

Es ist schon lange her, dass in einer systematischen Studie untersucht wurde, ob die Klienten tatsächlich das bekommen, was sie von ihrer Psychotherapie erwarten. Um genau zu sein, ist es 25 Jahre her, dass *Consumer Reports* diese Studie durchgeführt hat. In der Studie, die in der Literatur mit Abstand am häufigsten zitiert wird, wurden Daten von mehr als 4.000 Befragten erhoben, die in den letzten drei Jahren formelle Hilfe bei Stress oder emotionalen Problemen in Anspruch genommen hatten.

Die Ergebnisse der Studie waren ein Schock für die akademischen Forscher, die Kurztherapien erforscht und gefördert haben: Therapie *braucht Zeit*. Bedeutsame Veränderungen setzten etwa nach sechs Monaten ein, und Klienten, die ein Jahr lang in der Therapie blieben, schnitten wesentlich besser ab. Diejenigen, die zwei Jahre blieben, verbesserten sich noch mehr. Es gab eine unverkennbare Dosis-Wirkungs-Kurve: "Je länger die Menschen in der Therapie blieben, desto mehr verbesserte sich ihr Zustand. Dies deckt sich mit früheren Untersuchungen, die ebenfalls eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen der Dauer der Therapie und dem Ausmaß der Verbesserung festgestellt haben.

"Die meisten waren mit der Betreuung, die sie erhielten, sehr zufrieden", berichtet *Consumer Reports*. "Die meisten hatten Fortschritte bei der Lösung der Probleme gemacht, die zur Behandlung geführt hatten, und fast alle sagten, das Leben sei leichter geworden. Dies galt für alle Erkrankungen, nach denen wir gefragt haben, selbst für diejenigen, denen es zu Beginn der Behandlung am schlechtesten ging." Die Ergebnisse waren jedoch schlechter, wenn die Art oder Dauer der Therapie durch die Krankenkasse eingeschränkt war. "Dies deutet darauf hin, dass eine eingeschränkte Versicherungsdeckung für psychische Erkrankungen und der neue Trend bei den Krankenversicherungen - die Betonung von Kurzzeittherapien - möglicherweise fehlgeleitet sind."

Ein bemerkenswertes Merkmal der *Consumer Reports*-Studie - abgesehen davon, dass sie von einer unvoreingenommenen Verbraucherorganisation durchgeführt wurde, die nichts mit Psychotherapie am Hut hat - ist, dass sie nicht vorwegnimmt, was die Menschen von ihrer Therapie erwarten. Die drei Ergebnisfragen überließen es den Befragten, zu entscheiden, ob sie das bekamen, was sie brauchten: 1) Wie sehr hat die Behandlung bei dem spezifischen Problem, das Sie zur Therapie geführt hat, geholfen? 2) Wie zufrieden waren Sie insgesamt mit der Behandlung Ihrer Probleme durch den Therapeuten? 3) Wie würden Sie Ihren emotionalen Gesamtzustand im Vergleich zum Beginn der Behandlung einschätzen, von *sehr schlecht* (ich komme kaum mit den Dingen zurecht) bis *sehr gut* (das Leben ist so, wie ich es gerne hätte)? Dies unterscheidet sich von der Art und Weise, wie die meisten Psychotherapieforschungen durchgeführt werden. Häufiger entscheiden akademische Forscher im Voraus, ohne Rücksprache mit den Klienten, was ihre Therapie bewirken soll. Dies ist ein entscheidender Punkt, auf den wir noch zurückkommen werden.

Forschungsergebnisse sind am aussagekräftigsten, wenn mehrere unabhängige Datenquellen zu den gleichen Schlussfolgerungen kommen. In der Studie von

Consumer Reports wurden Informationen von Klienten eingeholt. Aber was sagen erfahrene Therapeuten dazu, wie lange eine Therapie dauert? Überraschenderweise stellen akademische Forscher auch diese Frage nur selten. Im Allgemeinen sind Psychotherapieforscher bemerkenswert uninteressiert an den Aussagen von Therapeuten aus der Praxis. In der gesamten Forschungsliteratur zur Psychotherapie werden die Stimmen von Klienten und Therapeuten nur selten gehört. Die Stimmen, die am lautesten zu hören sind, sind die von Akademikern mit wenig Erfahrung in der Psychotherapie als Klienten oder als Therapeuten.

Ein Forschungsteam unter der Leitung des Psychologen und Neurowissenschaftlers Drew Westen von der Emory University hat eine Stichprobe von 270 sehr erfahrenen Psychotherapeuten (durchschnittlich 18 Jahre Praxiserfahrung, etwa zwei Drittel Psychologen und ein Drittel Psychiater) gebeten, ihre letzten abgeschlossenen Therapien zu beschreiben, "bei denen sich Patient und Therapeut einig waren, dass das Ergebnis einigermaßen erfolgreich war". Die Therapeuten wurden nach erfolgreich abgeschlossenen Therapien mit drei Klienten gefragt: einer mit klinisch signifikanter Depression, einer mit klinisch signifikanter Panik und einer mit klinisch signifikanter Angst ohne Panik. Die Therapeuten hatten unterschiedliche theoretische Ausrichtungen, und ungefähr gleich viele beschrieben ihre Ausrichtungen als kognitive Verhaltenstherapie (CBT), psychodynamisch oder eklektisch.

