

International Psychoanalytic University, Berlin

Masterarbeit

**Fehlerkultur in der Psychotherapie:
Semi-quantitative Bestimmung
der Häufigkeit exemplarischer Fehler**

Robert J. Gdanitz

E-Mail: Robert.Gdanitz@t-online.de

Matrikelnummer: 1377

Fachsemester: 5

Studiengang: Psychologie

1. Gutachter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele
2. Gutachter: Prof. Dr. med. Heinrich Deserno

31. Dezember 2012

Abstract

Über eine Zeitungsannonce wurden Patienten und Psychotherapeuten rekrutiert, um sie in halb-strukturierten Interviews nach ihrer Erfahrung mit Psychotherapie, bzw. ihrer Lehrtherapie zu befragen. Es wurde individuell geprüft, ob eventuelle Beschwerden gerechtfertigt sind. 25 % der acht befragten Patienten haben unter einem schweren Fehler ihres Psychotherapeuten gelitten, 67 % haben mindestens einen mittelschweren Fehler hingenommen und 88 % wurden mit mindestens einem leichten Fehler konfrontiert. Nur ein einziger Patient (13 %) hat ausschließlich gute Erfahrungen gemacht. Zwei von drei der befragten Therapeuten (67 %) kamen in den Genuss einer fehlerfreien Lehrtherapie. 75 % der 4 Lehrtherapien wurden korrekt durchgeführt. Jedoch sind 67 % der Therapeuten mit mindestens einer Lehrtherapie ungerechtfertigter Weise unzufrieden und alle können negativen Erfahrungen vorweisen.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	5
2. Methode.....	7
2.1 Rekrutierung von Patienten und Psychotherapeuten.....	7
2.2 Durchführung der Interviews	7
2.3 Wahrheitsgehalt der erhaltenen Aussagen	9
2.4 Demografische Angaben	9
3. Interviews mit den Patienten.....	11
3.1 Herr B., der ausgebrannte Manager	11
3.1.1 Biografie und Selbstanamnese	11
3.1.2 Beschreibung der Psychotherapie	14
3.1.3 Bewertung der Psychotherapie	14
3.2 Herr C., der gemobbte Banker	15
3.2.1 Biografie und Selbstanamnese	15
3.2.2 Auflistung der Psychotherapien	16
3.2.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien.....	16
3.3 Der lebenslustige Herr D.....	21
3.3.1 Biografie und Selbstanamnese	21
3.3.2 Auflistung der Psychotherapien	22
3.3.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien.....	23
3.4 Die leidgeprüfte Frau E.	28
3.4.1 Biografie und Selbstanamnese	28
3.4.2 Auflistung der Psychotherapien	29
3.4.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien.....	29
3.5 Herr F., der Künstler mit dem Alkoholproblem.....	31
3.5.1 Biografie und Selbstanamnese	31
3.5.2 Auflistung der Psychotherapien	34
3.5.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien.....	34
3.6 Die schöngeistige Frau H.	37
3.6.1 Biografie und Selbstanamnese	37
3.6.2 Auflistung der Psychotherapien	38
3.6.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien.....	38

3.7 Frau I., die Wolfsfrau	41
3.7.1 Biografie und Selbstanamnese	41
3.7.2 Auflistung der Psychotherapien	45
3.7.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien	45
3.8 Frau K. und ihr Unglück mit Männern.....	47
3.8.1 Biografie und Selbstanamnese	47
3.8.2 Auflistung der Psychotherapien	49
3.8.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien	49
4. Interviews mit den Psychotherapeuten	51
4.1 Die unsichere Frau A.....	51
4.2 Der wütende Herr G.	53
4.3 Die unzufriedene Frau J.	55
5. Kategorisierung und Auswertung der Fehler.....	59
6. Zusammenfassung und Diskussion.....	65
Anhang	68
Abkürzungen	68
Literatur	69

1. Einleitung

In der letzten Zeit ist in der Psychotherapieforschung viel von Fehlerkultur (Kächele & Grundmann, 2011) oder Nebenwirkungen (Linden & Strauß, 2012) die Rede. In diesem Zusammenhang ist es von Interesse, zu evaluieren, wie häufig Therapiefehler vorkommen, indem man nicht etwa, wie meist üblich, die Therapeuten ihre eigene Therapie und den Zustand ihres Klientels erforschen lässt, sondern stattdessen als außenstehender Dritter die Patienten zu ihrer Therapie und ihrem Therapeuten direkt befragt. Mit anderen Worten, man befragt die Psychotherapiepatienten direkt nach eventuellen Beschwerden über ihren Therapeuten. Dabei muss natürlich berücksichtigt werden, dass Patienten möglicherweise ungerechtfertigter Weise Klagen über ihren Patienten haben, oder im Gegenteil mit dem Therapeuten zufrieden sind, obgleich ihnen z.B. durch unbemerkten narzisstischen Missbrauch ein Schaden entstanden ist. Dafür ist man dann sozusagen nahe am eigentlichen Objekt, das von Therapie und Therapieforschung primär profitieren soll, nämlich dem Patienten, der sonst nur über einen Mittelsmann, eben seinem Psychotherapeuten wissenschaftlich erfasst werden kann.

Erstaunlicherweise ist die wissenschaftliche Literatur, in der wie beschrieben Patienten nach ihrer Zufriedenheit mit ihrem Therapeuten befragt werden oder, alternativ, in denen die an eine entsprechende Institution gerichteten Beschwerden von Patienten ausgewertet werden, recht übersichtlich. Lange (2009) und Lange, Hillebrand und Pfäfflin (2009) beschreiben eine Studie in der die Daten des bundesweit tätigen, unabhängigen Vereins „Ethik in der Psychotherapie e.V. Wenn Psychotherapie schadet...“ in München, der Beschwerden von Psychotherapiepatienten aus laufender, beendeter oder abgebrochener Behandlung entgegennimmt, ausgewertet wurden. Der Verein stellte den Autoren 81 anonymisierte Datensätze mit Beschwerden von Patienten zur Verfügung, die Patienten wurden nicht von den Autoren kontaktiert. Conrad (2009) und Conrad und Auckenthaler (2009) führten mit 20 Patienten, die ihre zurückliegende Therapie als misslungen einschätzten, problemzentrierte Interviews durch, die mit der Methode der *Grounded Theorie* ausgewertet wurde. Die Autoren kommen zu dem Ergebnis, dass „sich die berichteten Therapiemisserfolge am besten durch ein verhängnisvolles Zusammenspiel erklären lassen, in welchem Erwartungen oder individuelle Denk- und Beziehungsmuster der Klienten auf ein therapeutisches Angebot treffen, das zu diesen eine ungünstige Passung aufweist.“ In einer ähnlichen Studie von Hollenstein (2012) wurden 15 Psychotherapeuten in halbstrukturierten Interviews befragt und die Interviews mit einer

strukturierten Inhaltsanalyse ausgewertet. Allen diese Studien haben gemeinsam, dass sie keine Häufigkeiten bezüglich der in Psychotherapien aufgetretenen Fehler liefern, was das Ziel der vorliegenden Arbeit ist, die eine frühere Übersichtsarbeit zum Thema „Psychischer Missbrauch in der Psychotherapie“ (Gdanitz, 2010) fortführt.

Es sei am Rande bemerkt, dass in dieser Arbeit keinesfalls einzelne Personen (d.h. die Therapeuten der befragten Patienten, bzw. die Lehrtherapeuten der befragten Therapeuten) kritisiert oder gar bloßgestellt werden sollen. Stattdessen werden pathologische Interaktionen charakterisiert, die immer und immer wieder in Psychotherapien und Lehrpsychotherapien auftauchen. Die Beseitigung dieser Missstände sollte eines der obersten Ziele der Psychotherapieforschung sein, da die Häufigkeit und Schwere von Fehlern des Therapeuten in der Tat das gesamte Unterfangen „Psychotherapie“ in Frage zu stellen vermögen. Mit Rücksicht auf die Lesbarkeit des Textes wird, falls aus dem Zusammenhang nicht explizit das Geschlecht hervorgeht, das generische Maskulinum verwendet. Die verwendeten Abkürzungen sind im Anhang zusammengefasst.

2. Methode

2.1 Rekrutierung von Patienten und Psychotherapeuten

Die zu befragenden Psychotherapie-Patienten und Psychotherapeuten wurden über eine Anzeige (Kosten: 92.25 €) in der Gesamtausgabe der auflagenstärksten Tageszeitungen (500 000 Exemplare, über 1.5 Mio. Leser) für den Raum Köln-Bonn (*Kölner Stadtanzeiger*, *Kölnische Rundschau* und die Boulevardzeitung *Express*; alle herausgegeben vom Verlag DuMont Schauberg) in den Mittwoch- (22.8.) und Samstag/Sonntag-Ausgaben (25./26.8.) in der Rubrik „Freizeit – Sonstiges im Hobby- und Freizeitmarkt“ rekrutiert:

Haben Sie Erfahrungen mit Psychotherapie? Im Rahmen des Forschungsprojekts „Fehlerkultur in der Psychotherapie“ suchen wir Personen, die über ihre Erfahrungen (gute oder schlechte) mit einer Psychotherapie berichten möchten. Daneben suchen wir Psychotherapeuten, die über ihre therapeutische Selbsterfahrung (z.B. Lehranalyse o.ä.) Auskunft geben möchten. Alle erhaltenen Informationen werden streng vertraulich behandelt und anonymisiert ausgewertet. Anfragen bitte an: Dr. Gdanitz, E-Mail: Robert.Gdanitz@ipu-berlin.de, Tel.: 02233-979 29 39.

Daneben wurde die Anzeige vom Zeitungsverlag im Anzeigenportal www.kalaydo.de geschaltet, wodurch diese ihren Weg in Internetforen fand und sich deutschlandweit und sogar aus Österreich Interessenten meldeten.

2.2 Durchführung der Interviews

Die Interviews wurden in der jeweiligen Wohnung oder Praxis der zu interviewenden Person, bzw. in einer Gaststätte durchgeführt. Die Gespräche wurden mit einem digitalen Diktiergerät vom Typ Olympus VN-3100PC und einem Rauschunterdrückungsmikrofon Olympus ME52 aufgenommen und im *Waveform Audio File Format* (WAVE/.wav) mit einer Bitrate von 88 kBit/s abgespeichert. Daneben wurden die wichtigsten Informationen mitgeschrieben.

Die Interviews waren von der Form semi-strukturiert. Es wurde versucht, die Belastung der befragten Personen generell so gering wie möglich zu halten. Aus diesem Grund wurden u.a. keine Fragebögen eingesetzt. Beim strukturierten Anteil (s.u.) wurde darauf verzichtet Druck auszuüben, um möglicherweise genauere Angaben zu erhalten. Neben dem Alter wurden zunächst die Zeitspanne der durchgeführten Psychotherapie(n), bzw. Selbsterfahrung(en), deren Art und die Häufigkeit der Sitzungen erfragt. Bei länger zurückliegenden Psychotherapien, bzw. Selbsterfahrungen hatten die befragten Personen verständlicherweise oft Schwierigkeiten, die jeweilige Zeitspanne und die Häufigkeit der Sitzungen anzugeben. Zusätzlich konnten die Patienten meist nicht die jeweilige Therapieform angeben, und typischerweise war von „Gesprächstherapie“ die Rede. Es wurde dann versucht, aus der Beschreibung der Therapie die gewünschte Information zu schließen. Da diese Vorgehensweise intrinsisch unzuverlässig ist, wird die ermittelte Therapieform in dieser Arbeit zwar angegeben, aber nicht weiter statistisch ausgewertet.

Nachdem das Grundgerüst der durchgeführten Psychotherapien, bzw. Selbsterfahrungen erfragt wurde, was nur wenige Minuten dauerte, wurden die einzelnen Stationen, beginnend mit der am wenigsten zurückliegenden, nacheinander abgefragt, und die Patienten, bzw. Therapeuten wurden etwa mit den Worten „Wie war denn das?“ aufgefordert, frei zu berichten. Informationen bezüglich Biografie und Selbstanamnese ergaben sich so nebenbei, wobei nicht auf deren Vollständigkeit geachtet wurde. Worauf sorgfältig geachtet wurde, ist das Verständnis der Geschichte der befragten Person. Gegebenenfalls wurden Rückfragen gestellt, um eine unverständene Aussage zu klären. Typischerweise bauten die befragten Personen ihre Geschichte spiralförmig auf, indem sie immer wieder zu bestimmten Punkten zurückkehrten und gegebenenfalls ihre Erzählung verfeinerten.

Zentral war die Evaluation der Psychotherapie, bzw. der Lehrtherapie am Ende einer jeden Station. Hier wurde versucht, ein möglichst genaues Bild über die Arbeitsweise des (Lehr-)Therapeuten und dessen Beziehung zum Patienten, bzw. Lehrkandidaten zu bekommen. Zunächst wurde der Patient, bzw. Lehrkandidat nach möglichen Beschwerden über die Vorgehensweise seines (Lehr-)Therapeuten gefragt. Unabhängig davon, ob Beschwerden vorlagen oder nicht, wurde wie in einem Gerichtsverfahren versucht, diese Beschwerden zu verifizieren oder zu falsifizieren. Dabei wurde die Information durch die sich einstellende Gegenübertragung mit einbezogen. Um mit einer hinreichenden Sicherheit an die gewünschte Information zu

gelangen, wurde an dieser Stelle, und nur dort, vor allem durch Wiederholung der jeweiligen Frage ein gewisser Druck auf die befragte Person ausgeübt. Andererseits wurde stets betont, dass es nicht notwendig sei, auch wirklich jede Frage des Autors zu beantworten und dass, falls der Interviewpartner sich entscheidet, die Auskunft zu verweigern, ihm dadurch keinerlei Nachteile entstünden. Natürlich besteht bei dieser Vorgehensweise, selbst wenn sie mit größtmöglichem Taktgefühl erfolgt, die Gefahr, dass diese, insbesondere bei den z.T. schwer traumatisierten Patienten, eine zu große Belastung darstellt. Es stellte sich jedoch heraus, dass alle Patienten bis auf eine (nämlich Frau K., bei der auf allzu inquisitorisches Nachfragen verzichtet und das Interview kurz gehalten wurde) offenbar mit dieser Belastung gut umgehen konnten. Alle befragten Personen wurden nach dem Interview aufgefordert, sich bei Autor zu melden, falls sie das Bedürfnis haben, über die gemachten Aussagen noch einmal zu sprechen. So sollte insbesondere eine mögliche Schädigung der Patienten durch das Interview verhindert werden. Bisher hat aber keiner der befragten Personen dieses Angebot in Anspruch genommen. Im Gegenteil, es wurde großen Wert darauf gelegt, beim Interview eine freundschaftlich entspannte Atmosphäre zu etablieren, was wohl auch gelang, denn oft genug gab das Gespräch Anlass, gemeinsam herzlich zu lachen.

2.3 Wahrheitsgehalt der erhaltenen Aussagen

Da zum Gewinnen von Information nur das Wort der befragten Personen verwendet wird, kann der Wahrheitsgehalt der Aussagen strenggenommen nicht überprüft werden. Es kann lediglich auf die z.B. in der Kriminalistik üblichen Kriterien verwiesen werden, d.h. insbesondere weitestgehende Widerspruchsfreiheit und hinreichender Detailreichtum der Erzählung. In den wenigen Darstellungen, in denen diese grundlegenden Kriterien nicht erfüllt waren, wurde keine Bewertung durchgeführt.

2.4 Demografische Angaben

Insgesamt stellten sich 8 Patienten und 3 Psychotherapeuten zur Verfügung. Daneben wurde ein Interview mit einem derzeit in Psychotherapieausbildung befindlichen Studenten aus Österreich durchgeführt. Es stellte sich jedoch im Nachhinein heraus, dass die berichteten Erfah-

rungen nicht kompatibel zu deutschen Verhältnissen sind, u.a. deshalb, weil in Österreich eine Direktausbildung der Psychotherapeuten stattfindet. Aus diesem Grund wurde dieses Interview nicht ausgewertet.

Anstelle der Namen werden wie üblich Anfangsbuchstaben des Alphabets in der Reihenfolge der angefallenen Interviews verwendet. Bei 11 interviewten Personen finden somit die Buchstaben A bis K Verwendung. Das Geschlecht der befragten Patienten ist mit 4 männlich zu 4 weiblich gleichverteilt. Die Männer sind zwischen 34 und 60 ($M = 49.25$) und die Frauen zwischen 26 und 67 ($M = 56.25$) Jahre alt. Bei den befragten Therapeuten überwiegen im Verhältnis 2 / 3 (= 66.6 %) die Frauen. Das (geschlechtsübergreifende) Alter liegt zwischen 40 und 60 ($M = 49$ J.) Jahren. Zum Schutz der befragten Personen wird auf genauere Angaben verzichtet. Bei den Patienten dauerten die Gespräche 1:19 bis zu ca. 3 Std. ($M = 2:10$ Std.), bei den Therapeuten 0:46 bis 3:45 Std. ($M = 2:22$ Std.).

Wie zu erwarten war, stellen insbesondere die 8 Psychotherapie-Patienten definitiv *keine* repräsentative Stichprobe von Psychotherapie-Patienten in der deutschen Gesamtbevölkerung dar. Es stellt sich vielmehr heraus, dass es sich ganz offensichtlich um überdurchschnittlich eloquente, extrovertierte und selbstsichere Personen handelt. Beruf und Ausbildung der befragten Patienten zeigen allerdings keine offensichtlichen Auffälligkeiten und könnten, im Prinzip, durchaus repräsentativ sein. Dies wurde jedoch nicht näher geprüft.

3. Interviews mit Patienten

Für jeden der acht Patienten wird zunächst die Biographie und Selbstanamnese beschrieben. Um die Darstellung lebendig zu halten, wird auf die sonst an dieser Stelle im medizinischen Bereich übliche Form des Konjunktivs bewusst verzichtet und stattdessen der Indikativ Präsens eingesetzt, was im Übrigen der grammatikalisch korrekten Form der deutschen Standardsprache entspricht. Es soll an dieser Stelle noch einmal betont werden, dass bis auf das Geschlecht kaum eine Angabe der Patienten verifiziert werden kann und dass der Leser aus diesem Modus nicht den (i.a. falschen) Schluss ziehen soll, dass das Beschriebene sich so zugetragen hat. Zum Schutz der Patienten werden keine Eigennamen, wie etwa von Firmen oder Städten verwendet.

Bis auf einen (Herrn B.) haben sich alle Patienten mehreren Psychotherapien unterzogen. Bei Herrn B., dem ersten Patienten, folgt direkt die Beschreibung und Bewertung der Therapie, bei den übrigen eine tabellarische Auflistung der erfolgten Therapien und anschließend, für jede Therapie separat, die Beschreibung und Bewertung der jeweiligen Therapie. In diesem letzten Unterabschnitt, der sich ja in einem überschaubaren Zeitrahmen bewegt, wird gegebenenfalls wieder der grammatikalische Modus des Konjunktivs verwendet (I oder II, je nach Syntax). Zwei Patienten (d.h. Herr D. und Frau K.) haben eine abgebrochene Therapie später nach einer Pause wieder aufgenommen. In diesen Fällen werden zwar die einzelnen Teile separat beschrieben, die Bewertung des Therapeuten erfolgt aber für alle Teile zusammen.

3.1 Herr B., der ausgebrannte Manager

3.1.1 Biografie und Selbstanamnese

Herr B. ist 47 Jahre alt, in Deutschland geboren, verbringt seine gesamte Kindheit und Jugend aber im Ausland. Mit 21 J. kehrt er nach Deutschland zurück, um nach dem Wehrdienst Betriebswirtschaftslehre zu studieren. Nach dem, im Alter von 24 J. erfolgreich abgeschlossenen Studium arbeitet Herr B. bei insgesamt sechs verschiedenen größeren Firmen in Deutschland, zum Teil als freier Mitarbeiter, bzw. als Subunternehmer, zum Teil wird das Arbeitsverhältnis bereits nach der Probezeit beendet.

Im Jahr 2007 (mit 42 J.) nimmt Herr B. schließlich eine Stelle bei einer neugegründeten Tochterfirma eines deutschen Konzerns an. Die Arbeit dort bereitet ihm zunächst viel Freude. Nur zwei Jahre später aber beschließt der Konzern einen Strategiewechsel. Der Vorstand und die beiden Geschäftsführerinnen werden von einem Tag auf den anderen abgesetzt, der neue Geschäftsführer aus der Zentrale kündigt an, die Zahl der Angestellten von 70 auf 40 reduzieren zu wollen und Herr B. bekommt einen neuen Vorgesetzten. Herrn B. ist in der Firma gut vernetzt und über das Gesamtgeschehen entsprechend informiert. Das ist dem neuen Chef ein Dorn im Auge, denn der interessiert sich nur für die eigene Abteilung. Es kommt zum Zerwürfnis: Herr B. wird vor die Wahl gestellt, einen neuen, gleichwertigen Arbeitsplatz in der 600 km entfernten Konzernzentrale anzunehmen oder die Firma zu verlassen. Widerwillig nimmt Herr B. das Angebot an.

In dieser belastenden Zeit entwickelt Herr B. erste psychosomatische Symptome. Ohne besonderen Anlass kommt es zu einer Bänderdehnung am Sprunggelenk („Fuß umgeknickt“) und nur wenige Wochen später, beim morgendlichen Aufstehen, zu einem Bandscheibenvorfall im Bereich der Halswirbel (C4/C5). Herr B. ist wie gelähmt und benötigt eine halbe Stunde, um das Bett zu verlassen. Er kann sich diese spontanen Verletzungen – die jedoch mit konservativen medizinischen Mitteln gut zu behandeln sind – nicht erklären. Im Nachhinein deutet er sie jedoch als erste Anzeichen einer beginnenden beruflichen Überforderung.

