

# REPETITORIUM ZUR VORBEREITUNG AUF DIE FACHARZTPRÜFUNG

Serge K. D. Sulz

## Der Therapieprozeß

Während die Inhalte einer Psychotherapie wesentlich davon abhängen, welcher Mensch in welchem Kontext welches Symptom entwickelt hat, ist der Therapieprozeß ein quasi gesetzmäßiger Ablauf, der bestimmte Phasen beinhaltet, ohne daß diese explizit vom Therapeuten geplant und bewußt eingesetzt werden müssen. Allerdings sieht sich ein Therapeut schnell einer schwierigen Situation ausgesetzt, wenn er für das prozessuale Geschehen kein Ohr und kein Auge hat. Die therapeutischen Inhalte werden durch den Prozeß transportiert. Stagniert der Therapieprozeß oder bewegt er sich in die falsche Richtung, so kann die Therapie auch inhaltlich nicht zum Ziel gelangen. Deshalb ist die Planung und reflektierte Gestaltung des Therapieprozesses unverzichtbar.

Die Therapieforschung belegt die Bedeutung mehrerer prozessualer Parameter. Andere sind Extrakt klinischer Erfahrung, wie sie von zahlreichen Therapeuten verschiedenster Provenienz geteilt wird (Abbildung 1).

**Hoffnung und Glaube**, daß dieser Therapeut die erforderliche Kompetenz hat und diese Therapie zu einer erfolgreichen Behandlung führen wird, wird u.a. von Frank (1961) und Orlinsky et al. (1994) als empirisch nachgewiesener Wirkfaktor genannt. Als gezielte Maßnahme wird dieser Vorgang von Grawe (1998) Erwartungsinduktion genannt, mit dem Hinweis, daß dieser Prozeßschritt der Hauptwirkfaktor der Hypnose ist.

Eine **förderliche therapeutische Beziehung** gilt nach Orlinsky et al. (1994) als weiterer wichtiger Wirkfaktor. Ihre Merkmale werden einerseits auf die von Frank (1961) genannten Wirkfaktoren, die Variablen des Therapeutenverhaltens in der klientenzentrierten Gesprächstherapie (Rogers 1951) und andererseits auf die Eigenschaften einer tragfähigen Beziehung, wie die Bindungsforschung sie zeichnet (Bowlby 1975), zurückgeführt (Schulte 1996).

Der **Aufbau von Therapiemotivation** ist nach Kanfer et al. (1991) einer der ersten Schritte im psychotherapeutischen Prozeß. Die Bereitschaft, an der Therapie mitzuarbeiten, muß oft erst hergestellt werden, da die bisherigen Ziele des Patienten nicht ohne weiteres mit denen der Therapie zur Deckung gebracht werden können. Über den positiven Einfluß von Therapiemotivation auf den Therapieverlauf berichten z.B. bei Angststörungen Hartung und Schulte (1991) und Fiegenbaum et al. (1992b).

Das **Herstellen tiefer emotionaler Erfahrung** im Dienste der Klärung motivationaler Konstellationen ist eines der wich-

INHALTE BEDÜRFEN EINER FORM  
KOMMUNIKATION BEDARF EINES MEDIUMS  
THERAPIE BEDARF EINES PROZESSES

tigsten Elemente vieler Psychotherapien. Ihre Bedeutung wurde besonders durch die Arbeit von Greenberg et al. (1993), Greenberg (2000) sichtbar. Greenberg stellt eine Therapie vor, die er als "Process-Experiencing-Approach" bezeichnet, entwickelt aus der klientenzentrierten Gesprächstherapie und der Gestalttherapie. Sachse (1992) fand eine deutliche Korrelation zwischen der Tiefe der emotionalen Erfahrung und dem Ergebnis von gesprächstherapeutischen Behandlungen. Die Exposition in der Verhaltenstherapie ist ebenfalls ein Verfahren, das eine tiefe emotionale Erfahrung herstellt. Es zählt zu den wirksamsten Angsttherapien (Fiegenbaum et al. 1992a).