Die durchschnittliche Anzahl der Sitzungen lag zwischen 52 (bei Panik) und 75 (bei Depressionen), was *etwa einem Jahr wöchentlicher Therapie entspricht* - ungefähr die gleiche Dauer, die *Consumer Reports* für die meisten Menschen als am hilfreichsten empfiehlt.

Die Forscher untersuchten auch die Therapiedauer getrennt nach Therapeuten verschiedener theoretischer Ausrichtungen. Es überrascht nicht, dass psychodynamische Therapeuten tendenziell die längsten und CBT-Therapeuten die kürzesten Behandlungen durchführten, wobei die eklektischen Therapeuten irgendwo dazwischen lagen. Aber selbst die CBT-Therapeuten berichteten, dass eine erfolgreiche Therapie viel länger dauerte als die in Forschungsstudien üblichen 8 bis 16 Sitzungen. Die durchschnittliche Anzahl der Sitzungen für eine erfolgreiche CBT in der Praxis reichte von 33 bis 44 - etwas mehr als sechs Monate wöchentlicher Therapie bis zu fast einem Jahr. Diese Zeitspannen kommen Ihnen vielleicht bekannt vor.

In der Umfrage wurde auch eine differenziertere Frage gestellt als die, wie lange erfolgreiche Behandlungen gedauert haben: "Zu welchem Zeitpunkt haben Sie eine klinisch signifikante Veränderung der primären Symptome festgestellt, mit denen sich der Patient vorgestellt hat?" Mit anderen Worten: Wie lange dauerte es, bis die Patienten gesund wurden, aber auch, bis sie sich ausreichend verbessert hatten, um einen Unterschied zu machen? Der Medianwert lag zwischen 16 und 20.

Akademische Forscher, die für kurze manualisierte Therapien werben, sagen uns, dass die Therapie nach 8 bis 12 Sitzungen *abgeschlossen ist*. Glaubt man jedoch den erfahrenen Therapeuten - Psychologen und Psychiater verschiedener theoretischer Richtungen mit durchschnittlich 18 Jahren Praxiserfahrung - so hat eine sinnvolle Therapie gerade erst begonnen.

Bei den von uns beschriebenen Studien handelt es sich um Erhebungen, die sich auf retrospektive Berichte von Klienten und Therapeuten stützen. Die Ergebnisse sind aussagekräftig, umso mehr, als die von Klienten und Therapeuten erhaltenen Informationen übereinstimmen. Aber Umfragen, egal wie sorgfältig sie durchgeführt werden, sind nicht beweiskräftig.

Eine andere Möglichkeit zu untersuchen, wie lange eine wirksame Therapie dauert, wäre, die Fortschritte des Klienten in Echtzeit zu verfolgen, Sitzung für Sitzung. Hypothetisch könnte dies durch wiederholte Anwendung eines validierten, standardisierten Bewertungsinstruments während der gesamten Therapie geschehen. Eine solche Studie könnte wichtige Fragen zweifelsfrei klären: Gibt es wirklich eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen dem Umfang der Therapie und der Verbesserung? Wenn ja, wie viel "Dosis" ist erforderlich, um bei einer bedeutenden Anzahl von Menschen einen bedeutenden Unterschied zu bewirken?

Diese hypothetische Studie wurde von einem Forschungsteam unter der Leitung des renommierten Psychotherapieforschers Michael Lambert von der Brigham Young University durchgeführt und im *Journal of Consulting and Clinical Psychology* veröffentlicht. Die Studie umfasste eine landesweite Stichprobe von über 10.000 Therapieklienten - ja, über 10.000 -, die von Sitzung zu Sitzung mit dem Outcome Questionnaire-45 (OQ-45), einem validierten Ergebnisinstrument mit etablierten Normen, bewertet wurden. Die 45 Fragen beziehen sich auf drei Bereiche: Symptome, zwischenmenschliche Beziehungen sowie Lebens- und Arbeitsqualität. Das Endergebnis, das in dieser Studie von Interesse war, war nicht, ob die Patienten vollständig gesund wurden, sondern die untere Grenze der "klinisch signifikanten Veränderung", die quantitativ auf der Grundlage der Normen für das OQ-45-Instrument definiert wurde.

Wie die *Consumer Reports*-Studie ergab auch diese Studie eine Dosis-Wirkungs-Beziehung zwischen den Therapiesitzungen und der Verbesserung. Je länger die Therapie fortgesetzt wurde, desto mehr Klienten erzielten klinisch signifikante Veränderungen. Wie viele Therapiesitzungen waren also erforderlich? Erst nach 21 Sitzungen, d. h. nach etwa sechs Monaten wöchentlicher Therapie, konnte bei 50 % der Patienten eine klinisch signifikante Veränderung festgestellt werden. Erst nach mehr als 40 Sitzungen, d. h. fast einem Jahr wöchentlicher Therapie, konnten 75 % der Patienten eine klinisch signifikante Veränderung feststellen.

Bedeutsame Veränderungen setzten etwa nach sechs Monaten ein, und Klienten, die ein Jahr lang in Therapie blieben, schnitten wesentlich besser ab.

