

Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie
der Freien Universität Berlin

Ein verhängnisvolles Zusammenspiel. Mislungene Psychotherapie aus Klientensicht

Dissertation

zur Erlangung des akademischen Grades

Doktorin der Philosophie (Dr. phil.)

vorgelegt von

Dipl.-Psych.
Annegret Conrad

Berlin, 2009

Erstgutachterin

Prof. Dr. Anna Auckenthaler

Zweitgutachter

Prof. Dr. Dieter Kleiber

Disputation

19. Oktober 2009

Danksagung

Jede wissenschaftliche Arbeit profitiert von den Menschen, die über kurze oder lange Strecken daran teilhaben: Ich danke allen Forschungsteilnehmern, die ihre Therapieerfahrungen zur Verfügung gestellt und mit ihren offenen Auskünften die empirische Grundlage dieser Arbeit mitgestaltet haben. Mein besonderer Dank gilt Anna Auckenthaler für die engagierte und engmaschige Betreuung der Dissertation, Dieter Kleiber als Zweitgutachter sowie Manfred Zaumseil und den Teilnehmern des Doktorandenkolloquiums für wertvolle Anregungen und Diskussionen während des Forschungsprozesses. Ich danke Sabine Wolff für gemeinsam durchlebte Durststrecken und Sternstunden qualitativer Auswertungsarbeit, Andreas Collardin für die professionelle Administration meines Arbeitsgeräts und Katja Rudolph fürs Korrekturlesen. Zutiefst verpflichtet bin ich außerdem dem Evangelischen Studienwerk e.V. Villigst für die großzügige finanzielle und ideelle Förderung meiner Promotion. Darüber hinaus möchte ich allen herzlich danken, die die Erfahrungen dieser Arbeitsphase mit mir geteilt und mich dabei unterstützt haben: meinen Eltern, meinen Freunden, insbesondere Christiane Wotschak, meiner dgvt-Arbeitsgruppe sowie meinen Villigster Mitstipendiaten, die mit den Lebenswelten des Promovierens gut vertraut sind.

Zusammenfassung

In der bisherigen Forschung zu Therapiemisserfolgen wird die Klientenperspektive weitgehend vernachlässigt. Wenig Berücksichtigung finden darin außerdem Aspekte, die Therapien ansatzübergreifend kennzeichnen. Zielstellung der vorliegenden Studie war deshalb zu untersuchen, wie Klienten Therapiemisserfolg erleben und inwieweit ihre Erfahrungen über verschiedene Therapieansätze hinweg vergleichbar sind. Hierzu wurden problemzentrierte Interviews mit 20 Klienten durchgeführt, die eine ambulante Einzeltherapie als misslungen einschätzten. Die Auswertung der Interviewtranskripte erfolgte in Anlehnung an die Forschungsstrategie der Grounded Theory. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die berichteten Therapiemisserfolge unabhängig vom jeweiligen Therapieansatz 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. Implikationen für Forschung und Praxis werden diskutiert.

Schlüsselwörter: Therapiemisserfolge, negative Effekte, Klientenperspektive, Grounded Theory

Abstract

Research on therapeutic failures mostly disregards the clients' perspective. Furthermore, it ignores aspects common to different therapeutic approaches. Therefore, the aim of this study was to explore clients' experiences of failure in psychotherapy, and to find out if they are comparable across therapeutic approaches. Problem focused interviews were conducted with 20 clients who had experienced failures in outpatient settings. Transcripts were analyzed using grounded theory methodology. Results show that failures in individual therapy, regardless of the therapeutic approach, can best be explained by conceptualizing them as a "fatal interplay" among clients' expectancies or individual thought and behaviour patterns and aspects of therapeutic action which prove to be a poor fit for them. Implications for research and practice are discussed.

Keywords: therapeutic failures, negative effects, perspective of clients, grounded theory.

Inhalt

1	EINLEITUNG	7
2	THERAPIEMISSERFOLG: DEFINITIONEN, INDIKATOREN UND ERKLÄRUNGSMODELLE	11
2.1	DEFINITIONEN VON THERAPIEMISSERFOLG	11
2.2	INDIKATOREN VON THERAPIEMISSERFOLG	14
2.3	ERKLÄRUNGSMODELLE FÜR THERAPIEMISSERFOLG.....	18
3	FORSCHUNGSSTAND ZU MISSERFOLGEN IN DER PSYCHOTHERAPIE	20
3.1	FORSCHUNGSERGEBNISSE ZUR HÄUFIGKEIT UND VERBREITUNG VON THERAPIEMISSERFOLG	20
3.2	FORSCHUNGSERGEBNISSE ZU RISIKOFAKTOREN, EINFLUSSFAKTOREN UND PRÄDIKTOREN VON THERAPIEMISSERFOLG	21
3.2.1	<i>Ungünstige Einflüsse und Risiken auf Seiten des Therapeuten.....</i>	23
3.2.2	<i>Ungünstige Einflüsse und Risiken auf Seiten des Klienten.....</i>	28
3.2.3	<i>Der Einfluss der Therapiebeziehung.....</i>	32
3.2.4	<i>Sexueller Missbrauch.....</i>	35
3.2.5	<i>Therapeutische Rahmenbedingungen</i>	36
3.2.6	<i>Bedingungen außerhalb der Therapie</i>	37
3.3	THERAPIEMISSERFOLG AUS KLIENTENSICHT	39
4	THERAPIEMISSERFOLG AUS JURISTISCHER PERSPEKTIVE	41
4.1	KLAGEN GEGEN PSYCHOTHERAPEUTEN	41
4.2	RECHTSGRUNDLAGEN DER HAFTUNG	41
4.3	RECHTSBESTIMMUNGEN IM FALL SEXUELLEN MISSBRAUCHS	44
4.4	SCHWIERIGKEITEN EINES JURISTISCHEN VORGEHENS FÜR KLIENTEN	45
5	PRÄVENTION VON MISSERFOLGEN DURCH QUALITÄTSSICHERUNG	47
5.1	SELEKTIVE STRATEGIEN.....	47
5.2	ADAPTIVE STRATEGIEN	49
6	PSYCHOTHERAPEUTISCHE WIRKFAKTOREN – DER SCHLÜSSEL ZUM ERFOLG?.....	54
6.1	THEORETISCHE MODELLE ZU ALLGEMEINEN WIRKFAKTOREN VON PSYCHOTHERAPIE	54
6.2	ZENTRALE THEMEN UND BEFUNDE DER WIRKFAKTORENFORSCHUNG	56
6.2.1	<i>Die Spezifitätsdebatte.....</i>	57
6.2.2	<i>Die Wirkprinzipien nach Grawe.....</i>	58
6.2.3	<i>Die Veränderung von Bedeutungen.....</i>	59
7	FRAGESTELLUNG.....	62
8	METHODIK.....	64
8.1	FORSCHUNGSANSATZ.....	64
8.1.1	<i>Datenerhebungsverfahren.....</i>	66
8.1.2	<i>Datenauswertungsverfahren</i>	67
8.1.3	<i>Diskursive Validierung</i>	70
8.1.4	<i>Forschungsbezogene Selbstreflexion</i>	70
8.2	GÜTEKRITERIEN ZUR BEWERTUNG DER STUDIE	71
8.3	DOKUMENTATION DES FORSCHUNGSPROZESSES	73
8.3.1	<i>Reflexion des Vorwissens und eigener Positionen zum Forschungsthema.....</i>	73
8.3.2	<i>Konstruktion des Interviewleitfadens</i>	73
8.3.3	<i>Anwerbung der Forschungsteilnehmer und theoretisches Sampling.....</i>	75
8.3.4	<i>Durchführung der Interviews und der schriftlichen Befragungen.....</i>	76
8.3.5	<i>Auswertung der Daten.....</i>	77
9	ERGEBNISSE.....	81
9.1	BESCHREIBUNG DER STUDIENTEILNEHMER.....	81
9.1.1	<i>Demografische Merkmale.....</i>	81
9.1.2	<i>Therapierelevante Daten</i>	81
9.2	DIE SCHLÜSSELKATEGORIE: DAS VERHÄNGNISVOLLE ZUSAMMENSPIEL	87

9.2.1	<i>Datenbelege für die Bestandteile des verhängnisvollen Zusammenspiels</i>	88
9.2.2	<i>Verschiedene Verlaufsformen des verhängnisvollen Zusammenspiels</i>	90
9.3	VERLAUFSFORM UNPRODUKTIVITÄT	92
9.3.1	<i>Entstehungsbedingungen von Unproduktivität</i>	93
9.3.2	<i>Strategien und intervenierende Bedingungen bei Unproduktivität</i>	97
9.3.3	<i>Folgen von Unproduktivität</i>	101
9.4	VERLAUFSFORM DESTRUKTIVITÄT	104
9.4.1	<i>Konstellation Ohnmacht und Auslieferung</i>	104
9.4.2	<i>Entstehungsbedingungen von Ohnmacht und Auslieferung</i>	105
9.4.3	<i>Strategien und intervenierende Bedingungen bei Ohnmacht und Auslieferung</i>	108
9.4.4	<i>Folgen von Ohnmacht und Auslieferung</i>	111
9.4.5	<i>Konstellation Selbsterniedrigung und Herabsetzung</i>	115
9.4.6	<i>Entstehungsbedingungen bei Selbsterniedrigung und Herabsetzung</i>	116
9.4.7	<i>Strategien und intervenierende Bedingungen bei Selbsterniedrigung und Herabsetzung</i>	119
9.4.8	<i>Folgen von Selbsterniedrigung und Herabsetzung</i>	120
9.4.9	<i>Konstellation Zuwendungsbedürfnis und fehlende Resonanz</i>	123
9.4.10	<i>Entstehungsbedingungen von Zuwendungsbedürfnis und fehlender Resonanz</i>	124
9.4.11	<i>Strategien und intervenierende Bedingungen bei Zuwendungsbedürfnis und fehlender Resonanz</i>	126
9.4.12	<i>Folgen von Zuwendungsbedürfnis und fehlender Resonanz</i>	127
9.5	DIE ÜBERGÄNGE VON VEREINZELTEN NEGATIVEN ERLEBNISSEN ZUM SCHEITERN	131
9.5.1	<i>Momente von Kränkung und Verunsicherung</i>	131
9.5.2	<i>Protektive Bedingungen</i>	133
9.6	ZUSAMMENFASSUNG DER ERGEBNISSE: GEGENSTANDSBEGRÜNDETE THEORETISCHE KONZEPTE ZUM SCHEITERN VON PSYCHOTHERAPIE	136
10	DISKUSSION	138
10.1	ANTWORTEN AUF DIE FORSCHUNGSFRAGEN	138
10.1.1	<i>Welche Erfahrungen verbinden Klienten mit Therapiemisserfolg?</i>	138
10.1.2	<i>Welche Schäden sind den Klienten durch die Psychotherapie entstanden?</i>	139
10.1.3	<i>Gibt es ansatzspezifische Unterschiede?</i>	140
10.2	GELTUNGSBESCHRÄNKUNGEN	141
10.2.1	<i>Der Einfluss von Stichprobenmerkmalen auf die Ergebnisse</i>	142
10.2.2	<i>Die Qualität der Daten</i>	144
10.2.3	<i>Die Reichweite der Konzepte</i>	145
10.3	IMPLIKATIONEN FÜR FORSCHUNG UND THEORIEBILDUNG	147
10.3.1	<i>Das Zusammenspiel von Einflussfaktoren</i>	147
10.3.2	<i>Unproduktive Fehlpassungen</i>	147
10.3.3	<i>Destruktivität und unbegriffene Wiederholung</i>	148
10.3.4	<i>Einbettung in schematheoretische Konzepte</i>	149
10.3.5	<i>Eine stärkere Berücksichtigung von Faktoren des Scheiterns</i>	150
10.3.6	<i>Eine relationale Perspektive auf Therapiemisserfolg</i>	150
10.4	IMPLIKATIONEN FÜR DIE PRAXIS: SINNVOLLE MAßNAHMEN ZUR SCHADENSBEGRENZUNG	151
10.4.1	<i>Bessere Passungen ermöglichen</i>	151
10.4.2	<i>Regelmäßig Feedback einholen</i>	153
10.4.3	<i>Mit schwierigen Therapiesituationen flexibel umgehen</i>	154
10.4.4	<i>Externe Korrektive nutzen</i>	156
10.4.5	<i>Aus Fehlern lernen</i>	157
10.5	FAZIT UND AUSBLICK	159
	ZUSAMMENFASSUNG	162
	LITERATUR	164
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	182
	TABELLENVERZEICHNIS	182
	ANHANG	183

1 Einleitung

„Sie hatten Zeit und Geld verloren, manche auch Gesundheit, Arbeit, Freunde und das Vertrauen in jede seriöse Therapie“, heißt es 2006 in der 51. Ausgabe des *Stern* (Dierbach, 2006, S. 64). Die Rede ist von Menschen, die mit psychotherapeutischer Behandlung schlechte Erfahrungen gemacht haben und deren auf wenige bunte Seiten reduzierte Schicksale Leser zu Empörung und Kopfschütteln veranlassen. Dass diese Thematik es sogar aufs Titelblatt geschafft hat (*Wenn Therapeuten krank machen*), spricht für sich. Berichte über Therapiemisserfolg sind nicht mehr nur skandalträchtig, weil sie das „Schlechte im Guten“ entlarven, das Unheil dort aufspüren, wo man es am wenigsten erwartet. Sie verkaufen sich auch besonders gut in einer Zeit, die von immer knapperen Ressourcen im Gesundheitssystem und zunehmendem Verbraucherbewusstsein geprägt ist.

Aber wie schwerwiegend ist diese Problematik nun tatsächlich? Je nach Untersuchung und Definition sind zwischen 5 und 50% aller Therapieklienten¹ von einem Therapiemisserfolg betroffen. Da Risiken nicht nur für die Klienten, sondern auch für ihre Therapeuten bestehen und gegebenenfalls auch Angehörige oder Partner in Mitleidenschaft gezogen werden können, stellt sich die Frage, „ob unter einer globaleren Systemperspektive das Gesamtunternehmen Psychotherapie nicht eher ein Nullsummenspiel, ein ‚Verschiebebahnhof für psychisches Leid‘ ist“ (Kleiber, 1990, S. 54).

Bei genauerer Recherche finden sich in der Geschichte der Psychotherapie und Psychiatrie zudem erschreckende Beispiele für Brutalität, Machtmissbrauch und sexuelle Übergriffe durch Psychotherapeuten. Der ehemalige Psychoanalytiker Jeffrey M. Masson (1988) folgert daraus eine prinzipielle Unfähigkeit von Menschen, langfristig therapeutisch hilfreich zu sein:

Jeder Therapeut, gleichgültig wie freundlich und wohlwollend er in seinem Auftreten und Verhalten auch sein mag, wird früher oder später in dieses Verderben hineingezogen, weil der Berufsstand selbst verdorben ist. Ein Beruf, dessen Existenz vom Elend anderer Menschen abhängt, ist ganz besonders gefährdet. Die treibende Kraft, die hinter der Psychotherapie steht, ist der materielle Gewinn aus dem Leiden anderer Menschen. Historisch gesehen haben die Therapeuten beim Ringen um gesellschaftliche Veränderungen niemals in der vordersten Front gestanden. Es liegt nicht im Interesse ihres Berufs, Verhältnisse zu schaffen, die dazu führen würden, dass sich die Psychotherapie erübrigt. (ebd., S. 300)

Massons Kritik, Psychotherapeuten beschränkten sich zu sehr auf das Innenleben des Menschen und vernachlässigten den Einfluss und die Veränderung realer gesellschaftlicher Lebensbedingungen, hat zum Zeitpunkt ihres Erscheinens sicherlich einen Nerv getroffen und ist nicht folgenlos geblieben. Seine radikale Forderung einer *Abschaffung der Psychotherapie*, da unter ihrem Deckmantel Unrecht geschehen sei, scheint allerdings ebenso kurz gedacht wie die Medizin abschaffen zu wollen, weil es Mediziner waren, die im Dritten Reich an grausamen Menschenversuchen beteiligt waren, oder die Religion abzuschaffen, weil einige sie als Legitimation missbrauchen, um brutale Kriege zu führen.

Der positive Nutzen psychotherapeutischer Behandlung ist eindrücklich belegt: Klienten, die eine Psychotherapie in Anspruch genommen haben, geht es danach im Schnitt besser als 80% derjenigen, die nicht behandelt wurden (Eine solche Erfolgsquote können die wenigsten der medizinischen

¹ Der Lesefreundlichkeit halber wird in dieser Arbeit überwiegend die maskuline Substantivform verwendet. Sofern nicht anderweitig gekennzeichnet, sind damit gleichzeitig Klienten *und Klientinnen*, Therapeuten *und Therapeutinnen* usw. gemeint.

Behandlungen für sich beanspruchen). Da Psychotherapie immer einen Eingriff in komplex organisierte Systeme darstellt, werden sich Fehler oder Misserfolge nicht vollständig vermeiden lassen (vgl. Kleiber, 1990). Gerade deshalb scheint es jedoch sinnvoll, sich mit ihnen auseinanderzusetzen, um zumindest besser damit umgehen zu können.

Regelmäßig wird angemahnt, dass viel zu wenig zu Therapiemisserfolgen geforscht werde, was gemessen an der Publikationsflut zu therapeutischen Erfolgen sicherlich auch berechtigt ist. Doch hat das wissenschaftliche Interesse an den Misserfolgen und negativen Effekten von Psychotherapie gerade in den letzten Jahren deutlich zugenommen. Dass die Auseinandersetzung mit den unerwünschten Wirkungen von Psychotherapie wieder an Bedeutung gewinnt und aktuell vermehrt Einzug hält in Kongressbeiträge und Publikationen, mag auch dem Umstand geschuldet sein, dass der Einfluss von Kostenträgern auf die psychotherapeutische Praxis gestiegen ist und damit auch Fragen der Qualitätssicherung an Bedeutung gewonnen haben. Zudem hat die Neuetablierung der Psychotherapeutenkammern in den letzten Jahren eine Instanz geschaffen, die für die hohe Qualität von Psychotherapie Verantwortung übernimmt. Patientenbeschwerden haben nun zentrale Anlaufstellen und in der 2006 neu verabschiedeten Berufsordnung auch eine Beurteilungsgrundlage.

Statt auf einer Handlungslegitimation durch Wirksamkeitsnachweise auszuruhen, die die positive Effektivität von Psychotherapie belegt haben, geht es in der Forschung nun auch darum, die genaueren Umstände zu beleuchten, die zum Scheitern einer Psychotherapie beitragen. Desweiteren zeichnet sich die Tendenz ab, Ergebnisse zu Therapiemisserfolgen nicht nur zur Kenntnis, sondern auch zum Anlass zu nehmen, psychotherapeutische Verfahren, Ausbildungsinhalte und Richtlinien zu überdenken. Veröffentlichungen befassen sich nun weniger mit der Darstellung von Missständen als vielmehr mit präventiven und korrektiven Lösungsansätzen.

Unzufrieden stellend an der bisherigen Misserfolgsvorschung sind jedoch mindestens zwei Aspekte: Bei einer näheren Durchsicht von Untersuchungen zu Therapiemisserfolgen fällt zum einen auf, dass diese in der Regel aus einer ansatzspezifischen Perspektive bzw. mit Blick auf ein bestimmtes Therapieverfahren² (häufig die Psychoanalyse) durchgeführt wurden. Nach den Ergebnissen der Wirkfaktorenforschung spielen für die Effektivität von Psychotherapie nicht so sehr spezifische Methoden einzelner Therapieverfahren eine Rolle, sondern vielmehr Faktoren, die ansatzübergreifend vorzufinden sind, wie psychotherapeutische Rahmenbedingungen, bestimmte emotionale und kognitive Lernprozesse oder die Therapeut-Klient-Beziehung. Interessant wäre deshalb auch die Frage, ob es ansatzübergreifende Aspekte gibt, die zum Misslingen einer Psychotherapie beitragen.

Zum anderen wurden Kriterien und Beurteilungen von Therapieerfolg oder -misserfolg ebenso wie Fallanalysen bislang fast ausschließlich von Experten formuliert. Die Klienten als unmittelbar am Geschehen Beteiligte kamen dabei nur selten zu Wort. Dies erstaunt angesichts der nunmehr zahlreichen Befunde, wonach subjektive Einschätzungen bestimmter Therapiemerkmale durch Klienten weitaus genauere Prognosen des Therapieerfolgs ermöglichen als dies objektiv erfasste Merkmale tun. Zwar erscheinen des Öfteren Erfahrungsberichte ehemaliger Psychotherapieklienten,

² Die Begriffe Therapieverfahren und Therapieansatz werden im Folgenden gleichbedeutend verwendet.

die Aufschluss geben können über deren subjektive Wahrnehmung ungünstiger Therapieverläufe oder Therapieschäden. Solche Berichte wurden bisher allerdings kaum systematisch ausgewertet und auf strukturelle Gemeinsamkeiten untersucht. Welches Bild ergibt sich, wenn man Klienten befragt, die ihre Therapie als gescheitert betrachten? Entsprechen die von Klienten angeführten Aspekte im Zusammenhang mit negativen Therapieeffekten den bestehenden Expertenannahmen zu Bedingungen und Folgen therapeutischen Scheiterns? Lassen sich aus der Klientenperspektive Einsichten gewinnen, die Psychotherapeuten in Ausbildung und Praxis gewinnbringend nutzen können?

