berger, M. (2009). Schwierige Gesprächssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie. München: Urban & Fischer.
- **Kanfer, F.H., Reinecker, H., Schmelzer, D. (2012, 5. Auflage). Selbstmanagement-Therapie. Berlin Heidelberg: Springer.**
- Lehmann, R. (2006). Vortrag im Doktorandenkolloquium. Unveröffentlicht.
- **Linden, M. & Strauss, B. Hrsg. (2013). Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.**



Literatur II

- Lutz, W., Kosfelder, H., Joormann, J. Hrsg. (2004). Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Bern: Huber.
- Margraf, J. (Auflage 2012). Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 1-4. / Darin Bader, K. Das Erstgespräch in der Verhaltenstherapie. / Darin Frank, M. & Frank, B. Das Erstgespräch in der Verhaltenstherapie. / Darin Margraf, J. Therapieindikation. / Darin Fischer-Klepsch, M., Münchau, N. & Hand, I. Misserfolge in der Verhaltenstherapie. Berlin Heidelberg: Springer.
- **Noyon, A., Heidenreich, T. (2009). Schwierige Situationen in Therapie und Beratung. 24 Probleme und Lösungsvorschläge. Weinheim: Beltz.**
- Regli, D., Bieber, K., Mathier, F., Grawe, K. (2000). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin, 21 Jg. (4), 399-420.
- Rieber-Hunscha, I. (2007). Wann ist zu Ende therapiert? Psychotherapie im Dialog, 8(2): 108-116.
- Schuler, D. Meyer, P.C. (2006). Die psychische Gesundheit/Krankheit. Die Versorgungslage in der Schweiz. Managed Care, 1, 6-8.
- Schulte, D. (1998, 2. Auflage). Therapieplanung. Göttingen: Hogrefe.
- Stucki, C. & Grawe, K. (2007). Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten. Psychotherapeut, 52(1): 16-23.
- Strauss, B. (2006). Bindungsforschung und psychotherapeutische Beziehung. Psychotherapeut, 51: 5-14.
- Ubben, B. (2010). Planungsleitfaden Verhaltenstherapie. Weinheim: Beltz.