Die Informationen aus den Erhebungen bei Klienten und Therapeuten erwiesen sich als ziemlich genau zutreffend. Drei unabhängige Datenquellen kommen übereinstimmend zu ähnlichen Zeitrahmen. Jeder Klient ist anders, und niemand kann vorhersagen, wie viel Therapie für eine bestimmte Person ausreicht, aber *im Durchschnitt* beginnt eine klinisch bedeutsame Veränderung um die Sechsmonatsmarke herum und wächst von da an. Und während manche Menschen mit weniger Therapie das bekommen, was sie brauchen, brauchen andere eine ganze Menge mehr.

Dies stimmt mit dem überein, was uns klinische Theoretiker schon seit fast einem Jahrhundert sagen. Das sollte keine Überraschung sein. Nichts, was von tiefem und dauerhaftem Wert ist, ist billig oder einfach, und sich selbst und den Verlauf seines Lebens zu ändern, ist vielleicht das Wertvollste von allem.

Überlegen Sie einmal, was es braucht, um eine neue und komplexe Fähigkeit zu erlernen, z. B. eine Sprache, ein Musikinstrument, Skifahren oder eine Tischlerkunst. Mit sechs Monaten Übung erreichen Sie vielleicht das Niveau eines Anfängers oder Anfängers. Wenn Ihnen jemand verspricht, Sie in sechs Monaten zum Experten zu machen, würden Sie vermuten, dass er Ihnen Schlangenöl verkauft. Sinnvolle persönliche Entwicklung braucht Zeit und Mühe. Warum sollte es bei der Psychotherapie anders sein?

Der Mythos der evidenzbasierten Therapie

Man sollte meinen, dass Forscher, die das wissenschaftliche Wissen über Psychotherapie erweitern wollen, diese Informationen für die Gestaltung der Psychotherapieforschung nutzen würden. Die Ergebnisse legen allgemeine Parameter dafür fest, was am sinnvollsten zu untersuchen ist: Für die meisten Menschen sind sechs Monate Therapie ein Ausgangspunkt für sinnvolle Veränderungen, und Studien über Therapien von 12 Monaten oder länger sollten die Norm sein. Die Klienten wären nicht verpflichtet, die Therapie länger fortzusetzen, als sie es für ein Forschungsprotokoll brauchen oder wollen, aber wenn es uns ernst ist mit der Untersuchung von Therapien, die einer bedeutenden Anzahl von Menschen eine sinnvolle Hilfe bieten könnten, wären dies vernünftige Ausgangsparameter.

Und doch ist dies weder die Art und Weise, wie die meisten akademischen Forschungen durchgeführt werden, noch die Botschaft, die die meisten Menschen über die Therapie erhalten. Die Normen für die Therapiedauer werden heute in der Regel von den Kostensenkungsplänen der Krankenkassen und von der akademischen Forschung festgelegt, die auf Annahmen beruht, die nicht realistisch widerspiegeln, wie Psychotherapie funktioniert. In der Psychotherapieforschung konzentriert sich der Löwenanteil der Forschung auf kurze Therapien mit fester Dauer, die anhand von Schritt-für-Schritt-Anleitungen durchgeführt werden - die so genannte manualisierte Therapie. Mit Ausnahme einiger weniger längerfristiger Behandlungen der Borderline-Persönlichkeitsstörung umfassen manualisierte Therapien fast immer 16 Sitzungen oder weniger, wobei 8 bis 12 Sitzungen typisch sind.

Akademische Forscher bezeichneten diese lehrbuchmäßigen Therapien zunächst als empirisch validierte Therapien (EVTs), dann als empirisch gestützte Therapien (ESTs) und jetzt als evidenzbasierte Therapien. Diese Begriffe, insbesondere der Begriff *evidenzbasierte Therapie*, sind problematisch, weil sie irreführend sind. Die Leute glauben, dass sie bedeuten, dass die Klienten gesund werden. Das ist aber nicht der Fall. Evidenzbasierte Therapie bedeutet vielmehr, dass die Behandlung auf standardisierte Weise nach einer Anleitung durchgeführt wird und dass sie mit spezifischen Forschungsmethoden untersucht wurde. Der Begriff bezieht sich nicht

auf den Prozentsatz der Menschen, die gesund werden, oder darauf, wie sehr sie sich verbessern, oder ob sie selbst ihre Therapie als erfolgreich betrachten.

Um die eingebaute Verwirrung zwischen den Methoden, die zur Untersuchung dieser Therapien verwendet werden, und ihrem Nutzen für die Klienten zu vermeiden, werden wir den zweideutigen Begriff "*evidenzbasierte Therapie*" vermeiden und die Behandlungen stattdessen beschreibend als *Therapien mit Anleitungsmanualen bezeichnen*.