Mein eigenes Forschungsinteresse an Therapiemisserfolgen erwächst aus zwei unterschiedlichen Erfahrungssträngen. Der erste beginnt bei meinem schon zu Studienbeginn gefestigten Entschluss, selbst Psychotherapeutin zu werden. Mit den Jahren ist meine Überzeugung, dass Menschen mit seelischen Problemen durch psychotherapeutische Interventionen wirksam geholfen werden kann, durch eine Reihe von Eindrücken gefestigt worden. Hierzu zählen verschiedene Praktika in psychosozialen Institutionen, positive Erfahrungsberichte therapieerfahrener Menschen in meinem beruflichen und privaten Umfeld, und schließlich eine eigene Begegnung mit Psychotherapie, die ebenso kurz wie hilfreich war. Gleichwohl hat sich mir spätestens mit dem Einstieg in die Praxis ein zweiter Erfahrungsstrang eröffnet, der mir meinen Optimismus zwar nicht hat nehmen können, mich jedoch dazu veranlasst hat, ihn etwas zu präzisieren. Während meiner ersten Berufstätigkeit bei einem Träger der ambulanten Psychiatrie begegnete ich häufig Menschen, die mit Psychotherapie unangenehme Erinnerungen verbanden oder deren Zustand sich während einer Therapie sogar verschlechtert hatte. Je länger ich den Erzählungen dieser Menschen zuhörte, desto mehr begriff ich, wie zerbrechlich und risikobehaftet der Weg ist, den Therapeuten und Klienten gemeinsam zurücklegen. Aus der Beschäftigung mit dieser immer möglichen anderen Seite der Medaille ist schließlich ein Forschungsvorhaben geworden. In erster Linie hoffe ich, daraus zu lernen. Natürlich hoffe ich, dass auch andere davon profitieren, Klienten ebenso wie Therapeuten, und dass ein genaueres Verständnis der Materie helfen kann, psychotherapeutische Praxis an der ein oder anderen Stelle zu optimieren.

Der Theorieteil der Arbeit beginnt im **zweiten Kapitel** mit einer Einführung in verschiedene Definitionen und Indikatoren von Therapiemisserfolg, in deren Anschluss die wenigen zu diesem Thema vorliegenden Erklärungsmodelle dargestellt werden. Das **dritte Kapitel** gibt einen Überblick über den aktuellen Forschungsstand zu Therapiemisserfolgen und negativen Effekten von Psychotherapie. Da Therapiemisserfolge zuweilen auch juristisch bedeutsam sind, befasst sich das **vierte Kapitel** mit dem Prozessieren gegen Psychotherapeuten, den Bedingungen, die formal erfüllt sein müssen, damit eine Klage Aussicht auf Erfolg hat und den Schwierigkeiten, denen Klienten dabei begegnen. Um psychotherapeutische Praxis wirkungsvoller zu gestalten und auf diese Weise das Risiko von Therapiemisserfolgen zu verringern, finden unterschiedliche Qualitätssicherungsmaßnahmen Verwendung, die im **fünften Kapitel** knapp zusammengetragen werden. Auch die Identifikation von Faktoren, die Psychotherapien Wirkung verleihen, erscheint vielversprechend, um das Risiko therapeutischer Misserfolge zu mindern. Das **sechste Kapitel** behandelt deshalb theoretische Modelle und zentrale Forschungsergebnisse der psychotherapeutischen

Wirkfaktorenforschung. Im **siebten Kapitel** werden die wichtigsten Schlussfolgerungen aus dem Theorieteil der Arbeit rekapituliert und die Forschungsfragen daraus abgeleitet.

Der empirische Teil der Arbeit basiert auf einer Interviewstudie mit ehemaligen Therapieklienten, die von zurückliegenden negativen Therapieerfahrungen berichtet haben. Der Forschungsansatz dieser Untersuchung, die verwendeten Methoden und Gütekriterien, an denen sich das Vorgehen orientiert hat, werden im **achten Kapitel** erläutert. Die Darstellung der Untersuchungsergebnisse beginnt im **neunten Kapitel** mit einer Beschreibung der Interviewpartner. Nachfolgend werden die Schlüsselkategorie des *verhängnisvollen Zusammenspiels* und deren verschiedene Verlaufsformen vorgestellt und mit Interviewzitatzen veranschaulicht. Die Diskussion (**zehntes Kapitel**) versucht zu klären, welche Antworten die Ergebnisse auf die ursprünglichen Forschungsfragen liefern und unter welchen Einschränkungen ihnen auch über den Untersuchungskontext hinaus Gültigkeit zukommt. Abschließende Überlegungen befassen sich mit dem Nutzen der entwickelten Konzepte für Forschung und Praxis.

2 Therapiemisserfolg: Definitionen, Indikatoren und Erklärungsmodelle

Was versteht man unter Misserfolg und negativen Effekten in der Psychotherapie? Welche unterschiedlichen Definitionen von Therapiemisserfolg werden in der Forschungsliteratur angeführt, welche Phänomene werden darunter gefasst? Wie erklärt man sich die Entstehung negativer Therapieverläufe? Die Beantwortung dieser und ähnlicher Fragen soll in den folgenden Abschnitten im Mittelpunkt stehen. Es geht hier einerseits darum, ein Grundverständnis für den untersuchten Gegenstand zu vermitteln, andererseits wird deutlich werden, dass bislang keineswegs Einigkeit darüber besteht, was als Therapiemisserfolg zu bezeichnen ist, wer die Verantwortung dafür trägt und wer dazu berechtigt ist, darüber zu urteilen.

2.1 Definitionen von Therapiemisserfolg

Versuche, das Scheitern von Psychotherapie begrifflich festzulegen, sind ähnlich mannigfaltig wie Definitionsansätze zum Thema Therapieerfolg. Es wird dabei auf unterschiedliche Phänomene bzw. unterschiedliche Facetten desselben Phänomens Bezug genommen, sei es vor dem Hintergrund einer bestimmten klinisch-psychologischen Theorie oder auf der Grundlage statistischer Messwerte. Begriffsbestimmungen zum Scheitern von Psychotherapie unterscheiden sich aber auch darin, ob in ihnen eine klare Kausalattribution enthalten ist oder nicht, und wer darin als Urheber des Misserfolgs erscheint.

Aus der Psychoanalyse stammt der Begriff der *negativen therapeutischen Reaktion*, der herangezogen wird, wenn ein Klient „auf jeden scheinbaren Fortschritt in der Therapie anstatt mit der zu erwartenden Besserung seines Zustandes mit einer Verschlechterung reagiert, manchmal bis hin zur völligen Therapieresistenz“ (Kleiber & Kuhr, 1988, S. 63). Die (wenn auch unbewusste) Urheberschaft für das Scheitern der Therapie wird hier vornehmlich dem Klienten zugewiesen, dessen „Therapiewiderstand“ bzw. Zwang zur Wiederholung pathogener Beziehungsmuster eine produktive therapeutische Auseinandersetzung konterkarieren. Auf eine subtilere Art und Weise setzt sich diese Sichtweise durchaus auch außerhalb tiefenpsychologischer Zugänge fort, etwa in der immer wieder bemühten Formulierung der „schwierigen Patientinnen und Patienten, welche potenziell zu einem ungünstigen Therapieverlauf bzw. Therapieabbruch führen“ (Lutz & Grawe, 2005; S. 95).

Andere Forschungsarbeiten nehmen entgegengesetzte Attributionen vor: So prägte Bergin den Begriff des *deterioration effect* (Verschlechterungseffekt). Ausgangspunkt hierfür war der in Gruppenvergleichsstudien häufige Befund, dass die Behandlungsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe eine höhere Varianz in den Outcome-Maßen aufwies, es also nicht allen Klienten nach der Therapie besser ging, sondern einigen sogar schlechter – was wegen des quasiexperimentellen Designs als direkte Auswirkung der Behandlung betrachtet werden musste (vgl. Lambert, Shapiro & Bergin, 1986). Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz (1977) schlugen später vor, den Begriff des *deterioration effect* durch den des *negative effect* zu ersetzen, „because it seems to describe more accurately the problem of patients getting worse as a function of the therapeutic influence, as opposed

to other factors possibly extraneous to psychotherapy“ (ebd., S. 1291; vgl. hierzu auch Märtens & Petzold, 2002; Schulz, 1984).

Um einen kausalen Bezug zwischen Therapie/Therapeut und einer Verschlechterung beim Klienten aus der Definition herauszuhalten, findet auch der Begriff des *negative outcome* Verwendung (Mays & Franks, 1980, 1985). Dieser ist nicht nur auf solche negativen Veränderungen beschränkt, die durch die Therapie verursacht werden, impliziert also auch nicht, dass der Therapeut notwendigerweise für die negative Veränderung verantwortlich ist. Eine solche direkte Ursache-Wirkungsbeziehung, so lässt sich argumentieren, darf schließlich nicht einfach unterstellt, sondern müsste erst gesondert untersucht werden. Eine rein phänomenologische Definition, die Kausalbezüge außen vor lässt, findet sich zum Beispiel bei McLennan (1996): „Therapeutic failure occurs when, within the therapy-appropriate time frame, there is no evidence that the client’s well-being has improved, or there is evidence that the client is worse, in relation to his/her identified difficulties“ (ebd., S. 394).

Wie wird nun der Begriff des Therapiemisserfolgs inhaltlich gefüllt? Häufig wird von negativen Behandlungsergebnissen nicht nur dann gesprochen, wenn sich die Probleme eines Klienten verschärft haben oder neue hinzugekommen sind, sondern auch, wenn sich bei Klienten infolge einer psychotherapeutischen Behandlung keine positiven Effekte zeigen (vgl. Bastine, 1992; Sachs, 1983). Es wird also nicht nur auf eine ungünstige bzw. rückläufige Entwicklung in Richtung noch gravierender Probleme und Störungen beim Klienten Bezug genommen, sondern auch auf das Ausbleiben von Besserung oder Weiterentwicklung in der Psychotherapie. Therapeutische Zielsetzungen dürften sich gemäß dieser Definition nicht darin erschöpfen, einer weiteren Verschlechterung von Symptomen und Problemen vorzubeugen und den Klienten auf einem bestimmten, „ambulant verwaltbaren“, Störungsniveau stabil zu halten (eine Zielsetzung, die in anderen Bereichen des Gesundheitssystems durchaus als legitim gilt).

Mays & Franks (1985) charakterisieren ein negatives Therapieergebnis hingegen als signifikante Verschlechterung in einem oder mehreren Funktionsbereichen des Klienten, die zwischen Therapiebeginn und Therapieende auftritt und für einen bedeutsamen Zeitraum über das Therapieende hinausreicht. Während sich ihre Definition auf bedeutsame *Verschlechterungen* im Zeitrahmen der Therapie beschränkt (Stagnation also nicht einschließt), fügt sie auf der anderen Seite ein wesentliches Bestimmungsstück hinzu: Die Verschlechterungen beim Klienten müssen nach Ende der Therapie anhalten, zumindest lang genug, um gewöhnliche vorübergehende Destabilisierungseffekte im Rahmen einer Psychotherapie (die den Klienten in seiner gewohnten Struktur zeitweise ja immer auch verunsichern *muss*) auszuschließen.

Neben den genannten Definitionen finden sich in der Literatur verschiedene Ansätze, Therapiemisserfolg zu klassifizieren. Märtens & Petzold (2002) unterscheiden etwa:

- 1) Unvorhersehbare Komplikationen, die aber als Möglichkeit bekannt sind (*Risiken*)
- 2) Auf die Behandlung in einer gewissen Häufigkeit direkt zurückzuführende, unerwünschte Phänomene (*Nebenwirkungen*)
- 3) *Wechselwirkungen* mit anderen eingesetzten psychotherapeutischen Methoden bzw. medizinischen oder sozialen Interventionen und Einflüssen aus dem Lebenskontext

4) Durch nicht lege artis durchgeführte Behandlungen verursachte Schäden (*Behandlungsfehler*).

Allerdings ist fraglich, wie diese Phänomene im Bereich der realen Psychotherapie voneinander abgegrenzt werden können. Die Möglichkeit, negative Effekte als „Komplikation“ oder „Nebenwirkung“ einzusortieren, dürfte außerdem dazu geeignet sein, die Aufmerksamkeit von den eigentlichen Akteuren und Rahmenbedingungen der Psychotherapie abzuziehen und erneut auf einem für die Forschung wenig fruchtbaren Boden zu landen, nämlich bei der Medikamentenmetapher für Psychotherapie, der „Pille mit berechenbarem Wirkungs- und Nebenwirkungsspektrum“. Der Begriff der „Wechselwirkung“, gleichwohl in der Medizin gebräuchlich, weitet hier schon etwas mehr den Blick, insofern er verdeutlicht, dass auch Einflüsse außerhalb des engeren Therapiesystems für Erfolg oder Misserfolg bedeutsam sein können.

Pragmatischer scheint der Einteilungsversuch von Jacobi (2002), der eine frühere Klassifikation von Foa & Emmelkamp (1983) erweitert. Therapiemisserfolge werden dabei auch nach *zeitlichen* Gesichtspunkten unterschieden:

- *Misserfolge im Vorfeld der Therapie*: Wenn aufgrund von mangelndem Zugang/unzureichender Versorgungslage erst gar keine Therapie zur Verfügung steht
- *Therapie-Ablehner (refusals)*: Wenn sich Personen während der probatorischen bzw. Vorinformationsphase gegen eine Behandlung entscheiden
- *Abbrecher (drop-outs)*: Wenn eine laufende Therapie frühzeitig beendet wird; andere unterscheiden hier zusätzlich bestimmte Arten von Therapieabbruch, etwa den „heißen Abbruch“ (Abbruch im Zorn), den „kalten Abbruch“ (wiederholtes Wegbleiben von Sitzungen und Kontaktabbruch) und den „bilanzierten Abbruch“ (vorgezogene Beendigung der Therapie, vgl. dazu auch Zarbock, 2004)
- *Nicht-Reagierer (non-responders)*: Wenn Klienten auf eine Therapie nicht ansprechen
- *Verschlechterungen (deterioration effects)*: Wenn sich während der Therapie der Gesundheitszustand eines Klienten verschlechtert und dieser Zustand längerfristig anhält
- *Rückfälle (relapses)*: Wenn die Therapie mit einer bedeutsamen Symptomreduktion beendet wurde, aber kurzfristig (lapse) oder langfristig (relapse) wieder verstärkt Symptome auftreten.

In der vorliegenden Arbeit soll von einem Therapiemisserfolg dann gesprochen werden, wenn im Zeitrahmen der Therapie bzw. unmittelbar in deren Anschluss anhaltende Verschlechterungen eingetreten sind oder wenn für den Klienten keine Besserung/Minderung des Leidensdrucks erreicht werden konnte. Verschlechterung meint dabei eine Zuspitzung bestehender Probleme und Symptome oder das Hinzukommen neuer Probleme und Symptome.

Diese Definition enthält ebenso wie jene von Mays & Franks (1985) und McLennan (1996) keine Kausalattribution. Wenn eine Therapie scheitert, so wird hier zunächst angenommen, dann muss dies nicht unbedingt am (Versagen des) Therapeuten liegen, und ebenso wenig am (schwierigen) Klienten. Außer den beiden Hauptbeteiligten können prinzipiell auch der soziale Kontext des Klienten und Ereignisse außerhalb der Therapie eine Rolle spielen, ebenso engere (z.B. das Therapiesetting

betreffende) wie weitere (z.B. die Kostenerstattung betreffende) therapeutische Rahmenbedingungen sowie Interaktionen aller Akteure und Bedingungen untereinander.

Ein vorzeitiger konflikthafter Therapieabbruch gilt hier nicht als wesentliches Bestimmungsstück des Therapiemisserfolgs, sondern ist eher als dessen Folge aufzufassen (im Sinne eines spezifischen Umgangs des Klienten oder des Therapeuten mit der Situation).

Auch die Verweigerung von Therapie schon im Vorfeld einer Behandlung, eine von Garfield (1980) vorgeschlagene Kategorie des Scheiterns, sowie nach anfänglicher Besserung im Anschluss an die Therapie eingetretene Rückfälle (vgl. Foa & Emmelkamp, 1983), sind in dieser Arbeit nur insoweit von Interesse, wie sie von Klienten als Konsequenz vorangegangener negativer Therapieerfahrungen (z.B. Vertrauensverlust im Bezug auf psychotherapeutische Hilfsangebote) genannt werden.

Eine inhaltliche Einschränkung ergibt sich zudem daraus, dass den negativen Veränderungen beim Klienten nicht grobe ethische Verstöße wie zum Beispiel sexueller Missbrauch oder Ausbeutung durch Therapeuten vorausgegangen sein sollten. Solche Begebenheiten, die bei Klienten fraglos desaströse Wirkungen entfalten können, sind ein Sonderthema, mit dem sich auch die Rechtsprechung auseinandersetzt. Die Schuld ist in diesen Fällen eindeutig den Therapeuten zuzuweisen, denen gesetzlich die Verantwortung obliegt, derlei Grenzüberschreitungen zu unterlassen bzw. abzuwenden, und zwar unabhängig davon, ob ein Klient sich „freiwillig“ darauf eingelassen hat. Dass eine Therapie im Falle solcher massiven Übergriffe gar nicht gelingen *kann*, wird an dieser Stelle und in Kenntnis einschlägiger Forschungsergebnisse (vgl. Kap 3.2.4) vorausgesetzt. Stattdessen soll es um die subtileren und rechtlich schwer zu fassenden Auslöser und Bedingungen therapeutischen Scheiterns gehen, die sich im alltäglichen Wirkungsfeld zwischen Therapeuten, Klienten und umgebenden sozialen sowie institutionellen Bedingungen abspielen.

2.2 Indikatoren von Therapiemisserfolg

Am offensichtlichsten für alle Beteiligten misslingt eine Therapie dann, wenn sich die psychische Problematik eines Klienten deutlich und längerfristig verschlechtert, wenn also die bestehende Symptomatik messbar zunimmt oder neuartige Symptome hinzutreten (vgl. Bergin & Lambert, 1978). Dies kann darin gipfeln, dass der Klient in eine depressive, existentielle oder suizidale Krise gerät, so dass stationäre Behandlungsmaßnahmen erwogen werden müssen. Im psychoanalytischen Wortgebrauch wird eine solche Zuspitzung auch als *maligne Regression* bezeichnet. Die im Rahmen der Therapie gezielt herbeigeführte und für Veränderung in einem gewissen Ausmaß notwendige Regression kann demnach auch eine schädliche Ausprägung annehmen. Dies geschieht etwa, wenn ein Klient aktuellen Lebensbelastungen ausgesetzt ist, die sein Funktionsniveau so sehr schwächen, dass er die durch die Psychoanalyse entstehenden Belastungen (z.B. wegen Konfrontation mit verdrängten psychischen Inhalten oder Verunsicherung) nicht mehr tragen kann und deshalb dekompenziert (vgl. Fäh, 2002).

Ein Therapiemisserfolg ist auch dann gut erkennbar, wenn sich an der bestehenden Problematik des Klienten wider Erwarten nichts ändert, wenn also keine Fortschritte ersichtlich sind oder sich der Klient im Kreise zu drehen scheint. Aus psychoanalytischer Perspektive kann dies zum Beispiel damit

zusammenhängen, dass eine Therapie zum „Befriedigungsinstrument pervertiert“ wird und dadurch letztendlich ich-schwächend und selbstwertschädigend wirkt. Ein Klient gerät dabei in passive Abhängigkeit vom Therapeuten, bezahlt diesen für Zuwendung und Beruhigung und befriedigt eigene Beziehungswünsche, ohne sich inhaltlich wirklich auseinanderzusetzen (ebd.). Aus verhaltenstherapeutischer Sicht würde man hier vielleicht nach einem „sekundären Krankheitsgewinn“ suchen, dem unbewussten lohnenden Aspekt, der eine Symptomatik aufrechterhält. Unabhängig von der jeweiligen theoretischen Ausdeutung lässt sich das Fehlen von Fortschritt bzw. das Verharren auf einem bestimmten Störungsniveau jedoch mithilfe psychometrischer Verfahren recht eindeutig erfassen.

Weniger eindeutig zeigt sich ein Therapiemisserfolg in der Unzufriedenheit und Enttäuschung eines Klienten über seine Therapie oder seinen Therapeuten. Dahingehende Äußerungen von Klienten sollten zwar keinesfalls leichtfertig übergangen, sondern erst einmal ernst genommen werden. Dennoch ist dabei die Möglichkeit im Auge zu behalten, dass ein Klient die psychotherapeutische Behandlung schon mit unrealistischen Ansprüchen oder Erwartungen (etwa, dass der Therapeut einen Freund ersetzen könne) begonnen hat.

