

Redaktion

M. Cierpka, Heidelberg

Christoph Stucki^{1,2} · Klaus Grawe †

¹ Institut für Klinische Psychologie, Universität, Bern

² Klinik am Zürichberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Zürich

Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung

Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten

Unter Praktikern wurde Psychotherapie schon immer zuerst einmal als interpersonaler Prozess verstanden, bei dem Patienten korrektive Erfahrungen im und durch den Austausch mit einem professionellen Helfer machen sollen. Schätzungen des Gewichtes einzelner Wirkfaktoren im Hinblick auf den Therapieerfolg ergeben, dass der Einfluss von Beziehungsfaktoren dem Einfluss einzelner Techniken überwiegt (Norcross 2002; Wampold 2001). Diese Erkenntnis erstaunt nicht, gilt doch die Therapiebeziehung als empirisch am besten validierter Wirkfaktor in der Psychotherapie überhaupt (Norcross 2002; Lambert 2004).

Allerdings fällt in der empirischen Psychotherapieforschung auf, dass seit Jahren zwar viel über die therapeutische Beziehung geforscht wird. Was aber letztlich eine gute Beziehung zwischen Patient und Therapeut konkret ausmacht, und insbesondere wie sie erreicht werden kann, ist immer noch überraschend wenig klar. Zwar erwähnen praktisch alle Therapierhandbücher die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung für die Umsetzung der spezifischen Techniken; es werden aber kaum Hinweise gemacht, wie eine gute Therapiebeziehung gestaltet wird, oder welche therapeutischen Kompetenzen dazu notwendig sind (Norcross 2002). Im „generic model of psychotherapy“ (Orlinsky et al. 1994, 2004) steht die Therapiebeziehung im Zentrum des Funktionierens von Psychotherapie, als empirisch abgesichert gelten aber so abstrakte Kon-

zepte wie „allgemeine Qualität der Therapiebeziehung“, „Therapeutenkompetenz“, „Patientenkooperation“ oder „Offenheit und Abwehr“.

Auch Patientenmerkmalen (Lambert 2004; Beutler et al. 2004) wurde in den vergangenen 40 Jahren nach der Publikation des Uniformitätsmythos von Kiesler (1966) immer mehr Aufmerksamkeit zuteil. Dem Einfluss des Beziehungsverhaltens der Patienten auf die Beziehungsgestaltung und den Therapieerfolg wurde mittlerweile sowohl in der theoretischen Konzeption wie auch in der empirischen Forschung einige Beachtung geschenkt (Sachse 2001). Therapien mit interaktionell schwierigen Patienten sind in der Regel weniger erfolgreich als Therapien mit interaktionell unauffälligen Patienten (Horowitz et al. 1993; Regli et al. 2000).

Demgegenüber wurde den Therapeutenvariablen deutlich weniger Aufmerksamkeit zuteil. Erst in jüngster Zeit treten der Therapeut und sein Beziehungsverhalten stärker ins Zentrum des Interesses (Wendisch u. Neher 2003; Norcross 2002; Ackerman u. Hilsenroth 2001, 2003; Aveline 2004). Immer wieder hat sich gezeigt, dass es eine beträchtliche Variabilität in den Erfolgsraten von Psychotherapeuten gibt (Lambert 2002; Lambert u. Okiishi 1997). Einige Therapeuten scheinen deutlich erfolgreicher zu arbeiten als andere. Erfolgreiche und weniger erfolgreiche Therapeuten scheinen sich dabei weniger in der Handhabung spezifischer Techniken, sondern in ihrem Be-

ziehungsverhalten – z. B. in der Fähigkeit, auf Patienten warm, empathisch oder echt zu wirken – zu unterscheiden (Najavits u. Strupp 1994). Patienten schreiben erfolgreichen Therapeuten größere interpersonale Kompetenzen zu: Sie nehmen erfolgreiche Therapeuten als verständnisvoller, empathischer und wärmer wahr. Erfolgreiche Therapeuten wirken auf Patienten unterstützender, und Patienten fühlen sich stärker vom Therapeuten akzeptiert (Lambert 2002).

Wie man Therapeuten dazu bringt, erfolgreich zu werden, darüber gibt es nahezu keine empirische Forschung. Dass die bestehenden Ausbildungen Therapeuten zu erfolgreichen Therapeuten machen, bezeichnet Binder (2002) denn auch als Mythos in der Psychotherapie. Er kritisiert, dass in den Ausbildungen zu weitaus größten Teilen rein konzeptionelles Wissen vermittelt wird, kaum aber prozedurales Wissen und Fertigkeiten. Das heißt, es werden Beziehungskonzepte gelehrt, sodass Therapeuten beispielsweise über Beziehungstests sprechen können, aber es werden kaum praktische Fertigkeiten eingeübt oder konkrete Handlungsanweisungen darüber vermittelt, was im unmittelbaren Prozess getan werden muss. Insbesondere unerfahrene Therapeuten sind dann in komplexen Beziehungssituationen überfordert, wenn sie als Therapeut beispielsweise von einem Patienten heftig kritisiert werden. Es fehlen einerseits konkrete Handlungsanweisungen, wie bestimmte Beziehungserfahrungen vermit-

Hier steht eine Anzeige.