Der Weg zum Fortschritt

In der Psychotherapieforschung werden Studien, die randomisierte kontrollierte Studien (RCT) verwenden, am besten bewertet. Bei dieser Methode werden die Versuchspersonen nach dem Zufallsprinzip einer Behandlungs- oder Kontrollgruppe zugeordnet (in der Regel keine Intervention oder eine Placebo-Intervention, die nicht auf die Probleme des Klienten abzielt). Die Behandlung muss anhand eines Handbuchs durchgeführt werden, um sicherzustellen, dass sie von allen an der Studie beteiligten Therapeuten auf einheitliche Weise durchgeführt wird. Die Forscher wählen Probanden mit einer bestimmten DSM-Diagnose aus, z. B. generalisierte Angststörung, schwere depressive Störung oder PTBS, und diese Störung steht im Mittelpunkt der Behandlung. Das gewünschte Ergebnis wird von den Forschern definiert, nicht von den Klienten oder Therapeuten, und wird anhand von Punkten auf Symptom-Checklisten gemessen, die auf der DSM-Diagnose basieren.

Dieser medizinisch geprägte Ansatz, die Probleme der Klienten in eine einzige psychiatrische Diagnosekategorie einzuordnen und den Fortschritt ausschließlich anhand der Symptome zu definieren, ermöglicht es, die Psychotherapie in RCTs mit Medikamenten zu vergleichen und sie so zu behandeln, als sei sie der Einnahme eines Medikaments gleichzusetzen. Da es oft als ausreichend angesehen wird, die Wirkung von Medikamenten in einer kurzen Zeitspanne von 8 oder 12 Wochen zu bewerten, wird die gleiche Annahme auf die Lehrbuchtherapie angewandt.

In den meisten Forschungsstudien werden daher 8- bis 12-wöchige Behandlungen untersucht. Diese verkürzten Behandlungsmodelle sind im Bereich der psychischen Gesundheit auf dem Vormarsch. Auf der Website der Society of Clinical Psychology, die sich für die Sensibilisierung der Öffentlichkeit für die manualisierte Therapie einsetzt, sind 85 zugelassene Behandlungen aufgeführt. Alle zielen auf eine einzige, spezifische DSM-Diagnose ab, und die meisten haben ein 12-Sitzungs-Format, wie die kognitive Verarbeitungstherapie (CPT) und die verlängerte Exposition (PE) für PTBS.

Nirgendwo werden lehrbuchgestützte Therapien so sehr gefördert wie im US Department of Veterans Affairs, dem weltweit größten Anbieter von Dienstleistungen im Bereich der psychischen Gesundheit. Als vor einigen Jahren Beamte des Institute of Medicine im Bronx Veterans Affairs Medical Center auftauchten, um das Personal zur Anwendung von manualisierten Therapien wie PE zu drängen, wurde Rachel

Yehuda, eine der anwesenden Psychologinnen, gesagt: "PE für PTBS nicht anzubieten, ist wie Insulin für Diabetes nicht anzubieten."

Kurze, manualisierte Therapien werden auch für Krankenversicherungen immer mehr zur Standardbehandlung. Lyra Health, ein Unternehmen für verhaltensorientierte Gesundheitsfürsorge, das Mitarbeiter großer Unternehmen wie eBay und Amgen psychologisch betreut, erklärt auf seiner Website kühn, dass "[Manualtherapien] als erste Intervention eingesetzt werden sollten, da sie die besten Aussichten bieten, Klienten mit häufigen psychischen Problemen zu helfen, sich besser zu fühlen und zu genesen. Alles andere birgt das Risiko, den Klienten einer potenziell schädlichen Behandlung auszusetzen, und beraubt den Klienten einer Behandlung, die gründlich getestet wurde und nachweislich funktioniert."

Damit sind wir bei der alles entscheidenden Frage angelangt: Bieten kurze, manualisierte Therapien sinnvolle Hilfe? Bevor wir uns mit der Forschung befassen, wollen wir mit der Sichtweise einer für diesen Artikel befragten Psychologin beginnen, die ausgebildet wurde, um Kriegsveteranen in einer Großstadt im Mittleren Westen eine Therapie mit Anleitung zu geben. Wir verwenden das Pseudonym Dr. Cameron, weil sie befürchtete, dass ihr 10-jähriger Ruf in der VA beschädigt werden könnte, wenn sie sich selbst zu erkennen gäbe. Als sie gebeten wurde, einen typischen Fall von PTBS zu beschreiben, den sie mit der Lehrbuchtherapie behandelt hatte, fiel ihr sofort Ryan ein, ein 30-jähriger ehemaliger Kampftechniker, der dreimal im Nahen Osten eingesetzt worden war, um Bomben am Straßenrand aufzuspüren und zur Explosion zu bringen.

Ryan nutzte die ihm zugewiesenen 12 CPT-Sitzungen fleißig, um seine "festgefahrenen Punkte", d. h. unvernünftige automatische Gedanken über einen Bombenanschlag am Straßenrand, zu erkennen und zu korrigieren. Im Laufe der Zeit schrieb er seine Geschichte über den Vorfall (sein "Impact Statement") so um, dass er weniger geneigt war, sich selbst dafür zu verurteilen, dass er nicht in der Lage war, Schaden von seinen Kameraden abzuwenden. Als die 12 Sitzungen vorbei waren, fühlte sich Dr. Cameron gezwungen, sich weiter mit Ryan zu treffen, da er immer noch in schwerer Bedrängnis war. Auf dem Weg zum Laden vergaß er, wo er sich befand, weil er so sehr damit beschäftigt war, schreckliche Kampferinnerungen wieder aufleben zu lassen. Er fühlte sich wie ein fremdes Wesen, ein ausgehöhlter Mensch, der nicht mit seiner Umgebung verbunden war. Er wollte sich unbedingt als "Teil der Gesellschaft" fühlen, "besser mit anderen Menschen auskommen", "ein besserer Ehemann für meine Frau sein" und "sich einfach wieder lebendig fühlen".

