

12 Der Therapeut als Ansatzpunkt für die Vermeidung von Psychotherapie Nebenwirkungen

Michael Märtens

*Wer kein freundliches Gesicht hat, sollte auch keinen Laden aufmachen,
Chinesisches Sprichwort*

12.1 Die Verantwortung des Therapeuten

Nicht auf dem richtigen Weg mit einem Patienten zu sein ist eine schwierige Erkenntnis. Dabei stellt sich die Frage, was hier nicht richtig läuft und wie es besser laufen könnte. Könnte ich als Therapeut etwas anderes tun, damit es besser läuft oder hat einfach der Patient schuld? Neben diesen Überlegungen zur permanenten Anpassung und Veränderung des therapeutischen Interventions muss aber auch an die Grenzen der eigenen Flexibilität und Kompetenzen gedacht werden. Wie gehe ich als Therapeut damit um, dass ich entweder nur mittelmäßig oder aber vielleicht völlig ungeeignet bin, mit einem bestimmten Klienten therapeutisch zu arbeiten? Ist die Frage der Indikation zu einer Behandlung im psychotherapeutischen Bereich möglicherweise weniger eine Frage nach der richtigen Methode als eine Frage nach dem richtigen Therapeuten oder der richtigen Therapeutin? Hierbei sind Überlegungen zum falschen Geschlecht des Therapeuten nur ein Aspekt eines breiten Spektrums an Dimensionen die in Betracht kommen.

Schlechterdings gibt es keine schlechten oder ungeeigneten Patienten, sondern nur ungeeignete Therapeuten und falsche Methoden. Und die Therapeuten und die Methoden sind auch nicht grundsätzlich falsch, sondern nur für diesen speziellen Fall nicht passend. Das manche Patienten als schwierig gelten, ist eine Widerspiegelung

der aktuellen Behandlungsmöglichkeiten. Es bedeutet, dass zum gegenwärtigen Stand der Behandlungspraxis nur wenige Methoden zur Behandlung vorliegen oder es zu wenige Erkenntnisse gibt, welche Merkmale geeignete Therapeuten haben sollten, die diese Behandlungen durchführen könnten. Welche Störungen ein Patient auch immer mitbringt, so hat er doch einen Anspruch darauf, erwarten zu können, dass er für diese Störung nicht verantwortlich gemacht werden kann und von einem Therapeuten weiterhin erwarten kann, dass dieser Formen der Kommunikation findet, die erstens mit diesen Störungen umgehen und zweitens etwas an diesen Störungen verändern können. Dass manche Menschen hierzu schwierige Formen der Kontaktaufnahme zeigen, kann man ihnen nicht zum Vorwurf machen. Es sei denn, solche Vorwürfe stellen ein empirisch belegtes therapeutisches Mittel zu Veränderung einer Störung dar.

Die folgenden Überlegungen beschäftigen sich damit, wie bezogen auf einzelne Klienten unfruchtbare und schädigende Therapien und Therapieverläufe vermieden oder reduziert werden können. Hierbei wird der Fokus auf den Therapeuten und nicht auf die Methoden gelegt (hierzu z.B. Märtens u. Petzold 2002). Zu den spezifischen Nebenwirkungen und Risiken der zwei in Deutschland aktuell anerkannten Therapieverfahren sowie der Gruppentherapie als Setting werden an anderer Stelle in diesem Buch Ausführungen gemacht (s. Kap. 4–6).

Der Hoffnung, durch das Erfassen von Patientenmerkmalen vor der Therapie erfolgreiche Therapieverläufe oder Abbrüche vorherzusagen, wurde schon 1994 im Handbuch zum Stand der Therapieforschung von Garfield der Todesstoß versetzt (Garfield 1994). Czogalik zog aus den Befunden der „Variablenforschung“ den Schluss, dass man von einer

„Dominanz von zwischenmenschlichen Variablen und Gegebenheiten über die Variablen der Therapiemethode und der Therapietechnik in Bezug auf deren Einfluss auf das Therapieergebnis“ ausgehen muss (Czogalik 1999, S. 157).

Fonagy und Roth schlagen vor, in „pragmatischen Studien“ sollte eine „experimentelle Komponente“ eingeführt werden, die tatsächliche Fragen der Praktiker beantwortet. „Wenngleich die Behandlungsmethoden nur wenig Varianz des Erfolgs produzieren, so können solche Effekte durch das Tun des Therapeuten erzielt werden. Diese genauer zu untersuchen ist Aufgabe der Zukunft“ (Fonagy u. Roth 2004, 314). **Negative Therapieverläufe sind das Ergebnisse einer Interaktion und nicht das Ergebnis feststehender Variablen.** Deshalb muss zur Vermeidung dieser Verläufe die schnellere Wahrnehmung dieser Prozesse und des ihnen zugrunde liegenden Therapeutenverhaltens gefördert werden. Die Seite des Patienten wurde bisher dabei zu sehr fokussiert.

Wesentliche Herausforderung zur Verbesserung der therapeutischen Arbeit und besonders der Vermeidung von Fehlschlägen liegen in der Handhabung der individuellen Grenzen des Therapeuten. Möglicherweise liegt das größte Potenzial zur Verbesserung der Therapie in Therapien, die nicht gemacht werden. Wenn unfruchtbare Therapien schneller erkannt oder überhaupt nicht begonnen werden, würde sich hieraus eine wesentliche effektivere Verbesserung der therapeutischen Versorgung ergeben als durch die Suche nach immer effektiveren Methoden.

12.2 Aufklärung über die Risiken als präventive Maßnahme?

Allgemeine Aussagen über Erfolgsquoten, wobei Erfolg immer davon abhängig ist, was als Erfolg gemessen wird, können in Beratung und Therapie nur sehr bedingt angegeben werden, da sie in unterschiedlichen Arbeitskontexten sehr unterschiedlich sind. Könnte man die allgemeinen Befunde einfach mitteln, würde sich etwa folgende Aufteilung ergeben:

- 25% Abbrüche
- 30% eher unverändert oder verschlechtert
- 45% deutlich verbessert

Besonders bei den Abbrüchen sind die möglicherweise sinnvollen Beendigungen von den Fehlschlägen grundsätzlich zu unterscheiden.

Eine angemessene Aufklärung über die Risiken und zu erwartenden Belastungen durch die geplante Therapie stellt eigentlich eine Selbstverständlichkeit im Zeitalter der Patientenkooperation dar. Allerdings liegen hierzu nicht viele Befunde vor wie die Umsetzung in der Praxis erfolgt und warum eine Realisierung oft scheitert.

Die Aufklärungspflicht des Therapeuten ergibt sich durch die Integration in die medizinische Versorgung in Deutschland zum Beispiel aus dem BGB (§ 823 Aa; § 249 Bb). Die Aufklärung über bestehende unterschiedliche Behandlungsmöglichkeiten dient dem Selbstbestimmungsrecht des Patienten und ist daher Voraussetzung einer rechtmäßigen Behandlung. Die Frage, ob eine bestehende andere Behandlungsmöglichkeit zu einem besseren Behandlungsergebnis geführt hätte, betrifft den hypothetischen Verlauf im Falle der fachlich richtig durchgeführten Alternative.