Entgegen dem gemachten Versprechen erweist sich der neue Arbeitsplatz in der Konzernzentrale mitnichten als gleichwertig. Herr B. fühlt sich herabgestuft, und er erkennt schnell schwerwiegende Mängel in der instrumentellen Ausstattung, der betrieblichen Organisation, des Betriebsklimas und der Qualifikation des Personals, das dazu neigt, Verantwortung auf andere abzuschieben. Herr B. tritt die Flucht nach vorne an: Er setzt seine Kreativität ein und entwickelt selber geeignete Lösungen. Zudem arbeitet er 14 bis 16 Stunden am Tag und verzichtet auf Urlaub. Lange geht das nicht gut und Herr B. bekommt unter Schweißausbrüchen einen Wutanfall. Sein Vorgesetzter schickt ihn zum Betriebsarzt, der ihn bei einem telefonischen Stresspräventionsprogramm für Führungskräfte anmeldet. Einmal im Monat findet ein telefonisches Coaching statt, daneben gibt es Begleitmaterial. Langsam beginnt Herr B. zu erkennen, wie Kollegen seine Gutmütigkeit ausnutzen, indem sie ihm Aufgaben aus dem eigenen Verantwortungsbereich zuschieben, die sie selbst nicht lösen können.

Bei einer abendlichen Betriebsfeier, der am Tag eine Vollversammlung der Abteilung vorausging, wird Herrn B. – fast zwei Jahre nach der Versetzung in die Konzernzentrale – auf einen Schlag seine verfahrenere berufliche Situation bewusst („ich bin in einem Umfeld, das komplett Banane ist“; „das Betriebsklima ist ungesund, das Verhalten der Führungskräfte unter aller Sau, die Mitarbeiter leben in Angst“; „die Situation wird total schizophren dargestellt: die Ergebnisse sind schlecht, aber die Zahlen stimmen“). So kommt es zu einer akuten Belastungsreaktion mit den dissoziativen Symptomen von Depersonalisation („ich war quasi durchgeknallt“) und Derealisation („ich lebe in einer Glocke“, „es kam überhaupt nichts an mich ran“). Am nächsten Tag fühlt sich Herr B. ausgebrannt und er fällt in eine tiefe Depression („jetzt ist Ende im Gelände“). Er meldet sich krank und sucht seinen Hausarzt auf. Der erschrickt beim Anblick seines Patienten und schickt ihn zu einem Psychiater, der wenig einfühlsam mit Herrn B. ein „Verkaufsgespräch für Psychopharmaka“ macht und ihm die Einweisung in eine psychiatrische Klinik anbietet.

Herr B. will aber weder eine symptomatische Behandlung durch Medikamente, noch in eine Klinik, sondern eine ambulante Psychotherapie seiner „Krankheit.“ Der Psychiater verweist ihn an die Kassenärztliche Vereinigung, wo er die Kontaktdaten von geeigneten Psychotherapeuten erhält. Herr B. beklagt sich darüber, dass alle diese Therapeuten zu völlig unterschiedlichen Zeiten erreichbar sind und dass er kein Therapieangebot früher als in einem halben Jahr bekommt. So lange will Herr B. nicht warten und er bemüht die Internet-Suchmaschine *Google*. Unter der Suchanfrage „Psychotherapie, Verhaltenstherapie, Coaching“ zusammen mit der Angabe seines damaligen Wohnorts findet er sieben vielversprechende Webseiten von Psychotherapeuten. Dort bewirbt er sich per E-Mail mit zwei Dokumenten, die mit der Brainstorming und Mind-Mapping-Software *XMind* erstellt wurden und die seinen Lebenslauf und eine detaillierte Bewerbung (mit den Abschnitten: „Über mich“; „Über meine Situation“; „Warum ich Sie kontaktiere“; „Was mich freuen würde“; „Wie ich Sie gefunden habe“) auf einen Therapieplatz enthalten. Im Abschnitt „Warum ich Sie kontaktiere“ stellt Herr B. sich selbst konkrete Fragen, die er im Rahmen der Therapie klären möchte: „Wie oder warum kommt es zu dieser Situation?“ „Welche Einstellungen und Verhaltensweisen kann ich ändern?“ „Warum ordne ich eigene Interessen unter?“ Welche Einstellungen und Verhaltensweisen habe ich, die nicht kompatibel mit der aktuellen Organisationskultur sind? Bei vier Therapeuten kommt es kurzfristig zu einem Erstgespräch.

3.1.2 Beschreibung der Psychotherapie

Herr B. entscheidet sich für einen Therapeuten, der auf Burnout spezialisiert ist und dessen transparente Webseite (mit Referenzen) und offene Kommunikation ihm besonders gefallen, der redlich und kompetent wirkt und bei dem bereits aus dem Erstgespräch Ideen für eine neue Lebensgestaltung erwachsen. Bereits wenige Wochen später (Nov. 2010) beginnt Herr B. dort eine Therapie. Es handelt sich um eine Gruppentherapie mit sechs weiteren Patienten und zwei Therapeuten, die sechs Tage lang (d.h. von Dienstag bis zum darauffolgenden Sonntag) in einem Hotel „in einem gehobenem Rahmen“ stattfindet. Die Patienten werden um 6 Uhr geweckt und gehen gegen 22 Uhr zu Bett. Die Gruppensitzungen finden von 8 bis 12 Uhr und von 13 bis 17 Uhr statt, daneben gibt es, je nach Bedarf, die Möglichkeit zu Einzelgesprächen mit den Therapeuten. Im folgenden Jahr (2011) nimmt Herr B. an vier weiteren (eine pro Quartal) derartigen Zusammenkünften teil, dann fühlt er sich gesund. Sein Arbeitsvertrag wird im Juni 2011 aufgehoben, bis dahin ist Herr B. arbeitsunfähig geschrieben, seine ehemalige Abteilung wird ein Jahr später aufgelöst.

3.1.3 Bewertung der Psychotherapie

Nach Details über die Psychotherapie und der Beziehung zum Therapeuten gefragt, reagiert Herrn B. mit offensichtlicher Begeisterung. Umfassend und außerordentlich detailreich schildert er, was er in der Therapie gelernt hat. Seine Erläuterungen umfassen insbesondere die Begriffe: Selbstwertgefühl, tiefenpsychologisches Profil, Entspannungstechniken, Gruppendynamik, Persönlichkeitsprofil und Kommunikationstraining. Herr B. habe sich mit seinen beiden Therapeuten sehr gut verstanden und die Therapie habe ihm geholfen. Die Veranstaltungen seien sehr gut organisiert gewesen und es wären neben dem, was vereinbart worden war, keine zusätzlichen Kosten entstanden. E-Mails seien stets zufriedenstellend beantwortet wurden. Sein ehemaliger Therapeut würde ihm zwar immer noch regelmäßig einen Newsletter zu schicken, es bestünde aber kein Druck, die Therapie fortzusetzen. Insbesondere sei es, nach dem Abschluss der Therapie, zu keinem weiteren Geldfluss gekommen. Herr B. beschreibt ausführlich seinen aktuellen Zustand und begrüßt, dass es durch die Krise zu einer Weiterentwicklung gekommen sei, auch wenn er durch sie viel Zeit und Geld verloren hätte.

Es gibt keine Hinweise auf Fehler des Therapeuten. Die Therapie schlägt gut an und es gelingt dem Patienten offenbar, die Krise konstruktiv zu bewältigen. Trotz des Traumas verfügte der Patient – fast könnte man sagen: bemerkenswerterweise – noch über genügend psychische und professionelle (d.h. als Betriebswirtschafts-Wissenschaftler) Ressourcen, um gegen die üblichen Widerstände (Schwierigkeiten beim Kontaktieren potenzieller Psychotherapeuten, Überlastung der kassenzugelassenen Psychotherapeuten, unzumutbare Wartezeiten, etc.) auf eigene Faust kurzfristig einen, für seine Problematik (d.h. Burnout) geeigneten Therapieplatz mit einem für ihn passenden Therapeuten zu finden.

3.2 Herr C., der gemobbte Banker

3.2.1 Biografie und Selbstanamnese

Herr C. ist 56 Jahre alt. Mit 23 J. beginnt er eine Karriere als Bankkaufmann. Nach fünfzehn Jahren Tätigkeit wechselt er zu einer anderen Bank, die sechs Jahre später von der ersten Bank geschluckt wird. Herr C. bekommt wieder den Vorgesetzten, den er vor dem Wechsel hatte und der beginnt zu mobben. Im Jahr 2006 (mit 50 J.) erreicht der Kampf mit dem Chef seinen vorläufigen Höhepunkt: Herr C., der inzwischen zum Filialleiter aufgestiegen ist, bekommt Hausmeisterarbeiten zugewiesen. Er wird mehrfach abgemahnt und muss in Folge empfindliche Gehaltskürzungen hinnehmen. Herr C. reagiert mit einem Hörsturz. Sein Psychiater verschreibt ihm *Sertralin*, ein Antidepressivum vom SSRI-Typ, das er bis heute nimmt, und er empfiehlt ihm eine VT. Diese Therapie stellt ihn recht schnell wieder her, und der Psychiater bestätigt die wiedergewonnene Arbeitsfähigkeit. Doch Herr C. hat, wie er selbst sagt, seinen Chef unterschätzt: Zwei Jahre später (im Jahr 2008) wirft der ihm vor, den Arbeitgeber betrogen zu haben und die Bank kündigt ihm die Anstellung. Herr C. lässt sich in eine psychosomatische Reha-Klinik einweisen und besucht anschließend eine Tagesklinik. Zu dieser Zeit stirbt seine Mutter. Gegen die Kündigung wehrt er sich vor Gericht und gewinnt nach einem zweijährigen Rechtsstreit in der zweiten Instanz. Noch im selben Jahr (2010) macht sich Herr C. als Anlageberater selbstständig. Das Trauma hat er bis heute nicht überwunden.

3.2.2 Auflistung der Psychotherapien

Seit dem Hörsturz im Jahr 2006 und der massiven Belastung durch *Bossing* (d.h. Mobbing von oben) am Arbeitsplatz, verbunden mit dem Verlust der beruflichen Sicherheit, hat Herr C. insgesamt fünf Psychotherapie-Angebote in Anspruch genommen, wobei die letzte Therapie zur Zeit noch andauert.

1. 2006 – 10 (mit Unterbrechungen): VP zuerst wegen Überlastung bei der Arbeit, bzw. Hörsturz, dann wegen Traumatisierung durch (ungerechtfertigte) Kriminalisierung und Verlust der beruflichen Existenz
2. Mai bis Juli 2008: Stationärer Aufenthalt in einer Psychosomatische Rehabilitations-Klinik
3. Sep. 2008 bis März 2009: Besuch einer psychiatrischen Tagesklinik
4. Anfang 2011: Vier propädeutische Sitzungen über zwei Monate im Rahmen einer angedachten TP
5. Seit Sep. 2011: Analytische Gruppentherapie

3.2.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien

1. Herr C. spricht mit Begeisterung über seine Therapeutin, die auch regelmäßig Coachings bei einer deutschen Großbank durchführe. Sie sei „Spitze“, „super“ und eine Unterstützung gewesen. In der Therapie hätten sie u.a. Rollenspiele durchgeführt, die um die Interaktion mit dem Chef kreisten. Schließlich dachte Herr C., dass er sich wieder soweit erholt habe, dass er keine weitere Psychotherapie mehr benötige und auch sein Psychiater sei der Meinung gewesen, dass er wieder arbeitsfähig sei. Allerdings hätte sich später herausgestellt, dass er seinen Chef unterschätzt habe. Am Ende habe seine Krankenversicherung die Wiederaufnahme der VT verweigert, da diese zeitlich begrenzt sei. Auch wenn es in der wiederholt eingesetzten VT offenbar nicht möglich war, die Problematik von Herrn C. grundlegend zu bearbeiten, gibt es keinen Hinweis auf eine nicht ordnungsgemäße Durchführung der Therapie.

2. Herr C. macht nur wenige Angaben über seinen dreimonatigen Aufenthalt in der psychosomatischen Reha-Klinik. Anlass war offenbar der Höhepunkt des Mobbing am Arbeitsplatz, nämlich als Herrn C. der Betrug unterstellt und ihm gekündigt wurde. In der Klinik habe jeder Patient einen Psychotherapeuten als „Paten“ bekommen und er sei aufgefordert worden, sich freimütig zu äußern falls mit der Beziehung zum Therapeuten etwas nicht stimme. Herr C. bezeichnet den Klinikaufenthalt als eine positive Erfahrung und es gibt trotz der beschränkten Information kein Grund an dieser Einschätzung zu zweifeln.
3. Während des siebenmonatigen Aufenthalts (täglich von 8 bis 16 Uhr) in der Tagesklinik sei Herr C. (neben Entspannungsübungen und Ergotherapien, die hier nicht bewertet werden sollen) sowohl in den Genuss einer Gruppen- als auch einer Einzeltherapie gekommen. Die Gruppe (zwei Sitzungen pro Woche) bestünde aus 8 – 10 Patienten und sei von einem (ca. 50 J. alten) Therapeuten mit Hilfe von zwei Co-Therapeuten geleitet worden. Der Therapeut sei zwar forsch und direkt aufgetreten, sei aber niemals verletzend geworden. Herr C. habe sich schließlich an das Verhalten des Therapeuten gewöhnt. Die Gruppenmitglieder seien hingegen eher zurückhaltend gewesen so dass es in der Gruppe recht ruhig zugehe. Herrn C. gibt an, dass ihm die Gruppentherapie geholfen habe „wieder zu sich zu kommen“ und es gibt in der Tat keinen Anlass, daran zu zweifeln.

Herr C.s Einzeltherapeutin sei hingegen ein mütterlicher Typ gewesen und nicht so direkt wie der Gruppentherapeut. Er habe sich in der Therapie beschützt gefühlt. Allerdings habe sie inhaltlich die gleichen Aussagen wie der Gruppentherapeut gemacht, sie hätte sie nur anders ausgedrückt. Einmal hätte es in der Gruppentherapie einen massiven Konflikt mit einem anderen Gruppenmitglied gegeben und die Therapeutin, die von den Gruppentherapeuten informiert worden sei, hätte diesen Konflikt durch Konfrontation lösen können. Herr C. gibt an, auch gegen Ende des Aufenthalts in der Tagesklinik immer noch von seinem Chef zu träumen, was für ihn hieße, dass das Trauma nicht bewältigt sei. Die Einzeltherapie harmoniert offenbar gut mit der Gruppentherapie. Herr C. scheint an den kohärenten Botschaften der ihm charakterlich gegensätzlich erscheinenden Therapeuten der Gruppen- und der Einzeltherapie zu wach-

sen, und es gibt auch bezüglich der zweiten Therapie keinen Hinweis auf einen bedeutsamen Fehler durch die Therapeutin.

4. Herrn C.s erster Eindruck über den Therapeuten sei gewesen „da kommt was rüber“, zumal er in den ersten Sitzungen über den Tod seiner Eltern hätte sprechen können. Umso erschütternder sei für ihn gewesen, dass der Therapeut in der vierten Sitzung Herrn C. beschuldigt habe, zu simulieren, und mit den harschen Worten „mit Ihnen kann ich nicht arbeiten“ ihm die Therapie kündigte. Herr C. sei daraufhin depressiv geworden und habe daran gedacht, sich das Leben zu nehmen.

Die plötzliche Aufkündigung der therapeutischen Beziehung trifft Herrn C. erwartungsgemäß hart, da die Umstände und das Auftreten des Therapeuten am nicht bewältigten Trauma des ebenfalls unerwarteten Verlusts der beruflichen Existenz rühren. Die Belastung wird vermutlich durch die positive Übertragung zum Therapeuten, die sich offenbar spontan ausgebildet hat, zusätzlich verstärkt. Der Therapeut hat sich klar eines erheblichen professionellen Fehlverhaltens schuldig gemacht. Zum Ersten stellt sich die Frage, warum die Entscheidung, die Therapie mit dem Patienten nicht fortzuführen, erst nach der dritten Sitzung gefällt wurde. Zum Zweiten fragt man sich, nachdem das Material von immerhin drei Sitzungen zu Verfügung stand, wie es überhaupt zu so einer eklatanten Fehleinschätzung kommen konnte. Zum Dritten hätte sich der Schaden in Grenzen gehalten, hätte der Therapeut seine Entscheidung einigermaßen taktvoll kommuniziert. Stattdessen verlor er die Kontrolle und agierte seinen Ärger, der offenbar aus einer negativen Gegenübertragung resultierte, auf Kosten des Patienten. Es handelt sich somit klar um ein professionelles Fehlverhalten mit einer nicht unerheblichen, potenziellen Schädigung des Patienten.

5. Herr C. gibt an, dass sich die Gruppe, die von nur einem Therapeuten geleitet werde, einmal pro Woche (Unterbrochen durch Ferien- und Urlaubszeiten) abends (um 18.15 Uhr) trifft. Zu Beginn habe es zwei Einzelgespräche gegeben, zu einem davon habe ihn seine Frau begleitet. Herrn C.s Hauptproblem seien seine starken Verlustängste. Seine Frau sei nun arbeitsunfähig, die erwachsenen Kinder hätten das Haus inzwischen verlassen und führten ihr eigenes Leben. In seinen Kreisen sei es üblich, sich bereits mit 50 – 55 Jahren zur Ruhe zu setzen, seine Altersvorsorge sei aber durch den

ehemaligen Chef schwer beschädigt worden. Das Einkommen aus seiner jetzigen Selbständigkeit sei erheblich geringer als aus seiner vorigen Tätigkeit als Angestellter und Herr C. fürchtet, das Eigenheim zu verlieren. Herr C. bedauert, dass die übrigen Gruppenmitglieder so wenig Verständnis für seinen Kummer aufbrächten, was in den vorherigen Gruppen, d.h. in der psychosomatischen Reha-Klinik und der Tagesklinik nicht der Fall gewesen sei. Die typische Aussage der Gruppenmitglieder sei: „Du klagst auf einem hohem Niveau.“ Herr C. macht jedoch den Mitpatienten keinen Vorwurf und er sieht die Ursache eher darin, dass die Gruppe (aus 9 Patienten) sehr heterogen zusammengesetzt sind: u.a. einem Arbeitslosengeld II („Hartz IV“-Empfänger, zwei Sozialarbeitern, einem Angestellten einer lokalen Fachhochschule und einem Angestellten einer Leiharbeitsfirma. Der Therapeut habe die Ängste von Herrn C. selbst zwar verstanden, er könne diese aber nicht der Gruppe erklären. Zu Beginn der Gruppensitzungen kämen die Gespräche meist eher schwierig in Gang, bis schließlich die Ruhe unerträglich sei und jemand anfinge zu sprechen. Herr C. komme oft abgehetzt zur Gruppe. Er benötige mehr als eine Stunde um die Praxis zu erreichen, davon allein 15 bis 20 Minuten, einen Parkplatz zu finden. Da Herr C. in der abendlichen Rush Hour unterwegs sei, nütze es auch wenig, früher loszufahren, da dann der Straßenverkehr umso stärker sei. So komme er sehr oft verärgert in die Gruppe und sei allein deshalb nicht gesprächsbereit. Herr C. vermutet, dass es den anderen Gruppenmitgliedern ähnlich geht. Genau wisse er es nicht, da dies in der Gruppe bislang nicht thematisiert wurde und zudem den Gruppenmitgliedern der Kontakt außerhalb der Gruppe untersagt sei. Ohnehin erschienen sie meist erst kurz vor Beginn der Gruppe und sie verließen nach dem Ende „fluchtartig“ das Gebäude. Für den Geschmack von Herrn C. schweife die Gruppe generell zu sehr ab, was er besonders dann bedaure, wenn er über eines seiner Kernthemen spräche und dann das Thema schnell gewechselt würde. Die typische Dynamik in der Gruppe sei, dass, nachdem ein Mitglied ein persönliches Problem geschildert habe, andere Mitglieder es ihm gleichtäten und ebenfalls, ohne Bezug auf das vorher Gesagte, eigene Probleme schilderten, so dass das Ausgangsthema verloren ginge. Einmal habe ein Gruppenmitglied die Gruppe mit einer Bootsbesatzung verglichen, was Herr C. sehr interessant fand. Am Ende habe die Besprechung dieses Einfalls aber nur eine halbe Stunde gedauert. Manche Sitzungen seien aus der Sicht von Herrn C. in Ordnung, andere seien reine Zeitverschwendung.

Herr C. denkt, dass es besser wäre, wenn sich die Gruppe öfter träfe, da dann der Zusammenhalt stärker wäre.

Der Therapeut ist Herrn C. zu schweigsam, denn dieser interveniere erst wenn es in der Gruppe zu einem Konflikt käme. Dies sei aber in dem Jahr, in dem Herr C. an der Gruppe teilnehme, erst einmal aufgetreten als ein Patient, der vorher fast nichts gesagt hätte, gebrüllt habe: „Da kommt ja nichts rum, bei diesem Rumgelabere.“ Zwei Patienten seien nach eigenen Angaben bereits 6 bis 7 Jahre in der Gruppe und Herr C. schließt aus der langen Dauer, dass diese Mitglieder mit der Gruppe zufrieden sein müssten. Er selbst könne sich aber nicht vorstellen, die Gruppe so lang zu besuchen. Er findet, dass der Gruppenprozess zu lange dauert und dass die Dynamik eher träge sei. Um die Dynamik in Gang zu bekommen, regt Herr C. an, dass jeder Teilnehmer reihum der Gruppe berichtet, wie er sich gerade fühle. Herr C. verdächtigt den Therapeuten, die Therapie künstlich zu verlangsamen und er denkt, dass die Therapeuten, die er in der Reha- und der Tagesklinik hatte, „mehr aus der Gruppe herausholen“ könnten. Herr C. bedauert, dass es bislang kein Feedback des Therapeuten in Form einer Einzelsitzung gegeben habe, denn die beiden Einzelsitzungen zu Beginn fand Herr C. durchaus vielversprechend. Zudem gebe es meist auch keine Zusammenfassung am Ende der jeweiligen Sitzung und wenn, dann „nur minimal.“ Weiterhin bedauert Herr C., dass der Therapeut Patienten, die ankündigen, die Gruppe verlassen zu wollen, ohne weitere Diskussion („einfach so“) gehen ließe.