Neben einem frühzeitigen Therapieabbruch durch den Klienten oder Therapeuten aufgrund unlösbarer Konflikte oder aussichtslos erscheinender Lage, kann auch übermäßiges Verweilen in der Psychotherapie als Indikator für einen Misserfolg betrachtet werden. Hier liegt nahe, dass in der Therapie nicht genügend Hilfestellung zum eigenständigen Lösen von Problemen geleistet wurde, dass eigene Problemlösekompetenzen durch die Überantwortung der Behandlung an den „Experten“ sogar zerstört wurden und sich auf diese Weise eine Abhängigkeit vom Therapeuten entwickelt hat (vgl. Hadley & Strupp, 1976; Kleiber, 1990). In dem Maße wie der Therapeut diese Abhängigkeit willentlich geschürt hat, ist allerdings auch an materielle Ausbeutung zu denken, da Klienten für mehrjährige Therapien häufig selber aufkommen müssen.

Dass eine Therapie misslungen ist, lässt sich manchmal aber auch an Auswirkungen auf das soziale Umfeld oder weitere Netzwerk des Klienten ablesen. Insbesondere ist von nachteiligen Auswirkungen zu sprechen, wenn ein soziales Gefüge, das für den Klienten elementar wichtig ist, aufgrund der Therapie zusammenbricht oder wenn zwar nicht mehr der Klient leidet, dafür aber Personen im sozialen Umfeld des Klienten zu Leidtragenden werden. So kann ein zu übermäßiger Durchsetzungsfähigkeit therapierter Klient seine Familie tyrannisieren, Freundeskreise können auf Distanz gehen, Eltern wegen erzieherischer Versäumnisse verurteilt und gemieden und partnerschaftliche Beziehungen aufgrund neu entdeckter Selbstverwirklichungsbedürfnisse voreilig beendet werden. Allerdings ist auch hier Vorsicht geboten, zu schnell polar von Erfolg oder Misserfolg zu sprechen; in einigen Fällen erscheint die Auflösung eines allzu problematischen Systems (z.B. einer Missbrauchsfamilie oder einer gewaltbelasteten Ehe) ja durchaus angebracht.

Schließlich kann eine Therapie auch dann negativ bewertet werden, wenn sie ein unausgewogenes Kosten-Nutzen-Verhältnis aufweist (vgl. Märtens & Petzold, 2002). Im Extremfall erzielt eine teure Behandlung keine Besserung beim Klienten und ruiniert ihn zusätzlich finanziell.

Etwas aus der Mode gekommen ist der psychoanalytische Begriff der *Symptomverschiebung*. Dieser verweist auf einen besonderen Fall von Therapiemisserfolg, der theoretisch dadurch

gekennzeichnet ist, dass nach zunächst erfolgreicher Behandlung von Symptomen in einem Bereich neue Symptome in einem anderen Bereich auftreten. Die Verwendung des Begriffs stand in den 50er und 60er Jahren vor allem im Zusammenhang mit Kritik an der aufkommenden Verhaltenstherapie. Zentral war dabei der Vorwurf, dass sie im Gegensatz zur Psychoanalyse nicht die eigentliche Störungsursache behebe, sondern sich nur oberflächlich mit Symptomen befasse, so dass sich die zugrundeliegende Problematik im Anschluss in Form neuer Symptome manifestiere. Da die Empirie hierfür jedoch kaum Anhaltspunkte erbracht hat, gilt die Diskussion um Symptomverschiebung gegenwärtig als überholt (vgl. Jacobi, 2002).

Ob eine Psychotherapie als Misserfolg oder als Erfolg eingeordnet wird, hängt jedoch nicht bloß vom Vorhandensein bestimmter Indikatoren ab, sondern liegt vor allem im Auge des Betrachters. Mit der Aussage: „...There is ultimately no single answer to outcome in psychotherapy“ machen Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz (1977, S. 142) auf den für die Forschung komplizierten Umstand aufmerksam, dass die Beurteilung einer Psychotherapie je nach eingenommener Perspektive unterschiedlich, ja teilweise sogar völlig widersprüchlich ausfallen kann. In Abhängigkeit davon, ob man Klienten, Therapeuten oder zum Beispiel Angehörige befragt, werden unterschiedliche Wirkungen von Therapie gesehen, die Effekte werden unterschiedlich gewichtet und bewertet, in unterschiedliche Begriffe gefasst und unterschiedlich erklärt. Kleiber (1990) weist darauf hin, dass Klienten bei der Beurteilung ihrer Therapieerfahrungen ganz andere Prioritäten setzen als Therapeuten: Konkrete Methoden und Interventionstechniken scheinen für ihre Bewertung der Erfahrungen eher unwesentlich, während Therapeuten diesen traditionell einen großen Stellenwert zuschreiben (Hier ist es allerdings die Klientensicht, die eher im Einklang mit Forschungsbefunden steht: Technikfaktoren erklären demnach nicht mehr als 15% der Ergebnisvarianz). Erschwerend kommt hinzu, dass Bewertungen von Therapie nicht nur über verschiedene Perspektiven variieren, sondern auch im Laufe der Zeit dramatischen Veränderungen unterliegen können.

Wer aber ist am besten geeignet zu bestimmen, ob eine Psychotherapie misslungen ist oder nicht? Verlässt man sich auf die Ergebnisse standardisierter Messinstrumente, setzt man auf Klientenberichte, auf Expertenurteile? Schwierig wird es in jedem Fall dann, wenn verschiedene Beurteilungsperspektiven grundlegend voneinander abweichen. So kann es vorkommen, dass ein standardisiertes Messinstrument bei einem Klienten bedeutsame Symptomverbesserungen anzeigt, während dessen Therapeut das Behandlungsergebnis bei Berücksichtigung verschiedener Funktionsbereiche als definitiven Misserfolg wertet. Auch gibt es Psychotherapieklienten, die seit Jahren mit ihrer Therapie „sehr zufrieden“ sind, wohingegen sich nach Ansicht ihrer sozialen Umgebung bei ihnen nicht das Geringste bewegt hat.

Wenn man sich auf eine Perspektive festlegt, sollte man sich zumindest auch über deren Schwächen im Klaren sein. In einer explorativen Studie von Busch und Lemme (1992) wurden 89 Fragebögen zu therapieschulenspezifischen Einstellungen ausgewertet. Unter anderem fiel dabei die Tendenz auf, dass Therapeuten sich offenbar eher für die Erfolge als für die Misserfolge der von ihnen durchgeführten Psychotherapien verantwortlich fühlten. Ein negatives Therapieergebnis wurde mit nur rund 26% auf das eigene therapeutische Intervenieren zurückgeführt, ein positives Outcome hingegen mit 56%. König-Fuchs (1991) widmet diesem Phänomen sogar eine ganze Dissertation. Der

klassische fundamentale – und selbstwertdienliche – Attributionsfehler ist ihrer Schlussfolgerung zufolge nichts, wovor Therapeuten gefeit wären, ebenso wenig wie ihre Supervisoren und Klienten. Märtens & Petzold (2002) bedauern, dass keine Befunde dazu vorliegen, inwiefern solche überoptimistischen therapeutischen Selbsteinschätzungen auch positive Auswirkungen auf die therapeutische Effektivität haben können: „Vielleicht wirken ja realistische Einschätzungen wie selbsterfüllende Prophezeiungen, die die negativen Ergebnisse produzieren, die sie wahrnehmen, so dass eine realistische Einschätzung der eigenen Einflussmöglichkeiten zu schlechteren therapeutischen Ergebnissen führt und optimistische TherapeutInnen einfach besser sind“ (ebd. S. 20). An anderer Stelle zeigte sich allerdings, dass Therapeuten den Erfolg von Psychotherapien etwas vorsichtiger einschätzten als ihre Klienten. Dies könnte man als therapeutische Bescheidenheit betrachten oder auch als defizitorientierte Haltung, was die Kompetenzen der eigenen Klienten betrifft. Solche impliziten Inkompetenzattributionen seitens der Therapeuten können selbst eine „... ,disabling strategy‘ darstellen, die – insbesondere bei bestimmten Störungsbildern, etwa depressiven Störungen schon den Rang einer ‚Nebenwirkung‘ haben kann“ (ebd., S. 20).

Was die Beurteilung durch Klienten betrifft, wird immer wieder die Gefahr störungsbedingter überhöhter Ansprüche und Erwartungen zu bedenken gegeben, die letztendlich zu verzerrten Schilderungen führen können. Auch störungstypische Attribuierungsstile, sei es nun die selbstwertdienliche Leugnung eigener Verantwortlichkeit oder die autodestruktive Tendenz, sich für Alles und Jedes die Schuld aufzuladen, sind als objektivitätsmindernde Umstände anzusehen.

Dennoch gibt es gute Gründe, die dafür sprechen, die Perspektive von Klienten in der Psychotherapieforschung stärker zu berücksichtigen. Ihre Einschätzung von Aspekten der Therapiebeziehung weist zum Beispiel einen stärkeren Zusammenhang zum Therapieergebnis auf als Einschätzungen, die aus anderen Perspektiven vorgenommen werden (Miller et al., 2000; Orlinsky et al., 1994, 2004).

Trotz der gegebenen und teils erheblichen Divergenz der verschiedenen Perspektiven geht ein Konsens dahin, dass alle ihre Berechtigung haben und entsprechend in den Evaluationsprozess einbezogen werden sollten. Strupp et al. (1977; 1996) unterscheiden in ihrem *tripartite model* drei Instanzen, die an der Evaluation von Therapieergebnissen beteiligt sein sollen, nämlich Gesellschaft, Klient und Therapeut (orig. „mental health professional“). Während für die Gesellschaft vor allem jene Aspekte psychischer Gesundheit von Interesse sind, die der Aufrechterhaltung der sozialen Ordnung, sozialer Beziehungen und Institutionen dienen (*adaptive behavior*), beurteilt der individuelle Klient seine psychische Gesundheit im Sinne subjektiven Wohlbefindens (*sense of well-being*). Der Therapeut wiederum macht den Gesundheitszustand seines Klienten an Kriterien fest, die über soziale Anpassung und subjektives Wohlbefinden hinausreichen; sie basieren in der Regel auf bestimmten theoretischen Vorstellungen darüber, was unter einer „gesunden“ Persönlichkeitsstruktur zu verstehen ist (*personality structure*). Alle drei Hauptaspekte individuellen Funktionierens sollten nach Strupp et al. (1977; 1996) gleichzeitig bewertet werden, um zu einer umfassenden Beurteilung des Therapieoutcomes zu gelangen.

2.3 Erklärungsmodelle für Therapiemisserfolg

Bisher gibt es ausgesprochen wenige Modelle, die erklären, wie es zu negativen Therapieergebnissen kommt und welche Bedingungen für einen ungünstigen Therapieverlauf ausschlaggebend sind.

Ein Versuch, einen generellen Erklärungsansatz für Therapieerfolg und –misserfolg aufzustellen, der experimentell prüfbar ist, stammt von Eysenck (vgl. Mays & Franks, 1985). In seinem lerntheoretischen Modell geht er davon aus, dass neurotische Störungen über Pawlowsche Konditionierung entstehen und entsprechend in der Behandlung durch Löschung zu beheben sind. Beim Vorgang der Löschung sind nach Eysenck zwei Parameter von Bedeutung, deren Ausprägung darüber entscheidet, wie das Therapieergebnis ausfällt: 1. Die Stärke der konditionierten Reaktion (CR; z.B. Angstsymptome) muss unterhalb eines kritischen Punktes liegen, und 2. die Präsentationsdauer des unverstärkten konditionierten Stimulus (CS; z.B. Verbleiben in der angstausslösenden Situation) muss lang genug sein, damit eine Löschung tatsächlich stattfindet und es nicht zu einem Inkubationseffekt (Verstärkung der Angstreaktion) kommt.

Nach Eysenck lässt sich dieses Prinzip auch in anderen Therapieansätzen, wie etwa der Rational-Emotiven Therapie von Ellis und der Klientenzentrierten Therapie von Rogers, finden:

In both cases what happens is that the patient is exposed, in imagination and through a process of talking, to the feared objects or situations, thus being forced to expose himself to the unreinforced CS, which, being in a relatively weak form, prevents from producing CRs above the critical point. The presence of the therapist encouraging the patient and generally serving to relax him acts as an additional variable reducing the strength of the CR in these situations. (ebd., S. 272)

Während die verhaltenstherapeutische Praxis von Eysencks Modell im Einzelnen durchaus profitiert haben dürfte, hat es bei Vertretern anderer Therapieansätze offenbar nur wenig Anklang gefunden. Ein Grund dafür liegt sicherlich darin, dass Eysenck das Erleben von Therapeut und Klient sowie Vorgänge auf kognitiver Ebene als „Epiphänomene“ betrachtet, sie also im Bezug auf Theoriebildung für irrelevant hält.

Erklärungsmodelle, die sich explizit mit dem Scheitern von Therapien befassen, haben in jüngerer Zeit McLennan (1996) und Omer (2000) vorgelegt. McLennan (1996) entwirft auf der Grundlage eines Reviews der Misserfolgsliteratur ein ansatzübergreifendes Modell therapeutischen Versagens, in welchem er annimmt: „The basic cause of therapeutic failure is a mismatch between the client's therapeutic needs and what is provided by the therapist“ (ebd., S.394). Als unmittelbar misserfolgsrelevant betrachtet er negative Erlebnisinhalte auf Seiten des Klienten, die durch bestimmte Verhaltensweisen des Therapeuten hervorgerufen werden, nämlich einerseits das Gefühl, angegriffen zu werden („when the client feels criticized, humiliated, intruded upon“, ebd., S. 394f), und andererseits das Gefühl, vernachlässigt zu werden („when the client feels abandoned, ignored, overlooked, dismissed, or misunderstood“, ebd., S.395).

Zu einem solchen Missverhältnis können nach McLennan (1996) verschiedene Faktoren beitragen: Auf Klientenseite geht es hier zum einen um die Ausprägung der psychischen Störung, wie sie sich insbesondere in der Beziehungsfähigkeit des Klienten ausdrückt, die therapeutisches Lernen überhaupt erst ermöglicht. Zum anderen sind permanente störende Einflüsse in der Lebenssituation

des Klienten (etwa durch wichtige Bezugspersonen) oder Rahmenaspekte der Therapie (z.B. Kosten, Sitzungsdichte, Anfahrt) relevant, die den therapeutischen Prozess behindern. Auf Therapeutenseite nennt McLennan (1996) Faktoren allgemeiner therapeutischer Inkompetenz wie mangelnde therapeutische Beziehungsfähigkeit, eine rigide Erwartungshaltung gegenüber dem Klienten oder ein begrenztes Repertoire an Therapietechniken. Darüber hinaus führt er therapeutische Mängel an, die sich in der Konstellation mit einem bestimmten Klienten ergeben, dadurch nämlich, dass der Therapeut eigenen Präferenzen folgt, die an den Bedürfnissen des Klienten vorbeigehen. Dies betrifft etwa einen mehr oder weniger starken Ausdruck von Gefühlen oder die Fähigkeit, unangemessene und anti-therapeutische Verhaltensweisen zu zügeln, die durch Charakteristika des Klienten provoziert werden. Aus seiner Theorie zieht McLennan (1996) Schlussfolgerungen für Ausbildung und Praxis, die insgesamt gewährleisten sollen, dass sich angehende Therapeuten flexibler auf die Bedürfnisse verschiedener Klienten einstellen können.

Omer (2000) beschreibt in seinem *pluralist model for the analysis and resolution of therapeutic impasse*, drei Hauptwege zu einem Therapiemisserfolg:

- *Hopeless narratives*: Die Geschichte des Klienten und seiner Schwierigkeiten wird in der Therapie so erzählt bzw. ausgelegt, dass eine Änderung hoffnungslos erscheint³.
- *Failing strategies*: Das therapeutische Vorgehen schlägt fehl. Zum Beispiel bringt ein Therapeut Übertragungsdeutungen ein, durch die ein Klient durchweg verärgert und blockiert wird. Manchmal opponieren Klienten deutlich gegen einen vom Therapeuten eingeschlagenen Weg; manchmal arbeiten sie mit scheinbar ungebrochener Aktivität mit, aber es verändert sich nichts.
- *Negative interactions*: Die therapeutische Beziehung verfängt sich in negativen Interaktionsmustern. Dies ist etwa der Fall, wenn der Therapeut immer optimistischer wird, der Klient im Gegenzug jedoch immer pessimistischer. Solche Muster führen entweder zu einem heftigen Abbruch oder zu übermäßig lang währenden Behandlungen, die die Probleme des Klienten zu stabilisieren scheinen.

Diese drei Wege beschreibt Omer (2000) als in einer Art Teufelskreis eng miteinander verknüpft. So kann ein Therapeut, der sich mit einem Klienten in einem negativen Interaktionsmuster befindet, den Klienten mit der Zeit weniger sympathisch finden und deswegen eine Erzählung über ihn formulieren, aus der der Klient als „vollkommen beziehungsgestört“ hervorgeht. Dieser hoffnungslosen Erzählung folgend könnte der Therapeut sich auch dazu veranlasst sehen, nichts auf die Kritik des Klienten zu geben und stattdessen an seinem eigenen Vorgehen festzuhalten, was den Ärger des Klienten und damit auch die negative Interaktion in der Therapie weiter verstärken würde usw. Um derartige Verstrickungen aufzulösen, schlägt Omer vor, das bisherige Therapiegesehen im Hinblick auf die drei genannten Aspekte zu analysieren und nach produktiveren Alternativen zu suchen.

³ Omer führt hierfür das Beispiel eines Kindertherapeuten an, der die Eltern eines Kindes als „zu wahrer Liebe unfähig“ beschreibt und damit zu einer Geschichte beiträgt, in der das Kind zurückgewiesen werden muss, die Eltern als aussichtslose Fälle aufgegeben werden, und die Therapie dazu verdammt ist, in eine Sackgasse aus Bemitleitung und Widerstand zu führen.

3 Forschungsstand zu Misserfolgen in der Psychotherapie

Die Anzahl von Misserfolgen in der Psychotherapie steigt schon deshalb an, weil immer mehr Menschen Psychotherapie in Anspruch nehmen. Dennoch überwiegen „einseitige positive Darstellungen des Nutzens und der Leistungsfähigkeit von Psychotherapie“ (Kleiber, 1990, S.44).

Zweifelsohne ist Misserfolg in der Psychotherapie ein Thema, das lange Zeit hinter den vielseitigen Bestrebungen, die Wirksamkeit psychotherapeutischer Verfahren zu belegen, zurückgestanden hat. Die vergleichsweise geringe Anzahl von Studien wurde und wird in der Literatur allerdings so häufig moniert, dass dabei fast aus dem Blick gerät, dass es in diesem Bereich doch auch immer wieder Forschungsbemühungen gegeben hat. Für Reinecker (2005) gehört es jedenfalls „zu einem Reifezeichen der Psychotherapie und der Psychotherapieforschung, dass dieses Thema seit ca. zwei Jahrzehnten ernsthaft behandelt wird“ (ebd. S. 726).

Die in den folgenden Abschnitten angeführten Forschungsergebnisse beziehen sich vornehmlich auf den Bereich der ambulanten Einzeltherapie. Befunde zu gruppentherapeutischen Verfahren und Mehrpersonensettings wie Familientherapie und Paartherapie können im Weiteren nicht detailliert berücksichtigt werden (vgl. dazu Strauß & Eckert, 2002). Gleiches gilt für Risiken und Nebenwirkungen, die sich aus der oft schwierigen Arbeit mit Klienten für *Therapeuten* ergeben (z.B. Burnout). Einen Überblick hierzu geben Fengler (2002) sowie Giese & Kleiber (1989).

3.1 Forschungsergebnisse zur Häufigkeit und Verbreitung von Therapiemisserfolg

Indirekten Aufschluss über die Verbreitung therapeutischer Misserfolge gaben unter anderem Effektivitätsstudien, bei deren Auswertung deutlich wurde, dass nicht alle Klienten gleichermaßen von einer Behandlung profitierten. Bereits Anfang der 60er Jahre wies Bergin an 30 solcher Studien das Phänomen der Varianzerweiterung nach: Die Ergebniswerte der Behandlungsgruppe zeigten im Vergleich zur unbehandelten Kontrollgruppe eine vergrößerte Streuung, die dadurch zustande kam, dass sich trotz im Durchschnitt verbesserter Mittelwerte die Werte von geschätzten 10% der Klienten verschlechtert hatten. Dieser *deterioration effect* konnte für eine Vielzahl von Klientenpopulationen (ebenso leicht wie schwerer beeinträchtigte), Therapeutengruppen (z.B. unerfahrene Studenten, erfahrene niedergelassene Therapeuten), Modalitäten (Einzeltherapie ebenso wie Gruppen-, Ehe- und Familientherapie) und in verschiedenen Therapieverfahren nachgewiesen werden: „There is evidence of client worsening within all the major therapy systems, including behavioral, humanistic, psychoanalytic, and cognitive approaches“ (Bergin & Lambert, 1978, S. 156). Neben dem Phänomen der Varianzerweiterung sind aber auch unveränderte Mittelwerte oder die Einengung der Varianz als statistische Hinweise auf ausbleibende bzw. negative Therapieeffekte zu werten (vgl. Lambert et al., 1986).