 Springer

telt werden können, andererseits wird der Einübung von Beziehungsverhalten in der Regel zu wenig Raum und Zeit gegeben. Hierbei wird nach der Hoffnung gelebt, dass Therapeuten mit zunehmender Erfahrung dann schon lernen, in ihrem Beziehungsverhalten das Richtige zu tun. Im Folgenden sollen deshalb konkrete Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten zur Umsetzung des Berner Konzeptes einer Bedürfnis- und Motivorientierten Beziehungsgestaltung dargestellt werden.

Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung

Menschliches Verhalten ist nicht ziellos, sondern darauf ausgerichtet, grundlegende Bedürfnisse zu befriedigen. Grawe (1998, 2004) nennt in der Darstellung der Konsistenztheorie vier empirisch gut belegte Grundbedürfnisse:

- das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle,
- das Bindungsbedürfnis,
- das Bedürfnis nach Lustgewinn und Unlustvermeidung sowie
- das Bedürfnis nach Selbstwerterhöhung.

Diese Bedürfnisse bestimmen menschliches Verhalten als oberste Sollwerte. Werden von den Zielen abweichende, inkonsistente Wahrnehmungen gemacht, führt dies zu Spannung und zur Ausrichtung der psychischen Aktivität auf konsistenzsichernde Gegenmaßnahmen. Werden positive Wahrnehmungen gemacht, führt dies zu Spannungsreduktion und Wohlbefinden.

In der therapeutischen Beziehung hat der Therapeut die Möglichkeit, dem Patienten bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zu vermitteln. Der Therapeut kann also direkt nicht nur das Bindungsbedürfnis, sondern auch das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle, das Bedürfnis nach positivem Selbstwert sowie das Bedürfnis nach Wohlbefinden und angenehmen Erfahrungen befriedigen. Diese positiven Erfahrungen in der Therapiebeziehung fördern die Motivation und die Bereitschaft des Patienten und stellen damit die Grundlage zur erfolgreichen Problembearbeitung dar. Mit ei-

ner bedürfnisorientierten Beziehungsgestaltung wird also der optimale Kontext für erfolgreiche Lern- und Veränderungseffekte in der Psychotherapie geschaffen.

Wie die übergeordneten Grundbedürfnisse befriedigt werden, kann von Person zu Person verschieden sein und hängt von den individuellen motivationalen Zielen und den zu Verfügung stehenden Mitteln zu deren Umsetzung ab. Um diese zu erkennen bedarf es einer präziseren motivationalen Diagnostik. So kann beispielsweise das motivationale Ziel, anderen helfen zu wollen dazu dienen, das Bindungsbedürfnis zu befriedigen, oder auch den Selbstwert zu erhöhen. Der Therapeut kann sich nun direkt komplementär zum motivationalen Ziel verhalten oder dem Patienten hinsichtlich der übergeordneten Bedürfnisse positive Wahrnehmungen in der Therapie ermöglichen.

Das Konzept der Bedürfnis- und Motivorientierten Beziehungsgestaltung basiert auf der „vertikalen Verhaltensanalyse“ (Grawe 1982; Grawe u. Dziewas 1978), die dann von Caspar zur „Plananalyse“ weiterentwickelt wurde (Caspar 1989) und ein Mittel darstellt, die wichtigsten individuellen Pläne und Motive eines Patienten zu erfassen, um eine maßgeschneiderte Beziehungsgestaltung zu ermöglichen.

Mittlerweile gibt es einige Forschungsarbeiten, die die Wirksamkeit des Konzeptes empirisch stützen (Grawe et al. 1990; Stucki 2004; Caspar et al. 2005). Allerdings scheint die Verwirklichung einer Bedürfnis- und Motivorientierten Beziehungsgestaltung kein einfaches Unterfangen darzustellen. Schwierigkeiten ergeben sich bei interaktionell schwierigen Patienten, die negative Reaktionen und Beziehungsverhalten der Therapeuten provozieren, auch wenn die Therapeuten bezüglich einer differenziellen Beziehungsgestaltung geschult sind (Caspar et al. 2005; Züst 2004). Einschränkungen und Grenzen ergeben sich weiter aufgrund der persönlichen Wahrnehmungs- und Reaktionsbereitschaften von Therapeuten, die die Wahrnehmung der individuellen Patientenmotive verzerren können. Zudem schränkt der persönliche Beziehungsstil der Therapeuten die Flexibilität des Beziehungsverhaltens der Therapeuten ein. Hierbei können sich insbesondere bei ungünstigerem – abweisend-dominantem –

habituellen Beziehungsverhalten der Therapeuten problematische Interaktionen in der Therapie ergeben (Stucki 2004).