Aus der ausführlichen Beschreibung der letzten, noch andauernden Gruppentherapie von Herrn C. ergibt sich das Bild eines sehr passiven Therapeuten, der die recht heterogen zusammengesetzte Gruppe wohl recht lustlos leitet und der vermutlich das Entstehen einer therapeutisch wirksamen Gruppendynamik verhindert. Herr C. gibt an, an den empfindlichen materiellen Verlusten, die aus dem Konflikt mit seinem ehemaligen Vorgesetzten resultieren, sehr zu leiden. Da er aber seine (als narzisstische Kränkung empfundene) Niederlage im (ödipalen) Konflikt mit dem ehemaligen Chef mit keinem Wort thematisiert, ist zu vermuten, dass gerade diese für den aktuellen Leidensdruck bedeutend, wenn nicht sogar entscheidend ist. Daneben ist Herr C. zu sehr auf materielle Dinge fixiert, die für sein Alter gute Gesundheit, die lange und tragfähige Beziehung zu seiner Frau und die gute Entwicklung der eigenen Kinder, weiß er nicht hin-

reichend zu würdigen. Herr C. beschreibt lediglich zwei Gruppenmitglieder näher: eine Person, die offenbar die Rolle des Co-Therapeuten angenommen hat und einen Arbeitslosengeld II („Hartz IV“-)Empfänger, der ihm „Jammern auf hohem Niveau“ vorwirft. Diese beiden Persönlichkeiten lassen sich offenbar der narzisstischen, bzw. der materiellen Komponente von Herrn C.s Leid zuordnen und es ist zu erwarten, dass insbesondere die Analyse der Konflikte mit diesen beiden Gruppenmitgliedern für die Entwicklung der Persönlichkeit von Herrn C. außerordentlich hilfreich wäre. Der generell passive Therapeut scheint diese Möglichkeit nicht wahrzunehmen, und man bekommt den Eindruck, dass er am Wohlergehen seiner Patienten nicht sonderlich interessiert ist. So scheint für diesen weder das vorzeitige Weggehen, noch die übermäßig lange (d.h. 5 bis 6 Jahre) Teilnahme an der Gruppe, sonderlich besorgniserregend zu sein. In diesem Zusammenhang mag man an den narzisstischen Missbrauch durch manche orthodoxer Psychoanalytiker denken, die es (u.a. durch weitgehende Passivität und übertriebener Pathologisierung des Patienten) erreichen, die Psychotherapie übermäßig lange auszudehnen, um so das eigene Bedürfnis nach Bequemlichkeit und materieller Sicherheit auf Kosten des Patienten zu befriedigen.

3.3 Der lebenslustige Herr D.

3.3.1 Biografie und Selbstanamnese

Herr D., ein sehr schlanker, mittelgroßer Mann mit verschiedenen Tätowierungen am Oberkörper, ist 34 J. alt, man könnte ihn aber durchaus für 10 Jahre jünger halten. Sein inzwischen verstorbener Vater war Alkoholiker. Mit 6 J. lassen sich die Eltern scheiden. Später heiratet seine Mutter erneut und Herr D. leidet sehr unter seinem patriarchalischen Stiefvater. Zudem gilt er, seit er denken kann, als das „schwarze Schaf“ der Familie. In seiner Jugend probiert er – bis auf Heroin – praktisch alle erhältlichen Drogen aus und erleidet in Folge mit 21 J. ein akutes Leberversagen. Eine Ausbildung zum Kunstglaser bricht er ab und schlägt sich als Discjockey durch.

Im Jahr 2002 beginnt Herr D. wegen einer akuten Überlastung im Privaten (u.a. lässt die Lebensgefährtin, von der er sich kurze Zeit später trennt, einen Schwangerschaftsabbruch vor-

nehmen) und im Beruflichen (u.a. fühlte sich Herr D. während einer Prüfungsphase in seinem Studium überfordert) eine Verhaltenstherapie. Herr D. zeigte zu dieser Zeit autodestruktives Verhalten (d.h. er stieß Kopf und Fuß rhythmisch an die Wand und zog sich so einen Haarriss im Schädel zu, bzw. brach sich den großen Zeh). Daneben litt er an einer Soziophobie (starke Schüchternheit, insbesondere im Umgang mit Frauen), verbunden mit Panikattacken, die in geschlossenen Räumen in Gegenwart fremder Menschen (z.B. im Aufzug, Flugzeug oder Straßenbahn, aber z.B. nicht auf Partys) auftraten. Im Jahr 2010 schicken ihn seine Dozenten wegen auffälligen Fehlzeiten zur Studienberatungsstelle, wo er eine Kurzzeittherapie macht.

Schließlich gelingt es Herrn D. ein Studium der Heilpädagogik erfolgreich abzuschließen. Seit kurzem arbeitet er als Erzieher im Behindertenbereich. Herr D. hatte erst vor einem Jahr einen schweren Alkoholrausch, nach dem er stationär behandelt werden musste. Wegen seines übersteigerten Selbstbewusstseins, verbunden mit Depressionen und dem Missbrauch psychotroper Substanzen begab sich Herr D. erneut in eine Verhaltenstherapie, die er im Frühjahr dieses Jahres erfolgreich abschloss. Seitdem hat er seinen Drogenkonsum unter Kontrolle und konsumiert lediglich Alkohol, Amphetamin (bei seiner Arbeit als Diskjockey), Cannabis und Tabak.

3.3.2 Auflistung der Psychotherapien

1. 1988 (mit 10 J.): Familientherapie bestehend aus einer Familienaufstellung mit Playmobil-Figuren und dem Malen von Bildern. Herr D. nimmt nur an drei Sitzungen teil.
2. Anfang 2002 bis Mitte 2003 (mit 24 J.): VT
Mitte 2006 bis Ende 2008: Fortsetzung der vorangegangenen VT beim selben Therapeuten
3. Anfang 2010: Kurzzeittherapie (TP) an Studienberatungsstelle
4. Aug. 2011 bis Mai 2012: VT

3.3.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien

1. Herr D. hat durchaus positive Erinnerungen an die beschriebene Familientherapie: Er habe sich in der Praxis wohlfühlt und sie als sehr kindgerecht erlebt. Leider hat Herr D. kaum verwertbare Erinnerungen an diese Therapie, zumal er ja nur an drei Sitzungen teilnahm. Aus diesen Gründen, und weil er zur Zeit der Teilnahme noch ein Kind war, soll an dieser Stelle keine Bewertung des/der Therapeuten erfolgen.
2. **Beginn der Psychotherapie.** Der (männliche) Psychotherapeut habe, in einem ersten Eindruck, auf Herrn D. jovial, selbstsicher, freundlich und richtungsweisend gewirkt: Er habe für Herrn D. ein männliches Rollenbild repräsentiert, das er schon immer gesucht habe und dem sein Stiefvater so gar nicht entsprach. Zudem habe der Therapeut ihm das Gefühl gegeben, etwas wert zu sein, denn vor der Therapie habe er keinerlei Selbstwertgefühl gehabt, was sich u.a. darin geäußert habe, dass seine damalige Lebensgefährtin mit ihm machen konnte, was sie wollte und er ihr geradezu hörig gewesen sei. In der Therapie habe Herr D. zusammen mit dem Therapeuten typische Selbsteinschätzungen in Form von Ich-Sätzen herausgearbeitet, diese geeignet modifiziert und in zehn Sätze (wie etwa: „Ich bin wertvoll“, „Es gibt Menschen, die mich lieben“, etc.) zusammengefasst. Diese zehn Sätze, die sich im Laufe der Zeit leicht veränderten, habe Herr D. auswendig lernen und zu Hause 100-mal aufsagen sollen. Herr D. habe die Therapie schließlich auslaufen lassen, weil sich sein Lebensgefühl positiv entwickelt hätte: So habe er sich von der ihn belastenden Freundin getrennt und seinen Zivildienst angetreten. Diesen ersten Teil der Therapie sieht Herr D. in Nachhinein positiv, obgleich er meint, dass er mehr hätte erreichen können und die (im nächsten Abschnitt beschriebene) Anschlusstherapie nicht nötig gehabt hätte, wenn er mehr Disziplin aufgebracht und die Übungen ernster genommen hätte. Mit dem ersten Teil der Therapie bei diesem Therapeuten sei er damals zufrieden gewesen und ist es im Nachhinein immer noch.

Fortführung der Psychotherapie nach Pause. Bei der Fortführung der vor drei Jahren vorangegangenen Therapie sei langsam die Distanz zu seinem Therapeuten verschwunden und die Beziehung sei freundschaftlicher geworden. Herr D. habe sich an Sätzen aufgebaut, wie: „Ich bin wichtig“, „Wichtiger als ich ist keiner“ und „Die größ-

te Wichtigkeit in meinem Leben habe ich“, und sie in sein tägliches Leben übertragen. Der Therapeut habe dem nichts entgegengesetzt. Vorher hätte es ein „diffuses Ich“ gegeben, jetzt nur noch einen „harten Ego-Kern“. Er habe das so stehen lassen, da er gedacht habe, dass dies wohl ein erstrebenswertes Maß an Egoismus sei, denn Herr D. habe sich in seinem Leben stets als ungeliebt und nichts wert wahrgenommen. Inzwischen denkt Herr D., der Therapeut hätte dieser Entwicklung ein „Korrektiv entgegenzusetzen müssen“. „Die Menge und die Zeit“ dieser Autosuggestion habe zu einer Überkompensation geführt. So habe der Therapeut Sätze von Goethe „und anderen Schreiberlingen“ zitiert, wie: „Der Mann macht sich die Frau Untertan“, weil Herr D. ja auch „immer so ein Problem mit Frauen“ hätte und „sich immer untergeordnet“ habe. Gegen Ende der Therapie – aus der Herr D. mit einem übersteigerten Selbstwertgefühl („innerlich mit extrem breiten Schultern“) herausgegangen sei – sei die Beziehung zum Therapeuten „ins Persönliche übergegangen“ und man habe sich schließlich geduzt und sich im Cafe getroffen. Die Therapie habe ihm damals zwar einerseits gutgetan – so er habe sich besser gefühlt und die Panikattacken seien dauerhaft verschwunden –, seine Soziophobie sei aber in ihr Gegenteil verkehrt worden: „So groß fühle ich mich gar nicht, wie ich mich manchmal gebe.“ So habe Herr D. wieder das Gefühl der Selbstentfremdung erlebt, das er bereits aus der Zeit zu Beginn der vorangegangenen Therapie kannte: „Irgendetwas stimmt nicht, so bin ich nicht“. In der Tat habe er damals regelmäßig von seinem Freundes- und Bekanntenkreis gesagt bekommen, dass er sich „in sehr extremen Stimmungen“ (im Sinne einer Manie) befunden habe. Weil Herr D. von seiner Arbeitsweise überzeugt gewesen sei, habe er auch andere Personen aus seinem sozialen Umfeld zu seinem Psychotherapeuten geschickt, mit der Intention, dass diese dort eine Psychotherapie beginnen sollten. Dies seien gewesen: seine ehemalige Partnerin, die bereits beginnend mit dem Säuglingsalter bis zum 7. Lebensjahr von einem Familienmitglied sexuell missbraucht worden sein soll und die an einer Selbstwertproblematik leiden soll, seine Cousine und eine Mitbewohner.

Gemeinsamer Sex mit Partnerin und Psychotherapeuten. Sechs Wochen nach Beendigung der Psychotherapie habe Herr D. seinen ehemaligen Therapeuten, der seine Praxis in demselben Viertel haben soll, in dem auch Herr D. wohnt, zufällig auf der Straße getroffen. Man habe gemeinsam ein Cafe besucht und sei anschließend, zusammen mit der damaligen Partnerin von Herrn D. (die sich gleichzeitig bei Herrn D.s

ehemaligem Psychotherapeuten in Therapie befand) in ein Steakhaus gegangen. Schließlich sei man zu dritt in die Praxis des Therapeuten gegangen, und habe dort Wein getrunken und Marihuana geraucht. Schließlich kam es zum ersten Mal zwischen dem Therapeuten auf der einen, und mit dem angeblich bisexuellen Herrn D. und seiner damaligen Lebensgefährtin auf der anderen Seite, zu sexuellen Handlungen die u.a. den Genitalbereich involvierten. Am Ende übernachteten alle drei in der Praxis.

Folge des „flotten Dreiers.“ Nach diesem Erlebnis habe die damalige Partnerin eine Dreiecksbeziehung gewünscht. Herr D. habe aus diesem Grund die Beziehung beendet und begann erstmalig, die Therapie bei seinem ehemaligen Psychotherapeuten zu hinterfragen. Herr D. habe nach diesem „flotten Dreier“ eine Down-Phase gehabt, in der seine „ganze Welt zusammengebrochen“ sei und sich sein ohnehin schon übersteigertes Selbstwertgefühl noch weiter verstärkt hätte. Er habe sich damals einen Monat später mit einer Frau liiert, mit der er damals bereits 9 Jahre befreundet gewesen sei und mit der er derzeit immer noch in Partnerschaft lebe. Seine ehemalige Partnerin habe immer noch eine sexuelle Beziehung zum 20 Jahre älteren Therapeuten. Dies wisse er, da sie beide Arbeitskollegen seien und er immer noch regelmäßigen Kontakt zu ihr habe. Zudem habe er Kontakt zur besten Freundin der Ex-Partnerin, die sie seit 20 Jahren kenne, und von dieser gehört, dass letztere sich verändert habe und dem Therapeuten hörig sei. Er lasse sich nach jeder Sitzung von seiner Patientin ein Dokument unterschreiben, in dem diese bestätigt, dass es zu keinen sexuellen Übergriffen von Seiten des Therapeuten gekommen sei. Im Zuge der Therapie sei seine ehemalige Partnerin von einer „emanzipierten Frau zu einem Mädchen“ geworden und sie „fühlt sich angestrengt und leer und zeigt psychosomatische Erkrankungen.“ Zu seinem ehemaligen Therapeuten, den er inzwischen als Narzisst betrachtet, habe er noch immer sporadischen Kontakt und hege „derbe Gewaltphantasien.“ Der von diesem erfolgte sexuelle Übergriff sei immer noch eine Belastung für Herrn D.s derzeitige Beziehung.

Zusammenfassung und Bewertung. Herr D. leidet als junger Erwachsener an Soziophobie und regelmäßigen Panikattacken in engen Räumen bei der Anwesenheit von Fremden und entwickelt im Zusammenhang mit einer beruflichen und privaten Überforderung autodestruktives Verhalten. Er begibt sich daher in eine VT, die er nach anderthalb Jahren erfolgreich beendet. Nach drei Jahren kehren die Symptome jedoch

zurück und Herr D. setzt die VT bei seinem ehemaligen Psychotherapeuten fort. Der Grund für die Rückkehr der Symptomatik ist vermutlich in einer erheblichen familiären Belastung (insbesondere durch einen alkoholkranken Vater, die Scheidung der Eltern und der schlechten Beziehung zum Stiefvater) zu sehen, was eher eine psychodynamische Therapie als eine VT indiziert erscheinen lässt. Anstatt Herr D. entsprechend weiter zu verweisen, nimmt der Therapeut die VT wieder auf, die in Folge aus dem Ruder läuft. Der Therapeut übertreibt offenbar mit seinen Maßnahmen, er vermittelt seinem Patienten offenbar ein persönliches, stark machomäßig geprägtes Frauenbild und gibt die therapeutische Distanz zum Patienten auf, was zu einem manisch übersteigerten, wenn auch ich-dystonen Narzissmus führt. In diesem Zustand bricht Herr D. die Therapie ab, ohne dass die Übertragung zum Therapeuten in Form einer primitiven Idealisierung aufgelöst wird und er schickt in Folge seine Partnerin und auch Bekannte in dessen Praxis. Der Therapeut ignoriert eine mögliche Befangenheit, bzw. den Interessenkonflikt, nimmt die Partnerin seines ehemaligen Patienten in Behandlung und verführt, als sich die Gelegenheit ergibt, Herrn D. und dessen Partnerin, die jetzt seine Patientin ist, zu gemeinsamen sexuellen Beziehungen. Die (inzwischen ehemalige) Partnerin von Herrn D. ist mittlerweile seit drei Jahren bei dem besagten Therapeuten in Behandlung, wobei dessen sexueller und narzisstischer Missbrauch weiterhin andauert. Dies stellt für Herrn D., der die ehemalige Partnerin als Arbeitskollegin hat, eine andauernde Belastung dar.

3. Herr D. geriet in der Pause zwischen den ersten beiden VTen durch den Krebstod seines Vaters und durch übermäßige Belastungen im Studium in eine Krise und wurde nach regelmäßigen Fehlzeiten von seinen Dozenten zur Studienberatungsstelle geschickt. Dort wurde in nur 18 Sitzungen (zuerst 3 Wochen lang zwei Sitzungen, dann 3 Monate lang eine Sitzung pro Woche) offenbar in einer tiefenpsychologisch fundierten Kurzzeitpsychotherapie die Biografie des Patienten aufgearbeitet. Herr D. erkannte, dass er nicht am Tod des Vaters schuld ist und kam so, wie er sagt, „aus dem Loch“ heraus. Allerdings habe Herr D. gegen Ende der Therapie begonnen zu konfabulieren, was er im Nachhinein bereut und nicht fair findet. Diese Kurztherapie half Herrn D. aus der aktuellen Krise und es gibt keine Anzeichen für ein Fehlverhalten des Psychotherapeuten.

4. Herr D. habe sich aus zwei Gründen erneut einer Psychotherapie unterzogen: Zum einen wegen des bereits erwähnten, andauernden Suchtproblems, zum anderen wegen eines übersteigerten Selbstwertgefühls („Es ging im Prinzip nur um mich, nach mir kam erst mal niemand“) in Verbindung mit Depressionen aufgrund der resultierenden Zurückweisung durch das soziale Umfeld. Aufgrund der vorangegangenen schlechten Erfahrungen habe Herr D. bei seiner vorerst letzten Psychotherapie zum ersten Mal einen weiblichen Psychotherapeuten ausgewählt. Aufgrund der Suchproblematik habe die Therapeutin zunächst gezögert, mit ihm eine Therapie zu beginnen. Schließlich habe sie aber erkannt, dass die Sucht nicht das zentrale Problem von Herrn D. ist. Sollte die Suchtproblematik aber in den Vordergrund rücken, dann müsse er sich einen anderen Therapeuten suchen.

Herr D. habe sich in der Therapie (VT) stets sehr wohl gefühlt. Die Therapeutin sei – im Gegensatz zu seinem vorangegangenen Therapeuten – eher distanziert aufgetreten, was aber genau richtig gewesen sei. Herr D. habe dies als angenehm empfunden, da dies es ihm erleichtert hätte, freimütig über sich zu sprechen. Am Ende jeder Sitzung habe ihn die Therapeutin aufgefordert ein Resümee zu formulieren. Zu der Zeit sei Herr D. außerdem in seinen Ansichten sehr schwankend gewesen und diese z.T. von Tag zu Tag verändert. Die konkrete Ausarbeitung der jeweiligen Ansicht mit Hilfe der Therapeutin habe Herrn D. geholfen, sich festzulegen und für sich Entscheidungen zu fällen. Seinen zuvor übersteigerten Narzissmus habe die Therapeutin „auf ein normales Maß gebracht.“ Bereits nach bereits fünf Sitzungen habe sich sein Zustand spürbar verbessert. Das Ende der Therapie habe Herr D. als sehr abrupt empfunden, da die Therapeutin ihn erst in der vorletzten Sitzung auf das kommende Ende hingewiesen hätte. Er räumt jedoch ein, dass er vermutlich den Überblick über die Anzahl der bereits vergangenen Sitzungen verloren hätte, und sei trotzdem mit einem sehr guten Gefühl aus der Therapie gegangen.

Die vorerst letzte Psychotherapie von Herrn D. hat offenbar gut angeschlagen. Im längeren persönlichen Gespräch wirkt Herr D. im Bezug auf seine erwähnte Selbstwertproblematik unauffällig. Die Therapeutin hat offensichtlich ihre professionellen Grenzen – in diesem Fall insbesondere die Behandlung der Suchtproblematik – erkannt, und ist mit diesen zum Nutzen konstruktiv umgegangen. Weiterhin vermeidet sie eine

übermäßige Nähe und damit eine zu starke Übertragung, und erleichtert es dem Patienten gleichzeitig, sich zu öffnen. Das Resümee am Ende der Stunde gibt dem Patienten Struktur. Die Therapeutin beendet die Therapie rechtzeitig ohne zu versuchen, diese künstlich in die Länge zu ziehen. Der durchweg positive Eindruck des Patienten von seiner Psychotherapie kann nur bestätigt werden.