Dr. Cameron glaubte, dass Ryans Schwierigkeiten durch einen unsicheren Bindungsstil verschlimmert wurden, den seine militärische Ausbildung noch verstärkt hatte. "Er vermeidet jede Annäherung, fühlt sich nicht wohl dabei, verletzlich zu sein und sich auf andere zu verlassen", sagte sie. "Sein Bedürfnis nach Unabhängigkeit, Selbstvertrauen und einem 'harten Kerl' zu sein, ist übertrieben. Er setzt Emotionalität mit Schwäche gleich". In der Mitte des Gesprächs bemerkte Dr. Cameron: "Bei Klienten wie Ryan kommt die wahre Geschichte erst nach etwa einem Jahr wöchentlicher Therapiesitzungen ans Licht, weil es ehrlich gesagt so lange dauert, bis das Vertrauen aufgebaut ist, das traumatisierte Tierärzte brauchen, um sich zu öffnen."

In Ryans Fall dauerte es ein Jahr der Therapie, bis er zusammenbrach und weinte und Dr. Cameron gestand, dass er oft selbstmordgefährdet war und seine Frau nicht wissen ließ, wie schlecht es ihm ging. Dr. Cameron fasste ihre Ansicht über Traumabehandlungen nach Lehrbuch folgendermaßen zusammen: "Viele von uns in der VA wissen, dass sie nicht für die Bevölkerung geeignet sind, weil die Fälle, die wir sehen, *immer* komplizierter sind. Diese Behandlungen führen selten, wenn überhaupt, zu echten Fortschritten. Sechs Monate, ein Jahr, zwei Jahre nach ihrer Beendigung tauchen die Klienten wieder in unserer Klinik auf, weil es ihnen nicht gut geht."

Es stellt sich heraus, dass Ryans Fall nicht ungewöhnlich ist. Eine im *Journal of the American Medical Association* veröffentlichte Studie der Psychologin Maria Steenkamp und ihrer Kollegen lässt aufhorchen: Zwei von drei Veteranen, die mit so genannten evidenzbasierten Therapien gegen PTBS behandelt wurden, leiden auch nach Abschluss der Behandlung noch an PTBS.

Forschungsergebnisse lassen ebenfalls Zweifel an der Behauptung aufkommen, dass lehrbuchgestützte Therapien depressiven Klienten auf lange Sicht helfen. Einer von uns (Jonathan) überprüfte kürzlich die Forschungsergebnisse zur manualtherapeutischen Forschung in einem Aufsatz mit dem Titel "[Where Is the Evidence for 'Evidence-Based' Therapy?](#)" In der 30 Jahre umfassenden Forschung lag der Prozentsatz der depressiven Klienten, die gesund wurden und gesund blieben, selbst bei kurzen Nachbeobachtungszeiträumen von 12 bis 18 Monaten, bei etwa 25 %.

Die American Psychological Association ist zu einem ähnlichen Schluss gekommen, auch wenn man sich etwas mehr Mühe geben muss, um das herauszufinden. In den kürzlich veröffentlichten Leitlinien für die klinische Praxis bei Depressionen, in denen nur kurze, manuelle Therapien empfohlen werden, finden sich im Kleingedruckten des 168-seitigen Dokuments, das ursprünglich zur öffentlichen Stellungnahme veröffentlicht worden war, die folgenden Vorbehalte: "Insgesamt haben Behandlungen von Depressionen [mit Anleitungen] eine bescheidene Wirkung auf die Linderung der Symptome". "Bewährte Verfahren sind nicht immer gleichbedeutend mit der persönlichen Vorstellung des Patienten vom Behandlungserfolg", was zu Behandlungsabbrüchen und dem Potenzial für lebenslange negative Assoziationen und Entfremdung von der Behandlung führt.

Noch tiefer vergraben ist der Kinnladen: "Vier Jahrzehnte Psychotherapieforschung haben gezeigt, dass nach Abschluss der Behandlung mehr als die Hälfte der Patienten depressiv bleibt, und von denen, denen es am Ende der Behandlung besser geht, erleiden etwa 40 Prozent einen Rückfall."

Ein wenig Rechnen führt zu folgender evidenzbasierter Schlussfolgerung: 7 von 10 Menschen, die eine so genannte evidenzbasierte Therapie gegen Depressionen erhalten, bessern sich nicht oder werden schnell wieder rückfällig.

Das Geheimnis des Meisterklinikers

Ein Grund dafür, dass Kurztherapien mit Anleitungsmanualen nicht wirklich zu einer langfristigen Verbesserung beitragen, ist, dass sie die Mischung aus Bindungsunsicherheiten, Persönlichkeitsmerkmalen und psychologischen Abwehrmechanismen, die die meisten Klienten im klinischen Alltag ängstlich und depressiv machen, ausblenden.