Die **Korrektur der emotional-kognitiven Bewertungen** ist der Hauptansatzpunkt der kognitiven Therapie nach Beck (1976) und der rational-emotiven Therapie nach Ellis (1962). Heute gibt es ein elaboriertes Interventionsangebot, das situative und habituelle Kognitionen umstrukturieren hilft. Die Wirksamkeit dieser kognitiven Verfahren ist vielfach untersucht worden und empirisch belegt (Grawe et al. 1994).

Das **Herstellen von Akzeptanz** ist ein Therapieprinzip, das neuere behaviorale Therapieansätze in den Vordergrund stellen und z. B. auf diese Weise in der Paartherapie deutliche Wirksamkeitsvorsprünge vor traditionellem behavioralem Vorgehen erreichen (Jacobson) bzw. wirksame Therapien bei schwierigen Patienten durchführen können (Hayes 2000, Linehan 1996).

Die **Ressourcenmobilisierung** ist einerseits ein von der Verhaltenstherapie mit ihren verstärkerorientierten Interventionen stets genutzter Aspekt der therapeutischen Veränderung, vor allem in der Depressionstherapie (Lewinsohn 1974; Lutz 1996). Je mehr sich jedoch problem- und störungsspezifische Ansätze durchsetzen, um so mehr geriet die Ressourcenanalyse in den Hintergrund. Insbesondere Grawe (1998) bringt Belege für ihre Bedeutung. Sehr einleuchtend ist seine Interpretation der Wirksamkeitsvergleiche von Kognitiver Therapie (Beck 1976) und Interpersonaler Psychotherapie IPT nach Klerman et al. (1984). So profitierten von der Kognitiven Therapie am meisten solche Patienten, die nur wenig kognitive Störungen hatten, sondern deren Stärke im kognitiven Bereich lag. Dagegen waren die Therapieerfolge der IPT am größten bei Patienten, deren Kompetenzen vor allem im interpersonellen Bereich

lagen. Grawe sieht die Wirkung beider Therapien entgegen ihrer expliziten Problemorientierung deshalb darin, daß sie die Ressourcen der Patienten nutzten, die Kognitive Therapie die kognitiven Ressourcen und die IPT die interpersonellen Ressourcen.

Das **Herstellen von Änderungsentscheidung** ist das Überschreiten des Rubikon in Heckhausens Handlungsmodell (Heckhausen et al. 1987). Die vorausgehenden Schritte der Therapie befanden sich noch am linksseitigen Ufer. Es ging um Klärungsprozesse. Motive wurden untersucht, Wünsche betrachtet. Das Wählen unter den Möglichkeiten wurde geprobt. Und nun ist das Wollen der Schritt, der über den Rubikon führt. Vielleicht ist es besser zu sagen, daß die Änderungsentscheidung der erste Schritt auf dem festen Boden des rechten Ufers ist. Hingegen ist die Brücke in Heckhausens Modell nicht beschrieben. Es wird eine Dichotomie dargestellt. Es handelt sich um klar unterscheidbare Welten, die durch eine eindeutige Grenzlinie getrennt werden. Weder in Heckhausens Betrachtungen noch in denen von Grawe (1998) taucht das Prinzip der Akzeptanz auf. Gerade dieses können wir uns aber als Brücke zwischen den beiden Ufern vorstellen. Akzeptanz heißt, daß die nötigen Klärungen erfolgt sind, daß die Konflikte ausreichend gewürdigt wurden, so daß ihre Lösung möglich ist, daß es nichts mehr zu erledigen gibt auf dem linken Ufer, daß zum anderen Ufer geschritten werden kann.

**Loslassen, Abschied, Trauer** ist ein Teilprozeß, der auch ohne Zutun des Therapeuten an dieser Stelle jeder Therapie geschieht. Das Betreten der Brücke bedeutet das Zurücklassen der Welt auf der linken Seite des Ufers. Viel Vertrautes, Liebes, Wertvolles muß zurückgelassen werden, wenn die alte Welt verlassen wird. Entscheidung ist immer Verzicht auf das andere. Konfliktlösung ist so gesehen der Verzicht auf die Vorteile der nicht gewählten Seite. Und wenn es zu den bisherigen zentralen Beziehungen gehörte bzw. zur Domäne des eigenen Selbst (Beck 1976), so ist der Abschied schmerzlich. Der alte Besitz muß aktiv losgelassen werden und das Verlorene muß betrauert werden. Dieser Therapieschritt wird von Sulz (1994, 1995) beschrieben.