3.4 Die leidgeprüfte Frau E.

3.4.1 Biografie und Selbstanamnese

Frau E. ist zur Zeit des Interviews 67 Jahre alt. Sie hat eine Ausbildung als Krankenschwester. Im Jahr 1985 (mit 41 J.) wird ihre Ehe geschieden; die gemeinsamen Töchter sind zu der Zeit 10, bzw. 13 J. alt. Im Jahr 1991 beginnt sie als Pharmareferentin für einen großen Arzneimittelhersteller zu arbeiten. Im Jahr 2001 bricht für Frau E. eine Welt zusammen: Im Mai stirbt ihre Mutter, der Beginn eines 10-jährigen, heftigen Erbschaftsstreits mit ihren beiden Schwestern (–4 und +7 J. alt), der erst vor Gericht geschlichtet wird. Etwa vier Wochen später im Juni entdeckt sie Knoten in beiden Brüsten, die von Ärzten zunächst als harmlos diagnostiziert werden, sich aber, nachdem Frau E. auf einer histologischen Untersuchung besteht, als maligne Tumore herausstellen und chirurgisch entfernt werden. Im Juli werden bei der Nachuntersuchung mittels Knochenszintigraphie an der Stirn zwei Meningeome – i.e. ein in diesem Fall gutartiger Tumor, der durch Entartung der mittleren Hirnhaut, der *Arachnoidea* entsteht – von der Größe 2x3 cm entdeckt und ebenfalls chirurgisch entfernt. Seit dieser Zeit leidet Frau E. zeitweise an kognitiven Defiziten – die zugehörige Diagnose „Frontalhirnsyndrom“ erhält sie erst vor einem Jahr von einem Neuropsychologen – wie etwa Gedächtnisstörungen, der Unfähigkeit zu schreiben, sich aus der Hocke aufzurichten oder Treppenstufen zu gehen. Beim Interview verhält sich Frau E. diesbezüglich unauffällig, sie weist jedoch auf die deutlich erkennbaren Operationsnarben auf beiden Seiten des Kopfes im Schläfenbereich von der Größe eines Eineurostücks hin. August und September verbringt sie in einer Rehabilitationsklinik, die sie langzeitarbeitsunfähig und mit der Diagnose reaktive Depression verlässt. Seit 2003 ist Frau E. wieder berufstätig, muss sich jedoch bis 2006 gegen Mobbing durch ihren Chef zur Wehr setzen. Gegen ihre immer noch andauernden Depressionen nimmt sie *Citalopram* (vom Typus der SSRI).

3.4.2 Auflistung der Psychotherapien

1. Aug. bis Sep. 2001: Gesprächstherapie (TP) in Reha-Klinik im Anschluss an chirurgische Entfernung von Mammakarzinomen und Meningeomen
2. Mai bis Juli 2002: TP während Aufenthalt in Psychosomatischer Klinik, Psychoanalytische Abteilung
3. 2003: Gruppen-Psychotherapie (TP) in Reha-Klinik, 1 Std./Wo. für 2 Monate (IRE-NA: *intensivierte Reha-Nachsorge*)
4. 2003 bis 2006: Gesprächstherapie (TP)
5. 2008 bis 2010: VT bzw. Traumatherapie, 72 Std. insgesamt
6. Seit 2012: Neuropsychotherapie, bisher 5 probatorische Sitzungen

3.4.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien

1. Die Patientin erinnert sich an keine Details ihrer zweimonatigen Psychotherapeutischen Betreuung.
2. Die Patientin erinnert sich ebenfalls an keine Details der Psychotherapeutischen Betreuung ihres dreimonatigen Aufenthalts in einer Psychosomatischen Klinik.
3. Der Patientin sei es nicht gelungen, während ihrer kurzen Gruppenpsychotherapie eine Beziehung zur Gruppe aufzubauen. Da nicht genügend Details vorliegen, wird auf eine Bewertung verzichtet.
4. Frau E. habe den Eindruck gehabt, dass sie ihrem Therapeuten gleichgültig gewesen sei und dass dieser entsprechend wenig Engagement zeigt habe. Die Therapie sei für sie sehr anstrengend und letztlich unnütz („für die Katz“, „Nullnummer“) gewesen. Sie

habe damals Schwierigkeiten gehabt, „nein“ zu sagen, und sei „das brave Kind gewesen, das immer den Teller aufisst.“ Somit verwundert es nicht, dass Frau E. trotz langanhaltender Erfolglosigkeit eine relativ lange Zeit (d.h. ca. 4 Jahre) benötigt, sich aufzuraffen und die Therapie zu beenden. Hier wäre der Therapeut gefragt, der doch erkannt haben muss, dass die Passung zwischen ihm und seiner Patientin nicht stimmt, die Therapie möglichst bald, am besten noch während der probatorischen Sitzungen zu beenden.

5. Von dieser Therapie sagt Frau E., dass der Therapeut einen guten Job gemacht habe. Es sei eine Traumatherapie durchgeführt worden, mit Methoden wie z.B. *Eye Movement Desensitization and Reprocessing* (EMDR), die ihr wahrscheinlich geholfen habe. Zumindest habe sie nicht geschadet und sie habe im Therapeuten, der Frau E. sympathisch gewesen sei, zumindest einen Gesprächspartner gehabt. Der Therapeut habe gemeint, dass Frau E. keine Antidepressiva benötige. Obgleich von den genehmigten 80 Stunden noch 8 übrig waren, beendete Frau E. die Therapie vorzeitig, um eine Pause zu machen.

Es gibt keinen Grund, an dem guten Eindruck, den Frau E.s Therapeut auf sie offenbar gemacht hat, zu zweifeln. Der vorzeitige Therapieabbruch ist positiv zu bewerten, da dadurch klar ist, dass Frau E. kein übermäßiges Abhängigkeitsverhältnis eingegangen ist. Ebenso deutet die Relativierung in Frau E.s Formulierung, dass die Therapie ihr *wahrscheinlich* geholfen habe, darauf hin, dass ihr kritisches Urteilsvermögen erhalten blieb. All diese positiven Aspekte sind Frau E.s Psychotherapeuten anzurechnen.

6. Bei der aktuellen sogenannten Neuropsychotherapie hätten erst fünf probatorische Sitzungen stattgefunden. Zudem sei ungewiss, ob diese Therapie von Frau E.s Krankenkasse finanziert würde. Bislang sei bloß die Anamnese erstellt worden. Eine Bewertung ist daher nicht möglich.

3.5 Herr F., der Künstler mit dem Alkoholproblem

3.5.1 Biografie und Selbstanamnese

Herr F. meldet sich telefonisch auf die Zeitungsanzeige und erbittet, mit der Begründung, dass er von Arbeitslosengeld II („Hartz IV“) lebe, ein Honorar für das Interview. Ich versuche Herrn F. behutsam zu erklären, dass dies leider nicht möglich ist, worauf sich dieser dennoch zum Interview bereit erklärt und mich dazu in seine Wohnung einlädt. Tatsächlich lebt Herr F. unter einfachen Verhältnissen in einer Sozialwohnung: Vor dem mehrstöckigen Haus, an dem gerade Fassadenarbeiten durchgeführt werden, ist ein Gerüst aufgebaut und die gesamte Fassade ist mit transparenten Plastikplanen abgedeckt. Durch das angestellte Fenster (es ist sommerliches Wetter) sieht man gelegentlich Bauarbeiter und in Herrn F.s Wohnung dringt Radiomusik.

Herr F. ist 60 Jahre alt, er hat eine Zwillingschwester und eine ältere Schwester. Noch bevor er sein erstes Lebensjahr vollendet, stirbt sein Vater. Mit seiner Mutter, die nach dem Tod seines Vaters keine Männer mehr hat, lebt er Zeit seines Lebens im selben Haushalt und hat eine entsprechende, überaus enge Bindung (er bezeichnet sich als „Klammeraffe“). Als er 10 oder 11 J. alt ist verstirbt sein Großvater.

Im Alter von 13 oder 14 J. ist Herr F. unschlüssig, welchen beruflichen Weg er einschlagen soll und macht einen entsprechenden Test beim Arbeitsamt. Es stellt sich heraus, dass er Talent zum Werbe- und Gebrauchsgraphiker hat. Für die Ausbildung müsste er 10.000 DM aufbringen, was ihm zu teuer ist. So beginnt Herr F. mit 15 J. eine Ausbildung bei einem Notar, wo er es aber nur 3 Monate aushält. Dann beginnt er eine Lehre zum Rechtsanwaltsgehilfen, die er aber nach zwei Jahren abbricht, weil er sich mit der Bürovorsteherin nicht versteht. Die anschließende Ausbildung bei einem Versicherungskonzern zum Versicherungskaufmann – wo er mit 19 J. eine Festanstellung erhält – bricht er nach drei Jahren ab. Zum Wehrdienst muss Herr F. nicht, denn er wird ausgemustert. Aber er will ohnehin nicht zur Bundeswehr, denn er glaubt, dass er sich dort nicht wohlfühlen würde, u.a. weil er sich in Männergruppen unbehaglich fühlt und sich nicht durchsetzen kann. Mit 28 J. (und immer noch ohne Berufsausbildung) wechselt Herr F. zu einer Krankenversicherung, wo es ihm im Nachhinein am besten gefällt.

Im Jahr 1981 macht das Arbeitsamt dem damals 29-jährigen Herrn F. zur Auflage, sich von einem Psychologen umfassend testen und beraten zu lassen – insgesamt finden über 4 Monate etwa 20–25 Sitzungen statt. Der *Rosenzweig Picture Frustration Test* (PFT; Rosenzweig, Fleming & Clark, 1947; Hörmann & Moog, 1957) – ein projektiver psychometrischer Test, der die Frustrationstoleranz, also die Belastbarkeit einer Person in sozialen Konfliktsituationen erfasst – ergibt, dass Herr F. viel zu wenig energisch, zu vorsichtig, passiv und zurückhaltend ist, dass er sich also nicht durchsetzen kann. Dies bekam er bereits in der Schule zu hören, wo es hieß, dass seine Zwillingschwester viel couragierter sei als er und er sich doch ein Beispiel an ihr nehmen solle. Seine Mutter, so Herr F., hätte übrigens dasselbe Problem gehabt. Ein anderer Test prüft seine Sprachbeherrschung, in dem er in einem Text falsch geschriebene Wörter durchstreichen soll. Hier erzielt Herr F. ein gutes Ergebnis – im Interview zu dieser Arbeit wirkt er in der Tat überdurchschnittlich eloquent. Schließlich wird seine Berufsneigung untersucht und es stellt sich heraus, dass Herr F. für die bisher von ihm gewählten Berufe gar nicht geeignet ist. Die Aussagen des Psychologen – nach Einschätzung von Herrn F. ein über 70 J. alter Mann, der träge wirkt und während der Sitzungen gelegentlich mit Müdigkeitsattacken („Sekundenschlaf“) zu kämpfen hat – machen für Herrn F. wenig Sinn. Zudem erlebt er den Psychologen als dünkelfhaft und als jemand, der sich aufspielen will. Herr F. zieht das Fazit, dass ihm die Psychologen des Arbeitsamts bei seiner Orientierungslosigkeit nicht weiterhelfen können. Im Nachhinein erkennt Herr F., dass er sich damals unterschätzt und klein gemacht hat. Heute glaubt er, die richtige Balance zwischen Minderwertigkeits- und Größengefühlen gefunden zu haben, wobei während des langen, dreistündigen Interviews tatsächlich diesbezüglich keine Auffälligkeiten zu erkennen sind. Anmerkung: Herr F. empfindet die Sitzungen beim Psychologen z.T. als Psychotherapie. Tatsächlich handelt es sich wohl um die Durchführung einer Testdiagnostik mit anschließender Beratung. Auf eventuelle Fehler des Psychologen kann daher im Rahmen dieser Arbeit nicht eingegangen werden.

Mit 33 J. kommt für Herrn F. die Wende: Er lässt sich zum Bürokaufmann umschulen und erhält nach einer zweijährigen Ausbildung endlich seinen ersten Berufsabschluss. 1989 (mit 37 J.) nimmt Herr F. eine Stelle am Arbeitsamt an. 1997 wird seine Mutter zum Pflegefall. Herr F. gibt seine Stelle auf, um die Mutter zu pflegen, die im Jahr 2006 schließlich stirbt.

Im Jahr 1977 (mit 25 J.) mehren sich die Anzeichen, dass Herr F. die Kontrolle über seinen Alkoholkonsum zu verlieren beginnt – er zeigt Krankheitseinsicht und spricht von seinem „Alkoholproblem“. Im Jahr 1988, ein Jahr nach seiner ersten, gescheiterten Psychotherapie, wendet sich Herr F. an einen Suchtberater, den er durch eine Anzeige in einer Tageszeitung gefunden hat. Nach 4 bis 5 Sitzungen á 35 DM ist Herrn F. klar, dass es sich um einen Scharlatan handelt, der eine „ganz miserable Beratung“ durchführt und z.B. gegen das Verlangen nach Alkohol, bzw. die Entzugssymptome autogenes Training empfiehlt. Zwischen 1992 und 1997 geht Herr F. mit seiner Mutter regelmäßig in ein Balkanrestaurant, wo er meist drei Gläser Korn und vier Gläser Bier trinkt. Inzwischen fängt Herr F. bereits um die Mittagszeit an zu trinken: Eine Flasche Korn (0.7 Liter) reicht für 1 – 2 Tage, dazu trinkt er Bier. Auch wenn Herr F. mit Genuss trinkt, so leidet er doch unter seiner Abhängigkeit. Herr F. geht einmal in der Woche zu Gruppentreffen der Anonymen Alkoholiker, redet aber dort in der Runde nicht viel. Beim Interview in seiner Wohnung, das um 11 Uhr beginnt, wirkt Herr F. nüchtern und allein an seiner Erscheinung und seinem Auftreten ist der Substanzmissbrauch nicht zu erkennen.

Nach eigenen Angaben hat Herr F. Zeit seines Lebens Probleme, die Bekanntschaft von Frauen zu machen. Erst mit 24 J. hat Herr F. seine erste, zwei Jahre jüngere Freundin, die er über eine Zeitungsanzeige kennenlernt. Die Beziehung ist sehr harmonisch („ein lieber Schatz“), hält aber dennoch nicht lange. Zwei Jahre später lernt er ebenfalls durch eine Zeitungsannonce eine kleine, dicke Frau kennen. Die ist beim Sex gehemmt und verklemmt. Sie versucht anscheinend gegen den Wunsch von Herrn F. schwanger zu werden, denn der findet nämlich die Zäpfchen zur Empfängnisverhütung, die seine Partnerin angeblich verwendet hat, versteckt unter der Couch. Schon nach 2 bis 3 Monaten trennt sich Herr F. von seiner Partnerin, da es ihm in der Beziehung langweilig wird. Erst vor kurzem hat Herr F. wieder eine Frau über eine Zeitungsannonce kennengelernt, aber es ist nichts daraus geworden, was er auf seine einfache Wohnung zurückführt.

Herr F. ist musisch begabt und interessiert. Die Wände seiner kleinen Wohnung sind voll mit aufwendigen, abstrakten Zeichnungen. Gelegentlich zeigt er seine Bilder in Ausstellungen. Im Jahr 1973 (im Alter von 21 J.) bei seinem Arbeitgeber, dem Versicherungskonzern wird eines seiner Bilder für 450 DM gekauft. Dies erfüllt ihn noch heute mit Stolz, und er hebt hervor, dass niemand aus seiner (erweiterten) Familie, solche Bilder malen kann. Trotz seiner offen-

sichtlichen Begabung fällt es Herrn F. jedoch schwer, mit anderen Künstlern in Kontakt zu kommen. Daneben interessiert er sich für klassische Musik und für die Philosophie des Glücks.

Herr F. ist ein Bewunderer der Fernsehmoderatorin und Psychotherapeutin Angelika Kallwass, und er hat bereits an *Sat1* geschrieben (wo ihre Pseudo-Reality-Show „Zwei für Kallwass“ gesendet wird), um mit ihr in Kontakt zu treten, bekam jedoch die Antwort, Frau Kallwass sei zu beschäftigt. Herr F. denkt, er brauche eine Orientierung und neue Impulse und Anregungen, dann verschwände auch sein Alkoholproblem. Sich selbst hält er für labil und keinen „Willensmenschen.“ Nachdem er das Vertrauen in Psychotherapeuten verloren hat, will er sich nicht mehr auf eine Psychotherapie einlassen. Er gesteht allerdings Beratern ein, ihm schon geholfen zu haben. Stattdessen plant Herr F., vermehrt Kontakte zur Künstlerszene zu suchen. Zurzeit wohnt Herr F. in einer einfachen, aber komfortablen Wohnung und lebt von Arbeitslosengeld II („Hartz IV“).

3.5.2 Auflistung der Psychotherapien

1. Mai 1985 bis April/Mai 1987: TP, 1 Std./Wo.
2. 2010: Psychosomatische Tagesklinik, 4 Tage stationär, 1 Monat ambulant

3.5.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien

1. Mit 33 J. begibt sich Herr F. zum ersten Mal in Psychotherapie. Es geht ihm um die Thematiken: Beziehung zu Frauen, Alkoholsucht und Einsamkeit. Anhand des Telefonbuchs sucht er sich eine (weibliche) Psychotherapeutin aus, denn das Geschlecht des Therapeuten ist ihm wichtig. Auf andere Kriterien wie insbesondere Passung achtet er jedoch nicht.

In der Therapie erzählt Herr F., dass er eine Zeitungsannonce aufgegeben hat, um eine Frau kennenzulernen. Die Therapeutin lässt sich anmerken, dass sie so etwas nie machen würde. Bei einer anderen Gelegenheit schildert Herr F., dass er sich nicht traut,

eine nett wirkende Kollegin anzusprechen. Auch hier bekommt er keine hilfreiche Reaktion.

Etwa in der 10. Stunde erwähnt Herr F. zum ersten Mal sein Alkoholproblem und schildert, wie er mit 25 J. beim Kochen mit der Mutter Korn und Bier getrunken hat. Mit der Aussage der Therapeutin: „alles wirkt verglast“, was Herr F. im Sinne von „abgekapselt“ interpretiert, kann er nicht viel anfangen. Daneben demonstriert Herr F. seinen Alkoholkonsum in einem Rollenspiel (Psychodrama). Die Therapeutin gibt an, in der Drogen- und Suchberatung tätig zu sein, dennoch kann Sie Herrn F. offenbar nicht helfen.

Schließlich will Herr F. seine Probleme mit Einsamkeit lösen. Die Therapeutin fragt oft zu Beginn der neuen Sitzung, wie es ihm in der letzten Woche ergangen ist. Herr F. kann jedoch mit solchen Aussagen wenig anfangen. Die Sitzungen beendet sie aus der Sicht von Herrn F. meist recht abrupt, indem Sie in mit den Worten abwürgt: „das besprechen wir beim nächsten Mal.“

Eines Tages, nachdem er die Praxis seiner Psychotherapeutin verlassen hat, findet Herr F. die Haustür verschlossen vor. Bei der Rückkehr in die Praxis hört er die Therapeutin am Telefon sagen: „Ich halte es nicht mehr aus, diese Scheiße.“ Herr F. vermutet, dass sie ein Beziehungsproblem hat. Er ist unzufrieden und resümiert: Die Therapeutin bekommt 87 DM pro Sitzung, als Gegenleistung bekommt er, wie er sagt, „Psychotralala“ und „Gestümper“ und er meint, das, was die Therapie ihm genutzt habe, „geht bequem in einen Fingerhut.“ Herr F. ist bitter enttäuscht, dass er von der Therapeutin keine Ratschläge bekommt und findet, dass ihre Methode unwirksam ist. Nach 1 – 2 Monaten stellt er sich die Sinnfrage und bricht die Therapie ab. Heute denkt Herr F., dass er sich an die falsche Person gewandt hat, bzw. sich die falsche Psychotherapieform ausgesucht hat. Er ist sich sicher, dass die Therapie trotz der Ergebnislosigkeit fortgeführt worden wäre, solange die Kasse bezahlt. Erst im Jahr 2002, ganze 15 Jahre nach dem Ende der Therapie, rafft Herr F. sich auf und schreibt der ehemaligen Therapeutin einen kritischen Brief (er bezeichnet ihn selbst als „Hassbrief“). In ihrem Antwortschreiben leugnet sie Fehler und verbittet sich weitere Korrespondenz.

Offenbar gelingt es der Therapeutin von Herrn F. weder ein tragfähiges Arbeitsbündnis zu schaffen, noch ihm die Methode der TP zu vermitteln. Die nicht vorhandene Passung hätte ihr bereits in den probatorischen Sitzungen auffallen müssen und sie hätte sinnvollerweise nicht mit Herrn F. die Therapie beginnen sollen. Entsprechend scheint es ihr an Empathie zu mangeln und sie neigt, ihr Wertesystem (wie z.B. bei der Partnerfindung) auf Herrn F. anzuwenden. Dann sollte ihr klar gewesen sein, dass sie das massive Alkoholproblem, das ihr Patient ihr zu Beginn verschwiegen hatte, nicht in dieser Therapie sinnvoll angegangen werden kann. Sie hätte ihn also gegebenenfalls zur Lösung dieses Problems an eine Suchklinik verweisen sollen, so wie es z.B. die letzte Therapeutin von Herrn D. gemacht hat. Schließlich hätte sie Herrn F. zuvor kommen und die Therapie wegen Ergebnislosigkeit abbrechen sollen. Stattdessen hat sie einen *ökonomischen Missbrauch* vorgenommen, indem sie offenbar versucht hat, die finanziellen Möglichkeiten zum Schaden von Herrn F. voll auszuschöpfen.

