

Komplementäre Beziehungsgestaltung

Thomas Berger
Université de Genève

Fachtagung « Beziehungsaspekte im Rahmen ambulanter
Psychotherapie »
Bad Pyrmont 27./28. Okt.

Komplementäre Beziehungsgestaltung



Klaus Grawe



Franz Caspar

Aufbau

- Einführung
- WARUM komplementäre Beziehungsgestaltung?
- WAS ist komplementäre Beziehungsgestaltung?
- WIE kann komplementäre Beziehungsgestaltung realisiert werden?
- Empirische Ergebnisse

Therapiebeziehung aus verhaltenstherapeutischer Sicht

- (1) Gute Therapiebeziehung als Voraussetzung, als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung (damit spezifische Techniken ihre Wirkung entfalten können; Gelso & Hayes, 1998; Schulte & Eifert, 2002)

LATEST CLINICAL TRIALS
HAVE CLEARLY
DEMONSTRATED THAT THERE
IS NO EFFECTIVE TREAT-
MENT FOR STROKE...

..BUT IT MUST BE
CONDUCTED IN A
HOSPITAL SETTING!



Therapiebeziehung als notwendiger Kontext

Therapiebeziehung aus verhaltenstherapeutischer Sicht

- (1) Gute Therapiebeziehung als Voraussetzung, als notwendige, aber nicht hinreichende Bedingung (damit spezifische Techniken ihre Wirkung entfalten können; Gelso & Hayes, 1998; Schulte & Eifert, 2002)
- (2) Therapiebeziehung als eigenständiger Wirkfaktor (Th.beziehung als Ziel bzw. Technik, welche z.B. korrigierende Beziehungserfahrungen ermöglicht; Goldfried, 1985)



...auch beim Primat der Therapiebeziehung kann etwas über das Ziel hinausgeschossen werden...

Fragen eines Praktikers

- Was ist eine « gute » Therapiebeziehung?
- Wie baue ich eine « gute » Therapiebeziehung auf?
- Wie erhalte ich eine « gute » Therapiebeziehung und wie gehe ich mit Problemen in der Therapiebeziehung um?
- Wie kann ich die Therapiebeziehung gezielt nutzen?

Was ist eine « gute » Therapiebeziehung?

Arbeitsbündnis (« goal » und « task »-Komponente; Bordin, 1975)	Affektive Beziehung (« bond »-Komponente; Bordin, 1975)
Pat.-Th.-Übereinstimmung bezüglich <ul style="list-style-type: none">• Zielen• Rahmenbedingungen• Vorgehen	<ul style="list-style-type: none">• Empathie• positive Wertschätzung• Echtheit (Rogers, 1951)



Wichtige Bedingung, wichtiger Kontext für die Implementierung von Techniken (1)

Rector, Zuroff, & Segal (1999)



Auch direkte Wirkeffekte (2)

Wie baue ich eine gute Th.beziehung auf? Voraussetzungen!

Arbeitsbündnis	Affektive Beziehung
<ul style="list-style-type: none">• Was will ein Patient?• Was ist ihm wichtig?• Welche Vorgehensweisen erscheinen einem Pat. nachvollziehbar, realisierbar und attraktiv ?• Wie müssen Techniken realisiert werden, damit sie für einen Patienten maximal attraktiv sind?	<ul style="list-style-type: none">• tieferes Verständnis für die potentiellen Gründe des Verhaltens und Erlebens eines Patienten<ul style="list-style-type: none">➤ akkurate Empathie (Newman, 1998): erfordert Verständnis, warum etwas für einen Pat. schlimm ist➤ echte und unbedingte Wertschätzung einfacher

Wie baue ich eine gute Th.beziehung auf? Voraussetzungen!

Was will ein Patient? Was ist ihm wichtig? Was ist attraktiv für ihn? Was sind die Gründe für das Verhalten und Erleben eines Patienten? Warum ist etwas schlimm?...

Basis der komplementären Beziehungsgestaltung

Verständnis der Bedürfnisse und motivationalen Bereitschaften (Ziele, Motive) eines Patienten

Komplementäre Beziehungsgestaltung

- Grundidee: Therapeutenverhalten wird auf die individuellen Bedürfnisse, Ziele und Motive der Patienten zugeschnitten
- anderer, neu verwendeter Begriff:
 - **motivorientierte Beziehungsgestaltung**

Komplementarität in interpersonellen Modellen

(Sullivan, Leary, Kiesler, Horowitz...)

Zur Anzeige wird der QuickTime™
Dekompressor „TIFF (Unkomprimiert)“
benötigt.

Individuelle Bedürfnisse, Ziele und Motive erfassen/erkennen?

Methoden:

- **Plananalyse:** Fremdbeobachtungsverfahren nach Grawe & Caspar (1984); Caspar (1996): Motiv- bzw. Planstrukturen werden durch Therapeuten erschlossen
- **Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata (FAMOS):** Selbsteinschätzungsfragebogen nach Grosse Holtforth & Grawe (2000)

FAMOS (Fragebogen zur Analyse motivationaler Schemata)

(Grosse Holtforth & Grawe, 2000)

Der FAMOS erfasst die individuelle Wichtigkeit von motivationalen Schemata bzw. Annäherungs- und Vermeidungszielen von Patienten.