Eine klare Aussage darüber zu treffen, wie häufig negative Therapieeffekte oder Misserfolge in der Praxis auftreten, ist nicht ohne Weiteres möglich. Ganz allgemein wird eine solche Aussage dadurch erschwert, dass der Prozentsatz negativer Veränderungen oder „spontaner“

Verschlechterungen (analog zur „Spontanremission“) in Gruppen ohne Behandlung nie bestimmt worden ist; es gibt also keinen Vergleichsmaßstab, zu dem Verschlechterungsraten in Gruppen mit Behandlung ins Verhältnis gesetzt werden könnten (vgl. Märtens & Petzold, 2002). Stattdessen finden Strategien der Prozess-Erfolgs-Forschung Verwendung, wobei in Behandlungs- und Kontrollgruppen bestimmte Verlaufsp Parameter variiert und später zum jeweiligen Therapieergebnis in Beziehung gesetzt werden.

In der aktuellen Auflage von Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change fassen Lambert & Ogles (2004) die Befundlage so zusammen: „Psychotherapy can and does harm a portion of those it is intended to help. A relatively consistent portion of individuals (5 to 10%) deteriorate while participating in treatment“ (ebd., S. 157-158). Anderen Überblicksarbeiten zufolge erzielen zusätzlich 15 bis 25% der Klienten keinen messbaren Erfolg durch eine Therapie (vgl. Mohr, 1995). Im Einzelnen unterliegen die Forschungsergebnisse in Abhängigkeit der herangezogenen Kriterien, der untersuchten Klientengruppen und der einbezogenen Perspektiven allerdings starken Schwankungen. So kamen z.B. Buckley et al. (1981), die Interviews mit therapieerfahrenen Psychotherapeuten führten, zu einer Misserfolgsrate von über 20 Prozent. Und Laireiter (2003) fand für Lehrtherapien in der Psychotherapieausbildung sogar bei 50% der Befragten negative Effekte.

Nach Reinecker (2005) müssten Erfolgs- bzw. Misserfolgsquoten generell getrennt für verschiedene Störungsbilder bestimmt werden, denn bei Patienten mit Angst- und Panikstörungen seien „höhere Effektivitätswerte zu erwarten als bei Patienten mit Zwangsstörungen oder bei Patienten mit Abhängigkeiten“ (ebd., S. 731).

Dass negative Therapieeffekte auch aus Sicht erfahrener Psychotherapeuten und Forscher ein nicht zu vernachlässigendes Problem darstellen, zeigen die Expertenbefragungen von Pope et al. (1988) sowie Strupp & Hadley (1976). Letztere erbrachte auf die Frage „Is there a problem of negative effects in psychotherapy?“ ein klares Ja von Seiten der 70 teilnehmenden Therapieforscher und Therapeuten.

3.2 Forschungsergebnisse zu Risikofaktoren, Einflussfaktoren und Prädiktoren von Therapiemisserfolg

Ausgangspunkt von Überlegungen, wie sich die Qualität psychotherapeutischer Behandlung langfristig verbessern lässt, sind häufig Fragen der (Kontra)Indikation und Selektion. Man folgt hier der bekannten Spezifitätsannahme, dass für einen Klienten mit einer bestimmten Störung ein bestimmtes Therapieverfahren, durchgeführt unter bestimmten Rahmenbedingungen, am effektivsten sei. Impulsgebend für diese Ausrichtung der Indikationsforschung war Kieslers Gitter-Modell (Kiesler, 1966), mit dem ein neues Paradigma, nämlich das der *differentiellen Psychotherapieforschung*, begründet werden sollte. Zwar wurde diesem Forschungsansatz nachgesagt, er habe kaum handlungsrelevantes Wissen hervorgebracht und sich nur geringfügig auf die therapeutische Praxis ausgewirkt (Schulz, 1984). In jüngerer Zeit gewinnen differentielle Fragestellungen jedoch wieder mehr an Bedeutung, etwa in Forschungsarbeiten zu Monitoring- und Rückmeldesystemen im Rahmen einer patientenorientierten Psychotherapieforschung (vgl. Lutz, Tholen & Kosfelder, 2005).

Die Ergebnisse der Indikationsforschung sollen dazu beitragen, künftig möglichst Erfolg versprechende Zuordnungen von Therapieverfahren/ Therapeuten zu Klienten/ bestimmten Störungsbildern treffen zu können und ungünstige Passungen zu verhindern. Man sucht deshalb nach Therapeuten-, Klienten- und Interventionsmerkmalen, die mit dem Therapieergebnis korrelieren und sich als Prädiktorvariablen für positives oder negatives Outcome eignen. Je nach theoretischer Orientierung lassen sich dabei sehr unterschiedliche Faktoren postulieren und belegen.

Die von Kiesler (1966) ebenfalls propagierte kombinierte *Prozess-Erfolgsforschung* ermöglicht es, Prozess- und Veränderungsaspekte während der Therapie mit dem Therapieoutcome in Beziehung zu setzen. Typisch ist eine Mehrfacherhebung von Prozessvariablen wie Beziehungsfaktoren oder verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen und deren Korrelation mit Erfolgsmaßen, die direkt nach Ende der Therapie sowie langfristig im Follow-up erhoben werden. Ebenso wie Studien dieses Typs zur Aufklärung der Frage beitragen, welche Faktoren in der Psychotherapie überhaupt die entscheidenden Wirkgrößen sind, können sie auch Aufschluss darüber geben, welche Faktoren sich in der Psychotherapie – generell oder wenn zu hoch bzw. niedrig „dosiert“ – negativ auswirken können (ein Beispiel für dieses Vorgehen ist die weiter unten beschriebene Studie von Sachs, 1983).

Das Thema Misserfolg wird vielfach auch von Psychotherapeuten aufgegriffen, die in retrospektiven Analysen, Diskussionen und Erfahrungsberichten eigene oder eigens untersuchte gescheiterte Fälle darstellen und darüber reflektieren, was dort im Einzelnen zum Scheitern beigetragen hat und was eventuell hätte besser laufen können. Die Profession aus Fehlern lernen zu lassen, ist das hierbei meist genannte Motiv (siehe auch Coleman, 1985; Matthies, Schulze & Siewert, 1985). Bekannte Beispiele sind Strupps Einzelfallanalysen aus dem Vanderbilt II Psychotherapieprojekt, etwa der Fall der „Helen R.“ (Strupp, 1990), die ihre Therapie – abweichend vom positiven Befund objektiver Messinstrumente – selbst negativ bewertete, und der Fall des „Jack M.“ (Strupp et al., 1992), der seine Therapie frühzeitig beendete. Besonderes Augenmerk liegt in diesen Studien auf der Therapeut-Klient-Interaktion bzw. der mehr oder weniger gelungenen Herstellung einer tragfähigen *working alliance* (Arbeitsbeziehung).

In den anschließenden Unterkapiteln werden Variablen angeführt, für die in der Psychotherapieforschung ein Zusammenhang mit negativen Therapieverläufen und -ergebnissen gefunden wurde. Es soll hier jedoch gleich vorangestellt werden, dass die vorgenommene Einteilung in die verschiedenen Faktorenklassen nicht unbedingt logisch zwingend ist. Einige Variablen scheinen eher zwischen zwei oder mehreren Faktorenklassen zu liegen. Auch ist häufig schwer auszumachen, ob ein negativer Einfluss ursprünglich eher vom Therapeuten oder eher vom Klienten ausgeht (vgl. auch Norcross, 2002).

Komplizierend kommt hinzu, dass Klientenmerkmale und Therapeutenmerkmale im Verhältnis zum Therapieprozess und -ergebnis als Prädiktoren, Moderator- oder Mediatorvariablen fungieren können (vgl. Clarkin & Levy, 2004). *Prädiktoren* können eine abhängige Variable, z.B. das Therapieergebnis voraussagen. Zimmer (1996) nimmt hier Bezug auf Studien zur Ehe-therapie, in denen Probleme bei der Terminvereinbarung, Unpünktlichkeit und Widerwillen, Fragebögen auszufüllen zu Therapiebeginn prädiktiv für einen späteren Therapieabbruch waren. Zwei Drittel der späteren Abbrecher zeigten diese Verhaltensweisen. Allerdings traten sie auch bei einem Drittel der

erfolgreich Behandelten auf, weshalb Zimmer zu Recht darauf hinweist, dass negative Prädiktoren immer nur Alarmsignale darstellen: „Sie sollten aber Therapeuten nicht vorzeitig resignieren lassen und nicht zur Selektion von Patienten führen“ (ebd., S. 207). Während eine *Moderatorvariable* als dritte Variable den Zusammenhang zwischen zwei anderen Variablen beeinflusst, steht eine *Mediatorvariable* als dritte Variable zwischen unabhängiger Variable (UV) und abhängiger Variable (AV), d.h. die UV wirkt auf die Mediatorvariable, und diese wirkt wiederum auf die AV. So könnte etwa die Empathie des Therapeuten (UV) nur deshalb mit einem positiven Therapieergebnis (AV) zusammenhängen, weil sie die Selbstöffnung des Klienten fördert (Mediator), die dann wiederum das positive Endergebnis bewirkt.

Weitere Probleme der Forschung betreffen die bereits angesprochene niedrige Korrelation zwischen verschiedenen Perspektiven und Messverfahren, die Vielschichtigkeit und Widersprüchlichkeit von Erfolgsmaßen sowie die Abhängigkeit der Ergebnisse vom Zeitpunkt der Messung (vgl. Kazdin, 1985).

Die folgende Darstellung ist nicht nach Therapieverfahren geordnet, sondern dient als Zusammenschau von Ergebnissen über unterschiedliche theoretische Orientierungen hinweg. Einen aktuellen Überblick über die ansatzspezifische Auseinandersetzung mit Schäden und Nebenwirkungen aus der Perspektive der Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie, integrativen Therapie und Familientherapie geben Märtens & Petzold (2002) (s. auch Auckenthaler, 1989, für Risiken der Klientenzentrierten Psychotherapie; Bents, Frank & Rey, 1996, sowie Lutz, Kosfelder & Joormann, 2005, für Misserfolge in der Verhaltenstherapie spezifischer Störungen; Kniskern & Gurman, 1985, für Verschlechterungseffekte in Ehe- und Familientherapie).

3.2.1 Ungünstige Einflüsse und Risiken auf Seiten des Therapeuten

Psychotherapeuten werden in der Diskussion um mögliche Einflussfaktoren negativer Therapieverläufe gleich doppelt zum Thema: Zum einen in ihrer Rolle als Therapeuten, als Akteure mit bestimmtem Auftrag, spezifischer Ausbildung, Erfahrung und Kompetenzen; zum anderen als „gewöhnliche“ Menschen mit Persönlichkeit, bestimmten Einstellungen und Verhaltenstendenzen. Diese unterscheidende Betrachtungsweise ist natürlich etwas künstlich, denn das professionelle Handeln eines Therapeuten wird von seiner Persönlichkeit immer in besonderer Weise geprägt.

3.2.1.1 *Professionelle Merkmale*

Professionelle Merkmale, deren Einfluss häufig untersucht wurde, sind die *Berufszugehörigkeit* eines Therapeuten, seine *Ausbildungsdauer* und das *Ausmaß seiner praktischen Erfahrungen*. Jedoch fanden hier nur wenige Studien direkte Effekte auf das Therapieergebnis (vgl. Beutler et al. 2004).

Auch die früher verbreitete Annahme, dass verschiedene *Therapieverfahren* beziehungsweise *theoretisch abgeleitete Techniken* unterschiedlich effektiv seien und dementsprechend auch unterschiedliche Verschlechterungsraten bei Klienten aufweisen müssten (berücksichtigt waren hier etwa

das verhaltenstherapeutische Flooding oder das aversive Konditionieren), hat sich nicht eindeutig bestätigt (Lambert, Hawkins & Hatfield, 2002). Mohr (1995) nennt als Ausnahme die Gestalttherapie, bei der der Anteil an Verschlechterungen etwas höher liegt als bei anderen Verfahren. Prinzipiell erscheint die Variable der theoretischen Orientierung eines Therapeuten aber schon deshalb wenig geeignet, Unterschiede in der Effektivität zu erklären, weil sie kaum etwas darüber aussagt, was Therapeuten in der Praxis tatsächlich tun. Bekanntermaßen tendieren sie mit zunehmender Berufserfahrung dazu, ihre therapeutische Sichtweise zu erweitern, indem sie Orientierungen oder Techniken aus anderen Schulen übernehmen. Die insgesamt gemischten Ergebnisse zur theoretischen Orientierung und theoretisch abgeleiteten Techniken weisen eher auf spezifische ungünstige Interaktionen zwischen bestimmten Verfahrensweisen und Klientencharakteristika hin, die in Einzelfällen zur Formulierung von Kontraindikationskriterien geführt haben. Ob einsichtsorientierte oder symptomfokussierte Ansätze wirksamer sind, scheint zum Beispiel vom Copingstil eines Klienten abzuhängen. So profitieren selbstreflektierte, introvertierte und introspektive Klienten mehr von einsichtsorientierten Verfahren, während impulsive, aggressive und wenig kontrollierte Klienten mit symptomfokussierten Verfahren besser beraten sind (Beutler et al, 2004).

Abgesehen von solchen spezifischen Interaktionen scheint es im Allgemeinen nicht so sehr darauf anzukommen, welche Techniken ein Therapeut einsetzt, sondern *wie gut er diese Techniken beherrscht* (vgl. Lutz & Grawe, 2005; Mohr, 1995). Sachs (1983) untersuchte Prozessaspekte, die für das Ge- bzw. Misslingen von Psychotherapie maßgeblich sind, wobei sich Fehler als entscheidend erwiesen, die mit Unterschieden in der Kompetenz des Therapeuten und seiner Fähigkeit, verbale Techniken anzuwenden, zu tun hatten. Kennzeichnend für negative Verläufe war außerdem das Unvermögen des Therapeuten, eine Sitzung zu strukturieren und einen passenden thematischen Fokus zu finden. Darüber hinaus können Interventionen schädlich sein, wenn sie undurchdacht oder an falscher Stelle angesetzt werden. Sachs (1983) nennt hier zeitlich oder inhaltlich unpassende Deutungen, und Young (1991) verweist auf die mitunter verheerende Wirkung der Dekonstruktion von Selbst- und Fremdbildern innerhalb eines Familiensystems, wenn nicht gleichzeitig deren haltgebende Funktion im Auge behalten wird. Auch ein übermäßiger Einsatz von Übertragungsdeutungen hat sich in Studien als riskant für den Therapieerfolg herausgestellt (vgl. Mohr, 1995), wobei neuere Forschungsbefunde nahelegen, dass dabei näher differenziert werden muss: Negative Auswirkungen auf das Therapieergebnis traten hier vor allem bei Klienten auf, die weniger stark beeinträchtigt waren, während Klienten mit mehr Beziehungsproblemen und höherer symptomatischer Belastung von Übertragungsdeutungen durchaus zu profitieren schienen (Høglend, Johansson, Marble, Bøgwald & Amlo, 2007).

Der *Einsatz von Manualen* wurde ursprünglich als Möglichkeit gesehen, therapeutische Prozesse so weit zu kontrollieren und standardisieren, dass der Einfluss von Therapeutenvariablen weitestmöglich ausgeschlossen werden kann. Wie sich zeigte, ist hierdurch der Einfluss des individuellen Therapeuten jedoch keineswegs abzustellen, sondern der Spielraum bleibt offenbar groß genug, um beeindruckende Effektivitätsunterschiede zwischen einzelnen Therapeuten zuzulassen. Darüber hinaus weisen einige Studien darauf hin, dass die Qualität der Behandlung durch Manuale nicht unbedingt verbessert wird. Die strikte Orientierung an einem bestimmten Behandlungsprozedere

kann ganz im Gegenteil der Entwicklung einer guten Arbeitsbeziehung wie auch einem positiven Therapieergebnis sogar abträglich sein (Beutler et al, 2004).

Wie wichtig das „Wie“ des therapeutischen Vorgehens ist, zeigt sich auch in Forschungsergebnissen zur *Direktivität* von Therapeuten. Die Befunde widersprechen sich teilweise und zeigen eine große Variabilität, was den Einfluss einer Moderatorvariablen nahelegt. Studien, die die Direktivität des Therapeuten in Abhängigkeit von Klientenmerkmalen untersuchten, fanden dementsprechend auch, dass die Abwehr des Klienten („defensiveness“) hier eine entscheidende Rolle spielt: Ist sie stark ausgeprägt, erweist sich eine direktive Haltung als ungünstig; umgekehrt ist bei Klienten mit geringer Abwehrhaltung ein direktives Vorgehen vorteilhaft (ebd.).

Die Notwendigkeit, beim therapeutischen Handeln nicht nur auf allgemeine Grundsätze zu bauen, sondern sich vielmehr *flexibel auf den individuellen Klienten einzustellen*, wird durch eine Studie von Bugental (1988) bestätigt. Er präsentiert eine Reihe eigener Fälle, bei deren Therapie er seinem eigenen Eindruck nach gescheitert ist und zieht daraus den Schluss: „Most frequently this outcome appears to occur when the therapist fails to invest as fully as the client needs“ (ebd., S. 532). Dies kann je nach Klient und Situation ganz Unterschiedliches bedeuten. Als Beispiele nennt Bugental u.a. das Zurückschrecken vor einer notwendigen Konfrontation, weil der Therapeut Ärger und Enttäuschung des Klienten fürchtet, oder das vorschnelle Stoppen von Übertragungsentwicklungen aufgrund eigenen Unbehagens. Neben dem Versäumnis, das persönliche Engagement und Vorgehen am Bedarf des Klienten auszurichten, sieht Bugental eine zweite Misserfolgsquelle in der Objektivierung des Klienten („objectification of the client“). Auch hier nimmt der Therapeut nicht sein individuelles Gegenüber wahr, sondern behandelt den Klienten eher schablonenhaft als Repräsentant einer bestimmten Störungskategorie: „When our patients bring their living being to us and we treat them as less than that – as symptoms, types, habits, problems, diagnostic categories“ (ebd., S. 534). Abgesehen davon, dass sich dies häufig negativ auf die Therapeut-Klient-Beziehung auswirkt, kann es aber auch das therapeutische Vorgehen in unangemessene Bahnen lenken und auf diesem Wege den Therapieerfolg gefährden. Friedmann, Procci & Fenn (1980) haben untersucht, wie bestimmte *Erwartungshaltungen* auf Therapeutenseite zu Beginn der Therapie die gesundheitliche Entwicklung von Klienten negativ beeinflussen können. Sie zeigen anhand von Fallberichten über Klienten, die als schizophran diagnostiziert wurden, dass die Gleichsetzung von Diagnose und ungünstiger Prognose („no hope for recovery“) mit einem negativen Therapieergebnis verbunden war. Eine erneute und optimistischere Einstufung der Klienten, die ein anderes Vorgehen ermöglichte, führte hingegen zu positiveren Behandlungseffekten.

Andererseits hat sich gezeigt, dass es ebenso ungünstig für das Therapieergebnis ist, wenn der Therapeut den *Schweregrad der Problematik des Klienten unterschätzt* (vgl. Mohr, 1995). Ein Beispiel dafür wäre etwa, wenn einer Klientin aufgrund ihrer Symptome voreilig eine Essstörung oder soziale Phobie diagnostiziert wird, eine dahinterliegende Borderlineproblematik aber übersehen wird, so dass die Klientin letztlich nicht die Therapie erhält, die sie benötigt.

3.2.1.2 Personbezogene Merkmale und Persönlichkeitsmerkmale von Therapeuten

Zu den personbezogenen Merkmalen, die sich wider Erwarten als nicht bedeutsam für das Therapieoutcome erwiesen haben, gehören *Alter* und *Geschlecht* des Therapeuten. Auch die Hypothese, dass gemeinsam geteilte kulturelle Werte in der Therapie wichtig seien und deshalb die *ethnische Zugehörigkeit* des Therapeuten eine Rolle spielen müsse, entbehrt bisher ausreichender empirischer Belege; ebenso gibt es nur wenige Anhaltspunkte dafür, dass *generelle Werthaltungen, Einstellungen und religiöser Glaube* des Therapeuten einen negativen Einfluss ausüben können. Allerdings scheinen ganz bestimmte „*kulturelle*“ *Einstellungen*, etwa die Haltung des Therapeuten im Bezug auf Gender, Bisexualität und Homosexualität bisweilen von Bedeutung zu sein. Zumindest zeigen Befunde in diesem Bereich, dass für Klienten, die den betreffenden Gruppen angehören, Therapeuten weniger hilfreich sind, die ihrer Lebensweise gegenüber Vorbehalte haben (vgl. Beutler et al. 2004; Israel, Gorcheva, Burnes & Walther, 2008).