2. Im Jahr 2010 lässt sich Herr F. zur Behandlung seiner Alkoholabhängigkeit in eine Suchtklinik einweisen. Nach der üblichen „Entgiftung“ in Form eines viertägigen stationären Aufenthalts, ist ein viermonatiger Besuch (tagsüber, von Montag bis Freitag) in der angeschlossenen Tagesklinik vorgesehen. Herr F. nimmt u.a. an zwei Gesprächsgruppen teil. Dort fühlt er sich jedoch nicht wohl, weil ihm der Männeranteil zu groß ist, denn es gibt nur zwei weibliche Patienten. Die Psychotherapeuten erlebt Herr. F als wenig einfühlsam und oft geradezu taktlos. So schildert er ausführlich, wie ein Mitpatient in der Gruppe „zurechtgestutzt“ wird, weil er statt eines einzigen erlaubten Arztbesuches, an einem Tag zwei Termine (d.h. zum Zahnarzt und zum Orthopäden) wahrnehmen will. Die Gefühle des aufgebrachten Mitpatienten, der sich darüber beschwert, „wie ein kleines Kind bevormundet zu werden“ kann Herr F. gut nachvollziehen. Die Einzelgespräche mit den Therapeuten verlaufen für Herrn. F. ergebnislos. Einmal hat Herr F. Schwierigkeiten, das Fahrgeld zur Tagesklinik aufzubringen und erntet von einem Verwaltungsangestellten Unverständnis („Das haben wir ja noch nie erlebt.“). Schließlich droht Herr F. mit dem Abbruch der Therapie, worauf man versucht, ihn zum Bleiben zu überreden. Herr F. ist von Nutzen seines Aufenthalts nicht überzeugt und bricht die Therapie nach nur einem Monat ab.

Obgleich die Behandlung von Alkoholabhängigkeit notorisch schwierig und die Rückfallquote dementsprechend hoch ist, deutet die detaillierte Schilderung von Herrn F. auf einen problematischen Umgang des Klinikpersonals mit den Patienten hin. Sowohl Therapeuten, als auch Verwaltungsanstellte verstehen es offenbar nicht, die notwendige Strenge mit einem respektvollen Umgang zu verknüpfen. Dass Herr F., offenbar aufgrund seiner speziellen Biografie, zusätzlich dadurch belastet wird, dass er sich in Männergruppen nicht wohlfühlt und eine Gruppentherapie in einer solchen Umgebung deshalb möglicherweise wenig wirksam ist, kann natürlich nicht den verantwortlichen Therapeuten angelastet werden. Es erscheint also angebracht anzunehmen, dass Herr F. aufgrund von regelmäßig auftretenden Empathiefehlern (Kategorie 1) am Sinn und Zweck der Therapie gezweifelt, und sich daher für den Abbruch entschieden hat.

3.6 Die schöngeistige Frau H.

3.6.1 Biografie und Selbstanamnese

Die hübsche, schlanke Frau H. ist 69 J. alt – sie wurde also im Jahr 1943, mitten im Zweiten Weltkrieg geboren. Ihren Vater, der von Beruf Schauspieler war und der im April 1945, einen Monat vor Ende des Krieges, als angeblicher Deserteur erschossen wurde, lernt sie nie kennen. Ihre Mutter beschreibt Frau H. als „Theaterfrau,“ die als Schauspielerin, Dramaturgin und Lektorin arbeitete und bei der Eröffnungszeremonie der Olympischen Spielen 1933 in Berlin tanzte. Ihr Großvater war ein berühmter Berliner Maler. Mit 22 Jahren heiratet Frau H. gegen den erbitterten Widerstand der Mutter einen „einfachen Mann“, einen Kraftfahrer. Die Ehe hält 6 Jahre. Drei Jahre nach Scheidung heiratet Frau H. mit 31 J. erneut. Mit dem zweiten Mann, einen Diplomsportlehrer – der aber nicht im erlernten Beruf arbeitet, sondern stattdessen als Personalrat bei einer Krankenkasse tätig ist – versteht sich die Mutter gut, denn sie kann sich mit ihm über Politik und Geschichte unterhalten. Daneben macht Frau H. mit 32 Jahren das Abitur nach und studiert anschließend Biologie und Kunst auf Lehramt (Sekundarstufe I).

In der Prüfungsphase des zweiten Staatsexamens (im Jahr 1983) wird Frau H. depressiv und bekommt zunehmend Panikattacken. Diese treten meist am Abend auf und äußern sich in Herzrasen und Schüttelfrost, verbunden mit Todesangst. Seit sie denken kann, litt Frau H. an

solchen nächtlichen Panikattacken. Als kleines Kind ging sie dann zur Mutter ins Bett und hat sich an sie gekuschelt. Die Panikattacken traten jedoch nur phasenweise auf, wobei nie ein organischer Befund festgestellt werden konnte. In der aktuellen Krisensituation wendet sich Frau H. an einen Neurologen der mit ihr eine Psychotherapie (TP) durchführt.

Im Jahr 1984 (Frau H. ist 41 J. alt) nimmt das kinderlose Ehepaar einen Pflegesohn auf. Inzwischen wird die Mutter zum Pflegefall und stirbt im Jahr 1994. Die Konflikte mit dem Pflegesohn nehmen über die Jahre zu, und noch im selben Jahr entscheidet sich das Paar, ihn an eine andere Familie abzugeben. Gleichzeitig beginnt Frau H. ein neues Betätigungsfeld in der ehrenamtlichen Sterbebegleitung (Hospiz), wo sie es bis in den Vorstand schafft. Der Ehemann hat an solchen Aktivitäten kein Interesse und sieht sich lieber Sportsendungen im Fernsehen an. Im Jahr 1996 beginnt ihr Mann ein heimliches Verhältnis mit einer ehemaligen Arbeitskollegin. Im Jahr 2002 verlässt Frau H. ihren Mann. Im selben Jahr beginnt sie sich für Psychosynthese zu interessieren: Erst besucht sie Selbsterfahrungsseminare, dann begibt sie sich für wenige Stunden (d.h. 10) in eine entsprechende Psychotherapie. Im Jahr 2008 lässt Frau H. ihre Ehe scheiden. Im Nachhinein wird ihr klar, dass ihr zweiter Mann gar nicht zu ihr gepasst hat. Sie fühlt sich von ihm in doppelter Hinsicht betrogen, denn von dem Geld, das sie von ihrer Mutter geerbt hat, hat im Wesentlichen er profitiert.

3.6.2 Auflistung der Psychotherapien

1. 1983 bis 86: TP, 1 Std./Wo.
2. 2002: Psychosynthese (nach R. Assagioli), 10 Std.

3.6.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien

1. Auf ihren ehemaligen Psychotherapeuten angesprochen, beginnt das Gesicht von Frau H. zu strahlen und sie lacht auf vor Freude. Es ist nicht zu übersehen, wie begeistert sie von ihrer Therapie ist. Sie beschreibt ausführlich, dass sie sich vom Therapeuten akzeptiert und ihm gleichwertig fühlte. „So einen Mann solltest du haben, mit dem du

so reden kannst“, habe sie damals gedacht. Sie habe im Therapeuten endlich einen Menschen gefunden, mit dem sie sich auf derselben Ebene unterhalten konnte, was ihr damals sehr gut getan habe. Mit ihrem damaligen Mann sei das ja nicht möglich gewesen. Zu Beginn hätte der Therapeut Frau H. um eine schriftliche Bewerbung gebeten. Sie nimmt an, dass er so sicherstellen wollte, auch tatsächlich in der Lage zu sein, ihr zu helfen. In der Therapie (die im Liegen stattfand) hätten ihre Symptome bereits nach anderthalb Jahren langsam begonnen zu verschwinden und Frau H. erläuterte ausführlich, wie glücklich sie damals darüber war. Desweiteren hätte der Therapeut ihr als Werkzeug mit auf den Weg gegeben, gegebenenfalls Selbstgespräche im Sinne einer Selbstanalyse zu führen, wenn sie wieder von Panikattacken heimgesucht wird. Inzwischen träten diese eher selten (etwa alle zwei Jahre) auf und Frau H. fühle sich gut vorbereitet, diesen zu begegnen. Sollte sie von solchen Ängsten heimgesucht werden, so frage sie sich, was sie ausgelöst hat und brächte so die Symptomatik zum Verschwinden. Frau H. wisse nicht, was ihr Therapeut gemacht hat, aber sie sei sehr glücklich darüber, die Symptomatik im Griff zu haben. Schließlich sei der Therapeut wie ein Vater für sie geworden. Beim Abschied nach den einzelnen Sitzungen habe sie gelegentlich geweint. Der Therapeut hat dann manchmal seinen Arm um ihre Schulter gelegt, um sie zu trösten. Diese Berührungen habe sie durchaus als angebracht empfunden, denn hätte sie diese als Versuch einer Verführung empfunden, dann hätte sie die Therapie beendet. Als die von der Krankenkasse bewilligte Anzahl von Sitzungen fast aufgebraucht war, habe Frau H. dem Therapeuten mitgeteilt, dass es ihr gut geht und die Therapie beendet werden kann. Sie habe damals dem Therapeuten zusätzlich einen Brief mit einem entsprechenden Inhalt geschrieben, habe aber nie eine Antwort auf den Brief erhalten, wobei sie allerdings auch keine erwartet hätte. Der Therapeut sei damals einverstanden gewesen und habe auch keine Anstalten gemacht, die Therapie dennoch fortzuführen. Im Rückblick sei ihre Psychotherapie auch im Hinblick auf die Nachhaltigkeit sehr erfolgreich gewesen und wenn immer es angebracht sei, empfehle Frau H. erkrankten Freunden und Bekannten, ebenfalls eine Psychotherapie zu machen.

Ergänzend berichtet Frau H. jedoch von beunruhigenden Erlebnissen in Bezug auf ihren ehemaligen Psychotherapeuten. Ihre Schwägerin habe wegen Eheproblemen denselben Therapeuten aufgesucht und die beiden Therapien hätten ungefähr zur gleichen

Zeit begonnen und geendet. Die Schwägerin habe Frau H. einige Jahre nach dem Ende ihrer Therapie erzählt, dass sie 3 bis 6 Monate nach Beendigung der Therapie sich mit dem ehemaligen Psychotherapeuten zweimal privat getroffen habe. Der Therapeut sei zwar verheiratet gewesen, habe aber eine platonische Ehe geführt. Stattdessen habe er „junge Mädchen“ gehabt, mit denen Frau H. ihn gelegentlich in der Innenstadt aus der Ferne gesehen habe. Frau H. meint, dass sie, falls sie zu der Zeit als ihre eigene Therapie noch lief, gesehen hätte wie sich der Therapeut privat mit der Schwägerin trifft, dies ihre eigene Therapie zerstört hätte. Denn dadurch wäre ihre Distanz zum Therapeuten verschwunden und sie hätte sich nicht mehr sicher gefühlt. Frau H. erwähnt in diesem Zusammenhang, dass sie immer schon nette ältere Herren wie ihren Therapeuten gemocht habe. In Folge hätte sie ihre Therapie vorzeitig beendet. Da sie die beiden aber erst gesehen hätte, nachdem ihre eigene Therapie bereits beendet war, sei für sie kein Schaden entstanden. Ob die Therapie der Schwägerin, die seit 15 Jahren an der Parkinsonschen Krankheit leide, erfolgreich war oder nicht, wisse Frau H. nicht. Sie sorge sich jedenfalls um die Schwägerin und wolle ein Treffen mit mir arrangieren. Ich stimme zu, höre aber nie wieder etwas von Frau H. oder ihrer Schwägerin.

Die Psychotherapie von Frau H. verläuft offenbar sehr zufriedenstellend. Sie konnte ein tragfähiges Arbeitsbündnis mit ihrem Therapeuten aufbauen und ihre neurotische Symptomatik (d.h. Panikattacken) ist weitestgehend verschwunden. Für den Fall einer seltenen Rückkehr (etwa alle zwei Jahre) wurde Frau H. von ihrem Therapeuten mit dem wirksamen Werkzeug der Selbstanalyse ausgestattet. Der lockere Lebenswandel ihres Therapeuten, der Frau H. nicht verborgen bleibt und der sie beunruhigt, scheint sich nicht auf die Therapie von Frau H. auszuwirken. Inwieweit dadurch die Therapie der Schwägerin geschädigt wurde, bleibt unbekannt und ist auch nicht der Gegenstand dieser Untersuchung. Der Vollständigkeit halber sei daran erinnert, dass es bekanntlich verschiedene Ansichten darüber gibt, ob eine private Beziehung zwischen Patient und Therapeut, *nachdem* die Therapie abgeschlossen worden ist, überhaupt statthaft ist, und welche Karenzzeit gegebenenfalls eingehalten werden muss.

2. Frau H. beschreibt ihre Psychosynthese-Therapeutin als eine hübsche, nette, sehr gepflegte Frau. In der Therapie sei sie sehr ruhig, vorsichtig und weich gewesen, ein

„Seelchen.“ Oft hätte sie abgewartet und seien lange Pausen entstanden. Die Therapeutin habe sie bereits aus verschiedenen, mehrtägigen Selbsterfahrungsseminaren (wie z.B. zum Thema „Das innere Kind“) gekannt, die von ihr angeleitet worden seien und die z.T. an typischen Urlaubsorten (wie etwa die Toskana) standgefunden hätten. Die Seminarleiter hätten einen recht engen Kontakt mit den Teilnehmern gepflegt und man hätte sich geduzt. In der Einzeltherapie hält Frau H. das „du“ für schädlich denn es fehle dann die nötige Distanz zum Therapeuten. Inzwischen hält es Frau H. ohnehin für einen Fehler, versucht zu haben, mit einer Therapeutin eine Therapie zu machen, mit der sie zuvor eng in einer Gruppe zusammengearbeitet hat. Das Institut selbst hält sie dennoch für durchaus professionell. Auch wenn in der Therapie u.a. so etwas wie ein vorgeburtlicher Rückblick möglich gewesen sei, war diese Frau H. nicht intensiv genug. Sie überlegt sich, ob es vielleicht besser gewesen wäre, einen männlichen Therapeuten auszuwählen, denn sie denkt, dass intensive Gespräche eher mit einem Mann möglich sind. So habe Frau H. die Gespräche zwar erleichternd gefunden, aber nach 1 bis 2 Tagen sei die Wirkung bereits verpufft. Nach nur 10 Sitzungen habe Frau H. die Therapie beendet.

Die Kritik von Frau H. erscheint berechtigt. Eine Psychosynthese-Therapie, die ja im Übrigen mit der Psychoanalyse, bzw. der psychoanalytisch fundierten Psychotherapie einige Gemeinsamkeiten hat, wird schwerlich funktionieren, wenn der Patient vor der eigentlichen Therapie mit dem Therapeuten einen engen, vertraulichen Umgang hatte. Dies hätte der Therapeutin klar sein müssen, und sie hätte aus diesem Grund die Einzeltherapie ablehnen müssen.

3.7 Frau I., die Wolfsfrau

3.7.1 Biografie und Selbstanamnese

Frau I. bekundet ihr Interesse an der Studie per E-Mail und erkundigt sich sogleich nach einer Vergütung für ihre Teilnahme. Neben Herrn F. ist sie die einzige Patientin, die eine Entlohnung für das Interview wünscht. Ich antworte, dass ich ihr keine Vergütung anbieten könne, mich aber darüber freute, wenn sie sich dennoch zur Teilnahme entschließen könnte. Damit

ist die Partie im Fernschach eröffnet und die Antwort von Frau I. bringt mich sogleich in die Bredouille. Sie denke, es sei ein durchaus anerkanntes Modell, dass, wenn man möchte, dass jemand Zeit und Mühe in etwas investiere, man auch etwas anbiete. Alles Andere würde man vermutlich wahlweise als Freundschaftsdienst oder Ausnutzen bezeichnen. Zur Niederschlagung meines Arguments, dass eine Bezahlung die Studie möglicherweise verzerren könnte, fährt Frau I. schweres Geschütz auf, indem sie behauptet, dass eigentlich alle großen Umfrage- und Meinungsforschungsinstitute ihre Probanden vergüteten. Im letzten Satz versucht Frau I. schließlich, meiner schwer angeschlagenen Position den Todesstoß zu versetzen. Sie weist darauf hin, dass bei der Betrachtung der Fragestellung dieses Projekts – nämlich die Ermittlung der Erfahrungen und Missstände in der Psychotherapie – mein Verhalten nicht einer gewissen Ironie entbehre. Es sei sicherlich einer der größten Missstände im aktuellen Therapiesystem, dass man für seine Zeit (und sein Geld) keine adäquate Gegenleistung erwarten könne. Das Wort „Missstände“, von Frau I. in ihrer E-Mail sogar zweimal verwendet, tauchte bisher weder in meiner Korrespondenz noch in der Zeitungsannonce auf. Sie legt mit geradezu schlafwandlerischer Sicherheit den Finger auf die Wunde, als könne sie meine Gedanken lesen. Frau I.'s Schreiben ist auffällig eloquent, ihr Stil ist fehlerfrei und kompakt, ihr Ton kalt und streng, wird aber niemals unhöflich. Für ihre E-Mail-Adresse wählt sie die wissenschaftliche Bezeichnung einer der physisch größten Unterarten des Wolfes. Spontan geht mir die hässliche Diagnose *Borderline-Syndrom* durch den Kopf und ich rechne nicht mehr ernsthaft damit, Frau I. für ein Interview gewinnen zu können. Dennoch will ich nicht vorzeitig aufgeben und versuche Frau I. von dem Nutzen zu überzeugen, den sie möglicherweise aus dem Gespräch ziehen könnte: Ich verfeinere meine Argumentation gegen eine Vergütung und appelliere an ihren Gemeinsinn. Wie es sich gehört, bemühe ich mich höflich zu bleiben und versuche weder, sie zu manipulieren noch zu täuschen. Meine Antwort ist mehr als doppelt so lang wie Ihre vorherige E-Mail. In ihrer Antwort analysiert und bewertet Frau I. jedes meiner Argumente außerordentlich sorgfältig. Keine Schwäche und kein Fehler entgehen ihr. Hätten wir uns in einem öffentlichen Streitgespräch duelliert, ich wäre mir nicht sicher, ob das Publikum nicht auf der Seite von Frau I. gestanden hätte. So überrascht es mich, dass Frau I. am Ende ihrer E-Mail mit den Worten: „Weil der Mensch aber dumm ist, und ich mich davon nicht ausschließen kann, haben Sie aber Recht“ dann doch ihr Interesse an der Studie bekundet. Damit ist die Schachpartie nach acht Tagen in der oftmals mühsamen Phase des Endspiels angelangt, denn es müssen noch Ort und Zeit des Interviews festgelegt werden und

Frau I. weigert sich kategorisch, dazu das Telefon zu benutzen. Erstaunlicherweise ist auch das nach nur vier weiteren Tagen erledigt.

Frau I. ist eine 26-jährige, attraktive, dunkel gekleidete, mittelgroße, zierliche Frau, die offenbar aus einem belasteten Elternhaus stammt. So bezeichnet sie ihren Vater als einen „Mistkerl“, der auf den ersten Blick angepasst, eloquent und durchaus humorvoll erscheint, aber letztlich ein cholerischer „Soziopath“ ist, der nie weint. Sie wurde niemals von ihrem Vater umarmt, noch gab es andere Hinweise der Zuneigung. Ihre Mutter hingegen ist ängstlich und geradezu naiv. Nachdem Frau I. ihrer Mutter von dieser Studie erzählt hatte, äußerte diese die Ansicht, ich sei ein Perverser, der sie nach Hause verfolgen wolle. Frau I. hat dagegegehalten, dass man dazu nicht solch eine Anzeige schalten müsste. Mit den „Altfrauensorgen“ der Mutter (d.h. insbesondere deren Angst vor Wohnungseinbrüchen, Krankheit und Armut) kann Frau I. nichts anfangen. Enge Freunde hat die Familie nicht. Frau I. lernt früh von ihren Eltern, den schönen Schein zu wahren und „zu tun als ob.“ Im Alter von 13 J. begeht Frau I. ihren ersten Suizidversuch und ein Jahr später einen weiteren. Mit 16 J. beginnt sie eine Psychotherapie. Die Therapeutin versucht, Frau I. aufgrund des zurückliegenden Suizidversuchs in eine psychiatrische Klinik zwangseinzuweisen. In Zukunft wird Frau I. vorsichtiger sein, wenn sie über ihre Suizidversuche und -Gedanken spricht, aus Angst, möglicherweise zwangseingewiesen zu werden. Bis zum Alter von 18 J. unternimmt sie zwei weitere Anläufe, die aber ebenfalls nach wenigen Sitzungen scheitern. Nach dem Abitur (mit Note 2.1) beginnt sie ein Studium der Biologie. Mit 19 J. leidet sie an Depressionen und Schlafstörungen und es gelingt ihr schließlich eine zweijährige Psychotherapie (TP) bei einem Psychiater

Frau I. fürchtet sich generell vor Ärzten und mag es nicht, von Fremden angefasst zu werden. Daneben ist sie extrem schmerzempfindlich, was sie aber nicht davon abhält, sich bei gelegentlich auftretenden inneren Erregungszuständen (u.a. mit Herzrasen und kalten Händen) an den Oberarmen und Unterschenkeln zu ritzen. An diesen Stellen sieht niemand die Spuren ihres Tuns, denn kurze Röcke oder Hosen trägt sie nicht, weil sie ihr nicht stehen. Tatsächlich kommt Frau I. (bei sommerlichem Wetter) mit einer langen Hose und einem engen Oberteil (das ihre Oberarme bedeckt und ihre Unterarme, an denen keine Narben zu erkennen sind, freilässt) zum Interview. Als Kind hat sie sich z.B. auch an den Unterarmen geritzt, aber nicht sehr tief, so dass die entstandenen Narben kaum zu sehen sind. Zuletzt hat sie sich erst vor zwei Wochen wegen Panikattacken geritzt. Frau I. berichtet, dass sie an sich niemals krank

wird, sie ist jedoch anlässlich ihrer Diplomprüfung erkrankt (mit 40 °C Fieber). Sie hatte eine „dicke Eiterblase“ am Hals (vermutlich ein Abszess) bekommen, die sie (mit dem Antibiotikum *Amoxicillin*) selbst behandelt hat. Vor der ersten Prüfung hatte sie eine solche Angst, dass es ihr nur mit einer Tablette *Valium* möglich war, die Situation auszuhalten. Stolz berichtet sie, dass sie die Diplomprüfungen schließlich mit der Gesamtnote 1.1 bestanden hat, wobei die Durchschnittsnote in ihrem Studienfach (an ihrer Universität) 1.5 ist. Frau I. hat gegen ihre Depressionen im Laufe des Lebens (in der folgenden Reihenfolge) drei Medikamente ausprobiert, alle diese wegen Wirkungslosigkeit jedoch wieder abgesetzt: *Solvex* (Wirkstoff: *Reboxetin*, ein NARI), *Sertralin* (ein SSRI) und *Anafranil* (Wirkstoff: *Clomipramin*, ein tricyclisches Antidepressivum).