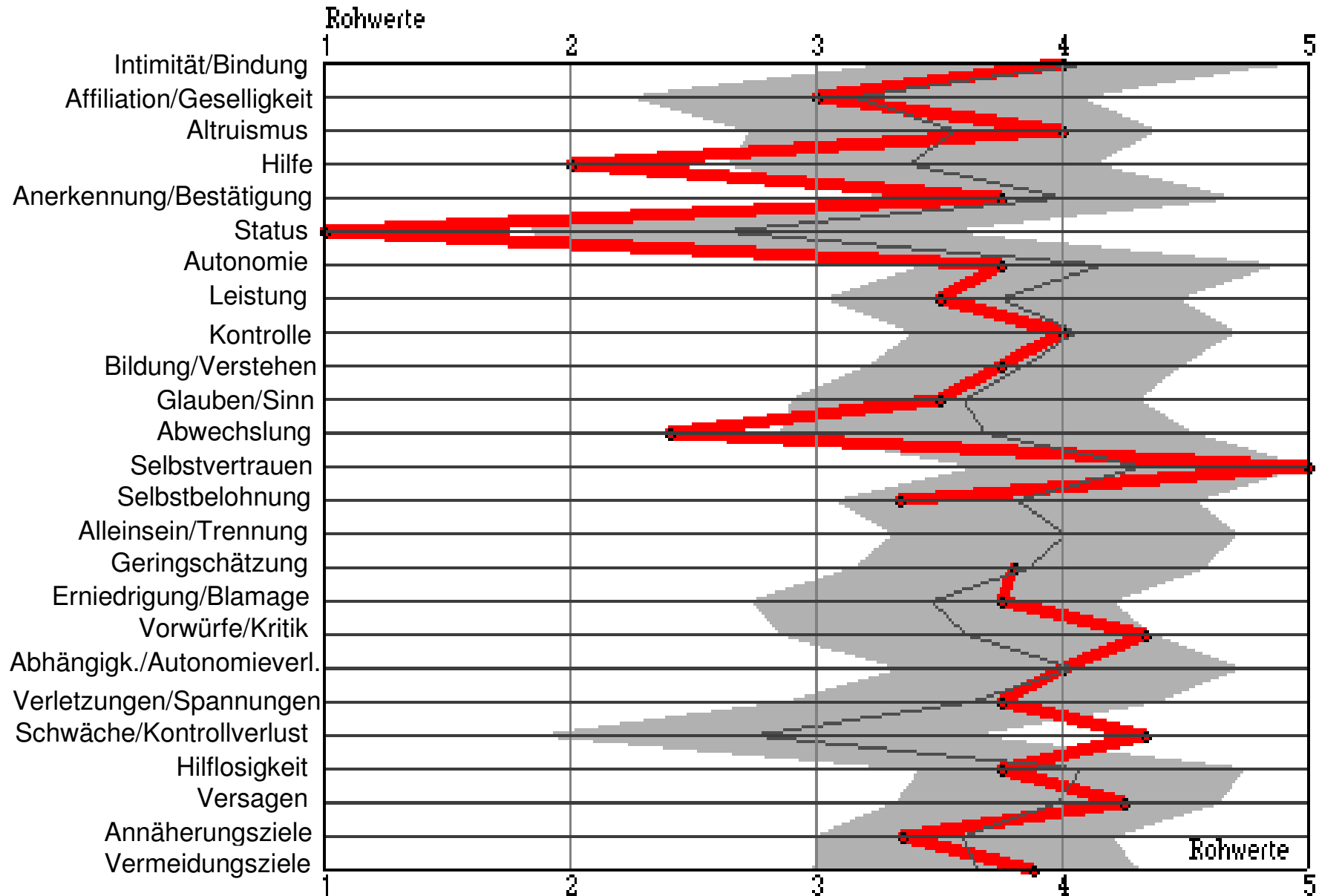
Bitte beurteilen Sie, wie wichtig das Genannte für Sie ist, unabhängig davon, ob es momentan für Sie realisierbar ist, oder ob Sie es schon erreicht haben.

	überhaupt nicht wichtig	weniger wichtig	mittel- mässig wichtig	ziemlich wichtig	ausser- ordentl. wichtig
1. Leistung zu bringen	0	1	2	3	4
2. akzeptiert zu werden	0	1	2	3	4
3. unabhängig zu sein	0	1	2	3	4

.....

FAMOS

Patient(en): 04033-0



Motivorientierte Beziehungsgestaltung beeinflusst WIE ICH ETWAS TUE

Pat., der eine **enge Beziehung** wichtig ist:

- besonders warmes, fürsorgliches non- und paraverbales Therapeutenverhalten; eher rational, « technische » Therapeutenhaltung, wenn wenig Bedürfnis nach enger Beziehung vorhanden und z.B. Bildung wichtig: mehr Effort in Erklärung des theoretischen Modells

Pat., der es wichtig ist **Kontrolle** zu haben:

- Bei Jacobson-Entspannungsübung, z.B. keine Aufforderung Augen zu schliessen; stattdessen z.B. Aufforderung « Punkt an der Decke suchen »

Pat., dem **Autonomie** wichtig ist:

- Wahlfreiheit über so viele Entscheidungen wie möglich lassen (möchten Sie dies oder das? wo möchten Sie die Exposition durchführen?....)

Motivorientierte Beziehungsgestaltung beeinflusst WAS ICH TUE

Pat., der eine **enge Beziehung** wichtig ist:

- z.B. mehr « self-disclosures » als bei Personen, denen enge Beziehung weniger wichtig ist

Pat., der es wichtig ist **Kontrolle** zu haben:

- z.B. intensives « agenda setting » zu Beginn der Sitzung, intensives Erklären des Therapierationales, häufiges Zusammenfassen

Pat., dem **Autonomie** wichtig ist:

- z.B. den Patienten viel selbst ausprobieren und austesten lassen (Aktivitäten und Erwartungen)

Und dies in jeder Phase der Therapie ...