Die Pflicht des behandelnden Therapeuten, den Patienten über die in seinem Fall bestehenden Behandlungsmöglichkeiten mit unterschiedlichen Risiken oder wesentlich unterschiedlichen Erfolgsaussichten in Kenntnis zu setzen und ihm die Wahl zwischen den gleichermaßen indizierten Behandlungsmethoden zu überlassen, würde dabei auch die Aufklärung über Chancen und Risiken bei einem anderen Therapeuten beinhalten. Hierüber lassen sich aber aktuell kaum konkrete Aussagen machen, da die meisten Therapeuten zu ihren spezifischen Risiken und Nebenwirkungen kaum etwas mitteilen.



Ungeklärte Fragen zur Aufklärungspflicht

- Was gehört zu Aufklärungspflichten im Sinne einer notwendigen Kundeninformation durch den Therapeuten und was nicht?
- Welche Aspekte gehören auf einen Beipackzettel für Therapeuten und Berater und wie ist mit diesem zu verfahren?
- Welche Aspekte sollten nur aufgrund besonderer Erfordernisse im Prozess eingebracht werden und welche müssen immer mitgeteilt werden?
- Welche Aspekte gehören zuerst in die Supervision?

Grundsätzlich ist eine Information über mögliche Gefahren sinnvoll, da sie es den Patienten ermöglichen, wachsam zu sein und problematische Verläufe leichter ansprechen zu können. Insofern haben bekannte Risiken den Vorteil, dass man sie dann besser in den Griff bekommen kann.

12.3 Aufklärung über die vom Therapeuten ausgehenden Risiken

Eine besondere Herausforderung ist die Aufklärung über die Risiken durch den Therapeuten oder die Therapeutin. Vielfach sehen Therapeuten keine Notwendigkeit hierzu, da es aus ihrer Sicht keinen Grund gibt, dazu etwas mitzuteilen. Autofahrer in Deutschland fahren zu 90% überdurchschnittlich gut, schreibt Markus Reiter in seiner Streitschrift zum Lob des Mittelmaßes (Reiter 2011, S. 7). Übertroffen werden sie noch durch die Psychotherapeuten, die sich zu 100% überdurchschnittlich einschätzen, wenn es darum geht, ihre psychotherapeutischen Fähigkeiten zu beurteilen. In der Untersuchung zur therapeutischen Selbsteinschätzung von Walfish et al. (submitted for publication, zit. in Lambert 2010, S. 87f.), an der 129 amerikanische Therapeuten teilnahmen, die in niedergelassener Praxis tätig waren, wurde auch nach Fällen unter ihren behandelten Patienten gefragt, bei welchen es zu Verschlechterungen während oder nach der Behandlung gekommen war. Hierzu gab fast die Hälfte (47,7%) der befragten Therapeuten an, dass sie bei ihren Patienten keine Verschlechterungen zu verzeichnen hätten. Psychotherapeuten stehen mit diesem Phänomen aber nicht allein im Feld der professionellen Selbstüberschätzungen, welches auch für andere Berufsgruppen, so zum Beispiel für Polizisten und Ingenieure festgestellt werden konnte. Es kann hier auch nicht darum gehen, dieses Phänomen einer offensichtlichen Wahrnehmungsverzerrung anzuprangern, sondern seine potenziellen Gefahren für die Versorgung von Patienten und anderen Ratsuchende zu thematisieren.

Von nur schwer einzuschätzender Bedeutung sind die psychohygienische Funktion und die Bedeutung dieses Phänomens für die Arbeitsmotivation des Therapeuten. Unklar ist auch, in welchem Ausmaß welche Formen einer positiv gefärbten Kompetenzwahrnehmung der eigenen Person möglicherweise für manche Patienten hilfreich sind – weil sie vielleicht einen motivierenden und Optimismus fördernden Effekt auf manche Menschen haben, während die Haltung bei anderen Patienten nur zu weiteren Schwierigkeiten beiträgt.

Dieser allgemeinen Tendenz zur Überschätzung der eigenen Wirksamkeit kann nur entgegengewirkt werden, indem Patienten zu Rückmeldungen aufgefordert werden. Dies kann dialogisch oder durch Fragebogenunterstützung erfolgen (Lutz et al. 2005; Lambert 2010). Zum gegenwärtigen Stand ist dies eine Notwendigkeit zur Verbesserung der Therapiepraxis.

12.4 Auswahl des richtigen Therapeuten

Seit Mitte der 90er-Jahre und schon aus den 70er-Jahren gibt es deutliche Hinweise darauf, dass sich Therapeuten hinsichtlich ihrer Wirkung auf Menschen erheblich unterscheiden. Von Wampold und Brown (2005) wurde mit einer Stichprobe von mehr als 6.000 Klienten erneut repliziert, dass es keine Zusammenhänge zwischen Erfolg der Intervention und dem Alter, Geschlecht sowie den festgestellten psychopathologischen Diagnosen auf Klientenseite gab. Auf der Seite der Behandler zeigten sich keine Zusammenhänge zwischen der theoretischen Orientierung, dem Ausmaß der Erfahrung sowie den absolvierten Ausbildungen. Allerdings fanden sich interessante Unterschiede zwischen den erfolgreichen und den weniger erfolgreichen Therapeuten. Bei erfolgreichen Therapeuten brechen weniger als halb so viele Klienten den Kontakt zu einer indizierten Therapie bzw. Beratung ab. Darüber hinaus erzielen die

als erfolgreich klassifizierten Therapeuten bei ihren Klienten, von denen sie weniger durch Abbruch verlieren als weniger erfolgreiche Therapeuten, zusätzlich noch um 50% ausgeprägtere erwünschte Verbesserungen. Besonders überraschend war allerdings ein Moderatoreffekt. Wenn erfolgreiche Berater Klienten behandelten, die zeitgleich auch eine Medikation erhielten, dann fielen die positiven Effekte der Medikation 10-mal so hoch aus als bei den anderen Klienten. In der Gruppe der besonders ineffektiven Therapeuten/Berater wurden die Effekte der Medikation völlig aufgehoben, sodass es in dieser Gruppe keinen Unterschied mehr zu den ohne Medikamente behandelten Klienten gab. Aus diesen Befunden leiten Wampold und Brown ab, dass dies nur auf die katalytische Wirkung bestimmter Personen zurückführbar ist (Wampold u. Brown 2005). Muss man nun aus diesen Ergebnissen, wie dies Miller et al. in einem Artikel ausführen, davon ausgehen, dass man sich auf die Suche nach „Superschrinks“ machen sollte und nur noch diese seltenen Persönlichkeiten zur therapeutischen Versorgung zulässt (Miller et al. 2007, S. 28–29) und wie viel Spielraum gibt es dann noch für die aufwendigen Therapieausbildungen?