Frau I. vertritt die Meinung, dass Psychotherapie nur in speziellen Fällen wirkt und nur der Versuch ist, zu flicken und an den Auswirkungen (d.h. Symptomen einer Störung) herumzuwerkeln. Ein schwer depressiver Freund habe zwei Jahre gebraucht, um endlich einen Therapieplatz zu finden. Dieser Freund habe insgesamt 14 verschiedene Antidepressiva ausprobiert, von denen aber keines gewirkt hätte. Eine hochsuizidale Freundin – die bereits mehrfach wegen Verletzungen der Schlagadern an Hals und Hand chirurgisch behandelt worden sei – sei schließlich sieben Wochen lang in einer geschlossenen Anstalt fixiert worden. Sie selbst war bislang nur in der Psychiatrie um Angehörige zu besuchen und nicht als Patient. Frau I. hält sich selbst für einen extrem misstrauischen Menschen und (medizinisch gesehen) für „eine harte Nuss.“

Pünktlich nach 92 Minuten beendet Frau I. das Gespräch mit der Begründung, dass sie jetzt eine alte Freundin treffen werde, die sie lange nicht mehr gesehen habe und auf die sie sich schon sehr freue. Ich hätte das Interview zwar gerne noch fortgeführt, aber Frau I. erinnert mich daran, dass ich für die voraussichtliche Zeitdauer lediglich ein bis zwei Stunden angegeben hatte. Ich bedanke mich artig für das Gespräch und wünsche ihr alles Gute für die Zukunft – Frau I. entgeht keiner meiner Fehler.

3.7.2 Auflistung der Psychotherapien

1. 2002: Kunsttherapie, KJ-Therapeutin, 5 Std.
2. 2003: PA, KJ-Therapeutin, 5 Std.
3. 2004: PA, 5 – 10 Std.
4. 2005 – 7: TP

3.7.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien

1. Frau I. habe sich zunächst an einen Psychiater gewandt, der ihr dann fünf Sitzungen bei einer Kunsttherapeutin verschrieben habe, mit der er eine Praxisgemeinschaft hatte. Nach den fünf Sitzungen habe der Psychiater die damals 16-jährige Frau I. zusammen mit ihrer Mutter zu einem Gespräch gebeten. Er habe dann vergeblich versucht, die Zustimmung der Mutter zu erlangen, Frau I. aufgrund von zwei Suizidversuchen, die sie gegenüber ihrer Therapeutin erwähnt hatte, die aber bereits zwei, bzw. drei Jahre zurücklagen, in die geschlossene Abteilung einer psychiatrischen Klinik einzuweisen. Daraufhin habe Frau I. die Behandlung bei dem Psychiater und der Kunsttherapeutin abgebrochen. Sie erhielt außerdem die Diagnosen Anorexie (*Anorexia nervosa*; ihrer Meinung nach fälschlicherweise) und nicht näher bestimmte Persönlichkeitsstörung.

Im Rahmen dieser Therapie wurde ein schwerwiegender Fehler gemacht: Vermutlich auf Betreiben ihrer Therapeutin hin wurde versucht, Frau I. aus nichtigen Gründen (d.h. einen bereits zwei Jahre zurückliegenden Suizidversuch) in eine psychiatrische Klinik zwangseinzuweisen. Abgesehen von einer möglichen Traumatisierung (bzw. Retraumatisierung) kann durch eine solche Maßnahme natürlich das Vertrauen des Patienten in den gesamten Gesundheitsapparat schwer beschädigt werden, was bei Frau I. offenbar eingetreten ist. Daneben wurde laut Frau I. die falsche Diagnose der *Anorexia nervosa* gestellt, was natürlich prinzipiell durch eine Messung des *body mass*

index (BMI) vermieden werden kann. Zwar scheint sich Frau I. zurzeit nicht in einem reduzierten Ernährungszustand zu befinden, jedoch kann aufgrund der vorhandenen Information allerdings auch nicht ausgeschlossen werden, dass sie zum Zeitpunkt ihrer Psychotherapie nicht tatsächlich anorektisch war. Allerdings würde in diesem Zusammenhang eine derartige Fehldiagnose nicht schwerer wiegen als die versuchte psychiatrische Zwangseinweisung.

2. Es haben wieder lediglich fünf probatorische Sitzungen einer angedachten Psychotherapie (PA) stattgefunden und wieder seinen dieselben Diagnosen Anorexie (angeblich irrtümlich) und nicht näher bestimmte Persönlichkeitsstörung gestellt worden. Weitere Details sind nicht bekannt, so dass die Bewertung der Therapie nicht möglich ist.
3. Es haben 5 bis 10 probatorische Sitzungen einer wiederum angedachten Psychotherapie (PA) stattgefunden – an die genaue Zahl kann sich Frau I. nicht mehr erinnern. Dieses Mal sei der Therapeut beleidigt gewesen, als Frau I. sich nicht zur Fortführung der Therapie entschließen konnte. Somit würde es sich um einen leichten Fehler handeln. Allerdings fehlen ausreichende Details, sodass hier ebenso keine Bewertung möglich ist.
4. Frau I. findet drastische Worte zur Abgrenzung dieser, vorerst letzten Psychotherapie zu den vorangegangenen, die sie ja alle nach nur wenigen Sitzungen abgebrochen hatte: „Der erste Therapeut, der kein Arschloch und menschlich nicht völlig daneben war.“ Allerdings habe die Therapie weder geholfen, noch geschadet. Der Therapeut (ca. 50 J. alt), der gleichzeitig Psychiater sei, sei eine markante Persönlichkeit und recht eigenwillig („komischer Typ“) gewesen, „so gar nicht ihr Typ.“ Seine erste Frage sei gewesen: „Was möchten Sie eigentlich behandelt haben?“ Er sei kein guter Therapeut gewesen, denn sie hätten nur sehr oberflächlich („Kaffeekränzchen“) und kaum über mehr, als alltägliche Dinge gesprochen (wie z.B. Ärger in der Schule, Freund mit Liebeskummer) und er habe erst gar nicht ein therapeutisches Gespräch versucht. Ihr hätten die tiefeschürfenden Gespräche gefehlt und ihr Therapeut hätte versuchen sollen, „ihre Hülle durchdringen.“ Sein humorvoller Umgang mit ihren Suizidgedanken hat sie jedoch beeindruckt, als er meinte: „Wenn es jemand schafft, sich umzubringen, dann Sie.“ Die Diagnose, die sie angeblich bekam, lautete: unspezifische neurotische

Störung. Trotz ihrer Beschwerden habe Frau I. damals die Therapie nicht abgebrochen, „weil sich das Problem bei einem anderen Therapeuten genauso gestellt hätte.“

Obgleich sich Frau I. über ihren Therapeuten beschwert, findet sie dennoch, vor allem *zwischen* den Zeilen, anerkennende Worte. Tatsächlich scheint er in ihrem Leben die erste positive Bezugsperson gewesen zu sein. Unbewusst scheint sie dies anzuerkennen, indem sie trotz ihrer harschen Kritik die Therapie nicht abbricht. Aufgrund ihrer Borderline-Problematik ist zu befürchten, dass das, was sich Frau I. von ihrem Therapeuten wünscht, nämlich eine Intensivierung der Therapie, ihr letztlich geschadet hätte. Im Übrigen ist zu vermuten, dass bei Frau I.s damaligen Zustand es kaum möglich gewesen wäre, sie einer Therapie zuzuführen, die ihre völlige Zustimmung gefunden hätte.

3.8 Frau K. und ihr Unglück mit Männern

3.8.1 Biografie und Selbstanamnese

Frau K. ist 63 Jahre alt und Witwe. Sie war zweimal verheiratet und hat zwei Kinder (einen Sohn und eine Tochter aus der ersten Ehe) und drei Enkelkinder. Ihre Eltern hatten eine Fleischerei mit angeschlossener Großküche. Als Kind wird Frau K. vom Großvater sexuell missbraucht. Im Alter von 17 bis 18 Jahren ist sie Feministin. Im Jahr 1976 (mit 27 J.) heiratet Frau K. (sie ist mit ihrem Sohn schwanger) und führt zusammen mit ihrem Mann (der 13 J. älter ist) eine Catering-Firma. Frau K. leidet unter der Doppelbelastung: Sie arbeitet 16 Stunden am Tag und muss sich zusätzlich um die Kinder kümmern. Ihr Mann wird ihr untreu und verliebt sich in eine jüngere Angestellte der Firma. Von da an schlafen die Eheleute getrennt und Frau K. bekommt schweres Rheuma. Die Medikamente wirken teilweise, führen aber zu schlechten Leber- und Nierenwerten, sodass sie zusätzlich Medikamente gegen die Nebenwirkungen bekommt. Zudem ist die Mutter kränklich und bekommt nachts oft Angstzustände. Einmal ruft die Mutter einen Krankenwagen und wird ins Krankenhaus transportiert, wo man jedoch keinen Befund feststellen kann. Frau K. muss ihre Mutter dann wieder aus dem Krankenhaus abholen. Ihr untreuer Mann ist für Frau K. keine Entlastung und so beginnt sie ihm gegenüber Hassgefühle zu entwickeln. Einmal kommt er erst um 6 Uhr morgens nach Hause

und duscht sich, während Frau K. mit einem Messer in der Hand, ruhig und empfindungslos in der Küche steht und kurz davor ist, es ihrem Mann in den Bauch zu stoßen. Im Jahr 2000 wird die gemeinsame Firma in eine GmbH umgewandelt. Ihr Mann wird der alleinige Geschäftsführer und Frau K. seine Angestellte. Kurze Zeit später kündigt der Mann Frau K. und trennt sich von ihr. Die Kinder bleiben bei Frau K. Er zahlt ihr keinen Unterhalt und spricht bis heute weder mit ihr, noch mit den gemeinsamen Kindern. Frau K. bemüht sich um eine Psychotherapie. Die Therapeutin, die sie auswählt, schließt nach vier Wochen unerwartet ihre Praxis und verlässt die Stadt und es gelingt Frau K. vorerst nicht, einen Ersatz zu finden. Als die Tochter ihr Abitur macht, und anschließend ein Studium in einer anderen Stadt beginnt, hilft ihr Frau K. bei der Wohnungssuche. Inzwischen ist Frau K.s Mutter pflegebedürftig und Frau K. schickt sie in ein Pflegeheim. Im Jahr 2003 bietet das Arbeitsamt Frau K. zwei Stellen in einer anderen Stadt an.

So wird sie Haushälterin (mit freier Kost und Logis) bei einem vermögenden, älteren Herrn. Im Jahr 2007 zieht ihr Arbeitgeber in ein Seniorenheim und sie verliert sowohl ihre Stelle, als auch ihre Unterkunft. Frau K. zieht in eine möblierte Wohnung und lebt zum ersten Mal im Leben allein. All das ist zu viel für Frau K., die in ihrer besten Zeit sehr unabhängig war und eigenes Geld, eine eigene Wohnung und ein eigenes Auto hatte. So kommt es, wie Frau K. sagt, zum Zusammenbruch: Sie packt die Umzugskisten nicht aus, geht weder einkaufen, noch sieht sie sich in der neuen Umgebung um. Eine Woche lang kommt sie nicht aus dem Bett. Erst abends kauft sie sich ihr Essen in der Tankstelle und betäubt ihren Kummer mit viel Rotwein. Sie hat Suizidgedanken, empfindet jedoch kein bewusstes Leid. Die Hausärztin empfiehlt ihr eine Psychotherapeutin, die sich zum Glück gleich als die Richtige erweist. Der Zustand von Frau K. bessert sich und sie findet eine auf drei Jahre befristete Arbeitsstelle als Hauswirtschaftlerin bei einem kleinen privaten Fernsehsender, die ihr viel Freude bereitet („war toll, viele junge Leute, tolle Kollegen“). Frau K. beendet ihre Psychotherapie und heiratet zum zweiten Mal – einen fünf Jahre jüngeren Polizisten. Im Gegensatz zu ihrem ersten Mann, unterstützt ihr zweiter Mann sie und begegnet ihr auf Augenhöhe. Er ist jedoch nicht frei von Altlasten und pflegt einen recht engen Kontakt – Frau K. spricht von Hörigkeit – zu der Frau, die er eigentlich heiraten wollte, die ihn aber abgelehnt hat weil er ihr nicht vermögend genug war. Nach einem Jahr Ehe erschießt sich im Jahr 2011 ihr Mann im Bett mit der Dienstwaffe. Ungefähr zeitgleich mit dem Ablauf der Dreijahresfrist wird der Standort, an dem Frau K. arbeitet, geschlossen und sie verliert zusammen mit 30 anderen Angestellten

ihren Arbeitsplatz. Ein halbes Jahr lang lebt Frau K. von Arbeitslosengeld. Als sie anschließend auf Arbeitslosengeld II („Hartz IV“) zurückgestuft wird und in eine kleinere Wohnung umziehen muss, kommt es zum Rückfall und Frau K. begibt sich wieder in Psychotherapie bei ihrer früheren Therapeutin.

3.8.2 Auflistung der Psychotherapien

1. 2002: VP(?), 1 Std./Wo. für 4 Wochen
2. 2008 – Ende 2010: TP
Seit April 2012: Fortsetzung der vorangegangenen TP bei derselben Therapeutin

3.8.3 Beschreibung und Bewertung der Psychotherapien

1. Nach zwei bis drei Anläufen hätte Frau K. schließlich bei einer russischen Psychotherapeutin einen Therapieplatz gefunden. Die Therapeutin hätte mit ihr Entspannungsübungen gemacht und ihr angeboten, eine Traumabehandlung zu vermitteln. Nach nur vier Wochen hätte die Therapeutin dann überraschend die Therapie beendet: Sie wolle ihre Praxis schließen und nach Russland zurückgehen. Frau K. findet es geradezu erschreckend, dass ihre Therapeutin offenbar selbst Hilfe benötigte.

Es ist ausgesprochen unerfreulich, dass nachdem Frau K. nach einigen, sicherlich frustrierenden Erlebnissen, endlich einen Therapieplatz gefunden hat, sie diesen überraschend aus Gründen verliert, die mit ihr gar nichts zu tun haben. So entsteht ein erheblicher Schaden für die Patientin, die nach diesem negativen Erlebnis, sich erst ganze sechs Jahre später wieder in eine Psychotherapie begibt.

2. Über ihre jetzige Therapeutin, zu der sie eine sehr gute Beziehung habe, will Frau K. „ein Loblied singen“, denn sie empfände die Therapie geradezu als lebensrettend. Die Therapeutin bewerte oder verurteile sie nicht. Frau K. bewundere die Flexibilität der Therapeutin und deren Fähigkeit, sich auch ohne Notizen zu machen, Details zu mer-

ken, sogar die Namen ihrer Enkelkinder. Die Therapeutin könne sich sofort auf sie einstellen. Frau K. fühle, dass sie ihrer Therapeutin wichtig ist, was für sie großartig sei. Zu Beginn hätten sie nur über Frau K.s Lebenssituation gesprochen, z.T. über recht banale Dinge. Im Laufe der Zeit hätte Frau K. aber durch die spezielle Situation, mit der Therapeutin allein in einem geschlossenen Raum zu sein, immer mehr Sicherheit empfunden. Frau K. habe ein Jahr gebraucht, um ihrer Therapeutin zu vertrauen. Während dieser Zeit habe die Therapeutin sie nie bedrängt, denn sonst wäre sie sofort weggegangen. Nach zwei Jahren habe sich schließlich ein Gefühl von Normalität eingestellt und Frau K. habe sich nach den Sitzungen erleichtert gefühlt. Als die Finanzierung durch Krankenkasse zu Ende ging, habe sie die Therapie beendet.

Bei der Wiederaufnahme der Psychotherapie würde jetzt das Thema „Männer“ aufgearbeitet werden. In der vorangehenden Therapie habe es nicht behandelt werden können, weil sie nicht die richtigen Hilfsmittel bekommen habe. Frau K. habe niemals Vertrauen zu ihren Männern gehabt. Ihre Beziehung zu anderen Menschen sei eher distanziert. Wenn früher eine Beziehung (auch zu Freunden) zu eng wurde, sei Frau K. davon gelaufen. Jetzt könne sie aber über alle schlimmen Dinge sprechen und sie wolle jetzt nichts mehr wegsperren. Frau K. sehe jetzt fröhlicher ins Leben, als wenn ein Vorhang weggezogen wurde. Sie wundere sich selbst darüber, dass sie damals so schwermütig gewesen sei. Diese Änderung sei nur der Psychotherapie zu verdanken.

Frau K. singt tatsächlich ein Loblied auf ihre Therapeutin und die Einrichtung der Psychotherapie an sich. Sie stellt sehr schön dar, wie sie langsam das Vertrauen zu ihrer Therapeutin gewinnt, und wie ihr die Einrichtung des „geschützten Raumes“ dabei hilft. Inzwischen ist sie wohl in der Lage, die offenbar durch das Trauma in der Kindheit verursachten Beziehungsprobleme zu Männern zu bearbeiten. Frau K.s Schilderungen über ihre Therapeutin klingen geradezu wie Lehrbuchmaterial über den emphatischen Umgang mit dem Patienten. Ihrer Therapeutin kann man zu einem solchen Therapieverlauf nur gratulieren.

4. Interviews mit Psychotherapeuten

Um die befragten Psychotherapeuten vor der Identifikation zu schützen, werden deren Biographien eher sparsam geschildert. Eventuelle Mitgliedschaften in Psychotherapeutenverbänden werden ebenso wenig erwähnt, wie die Ausrichtung der Ausbildung. Aus diesem Grund fallen die Fallvignetten recht kompakt aus und sie bedürfen nicht der Gliederung, wie sie bei den Patienteninterviews gemacht wurde.

4.1 Die unsichere Frau A.

Frau A. ist ärztliche Psychotherapeutin (PA, TP) und sie macht zwei Lehranalysen. Die erste Lehranalyse findet bei einem renommierten Analytiker statt und dauert zwei Jahre (170 Std.). Frau A. möchte die Analyse bei einem männlichen Analytiker durchführen und zwar bei einem möglichst alten. Während ihrer Analyse ist Frau A. mit dieser durchaus zufrieden. Einmal spricht Frau A. über einen möglichen Kinderwunsch. Dieses Thema wird vom Analytiker mit den Worten abgeschmettert: „Warum wollen Sie in Ihrem Alter noch Kinder kriegen, das ist doch gefährlich für die Frau?“ Anschließend ist dieses Thema vom Tisch und Frau A. erwähnt es nur in zwei oder drei Stunden. In einer anderen Stunde äußert Frau A. die Vorstellung, es gebe „No-go-Areas“ (im Sinne von Tabus) in der Analyse, worauf der Analytiker fuchsteufelswild antwortet, es gebe eben keine No-go-Areas. Nach dem Ende der Analyse beschleicht Frau A. mehr und mehr ein schlechtes Gefühl. Sieben Monate nach der Analyse trennt sich Frau A. von ihrem Partner, mit dem sie 14 Jahre zusammen war. Sie trifft anschließend den ehemaligen Analytiker, der zu diesem Thema aber „nur heiße Luft“ produziert. Nach einem Jahr nach Ende der Analyse ist Frau A. schließlich wütend darüber, dass sie so viel Zeit und Geld für diese Analyse verschwendet hat („Es war scheiße.“) und sie entscheidet sich für eine zweite Psychoanalyse.

Dieses Mal sucht sich Frau A. einen weiblichen Analytiker. Von dieser zweiten Analyse, die drei Jahre (100 Std.) dauert, sagt Frau A., sie sei eine echte Psychotherapie, keine Lehranalyse. Die Hauptthemen sind die gescheiterte erste Analyse und die Trennung vom Partner. Frau A. benötigt drei Jahre, d.h. die gesamte Zeitdauer dieser Analyse, um über die Trennung hinwegzukommen. Oft hat sie Phasen der Reue, sieht die Trennung letztlich jedoch als not-

wendig an und bedauert, sich nicht früher getrennt zu haben. Während dieser Zeit kommt es zu einem depressiven Absturz. Von ihrer Analytikerin fühlt sich Frau A. jedoch „lebendig begleitet“ und schließlich kommt sie aus dem Tief.

Bezüglich der vorangegangenen Lehranalyse spricht die Analytikerin offen von „narzisstischem Missbrauch.“ Frau A. ist in diesem Punkt immer noch unsicher und fragt sich, was ihr eigener Anteil daran war. Aber die narzisstische Kränkbarkeit ihres ehemaligen Analytikers erkennt sie jetzt und sie vermutet sogar eine nicht aufgelöste Vater-Tochter-Gegenübertragung, denn der Analytiker hat keine Kinder. Jetzt ärgert sich Frau A. darüber, dass in der ersten Analyse „Fragen offengeblieben sind“ und sie „in eine Richtung gegangen ist, die ihr nicht gutgetan hat“ und dass sie eventuell bestimmte Möglichkeiten verpasst hat. Diese Analyse bricht Frau A. schließlich ab, weil ihr das Geld ausgeht und weil sie aus beruflichen Gründen in eine andere Stadt zieht. Im Nachhinein meint Frau A., dass sie in ihrer ersten Analyse schlecht behandelt worden sei, ohne es genau formulieren zu können und dass sie „superunzufrieden“ sei, auch wenn sie sich nicht missbraucht fühle. Mit der zweiten Analyse ist Frau A. zufrieden und sie spricht von einer „erfolgreichen Therapie.“

Alles deutet in der Tat auf einen narzisstischen Missbrauch von Frau A. durch ihren ersten Analytiker hin, zumal dieser Begriff von ihrer Analytikerin in der zweiten Analyse in diesem Zusammenhang erwähnt wird. In der ersten Analyse gibt es für den Analytiker Tabus – wie etwa den Kinderwunsch seiner Analysandin – die er nicht ertragen kann (Frau A. vermutet eine Vater-Tochter-Gegenübertragung bei eigener Kinderlosigkeit). Er projiziert seine eigenen Ängste auf Frau A., für die es ja in ihrem Alter zu gefährlich sei, zu gebären. Zum Ende der Analyse begeht der Analytiker einen zweiten entscheidenden Fehler: Er löst die Übertragung seiner Analysandin nicht auf und entlässt sie so in einem Zustand des zwar gefühlten, aber dennoch nicht formulierbaren Unbehagens.