- Nicht Vorstellung: Erstmal Therapiebeziehung aufbauen..
- Schon z.B. während Zielklärung:
 - Zielformulierung bei Patientin mit Agoraphobie (der es wichtig ist, anderen zu helfen): “Ich will wieder fähig sein zu meiner Tochter fahren zu können, und ihr in ihrer Boutique helfen zu können”.
- Und später dauernd... auch um “alliance ruptures” zu vermeiden:
- Vorbedingungen für “alliance ruptures” (nach Ackerman & Hilsenroth, 2001):
 - “therapist does something that the patient does not want or need”
 - “the therapist fails to do something that the patient wants or needs”

Individuelle Motive und Bedürfnisse nicht einziges Kriterium für die Wahl der Interventionen

➤ **Aber!**

- (1) Th. sollten sich der motivationalen Passung therapeutischer Vorgehensweisen bewusst sein
- (2) Auf der Basis motivorientierter Überlegungen günstigere Alternativen auswählen und « massgeschneidert » anwenden

➤ **Wenn** motivational « unattraktive » Intervention ausgewählt werden muss:

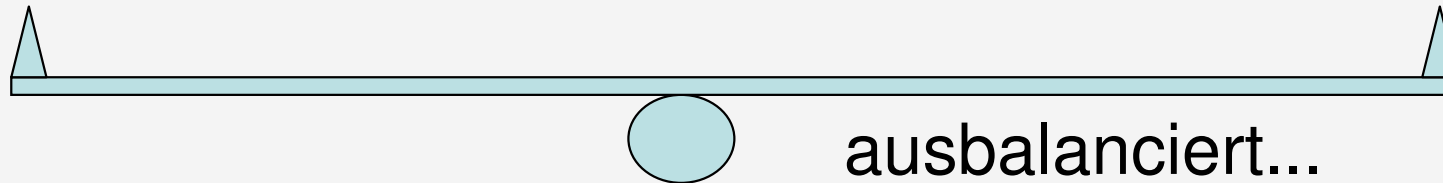
- Pat. möglichst viele bedürfnisbefriedigende und motivkongruente Wahrnehmungen durch andere Interventionen in anderen Bereichen ermöglichen

Balance Modell (nach Caspar, in press)

Veränderung am wahrscheinlichsten wenn...

Sicherheit

Herausforderung



- Therapiebeziehung als Mittel zum Ausbalancieren

Aus der Perspektive von Wirkfaktoren

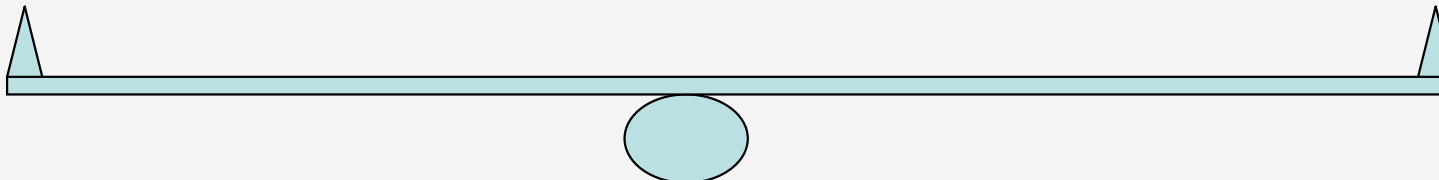
(Grawe, 1998; 2004)

Ressourcenaktivierung

(u.a. positive Erfahrungen im Sinne wichtiger Bedürfnisse, Ziele)

Problemaktivierung

(Arbeit an Problemen mit emotionaler Aktivierung)