In einer Studie von Kraus et al. (2011) konnte die Bedeutung spezifischer Wirkungen von einzelnen Therapeuten bestätigt werden. Die Größenordnungen der festgestellten Verschlechterungen fielen aber negativer aus als in bisher publizierten Studien. Allerdings führen die Autoren der Studie aus, dass es ihnen nicht möglich war, auch nur einen einzigen Therapeuten in der Stichprobe zu identifizieren, der bei allen untersuchten Tätigkeitsbereichen und Störungen überdurchschnittlich effektiv war. Vielmehr zeigte sich, dass überdurchschnittliche Ergebnisse nicht kontextunabhängig auftreten (Kraus et al. 2011, S. 274).

Breite Evidenz fand sich allerdings für einen fundamentalen Beitrag des Therapeuten zu Verschlechterungen bei Patienten in einer Vielzahl von erhobenen Bereichen. Bei 20% der Therapeuten beendeten die Patienten im Durchschnitt die Therapie klinisch signifikant suizidaler und zu 36% gewalttätiger. Im Unterschied zu der Studie von Okiishi et al. (2003), die 91 Therapeuten einer universitären Klinik mit 1.841 Klienten untersuchten, in diesem Fall also für eine Institution spezifische Ergebnisse über einen Zeitraum von 2½ Jahren erhoben haben, wurden in der Studie von Kraus et al. die Therapieresultate von 696 Therapeuten mit 6.960 Patienten analysiert und unterschiedliche Behandlungseinrichtungen mit einem breiten Spektrum an Störungen erfasst. Dabei zeigte sich, dass einige Therapeuten im Durchschnitt über alle ihre Patienten klinisch bedeutsame Verschlechterungen hervorriefen (negative Effektstärken $d = -0.91$ bis -1.49). Schätzungen der absoluten Verbreitung negativer Therapieverläufe, die auch mit negativen Ergebnissen beendet werden, bleiben schwierig, da sie davon abhängig sind, welche psychopathologischen Störungen verstärkt wurden und auf welche Bereiche der Lebensqualität man sich bezieht. Die Autoren kommen zu einer grundsätzlichen Größenordnung von 11–38% der Patienten (Kraus et al. 2011, S. 273) und damit zu einer eher pessimistischen Einschätzung, die bedeuten würde, dass fast ein Drittel der Patienten negative Effekte aufweisen können. Aufgrund der großen negativen Effektstärken bei diesen Phänomenen, die sich unter anderem auch in depressiven und psychotischen Belastungen fanden, erachten die Autoren die Ergebnisse als gesellschaftspolitisch herausfordernd (ebd., S. 273), will man verhindern, dass Ratsuchenden Schäden zugefügt werden. In einer Onlinestudie der Donauuniversität aus dem Jahr 2010 (Leitner et al. 2012) fanden sich ebenfalls Hinweise darauf, dass in einer Größenordnung von circa 20% der Therapieverläufe bei über 2.000 befragten Therapiepatienten in Österreich von negativen Therapieverläufen ausgegangen werden kann.

Somit liegt nahe, dass überdurchschnittliche Erfolge nicht einfach an eine Persönlichkeitseigenschaft geknüpft sind, sondern sich doch darin begründen, dass die Ergebnisse mit den konkret aktivierten Kompetenzen der Therapeuten in Zusammenhang stehen. Welche von diesen Kompetenzen in Ausbildungen, Supervision und vor allem durch beharrliches Üben erworben werden können und welche eher an wenig veränderbare Persönlichkeitsmerkmale gebunden sind, die manche Menschen ausgeprägter mitbringen als andere, wird die Ausbildungsforschung sicherlich weiter beschäftigen müssen.

12.5 Persönlichkeitsmerkmale und eigene Störungen

Zu glauben, dass eine umfangreiche Eigentherapie dazu führt, dass für das komplexe Geflecht der eigenen „Störungen“ und persönlichen Eigenarten tatsächlich ein abgeklärter und reflektierter Umgang im Kontakt mit Patienten gefunden werden kann, erscheint aufgrund der Ergebnisse der empirischen Forschung zu negativen Effekten, die durch Therapeuten hervorgerufen werden, nicht mehr vertretbar. Es muss wohl eher davon ausgegangen werden, dass mit dem Erkennen dieser persönlichen Charakteristika zumindest bei einigen Patienten auch Grenzen der Behandlungsmöglichkeiten zu finden sind. Daneben ist aber zu berücksichtigen, dass vielfach eigene Erfahrungen mit Störungen und Problemfeldern einen Zugang zu vielen Patienten ermöglichen, den andere Behandler ohne diese Erfahrungen nicht haben.



Die eigenen „Abweichungen von der Norm“ sind Risiken und Chancen, die gute Therapeuten auszeichnen. Dies zu erforschen und in der Therapieplanung zu berücksichtigen erfordert weitere Bemühungen, die über die Zeit der Ausbildung hinaus im Wesentlichen durch Arbeitsgruppen mit ebenfalls therapeutisch arbeitenden Kollegen zu leisten sind. Sich mit seinem konkreten Verhalten immer wieder mit anderen Kollegen zu vergleichen, ist eine Voraussetzung zur angemessenen Wahrnehmung der individuellen Besonderheiten und auch der Ausprägung eigener Störungsanteile. Hierzu ist eine systematische Buchführung erforderlich, die dokumentiert, welche eigenen Störungen und Persönlichkeitsmerkmale bei welchen Klienten, Störungen und Problemlagen hilfreich oder schädigend wirken. Diese Erkenntnisse lassen sich nur aus systematischen Analysen von Fallverläufen durch einen Vergleich mit den Verläufen von Kollegen mit anderen Profilen ermitteln. Durch alleinige Selbstreflexion sind diese Einsichten nicht zu erlangen.

12.6 Tagesverfassung

In einer Befragung zum alltäglichen und unethischen Verhalten in der Therapie von Pope et al. (1987) gaben nur 10% der befragten Therapeuten an, auch dann Therapie-sitzungen zu absolvieren, wenn die Wahrnehmungsfähigkeiten durch schlechte Tagesverfassung, z. B. durch eine ausgedehnte Feier, gestört sind. Hier zu entscheiden, wann man dies Patienten mitteilt, sie zu nachsichtiger Wachsamkeit dem eigenen Tun gegenüber auffordert, oder sogar vorschlägt, ob es möglich wäre, die Sitzung

ausfallen zu lassen oder zu verschieben, ist nicht einfach, sollte aber hin und wieder in Betracht gezogen werden. Auf jeden Fall stellen diese Sitzungen mit solchen reduzierten Wahrnehmungsfähigkeiten eine Gefahr für Patienten dar.

Vocisano et al. (2004) belegen an einer Studie mit 48 Therapeuten, die 173 depressive Klienten mit kognitiver Verhaltenstherapie (CBASP) behandelten, dass mehr als 20 Stunden Therapie in der Woche die Ergebnisse systematisch verschlechtern. Andere Variablen, wie zum Beispiel Alter, Erfahrung, Geschlecht, die auch untersucht wurden, hatten keinen Einfluss auf das Ergebnis, während die schlechteren Outcome-Messungen deutlich mit der Zunahme der wöchentlichen Therapiesitzungen korrelierten.