Von ihrer zweiten Analytikerin spricht Frau A. wenig, was zunächst darauf hindeutet, dass, wie es auch sein muss, die Übertragung ordnungsgemäß aufgelöst worden ist. Im Gegensatz zur ersten Analyse, befindet sich Frau A. zur Zeit ihrer zweiten Analyse in einer Krise, die zum einen durch die Trennung vom Lebenspartner, zum anderen aber auch durch die vorangegangene, erste Analyse verursacht wird. Frau A. hat diese Krise inzwischen offenbar überwunden und es ist zu vermuten, dass die zweite Analyse einen nicht kleinen Anteil daran hat.

Aufgrund der emotional getönten und farbigen Darstellung der ersten Analyse in den Schilderungen von Frau A., muss jedoch der Schluss gezogen werden, dass die zweite Analyse ihr Ziel nur auf halbem Weg erreicht hat. In der Tat hat sich Frau A. ja aufgrund von Sachzwängen selbst für eine Beendigung entschieden. Es gibt jedoch keinen Hinweis darauf, dass Frau A.s zweite Analyse nicht ordnungsgemäß durchgeführt wurde, wovon sie zweifellos profitieren konnte.

4.2 Der wütende Herr G.

Beim ersten Telefongespräch, das nach einem kurzen Austausch von ausführlichen E-Mails dazu dienen soll, ihm die Studie zu erklären und die weitere Vorgehensweise abzusprechen, wird Herr G. laut und schimpft den Autor einen Positivisten. Es stellt sich heraus, dass er in einer psychiatrischen Klinik arbeitet und dort offenbar unter einem schlechten Arbeitsklima zu leiden hat.

Herr G. ist psychologischer Psychotherapeut (PA, TP) und macht seine Lehranalyse bei einem renommierten, psychodynamisch orientierten Ausbildungsinstitut. Die Lehranalyse dauert (mit Unterbrechungen wegen finanzieller Probleme) insgesamt neun Jahre (ca. 500 bis 600 Std.). Zuvor hatte er eine dreijährige Psychoanalyse (280 Std.) gemacht, über die er nicht berichten will. Herr G. sucht sich einen prominenten Analytiker im „Gefühl einer gegenseitigen Wertschätzung“ aus. Bezüglich der Anzahl der Stunden der Lehranalyse arrangiert sich Herr G. mit seinem Analytiker: Herr G. hält die von seinem Institut vorgeschriebenen vier Stunden pro Woche für nicht heilsam, und so einigt man sich auf lediglich eine Stunde.

Herr G. ist ehrgeizig, er sucht sich nicht nur ein anspruchsvolles Ausbildungsinstitut aus, sondern hat in seiner Ausbildung auch mehr Patienten, als im Curriculum vorgesehen: insgesamt 720 Analysestunden, davon zwei lange Analysen je 240 Std., drei tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien und eine Kurzzeittherapie. Herr G. muss so viel arbeiten, dass die Belastung für ihn geradezu übermenschlich wird. Dadurch leidet auch die Beziehung zur Partnerin (mit der er zusammen mit den Kindern aus seiner früheren Ehe und ihren eigenen Kindern lebt, und von der er sich später trennen wird), die den Druck nicht nachvollziehen kann und es für gesünder hält, wenn er die Ausbildung abbricht. Herr G. beginnt die Einschränkungen, die

ihm auferlegt sind, zu bedauern: „Andere Leute bauen Häuser in der Zeit und unternehmen Reisen.“ Als im Jahr 1999 dann ein neues Psychotherapeutengesetz verabschiedet wird, muss Herr G. dann aus beruf- und kassenrechtlichen Gründen die Approbation beantragen, was ihn schließlich vollends überfordert. In einer Analysesitzung (die im Sitzen mit gegenseitigem Blickkontakt stattfindet) wird Herr G. derart wütend, dass er mit drastischen Worten („Ich halte diese Scheiße nicht mehr aus“) den Abbruch der Ausbildung ankündigt. Zur Überraschung von Herrn G. geht der Analytiker darauf ein und schickt ihn zum Sekretariat des Ausbildungsinstituts, um dort alles Nötige in die Wege zu leiten.

Nach einer Woche beschließt Herr G. die Ausbildung fortzuführen. Der Analytiker will wissen, warum Herr G. sich umentschieden hat, woraufhin dieser rationale Gründe anführt, d.h. dass die Patienten weiterbehandelt werden müssten und er seine Abschlussarbeit schreiben müsse. An einem Montagabend um 19 Uhr kommt Herrn G. der Analytiker müde und erschöpft vor, der streitet das aber ab. Herr G. will seine Krise aufarbeiten, der Analytiker geht darauf nicht ein, aber Herr G. insistiert auch nicht. Andere Themen, wie etwa psychosomatische Erkrankungen und Beziehungskrisen werden vom Analytiker ebenfalls nicht angegangen. Herr G. führt den eingeschränkten Einsatz des Analytikers darauf zurück, dass er ja nur ein Ausbildungskandidat ist und kein Patient. Nach der Krise wird die Analyse inhaltlich dünner und oberflächlicher. Herr G. ist nicht mehr bereit, über emotionale Dinge zu sprechen („dafür ziehe ich mich nicht seelisch aus“), und er sieht seine Analyse inzwischen sehr kritisch und spricht von „Anpassungstherapie.“ Der Analytiker will über diese Thematik nicht sprechen, was Herr G. als eine „unausgesprochene Übereinstimmung“ interpretiert. Abgesehen von der beschriebenen Krise, verläuft die Analyse dann recht harmonisch.

Im Nachhinein fragt sich Herr G., ob der Analytiker mit dem Material, das ihm präsentiert wurde, gut umgegangen sei. Letztlich habe die Lehranalyse zu keinen neuen Erkenntnissen geführt. Eine Analyse bei einem weiblichen Analytiker hätte eine andere Qualität gehabt. Herr G. führt an, dass man die erste Analyse bei einem gleich- und darauffolgende bei einem gegengeschlechtlichen Analytiker machen solle. Sein Analytiker sei als Koryphäe überlastet gewesen, aber Herr G. habe ohnehin keine intensivere Therapie gewollt. Seine Krise habe keine negativen Konsequenzen gehabt. Zudem habe er so festgestellt, dass er auch in einer Krise die Kontrolle behalten könne. Sein Analytiker sei für Herrn G. ein Ersatz für die schlechte Beziehung zum eigenen Vater gewesen. So habe sich zu Beginn eine positive Über-

tragung eingestellt, die in der Krise jedoch beschädigt worden sei. Auch später noch habe der Analytiker nicht zugeben wollen, in der damaligen Situation einen Fehler gemacht zu haben. Herr G. denkt, dass sein Analytiker ihn habe loswerden wollten, obwohl er ihm damals geholfen habe, eine Veröffentlichung zu schreiben. Herr G. findet, dass sein Analytiker damals schlecht reagiert habe: Anstatt auf das Verhalten seines Analysanden zu reagieren, hätte der Analytiker die Situation analysieren und ihn, den Analysanden, zu einer analytischen Haltung animieren müssen. Seine psychoanalytische Selbsterfahrung fasst Herr G. mit humorvollen Worten zusammen: „Trotz Lehranalyse bin ich gesund geblieben.“ Leider gilt das nicht für seinen Körper, denn kurz nach dem Interview unterzieht sich Herr G. einer Herzoperation, die nur teilweise erfolgreich ist.

Zur Bewertung des Lehranalytikers: Herr G. präsentiert ein recht komplexes psychisches Geschehen. Die Übertragung zum Analytiker ist offenbar nicht aufgelöst worden, auch scheint sich Herr G. der ödipalen Komponente des Konflikts mit dem Analytiker nicht recht bewusst zu sein. Man könnte geneigt sein, diese Mängel dem Analytiker vorzuwerfen. Zu dessen Verteidigung muss aber darauf hingewiesen werden, dass – bedingt durch externe Zwänge, aber auch durch persönliche Präferenzen – Herrn G. u.a. offenbar ein zu hohes Arbeitspensum auferlegt worden war, was sich zwangsläufig negativ auf das psychische Strukturniveau auswirken muss. Letztlich kann dem Analytiker kein Fehler nachgewiesen werden.

4.3 Die unzufriedene Frau J.

Frau J. ist psychologische Psychotherapeutin (TP), ihre Lehranalyse dauert viereinhalb Jahre (1 bis 2 Std./Wo.). Sie wählt bewusst einen männlichen Analytiker, der Mitglied einer psychoanalytischen Fachgesellschaft ist und auch an ihrem Institut als Dozent arbeitet. Im Seminar ist der Analytiker als Dozent sehr gut: Er tritt souverän auf und ist dabei zurückhaltend und humorvoll. Zudem gibt er eigene Schwächen und Fehler zu, was ihn sehr sympathisch macht. Die anderen Kandidaten beneiden Frau J., dass sie bei solch einer Koryphäe ihre Lehranalyse macht.

In der Analyse bearbeitet Frau J. vor allem drei Themen: 1. den Konflikt des Analytikers, sowohl seiner Analysandin, als auch zu seinem Ausbildungsinstitut gegenüber loyal sein zu

müssen; 2. die gescheiterte Partnerschaft; und 3. den grenzüberschreitenden Vorgesetzten in der Klinik, in der Frau J. ihr Praktikum ableistet.

- 1. Loyalitätskonflikt des Lehranalytikers.** Neben einigen anderen Kandidaten gilt Frau J. als Rebellin in ihrem Ausbildungsinstitut. Als das Institut die Aufforderung der Psychotherapeutenkammer ignoriert, in den Ausbildungsinstituten Vertreter der Kandidaten zu wählen wird Frau J., die sich in ihrer Entwicklung behindert fühlt, aktiv und es kommt zum Eklat. Die Leiterin des Instituts versucht Einfluss auf Frau J.s Analytiker zu nehmen, doch der bleibt, obgleich er vom Institut abhängig ist, standhaft. Gleichzeitig wird Frau J. vor ein Tribunal zitiert und man droht ihr mit dem Rausschmiss (sie kann letztlich aber doch ihre Ausbildung dort mit Erfolg beenden). Frau J. sagt dem Analytiker, dass sie ihn sich souveräner wünschen würde. Daneben nimmt Frau J. bei ihrem Analytiker eine Supervisionssitzung und bringt ihn dort in Verlegenheit. Sie nimmt ihren Analytiker als einen ängstlichen Menschen wahr, was ihr vorher nicht aufgefallen war.
- 2. Gescheiterte Partnerschaft.** Das zentrale, biografische Thema von Frau J. ist die schwierige, letztlich gescheiterte Partnerschaft. Wegen des erwähnten Loyalitätskonflikts hat Frau J. bereits ein Stück weit das Vertrauen in ihren Analytiker verloren. So hat sie Schwierigkeiten, über dieses Thema zu sprechen, aber auch der Analytiker erscheint ihr in diesem Punkt gehemmt. Frau J. glaubt, dass es mit einem anderen Mann als Lehranalytiker gegangen wäre, denn sie glaubt, strukturelle Parallelen zwischen der Beziehung zum Partner und der zum Analytiker zu erkennen. Allerdings empfindet sie den Partner (im Gegensatz zum Analytiker) grenzüberschreitend, nicht integer und nicht souverän. Immerhin erkennt Frau J., dass sie die Beziehung zu ihrem Partner wegen eines Traumas aus der Kindheit eingegangen sei. Die rationale Komponente des Zusammenhangs sei ihr klar geworden, aber die affektive Seite fehle. Als sich Frau J. schließlich von ihrem Partner trennt, stellt sie fest, dass sie in Beziehungen Angst vor Nähe hat, und sie vermeidet fortan die Nähe zum Analytiker. In ihren Träumen wirkt der Analytiker wie ihr Exmann, wobei die Übertragung eher mild, positiv und, wie sich in der Analyse ergibt, idealisierend ausfällt.

- 3. Grenzüberschreitung durch Vorgesetzten.** In der Klinik, in der Frau J. ihr Praktikum ableistet, macht der Chefarzt, den sie für einen Narzissten hält, in Bezug auf sie sexuell getönte Bemerkungen, die sie als grenzüberschreitend empfindet. Frau J. findet, dass der Analytiker dieses Problem gut bearbeitet.

In schlechten Stunden macht der Analytiker einige Fehler. Als er z.B. einmal seiner Intervisi-
onsgruppe von einer Sitzung mit Frau J. berichtet, kritisiert ihn die gesamte Gruppe und der
allgemeine Tenor ist, dass seine Intervention nicht gut gewesen sei. Daraufhin gesteht der
Analytiker gegenüber Frau J. den Fehler ein und äußert die Auffassung, dass Analytiker gene-
rell Fehler freimütig zugeben sollten.

Nach etwa vier Jahren äußert Frau J. zum ersten Mal den Wunsch die Lehranalyse zu been-
den, weil sie glaubt, mit ihrem Analytiker nicht weiterzukommen. Dieser zeigt sich erleich-
tert: „Da bin ich vielleicht nicht der Richtige für Sie.“ Frau J. findet es gut, dass letztlich sie
selbst und nicht der Analytiker das Ende der Lehranalyse eingeleitet hat. Sieben bis acht Mo-
nate später ist es schließlich soweit und der Analytiker schlägt vor, die letzten zehn Sitzungen
für die Auflösung der Übertragung zu verwenden. Frau J. will eine abschließende Bilanzie-
rung der Analyse durchführen, muss dies aber selbst machen, der Analytiker, sagt sie, sei da-
zu nicht souverän genug. Immerhin gibt der Analytiker seine Einschränkungen zu. Man einigt
sich auf die Darstellung, dass Frau J.s Beziehung zum Analytiker wegen dessen Loyalitäts-
konflikts ein Stück weit belastet gewesen sei und dass er dieses Thema zu sehr auf Frau J.
abgewälzt habe. Der Analytiker meint, dass dies eine Herausforderung gewesen sei und er
sich manchmal sehr habe anstrengen müssen. Es sehe klar Grenzen von Therapie und Lehr-
analyse. In der fünften Sitzung äußert Frau J. den Wunsch, nach einem Jahr den Analytiker
eventuell noch einmal kurz zu treffen und bricht dann ihre Lehranalyse vorzeitig ab. Die für
die Auflösung der Übertragung vorgesehenen letzten fünf Sitzungen nimmt sie nicht mehr
wahr. Als ein Jahr vergangen ist, verspürt Frau J. nicht mehr den Wunsch, den Analytiker zu
treffen und dieser meldet sich auch nicht mehr.

Im Nachhinein sagt Frau J. dass ihr Analytiker zumindest in den wichtigsten, zentralen Punk-
ten ihren Vorstellungen durchaus entsprochen habe, in einigen weniger wichtigen Punkten sei
sie jedoch enttäuscht worden. Sein Geschlecht sei bei dieser Einschätzung jedoch nicht ent-
scheidend gewesen. An einigen Stellen hätte sich Frau J. ihn souveräner gewünscht, denn er
hätte aufgrund von persönlichen Schwächen mit bestimmtem Material von ihr nicht umgehen

können. Die Rahmenbedingungen seien jedoch erfüllt und Grenzen eingehalten worden und er habe definitiv Integrität gezeigt. Als narzisstisch habe Frau J. ihn nicht erlebt und er sei fachlich durchaus kompetent, ihr aber zu kopflastig. Andererseits habe sie zu Beginn ja gerade einen kopflastigen Analytiker gewollt. Weiterhin habe er während der therapeutischen Beziehung auftauchende Krisen nicht ausreichend intensiv besprochen und Störungen des gegenseitigen Vertrauens seien nicht genügend repariert worden. Er habe sich jedoch Mühe gegeben und sei sehr präsent gewesen. Für ihren Geschmack sei er eher zu aktiv gewesen, ansonsten habe er sich aber korrekt verhalten.

Zusammenfassend sagt Frau J., sie habe in der Lehranalyse etwas gelernt und es habe sowohl gute als auch schwierige Zeiten gegeben, wobei sie letztere als besonders lehrreich empfunden habe. Dennoch sei das Ziel, das der Analytiker zu Beginn der Lehranalyse formuliert habe, nicht erreicht worden. Die traumatische Beziehung zum Partner sei nicht bewältigt, und die Angst vor einer nahen Beziehung zu einem Mann sei immer noch da. Eventuell sei eine Analyse mit nur ein bis zwei Stunden pro Woche nicht intensiv genug, um dieses Ziel zu erreichen. Ihr Analytiker bevorzuge jedenfalls langfristige und niederfrequente tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapien. Am Ende habe es Verstrickungen gegeben, die nicht analysiert werden konnten. Vor allem sei die Übertragung noch nicht vollständig aufgelöst. Frau J., hege immer noch ein bisschen Groll auf den Analytiker und sie meint, die Lehranalyse reiche ihr nicht aus und sie wolle an sich weiterarbeiten.

Zur Bewertung des Lehranalytikers: Die Position von Frau J. hat eine erstaunliche Ähnlichkeit zu der von Herrn G.: In beiden Fällen wurde die Übertragung zum Lehranalytiker nicht ordnungsgemäß aufgelöst, allerdings ist sich Frau J. dessen offenbar bewusst. Dennoch beklagt sie die Auswirkungen, obgleich sie selbst auf die Stunden, die für die Auflösung der Übertragung vorgesehen waren, verzichtet hat und dies anscheinend auch im Nachhinein nicht bereut. Eine weitere Ähnlichkeit betrifft den ödipalen Konflikt mit dem Analytiker, der sich bei Frau J. hinter dem Loyalitätskonflikt des Analytikers verbirgt. Leider tritt hier ein erheblicher Widerstand auf, denn Frau J. vermag nicht über ihre gescheiterte Partnerschaft zu sprechen, was sie auch auf den Analytiker zu projizieren scheint und diesen als diesbezüglich gehemmt erlebt. Schließlich sind Verstrickungen zu nennen, derer sich Frau J. ebenfalls bewusst ist, die sie aber nicht auflösen vermag. Der Analytiker geht mit Therapiefehlern recht entspannt um, und er verfügt offenbar auch über eine gut funktionierende Interventionsgruppe,

deren Rat er annehmen kann. Beides ist ihm im Sinne der Fehlerkultur hoch anzurechnen. Die Kritik von Frau J. ist teilweise widersprüchlich und auf einem recht hohen Niveau angesiedelt. Ähnlich wie bei (der vermutlich borderlinestrukturierten) Frau I. hätte möglicherweise *per se* kein Therapeut ihren Ansprüchen an eine Lehranalyse vollends genügen können.

5. Kategorisierung und Auswertung der Fehler

Die biografischen Daten der befragten Patienten und Psychotherapeuten, nebst Angaben über die Dauer des Interviews und ob die Tonaufnahme vollständig vorhanden ist, sind in Tabelle 1 zusammengefasst. Tabelle 2 enthält Informationen über die Art der Therapie, deren Bewertung durch den Patienten, bzw. den Autor und eine Kategorisierung und Beschreibung eventueller Fehler der Therapeuten. Tabelle 3 enthält schließlich Angaben über die Art der Lehrtherapie, deren Bewertung durch den (ehemaligen) Ausbildungskandidaten, bzw. den Autor und eine Kategorisierung und Beschreibung eventueller Fehler der Lehrtherapeuten.

Die Bewertung der Fehler der einzelnen Psychotherapeuten erfolgt wie bereits beschrieben, wobei vier Kategorien (0 – 3) festgelegt werden (siehe Tab. 2). Im Folgenden werden Beispiele angegeben, die bei den Befragungen explizit aufgetreten sind und die bereits in den Abschnitten 3 und 4 ausführlich diskutiert wurden. Selbstverständlich sind diese Beispiele, u.a. wegen der geringen Anzahl der befragten Personen, weit davon entfernt, vollständig zu sein. Immerhin wurden für jede der vier Kategorien mindestens zwei geeignete Beispiele gefunden.

0. **Keine oder minimale unbedeutende Fehler.** Diese Kategorie beinhaltet höchstens Fehler, die keine weiteren negativen Konsequenzen haben, insbesondere „alltägliche Fehler“ (vgl. Thomä & Kächele, 2006, S. 351ff.).
1. **Leichte Fehler.** Dem Patienten (Herrn C., #4) wird, obwohl sich scheinbar ein tragfähiges Arbeitsbündnis entwickelt und sich eine positive Übertragung eingestellt haben, mitten in den probatorischen Sitzungen mit den harschen Worten „mit Ihnen kann ich nicht arbeiten“ die Therapie aufgekündigt, weil der Therapeut glaubt, dass der Patient simuliert. Der Therapeut verhält sich unsensibel und taktlos im Bezug auf die besonderen psychosozialen Bedürfnisse des Patienten (Herr. F, #2). Die Therapeutin beginnt eine Einzeltherapie mit einer Patientin (Frau H., #2), mit der sie in einer vorangegan-

genen Selbsterfahrungsgruppe bereits einen vertrauten Umgang hatte und beide sich duzten.