Handlungsanweisungen für Therapeuten

Im Folgenden werden Handlungsanweisungen für Therapeuten dargestellt, die es erleichtern sollen, das Konzept einer Bedürfnis- und Motivorientierten Beziehungsgestaltung in der Praxis umzusetzen. Zum einen beinhalten diese Hinweise für die Bedürfnis- und Motivorientierte Diagnostik beim Patienten durch den Therapeuten. Zum anderen sollen bezüglich der vier Grundbedürfnisse ganz konkrete Handlungsanweisungen („do’s“ und „don’ts“) gegeben werden, die jeweils an konkreten Beispielen erläutert werden.

Hinweise für die Bedürfnis- und Motivorientierte Diagnostik

Ziel einer maßgeschneiderten Beziehungsgestaltung ist, dass der Therapeut die wichtigsten motivationalen Strukturen eines Patienten erkennt. Grundsätzlich stehen dem Therapeuten zwei diagnostische Zugänge offen:

- die Befragung des Patienten (oder allenfalls einer Bezugsperson des Patienten) und
- die Erschließung durch den Therapeuten.

Patientenbefragung

Der Patient kann natürlich direkt nach seinen spezifischen Bedürfnissen und Befürchtungen gefragt werden. Diese können vom Therapeuten in der ersten Therapiesitzung direkt angesprochen werden. Folgende Fragen können hilfreich sein: „Was wäre das Schlimmste, was ich als Therapeut tun könnte?“ oder „Was würde Ihnen am meisten helfen, damit Sie sich in der Therapie und in der Beziehung zu mir wohl fühlen?“

Motivationale Ziele können auch mit standardisierten Verfahren zu Beginn der Therapie erhoben werden. Mit dem Fragebogen zur Erfassung motivationaler Schemata (FAMOS, Grosse Holtforth u. Grawe 2002) werden motivationale Ziele auf 23 Skalen erfasst. Vierzehn Annäherungsbereiche (Intimität, Geselligkeit, Altruismus)

mus, Hilfe, Anerkennung, Status, Autonomie, Kontrolle, Leistung, Verstehen, Sinn, Selbstwert, Abwechslung sowie Selbstbelohnung) und neun Vermeidungsbereiche (Alleinsein, Geringschätzung, Erniedrigung, Kritik, Abhängigkeit, Spannungen, Schwäche, Hilflosigkeit sowie Versagen) werden unterschieden.

Die direkte Befragung des Patienten hat allerdings einen schwerwiegenden Nachteil. In Erfahrung gebracht werden können damit nur Motive, die der Patient unmittelbar bei sich wahrnimmt, für die der Patient ein Bewusstsein hat. Motivstrukturen werden zu weiten Teilen im impliziten Funktionsmodus gespeichert und sind damit dem unmittelbaren Bewusstsein nicht zugänglich (Grawe 2004). Eine Erfahrung, die sich auch in der Alltagspraxis zeigt; hier zeigen Patienten nicht selten sehr wenig Bewusstsein für die eigenen Anteile und Motive an problematischem Verhalten und attribuieren Probleme dem Verhalten anderer Personen (Beier 1998; Sachse 2001). Die Problemsicht des Patienten kann unter Umständen direkt dazu beitragen, dass eigene Bedürfnisse nicht gut befriedigt werden können (Grawe 2004). Eigene Bedürfnisse besser zu erkennen oder motivationale Konflikte zu klären, stellt daher häufig das Therapieziel dar, weswegen Patienten professionelle therapeutische Hilfe aufsuchen (Sachse 2001; Grosse Holtforth u. Grawe 2002).

Erschließung durch den Therapeuten

Der zweite Weg neben der Patientenbefragung besteht in der Analyse des unmittelbaren Interaktionsgeschehens durch den Therapeuten mit dem Ziel, übergeordnete motivationale Strukturen des Patienten zu erschließen.

Ausgangspunkt stellt die Wahrnehmung der eigenen intuitiven Reaktionen dar, die beim Therapeuten vom Patienten ausgelöst werden. Der Therapeut kann sich so quasi als Resonanzkörper benutzen (Znoj 2004). Seine Reaktionen können ihm helfen zu verstehen, was der Patient bei anderen für Gefühle und Verhaltenstendenzen bewirkt; dies ermöglicht wiederum Rückschlüsse auf die motivationalen Ziele und Bedürfnisse des Patienten. Grundlage ist die genaue Beobach-

Psychotherapeut 2007 · 52:16–23 DOI 10.1007/s00278-006-0507-9
© Springer Medizin Verlag 2006

Christoph Stucki · Klaus Grawe †

Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung. Hinweise und Handlungsanweisungen für Therapeuten

Zusammenfassung

Das Berner Konzept der Bedürfnis- und Motivorientierten Beziehungsgestaltung, gemäß dem sich Therapeuten in ihrem Beziehungsverhalten so verhalten, dass die wichtigsten individuellen motivationalen Ziele und Bedürfnisse des Patienten befriedigt werden, hat sich empirisch bewährt, ist aber in der konkreten Umsetzung nicht immer einfach. Ein Therapeut muss in der Lage sein, die wichtigsten motivationalen Ziele des Patienten zu erkennen und sein Verhalten flexibel so zu gestalten, dass er dem Patienten bedürfnisbefriedigende Erfahrungen ermöglichen kann. Es hat sich gezeigt, dass Thera-

peuten zwar häufig gut über das Konzept Bescheid wissen, in der Bedürfnis- und Motivorientierten Diagnostik und dem konkreten Beziehungsverhalten aber unsicher sind. Es werden deshalb konkrete Handlungsanweisungen für Therapeuten vermittelt, die helfen sollen, das Konzept in der Praxis umzusetzen.