Die **Angst vor Veränderung** ist ebenso ein Phänomen und ein emotionaler Prozeß im Weiterschreiten in der Therapie. Wir können uns wiederum vorstellen, daß mitten auf der Brücke, nachdem vom Alten Abschied genommen wurde, der Blick auf das ungewisse Neue am anderen Ufer Angst macht. Auch wenn sie nicht thematisiert wird und vom Patienten vielleicht auch nicht bewußt wahrgenommen wird, ist sie eine motivationale Kraft, die zum Widerstand werden kann (Sulz 1994, 1995).

Die **Veränderung des Erlebens und Verhaltens** ist mehr oder weniger expliziertes Ziel jeglicher Psychotherapie.

Wirksamkeitsstudien belegen für einige Psychotherapien, daß sie dieses Ziel auch erreichen (Grawe et al. 1994). Gegenwärtig kann dies in umfassender Weise von Verhaltenstherapie, tiefenpsychologischer Psychotherapie und Gesprächstherapie gesagt werden. In Teilbereichen wiesen auch andere Therapieformen ihre Wirksamkeit nach.

Die **Erfahrung von Selbsteffizienz** mündet in eine Erwartungshaltung ein, die Selbsteffizienzerwartung (self efficacy expectation (Bandura 1977)), die sehr großen Einfluß darauf hat, ob eine neue Verhaltensweise entsteht, denn die Auftretenswahrscheinlichkeit von Verhaltensweisen hängt ab von ihrem erwarteten Erfolg. Zudem wirkt sich die Erfahrung von Selbsteffizienz auf das Selbstwertgefühl eines Menschen aus, ist vielleicht der für die allgemeine Handlungsfähigkeit eines Menschen wichtigere Bestandteil des Selbstgefühls. Die Selbsteinschätzung, was ich kann, welche Fähigkeiten ich habe verbunden mit der Erinnerung an zurückliegende Erfolge bestimmt wesentlich mehr das Aktivitätsniveau eines Menschen als die Einschätzung, anderen Menschen etwas wert zu sein bzw. an sich wert oder wertvoll zu sein. Wie nahezu alle hier betrachteten psychischen Phänomene und Parameter muß dies keine bewußte Erfahrung und Einschätzung sein.

Der **Umgang mit Niederlagen** ist in kognitiv-behavioralen Therapien wesentlicher Bestandteil von Übungsprogrammen, die kognitive Erwartungshaltungen und Reaktionsbereitschaften im Umgang mit Mißerfolgen aufbauen (Lieberman et al. 1986, Sulz 1995). Gerade Patienten mit psychischen Störungen verlieren selbst durch kleine Niederlagen schnell wieder ihre Selbstwirksamkeitserwartung und damit den Mut, nach einer Niederlage möglichst bald einen neuen Anlauf zu nehmen. Sie befinden sich noch lange Zeit in einer kognitiven Suchhaltung, die auf eine Bestätigung des alten Selbstbildes ausgerichtet ist.

Die **Automatisierung des neuen Erlebens und Verhaltens** wird von Therapeuten oft nicht als notwendiges Zielkriterium berücksichtigt. So lange der Patient sich jedesmal neu überwinden muß, das neue Verhalten zu zeigen, besteht die Gefahr, daß ihm ohne Rückendeckung des Therapeuten die Entschlossenheit fehlt und Kraft ausgeht, diese Überwindung aufzubringen. Lernprozesse sind aber erst abgeschlossen, wenn das Verhalten nicht mehr bewußt durch Selbstkontrolle erzeugt werden muß (Kanfer 1977).

Die **Generalisierung des neuen Erlebens und Verhaltens** stellt nicht selten ein therapeutisches Problem dar. Denn im schonenden Milieu des Therapieraumes gekonntes Verhalten kann der Patient oft nicht auf seine raue Beziehungswirklichkeit übertragen. Oder ein im Kompetenztraining gelerntes Verhalten kann zwar auf den beruflichen aber nicht auf den familiären Bereich transferiert werden. Der gewünschte Generalisierungsprozeß bedarf deshalb oft besonderer Maßnahmen (Kanfer 1977, Sulz 1995).