Wenngleich frühe Versuche, *allgemeine Persönlichkeitsdimensionen* mit dem Therapieergebnis zu korrelieren, vielversprechende Befunde erbrachten, fielen spätere Kreuzvalidierungen enttäuschend aus. Die Verwendung *spezifischer Persönlichkeitsmaße* brachte hier konsistentere Zusammenhänge zutage, etwa den Befund, dass sich *Dogmatismus* und *Dominanz* des Therapeuten negativ auf das Therapieergebnis auswirken – vermutlich deshalb, weil sie die Therapeutenflexibilität ungünstig beeinflussen (vgl. Beutler et al. 2004). Binder & Binder (1991) zeigen unter Rückgriff auf Erfahrungen prominenter Schizophrenietherapeuten sowie auf Untersuchungsergebnisse über Zusammenhänge zwischen Therapiewirksamkeit und Therapeutenpersönlichkeit, dass sich dominantes Verhalten und das Ausspielen eigener Stärke und Macht insbesondere in der Behandlung als schizophren diagnostizierter Klienten ungünstig auswirkt: Es verstärke bei den Klienten Ohnmachtsgefühle, wodurch sich eine den schizophrenen Störungen „inhärente Macht-Ohnmacht-Problematik“ weiter zuspitze.

Ricks (1974) befasste sich in einer Langzeitstudie mit der Entwicklung emotional gestörter jugendlicher Straftäter, von denen einige im Erwachsenenalter als schizophren diagnostiziert wurden. In dieser Stichprobe untersuchte er die durch zwei gegensätzliche Therapeuten bewirkten positiven und negativen Veränderungen. Er fand heraus, dass der weniger effektive Therapeut sich von dem erfolgreichen darin unterschied, dass er vor den Störungsmanifestationen der schwerer beeinträchtigten Klienten Angst zu haben schien und sich eher von ihnen zurückzog, während der erfolgreichere Therapeut gerade hier seinen zeitlichen Einsatz verstärkte, Ressourcen mobilisierte und die Klienten zum Problemlösen im Alltag anleitete. Zudem wurde deutlich, dass ihn die besonders aussichtslos erscheinenden Fälle deprimierten und er damit Gefühle von Sinnlosigkeit und Zurückweisung bei seinen Klienten noch verstärkte. Auch diese Ergebnisse unterstreichen die Rolle von Persönlichkeit, aber auch von Gegenübertragung im therapeutischen Handeln, also den Gefühlen, die ein Klient beim Therapeuten auslöst und über deren Herkunft und Bedeutung sich der Therapeut idealerweise im Klaren sein sollte. Insbesondere eine *negative Gegenübertragung* scheint regelhaft mit einem ungünstigen Therapieverlauf verknüpft (vgl. Mohr, 1995).

Auch das Vorherrschen starker therapiefremder, etwa *sexueller Motive* bei einem Psychotherapeuten muss als hinderlich betrachtet werden; systematische Studien sind in diesem Bereich jedoch verständlicherweise nur schwer möglich (zu den Folgen sexuellen Missbrauchs in der Psychotherapie vgl. Kap 3.2.4).

Wenig erstaunlich ist, dass die Dimension "*burnout vs. emotional well-being*" des Therapeuten für den Behandlungserfolg eine Rolle spielt. Höhere Ausprägungen auf Burnoutmaßen korrelieren negativ mit dem selbstberichteten Therapieoutcome, also: Je ausgebrannter ein Therapeut ist, desto schlechter fällt das Ergebnis für den Klienten aus (vgl. Beutler et al. 2004).

Vor dem Hintergrund der zahlreichen Befunde zur entscheidenden Bedeutung der Therapiebeziehung für das Therapieergebnis scheint es logisch, dass sich ein *ungünstiger Beziehungsstil* des Therapeuten negativ im Therapieverlauf niederschlägt. Schlechte Therapieergebnisse werden nach Beutler et al. (2004) vor allem dann erzielt, wenn Therapeuten in der Beziehung zum Klienten ein Verhaltensmuster zeigen, in welchem Feindseligkeit stark ausgeprägt, Wohlwollen und positive Einstellung hingegen nur in geringem Ausmaß vorhanden sind, und wo die Klienten dies mit Selbstkritik beantworten (Dominanz-Submissions-Muster).

Die Variable ungünstiger Beziehungsstil ist ein weiteres Beispiel dafür, wie schwierig die Zuordnung zu verschiedenen Faktorenklassen sein kann. Sie könnte als Ausdruck einer bestimmten Therapeutenpersönlichkeit betrachtet werden, aber auch als Merkmal der therapeutischen Beziehung, wenn man sie wie im obigen Beispiel im Zusammenhang mit den Reaktionen des Klienten sieht. Eine weitere Möglichkeit bestünde darin, einen ungünstigen Beziehungsstil als mangelnde Beherrschung von Techniken zu fassen. Arbeiten der Berner Forschungsgruppe (vgl. Caspar, 2008; Grawe, 1992) unterstreichen nämlich die Notwendigkeit, in der Therapieausbildung nicht nur die Umsetzung der Rogerschen Basisvariablen (Empathie, unbedingte positive Wertschätzung, Echtheit) zu trainieren, sondern Therapeuten in Ausbildung gezielt daraufhin zu schulen, ihre Therapiebeziehungen komplementär zu gestalten. Ein Therapeut soll sich hierbei genau überlegen, auf welche positiven Wünsche bzw. Grundbedürfnisse des Klienten er in der Therapie besonders eingehen will, damit die Therapiebeziehung für diesen zu einem befriedigenden Nährboden persönlicher Entwicklung werden kann. Der Beziehungsstil des Therapeuten wäre in diesem Sinne also Teil eines geplanten therapeutischen Vorgehens, und er wäre nur insofern als günstig oder ungünstig zu betrachten wie er an den Bedürfnissen eines bestimmten Klienten ausgerichtet ist oder ihnen entgegenläuft.

3.2.1.3 Weitere Einflussfaktoren auf Therapeutenseite

Neben den genannten Variablen, für die ein Zusammenhang zu negativen Therapieergebnissen belegt werden konnte, gibt es noch eine Reihe weiterer Aspekte, die in der Literatur diskutiert werden. Ein großer Teil dieser Diskussion bezieht sich auf die Charakterisierung therapeutischer *Behandlungsfehler* oder *Fehlhaltungen*, von denen man annimmt, dass sie sich ungünstig auf das Therapiegeschehen auswirken (vgl. dazu Märtens & Petzold, 2002; Sponsel, 1997; Zimmer, 1996).

Auf eine Fehlerquelle, die im Zuge von Globalisierung und Zuwanderung zunehmend an Bedeutung gewinnen dürfte, machen Tsui et al. (1985) aufmerksam, nämlich auf das *Unvermögen* eines Therapeuten (aufgrund fehlender Erfahrung oder mangelnden Wissens), *sich auf einen*

andersartigen kulturellen Hintergrund von Klienten einzustellen. Die Autoren zeigen dies am Beispiel asiatischer Klienten, deren Therapie besonders hohe Dropout-Raten aufweist. Als Grund hierfür betrachten sie die mangelnde Berücksichtigung zentraler kultureller Werte in der Behandlung, wie etwa den im Vergleich zu westlichen Kulturen stärker reglementierten Verhaltenskodex, was die Expression von Gefühlen betrifft, die größere Bedeutung familiärer Bindungen oder einen allgemein größeren Respekt vor Autoritäten, der sich zum Beispiel darin äußert, dass die Klienten vom Therapeuten Ratschläge erwarten.

Psychoanalytisch orientierte Diskussionsbeiträge befassen sich vor allem mit therapeutischen Fehlhaltungen, die aus der Persönlichkeit des Therapeuten, aus Gegenübertragung oder mangelnder Selbstreflexion resultieren (zu mangelnder Selbstreflexion vgl. Brühlmann-Jecklin, 2002; zum Einfluss narzisstischer Motive vgl. Fäh, 2002; Schmidt-Lellek, 2002; zum Einfluss von Traumata im Leben des Analytikers vgl. Gabbard, 2007).

Eine nicht zu unterschätzende Fehlerquelle dürfte darüber hinaus auch die von Duncan, Hubble & Miller (1998) beschriebene *theoriegeleitete Gegenübertragung* sein. Diese findet statt, wenn sich das theoretische Wissen eines Therapeuten darüber, welche Gegenübertragungsgefühle bei einem bestimmten Störungsbild typisch sind (z.B. Angst vor Aggression und Gefühle äußerster Anstrengung bei Borderlinestörung) im Sinne einer selbsterfüllenden Prophezeiung auswirkt.

3.2.2 Ungünstige Einflüsse und Risiken auf Seiten des Klienten

Der Beitrag des Klienten zu einem negativen Therapieergebnis wurde weitaus häufiger untersucht als der des Therapeuten. Die Identifikation von Klientenmerkmalen, die prädiktiv für ein negatives Therapieergebnis sind, dient u.a. der Formulierung von Kontraindikationskriterien für bestimmte therapeutische Verfahren oder Methoden. Angesichts der Vielfalt von Variablen, für die in Untersuchungen ein Zusammenhang mit negativem Outcome nachgewiesen werden konnte, und im Hinblick auf die in einigen Bereichen ausgeprägte Widersprüchlichkeit von Befunden scheint es jedoch fraglich, ob sich das Ziel Misserfolgsraten zu reduzieren auf dem Wege empirisch basierter Selektions- oder Zuordnungsverfahren erreichen lässt. Längst geht es nicht mehr bloß darum, für eine bestimmte Diagnose das am besten geeignete Verfahren auszuwählen, sondern die Frage der Passung und differentiellen Indikation bezieht sich auf immer feinkörnigere Kriterien. So haben sich ganz bestimmte therapeutische Vorgehensweisen jeweils für verschiedene Bewältigungsstile, Persönlichkeitsmerkmale oder Symptome als besonders vielversprechend bzw. ungünstig herausgestellt.

3.2.2.1 *Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung*

Ergebnisse der Wirksamkeitsforschung belegen einen Zusammenhang zwischen dem *Schweregrad der Symptomatik* und einem negativen Therapieergebnis. So ist zum Beispiel das „allgemeine Funktionsniveau“ eines Klienten, das im DSM-IV auf Achse V angegeben wird, mit der Behandlungsprognose bei Depression, Bulimia nervosa, Zwangsstörungen und Abhängigkeiten negativ korreliert (Bergin & Lambert, 1978; Clarkin & Levy, 2004). Auch in einer Langzeitstudie zur

kognitiven Verhaltenstherapie bei Panikstörungen (Brown & Barlow, 1995) zeigte sich bei hohem Schweregrad der Symptomatik langfristig eine nur mäßige Effektivität der Therapie und nachfolgender Interventionen. Schweregrad der Störung und Diagnose weisen jedoch insbesondere dann einen Zusammenhang zu negativen Effekten auf, wenn therapeutische Techniken eingesetzt werden, die darauf abzielen, gewohnte Bewältigungsstrategien oder Abwehrmechanismen zu durchbrechen, was vor allem in psychodynamischen Therapien der Fall ist (Märtens & Petzold, 2002).

Bei Klienten, deren Psychotherapie problematisch verläuft, kommen bestimmte *Diagnosen* besonders häufig vor. Dazu gehören psychotische Episoden (Fairweather et al., 1960; Feighner, Brown & Oliver, 1973), Schizophrenie (Bergin & Lambert, 1978; Berzins, Bednar & Severy, 1975), bipolare affektive Störung (Gitlin, Swendsen, Heller & Hammen, 1995; Goldberg, Harrow & Grossmann, 1995; Keck et al., 1998), Zwangsstörung (Clarkin & Levy, 2004) und chronische Depression (Zimmer & Brömer, 1992).

Ein hohes Risiko für Dropout sowohl in stationärer als auch in ambulanter Behandlung haben auch Klienten mit der Diagnose einer Persönlichkeitsstörung. Auf Anteile an Persönlichkeitsstörungen deuten u.a. ein früher Beginn der Symptomatik, ein chronischer Verlauf und eine große Anzahl an Vorbehandlungen hin. Hier sind in der Regel eine längere Therapiedauer und größere Anstrengungen für Therapeuten zu erwarten (McGinn, Young & Sanderson, 1995, Zimmer, 1996) Die Dropoutraten liegen in diesem Bereich zwischen 42% und 67% (Clarkin & Levy, 2004). Vor allem sind in der Behandlung von Klienten mit einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) erhöhte Misserfolgsraten zu verzeichnen (vgl. Bergin & Lambert, 1978; Stone, 1985). Über verschiedene Achse-I-Störungen hinweg (wie Depression, Phobie, Zwangsstörung) werden Behandlungseffekte außerdem dann negativ beeinflusst, wenn eine Komorbidität mit einer Persönlichkeitsstörung vorliegt, wobei eine BPS wiederum besonders unvorteilhaft erscheint (Clarkin & Levy, 2004).

Lincoln et al. (2005) untersuchten Prädiktoren von Therapieabbruch vs. –erfolg bei 287 Klienten mit sozialer Phobie, die ambulant behandelt wurden. Als voraussagekräftig erwies sich hier u.a. auch die *generelle Komorbidität*: Klienten, die eine Behandlung nach der Diagnostik, während der Vorbereitungsphase oder mitten in der Therapie abbrechen, hatten eine größere Anzahl zusätzlicher Diagnosen.

3.2.2.2 Personbezogene Merkmale und Persönlichkeitsmerkmale von Klienten

Alter und *Geschlecht* von Klienten spielen Forschungsergebnissen zufolge keine große Rolle, wenn es um Therapieabbruch geht. In Studien haben sich jedoch andere Variablen als relevant erwiesen, wie ein *niedriger sozioökonomischer Status*, die *Zugehörigkeit zu einer ethnischen Minderheit* (in den USA z.B. „Latino“ oder „African-american“) und *negative Einstellungen gegenüber dem Therapeuten oder psychosozialer Behandlung im Allgemeinen*.

Auch *überhöhte oder „inkongruente“ Erwartungen* an die Therapie standen im Verdacht, mit negativen Outcomes assoziiert zu sein. Allerdings weisen Befunde hier eher in die Richtung, dass die Erwartungen einen Einfluss auf die Behandlungsdauer haben, weniger jedoch auf das Therapieergebnis (Clarkin & Levy, 2004).

Der *familiäre Status* von Klienten scheint im Hinblick auf Therapiemisserfolg bisweilen ebenfalls bedeutsam zu sein, jedoch sind die Ergebnisse hierzu widersprüchlich. Kordy et al. (1983) untersuchten im Rahmen des Heidelberger Follow-up Projekts Daten von 100 kombiniert stationär-ambulant Therapien, welche nach dem Erstkontakt, zu Therapiebeginn und direkt nach der Behandlung aus der Sicht von Therapeuten, Patienten und unabhängigen Experten erhoben worden waren. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass solche Patienten ein höheres Misserfolgsrisiko hatten, die u.a. weiblich, über 29 Jahre alt und ohne feste Partnerschaft waren. In der o.g. Studie von Lincoln et al. (2005) wiesen die Befunde allerdings in die entgegengesetzte Richtung: Abbrecher waren dort häufiger verheiratet oder in Partnerschaft als Nichtabbrecher.

Außerdem scheint eine *Vorgeschichte sexuellen Missbrauchs* mit erhöhten Misserfolgsraten verknüpft: In einer Studie mit bulimischen Klientinnen gaben 71% der Frauen mit negativem Behandlungsergebnis an, als Kind sexuell missbraucht worden zu sein, was nahelegt, dass die posttraumatische Situation in die Therapie einbezogen werden muss (Clarkin & Levy, 2004).

Zu den *Persönlichkeitsmerkmalen*, die bei psychoanalytischer Behandlung als hauptsächliche Kontraindikation gelten und auch einen Zusammenhang zu negativem Outcome aufweisen, zählt die „*Ich-Schwäche*“ bzw. ein geringes Ausmaß von „*Ich-Stärke*“ eines Klienten (vgl. Bergin & Lambert, 1978; Kernberg, 1973; Kordy et al., 1983). Ob die Ich-Stärke bestimmte Aspekte des Therapieprozesses beeinflusst, etwa die Bildung der Therapiebeziehung oder die Fähigkeit, Einsicht zu erlangen, oder ob sie einen direkten Einfluss auf das Therapieergebnis hat, steht jedoch offen. (Clarkin & Levy, 2004).

Auch eine *niedrige Frustrationstoleranz und Therapiemotivation* des Klienten zu Beginn der Behandlung sowie *mangelnde Introspektionsfähigkeit* und *mangelnde Bereitschaft, persönliche Defizite wahrzunehmen*, haben sich in Studien als nachteilig herausgestellt (vgl. Bergin & Lambert, 1978; Frayn, 1992; Horowitz, 1974; Strupp, 1980 a, b, c, d). Selbstredend ist auch der *Widerstand* eines Klienten mit einer schlechten Behandlungsprognose verbunden (Clarkin & Levy, 2004).

Die Art des Therapieendes (Beendigung im Einvernehmen vs. frühzeitiger Abbruch durch den Klienten) ließen sich in einer Studie von Hopwood, Ambwani & Morey (2007) durch das Ausmaß der *Zugänglichkeit (amenability)* des Klienten für Therapie voraussagen, dies jedoch nur, wenn die Klienten zur Behandlung hoch motiviert waren. Als Faktoren, die bei frühem Therapieabbruch von Borderlineklienten eine Rolle spielen, ließen sich *junges Alter* und hoch ausgeprägte *Feindseligkeit* zu Beginn der Therapie identifizieren. Abbrecher unterschieden sich zudem von Nichtabbrechern in ihren *Antworten im Rohrschach-Test*. Während die Nichtabbrecher eher Annäherungs-Themen vorbrachten, zeichneten sich die Abbrecher durch einen Überhang an narzisstischen Themen aus (Clarkin & Levy, 2004).

Risikofaktoren werden immer häufiger auch mit der Zielstellung erforscht, Interventionen besser auf bestimmte Klientengruppen abzustimmen, deren Behandlung sich wiederholt als schwierig erwiesen hat. Beispielhaft hierfür ist eine Studie von Rey et al. (1994a), die als Einfluss- und Prädiktorvariablen für Therapieerfolg bzw. -misserfolg (Rückfallrisiko) bei der Behandlung schizophrener Klienten unterschiedliche *Copingstile bzw. -strategien* untersuchte. Ein deutlicher Zusammenhang ergab sich hierbei zwischen der Art der Krankheitsbewältigung (aktive Problemlöser

vs. Vermeider) und dem Zeitintervall zwischen der Entlassung aus der Klinik und einer erneuten Episode mit Positivsymptomatik. Die Gruppe der Klienten, die ausschließlich Vermeidungsstrategien einsetzten, zeigte fünf Jahre nach der Ersterkrankung signifikant mehr Negativsymptomatik, ein höheres Ausmaß an Anhedonie und mehr allgemeine Psychopathologie als die Gruppe der aktiven Problemlöser. Die Autoren schlagen deshalb vor, verhaltenstherapeutische Programme zur Schizophreniebehandlung durch ein Training zum Erwerb aktiver Problemlösestrategien zu ergänzen.

3.2.2.3 Mangelnde Beziehungsfähigkeit

Einer der am häufigsten untersuchten Einflussfaktoren für das Therapieoutcome ist die *Beziehungsfähigkeit* des Klienten. Wie sich herausgestellt hat, tragen „interaktionell schwierige“ Klienten, also solche, die auch in ihren sozialen Beziehungen außerhalb der Therapie große Probleme haben, im Durchschnitt ein höheres Misserfolgsrisiko (vgl. Bergin & Lambert, 1978; Lutz & Grawe, 2005; Mohr et al, 1990; Thormählen, Weinryb, Norén, Vinnars & Bågedahl-Strindlund, 2003). Die Beziehungsfähigkeit wird dabei nicht immer gleich konzeptualisiert, sondern zum Beispiel einmal als „Qualität der Objektbeziehungen“, einmal als Bindungsmuster im Sinne von Bowlby. Die Befundlage ist außerdem uneindeutig, denn nicht immer brechen diejenigen Klienten die Therapie frühzeitig ab, deren Beziehungen auch außerhalb der Therapie gestört sind. Eine mögliche Begründung hierfür könnte sein:

Clients with disturbed interpersonal functioning are nevertheless so dependent and needy of interpersonal relationships that they continue to stay in therapy despite problems expressing their needs and difficulties in their personal relationships. Correspondingly, those who drop out prematurely may do so because they have lower needs for closeness and intimacy, regardless of whether or not they have better overall interpersonal relationships or are better at denying interpersonal conflicts. (Clarkin & Levy, 2004, S. 208)

Abgesehen von den genannten Merkmalen, gibt es Verhaltensweisen von Klienten, die Therapeuten besondere Schwierigkeiten bereiten. Um solche Verhaltensweisen zu identifizieren, erstellte eine Gruppe von erfahrenen Therapeuten in einer Studie von Plutchik et al. (1994) eine Liste von 52 „critical incidents“, definiert als „unusual or infrequent events that create difficult problems for the therapist“ (ebd., S.77). Die Liste wurde anschließend als Fragebogen 21 erfahrenen Psychiatern vorgelegt, die die aufgeführten Ereignisse nach der Häufigkeit ihres Auftretens in der Praxis und dem Ausmaß ihrer negativen Auswirkungen auf den Therapieverlauf einschätzten. Die drei im Durchschnitt als am wichtigsten eingeschätzten Ereignisse waren: „Patient threatens therapist physically“, „Patient threatens suicide“ und „Patient has seen a second therapist and reveals it“ (ebd., S.80).