Deshalb gibt Angelettie (2006) Psychotherapiepatienten die Empfehlung, sich nach den Behandlungszahlen pro Woche zu erkundigen, auch wenn dies etwas ungewöhnlich für den Therapeuten erscheinen mag, und einen Therapeuten zu wählen, der nicht mehr als 15–20 Patienten behandelt. Da dieser Faktor direkt hinter der Therapeut-Patient-Beziehung als der zweitwichtigste Faktor für eine erfolgreiche Therapie anzusehen ist, sollte er verstärkt Aufmerksamkeit bekommen. Brisant wird dieser Zusammenhang insbesondere dann, wenn man bedenkt, dass für eine „normal oder optimal ausgelastete therapeutische Praxis“ mit GKV-Zulassung eine Auslastung mit 36 Sitzungen (je 50 Minuten) pro Woche angenommen wird. Eine solche Vorgabe muss angesichts dieser Ergebnisse wie die institutionalisierte Verschreibung von Ineffektivität und riskanten Behandlungen angesehen werden.

Absolvieren Therapeuten nur circa 20 Stunden in der Woche und gelingt es ihnen, diese Stunden so im Tagesverlauf zu verteilen, wie es ihrer Leistungsfähigkeit entspricht, liegt hierin eine präventive Möglichkeit zur Vermeidung von Gefahren für Patienten. Dass Ärzte auch übermüdet arbeiten, sollte hier kein Maßstab sein.

12.7 Therapiephasen

In Gruppensupervisionsprozessen kann man als Therapeut im Vergleich mit Anderen schnell interessante Unterschiede feststellen, was die eigenen Potenziale und Grenzen in unterschiedlichen Therapiephasen betrifft. Wie im täglichen Kontakt mit Menschen unterscheiden sich Therapeuten darin, ob sie spontan häufig eine intensive Beziehung zu Menschen herstellen, oder durch eine persönliche Veranlagung von ihren Patienten quasi geschenkt bekommen. Ebenso verhält es sich in den Abschiedsphasen. Während die einen eher an Beziehungen festhalten, wenn sie einmal entstanden sind, geht es anderen Therapeuten so, dass sie Patienten eher wieder loswerden wollen oder an längeren professionellen Beziehungen weniger Interesse haben. Die therapeutischen Kompetenzen unterscheiden sich phasenspezifisch. Sie genauer kennenzulernen und dann bei den eigenen Patienten zu verfolgen, welche Fähigkeiten man hat und welche Probleme hierin möglicherweise für manche Patienten mit welchen Problemlagen entstehen können, ist ein interessanter Fokus für das eigene phasenspezifische Profil.

12.8 Inhalte einer Patienteninformation über den Therapeuten

Ein Beipackzettel zu einer Therapie sollte – ungeachtet der Frage, was davon den Patienten wie mitgeteilt wird – Angaben zu Chancen und Grenzen enthalten. Hierbei ist anzumerken, dass es sich bei der folgenden Aufstellung um eine erste vorläufige Idee handelt, die noch nicht alle zu berücksichtigenden Punkte umfasst. Die Informationen sollten Angaben

- zu den verwendeten Vorgehensweisen,
- zu den Rahmenbedingungen,
- zum Indikationsbereich des Therapeuten sowie
- zu möglichen Kontraindikationen und Risiken der Therapie geben.

Hier werden nur die therapeutenbezogenen Aspekte erörtert. Ein individuelles Therapeutenprofil umfasst zwei wesentliche Dimensionen.

Die erste könnte man als Achse 1 umschreiben. Sie umfasst alle im Einzelfall abzuklärenden Aspekte, welche die Behandlung aktuell beeinflussen mit potenziellen Chancen aber auch Gefahrenquellen. Auf der zweiten Achse werden eher grundlegende Unterschiede zwischen Therapeuten beschrieben, die das Setting und Therapiephasen betreffen.



Achse 1: Prozessvariablen

Variablen, die bei jeder Sitzung mit Patienten bei allen therapeutischen Orientierungen relevant sind, umfassen:

- *Wie gut ist die Beziehung zu diesem Patienten?*
- *Welche biografischen Themen des Therapeuten werden durch den Patienten als Person und mit seinem Behandlungsziel berührt?*
- *Spielt meine aktuelle Lebenssituation eine Rolle?*
- *Tagesverfassung und Tageszeit*
- *Persönlichkeitsmerkmale*
- *eigene Störungen (insbesondere ICD relevante)*

Dabei handelt es sich im Therapieprozess um Interaktionen dieser Variablen mit den gleichen Variablen des Patienten.



Achse 2: setting- und phasenspezifische Potenziale und Nebenwirkungen

Variablen, die Kompetenz- und Nebenwirkungsunterschiede zwischen Therapeuten beschreiben, sind eher stabile Merkmale:

- *Dyaden: Interaktionskompetenz im Einzelkontakt mit besonderen Anforderungen an Empathie, Introspektionsfähigkeit, Handhabung von Übertragungen etc.*
- *Mehrpersonensysteme: Familien, Paare, Teams, Netzwerke etc. stellen eine besondere Herausforderung an die Handhabung komplexer Interaktionen, die Steuerung dieser Prozesse und erfordern manchmal einen Verzicht auf Empathie zur Erhaltung der Neutralität.*

- *Gruppen: Sie sind artifizielle Systeme zu Verbesserung von Kompetenzen und/oder Reduktion von Störungen und benötigen spezifische gruppendynamische Fähigkeiten.*
- *Internet: Es erfordert Kompetenzen in Interaktionen im indirekten Kontakt bei dem körperliche Präsenz fehlt und Spaß an Kommunikation per Computer nötig ist. Hier über einen Mangel an Kompetenzen zu verfügen, fällt Therapeuten augenblicklich eher leicht. Trotz des großen Bedarfs, mit diesem Medium zu arbeiten, werden fehlende Fähigkeiten hier leicht eingeräumt.*
- *Therapiephasen: Anfang = Bindungskompetenz, Mitte = Differenzierungskompetenz, Ende = Trennungskompetenz*

Zur Beantwortung der Frage, ob man als Therapeut besonders gut oder ungeeignet ist, erweist sich eine Differenzierung anhand der einzelnen Punkte der beiden Achsen als sehr hilfreich. So wird es möglich, nicht mit einer globalen Antwort zu einer vernichtenden Abwertung oder aber zu einer unrealistischen Selbstüberschätzung zu gelangen. Ausbildungskandidaten fällt ein Erarbeiten solch eines Profils oft leichter als erfahrenen Kollegen, da sie sich in ihrer Entwicklung noch offener erleben und Defizite normal finden.