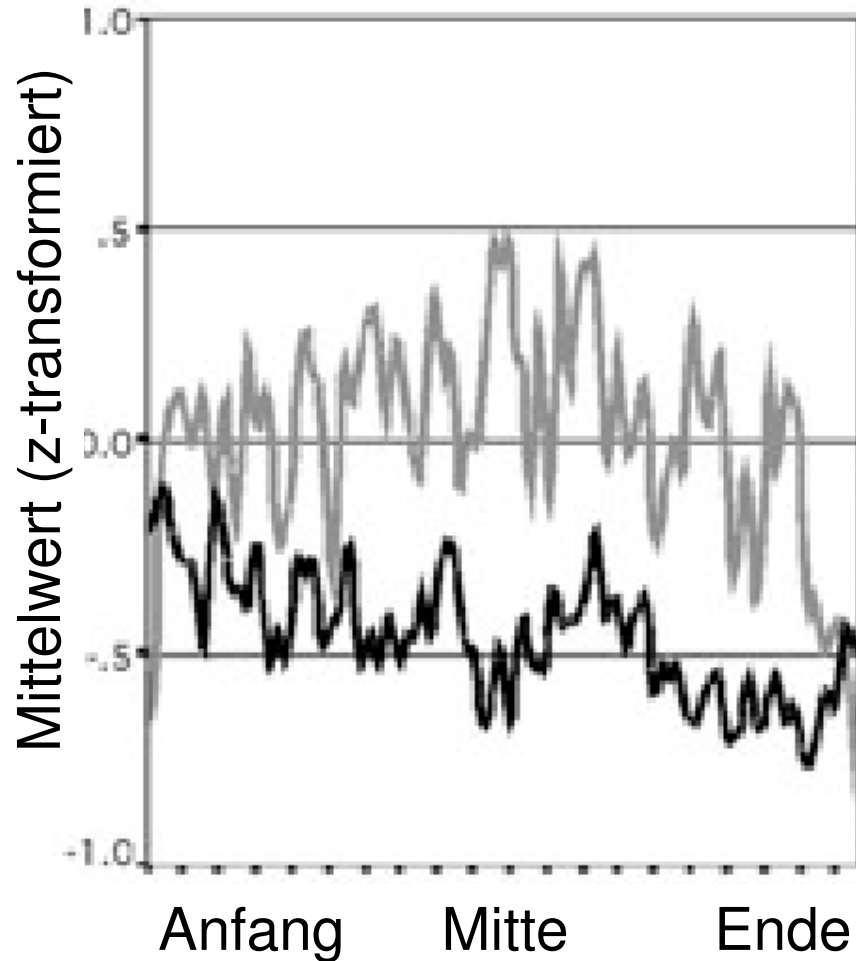


Ressourcenaktivierung und Problemaktivierung

Gassmann & Grawe, 2006

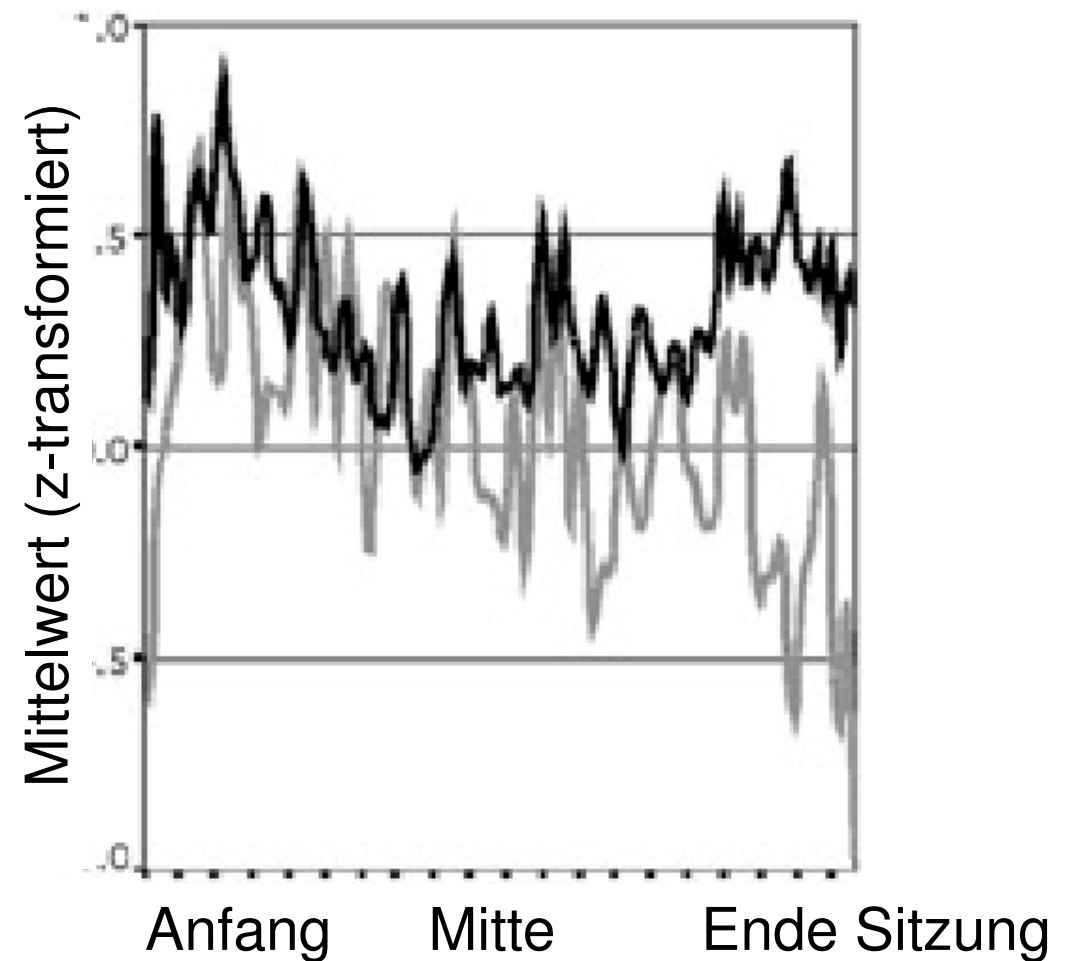
nicht-erfolgreiche Therapiesitz.

(N=60 Sitzungen in 30 Therapien)



erfolgreiche Therapiesitzungen

(N=60 Sitzungen in 30 Therapien)



Motivorientierte Beziehungsgestaltung im Rahmen Plananalytischer Fallkonzeptionen

- Motivationale Basis des Patientenverhaltens wird vom Therapeuten erschlossen
- **FAMOS** erlaubt die Erfassung expliziter Motive (Ziele), **Plananalysen** auch implizite, dem Bewusstsein der Patienten nicht zugängliche Motive
- Konsens zwischen Protagonisten, dass die beiden Ansätze sich ergänzen
- Plananalysen erlauben das Erschliessen differenzierterer Motivstrukturen und eine differenziertere motivorientierte Beziehungsgestaltung