3.2.2.4 Weitere Einflussfaktoren auf Klientenseite

Zu weiteren Einflussfaktoren und Risiken für Klienten, die in der Literatur Erwähnung finden, bisher jedoch nicht systematisch erforscht wurden, gehört u.a. die *erhöhte „Folgebereitschaft“* von Therapieklienten. Das geringe Selbstwertgefühl und die verzweifelnde Lage vieler Klienten führen nämlich häufig dazu, dass sie in bedingungslosem Vertrauen gegenüber dem Therapeuten Dinge unhinterfragt und protestlos hinnehmen, so dass sie schnell in eine Lage geraten können, in der sie mehr mit sich machen lassen, als ihnen gut tut (vgl. Kleiber, 1990).

Im Widerspruch zu anderslautenden Befunden (vgl. oben) wird auch argumentiert, dass das *Geschlecht* in der Psychotherapie sehr wohl einen Risikofaktor darstelle. Frauen seien in der psychosozialen Versorgung allgemein in größerer (im ambulanten Bereich sogar etwa doppelter) Zahl vorzufinden als Männer und fielen somit den dort bestehenden Risiken und schädigenden Einflüssen, vor allem sexuellen Übergriffen und Missbrauch, häufiger zum Opfer. Problematisch sei außerdem, dass mit vorliegenden Missbrauchserfahrungen von Klientinnen meist nicht angemessen umgegangen werde (vgl. Franke, 1989).

Desweiteren sind vier Phänomene zu nennen, die in der Psychoanalyse als Risiken gelten, da sie dem Ziel der Behandlung entgegenlaufen, Einsicht und Veränderung herbeizuführen. Sie werden an dieser Stelle angeführt, da sie in der psychoanalytischen Theorie mit der Pathologie des Klienten in Verbindung gebracht werden. Eines dieser Phänomene ist die bereits in Kap. 2.1. beschriebene *negative therapeutische Reaktion*, bei der der Patient sich aus einem schlechten Gewissen heraus gewissermaßen selbst verbietet, gesund zu werden und sich stattdessen auferlegt, weiter krank zu bleiben, um unbewusste Schuld abzutragen. Die Ursache hierfür wird in einem besonders sadistischen Über-Ich und masochistischen Ich verortet. Ein weiterer ungünstiger Vorgang ist das sog. *Ausagieren*: Statt die eigene schwierige Lage auf dem Wege innerer Auseinandersetzung, Einsicht und Veränderung anzugehen, versucht der Patient ihr zu entrinnen, indem er so wie immer handelt. Beispielsweise fängt ein Alkoholiker wieder an zu trinken, wenn er in der Psychoanalyse mit schmerzhaften Gefühlen konfrontiert wird, was die Behandlung wiederum blockiert. Hierin drückt sich der analytischen Theorie zufolge eine mangelnde Frustrationstoleranz aus. Ein mögliches Hindernis stellt ferner die *Umkehr der Perspektive* dar, bei der der Patient den therapeutischen Kontrakt unbewusst ablehnt. Gleichwohl eine Übereinstimmung von Therapeut und Klient vordergründig zu bestehen scheint, versteht der Klient den Therapeuten nicht und widersetzt sich heimlich dessen Deutungsangeboten. In Zusammenhang gebracht wird dies mit einem „psychotischen Kern“ in der Persönlichkeit des Klienten bzw. mit pathologischem Narzissmus. Als Folge einer versteckten passiven Haltung des Klienten kann es außerdem zu einer *Sackgasse (impasse)* kommen, d.h. die analytische Arbeit stagniert, und es findet keine Veränderung statt. Zwar läuft die Behandlung; der Patient nutzt sie aber gerade dazu, *nichts* zu ändern und seine unglückliche Situation stabil zu halten (vgl. Fäh, 2002).

3.2.3 Der Einfluss der Therapiebeziehung

Im Bezug auf die Interaktionsebene wird bei negativen Therapieverläufen allgemein von problematischen, nicht tragfähigen Therapeut-Klient-Beziehungen ausgegangen. Grund hierfür kann eine von vorn herein *ungünstige Passung von Therapeut und Klient* sein (vgl. Kriz, 2005). In Studien hat sich zum Beispiel herausgestellt, dass therapeutische Dyaden, in denen Therapeut und Klient einen ähnlichen Sozialstatus und ähnliche Interessen haben, Erfolg versprechender sind als andere. Auch gibt es Befunde dazu, dass Frauen besser mit Frauen arbeiten, während das Geschlecht des Therapeuten für männliche Klienten keine so große Rolle zu spielen scheint. Entscheidend für die Identifikation und Vorhersage ungünstiger Therapieverläufe ist zudem eine *mangelnde*

Übereinstimmung von Klient und Therapeut über den Therapieprozess (Lutz & Grawe, 2005; Mohr, 1995).

Die *Qualität der therapeutischen Beziehung*, bewertet aus der Perspektive des Therapeuten, des Klienten oder der eines unabhängigen Beobachters, gehört zu den am weitesten akzeptierten und konsistent als signifikant bestätigten Korrelaten therapeutischer Wirksamkeit.

Während nach Schätzungen von Lambert et al. (1992) 30% der Outcomevarianz auf den Einfluss der therapeutischen Beziehungsqualität zurückgehen, weisen neuere metaanalytische Befunde allerdings darauf hin, dass der Anteil der hierauf zurückzuführenden Ergebnisvarianz weitaus geringer ist, nämlich nur etwa 7 bis 17%. Im Einzelfall ist die Größe des Einflusses aber wiederum abhängig davon, wie die Beziehungsqualität gemessen wird. Allgemeinere und diffuse Erfolgsindikatoren scheinen mehr von Beziehungsfaktoren abhängig als spezifischere Erfolgsmaße. Die berichteten Zusammenhänge in Metaanalysen sind dementsprechend sehr variabel (zwischen $r = .04$ bis $r = .78$) (vgl. Beutler et al. 2004).

Schon die Bewertung der Therapiebeziehung in den ersten Sitzungen ist aufschlussreich für den späteren Therapieerfolg: Wird sie als problematisch eingeschätzt, ist ein späterer Therapieabbruch wahrscheinlicher als im Fall einer positiven Bewertung (vgl. Samstag, Batchelder, Muran, Safran & Winston, 1998). Auch ließ sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer geringen Beziehungsqualität und Indikatoren für einen negativen Therapieprozess (gemessen mit der *Vanderbilt Negative Indicators Scale*, Gomes-Schwartz, 1978) nachweisen, die ihrerseits signifikant mit dem Therapieergebnis korrelieren (vgl. Eaton, Abeles & Gutfreund, 1993).

Konzeptionell besteht die Therapiebeziehung nicht nur aus der *Alliance* („the quality and strength of the collaborative relationship between client and therapist“, Horvath & Bedi, 2002, S. 41), sondern beinhaltet zusätzlich auch Elemente, die *Komponenten vergangener Beziehungen* darstellen. Diese noch immer aktiven Prägungen bringen sowohl Klient als auch Therapeut in die Therapiebeziehung mit ein. Je nach theoretischer Orientierung spricht man diesbezüglich von negativen Introjekten (Henry & Strupp, 1994), dysfunktionalen Beziehungsschemata (z.B. Safran, Muran & Samstag, 1994), bestimmten Bindungstypen nach Bowlby oder Übertragung.

In der psychoanalytischen Literatur ist im Zusammenhang mit negativen Therapieeffekten häufig von *unvorteilhaften Übertragungs-/Gegenübertragungskonstellationen* die Rede. Während eine positive Übertragung die Zusammenarbeit von Therapeut und Klient günstig beeinflussen kann und deshalb in der Analyse ausdrücklich erwünscht ist, kann sich eine negative Übertragung immer dann unvorteilhaft auf den Therapieprozess auswirken, wenn sie darin nicht auch bewusst reflektiert wird. Eine ungünstige Gegenübertragungskonstellation ist gegeben, wenn sich ein Therapeut durch das Verhalten des Klienten an eine andere Person erinnert fühlt und in unbewusster Reaktion darauf mit dem Klienten in ein Beziehungsmuster gleitet, das mehr mit seiner persönlichen Beziehungsvergangenheit zu tun hat als mit der aktuellen Therapiesituation (vgl. Hayes, Riker & Ingram, 1997).

Selbst wenn solche vergangenheitsbezogenen Beziehungsanteile statistisch kontrolliert werden, hat die Alliance noch immer einen signifikanten Einfluss auf das Therapieergebnis. Prognostisch ist

sie besonders wertvoll, wenn sie früh gemessen⁴ wird (innerhalb der ersten drei bis fünf Therapiesitzungen im Vergleich zur Therapiemitte). Die Qualität der Alliance zu Therapiebeginn oder nach der ersten Sitzung ist so auch ein guter Prädiktor für einen frühzeitigen Therapieabbruch. In einigen Fällen stehen aber besonders hohe anfängliche Alliance-Werte auch mit *schlechtem* Therapieoutcome in Zusammenhang. Dies wird so interpretiert, dass die Werte dann eher unrealistisch hohe Erwartungen widerspiegeln, die sich negativ auf die Therapie auswirken. Weniger hohe, dafür aber ansteigende Werte scheinen deshalb günstiger.

Allmählich sammeln sich auch empirische Anhaltspunkte für Zusammenhänge zwischen bestimmten Therapeutenaktivitäten bzw. -merkmalen und einer ungünstigen Alliance. Dazu gehören eine „take-charge“-Haltung (Führung übernehmen, sich kümmern) in einer frühen Therapiephase, vom Klienten wahrgenommene Kälte des Therapeuten, zu früh angebotene einsichtsfördernde Interpretationen und Reizbarkeit des Therapeuten. Besonders unvorteilhaft scheinen Alliances zu sein, die durch *Feindseligkeit, Konkurrenz oder negative Interaktion* beider Beteiligten gekennzeichnet sind (vgl. Beutler et. al, 2004)

Die Beziehungsfaktoren, die am häufigsten untersucht wurden, sind die *Basisvariablen des klientenzentrierten Ansatzes*: Empathie, unbedingte positive Wertschätzung und Echtheit bzw. Kongruenz des Therapeuten. Die Forschung hat gezeigt, dass die Einschätzung dieser Variablen und die Einschätzung des Therapieerfolgs dann am höchsten korrelieren, wenn sie von Klienten vorgenommen werden (Lambert & Barley, 2002).

In einer Studie von Lafferty, Beutler & Crago (1991) wurden mehr und weniger effektive Therapeuten in Ausbildung im Hinblick auf verschiedene Variablen miteinander verglichen, wobei der Therapieerfolg mit der Symptomcheckliste von Derogatis (SCL-90 R) erfasst wurde. Wie sich herausstellte, war der beste Prädiktor für die Effektivität der Therapeuten deren Einfühlungsvermögen, was sich mit früheren Befunden deckt (u.a. Lambert, Bergin & Collins, 1977). Die Klienten der nicht erfolgreichen Therapeuten fühlten sich weniger verstanden als die der erfolgreichen Therapeuten, ein Mangel an Empathie ist also offenbar mit ungünstigen Behandlungsergebnissen verknüpft (vgl. auch Mohr, 1995).

Weniger erfolgreiche Therapeuten scheinen einer Studie von Najavits & Strupp (1994) zufolge auch mehr *negatives Verhalten* zu zeigen als erfolgreiche Therapeuten (wenngleich sich selbst die Erfolgreichsten bisweilen negativ verhalten). Hierzu zählen subtiles Herabsetzen, Beschuldigen, Missachten, Vernachlässigen, Angreifen und Zurückweisen des Klienten. Demnach ist nicht nur ein geringes Ausmaß positiver Verhaltensweisen wie zum Beispiel Verständnis und Bestätigung für einen Therapiemisserfolg entscheidend, sondern auch ein größeres Ausmaß schädlicher Verhaltensweisen. Dass über negative Beziehungsbeiträge von Therapeuten nur wenig bekannt ist, liegt wohl auch daran, dass diese bisher in Messinstrumenten kaum berücksichtigt wurden.

⁴ Hierzu werden vor allem Selbstbeurteilungsfragebögen verwendet, in der Klienten und Therapeuten im Anschluss an Therapiesitzungen Qualitätsmerkmale der Beziehung einschätzen.

3.2.4 Sexueller Missbrauch

Das Phänomen sexuellen Missbrauchs durch Therapeuten ist zweifelsohne ein dramatisches Beispiel dafür, wie negative Beziehungsbeiträge von Therapeuten das Wohlergehen von Klienten ernsthaft gefährden können. Sexueller Missbrauch durch Therapeuten und dessen Auswirkungen sind ebenso wie andere berufsethische Verstöße nur schwer im Rahmen von Forschungsprojekten zu erfassen. Solche Übergriffe kommen jedoch leider relativ häufig vor, wobei auch schon unklare Beziehungsgrenzen, Ambivalenzen und Verliebtsein im Vorfeld eines Missbrauchs schädlich sein können, wenn sie in der Therapiebeziehung nicht adäquat thematisiert und bearbeitet werden.

Einige Anhaltspunkte für Vorkommen und Häufigkeit von sexuellen Übergriffen liefern vor allem Daten aus den USA: Die Anzahl der Zivilprozesse, die sich mit sexuellen Übergriffen durch Therapeuten befassen, hat dort bereits in den 80er Jahren stark zugenommen. Von jährlich fünf Fällen zwischen 1976-1982 stieg die Zahl bereits innerhalb der darauf folgenden zwei Jahre auf jährlich 24 Gerichtsverfahren an (Ehlert, 1990). Aufgrund dieses drastischen Zuwachses haben Versicherungen inzwischen Missbrauchsfälle aus ihrem Vertragsangebot herausgenommen oder die Haftung im Bezug darauf deutlich eingeschränkt.

Schätzungen auf der Grundlage von Umfrageergebnissen lassen den Schluss zu, dass 5-20% der männlichen und 2% der weiblichen Therapeuten sexuelle Kontakte zu ihren Patienten hatten. In den genannten Gerichtsverfahren wurde die Mehrzahl der Klagen ebenfalls von Frauen vorgebracht. Es sind also überwiegend männliche Therapeuten, die weibliche, meist jüngere, Klientinnen missbrauchen, wobei der Altersunterschied nichtrepräsentativen Ergebnissen zufolge im Durchschnitt etwa 15 Jahre beträgt (vgl. Ehlert, 1990; Franke, 1989; Lambert, Hawkins & Hatfield, 2002). Außerdem sind Therapeuten, die einmal die Abstinenzregel übertreten haben, offenbar eher dazu geneigt, auch noch weitere Male zum Täter zu werden. Sexueller Missbrauch geht dabei keineswegs mit ungenügender Ausbildung einher; im Gegenteil deuten alle vorliegenden Befunde darauf hin, dass sehr renommierte und qualifizierte Therapeuten involviert sind (vgl. Ehlert, 1990).

Bouhoutsos et al. (1983) versandten Fragebögen an 4385 zugelassene Psychologen in Kalifornien mit der Bitte um anonymisierte Angaben zu Klienten, die ihnen über sexuelle Intimität mit Vorgängertherapeuten erzählt hatten. Von den 704 Psychologen, die die Fragen beantworteten, berichteten 318 über insgesamt 559 Klienten (509 weiblich, 33 männlich, 17 ohne Angabe), bei denen solche Fälle vorgekommen waren. Von den betreffenden Vorgängertherapeuten arbeiteten 79% in privater Praxis, 96% waren männlich und 4% weiblich. Die häufigste Missbrauchskonstellation bestand aus einem männlichen Therapeut und einer weiblichen Klientin (92%); in der Mehrzahl der sexuellen Beziehungen zu männlichen Klienten (58%) waren ebenfalls männliche Therapeuten involviert. Außerdem gaben 21 männliche und zwei weibliche der befragten Psychologen an, sich selbst in sexuelle Intimität mit Klienten begeben zu haben.

Was die im Zusammenhang mit sexueller Intimität genannten Geschehnisse betrifft, berichten Bouhoutsos et al. (1983): „Between intercourse and the discussion of intercourse were all gradations of behavior considered sexual intimacy by psychologists and their patients, including a number of cases involving touching, fondling, caressing, petting, or kissing“ (ebd. S. 193). Überwiegend war mit

sexueller Intimität jedoch Geschlechtsverkehr gemeint, und in elf Fällen kam es sogar zu einer Vergewaltigung.

Sexuelle Übergriffe durch Therapeuten können bei Klienten gravierende Spuren hinterlassen. In der Studie von Bouhoutsos et al. (1983) wurde für 90% der Klienten als zutreffend erklärt, dass die sexuelle Intimität mit ihren früheren Therapeuten bei ihnen schädliche Wirkungen entfaltet habe. Dazu zählten Motivationsverlust, beeinträchtigte soziale Anpassung, bedeutsame emotionale Verstörung, Zunahme an Depression, Anstieg von Alkohol- und Drogengebrauch, Zerrüttung außertherapeutischer sexueller, ehelicher oder anderer enger Beziehungen (in 26% der Fälle), Hospitalisierung (in 11% der Fälle) und Suizidalität (in 1% der Fälle vollzogene Selbsttötung). 85% der Klienten hatten außerdem Schwierigkeiten, sich erneut in Therapie zu begeben, waren sehr misstrauisch und warteten daher lange ab, bevor sie sich einer neuen Behandlung unterzogen. Dies schien umso ausgeprägter, je intensiver die sexuelle Beziehung zum Therapeuten gewesen war. In einer Untersuchung von Durré (1980) erwähnten betroffene Klienten als Folgen sexueller Kontakte mit Therapeuten ebenfalls Trennungen von Ehepartnern, schwere, manchmal monatelange Depressionen, stationäre Aufenthalte und Suizidversuche.

Besonders tragisch ist der Umstand, dass gerade Klientinnen mit Missbrauchserfahrungen in der Vergangenheit sehr häufig in sexuelle Kontakte mit Therapeuten verwickelt werden:

Dabei ist in der Tat frappierend, wie genau die Dynamik sexueller Beziehungen zwischen Therapeuten und PatientInnen derjenigen gleicht, die wiederholt im Zusammenhang mit sexuellem Missbrauch in der Kindheit beschrieben wurde: Es besteht dieselbe verzweifelte Notwendigkeit, das „Geheimnis zu wahren“, an der Idealisierung des Täters gegen alle Einsicht (und gegen die Schmerzen, die er zufügt) festzuhalten, es herrscht dieselbe Tendenz, sich selbst für das Geschehene die Schuld zu geben und den Täter zu entschuldigen, es entsteht dieselbe Scham, dasselbe Gefühl eigener Wertlosigkeit, vor allem aber entsteht dieselbe Abhängigkeit, die die Opfer an jeder Aktion gegen den Täter hindert, solange die Beziehung zwischen ihnen fortbesteht, so dass auch die betroffenen PatientInnen meist erst Jahre nach dem Ende der Beziehung in der Lage sind anzuerkennen, was ihnen zugefügt wurde. (Ehlert, 1990, S. 11-12)

Auch bei der Befragung von Bouhoutsos et al. (1983) stellte sich heraus, dass manchmal bis zu drei Jahre vergingen, bis die betroffenen Klienten wagten, gegen das ihnen zugefügte Leid vorzugehen. Obwohl sich 52% der Klienten über die Illegalität und ethische Fragwürdigkeit des Therapeutenverhaltens im Klaren waren, leiteten nur wenige juristische Schritte ein (10%), informierten eine Ethikkommission (3%) oder die staatliche Zulassungsbehörde (3%).

Aufgrund der bestehenden Rechtslage in Deutschland (vgl. Kap. 4) können Schadensforderungen wegen sexuellen Missbrauchs bisher kaum durchgesetzt werden. Ein Hindernis stellt dabei auch der von Therapeuten immer wieder eingesetzte „Kunstgriff“ dar, auf die schwere Störung der Klientin zu verweisen und vorgebrachte Anschuldigungen auf deren „krankhafte Fantasie“ oder „neurotische Annäherungsversuche“ zu reduzieren.

3.2.5 Therapeutische Rahmenbedingungen

Als Einflussfaktoren für negatives Outcome sind auch therapeutische Rahmenbedingungen wie Probleme bei der Kostenübernahme oder ein unzureichender institutioneller Hintergrund zu berücksichtigen. Mackinger (1984) befasst sich hier beispielhaft mit problematischen Kommunikationsstrukturen und Korrekturmechanismen in einem stationären Setting, allgemein mit

Bedingungen, „die in der Psychotherapieforschung stiefmütterlich als ‚Randbedingungen‘ abgetan werden“ (ebd., S. 543), obwohl sie die Wirksamkeit von Therapien nachhaltig beeinflussen. Letztlich gehören dazu auch „zementierte bürokratische Hürden ..., die ... einer am realen Bedarf der Patienten orientierten Versorgung – oder gar einer Qualitätsverbesserung – entgegen stehen“ (Kriz, 2005, S. 14).