12.9 Reparieren oder Delegieren: der schwierige Umgang mit den eigenen Grenzen

Die Bearbeitung oder „Reparatur einer Störung“ in der Beziehung zwischen Therapeut und Patient wird oft auch als eine Entwicklungsmöglichkeit gesehen. Wie groß diese Chance ist, hängt von zwei Faktoren ab. Der eine liegt in der *Problematik und Persönlichkeit des Patienten* und der andere Faktor ist im *Setting* begründet. Liegt ein wesentlicher Schwerpunkt des therapeutischen Prozesses auf Veränderungen des Beziehungsmusters des Patienten, liegt eine Chance zur Weiterentwicklung oft darin, dass zentrale Beziehungsmuster aufseiten des Klienten aktiviert wurden. Können diese Muster dann bearbeitet werden, stellen sie eine Möglichkeit zur Veränderung dieses Musters bereit. Im Erkennen eigener Anteile aufseiten des Therapeuten und der angemessenen und konstruktiven Art und Weise, wie der Therapeut dann damit arbeitet, liegen die Herausforderungen für den weiteren Verlauf der Therapie. Die Beantwortung der Frage, wie weit die Selbstoffenbarungen des Therapeuten gehen sollen, fällt therapieschulenspezifisch sehr unterschiedlich aus. Grundsätzlich kann allerdings davon ausgegangen werden, dass in einer Beziehung zwischen Patient und Therapeut hier eine große Möglichkeit liegt, wenn die Beziehung vorher gut und tragend gewesen ist.

Die Perspektiven zur Beziehungsreparatur sehen allerdings in anderen Settings anders aus. Während das dyadische Setting gut geeignet ist, eine metakommunikative Perspektive mit dem Patienten zu eröffnen, stellt sich die Situation in Mehrpersonensettings völlig anders dar (Nolan et al. 2004). In der Gruppentherapie kann die Wahrnehmung der Gruppenteilnehmer und die der leitenden Therapeuten aktiviert werden. In der Therapie mit Dyaden entstehen unüberwindliche Probleme oft durch fehlende Neutralität oder beidseitige Parteilichkeit.

12.10 Der Therapeut als Kontraindikation: die Kunst der Überweisung

Da zum Thema der Reparatur der Beziehung schon viel erörtert wurde (besonders differenziert in Lambert 2010; mit mehreren Beiträgen in Hermer u. Röhrle 2008) soll jetzt die wenig gewählte Überweisung zum Kollegen näher erörtert werden (Hoffmann et al. 2008). Durch die starke Beschäftigung mit der Verhinderung von Therapieabbrüchen wird leicht die Notwendigkeit eines Wechsels zu einem anderen Therapeuten übersehen.

Patienten sind sich der Bedeutung einer guten Beziehung zum Therapeuten möglicherweise nicht bewusst und vertrauen zu wenig der Bedeutung ihrer Wahrnehmung des Beziehungsangebotes. Nicht wenige Patienten entscheiden sich allerdings nach dem ersten Kontakt mit einem Therapeuten gegen eine Behandlung. Leider ist bisher wenig darüber bekannt, in wie vielen Fällen dies eine richtige Entscheidung war, weil die Basis für eine hilfreiche therapeutische Beziehung nicht gegeben war, oder wo dies eine falsche Entscheidung war. Sicherlich stellen Annahmen von fehlender Motivation oder Widerstand gegen eine Therapie nur selten sinnvolle Interpretationen dieses Phänomens dar.

Für Therapeuten stellt sich die Frage einer täglichen und bezogen auf bestimmte Patienten in Erwägung zu ziehende Kontraindikation. Da können Fragen auftauchen wie:

- Wie intensiv wirke ich heute?
- Muss ich meine Wirkung heute steigern oder reduzieren (Frage der Dosierung)?
- Bin ich heute in der Lage, diese Steigerungen oder Reduktionen zu realisieren?
- Sollte ich nicht lieber im Bett liegen bleiben, als bestimmt Menschen zu beraten, denen ich heute möglicherweise nicht gut tue?
- Täte es mir nicht selber besser, wenn ich bestimmten Begegnungen heute aus dem Weg gehen würde, um mein eigenes Wohlbefinden für mich und für andere Klienten zu erhalten?
- Wie teile ich das den betroffenen Klienten mit?
- Wie teile ich das den Kostenträgern mit und wie sichere ich weiter meinen Lebensunterhalt?
- Was sagt mein Lebenspartner, wenn ich mit der Erklärung meine Arbeit niederlege, dass meine Wirkungsgrad heute zu gering oder mein Schädigungsrisiko für Klienten zu groß ist?
- Wie geht es mir später, wenn ich vielleicht feststelle, dass ich mich geirrt habe, meine Verstimtheit am Morgen mittags verschwunden ist und sich als vorübergehend und damit nur als bedeutsam für die erste Beratungsstunde herausstellt?

Im Unterschied zur Behandlungsmethode, die sich wie ein Werkzeug anwenden lässt, ist der Therapeut als Wirkfaktor ein sehr filigranes Gebilde, das schon allein durch die Hinterfragung irritiert und damit noch mehr gehandicapt werden kann. Trotzdem sollte der Therapeut sein individuelles Wirksamkeitsprofil kennen, wenn er als Person den wichtigsten Wirkfaktor in der Arbeit darstellt. Für viel weniger Patienten und nicht zu allen Zeitpunkten geeignet zu sein als man bisher dachte, erfordert erhebliche Veränderungen der vertrauten Organisation therapeutischer Praxis. Der sorgfältige Umgang mit Phasen eingeschränkter Kapazität ist unterentwickelt, obwohl die Bedeutung der Beziehung ständig als fundamentale Voraussetzung in der Therapie propagiert wird.

Einen Patienten zu einem anderen Kollegen zu schicken, ist immer noch ein seltener Vorgang. Am ehesten wird dabei an einen Wechsel der Methode oder aber an eine Überweisung zu einem speziell ausgebildeten Kollegen gedacht, der zum Beispiel Sexualtherapeut oder Experte für Zwangsstörungen ist. Bei einer Überweisung zu einem Spezialisten hält sich die potenzielle Kränkung, das Eingeständnis der eigenen Kompetenzgrenzen, noch einigermaßen in Grenzen. Frohburg spricht davon, dass dieser Vorgang eher heimlich erfolgt und nicht als normaler professioneller Umgang gesehen wird (Frohburg 2008, S. 768). Auszusprechen, dass man als Therapeut der Meinung ist, nicht geeignet zu sein, ist scheinbar schwieriger. Unter Therapeuten ist die Einstellung verbreitet, dass es guten Therapeuten gelingt, sich so ziemlich auf jeden Patienten einstellen zu können. Es sei so etwas wie eine erlernte Kunstfertigkeit, seine kommunikativen Fähigkeiten im Griff zu haben und seine Kommunikation virtuos einzusetzen. Ein guter Therapeut könne das. Sollte dies einmal überhaupt nicht klappen, gibt es unter Therapeuten eine Neigung, dies auf eine besonders schwere Störung des Patienten zurückzuführen, so zum Beispiel auf eine Borderlinestörung etc.