Schlüsselwörter

Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung · Motivorientierte komplementäre Beziehungsgestaltung · Bedürfnis- und Motivorientierte Diagnostik · Therapeutenkompetenzen · Therapeutentraining

Motivational attunement. Concrete instructions and tips for therapists

Abstract

According to the Bernese concept of motivational attunement therapists are supposed to offer each patient a custom tailored relationship taking into account the patients' individual motivational goals. While empirical studies validate the concept, concrete implementation of motivational attunement into practice is not always easy. Therapists have to be able to correctly identify the patients' motivational goals and attune their behav-

ior to them flexibly. In the following article concrete instructions for therapists are given in order to better realize motivational attunement.

Keywords

Motivational attunement · Custom-tailored therapeutic relationship · Analysis of motivational goals · Therapist competence · Therapist training

tion des unmittelbaren Prozessgeschehens mit dem Fokus auf dem Patienten unter gleichzeitiger Wahrnehmung des inneren Geschehens beim Therapeuten. In der psychoanalytischen Theorie werden diese inneren Prozesse des Therapeuten als Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse beschrieben. Der aus der ursprünglich sehr negativen Bewertung von Gegenübertragungsphänomenen entstandene Mythos, dass gute und erfahrene Therapeuten möglichst wenig Gegenübertragungsreaktionen zeigen (Hayes u. Gelso 2001), erscheint aus diagnostischer Sicht nicht erstrebenswert.

Die Analyse des Interaktionsgeschehens unter Berücksichtigung der intuitiven Vorgänge des Therapeuten sowie die Angaben aus der Patientenbefragung dienen dann als Grundlage einer möglichst ausführlichen motivationalen Analyse.

Die Erstellung einer detaillierten individuellen Fallkonzeption ist wünschenswert, ist aber in der Alltagspraxis häufig ein nichtrealistisches Unterfangen. Diagnostische Prozesse und Modellbildung werden verkürzt und nach Prototypen bezüglich Störungsbildern oder Bedürfnis- und Beziehungsmustern eingeordnet. Dieser Verkürzungsprozess birgt Gefahren, da statt einer genauen Analyse stärker einfache Heuristiken zur Anwendung gelangen (Caspar 1997). Stucki (2004) konnte zeigen, dass Therapeuten dazu neigen, ihnen wichtige Motive auch beim Patienten als wichtig zu erachten oder eigene Beziehungsmuster die Wahrnehmung der Interaktionsprobleme der Patienten beeinflussen. So nahmen Therapeuten mit dominanterem persönlichen Beziehungsstil Patienten als dominanter, streitsüchtiger, aufdringlicher und weniger freundlich wahr als weniger dominante Therapeuten.

Auch in der psychoanalytischen Forschungsliteratur zu Gegenübertragungsprozessen ergeben sich Hinweise, dass die Motive der Therapeuten deren Gegenübertragungsreaktionen beeinflussen (Hayes 2004). In der qualitativen Studie von Hayes et al. (1998) wurden z. B. bei einer Therapeutin mit ausgeprägtem eigenem Bedürfnis, andere zu umsorgen, häufiger Bindung betreffende Kognitionen aktiviert und auf Nähe ausgerichtete Beziehungsverhalten beobachtet. Dozier et

al. (1994) konnten zeigen, dass Therapeuten mit unsicherem Bindungsstil und eigenem Wunsch nach sicherer Nähe den Patienten ausgeprägtere Bedürfnisse nach verlässlicher Bindung zuschreiben.

Dass Gegenübertragungsprozesse auch Indikation und Prognose beeinflussen können, zeigen die Studien von Faller (1999) und Köpp et al. (2002). Patienten, die Sympathie und Zufriedenheit auslösen, wird die eigene Behandlungsmethode wärmstens empfohlen und eine bessere Prognose gemacht. Patienten, die weniger positive Gefühle auslösen, werden dagegen eher andere Behandlungsangebote gemacht, und es wird weniger Therapieerfolg zugeschrieben (Faller 1999; Köpp et al. 2002).

Es wird deutlich, dass Wahrnehmung in der klinischen Praxis nicht einfach ein passiver Prozess ist, sondern vom Wahrnehmenden maßgeblich mitgestaltet wird. Die Wahrnehmung des Patienten wird also nicht nur vom eigentlichen Stimulus bestimmt, sondern auch von Merkmalen der wahrnehmenden Person. Die Anteile des jeweiligen Einflusses hängen stark von der zur Verfügung stehenden Information und den Gegebenheiten des Wahrnehmungsprozesses ab (z. B. Zeitdruck; Caspar 1997).