Zu negativen Einflüssen, die auf die Behandlungsmodalität bzw. das Therapiesetting zurückzuführen sind, ist die Befundlage widersprüchlich. Die *Einbeziehung des Ehepartners oder anderer Familienmitglieder* in individuelle Behandlungen erweist sich mal als günstig, mal als ungünstig; ähnliches gilt für Egetherapie im Einzelsetting gegenüber gemeinsamen Sitzungen (Lambert, Hawkins & Hatfield, 2002). Die Mehrdeutigkeit der Ergebnisse könnte darin aufzulösen sein, dass Merkmale des Settings, wie andere Faktoren auch, immer erst in Interaktion mit bestimmten Klienten(gruppen) und deren Bedürfnislagen mehr oder weniger förderliche Wirkungen entfalten.

Klarer ist die Empirie im Bezug auf die *Behandlungsdauer*, diese scheint sehr allgemein – allerdings nicht in einer linearen Beziehung – mit der Wirksamkeit von Therapien assoziiert zu sein: Kürzere Behandlungen erzielen in der Regel schlechtere Ergebnisse (vgl. Orlinsky et al., 2004; Seligman, 1995).

3.2.6 Bedingungen außerhalb der Therapie

Da das eigentliche Leben und der Alltag von Klienten ganz offenkundig überwiegend außerhalb von Psychotherapie stattfinden, sollte man meinen, dass deren Einfluss auf den Therapieverlauf in der Forschung selbstverständlich berücksichtigt wird. In der Tat werden etwa 40 Prozent der Varianz des Therapieergebnisses dem Wirken extratherapeutischer Faktoren zugeschrieben (Lambert, 1992; Lambert et al. 1986). Hierzu gehören neben individuellen Klientenmerkmalen auch Bedingungen außerhalb der Therapie (Norcross, 2002).

Während sich viele Forschungsbemühungen dem Einfluss von Klientenvariablen zugewandt haben, bemerkt Thoits (1985) jedoch zu Recht: „Outcome researchers have generally failed to investigate the possibility that occurrences outside the therapy context or occurrences independent of client, therapist, or treatment characteristics may account for deterioration or improvement in psychological functioning“ (ebd., S.250).

Miller, Duncan und Hubble (2000) zeigen anhand einiger Beispiele auf, wie wichtig unvorhergesehene Ereignisse und Entwicklungen im Leben von Klienten für den Veränderungsprozess in der Therapie sein können und plädieren für eine stärkere Einbeziehung solcher Momente in das therapeutische Handeln. Sie diskutieren therapieexterne Faktoren hauptsächlich als positive Einflüsse, die sich im Therapieverlauf gezielt nutzen lassen. Jedoch liegt es nahe, dass sich außertherapeutische Einflüsse durchaus auch *gegen* die im Rahmen der Therapie angestrebten Veränderungen richten und den Therapieerfolg substanziell gefährden können.

Auf der Suche nach Variablen, die zwischen Therapieabbrechern und -beendern diskriminieren, stieß Frayn (1992) u.a. auf die Bedeutung von *Lebensbedingungen*, genauer: „the degree of support for therapy that present personal (age, finances) and environmental (time, family, work) circumstances

can provide at this time“ (ebd., S. 253). Die Therapieabbrecher gaben in dieser Studie im Vergleich zu den Therapiebeendern signifikant weniger Unterstützung und Ressourcen an.

Bedingungen und Ereignisse außerhalb der Therapie können aber nicht nur den Therapieverlauf, sondern auch die nachhaltige Wirkung therapeutischer Maßnahmen beeinflussen. *Bedeutsame Lebensereignisse* wie zum Beispiel der Tod naher Angehöriger, die Trennung vom Ehepartner oder die Diagnose einer unheilbaren Krankheit spielen so auch als Rückfallursachen bei Depression eine Rolle (vgl. Ma & Teasdale, 2004). Bei Abhängigkeiten wie Alkoholismus oder Polytoxikomanie ist bekannt, dass insbesondere der erneute *Kontakt mit der „Szene“* bzw. sozialen Situationen, in denen die jeweilige Substanz konsumiert wurde, das Rückfallrisiko erhöht.

Während zum eigentlichen Zusammenhang von Bedingungen und Ereignissen im Leben des Klienten und dem Therapieergebnis bislang nur vereinzelte Ergebnisse vorliegen, haben sich eine Reihe von Untersuchungen damit befasst, welchen Einfluss externe, situative Faktoren generell auf das psychische Funktionieren von Individuen haben. Dabei wurden vor allem zwei Gruppen von Variablen untersucht:

Kritische Lebensereignisse (live events) verändern die gewohnten Aktivitäten und das alltägliche Lebensumfeld eines Menschen mit einem Mal so gravierend, dass eine Neuausrichtung bzw. Anpassung des eigenen Verhaltens erforderlich wird. Hierzu gehören bedeutsame, jedoch vorhersehbare Übergänge im Lebenslauf (etwa Studienabschluss, Auszug aus dem Elternhaus, Heirat, Pensionierung) ebenso wie unvorhersehbare und seltenere Ereignisse wie der plötzliche Tod einer nahestehenden Bezugsperson, das Erleben einer Naturkatastrophe oder der Verlust des Arbeitsplatzes. Unabhängig davon, ob es sich dabei um positive (z.B. Geburt eines Kindes) oder negative (etwa Vergewaltigung) Begebenheiten handelt, werden solche Veränderungen als stressfördernd betrachtet, da sie Menschen erhebliche Bewältigungsfähigkeiten abverlangen.

Belastungen (live strains) sind von einzelnen, markanten Lebensereignissen abzugrenzende dauerhafte Umstände, auf die sich ein Mensch im Alltag mehr oder weniger kontinuierlich einstellen muss. Beispiele hierfür sind unglückliche Ehebeziehungen, hohe Arbeitsbelastungen (z.B. Schichtarbeit) ebenso wie Arbeitslosigkeit oder Armut. Kritische Lebensereignisse und Belastungen werden zusammen als „life stresses“ oder „life stressors“ bezeichnet. Sie erfordern eine Neuanpassung des Organismus, deren Gelingen stark von verfügbaren Ressourcen abhängig ist. Übersteigen die Anforderungen die Ressourcen einer Person, scheitert die Bewältigung, und die Entstehung physischer und psychischer Störungen wird begünstigt.

Inwieweit Stress, insbesondere kritische Lebensereignisse, und psychische Störungen zusammenhängen, wurde eingehend untersucht. Der konsistente Befund lautet, dass kritische Lebensereignisse psychiatrischen Symptomen Vorschub leisten. Je mehr davon innerhalb eines Zeitabschnitts erlebt werden, desto ausgeprägter ist die Symptomatik und desto größer ist die Wahrscheinlichkeit, wegen einer psychischen Störung hospitalisiert zu werden. Allerdings scheinen solche Reaktionen meist vorübergehender Natur zu sein. Am meisten stressfördernd sind offenbar andauernde unerwünschte Belastungen und Ereignisse, die nicht oder nur sehr eingeschränkt kontrollierbar sind.

Als Mediatoren der Beziehung zwischen Stress und psychischen Störungen wurden zwei weitere Variablengruppen untersucht und in ihrer Relevanz bestätigt. Zum einen handelt es sich dabei um *soziale Unterstützung*. Ein Mangel dieser interpersonalen Ressource wirkt an sich schon als ein Stressor; insbesondere fällt er jedoch ins Gewicht, wenn weitere Stressoren präsent sind. Zum anderen konnten in experimentellen Studien Mediatoreffekte individueller *Copingrepertoires* nachgewiesen werden. Demnach wirken sich Stressoren umso negativer auf das psychische Wohlergehen eines Menschen aus, je weniger er zu deren Bewältigung auf geeignete Problemlösestrategien zurückgreifen kann und je weniger Hilfe und Zuwendung er von anderen Menschen erfährt. Insgesamt scheinen dieses Zusammenhänge besonders relevant bei sozial benachteiligten Gruppen (von Armut betroffene, bildungsferne Bevölkerungsschichten, Alleinstehende usw.): „Disadvantaged groups possess fewer supports and use inefficacious coping strategies in dealing with the life stresses to which they are more often exposed“ (Thoits, 1985, S. 256).

Wenn sich kritische Lebensereignisse und Stressoren so eindeutig im psychischen Wohlergehen niederschlagen, ist anzunehmen, dass sie sich auch auf psychotherapeutische Behandlungen auswirken. Negative Therapieverläufe und Misserfolge könnten so auch dadurch zustandekommen, dass die betreffenden Klienten im Leben außerhalb der Therapie zusätzlichen Stressoren ausgesetzt waren oder entscheidende Ressourcen verloren haben, entweder unabhängig von der Therapie oder sogar als deren Konsequenz. Außerdem kann die Aufnahme einer Therapie auch selbst schon als ein kritisches Lebensereignis betrachtet werden oder eine dauerhafte Belastung nach sich ziehen, die ohne Kompensationsmöglichkeiten durch soziale Unterstützung und effektive Copingstrategien die Kräfte eines Klienten überfordert.

3.3 Therapiemisserfolg aus Klientensicht

In den meisten Untersuchungen zu Therapiemisserfolg wird dieser aus der Sicht von Therapeuten und Therapieforschern beurteilt. Versuche, mehrere Perspektiven einzubeziehen, etwa im Sinne des *tripartite Model* von Strupp et al. (1977, 1996), wo zur Evaluation von Therapieeffekten die unterschiedlichen Perspektiven und Interessen von Klient, Therapeut und Gesellschaft (bzw. sozialem Umfeld des Klienten) berücksichtigt werden, stellen eine Ausnahme dar. Zwar sind es „letztlich die Patienten, die über Erfolg oder Misserfolg von Psychotherapie entscheiden“ (Bents, Frank & Rey, 1996, S. 4), ihr Urteil wird in der Forschung jedoch meist nur insofern erhoben, als sie im Rahmen vorgegebener, von „Experten“ konzipierter Kategorien eine Auswahl treffen können. Qualitative Studien, die sich mit Erfahrungsberichten von Klienten auseinandersetzen, sind selten.

Grunebaum (1986) interviewte 47 Professionelle aus dem Mental-Health-Bereich, die eine eigene Psychotherapieerfahrung als schädigend einstufen. Die von den Befragten thematisierten negativen Aspekte bezogen sich hauptsächlich auf Therapeut-Klient-Beziehungen, die als kühl und distanziert erlebt wurden oder in denen es zu intensiven emotionalen oder sexuellen Verwicklungen kam. Er zieht daraus den Schluss: „Either distant and uninvolved therapy or overintense therapy are likely to be harmful to patients (ebd., S. 176).

Strupp (1982) reanalysierte den autobiografischen Bericht von Dörte von Drigalski (1980), in welchem diese ihre negativen Erfahrungen mit langjähriger Psychoanalyse schildert. Zu den von ihr

kritisierten Momenten zählen mangelnde Empathie und Akzeptanz bzw. fehlplatzierte therapeutische Neutralität, die Immunisierung vor Selbstkritik durch Rückzug auf die eigene Interpretationsmacht, Einsatz destruktiver und abwertender Deutungen, Überbetonung der Vergangenheit und pathologischer Anteile sowie ungelöste Übertragungskonflikte.

In den genannten Beiträgen kommen Klienten zu Wort, die bereits psychologisch vorgebildet oder selbst als Therapeuten ausgebildet und insofern als Sonderfälle zu betrachten sind. Andere Studien geben hingegen auch Auskunft über die Erfahrungen „ganz normaler“ Klienten: Lilliengren & Werbart (2005) führten im Rahmen des Young Adult Psychotherapy Project (YAPP) in Stockholm halbstrukturierte Interviews mit 22 jungen Erwachsenen durch. Diese wurden bei Therapieende u.a. dazu befragt, was in ihrer Therapie hilfreich und veränderungsförderlich und was eher hinderlich gewesen war. Die von den Befragten als hinderlich empfundenen Aspekte betrafen zum einen Schwierigkeiten sich im Gespräch gegenüber dem Therapeuten zu öffnen. Zum anderen hatte ihnen die – an sich positiv bewertete – Möglichkeit, in der Therapie mehr Selbsterkenntnis zu erlangen, nicht genügt. Sie hätten sich vom Therapeuten zusätzlich mehr aktive Unterstützung bei der Bewältigung ihrer Probleme gewünscht.

Darüber hinaus wurden auch Klientenberichte veröffentlicht, die zunächst einmal für sich selbst stehen. Während bei Hemminger und Becker (1985) ein weiteres Mal die Psychoanalyse als Therapieverfahren im Fokus der Anklage steht, beziehen sich die von Giese und Kleiber (1990) gesammelten Beiträge auf verschiedene Therapieansätze. In der Zusammenschau dieser Beiträge wird ein breites Spektrum an Themen ersichtlich:

Über Misserfolge, Verschlechterungen in der Psychotherapie, über Fehlschläge und massive Enttäuschungen von KlientInnen, verzweifelt Ringen um Anerkennung und Liebe des Therapeuten, über unauflösbare Verstrickungen mit Therapeuten wurde ebenso berichtet wie über materielle Ausbeutung und Formen sexueller Ausbeutung durch Therapeuten. Auch über Suizidhandlungen im Verlauf der Psychotherapie handeln uns vorliegende Beiträge. (Kleiber, 1990, S. 55)

Die dargestellten Einzelschicksale werden bei Giese und Kleiber (1990) eingeleitet und bei Hemminger und Becker (1985) in eine allgemeine Diskussion negativer Therapieeffekte eingebettet. Eine weitergehende Auswertung findet jedoch nicht statt, d.h. die Chance, in den Daten strukturelle Gemeinsamkeiten und Unterschiede zu entdecken und damit Erkenntnisse zu erzielen, die über den Einzelfall hinaus reichen, bleibt hier ungenutzt.

4 Therapiemisserfolg aus juristischer Perspektive

Für Juristen ist ein Therapiemisserfolg immer erst dann bedeutsam, wenn er Haftungsfolgen nach sich zieht. Der Anteil von Therapiemisserfolgen, für den dies zutrifft, beschränkt sich jedoch auf wenige klar umrissene Fälle. Ein Großteil der durch Psychotherapie entstehenden Schäden liegt in einem juristischen Graubereich; die Rechtsnorm erfasst allenfalls die Spitze des Eisberges:

There are virtually no cases in which a plaintiff sues a therapist for what was said during the course of therapy. Even though you may give poor advice, make damaging comments, incorrect interpretations ... and feed the patient's masochism as well as your narcissism, you will not be successfully sued for malpractice (Karasu, 1984, S. 19).

4.1 Klagen gegen Psychotherapeuten

Gegen Psychotherapeuten wurde in Deutschland bisher nur selten gerichtlich vorgegangen. In den USA findet eine juristische Verfolgung therapeutischer Misserfolge hingegen weitaus häufiger statt. Zwischen 1980 und 1990 ist die Anzahl und Größe der Schadensersatzansprüche dort stark angestiegen, und der übliche Rahmen für Schadensfälle bewegt sich um eine Million US-Dollar und mehr. Trotzdem liegt das Anklagerisiko für einen Psychotherapeuten auch in den USA weit unter einem Prozent, und nur etwa 20 Prozent der Gerichtsverfahren in diesem Bereich führen tatsächlich zur Verurteilung des angeklagten Therapeuten. Dass diese Raten so gering sind, hängt wohl auch damit zusammen, dass durch die Fahrlässigkeit von Therapeuten vornehmlich Schäden im psychischen bzw. kognitiv-emotionalen Bereich verursacht werden, die im Gegensatz zu körperlichen Schädigungen nur schwer nachweisbar und somit vor Gericht von geringem Interesse sind. Damit Klagen in diesem Bereich überhaupt Erfolg haben können, müssen grobe Verstöße gegen gängige Behandlungsstandards vorliegen. Da psychotherapeutische Vorgehensweisen für Klienten nicht unbedingt durchsichtig sind, dürfte es ihnen mitunter aber auch schwer fallen, negative Effekte überhaupt auf das Vorgehen des Therapeuten zurückzuführen. Zudem schrecken viele aufgrund der Vertrauensbeziehung zu ihrem Therapeuten davor zurück, den Rechtsweg zu beschreiten (vgl. Deardorff, 1984). Selbst wenn sich ein Klient zu einer Klage entschließt, erweist sich der Nachweis einer Schädigung aufgrund therapeutischen Fehlhandelns in aller Regel als kompliziert und häufig erfolglos (vgl. Conte & Karasu, 1990).

4.2 Rechtsgrundlagen der Haftung

Ein Großteil aller Klagen, die gegen Psychotherapeuten vorgebracht werden, bezieht sich auf *zivilrechtliche* Haftungsgrundlagen.

Der zwischen Therapeut und Klient abgeschlossene Vertrag wird als Dienstvertrag im Sinne des bürgerlichen Rechts (BGB, §§ 611ff) eingeordnet. Dies impliziert, dass der Therapeut dem Klienten zwar eine psychotherapeutische Behandlung nach gängigen Standards schuldet. Er ist jedoch nicht dazu verpflichtet, auch einen Behandlungserfolg zu garantieren. Die Festlegung von Therapiezielen hat deshalb nur eine therapeutische Funktion; in vertragsrechtlicher Hinsicht ist sie bedeutungslos.

Die Einordnung als Dienstvertrag bringt außerdem mit sich, dass der Therapeut die Behandlung nur dann beenden darf, wenn sich der Klient gleichwertige Dienste schadlos von anderer Seite beschaffen kann (BGB, § 627, Abs. 2). Als Ausnahme gilt, wenn von vorn herein ein Zeitpunkt für das Therapieende bestimmt wurde oder die Weiterbehandlung unter Berücksichtigung aller Umstände des Einzelfalls und unter Abwägung der Interessen beider Vertragspartner unzumutbar wäre (BGB, § 626). Der Klient kann die Therapie hingegen immer schon dann beenden, wenn er das erforderliche besondere Vertrauen in den Therapeuten verliert (BGB, § 627, Abs.1). Sofern die Therapie durch einen Sozialleistungsträger finanziert wird, ist dieses Kündigungsrecht allerdings beschränkt. Bricht der Klient die Therapie einseitig ab, könnte dies nämlich als Verstoß gegen seine laut Sozialgesetzbuch bestehende Mitwirkungspflicht interpretiert werden. In diesem Fall muss eine weitere Leistungsgewährung nach den Umständen des Einzelfalls geprüft werden.

Als Haftungsgrundlage zivilrechtlicher Ansprüche wegen Therapiemisserfolgs kommen *Ansprüche aus Vertrag* und *Ansprüche aus Delikt* in Frage. Ansprüche aus Vertrag beziehen sich auf die nicht ordentliche Erfüllung („Schlechtleistung“) oder Verletzung einer Sorgfaltspflicht aus dem Psychotherapievertrag von Seiten des Therapeuten. Voraussetzung hierfür ist natürlich, dass überhaupt ein Psychotherapievertrag besteht, d.h. es muss nachweisbar sein, dass der Therapeut dem Klienten gegenüber eine gesetzliche Verpflichtung hatte und die entsprechende Qualifikation besitzt, therapieren zu dürfen. Bei erfolgreicher Klage ist die Rechtsfolge, dass dem Klienten ein Anspruch auf Entschädigung zur Kompensation des erlittenen Schadens (z.B. eines Vermögensschadens aufgrund nutzloser Honorarzahlungen) gewährt wird.

Rechtsgrundlage für Ansprüche aus Delikt sind die Bestimmungen des *Rechts der unerlaubten Handlung* (BGB, §§ 823ff.). Maßgeblich ist hier der schuldhaft widerrechtliche Eingriff in ein fremdes Recht oder Rechtsgut, das sich auch auf Dritte (etwa Angehörige des Klienten) beziehen kann. Gründe für eine Haftung von Psychotherapeuten können in diesem Bereich Körperverletzung, Beleidigung, oder Verletzung des allgemeinen Persönlichkeitsrechts sein. Schadensersatzansprüche wegen unerlaubter Handlung können unabhängig vom Vorliegen eines Behandlungsvertrags, aber auch neben Ansprüchen aus Vertrag entstehen. Eine Schmerzensgeldzahlung (BGB, § 847) aufgrund deliktischer Haftung kann allerdings gewichtiger sein als der vertraglich begründete Anspruch auf Ersatz des materiellen Schadens (Wienand, 1985).