Vergleiche mit Medikamenten sind nicht sehr beliebt. Wie ist es aber, wenn es sich mit der Wirkung von Therapeuten analog zur Wirkung von Medikamenten verhält? Kaum jemand wird die Frage nach dem besten Medikament für sinnvoll halten: Sind Antibiotika oder Kopfschmerztabletten besser? Diese Frage macht keinen Sinn, weil es darauf ankommt, das Medikament zu geben, das bei einem bestimmten Symptom bzw. der zugrunde liegenden Krankheit hilft. Für Therapeuten wird eher angenommen, dass sie so etwas wie eine neutrale Basissubstanz sind und die Wirkung mehr oder weniger durch die Methode erzielt wird. Wenn aber Therapeuten als Persönlichkeiten wirken, dann wird es auch einen Indikationsbereich und einen Bereich der Kontraindikation geben. Auf die Frage, welches Medikament bei fast allen Störungen gut ist, wird kaum jemand behaupten, dass er dieses Medikament kennt. Warum sollten Therapeuten solch ein Universalmedikament sein?



Wie geht ein Therapeut mit der Erkenntnis um, dass er möglicherweise für viele Patienten nicht indiziert ist?

Schlechte Ausgangsbedingungen zeigen sich oft schon in der ersten Sitzung deutlich und setzen sich sehr oft in den nächsten 2–4 Sitzungen in noch weiter abnehmenden Einschätzungen der Beziehungsqualität aus der Sicht von Patienten fort, wenn die anfängliche Einschätzung nicht gut war (z.B. Botella et al. 2008). Da diese Bewertungen aus Patientensicht aber grundsätzlich sehr positiv sind, müssen hierbei weniger positiv ausgeprägte Einschätzungen schon als Warnsignal interpretiert werden. Deshalb ist es oft schon in der ersten Sitzung nötig und auch möglich aktiv aus therapeutischer Sicht die Möglichkeit anzusprechen, noch einen anderen Therapeuten zu konsultieren. So würde oft für beide Seiten ein unproduktiver Prozess vermieden.

Bei der Gestaltung eines Therapeutenwechsels spielen mehrere Faktoren zur Vermeidung negativer Effekte eine Rolle:

- Mit dem Vorschlag des Wechsels zu einem anderen Therapeuten sollte der Patient nicht das Gefühl bekommen, dass dieser Vorschlag etwas mit seiner be-

sonders schweren Störung zu tun hat. Diesem Eindruck kann durch entsprechende Erläuterungen entgegengewirkt werden.

- Der Patient sollte sich hierfür nicht verantwortlich fühlen oder Schuldgefühle entwickeln. Schuldgefühle entstehen schnell, wenn der Patient den Eindruck hat, dass der Therapeut sich dabei nicht wohlfühlt oder ein Gefühl des Versagens vermittelt, welches der Patient mildern möchte.
- Der Wechsel sollte so gestaltet werden, dass daraus nicht ein Therapieabbruch wird. Hierzu ist es häufig erforderlich, aktiv mitzugestalten, wohin sich der Patient wenden soll. Hierzu können zum Beispiel zwei Therapeuten vorgeschlagen werden und man kann anregen, dass der Patient im ersten Kontakt prüft, mit welchem Angebot und welcher Person er besser zurechtkommt. Oft erhöht aktiver Kontakt zu Personen oder Einrichtungen die Wahrscheinlichkeit, dass Angebote wahrgenommen werden. Konkrete Personen als Therapeuten vorzuschlagen erweckt leicht den Verdacht der Vetternwirtschaft, da die Person eines Therapeuten bisher zu wenig als spezifisches kuratives Element konzipiert ist. Der Vorschlag nach einiger Zeit noch einmal Kontakt aufzunehmen, fördert Verbindlichkeit und signalisiert Interesse.
- Bei der Erläuterung der Notwendigkeit des Wechsels trägt es oft zur Entwicklung des Klienten bei, wenn Überlegungen zur Behandlungsmethode und zur Bedeutung der therapeutischen Beziehung angesprochen werden. Selten spielen nicht beide Faktoren eine Rolle.
- Bei längeren Kontakten braucht es Raum für die Gestaltung eines Abschiedsprozesses.
- Eine Konkretisierung der Erwartungen an die neue Therapie und eine Bilanz schon erreichter und nicht erreichter Ziele fördert die weitere Entwicklung. Ein Problem dabei ist allerdings, dass Kollegen dies als eine unberechtigte Einmischung in ihren Entscheidungsraum erleben können, wenn sie die Therapie fortsetzen oder ergänzen.
- Auch der Therapeut hat ein Recht auf eine für ihn passende Form des Prozessabschlusses. Möglicherweise könnte hier unter anderem dazugehören, sich beim Patienten zu bedanken, dass er es dem Therapeuten ermöglicht hat, über bestimmte Aspekte der eigenen Grenzen mehr Klarheit zu bekommen, sofern dies ein tatsächliches Interesse ist.

Aus der Studie von Kraus et al. (2011) lässt sich wieder eine im Muster altbekannte 3/3-Faustregel ableiten: Etwa ein Drittel der Klienten sind bei dem jeweiligen Therapeuten gut aufgehoben – falls er nicht in einem Arbeitskontext und hauptsächlich mit Störungen arbeiten muss, die überhaupt nicht zu seiner Persönlichkeit und seiner therapeutischen Entwicklungsphase passen – während er für ein weiteres Drittel wesentlich schlechter geeignet ist als andere Kollegen. Bei dem verbleibenden Drittel der Patienten handelt es sich dann um Fälle, für welche die Suche nach anderen Therapeuten vielleicht auch weniger erfolgversprechend ist. Aufwand und Nutzen stehen dabei in keinem günstigen Verhältnis. Besonders zu berücksichtigen ist eine Gruppe von Patienten, die bei vielen Therapeuten und Beratern häufig auf Ablehnung und Widerstand stoßen, wenn sie eine Therapie aufsuchen. Deshalb ist es erforderlich, den ersten spontanen Impulsen zur Delegation an andere Kollegen zu widerstehen. Da diese Klienten oft schon verletzendende Abweisungen erlebt haben und diese Verletzlichkeit häufig mit ihren interaktionellen Schwierigkeiten verwoben sind. Ratsuchende, von denen man den Eindruck hat, dass man sie spontan ablehnt, soll-

ten sehr genau daraufhin untersucht werden, wie sie mit einer potenziellen Verletzung durch eine Weiterverweisung umgehen können.

Möglicherweise könnte die Einführung einer Überweisungsquote von zum Beispiel 20–30% temporär hilfreich sein, die Therapeuten verpflichtet, grundsätzlich mehr Patienten an andere Therapeuten zu delegieren und zu akzeptieren, dass Kollegen manchmal die bessere Medizin sind. Die Annahme, dass ein Therapeut für fast 70–80% der Patienten optimal ist, stellt sicherlich noch eine Überschätzung der individuellen Wirksamkeit bei vielen Therapeuten dar.