Die Beschränkung der Forschung auf "reine" Fälle einer Diagnose und die Beschränkung der Bedeutung der Ergebnisse auf Symptom-Checklisten ermöglichen elegante experimentelle Forschungsdesigns, gehen aber an der Komplexität der psychologischen Schwierigkeiten vorbei, die die meisten Klienten erleben. Nur selten setzt sich ein Klient hin und listet seine Symptome im Gleichschritt mit einer DSM-Diagnose auf. Stattdessen hören wir von der Scham einer Person, weil sie wieder einmal die Beherrschung über ihre Tochter verloren hat; oder von der Verwirrung über die Besitzgier eines Freundes; oder von der beunruhigenden Anziehungskraft, die jemand auf unerreichbare Frauen ausübt; oder von der Neigung, in intimen Momenten unangenehme Dinge zu sagen, die das Potenzial für Nähe zunichte machen; oder von einer beliebigen Anzahl von Schwierigkeiten, schwierige Gefühle zu erkennen und auszudrücken.

Ein grundlegender Fehler in der Logik lehrbuchmäßiger Therapien besteht darin, dass Klienten in erster Linie zur Symptomreduktion in die Therapie kommen.

Tatsächlich sind die meisten Probleme, die Therapeuten behandeln, in die Persönlichkeit eingebettet und untrennbar mit ihr verbunden - mit den charakteristischen und dauerhaften Mustern des Denkens, Fühlens, Phantasierens, Begehrens, der Angst, der Bewältigung, der Verteidigung, der Bindung, der Beziehung und des Erlebens von sich selbst und anderen. Forschungsergebnisse deuten darauf hin, dass bis zur Hälfte der Therapieklienten mit Primärdiagnosen von häufigen Störungen wie Depressionen oder generalisierten Ängsten auch die formalen DSM-Kriterien für Persönlichkeitsstörungen erfüllen oder eine unterschwellige Persönlichkeitspathologie aufweisen. Alle haben Persönlichkeitsstile, die sich auf die Behandlung und Genesung auswirken.

Dies ist das Geheimnis, das die besten Kliniker kennen: Sinnvolle und dauerhafte psychologische Veränderungen entstehen, wenn man sich nicht auf die Symptome konzentriert, sondern auf die Persönlichkeitsmuster, die ihnen zugrunde liegen. Dies ist nicht nur eine klinische Weisheit, sondern ein empirischer Befund. Laut einer Untersuchung im *American Journal of Psychiatry* gehören zu den Persönlichkeitsproblemen, die von erfahrenen Klinikern am häufigsten als klinisch bedeutsame Probleme genannt werden, Probleme mit Intimität, Verbundenheit oder Engagement in engen Beziehungen, Schwierigkeiten mit Durchsetzungsvermögen oder dem Ausdruck von Wut oder Aggression, Probleme mit Trennung, Verlassenwerden oder Zurückweisung, Probleme mit dem Selbstwertgefühl (z. B. das Gefühl, unzulänglich oder inkompetent zu sein), Probleme mit Autorität, Schüchternheit oder Schwierigkeiten, anderen Menschen nahe zu kommen oder Freundschaften zu schließen, sowie Perfektionismus oder starke Selbstkritik.

Wir vermuten, dass diese Therapieprobleme den meisten Therapeuten bekannt vorkommen.

Was ist ein "gutes" Ergebnis?

Ein grundlegender Fehler in der Logik der lehrbuchmäßigen Therapien besteht darin, dass die Klienten in erster Linie zur Symptomreduzierung in die Therapie kommen. Oft wollen sie etwas anderes und mehr. Fragt man sie, wie sie selbst ein *gutes Ergebnis* definieren, so verweisen sie auf Dinge wie eine neue Art der Beziehung zu anderen, ein besseres Selbstverständnis, einen höheren Selbstwert und Selbstakzeptanz. Zu diesem Ergebnis kommt eine kürzlich in der Zeitschrift *Psychotherapy Research* veröffentlichte Studie, die auf Befragungen von Klienten nach der Therapie beruht. Eine enge Definition des Fortschritts im Sinne einer Symptomreduzierung, wie dies in den meisten Untersuchungen zur Lehrbuchtherapie der Fall ist, lässt nicht nur außer Acht, was Klienten von der Therapie erwarten, sondern führt auch zu falschen Schlussfolgerungen über den Behandlungserfolg.

In einer kürzlich veröffentlichten Studie trafen sich Forscher der Universität Gent in Belgien mit Klienten, nachdem sie 16 bis 20 Therapiesitzungen wegen schwerer Depressionen absolviert hatten. Etwa die Hälfte der Klienten, die auf der Grundlage ihrer Beck Depression Inventory-2-Werte als verbessert oder genesen eingestuft wurden, gaben an, dass sie mehr Therapie bräuchten: Sie hatten nicht in der Weise profitiert, die sie sich am meisten wünschten, z. B. Fortschritte auf dem Weg zu der Person zu machen, die sie sein wollten, unabhängiger zu werden, Ängste und Herausforderungen zu bewältigen, Einsicht zu gewinnen oder mehr Selbstakzeptanz zu entwickeln. Die Autoren mahnen Psychotherapeuten zur Vorsicht, die versucht sind, sich auf die Ergebnisse einer Symptom-Checkliste als Beweis für Fortschritte zu verlassen: "Gute Ergebnisse", wie sie auf der Grundlage der statistischen Interpretation von Symptomskalen definiert werden, spiegeln nicht unbedingt gute Psychotherapieeffekte im Erleben der Patienten wider."