Im Prozess einer differenzierten Bedürfnis- und Motivorientierten Diagnostik muss also immer die Frage gestellt werden, in welchem Ausmaß die Wahrnehmungen des Therapeuten Motive und Bedürfnisse des Patienten widerspiegeln, und in welchem Ausmaß der Therapeut aufgrund eigener Anteile in seiner spezifischen Weise auf den Patienten reagiert und das Patientenverhalten mit der Brille seiner eigenen Motive und Erfahrungen färbt.

In der Infobox sollen Handlungsregeln für eine Bedürfnis- und Motivorientierte Diagnostik aufgrund der beschriebenen Überlegungen formuliert werden. Während die ersten drei Hinweise für die Bedürfnis- und Motivorientierte Diagnostik im Rahmen von Supervisionen und Kollegenaustausch umgesetzt werden können, ist die Auseinandersetzung mit den eigenen Motiven und Beziehungsmustern am besten im Rahmen von Selbsterfahrungen zu verwirklichen. Wesentlich scheint, dass Patientenwahr-

nehmung immer ein Prozess ist, bei dem der Einfluss des Patienten als eigentlicher Stimulus mit Wahrnehmungs- und Reaktionstendenzen des Therapeuten zusammenfällt. Sinnvoll ist in der Selbsterfahrung also möglicherweise nicht, die Biographie eines Therapeuten ohne Bezug zur therapeutischen Arbeit zu analysieren, sondern direkt auf Wahrnehmungsprozesse in der therapeutischen Arbeit einzugehen. Wir verlangen in der Berner Psychotherapieausbildung eine fallbezogene Selbsterfahrung; hier bringen angehende Psychotherapeuten Videos der aktuellen Therapiesitzungen ihrer Patienten in die Selbsterfahrung mit, und im Selbsterfahrungsprozess werden die unmittelbar ausgelösten Reaktionen und Wahrnehmungen vor dem Hintergrund des spezifischen Therapeuten und seinen persönlichen biographischen Erfahrungen analysiert.

Konkrete Handlungsanweisungen bezüglich der vier Grundbedürfnisse

In der Berner Psychotherapieausbildung hat sich gezeigt, dass angehende Therapeuten zwar das Konzept der Bedürfnis- und Motivorientierten Beziehungsgestaltung als sehr hilfreich empfinden, dass die Umsetzung des Konzeptes im therapeutischen Alltag aber immer als nicht einfach wahrgenommen wird. Der Therapeut muss in der Lage sein, dem Patienten in seinem Beziehungsverhalten nach der Analyse der motivationalen Strukturen des Patienten entsprechende bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zu vermitteln. Da nicht Handlungsanweisungen für jedes einzelne Motiv vermittelt werden können, sollen im Folgenden konkrete Handlungsanweisungen für die von Grawe (2004) postulierten vier Grundbedürfnisse beschrieben werden, die den einzelnen motivationalen Zielen hierarchisch übergeordnet sind.

Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

Ziel: Der Patient soll die Erfahrung machen, dass er bestimmen kann, was passieren wird, und dass nichts über seinen Kopf hinweg entschieden wird. Er soll das Ge-

fühl haben, Kontrolle über das Geschehen zu haben (■ Tab. 1).

Konkretes Beispiel: günstig für das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

Therapeut (Th): „Ich möchte Ihnen nun genau erklären, welche konkreten Möglichkeiten wir für die Behandlung ihres Anliegens haben. Mir ist es sehr wichtig, dass Sie sich ein Bild machen können, um was es geht, und selber entscheiden können, womit Sie anfangen möchten oder welche Themen wir vielleicht noch auf der Seite lassen. Vielleicht haben Sie ja schon bestimmte Erfahrungen oder Wünsche, auf die würde ich ganz gerne zuerst eingehen. Bitte sagen Sie mir immer sofort, wenn Sie mit einem bestimmten Vorgehen nicht einverstanden sind oder das Gefühl haben, der macht ja einfach, was er will und gar nicht, was ich will oder empfinde. Ich bin auch sehr froh, wenn sie mir mitteilen, wenn eine Übung für Sie zu langweilig ist oder vielleicht auch zu schwierig, oder wenn ich vielleicht Fragen stelle, die Ihnen im Moment zu nahe gehen. Manchmal gelingt es ja auch mir nicht einfach so, immer genau das zu treffen, was für Sie im Moment am hilfreichsten ist. Sie sind mit diesem Vorgehen einverstanden?“

Konkretes Beispiel: wenig günstig für das Bedürfnis nach Orientierung und Kontrolle

Th: „Meine langjährige Erfahrung zeigt mir, dass es nur ein einziges richtig wirksames Vorgehen bei diesem Problem gibt. Wichtig ist einfach, dass Sie mir folgen und mir immer voll vertrauen, auch wenn Sie nicht immer verstehen, was eigentlich passiert. Tun Sie einfach, was ich sage, und dann kommt es schon gut. Wichtig ist auch, dass Sie mir immer unmittelbar sagen, was Sie denken und fühlen und keine Geheimnisse vor mir haben. Manchmal müssen Sie Ihre Ängste überwinden, sonst kommen wir in der Therapie nicht vorwärts.“

Bedürfnis nach Bindung

Ziel: Der Patient soll die Erfahrung machen, dass jemand für ihn da ist, dass er sich auf jemanden verlassen kann und nicht zu-

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. 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

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

rückgewiesen wird. Er soll sich aufgehoben und sicher fühlen können (■ Tab. 2).