12.11 Supervision, Selbstreflexion oder Kooperation?

Behandlungstechnische Überlegungen und Zweifel, die in einer Therapie auftauchen, können gut in einer Supervision mit Kollegen oder mit einem Supervisor besprochen werden. Eine Supervisionsveranstaltung ist eine geheime Angelegenheit, in der Therapeuten und Berater Hilfe für ihre Schwierigkeiten mit Patienten erhalten. Aber werden wirklich vorwiegend die problematischen Fälle eingebracht? Die Befunde von Wampold (insbesondere Wampold u. Brown 2005) und Lambert (2010) lassen hieran Zweifel aufkommen. Wird die Fähigkeit zur Identifikation kritischer Entwicklungen beim Patienten oder aber die Wahrnehmung von Symptomverschlechterungen empirisch kontrolliert, indem man tatsächliche Patientendaten hierzu erhebt, stellt sich heraus, dass weniger als 20% solcher Verschlechterungen bemerkt werden, obwohl den beteiligten Therapeuten dieser Untersuchungsfokus bekannt war (Hannan et al. 2005; zit. in Lambert 2010, S. 84f.) und auch in Patientenverlaufsakten Verschlechterungen der Symptomatik so gut wie nie vermerkt werden (Hatfield et al. 2010; zit. in Lambert 2010, S. 84f.). Offensichtlich hat sich in diesem Bereich eine ressourcenorientierte Herangehensweise stark durchgesetzt, die dazu führt, dass Verschlechterungen nicht registriert werden, weil sie wie selbsterfüllende Prophezeiungen wirken könnten, oder die Wahrnehmung von Verschlechterungen wird ignoriert, um Selbstzweifel an der eigenen Arbeit zu reduzieren.

Offensichtlich muss im Bereich selbstreflektorischer Kompetenzen – entgegen der weitverbreiteten Annahme, dass Therapeuten hier eine besonders gut geschulte und fähige Berufsgruppe darstellen – noch ein erheblicher Entwicklungsbedarf festgestellt werden. Von einer durch kritische Beobachtung des eigenen Handels geleiteten Selbstkorrektur kann kaum ausgegangen werden. Davon, dass Therapeuten über eine ausgeprägte Fähigkeit zum Erkennen eigener Fehler und Probleme in der Arbeit verfügen, die dazu führt, dass die Ressourcen kollegialer Fallbesprechungen und der Supervision genutzt werden, kann nicht selbstverständlich ausgegangen werden.

In einer explorativen Studie zu therapeutischen Haltungen wurden auch Verschlechterungen angesprochen (Märtens u. Petzold 2002). Auf die Frage nach dem Anteil der Klienten, die sich seit Beginn der Therapie verbessert, verschlechtert oder gleich geblieben waren, wurde von Vertretern unterschiedlicher Therapierichtungen bei insgesamt sehr geringen Verschlechterungsraten mit leichten Tendenzen unterschiedlich geantwortet. Mit nur 2% verschlechterten Patienten gaben Verhaltenstherapeuten die geringsten Raten an, während Psychodramatiker mit 12% die meisten Verschlechterungen einräumten. Abschließend sollten die Therapeuten ihren eigenen Anteil an den Ausgängen ihrer Therapien schätzen. Der Ausgang einer nicht erfolg-

reichen Therapie wird mit 26% auf das therapeutische Intervenieren zurückgeführt; im Gegensatz zu den erfolgreichen Fällen, deren Ausgang zu 56% als durch die Therapie hervorgerufen betrachtet wird. Je besser das Ergebnis der Therapie, desto mehr hat aus Sicht des Therapeuten das Ergebnis mit ihm zu tun. Misserfolge werden eher external attribuiert und auf andere Faktoren als das eigene Vorgehen zurückgeführt.

Das Einbringen schwieriger Prozesse in die Supervision scheint nicht erfolgreich zu sein. Auch Supervisionen, die mit Videoaufzeichnungen arbeiten, verfehlen oft ihr Ziel, weil man sich nicht die tatsächlich brisanten Bandausschnitte anschaut. Zufallsstichproben aus den Therapien und auch bei der Auswahl der in der Supervision zu reflektierenden Sitzungsausschnitte zu wählen, erscheint häufig fast vielversprechender als die gängige Praxis, die darauf vertraut, dass tatsächlich das Material eingebracht wird, in dem die zentralen Aspekte einer nicht gut laufenden Therapie sichtbar werden.

Auch wenn die Diskussion und Evaluation von Feedbacksystemen durch Fragebögen, die Therapeuten Informationen über Veränderungs- und Befindlichkeitseinschätzungen sowie die aktuell wahrgenommene Beziehung zum Therapeuten geben, noch nicht abgeschlossen sind und für unterschiedliche Therapierichtungen mehr oder weniger kompatibel erscheinen, sind die Rückmeldungen von Klienten bezüglich deren Einschätzung zu den Therapiesitzungen wohl die beste Möglichkeit, problematische Prozesse zu identifizieren und in die Supervision zu bringen.

Ergebnisse aus Supervisionsprozessen werden häufig zu wenig aktiv in Therapieprozesse eingebracht. Oft erweisen sich Patienten als sehr kooperativ, wenn man gemeinsam mit ihnen über die externen Sichtweisen diskutiert oder sie um ihre Meinung zu den Anregungen oder der Kritik bittet, die man aus der Supervision mitbringt. Durch den transparenten Umgang ermöglicht man einen gemeinsamen Veränderungsprozess, wobei deutlich wird, dass eine Therapie nicht einseitiger, sondern ein gemeinsamer Lernprozess ist. Nicht selten verändern sich die Therapeuten mehr als ihre Patienten wie man es manchmal in Ausbildungen beobachten kann. Für manche Patienten kann es hilfreich sein, aus Veränderungsprozessen ihrer Therapeuten etwas zu lernen.

12.12 Kotherapie

„Feinde“ zu Kotherapeuten zu machen, ist eine notwendige Strategie zur optimalen Patientenversorgung. Als Kotherapeuten wählt man sich intuitiv am liebsten Menschen, mit denen man auch gut befreundet ist oder sein könnte. Um sich mit seinen Schwächen und Problemen zeigen zu können, ist das Gefühl angenommen und gemocht zu werden, eine wichtige Voraussetzung, um sich selbst hinterfragen zu lassen und auf Fehler hinweisen zu lassen. Deshalb erscheinen Freunde als Kotherapeuten am besten geeignet zu sein, weil sie auf der Beziehungsebene eine gute Basis zur Zusammenarbeit bieten. Allerdings haben Freunde gerade den Nachteil, dass sie häufig über ähnliche Persönlichkeitseigenschaften mit ähnlichen Bewältigungsstrategien und einen ähnlichen sozialen Hintergrund verfügen. Der geteilte Horizont, die Welt zu sehen, macht das gegenseitige Verstehen einfacher, hat aber den Nachteil, dass man auch ähnliche Grenzen aufweist. Diese Grenzen stellen oft auch Beschränkungen dar, wenn es darum geht, unterschiedliche Patienten zu verstehen und auch wahrnehmen zu können, welche Formen von Anregungen und Herausforderungen sie brau-

chen und vertragen können. Deshalb sind Freunde als Kotherapeuten zwar für eine reibungslose Zusammenarbeit wünschenswert, stellen für die Erweiterung der Zugangsmöglichkeiten zu Patienten aber eher eine Behinderung dar. Menschen, die viel Potenzial haben, den jeweiligen Therapeuten zu ärgern, sind als Kotherapeuten wesentlich fruchtbarer, wenn es dann gelingt, einen offenen Austausch zu kultivieren.