2. **Mittelschwere Fehler.** Ökonomischer Missbrauch durch Passivität dem Patienten gegenüber oder übermäßiges zeitliches Ausdehnen der Therapie, ohne dass der Patient einen adäquaten Nutzen davonträgt und er anderswo besser aufgehoben wäre (Herr C., #5, Frau E., #2 und Herr F., #1). Für den Patienten (Frau K., #1) überraschendes Schließen der Praxis aufgrund einer persönlichen Notlage. Narzisstischer Missbrauch durch den Lehranalytiker (Frau A., #1).
3. **Schwere Fehler.** Sexueller Missbrauch (Herr D., #2). Zwangseinweisung einer 16-jährigen Jugendlichen (Frau I., #1) in eine psychiatrische Klinik aufgrund eines Suizidversuchs der zwei Jahre zurückliegt, ohne Hinweis auf aktuelle Suizidalität.

Aus der Abwesenheit einer positiven Wirkung, bzw. einer Verbesserung des Zustandes des Patienten durch die Therapie soll nicht *per se* auf ein Fehlverhalten des Therapeuten geschlossen werden. Desweiteren gilt bei der Kategorisierung der Entscheidungsgrundsatz aus den Rechtswissenschaften: *In dubio pro reo* (lat.: „Im Zweifel für den Angeklagten“). D.h. falls nicht klar ist, wie ein Fehler einzuordnen ist, dann wird die niedrigere der möglichen Kategorien verwendet. Falls natürlich unklar ist, ob ein gewisser Fehler überhaupt begangen wurde oder nicht, dann erfolgt in diesem Fall natürlich keine Bewertung. Treten in einem Fall Fehler auf, die verschiedenen Kategorien angehören, dann werden nur die Fehler der höchsten Kategorie tabelliert.

Tabelle 1:**Biografische Daten der befragten Personen und Dauer der Befragung**

Name	Alter	Familienstand/Kinder	Beruf	Dauer	Tonaufnahme vollständig?
Herr B.	47	ledig	Manager, derzeit erwerbslos	2:36 h	ja
Herr C.	56	verheiratet, 2 Kinder	Bankier, Filialleiter; derzeit Finanzberater	1:49 h	nein ^a
Herr D.	34	verlobt	Erzieher im Behindertenbereich	1:49 h	ja
Frau E.	67	geschieden, 2 Kinder	Krankenschwester; Pharmareferentin; derzeit Pensionärin	2:41 h	ja
Herr F.	60	ledig	Bürokaufmann; derzeit arbeitssuchend	ca. 3 h	nein ^a
Frau H.	69	geschieden, 1 Pflegekind	Lehrerin (Sek. I) für Biologie und Kunst; derzeit Pensionärin	2:29 h	ja
Frau I.	26	ledig	Studentin der Biologie	1:32 h	ja
Frau K.	63	geschieden, 2 Kinder, 3 Enkelkinder	Geschäftsführerin einer Catering Firma; Haushälterin; derzeit arbeitssuchend	1:19 h	ja
Frau A.			ärztliche Psychotherapeutin (PA, TP)	0:46 h	ja
Herr G.			psychologischer Psychotherapeut (PA, TP)	3:45 h	nein ^b
Frau J.			psychologische Psychotherapeutin (TP)	2:36 h	ja

^{a)} Wegen technischer Probleme. ^{b)} Aus Rücksicht auf den Interviewpartner wurde auf die Aufnahme verzichtet.

Tabelle 2:**Art der Therapie, Bewertung, Kategorisierung und Beschreibung eventueller Fehler der Therapeuten^a**

Patient	Art der Therapie	Therapie korrekt?		Fehler	
		Pat. ^b	Aut. ^c	Kat. ^d	Beschreibung
Herr B.	VT/Coaching in Gruppe	ja	ja	0	
Herr C.	#1: VT	ja	ja	0	
	#2: Reha-Klinik, stationär	ja	ja	0	
	#3: Tagesklinik; a) Gruppe	ja	ja	0	
	b) Einzel	ja	ja	0	
	#4: TP, 4 prob. Sitzungen	nein	nein	1	taktlose Ablehnung
	#5: Gruppe/TP	nein	nein	2	ökonom. Missbrauch
Herr D.	#1: Familientherapie				
	#2: VT	nein	nein	3	sexueller Missbrauch
	#3: TP, Kurzzeit	ja	ja	0	
	#4: VT	ja	ja	0	
Frau E.	#1: Reha-Klinik, stationär				
	#2: Psychosomat. Klinik, stat.				
	#3: Gruppe/TP				
	#4: TP	nein	nein	2	ökonom. Missbrauch
	#5: VT und Traumatherapie	ja	ja	0	
	#6: Neuropsychotherapie				
Herr F.	#1: VT	nein	nein	2	ökonom. Missbrauch
	#2: TP, Gruppe, 1 Mon., Abb.	nein	nein	1	Empathiefehler
Frau H.	#1: TP	ja	ja	0	
	#2: Psychosynthese, 10 h, Abb.	nein	nein	1	zu vertrauter Umgang
Frau I.	#1: Kunsttherapie, 5 h, Abb.	nein	nein	3	versuchte Zwangseinweisung
	#2: PA, 5 h, Abb.	nein			
	#3: PA, 5-10 h, Abb.	nein			
	#4: TP, 2 J.	nein	ja	0	
Frau K.	#1: TP, 4 h, Abb.	nein	nein	2	Schließen der Praxis
	#2: TP	ja	ja	0	

^{a)} Verwendete Abkürzungen: (vorzeitiger) Abb(ruch), ökonom(isch), prob(atorisch), psychosomat(isch), Reha(bilitations), stat(ionär). ^{b)} Aus Sicht des Patienten. ^{c)} Aus Sicht des Autors.

^{d)} Fehlerkategorie (0 – 3).

Tabelle 3:**Art der Therapie, Bewertung, Kategorisierung und Beschreibung eventueller Fehler der Lehrtherapeuten^a**

Therapeut	Art der Lehrtherapie	Lehrtherapie korrekt?		Fehler	
		Kand. ^b	Aut. ^c	Kat. ^d	Beschreibung
Frau A.	#1: PA, 2 J., 170 h	nein	nein	2	narzisst. Missbrauch
	#2: PA ^e , 3 J., 100 h	ja	ja	0	
Herr G.	#1: PA ^f , 3 J., 280 h				
	#2: PA, 9 J., 5-600 h	nein	ja	0	
Frau J.	PA, 4 ½ J., 1-2 h/Wo.	nein	ja	0	

^{a)} Verwendete Abkürzungen: narzisst(isch), Wo(che). ^{b)} Aus Sicht des ehemaligen Ausbildungskandidaten. ^{c)} Aus Sicht des Autors. ^{d)} Fehlerkategorie (0 – 3). ^{e)} Anschließende Psychotherapie. ^{f)} Vorangegangene Psychotherapie.

Es ergibt sich folgendes erschütternde Ergebnis. Von den acht befragten Patienten haben zwei (25 %) unter einem schweren Fehler (Kategorie 3) eines Psychotherapeuten leiden müssen (Herr D. und Frau I.). Sechs Patienten (67 %) haben mindestens einen mittelschweren Fehler (2) hinnehmen müssen (Herr C., Herr D., Frau E., Herr F., Frau I. und Frau K.). Sieben Patienten (88 %) hatten mindestens unter einem leichten Fehler (1) zu leiden (Herr C., Herr D., Frau E., Herr F., Frau H., Frau I. und Frau K.). Von den acht befragten Patienten hat nur ein einziger (13 %) keine negativen Erfahrungen (0) mit Psychotherapie gemacht (Herr B.).

Bezieht man die Anzahl der Fehler auf die durchgeführten Psychotherapien, dann ergibt sich ein etwas günstigeres Bild. Von den 20 Therapien die einer Bewertung zugänglich waren, wurde in zweien (10 %) ein schwerer Fehler (Kategorie 3) gemacht. In sechs Therapien (30 %) wurde mindestens ein mittelschwerer Fehler (2) gefunden. In neun Therapien (45 %) konnte mindestens ein leichter Fehler (1) nachgewiesen werden. Nur 11 Therapien (55 %) waren fehlerfrei.

Günstiger ist die Fehlerquote bei den Lehranalysen der (ehemaligen) Ausbildungskandidaten (siehe Tab. 3). Bei drei interviewten Therapeuten, die insgesamt vier bewertete Lehrtherapien hatten, konnte lediglich bei einer Lehrtherapie (Frau A., #1) ein Fehler, und zwar der mittelschweren Kategorie (2) nachgewiesen werden. Somit kamen zwei (67 %) von den drei befragten Therapeuten in den Genuss einer fehlerfreien Lehrtherapie. Bezieht man die (eine) fehlerhafte auf die Anzahl der gesamten vier bewerteten Lehrtherapien, dann findet man, dass 75 % der Lehrtherapien korrekt durchgeführt wurden.

Leider findet man bei den Lehrtherapien ein anderes Problem, nämlich dass ein hoher Anteil der ehemaligen Ausbildungskandidaten mit ihrem Lehrtherapeuten unzufrieden sind, obgleich diesen kein Fehler nachzuweisen ist (siehe Tab. 3). Dies betrifft zwei (67 %) Therapeuten (Herrn G. und Frau J.). Bezieht man den einen Fall mit ein, wo die Lehrtherapie tatsächlich fehlerhaft war, dann waren alle drei (100 %) Therapeuten mit mindestens einer ihrer Lehrtherapien unzufrieden. Diese Problematik tritt bei den Patienten nicht auf (siehe Tab. 2). Hier beklagte sich nur ein Patient (die vermutlich borderlinestrukturierte Frau I.) ungerechtfertigter Weise über seinen Therapeuten (dies sind 13 % der Patienten, bzw. 5 % der Therapien).

6. Zusammenfassung und Diskussion

In der vorliegenden Arbeit wurden mit einer Zeitungsannonce Personen rekrutiert, die bereit waren, über ihre Erfahrungen (gute wie schlechte) bezüglich einer Psychotherapie zu berichten. Gleichzeitig wurde nach Psychotherapeuten gesucht, die über ihre therapeutische Selbsterfahrung berichten möchten. Es konnten die Interviews mit acht Patienten und drei Psychotherapeuten ausgewertet werden. Bei den Patienten wurden die Biografie, die Selbstanamnese und die Therapieerfahrung in Form von Fall-Vignetten zusammengestellt und analysiert. Bei jeder einzelnen Therapie wurde erfragt, ob der jeweilige Patient Beschwerden über das Verhalten des betreffenden Therapeuten hat und es wurde geprüft, ob diese Beschwerden gerechtfertigt sind oder nicht.

Es ergab sich folgendes erschütternde Ergebnis: 25 % der befragten Patienten haben unter einem schweren Fehler ihres Psychotherapeuten gelitten, 67 % haben mindestens einen mittelschweren Fehler hingenommen und 88 % wurden mit mindestens einem leichten Fehler konfrontiert. Nur ein einziger Patient (13 %) hat ausschließlich gute Erfahrungen mit Psychotherapie gemacht. Günstiger ist die Fehlerquote bei den Lehranalysen der (ehemaligen) Ausbildungskandidaten. Zwei von drei der befragten Therapeuten (67 %) kamen in den Genuss einer fehlerfreien Lehrtherapie. Bezogen auf die Anzahl der Lehrtherapien wurden 75 % korrekt durchgeführt. Allerdings waren zwei von drei Therapeuten (67 %) mit mindestens einer Lehrtherapie ungerechtfertigter Weise unzufrieden. Negative Erfahrungen mit der Lehrtherapie haben alle befragten Therapeuten (100 %) vorzuweisen. Nur ein (vermutlich borderlinestrukturierter) Patient beklagt sich ungerechtfertigter Weise über seinen Therapeuten (13 % der Patienten, bzw. 5 % der Therapien).

Da nur relativ kleine (angefallene) Stichproben ($N_P = 8$, bzw. $N_T = 3$) aus der Grundgesamtheit aller Psychotherapiepatienten, bzw. Psychotherapeuten in Deutschland genommen wurden, stellt sich die Frage nach der Genauigkeit der in dieser Arbeit ermittelten Zahlen. Es ist unmittelbar klar, dass hier nur eine semi-quantitative Bestimmung erfolgen kann. Diese ist jedoch recht zuverlässig, wie an folgendem Beispiel erläutert werden soll. Angenommen, ein Ereignis, für das in dieser Arbeit eine Prävalenz von 10 % ermittelt wurde (wie etwa die Wahrscheinlichkeit, in einer Psychotherapie vom Therapeuten sexuell missbraucht zu werden) tritt tatsächlich in der Grundgesamtheit in nur 1 % aller Fälle auf. Dann ist die Wahr-

scheinlichkeit, dass sich in 10 zufällig untersuchten Therapien ein solches Ereignis findet, $1 \% / 10 \% = 10 \%$. Die Wahrscheinlichkeit, dass das Ereignis in nur 0.1 % aller Fälle auftritt ist nur $0.1 \% / 10 \% = 1 \%$, usw. Alternativ kann man die Gültigkeit dieser Studie auch, in abgeschwächter Form, mit einem einfachen Argument unmittelbar einsehen. Denn wären die hier beschriebenen, z.T. schweren Fehler tatsächlich selten, dann würden sie kaum in einer so kleinen Studie (d.h. mit nur 8 Patienten und 3 ehemaligen Ausbildungskandidaten) auftauchen.

Desweiteren stellt sich die Frage nach den Gütekriterien dieser Untersuchung. Hier sind insbesondere die Hauptkriterien Objektivität, Reliabilität und Validität von Bedeutung (siehe z.B. Bortz & Döring, 2006, S. 326ff.). Wie bereits in Abschnitt 2.4 erläutert wurde, handelt es sich insbesondere beim bei der Untersuchung angefallenen Patientengut augenscheinlich um besonders eloquente, extrovertierte und selbstsichere Personen, von denen zu erwarten ist, dass sie hinreichend erfahrenen Interviewern im Wesentlichen dasselbe Material präsentieren. Daneben liefert die hier verwendete, eher zurückhaltende Fragetechnik (siehe Abschn. 2.2) ohnehin ein hochredundantes Rohmaterial, so dass die Persönlichkeit des Interviewers keine nennenswerte Rolle spielt und damit der *Objektivität* der Untersuchung genüge getan ist. Aus denselben Gründen würde eine Wiederholung der Interviews wieder im Wesentlichen dasselbe Material liefert, d.h. die Studie ist augenscheinlich *reliabel*. Die *Validität* der Untersuchung ist schließlich dadurch sichergestellt, dass die Untersuchung unter ganz ähnlichen Bedingungen, im übertragenen Sinne in einem „geschützten Raum“ stattfindet, wie der zu evaluierende Gegenstand, d.h. die jeweilige Psychotherapie selbst.

Nachdem Genauigkeit und Güte dieser doch recht einfachen Studie nach Auffassung des Autors überzeugend dargelegt worden sind, zurück zu den doch erschreckenden Ergebnissen. Wer sich heutzutage in Deutschland in Psychotherapie begibt, muss also mit einer hohen Wahrscheinlichkeit (88 %) damit rechnen, dass er im Laufe seines Lebens mit mindestens einem leichten Fehler eines Therapeuten konfrontiert wird. Die Wahrscheinlichkeit eines mittelschweren Fehlers ist immer noch hoch (67 %), und selbst die Gefahr eines schweren Fehlers (25 %) ist erschreckend. Überspitzt formuliert wäre die Wahrscheinlichkeit z.B. beim *russischen Roulette* umzukommen ($1/6 = 17 \%$) immer noch deutlich kleiner, als in einer Psychotherapie mit einem schweren Fehler des Therapeuten konfrontiert zu werden.

Betrachtet man die Lehranalysen, so sind die Ergebnisse gleichermaßen unerfreulich, wenn auch die Details andere sind. So haben in der Tat alle (100 %) der (zugegeben wenigen) Psychotherapeuten negative Erfahrungen mit ihren Lehrtherapeuten gemacht (selbstverständlich würden sich bei einer größeren Stichprobe differenziertere Zahlen ergeben, jedoch ist, aus den oben bei den Patienten ausgeführten Gründen, es kaum zu erwarten, dass sich die ungefähre Größe der relevanten Wahrscheinlichkeiten wesentlich ändert). An diesen negativen Erfahrungen sind aber diesmal die ehemaligen Ausbildungskandidaten selbst schuld, denn die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kandidat seinen Lehrtherapeuten ungerechtfertigter Weise eines Fehlers beschuldigt, ist nach dieser Studie recht hoch (67 %). Sollte solch ein Fall eintreten, dann sagt er sicherlich nichts Gutes über den psychischen Gesundheitszustand des betreffenden Kandidaten. Dieser wird aber schließlich selbst Patienten therapieren und dann möglicherweise selbst damit zu kämpfen haben, Therapiefehler zu vermeiden. An dieser Stelle mag einem das Konzept des „verwundeten Heilers“ (Gathmann & Semrau-Lininger, 1996) in den Sinn kommen, nach dem gerade sensible und verletzte Persönlichkeiten, die im Grunde selbst Hilfe suchen und mit einem hohen Potential an Bedürftigkeit nach Akzeptanz und Zuwendung sind, sich zum Beruf des Psychotherapeuten hingezogen fühlen (Reimer, 1997; Reimer & Jurkat, 2001; Reimer, 2008).

In diesem Zusammenhang wäre noch viel zu berichten über eklatante Missstände bezüglich der Psychotherapieversorgung in diesem Land, denn wie oft ist dem Autor zu Ohren gekommen, welche Odyssee therapiesuchende Patienten über sich ergehen lassen mussten, um u.U. erst nach Monaten oder sogar Jahren endlich in den sicheren Hafen eines Therapieplatzes einlaufen zu können. Gleichermäßen ist zu beklagen, welchen Schikanen und Spießrutenläufen junge Menschen heute ausgesetzt sind, die den Beruf des psychologischen Psychotherapeuten ergreifen wollen. Eine weitergehende Behandlung dieser unerfreulichen Thematik würde jedoch den Rahmen dieser Masterarbeit sprengen.

Anhang

Abkürzungen

EMDR: *Eye Movement Desensitization and Reprocessing*

IRENA: *Intensivierte Reha-Nachsorge*

NARI: *Nor-Adrenalin Reuptake Inhibitor*

(engl.: selektiver Noradrenalin-Wiederaufnahmehemmer)

PA: Psychoanalyse

SSRI: *Selective Serotonin Reuptake Inhibitor*

(engl.: selektiver Serotonin-Wiederaufnahmehemmer)

TP: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie

VT: (Kognitive) Verhaltenstherapie

Dankesbezeigung

Den Psychotherapiepatienten und den Psychotherapeuten, die an meiner Studie teilgenommen haben, bin ich zu großem Dank verpflichtet. Ohne ihre Bereitschaft, einem völlig Fremden Rede und Antwort zu stehen, wäre diese Masterarbeit nicht zustande gekommen.

Literatur

Bortz, J. & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation für Human- und Sozialwissenschaftler* (4. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Conrad, A. (2009). *Ein verhängnisvolles Zusammenspiel. Misslungene Psychotherapie aus Klientensicht*. Dissertation, Freie Universität Berlin.

Conrad, A. & Auckenthaler, A. (2009). *Therapiemisserfolge in ambulanter Einzeltherapie: Die Sicht der Klienten*. Eingereicht zur Veröffentlichung.

Gathmann, P. & Semrau-Lininger, C. (1996). *Der verwundete Arzt – Ein Psychogramm des Heilberufes*. München: Kösel.

Gdanitz, R. (2010). *Psychischer Missbrauch in der Psychotherapie*. Bachelorarbeit, Universität zu Köln.

Hollenstein, S. (2012). *Die Fehlerkultur von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten – Eine qualitative Untersuchung*. Masterarbeit, Züricher Hochschule für Angewandte Wissenschaften.

Hörmann, H. & Moog, W. (1957). *Der Rosenzweig PF-Test, deutsche Bearbeitung der PF Study, Form für Erwachsene*. Göttingen: Hogrefe.

Kächele, H. & Grundmann, E.M. (Hrsg.). (2011). Fehlerkultur in der Psychoanalyse. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 2.

Linden, M. & Strauss, B. (Hrsg.) (2012). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie – Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung*. Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

Lange, E.M. (2009). *Beschwerden über Psychotherapeuten – Eine empirische Untersuchung*. Dissertation, Universitätsklinik Ulm.

Lange, E., Hillebrand, V. & Pfäfflin, F. (2009). Beschwerden über Psychotherapeuten. *Psychotherapeut*, 54, 307-309.

Reimer, C. (1997). Gefahren bei der Ausübung des psychotherapeutischen Berufes. *Psychotherapeut*, 42, 307-313.

Reimer, C. & Jurkat, H.B. (2001). Lebensqualität von Psychiatern und Psychotherapeuten. *Schweizerische Ärztezeitung*, 82, 1733-1738.

Reimer, C. (2008). Zur Missbrauchsproblematik in der Psychotherapie. *Psychodynamische Therapie*, 7, 16-30.

Rosenzweig, S., Fleming, E.E. & Clark, H.J. (1947). Revised scoring manual for the Rosenzweig Picture-Frustration Study. *Journal of Psychology*, 24, 165-208.

Thomä, H. & Kächele, H. (2006). *Psychoanalytische Therapie – Praxis* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.

Erklärung gemäß den Empfehlungen zur Gestaltung von Studien- und Abschlussarbeiten an der International Psychoanalytic University Berlin (April 2011):

„Alle verwendeten Hilfsmittel wurden angegeben; die Arbeit wurde ohne fremde Hilfe verfasst; sie ist bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt worden.“

A handwritten signature in black ink, appearing to read 'J. F. Hant'.