Was die Klienten von der Therapie erwarten, stimmt mit den Veränderungen überein, die die Therapeuten für ihre Klienten anstreben. Der Psychologe David Orlinsky leitete eine internationale Umfrage unter mehr als 5.000 Fachleuten aus dem Bereich der psychischen Gesundheit mit unterschiedlichem theoretischem Hintergrund, die gebeten wurden, die Behandlungsziele, die sie ihren Klienten am meisten wünschen, in eine Rangfolge zu bringen. Ganz oben auf der Liste stand mit Abstand "ein starkes Selbstwertgefühl und eine starke Identität haben". An zweiter Stelle stand die "Verbesserung der Qualität ihrer Beziehungen". An dritter Stelle stand das "Verstehen ihrer Gefühle, Motive und/oder ihres Verhaltens", und danach kam "Integration ausgeschlossener oder abgespaltener Aspekte des Erlebens". Die "Verringerung ihrer Symptome" rangierte weit abgeschlagen an fünfter Stelle.

Wenn wir anerkennen, was Patienten von einer Psychotherapie erwarten und worauf erfahrene Therapeuten Wert legen, ändert sich das Wesen der Therapie.

Dr. Camerons kluger Kommentar - "es dauert ein Jahr Therapie, bis die wahre Geschichte ans Licht kommt" - ist gar nicht so abwegig. Erst diese Woche platzte Debra (eine Kundin von Enrico) mit den Worten heraus: "Ich muss mich ernsthaft in Therapie begeben." Die 40-jährige Schauspielerinnen ist seit etwa eineinhalb Jahren in wöchentlicher Therapie. Wie bei den meisten Klienten gibt es keine einzige

Diagnose, die ihre Schwierigkeiten erfasst. Sie leidet unter starken Verlassenheitsängsten, die sie besitzergreifend gegenüber ihrem Ehemann machen und sie fürchten lassen, ihn zu verlieren. Sie wünschte, sie wäre durchsetzungsfähiger gegenüber überheblichen Chefs. Sie bedauert, dass sie einer Reihe von Geschäftsvertretern zu viel Vertrauen entgegengebracht hat, deren Entscheidungen ihnen finanziell zugute kamen und ihr schadeten. Sie hat schreckliche Angst vor Konflikten und ist übermäßig "nett", um sicherzustellen, dass andere nicht wütend auf sie werden.

Nach der plötzlichen Ankündigung ihres Mannes, dass er eine Auszeit brauche, hat sich Debra in Therapie begeben. Er dachte, dass ein vorübergehender Auszug ihm Raum geben würde, seine Liebe zu ihr neu zu entdecken. Um ehrlich zu sein, hatte Debra in der Therapie Fortschritte gemacht: Sie konnte ihre Verletzungen und ihre Wut über die emotionale Vernachlässigung in ihrer Kindheit verarbeiten, sie erkannte, dass ihre Ängste vor dem Verlassenwerden von ihren vielen Erfahrungen herrührten, als ihre Eltern mit der Scheidung drohten und nach heftigen Kämpfen tagelang wegliefen, und sie gewann allgemein Zugang zu einer Reihe von Gefühlen, die es ihr ermöglichten, sich lebendiger und weniger ängstlich und deprimiert zu fühlen.

Debras Erkenntnis war, dass sie ihrem Mann gegenüber allzu oft emotional zurückhaltend und übermäßig nett war. Aus Angst vor Ablehnung gab sie sich unauffällig und angenehm, aber das trug zum emotionalen Abflachen ihrer Ehe bei. Ihre Ankündigung - "Ich muss ernsthaft werden" - spiegelte eine neu gefundene Verpflichtung wider, zu Hause Raum für die ganze Bandbreite ihrer Gefühle zu schaffen, sowohl für die liebevollen als auch für die nicht so liebevollen.

Unserer Erfahrung nach ist diese Art von zweitem Wind in der längerfristigen Therapie, oder der Zugang zu tieferen Veränderungsprozessen und neuer Energie, um Lebensziele zu verfolgen, häufiger als nicht. Einige Forschungsergebnisse belegen dies. In einer einjährigen Studie über gemeindebasierte psychodynamische Psychotherapie mit 65 Klienten fanden Refael Yonatan-Leus von der Hebräischen Universität Jerusalem und Kollegen heraus, dass die Behandlung mit der Zeit bei erfahrenen Therapeuten zunehmend effektiver wird. Im Laufe der Therapie lernen die Klienten, Verständnis und Einfühlungsvermögen zu erwarten, was wiederum dazu führt, dass sie mehr emotionale Wahrheiten preisgeben und sich ungeschützt offenbaren.