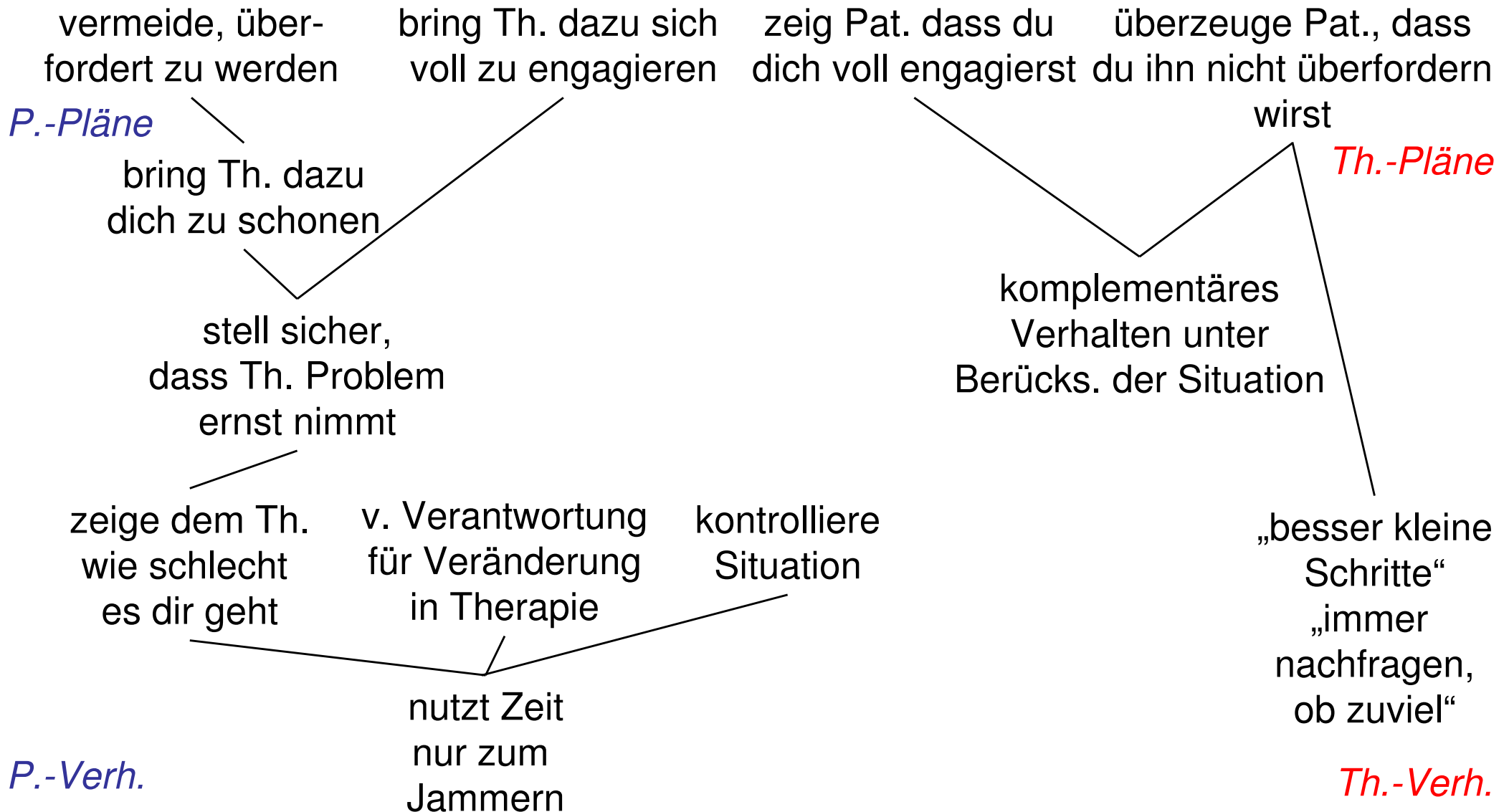
Plananalyse (in aller Kürze)

- Pläne werden vom Therapeuten aus Verhalten, Kognitionen, Emotionen hypothetisch erschlossen
- Im Vordergrund steht die instrumentelle bzw. Mittel-Zweck-Perspektive
- Leitfragen für das Erschliessen von Plänen:
 - Wozu/Welchem Zweck dient ein bestimmtes Verhalten?
 - Welche Motive könnten hinter dem Verhalten stecken?
 - Was versucht der Patient mit seinem Verhalten bei mir und anderen zu erreichen und was versucht er zu vermeiden?
 - Welches Bild von sich, versucht er mir und anderen zu vermitteln?

Motivorientierte Beziehungsgestaltung

nach Caspar (1996)

motivorientiertes Th.-Verhalten: „Umweg“ über Pläne:

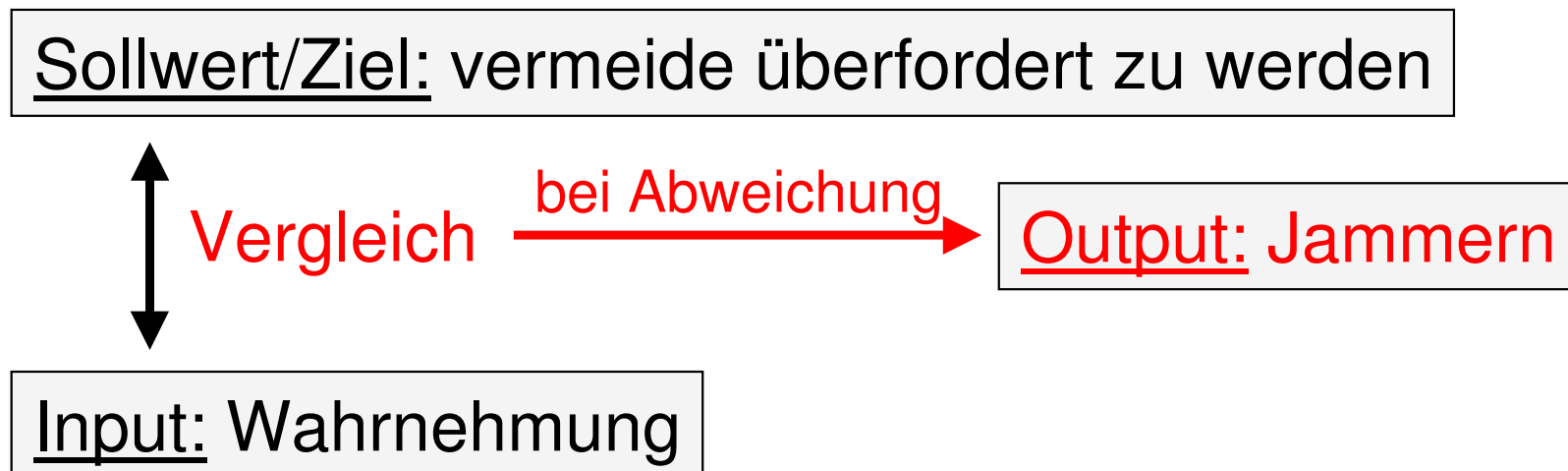


Komplementäre Beziehungsgestaltung im Rahmen Plananalytischer Fallkonzeptionen

- Prinzip 1: Bedürfnisse, Pläne des Patienten sättigen, dann fehlt Problemverhalten motivationale Basis
- Patienten werden vielleicht „aus Gewohnheit“ etwas weitermachen, aber weniger häufig/intensiv

Theoretischer Hintergrund: Regulationsmodell

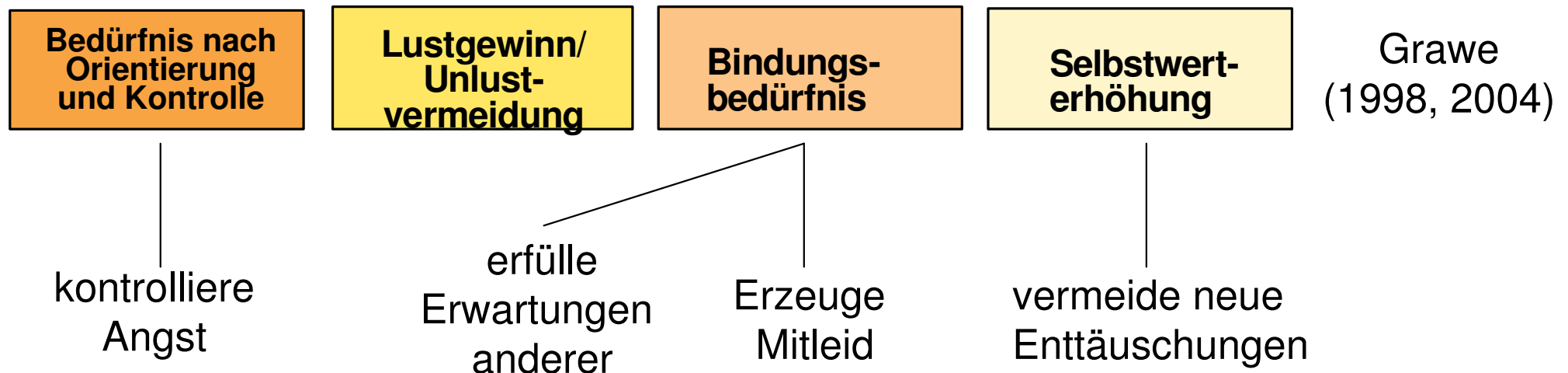
(Miller, Galanter & Pribram, 1960; Powers, 1971; Carver & Scheier, 1998)



Komplementäre Beziehungsgestaltung im Rahmen Plananalytischer Fallkonzeptionen

- Gegenüber welchen Plänen komplementär verhalten?
- Kontrollfrage: „Bin ich schon so hoch, dass ich als Therapeut damit leben kann?“ Dann \Rightarrow Th.-Verhalten
- Prinzip 2: Je höher in Planstruktur das Motiv, das Problemverhalten zugrundeliegt, desto „akzeptabler“ wird das Motiv

Grundbedürfnisse können nicht problematisch sein...



...nur die Mittel, die zu deren Befriedigung eingesetzt werden

Studien

Berner Therapievergleichsstudie (Grawe, Caspar & Ambühl, 1990)

- Vergleich von 4 Therapieformen:
 - klassische VT (Einzeltherapie)
 - Gesprächspsychotherapie (Einzeltherapie)
 - IVT: VT mit interpersonellem Schwerpunkt (Einzel- und Gruppentherapie): Individuelle Plananalysen und Instruktion zu komplementärer Beziehungsgestaltung
- Therapieoutcome: insgesamt geringe Unterschiede
- Patienten zufriedener auf Sitzungsebene in IVT-Bedingungen (positivere Einschätzung auf allen Items des Patientenstundenbogens, zufriedener mit Problemsicht und Vorgehen der Th. und Beziehung mit Th.)
- Therapeuten zufriedener in IVT (positivere Einschätzung in Therapeutenstundenbogen; Pat. interaktionell weniger schwierig, motivierter, kooperativer, Th. zufriedener mit ihrem Vorgehen)

Studien

Caspar, F., Grossmann, C., Unmüssig, C. & Schramm, E. (2005). Complementary Therapeutic Relationship: Therapist Behavior, Interpersonal Patterns, and Therapeutic Effects. Psychotherapy Research, 15, 1-10.

Fragestellungen

- Hängt der Therapieerfolg vom Ausmass komplementärer Beziehungsgestaltung ab?
- Wovon hängt Ausmass der Komplementarität ab?