Das **Selbstmanagement des Erlebens und Verhaltens** ist Ergebnis der Übernahme der fremdgeleiteten Veränderungsinitiativen in die Selbstkontrolle und Selbststeuerung (Kanfer 1977). Erst wenn nicht mehr der Therapeut Initiator und Kontrollinstanz ist, sondern der Patient selbst das Management übernommen hat, kann von einer Stabilität der erreichten neuen Handlungsweisen ausgegangen werden.

Die **Bahnung weiterer Selbstentwicklung** kann in der Therapie explizit eingeleitet werden, oft findet sie implizit statt. Der Patient befindet sich auf einem individuellen Niveau der Entwicklung seiner Emotionalität und seiner Beziehungs-

gestaltung. Von Therapeutenseite wäre oft eine Weiterentwicklung wünschenswert, da dann die Vulnerabilität für psychische bzw. psychosomatische Erkrankungen geringer wäre. Entwicklung ist aber ein zeitlich so langgestreckter Prozeß, daß er nicht Inhalt von kürzeren Therapien sein kann. Deshalb kann oft ein Entwicklungsanreiz oder -anstoß gegeben werden (Sulz, 1994, 1995, 1996, Sulz und Theßen 1999). Der Patient wird dem Entwicklungsverlauf allein überlassen. Wenn diese zu natürlichen Krisen führt (Erikson 1993, Kegan 1986), kann eine erneute Kontaktaufnahme mit dem Therapeuten erforderlich werden. Diese natürlichen Wachstumskrisen dürfen aber nicht mit Krisen verwechselt werden, die eine Pathologie der Person oder eine Pathogenität der Umwelt ausdrücken.

Der **Abschied, das Beenden** der Therapie wird von vielen kognitiv-behavioralen, systemischen und Hypnotherapeuten relativ cool gehandhabt. Ein sachlich-freundlicher Abschied ist eben der Abschluß einer professionellen Arbeit, die Kooperierenden wenden sich nun neuen Projekten zu. Hier erhält der Patient eventuell erstmals eine Korrektur seiner Wahrnehmung der therapeutischen Beziehung als einer sehr zentralen persönlichen Beziehung, die so positive Qualitäten wie kaum eine andere vorher aufwies. Der rasche tränenlose Abschied ist dann ein abruptes Ende einer Illusion, die zwar sehr viel Kraft für therapeutische Veränderungen gab, aber nun erst

einmal allein verkraftet werden muß. Die Rückfälle nach Abschluß der Therapie sind zum guten Teil auf das Versäumnis des Therapeuten zurückzuführen, die Beendigung der therapeutischen Beziehung emotional ausreichend zu bearbeiten (Sulz 1994, 1995).

Die **Zeit nach der Therapie** gehört noch zur Therapie. Das Ergebnis der Therapie zeigt sich erst nach einem oder zwei Jahren. Der Anspruch an eine wirksame Therapie besteht u.a. darin, daß die erreichten Veränderungen mindestens zwei Jahre anhalten. Am schwierigsten ist das erste halbe Jahr nach Beendigung der Therapie. Diese Zeit kann noch in der Therapie vorbereitet werden. Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe sind fester Bestandteil in der Verhaltenstherapie (Kettler 1998).

Die **Zukunft** des Patienten ist das, worauf die Therapie einwirken will. Sie intendiert, daß er nach dem Verschwinden seiner Symptome möglichst dauerhaft auf derartige Notfallmaßnahmen zur Bewältigung von Problemen nicht mehr angewiesen ist, daß er sein Leben in die Hand nimmt und eine befriedigende Lebens- und Beziehungsgestaltung erreichen kann (Sulz 1994, Becker 1995). Das ist ein Ideal, das wir meist nicht erreichen können und auch nicht müssen. Aber einen vielleicht bescheidenen Beitrag leistet die Psychotherapie doch in Richtung dieses globalen Zieles.

Damit ergeben sich 20 Schritte des Therapieprozesses (siehe Abbildung).

**Abbildung 1:**  
**Der Therapieprozeß: 20 Schritte der Therapie**

Aus: Serge K.D. Sulz: Von der Strategie des Symptoms zur Strategie der Therapie. Planung und Gestaltung von Psychotherapien. München: CIP-Medien, 2000 (erscheint im 2. Halbjahr). Literaturnachweis siehe dort