Leider bleiben Legionen von Klienten nicht lange genug in der Therapie, um die Früchte zu ernten. Der frühe Therapieabbruch ist ein vernachlässigtes Thema in unserem Bereich. In einem 2010 im *American Journal of Psychiatry* erschienenen Artikel wurde über eine Stichprobe von 30 000 Psychotherapiepatienten berichtet, und es wurde festgestellt, dass fast 40 Prozent innerhalb der ersten beiden Sitzungen die Therapie abgebrochen hatten, und 80 Prozent, bevor sie 10 Sitzungen

besucht hatten. Nur neun Prozent nahmen an 20 oder mehr Sitzungen teil. Innerhalb des VA-Systems sind die Abbrecherquoten bei der Psychotherapie erschütternd. Eine kürzlich von dem Psychiater Bradley V. Watts durchgeführte Analyse von PTBS-Patienten in VA-Kliniken in Neuengland ergab, dass nur zwei Prozent der Veteranen mit PTBS eine "angemessene Dosis" an Psychotherapie erhalten, d. h. acht Sitzungen oder mehr.

Man ist versucht, sich zu fragen, ob die Abbrecherquoten die schlechte Arbeit widerspiegeln, die wir in unserem geschätzten Beruf leisten, um Therapeuten darin auszubilden, die menschlichen Eigenschaften zu verfeinern, die eine sinnvolle Therapie möglich machen und durch Berge von Forschungsergebnissen gestützt werden: Einfühlungsvermögen, Verständnis, echte Wertschätzung und die Fähigkeit, eine Allianz um die gemeinsame Aufgabe der Therapiearbeit herum aufzubauen. Die Klienten müssen wissen, dass ihr Therapeut nicht nur aufmerksam genug ist, um zuzuhören, sondern dass er auch weiß, wie er aufmerksam genug zuhören kann, um zu hören, was wichtig ist. Klienten brauchen viel Raum und Zeit, um ihre quälenden Lebensgeschichten in der nichtlinearen, zerstreuten Art und Weise zu erzählen, zu der verzweifelte Menschen neigen. Das Schweigen lässt Raum für tiefere Gefühle und Erkenntnisse, die aufsteigen können. Subtiles Kopfnicken, schiefes Lächeln und wissendes Seufzen des Therapeuten erinnern die Klienten daran, dass sie gehört werden.

Heutzutage neigt sich die Waage in Richtung der angehenden Therapeuten, die kurzfristige, techniklastige Therapien mit Anleitungsmanualen erlernen, bei denen es sie juckt, die Klienten "wieder auf den richtigen Weg" zu bringen und die Agenda im Behandlungshandbuch zu erfüllen. Wenn die Therapie kurz ist und einer strikten Tagesordnung folgt - Korrektur negativer Gedanken, Erklärung von Symptomen, Psychoedukation der Klienten über ihre Emotionen -, ist es dann nicht logisch, dass viele Klienten das Gefühl haben, es bleibe wenig Raum, um zum Kern dessen vorzudringen, was sie wirklich beschäftigt?

Wir befürchten, dass manuelle Therapien mit Skripten die Klienten von der Therapie abhalten, anstatt sie zu fördern, und das zu einer Zeit, in der die Abbrecherquote bereits zu hoch ist. Wenn der typische ängstliche und depressive Klient, der mit Selbstwertgefühl und zwischenmenschlichen Problemen zu kämpfen hat, die Therapie so lange durchhalten soll, wie es für eine echte und dauerhafte Veränderung erforderlich ist, müssen wir auf die Stimmen derjenigen in der Branche hören, die sich dafür einsetzen, dass Therapeuten zu besseren Zuhörern werden. Scott Miller, ein leidenschaftlicher Gelehrter, der sich mit der Frage beschäftigt, was in der Psychotherapie funktioniert, nimmt hier kein Blatt vor den Mund. "In der Psychotherapie ist es fünf- bis neunmal wichtiger, wer die Behandlung durchführt, als welcher Behandlungsansatz verfolgt wird", sagt er - deshalb rät er angehenden Therapeuten, an ihren Beziehungsfähigkeiten zu arbeiten.

Das ist ein kluger Ratschlag. In unserer täglichen Praxis wissen wir Therapeuten die Notwendigkeit zu schätzen, dass unsere Klienten die Therapie nutzen, um weniger reaktiv zu werden und mehr persönliches und soziales Selbstvertrauen zu gewinnen. Wir begreifen, wie wichtig es für unsere Klienten ist, alte, in der Kindheit angelegte Gewohnheiten nicht zu wiederholen und zu verstehen, warum sie so fühlen und

handeln, wie sie es tun. Anfangs sind wir oft überrascht, wie naiv unsere Klienten sind, wenn es um die Dauer der Therapie geht, die notwendig ist, um in diesen Bereichen echte Fortschritte zu erzielen. Aber es gibt eine Sache, die die meisten von uns nicht überrascht: Wenn man die Jahre der persönlichen Therapie und Selbstuntersuchung investiert, die notwendig sind, um gut genug zu sein, um anhaltendes Einfühlungsvermögen, echte Wertschätzung und sorgfältiges und fürsorgliches Zuhören zu verkörpern, kommen die meisten Klienten immer wieder zurück. Die Begegnung mit jemandem, der geduldig ist, der nicht gleich mit Antworten kommt und Probleme löst, und der sie ihre Probleme in ihrem eigenen Tempo lösen lässt, gibt den Klienten die Freiheit zu akzeptieren, dass echte und dauerhafte Veränderungen Zeit brauchen.