Untersuchte Gruppe

- 22 Therapien / Patienten
- Major Depression mit IPT nach Klerman & Weissman (Schramm), 12-30 Sitzungen

Merkmale der Untersuchung

- naturalistische Untersuchung im Kliniksetting
- keine experimentelle Variation der Variable
„Komplementarität“, natürliche Variation
- Alle Therapeuten Training in IPT (Interpersonale Psychotherapie nach Klerman & Weissmann)
- Effektmasse (Therapieerfolg) schon aus Projekt Schramm vorhanden

Komplementaritätsrating

- Basis: auf Reliabilität geprüfte Plananalysen
- Unterskalen: Verbale Komplementarität (Kompl. der Inhalte), nonverbale Komplementarität und Gesamtkompl.
- Komplementaritätsrating: 7-Punkt-Skala
- Interrater-Übereinstimmung / Reliabilität:
 - 43.33% der Ratings komplette Übereinstimmung
 - 50% der Ratings Abweichung von einem Punkt
 - 6.67% Abweichung von 2 Punkten
 - Goodman & Kruskal's γ : 0,84

Zusammenhang Therapieeffekt und Komplementarität

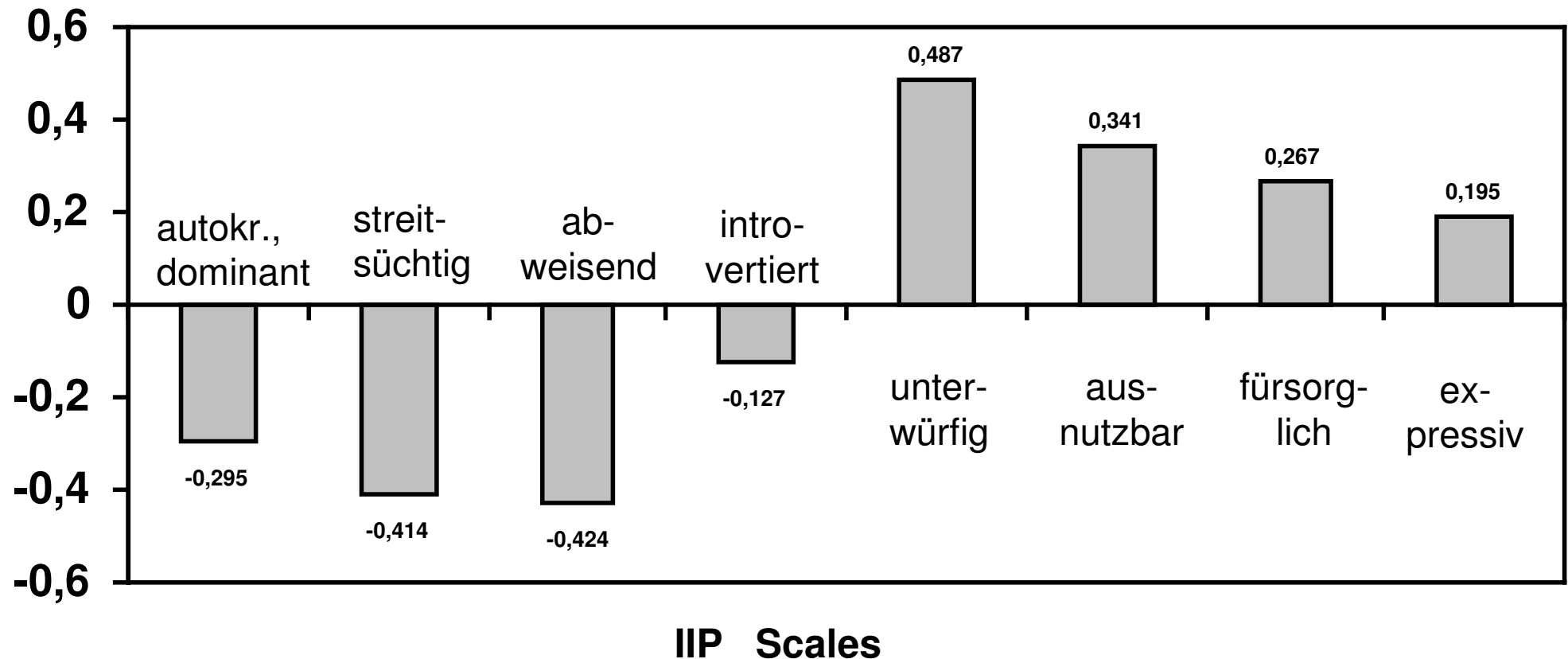
Spearman-Rang-Korrelationen

Outcome Kriterium	Komplemen- tarität Total	Verbale Kompl.	Nonverbale Kompl.
SCL-90-R	$r=0.51^*$ (p=0.01)	$r=0.25$ (p=0.15)	$r=0.64^{**}$ (p=.00)
BDI	$r=0.39^*$ (p=0.04)	$r=0.30$ (p=0.09)	$r=0.42^*$ (p=0.02)
Hamilton	$r=0.14$	$r=0.15$	$r=0.08$
GAF	$r=0.28$	$r=0.18$	$r=0.30$
komb. Mass ¹	$r=0.36$ (p=0.07)	$r=0.30$ (p=0.10)	$r=0.41^*$ (p=0.04)

¹komb. Mass: SCL-90 / BDI / Hamilton ungewichtet

Wovon hängt die Komplementarität ab?