Konkretes Beispiel: günstig für das Bindungsbedürfnis

Th: „Ich finde es mutig von Ihnen, dass Sie den Schritt zu einer Psychotherapie gewagt haben. Nun müssen Sie nicht mehr

ganz alleine mit Ihren Schwierigkeiten zu recht kommen, sondern wir können gemeinsam nach Lösungen suchen. Ich verstehe Ihre Sorgen und kann gut nachfühlen, wie es Ihnen im Moment geht. Ich bin für Sie da, und wir können nun zusammen die ersten Schritte angehen.“

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

Infobox: Hinweise für die Bedürfnis- und Motivorientierte Diagnostik

1. Benutze für die Bedürfnis- und Motivorientierte Diagnostik immer *mehrere diagnostische Zugangswege*: Direkte Patientenbefragung, Fremdeinschätzung durch Bezugspersonen und Analyse des unmittelbaren Interaktionsgeschehens unter Einbezug der eigenen ausgelösten intuitiven Reaktionen. Entwickle ein Patientenmodell aufgrund aller zur Verfügung stehender Informationsquellen.
2. Kombiniere ein *intuitives mit einem rational-analytischen Vorgehen*: Achte auf Gefühle, Gedanken und Handlungstendenzen, die vom Patienten bei dir ausgelöst werden. Versuche deine Reaktionen und Wahrnehmungen aber an Verhaltensweisen, Mimik, Gestik und Gesagtem des Patienten festzumachen.
3. *Überprüfe deine Reaktionen und Wahrnehmungen* mit den Wahrnehmungen anderer Personen, insbesondere Therapeutenkollegen im Rahmen von Super- oder Interventionen.
4. *Lerne deine eigenen Motive, wunden Punkte und Beziehungsmuster kennen*, um mögliche persönliche Verzerrungstendenzen in deinen Reaktionen und Wahrnehmungen des Patienten einschätzen zu können.

Konkretes Beispiel: wenig günstig für das Bindungsbedürfnis

Th: „Tut mir leid, dass ich ein bisschen zu spät gekommen bin, ich hatte sonst noch viel zu tun, aber das kennen Sie ja, man hat ja immer so viele Dinge, die man erledigen sollte. Wo waren wir das letzte Mal stehen geblieben? Vielleicht können Sie mir kurz nachhelfen, ich wäre Ihnen dankbar.“

Bedürfnis nach positivem Selbstwert

Ziel: Der Patient soll die Erfahrung machen, als Person wichtig und wertvoll zu

sein. Er soll das Gefühl haben, geschätzt und akzeptiert zu werden (■ Tab. 3).

Konkretes Beispiel: günstig für das Bedürfnis nach positivem Selbstwert

Th: „Das finde ich toll, dass Sie die schwierige Aufgabe gemeistert haben. Das zeigt, welchen Mut und Durchsetzungswillen Sie besitzen. Im Übrigen habe ich dies schon gedacht, als Sie von Ihrem Beruf erzählt haben, da braucht man ja eine große Portion Durchsetzungsvermögen und Sachverstand, um sich in so einem Umfeld zu behaupten. Ich hoffe, Sie lassen mich auch noch ein bisschen teilhaben an Ihrem Wissen, das ist ja hochinteressant.“

Konkretes Beispiel: wenig günstig für das Bedürfnis nach positivem Selbstwert

Th: „Schön, dass Sie die Aufgabe gemeistert haben, allerdings war das natürlich nur der erste kleine Schritt, die schwierigeren Schritte folgen nun erst. Gerade wenn man krank ist, fehlt einem manchmal der Mut und der Durchsetzungswillen, um große Schritte zu machen. Ich hoffe, trotzdem dass Sie das früher oder später schaffen.“

Bedürfnis nach Wohlbefinden und angenehmen Erfahrungen

Ziel: Der Patient soll die Erfahrung machen, dass er sich in der Therapie wohlfühlen und lustvolle Momente genießen kann. Er soll das Gefühl haben, dass in der Therapie auch angenehme Gefühle Platz haben (■ Tab. 4).