In Ausbildungsgruppen, die in Kotherapie Patienten behandeln, entdecken Ausbildungsteilnehmer oft nach anfänglicher Begeisterung für eine Zusammenarbeit bei ihrem Gegenüber Probleme in der Arbeit. Oft werden diese auch thematisiert und eine weitere Zusammenarbeit nicht gesucht. Diese Erfahrungen können in der Ausbildung genutzt werden, um dafür zu sensibilisieren, wie schwierig sich oft eine Arbeitsbeziehung gestaltet. Angehende Therapeuten nehmen sich mit ihren Bedürfnissen dabei sehr ernst und verweigern oft die Fortsetzung der Zusammenarbeit mit Ausbildungsteilnehmern, wenn die Zusammenarbeit schwierig war. Patienten haben ihrerseits ähnliche Widerstände und Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit mit ihren Therapeuten. Sie trauen sich aber nicht, diese anzusprechen. Oft fehlen ihnen hierzu die kommunikativen Kompetenzen. In den meisten Fällen handelt es sich aber um eine falsch verstandene Zurückhaltung. Patienten haben Respekt vor Therapeuten und befürchten – oft allerdings nicht unbegründet –, dass sie mit ihrem Anliegen nicht verstanden werden und der Therapeut beleidigt ist oder abwehrend reagiert.

In Mehrpersonensettings sind Kotherapeuten, wenn sie offene und ehrliche Rückmeldungen geben, eine gute korrigierende Instanz, um schneller eigene Potenziale und Grenzen zu erkennen und zum Teil auch konstruktiv darüber mit Patienten zu kommunizieren. Für Klienten stellt dies häufig ein gutes Modell bereit, ihre partnerschaftliche Kommunikation zu verbessern, wenn sie beobachten können, wie ihre Therapeuten diese Herausforderungen meistern.

Ausblick

Was ist zu tun? Duncan et al. (2007) sprechen davon, dass schlecht zu sein eine Möglichkeit ist, besser zu werden. Hierzu gehört die Entwicklung einer fehlerfreundlichen Kultur im Bereich der Psychotherapie, die es ermöglicht, dass Therapeuten ihren persönlichen Indikationsbereich entdecken können.

Verfolgt man die Erforschung, die Suche nach den Ingredienzien von tätigen Therapeuten, wird man um die berufspolitische Organisation einiger Probleme nicht herumkommen.

Einige Therapeuten arbeiten nicht an den richtigen Arbeitsstellen. Dabei handelt es sich um Therapeuten, die

- mit den falschen Problemlagen,
- den falschen Störungen
- in den falschen Settings
- mit für sie ungünstigen Therapiemethoden arbeiten und
- zu wenig in der Lage sind, ihre aktuelle Patientenverträglichkeit zu reflektieren.

Literatur

- Angelettie L (2006) When choosing a therapist – caseload is key. BellaOnline's Mental Health Editor
- Botella L, Corbella S, Belles L, Pacheco M, María Gómez A, Herrero O, Ribas E, Pedro N (2008) Predictors of therapeutic outcome and Process. *Psychotherapie Research* 18(5), 535–542

- Czogalik D (1999) Methoden der Psychotherapieforschung – Möglichkeiten und Grenzen. In: Petzold H, Märtens M (Hrsg.) Wege zu effektiven Psychotherapien. Band 1: Psychotherapieforschung und Praxis. 150–174. Leske & Budrich Leverkusen,
- Duncan B, Miller S, Hubble M (2007) How being bad can make you better. *Psychotherapy Networker* Nov/Dec, 36–45, 56–57
- Fonagy P, Roth A (2004) Ein Überblick über die Ergebnissforschung anhand nosologischer Indikationen. Teil 2. *Psychotherapeutenjournal* 3(4), 300–314
- Frohburg I (2008) Therapieabbruch und Therapiewechsel. In: Hermer M, Röhrle B (Hrsg.) Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil. 641–772. DGV Tübingen
- Garfield SL (1994) Research on client variables in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (Hrsg.) Handbook of psychotherapy & behavior change. 190–228. Wiley & Sons New York
- Gigerenzer G, Muir Gray JA (Hrsg.) (2011) Better doctors, better patients, better decisions: Envisioning health care 2020. MIT Press Cambridge, MA
- Hermer M, Röhrle B (Hrsg.) (2008) Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil. DGV Tübingen
- Hannan C, Lambert MJ, Harmon C, Nielsen SL, Smart DW, Shimokawa K, Sutton SW (2005) A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure *Journal of Clinical Psychology* 61, 155–163
- Hatfield D, McCullough S, Frantz SH, Krieger K (2010) Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 17(1), 25–32
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauss B (2008) Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut* 53(1), 4–16
- Kraus DR, Castonguay L, Boswell JF, Nordberg SS, Hayes JA (2011) Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research* 21(3), 267–276
- Lambert MJ (2010) Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice. American Psychological Association Washington, DC
- Leitner A, Märtens M, Koschier A, Gerlich K, Liegl G, Hinterwallner H, Schnyder U (2012) Patients' perceptions of risky developments during psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 42 (in press)
- Lutz W, Kosfelder J, Joermann J (Hrsg.) (2005) Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie: Erkennen – Vermeiden – Vorbeugen. Huber Bern
- Märtens M, Petzold H (2002) Die schwierige Entdeckung von Nebenwirkungen. In: Märtens M, Petzold H (Hrsg.) Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. 15–38. Matthias Grünewald-Verlag Mainz
- Miller SD, Hubble MA, Duncan BL (2007) Supershinks: What's the secret of their success? *Psychotherapy Networker* Nov/Dec, 26–45, 57
- Nolan SA, Strassle CG, Roback HB, Binder JL (2004) Negative treatment effects in dyadic psychotherapy: A focus on prevention and intervention strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy* 34, 311–330
- Okiishi JC, Lambert MJ, Nielsen SL (2003) Waiting for Supershink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10, 361–373
- Pope KS, Tabachnick BG, Keith-Spiegel P (1987) Ethics of practice: The beliefs and behaviors of psychologists as therapists. *American Psychologist* 42, 993–1006
- Reiter M (2011) Lob des Mittelmaßes: Warum wir nicht alle Elite sein müssen. Oekom München
- Vocisano C, Klein DN, Arnow B, Rivera C, Blalock JA, Rothbaum B, Vivian D, Markowitz JC, Kocsis JH, Manber R, Castonguay L, Rush AJ, Borian FE, McCullough JP, Kornstein SG, Riso LP, Thase ME (2004) Therapist variables that predict symptom change in psychotherapy with chronically depressed outpatients. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training* 41(3), 255–265
- Walfish S, McAlister B, O'Donnell P, Lambert M (Submitted for publication) Are all psychotherapists from Lake Wobegon? An investigation of self-assessment bias in mental health providers
- Wampold BE, Brown GS (2005) Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 73(5), 914–923