- kein Zusammenhang mit verschiedenen Variablen, z.B. Schweregrad, Komorbidität, Geschlechterkomb.
- aber Zusammenhang mit interpersonalen Charakteristiken der Patienten:



Spearman-Rang-Korrelationen zwischen Komplementarität und IIP Skalen « abweisend » und « unterwürfig » (N=22, Signifikanzen 2-seitig)

Komplementarität

total

verb h

non- / paraverb h

abweisend

$\rho = -.424^* / p = .049$

$\rho = -.422 / p = .050$

$\rho = -.340 / p = .122$

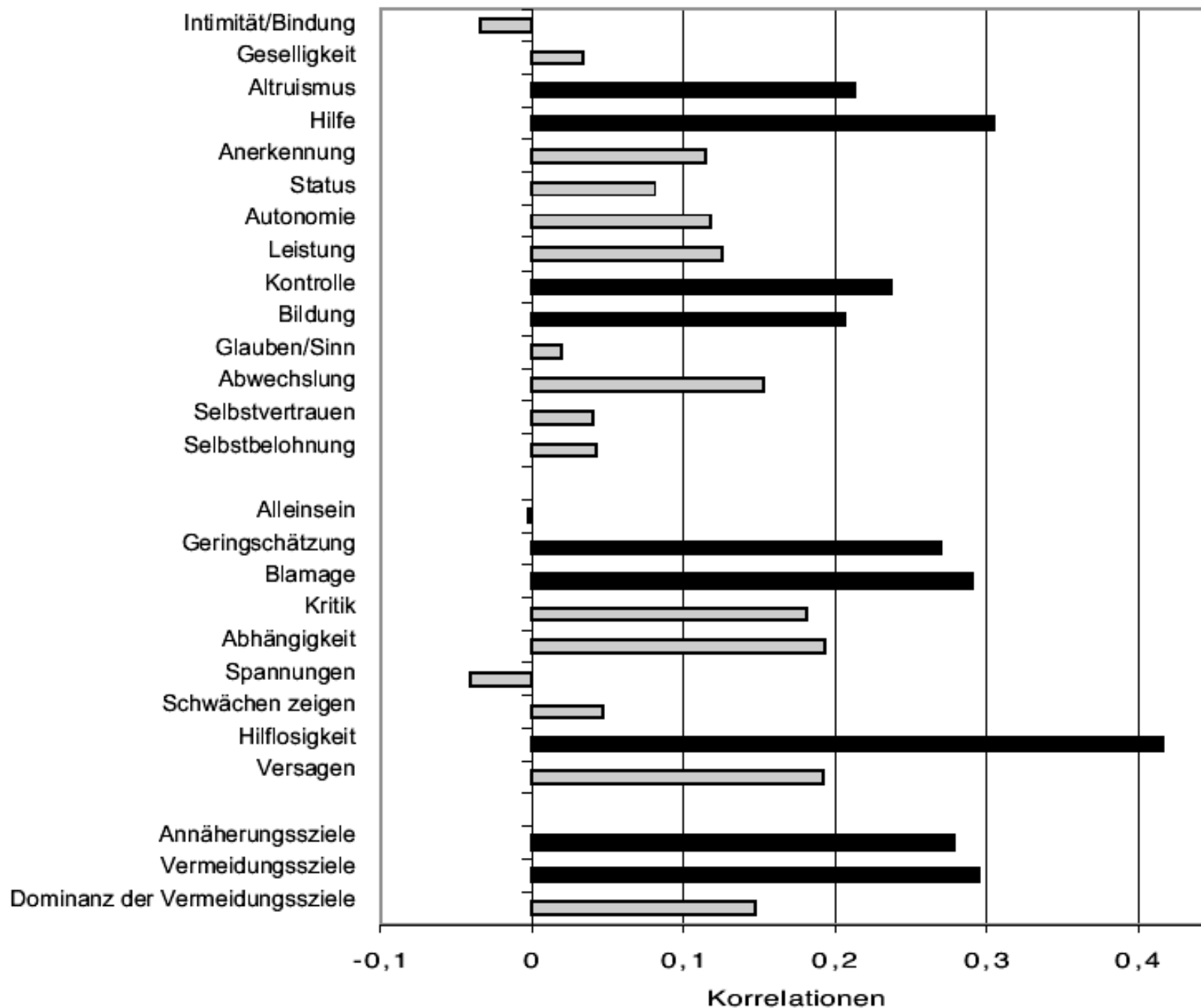
unterwürfig

$\rho = .487^* / p = .02$

$\rho = .68^{**} / p = .002$

$\rho = .237 / p = .288$

Zusammenhang eigene Bedürfnisse (Th.) mit Einschätzung der Bedürfnisse der Patienten (Stucki, 2005)



N=95

- 51 Stud.
- 25 unerf.Th.
- 19 erf.Th.

Einfluss etwas
ausgeprägter
bei Stud. und
erf.Th., als bei
unerf.Th.

Zusammenfassung

- die Therapiebeziehung ist differentiell gestaltbar
- Komplementäre Beziehungsgestaltung = Motivorientierte Beziehungsgestaltung
- Motivorientierte Beziehungsgestaltung als Ressourcenaktivierung und Möglichkeit Problemverhalten die motivationale Basis zu nehmen
- Realisierung einer motivorientierten Beziehungsgestaltung wird beeinflusst durch:
 - interpersonale Merkmale der Patienten
 - Merkmale der Therapeuten
- Die motivorientierte Beziehungsgestaltung ist zwar im Rahmen der verhaltenstherapeutischen Praxis entstanden, stellt aber heute einen therapieschul-unabhängigen Ansatz dar

Vielen Dank!

thomas.berger@pse.unige.ch