Konkretes Beispiel: günstig für das Bedürfnis nach Wohlbefinden und angenehmen Erfahrungen

Th: „Genießen Sie das Gefühl von Freude und Stolz ganz bewusst für einen Moment. Sie haben allen Grund dazu nach dieser gemeisterten Aufgabe, die Sie ganz ohne Hilfe durchgeführt haben. Wo spüren Sie die angenehmen Gefühle? Welche Gedanken gehen Ihnen dabei durch den Kopf? Wann haben Sie so angenehme Gefühle das letzte Mal erlebt? Häufig belasten uns unangenehme Gefühle so sehr, dass wir die schöneren und angenehmeren Momente kaum mehr wahrnehmen, auch wenn sie, wenn vielleicht auch nur im Kleinen, doch immer wieder da sind.“

Konkretes Beispiel: wenig günstig für das Bedürfnis nach Wohlbefinden und angenehmen Erfahrungen

Th: „Schön, dass sie die Aufgabe gemeistert haben. Nun müssen wir aber noch genau analysieren, was man noch besser machen könnte. Das ist zwar unangenehm, aber gehört halt einfach dazu. Therapie heißt ja in erster Linie sich mit den Problembereichen zu beschäftigen.“

Fazit für die Praxis

Die Handlungsanweisungen sollen Therapeuten helfen, dem Patienten über die Therapiebeziehung bedürfnisbefriedigende Erfahrungen zu vermitteln. Neben den inhaltlichen Anleitungen spielen das nonverbale und das paraverbale Beziehungsverhalten des Therapeuten entscheidende Rollen. Als Beispiel seien die Untersuchungen von Mehrabian (1972) genannt, der Botschaften danach beurteilen ließ, wie stark Inhalt, Tonfall und Mimik für die Wahrnehmung der interpersonalen Einstellung der Person verantwortlich waren: Inhalt (7%), Tonfall (38%) und Mimik (55%). Auch neuere Untersuchungen belegen, dass Beziehungsregulation zu weiten Teilen über nonverbale oder paraverbale Kanäle in äußerst subtilen Prozessen stattfindet (Hermer u. Klinzing 2004). Mittlerweile gibt es eine Reihe empirisch abgestützter Hinweise zur optimalen nonverbalen Beziehungsgestaltung: Mit dem Oberkörper zum Pa-

tienten hingeneigt sitzen, Arme offen statt verschränkt, warmer, kompetenter, nichtängstlicher Tonfall, lebhaftes Gestik, häufiges Lächeln und zustimmendes Nicken (Grawe 2004).

Die Umsetzung eines möglichst optimalen verbalen und nonverbalen Beziehungsverhaltens ist allerdings nicht so einfach. Beziehungsverhalten und Beziehungsstile scheinen äußerst stabil zu sein und wegen des Mangels an bewusster Steuerungsmöglichkeit wohl auch relativ veränderungsresistent (Stucki 2004). Ein grundsätzlicher Mangel in der therapeutischen Ausbildung ist, dass hauptsächlich inhaltlich deklaratives Wissen vermittelt wird, damit aber prozedurales Wissen, das in der konkreten Umsetzung von Beziehungsgestaltung notwendig ist, nicht vermittelt werden kann. Hier müssen Bemühungen verstärkt werden, neue Lernkonzepte zu entwickeln und umzusetzen, die diesen lern- und gedächtnistheoretischen Grundsätzen vermehrt Rechnung tragen. Möglichkeiten sind stark ausgeweitetes Arbeiten auf prozeduraler Ebene über Rollenspiele, Möglichkeiten zur Kotherapie, unmittelbares Therapeuten-Coaching, fallbezogene Videoanalysen in Supervision und Selbsterfahrung oder Trainingsgruppen für angehende Therapeuten. Damit sollte es möglich sein, auch komplexe Konzepte in der Beziehungsgestaltung im konkreten Therapeutenalltag umzusetzen und eine Bedürfnis- und Motivorientierte Beziehungsgestaltung optimal zu verwirklichen.

Korrespondierender Autor

Dr. phil. Christoph Stucki

Klinik am Zürichberg, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

Dolderstr. 107, 8032 Zürich
stucki@klinikzuerichberg.ch

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

- Ackerman SJ, Hilsenroth MJ (2001) A review of therapist characteristics and techniques negatively impacting the therapeutic alliance. *Psychotherapy* 38: 171–185
- Ackerman SJ, Hilsenroth MJ (2003) A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clin Psychol Rev* 23: 1–33
- Aveline M (2004) The person of the therapist. Presidential address at the 35th annual meeting of the Society of Psychotherapy Research, Rome, Italy
- Beier EG (1998) The silent language of psychotherapy: social reinforcement of unconscious processes. Aldine, New York
- Beutler LE, Malik M, Alimohamed S et al. (2004) Therapist variables. In: Lambert MJ (ed) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th edn. Wiley, New York, pp 227–306
- Binder JL (2002) What do we know about psychotherapy training? Paper presented at the 18th World Congress of Psychotherapy, Trondheim, Norway
- Caspar F (1989) Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Huber, Bern
- Caspar F (1997) What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychother Res* 7: 105–125
- Caspar F, Grossmann C, Unmüßig C (2005) Complementary therapeutic relationship: therapist behavior, interpersonal patterns, and therapeutic effects. *Psychother Res* 15: 91–102
- Dozier M, Cue K, Barnett L (1994) Clinicians as caregivers: role of attachment organisation in treatment. *J Consult Clin Psychol* 62: 793–800
- Faller H (1999) Das emotionale Erleben des Therapeuten und die Indikationsstellung für die Psychotherapie. Eine empirische Untersuchung zur Gegenübertragung im diagnostischen Prozess. *Psychotherapeut* 44: 25–35
- Grawe K (1982) Implikationen und Anwendungsmöglichkeiten der Vertikalen Verhaltensanalyse für die Sichtweise psychischer Störungen. Forschungsbericht Nr. 1. Psychologisches Institut, Universität, Bern
- Grawe K (1998) *Psychologische Therapie*. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K (2004) *Neuropsychotherapie*. Hogrefe, Göttingen
- Grawe K, Dzewas H (1978) Interaktionelle Verhaltenstherapie. *Partnerberatung* 3: 188–204
- Grawe K, Caspar F, Ambühl HR (1990) Die Berner Therapievergleichsstudie: Zusammenfassung und Schlussfolgerungen. *Z Kin Psychol* 19: 362–376
- Grosse Holtforth M, Grawe K (2002) Fragebogen zur Analyse Motivationaler Schemata (FAMOS). In: Brähler E, Schumacher J, Strauß B (Hrsg) *Diagnostische Verfahren in der Psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen, S 84–87
- Hayes JA (2004) The inner world of the psychotherapist: A program of research on countertransference. *Psychother Res* 14: 21–36
- Hayes JA, Gelsso CJ (2001) Clinical implications of research on countertransference: science informing practice. *J Clin Psychol* 57: 1041–1051
- Hayes JA, McCracken JE, McClanahan MK et al. (1998) Therapist perspectives on countertransference: qualitative data in search of a theory. *J Couns Psychol* 45: 468–482
- Hermer M, Klinzing HG (2004) Nonverbale Prozesse in der Psychotherapie. DGVt, Tübingen
- Horowitz LM, Rosenberg SE, Bartholomew K (1993) Interpersonal problems, attachment styles, and outcome in brief dynamic psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 61: 549–560
- Kiesler DJ (1966) Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychol Bull* 65: 110–136
- Köpp W, Kaßing S, Helle M et al. (2002) Die Bedeutung des Beziehungserlebens für die differenzielle Psychotherapieindikation. *Psychother Psychosom Med Psychol* 52: 173–178
- Lambert MJ (2002) Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross JC (ed) *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. University Press, Oxford, pp 17–32
- Lambert MJ (ed) (2004) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th edn. Wiley, New York
- Lambert MJ, Okishi JC (1997) The effects of the individual psychotherapist and implications for future research. *Clin Psychol Sci Pract* 4: 66–75
- Mehrabian A (1972) *Nonverbal communication*. Aldine-Atherton, Chicago
- Najavits LM, Strupp H (1994) Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: a process-outcome study. *Psychotherapy* 31: 114–123
- Norcross JC (2002) *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients*. University Press, Oxford
- Okiishi J, Lambert MJ, Nielsen SL, Ogles BM (2003) Waiting for supershrink: an empirical analysis of therapist effects. *Clin Psychol Psychother* 10: 361–373
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks B (1994) Process and outcome in psychotherapy – Noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 4th edn. Wiley, New York, pp 270–376
- Orlinsky DE, Rönnestad MH, Willutzki U (2004) Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In: Lambert MJ (eds) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5th edn. Wiley, New York, pp 307–389
- Regli D, Bieber K, Mathier F, Grawe K (2000) Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. *Verhaltensther Verhaltensmed* 4: 399–420
- Sachse R (2001) *Psychologische Psychotherapie der Persönlichkeitsstörungen*. Hogrefe, Göttingen
- Stucki C (2004) *Die Therapiebeziehung differenziell gestalten. Intuitive Reaktionen, Patientenwahrnehmung und Beziehungsverhalten von Therapeuten in der Psychotherapie*. Unveröffentlichte Dissertation, Psychologisches Institut, Universität, Bern
- Wampold BE (2001) *The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings*. Erlbaum, New Jersey
- Wendisch M, Neher M (2003) *Das Erstgespräch in der Verhaltenstherapie – Ein Leitfadens*. *Verhaltenstherapie* 13: 122–129
- Znoj HJ (2004) Die therapeutische Beziehung aus verhaltenstherapeutischer Sicht. In: Rössler (Hrsg) *Die therapeutische Beziehung*. Springer, Berlin Heidelberg New York Tokyo, S 81–95
- Züst S (2004) *Differenzielle Beziehungsgestaltung. Unterschiede zwischen guten und schlechten Therapiebeziehungen und zwischen interaktionell einfachen und schwierigeren PatientInnen*. Unveröffentlicht. Lizenziatsarbeit, Institut für Psychologie, Universität Bern