Im Rahmen der zivilrechtlichen Haftung bei Therapiemisserfolg sind folgende rechtliche Voraussetzungen zu prüfen:

- *Vorliegen eines Behandlungsfehlers oder einer Sorgfaltspflichtverletzung:* Der Ankläger muss nachweisen, dass der Therapeut den Behandlungsvertrag gebrochen hat, weil er die notwendige Qualifikation nicht besitzt oder gegen gängige Behandlungsstandards verstoßen hat. Der Begriff des „Kunstfehlers“ taucht im Gesetz nicht auf, sondern findet nur im Arztrecht Verwendung. Dort bezeichnet er einen Verstoß gegen allgemein anerkannte Standards der medizinischen Wissenschaft. Dass solche auch im Fall einer Psychotherapie vorliegen, muss der Kläger erst beweisen – was jedoch schwierig ist, da psychotherapeutische Behandlungsstandards kaum klar definiert sind oder je nach Ansatz stark voneinander abweichen. Das Gericht ist hier auf Sachverständigengutachten angewiesen, wobei es genügt, wenn eine respektable Minderheit von

Therapeuten die verwendeten Vorgehensweisen als Standard billigt. Lassen sich in dem betreffenden Therapieverfahren keine Standards feststellen, kann auch kein Kunstfehler vorliegen. In Frage kommt dann nur der Tatbestand der Sorgfaltspflichtverletzung, der erfüllt ist, wenn psychotherapeutische Methoden bei ungenügender diagnostischer (auch somatischer) Abklärung, bei unklarer Indikation oder bei nachgewiesener Ineffizienz zur Anwendung kommen. In der Praxis ist dies vor allem dort von Bedeutung, wo eine notwendige Klinikeinweisung oder medikamentöse Zusatzbehandlung unterlassen wird.⁵

- Dabei muss *zumindest Fahrlässigkeit* gegeben sein, was im Zivilrecht bedeutet, dass die „im Verkehr erforderliche Sorgfalt außer acht gelassen wird“ (BGB, § 276).
- *Es muss ein (Gesundheits- oder Vermögens-) Schaden festgestellt werden können.* Der Anwalt des Anklägers hat Beweise dafür vorzulegen, dass der Klient (oder ein unbeteiligter Dritter) tatsächlich geschädigt oder verletzt wurde. Hierzu ist ein Vorher-Nachher-Vergleich vonnöten, der im Falle eines Vermögensschadens noch recht einfach, bei behaupteten psychischen Gesundheitsschäden oder Schadensfolgen im Lebensumfeld allerdings nur schwer zu bewerkstelligen ist.
- Zwischen dem Behandlungsfehler bzw. der Sorgfaltspflichtverletzung und dem entstandenen Schaden muss ein *Kausalzusammenhang* bestehen, d.h. es muss nachgewiesen werden, dass das fahrlässige Vorgehen des Therapeuten die unmittelbare Ursache für den Schaden war, für den Schadensersatz gefordert wird.

Rechtsgrundlagen der Haftung von Psychotherapeuten finden sich darüber hinaus auch im *Strafrecht*. Generell sind strafrechtliche Sanktionen aber nur dann zu erwarten, wenn der Nachweis geführt werden kann, dass massive Übergriffe seitens des Therapeuten (sexueller Missbrauch, vgl. u.) stattgefunden haben oder dass der Therapeut einen Klienten fahrlässig geschädigt hat, etwa durch gesundheitliche Beeinträchtigung oder Körperverletzung (StGB, § 229). In der Praxis ist vor allem der Tatbestand der *Übernahmefahrlässigkeit* von Bedeutung. Dieser liegt vor, wenn bei Indikation einer psychopharmakologischen (Zusatz-)Behandlung die Hinzuziehung eines Arztes oder eine Klinikeinweisung unterlassen wird, oder wenn ein Therapeut einen Klienten behandelt, obwohl er dazu nicht qualifiziert oder zu unerfahren ist, und dieser sich zum Beispiel das Leben nimmt (Wienand, 1985).

Neben den genannten Rechtsbestimmungen gibt es für psychologische Psychotherapeuten eine *Berufsordnung*, die von den Landespsychotherapeutenkammern verabschiedet wird. Eine Neufassung wurde zuletzt im Jahr 2006 von der Bundespsychotherapeutenkammer erarbeitet. Sie regelt u.a. die Berufsausübung durch Vorgabe bestimmter Pflichten. Relevant aus Klientenperspektive sind hierbei vor allem die *Sorgfaltspflichten* (nach § 5 z.B. diagnostische Abklärung unter Einbeziehung anamnestischer Erhebungen vor Therapiebeginn, Hinzuziehen von Kollegen oder Angehörigen

⁵ In den USA wurden Psychotherapeuten ab den 80er Jahren nicht nur wegen Behandlungsfehlern angeklagt, durch die sie ihre Klienten schädigten, sondern auch wegen Schäden, von deren Verursachung sie ihre Klienten nicht abhielten (z.B. Suizid oder Schädigung Dritter durch den Klienten). Präzedenzfall hierzu war der *Fall Tarasoff* im Jahr 1976, bei dem ein Klient seinem Therapeuten erzählte, dass er die Absicht habe, seine Exfreundin umzubringen, was dann auch tatsächlich geschah. Das Gericht befand hier, dass der Therapeut die Betroffene oder deren Familie zumindest hätte warnen müssen (vgl. Conte & Karasu, 1990).

anderer Berufe, wenn eigene Fähigkeiten nicht ausreichen etc.), die *Verpflichtung zur Abstinenz* (§ 6), die *Verpflichtung zur Aufklärung* von Klienten über Indikation und Art der Behandlung, Therapieplan und mögliche Risiken (§ 7), die *Schweigepflicht* (§ 8), die *Dokumentations- und Aufbewahrungspflicht* (§ 9) sowie die *Verpflichtung, sich bei Honorierung und Abrechnung an die Gebührenordnung für Psychotherapeuten zu halten* (§ 14). Vorsätzliche und fahrlässige Verstöße gegen die Regeln der Berufsordnung können berufsrechtliche Verfahren nach dem Kammergesetz nach sich ziehen (§ 30). Kammerangehörige, die ihre Berufspflichten verletzen, unterliegen hiernach der Berufsgerichtsbarkeit, die je nach Ermessen im Einzelfall verschiedene Ahndungen vornehmen kann: 1. Warnung, 2. Verweis, 3. Entziehung des aktiven und passiven Kammerwahlrechtes, 4. Geldbuße bis zu 50.000 Euro und 5. Feststellung der Unwürdigkeit zur Ausübung des Berufes. Die Maßnahmen 1, 3, 4 und 5 können dabei auch nebeneinander getroffen werden (vgl. Berliner Kammergesetz, § 17.).

4.3 Rechtsbestimmungen im Fall sexuellen Missbrauchs

Seit 1998 ist in Deutschland sexueller Missbrauch auch im Rahmen einer Psychotherapie explizit unter Strafe gestellt (*Sexueller Missbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses*, StGB, § 174c, Abs. 2). Bereits der Versuch ist strafbar und kann für Therapeuten drei Monate bis fünf Jahre Haft nach sich ziehen. In Berufung auf diesen Paragraphen wurde in Deutschland bisher allerdings nur ein einziges Gerichtsverfahren auf den Weg gebracht, das für die Klägerin zudem erfolglos verlief (vgl. Lenzen-Schulte, 2006). Hierin spiegeln sich auch die Schwierigkeiten wider, mit denen ein juristisches Vorgehen, nicht nur im Fall sexuellen Missbrauchs, für Klienten behaftet ist.

In der Berufsordnung der Bundespsychotherapeutenkammer (2006) ist Missbrauch als Extremfall berufsethischen Fehlhandelns mit dem Abstinenzverbot abgedeckt („Jeglicher sexueller Kontakt von Psychotherapeuten zu ihren Patienten ist unzulässig“, § 6, Abs.5). Das Abstinenzverbot erstreckt sich des Weiteren auf die Entgegennahme von entgeltlichen oder unentgeltlichen Dienstleistungen, auf die Vorteilnahme von Geschenken, Zuwendungen, Erbschaften, Vermächtnissen sowie auf das Ausnutzen der Vertrauensbeziehung zur Befriedigung eigener Interessen und Bedürfnisse. Der therapeutische Kontakt soll auf die professionelle Beziehungsebene beschränkt bleiben und in stetiger Berücksichtigung der besonderen Verantwortung gegenüber dem Patienten erfolgen. Andernfalls liegt ein Behandlungsfehler vor, der zur Anzeige gebracht werden kann.

Das Strafgesetzbuch sieht Sanktionen nur dann vor, wenn der Missbrauch während der Therapie stattgefunden hat. Sexuelle Kontakte im Anschluss an eine Therapie, die Studien zufolge ebenso schädliche Auswirkungen haben können, sind hier also nicht berücksichtigt (Lenzen-Schulte, 2006). Die neue Berufsordnung trägt diesem Problem etwas mehr Rechnung, denn das Abstinenzgebot gilt nun „auch für die Zeit nach Beendigung der Psychotherapie, solange noch eine Behandlungsnotwendigkeit oder eine Abhängigkeitsbeziehung des Patienten zum Psychotherapeuten gegeben ist. Die Verantwortung für ein berufsethisch einwandfreies Vorgehen trägt allein der behandelnde Psychotherapeut. Bevor private Kontakte aufgenommen werden, ist mindestens ein zeitlicher Abstand von einem Jahr einzuhalten“ (Bundespsychotherapeutenkammer, 2006, § 6, Abs. 7).

Für den Fall, dass ein Therapeut vom Fehlverhalten eines Kollegen erfährt, ist in den USA vielerorts eine förmliche Meldepflicht eingeführt worden. In Deutschland hat die Forderung „kollegialen Verhaltens“ in der Berufsordnung hingegen lange dazu beigetragen, dass Psychotherapeuten ihnen zugetragene Fälle sexuellen Missbrauchs für sich behielten (Ehlert, 1990). In der jüngsten Fassung der Berufsordnung wird allerdings ausdrücklich darauf aufmerksam gemacht, dass Psychotherapeuten ihre Pflicht zur Kollegialität auch dann nicht verletzen, wenn sie bei Vorliegen eines begründeten Verdachts den Verstoß eines Kollegen gegen die Berufsordnung der Landespsychotherapeutenkammer melden (Bundespsychotherapeutenkammer, 2006, § 17, Abs. 3).

4.4 Schwierigkeiten eines juristischen Vorgehens für Klienten

Wenn sich Klienten nach einem Therapiemisserfolg zu einer Klage entschließen, stellt dies oft einen Versuch dar, das Geschehene zu verarbeiten. Während manche Klienten durch die Einsicht entlastet werden können, dass sie selbst keine Schuld am Scheitern ihrer Therapie tragen, sondern der Therapeut einen Fehler gemacht hat, kann ein Gerichtsverfahren aber auch weitere psychische Belastungen mit sich bringen, die manchmal sogar das Ausmaß einer Retraumatisierung annehmen. Die Furcht vor erneuter Konfrontation und Auseinandersetzung mit dem Erlebten, aber auch davor, dass „einem sowieso niemand glaubt“, hält viele Klienten erst einmal lange Zeit davon ab, sich Rechtsbeistand zu holen – häufig mit der Folge, dass solche Geschehnisse verjähren.

Wird ein Zivilverfahren eingeleitet, tragen die Klienten als Kläger die Hauptbeweislast und damit auch ein außerordentlich hohes Kostenrisiko. Dabei stellt es für Klienten eine besonders große Hürde dar, den Nachweis über den Verursachungszusammenhang von therapeutischem Einwirken und Schädigung zu erbringen. Eine „iatrogene Schädigung“ ist aber auch deshalb schwer zu belegen, da im Fall einer Psychotherapie immer auch eine gewisse „Vorschädigung“ gegeben ist, derentwegen der Klient ja überhaupt in Therapie gekommen ist.

Da Psychotherapien im Regelfall sehr vertraulich und für andere kaum transparent ablaufen, hängt der Nachweis (falls nicht wie in der Gesprächstherapie Video- oder Tonbandaufnahmen jeder Sitzung therapeutischer Standard sind) zudem von der Dokumentation des Therapeuten ab. Dies birgt weitere Unwägbarkeiten, denn im Gegensatz zu Ärzten sind Psychotherapeuten und Psychiater nicht in jedem Fall verpflichtet, ihren Klienten auf Anforderung ihre Krankenunterlagen zuzusenden. Sie können deren Herausgabe immer dann verweigern, wenn sie der Ansicht sind, dass für ihre Klienten dadurch psychische Belastungen entstehen (Bundespsychotherapeutenkammer, 2006, §11, Abs. 2). Die Berufsordnung macht außerdem nur grobe Vorgaben, was dokumentiert werden muss (mindestens Datum, anamnestische Daten, Diagnosen, Fallkonzeptualisierungen, psychotherapeutische Maßnahmen und gegebenenfalls Ergebnisse psychometrischer Erhebungen), so dass ein Behandlungsfehler aus den Notizen des Therapeuten nicht notwendigerweise ersichtlich wird. Sofern es darum geht, Aussagen mit Beweisen zu untermauern, müssen dem Gericht zwar die Krankenunterlagen ausgehändigt werden. Meist bleibt dem Therapeuten aber genügend Zeit, um diese auf der Grundlage der Klageschrift des Klienten abzuändern oder sie sogar verschwinden zu lassen. Kommt als Beweismittel nur die Vernehmung des Klienten in Frage, kann der Therapeut entweder Widerspruch einlegen oder mit einiger Berechtigung hoffen, dass der Aussage seines

„psychisch beeinträchtigten“ Klienten von vorn herein wenig Glauben geschenkt wird (vgl. Reschke-Dahms, 2002). Selbst wenn der Ursächlichkeitsnachweis ansatzweise erfolgreich sein sollte, steht für den Therapeuten immer noch die Möglichkeit offen, einzuwenden, der Klient sei für das Scheitern der Therapie mitverantwortlich, da er die Mitwirkung an seiner Gesundung verweigert habe (vgl. BGB, § 254; dazu auch Conte & Karasu, 1990; Wienand, 1985). Bei Straftaten wie sexuellem Missbrauch, Körperverletzung oder Betrug ist die Beweislage allerdings meist besser als im Fall zivilrechtlicher Klagen, und Schadensersatzansprüche sind hier etwas leichter durchsetzbar. Voraussetzung ist jedoch, dass der Klient den Therapeuten bei der Polizei oder Staatsanwaltschaft anzeigt und dann im Verfahren gegen den Therapeuten als Zeuge auftritt (Deardorff et al, 1984; Reschke-Dahms, 2002).

Die juristische Perspektive auf Therapiemisserfolge wirft die Frage auf, ob sich deren Auftreten durch eine umfassendere Haftbarkeit von Psychotherapeuten oder strengere Berufsvorschriften eindämmen ließe. Die Entwicklungen in den USA zeigen zumindest, dass mit steigendem Verbraucherbewusstsein, aber auch mit zunehmender Bannung durch Präzedenzfälle die Bereitschaft von Klienten wachsen kann, gegen Therapeuten juristisch vorzugehen. Sobald Berufshaftpflichtversicherungen aufgrund höherer Anklageraten signifikant teurer werden oder den Versicherungsschutz für bestimmte Fälle (etwa Anklagen wegen sexuellen Missbrauchs) ganz aus ihrem Angebot ausklammern, steht für Therapeuten auf einmal mehr als nur der gute Ruf auf dem Spiel. Besonnenes und ethisch korrektes Handeln gewinnt unter solchen Bedingungen sicherlich an Bedeutung. Ob sich dies tatsächlich auch in niedrigeren Misserfolgsraten niederschlägt, steht bisher allerdings offen.

5 Prävention von Misserfolgen durch Qualitätssicherung

Die gewonnenen Erkenntnisse über Prädiktoren sowie Risiko- und Einflussfaktoren negativer Therapieverläufe eröffnen gleichzeitig Möglichkeiten, die Qualität therapeutischer Leistungen zu verbessern. Hiermit ist der in den letzten Jahren auch für die ambulante Psychotherapie zunehmend relevante Bereich der Qualitätssicherung berührt. Das weite Spektrum von Strategien, Instrumentarien und Methoden, die zur Prävention oder Bearbeitung negativer Therapieeffekte vorgeschlagen und zum Großteil auch schon genutzt werden, dokumentiert Bemühungen zahlreicher Therapieforscher und Praktiker, sich dem Thema Misserfolg von einer optimistischen Seite zu nähern. Es wäre überaus spannend zu wissen, wie viele Misserfolge verhindert, Fehlschläge korrigiert und schwierige Therapiesituationen konstruktiv bearbeitet werden könnten, wenn diese Vielfalt an Möglichkeiten überhaupt nur einmal zur Kenntnis genommen würde.

In den folgenden Abschnitten werden Ansätze dargestellt, die alle im Sinne von Maßnahmen zur Qualitätssicherung verstanden werden können, auch wenn sie nicht explizit unter Bezugnahme auf diesen – für die Psychotherapie ja noch relativ jungen – Begriff publiziert wurden. Dabei werden zwei größere Gruppen von Herangehensweisen voneinander abgegrenzt. Zum einen gibt es Strategien und Methoden, die darauf ausgerichtet sind, die Passung von Klienten und Behandlungen durch gezielte Selektion oder Zuordnung zu optimieren. Diese sind vor allem im Vorfeld einer Therapie angesiedelt und sollen für eine Behandlung besonders günstige Voraussetzungen schaffen (*selektive Strategien*). Eine zweite Gruppe bilden Ansätze, die während der laufenden Therapie, manchmal auch über den gesamten Therapieverlauf hinweg eingesetzt werden, um das therapeutische Vorgehen den jeweils aktuellen Geschehnissen und Entwicklungen in der Therapie anzupassen sowie auftauchenden Schwierigkeiten gezielt zu begegnen (*adaptive Strategien*).

5.1 Selektive Strategien

- **Auswahl und Ausbildung von Therapeuten:** Die Überzeugung, dass zu einem guten Therapeuten immer auch eine gute Ausbildung gehört und zu einer gelungenen Therapie immer auch ein guter Therapeut, legt im Umkehrschluss nahe, dass sich Therapiemisserfolge durch eine strengere Auswahl und Ausbildung von Therapeuten reduzieren lassen müssten (vgl. Casement, 2002; Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz; 1977). In Deutschland und vielen anderen Ländern sind Therapeuten auch nach der Ausbildung noch dazu verpflichtet, sich regelmäßig fortzubilden. Wenngleich zu erwarten ist, dass die Teilnahme an darauf ausgelegten Seminaren, Kongressen und Workshops Fachwissen und therapeutische Kompetenzen fördern und dadurch die Interventionsqualität positiv beeinflussen, sind empirische Belege hierfür noch Mangelware.
- **Aufklärung und Informationsangebote für Klienten:** Laut Berufsordnung muss jeder Klient vor Therapiebeginn über Indikation, Art der Behandlung, Therapieplan, gegebenenfalls Behandlungsalternativen und mögliche Behandlungsrisiken sowie über die Rahmenbedingungen der Behandlung (z.B. Sitzungsdauer, Sitzungsfrequenz, Honorarregelungen) aufgeklärt werden.

Gefordert wird von manchen darüber hinaus ein „Beipackzettel“ für verschiedene Therapieverfahren und Methoden, der über typische Wirkungen, aber auch über Auswirkungen auf das soziale Umfeld, philosophische Grundannahmen und Menschenbilder informiert sowie auch Warnhinweise auf potenziell schädigende Effekte beinhaltet (vgl. dazu Auckenthaler, 1989; Kleiber, 1990; Märtens, 2005).

- **Prüfung der allgemeinen Indikation für Psychotherapie:** Bei der Zuordnung von Klienten zu möglichst passenden Behandlungen ist auf einer ersten groben Selektionsstufe abzuklären, ob eine allgemeine Indikation für Psychotherapie (z.B. in Abgrenzung zu einer somatischen Behandlung) vorliegt. Um dies zu prüfen, setzen Krankenversicherungen und Beihilfestellen der Länder in Deutschland das sog. *Gutachterverfahren* ein, das als eine externe Form der Qualitätssicherung betrachtet werden kann. Grundlage für das jeweils zu erstellende Gutachten ist ein Bericht des zuständigen Therapeuten, der neben Symptomatik, Anamnese, Störungsentstehung und Diagnostik des betreffenden Klienten auch einen konkreten Behandlungsplan mit Zielsetzung und Prognose enthalten muss. Neben der Notwendigkeit und Zweckmäßigkeit einer Psychotherapie wird auch deren Wirtschaftlichkeit beurteilt. Existieren gleichwertige, aber günstigere Alternativen, ist diesen der Vorzug zu geben (vgl. Fydrich, 2005).
- **Indikations- und Kontraindikationskriterien:** Ist die allgemeine Indikation für Psychotherapie gegeben, kann auf einer nächsten Selektionsstufe dafür gesorgt werden, möglichst günstige Passungen von Klienten und therapeutischen Behandlungen zu schaffen bzw. besonders ungünstige von vorn herein zu verhindern. Hierzu dient u.a. die Formulierung von Indikations- und Kontraindikationskriterien, die teils auf praktischen Erfahrungswerten, teils auf systematischen Forschungen zu Prädiktoren von Therapieerfolg und -misserfolg beruhen. Sie können auf der Ebene eines therapeutischen Ansatzes angesiedelt sein, wenn die angebotene Behandlung etwa auf bestimmte Schwerpunkte beschränkt wird (vgl. Fäh, 2002; Zimmer, 1996). Die Formulierung von Indikations- und Kontraindikationskriterien kann sich aber auch auf spezifische therapeutische Vorgehensweisen oder Techniken beziehen.
- **Störungsspezifische Interventionen:** Um sicherzustellen, dass Klienten mit einem bestimmten Problem auch eine Behandlung erhalten, die optimal darauf abgestimmt ist, wird aus der Medizin immer mehr der Trend übernommen, evidenzbasierte Behandlungsleitlinien zu erstellen. Es werden dabei solche Interventionen zur Therapie empfohlen, deren Behandlungserfolg bei einer bestimmten Störung durch wissenschaftliche Erkenntnisse als am besten abgesichert gilt. In diesen Bereich gehören die Bewegung der *empirically supported treatments* (EST), die Entwicklung *störungsspezifischer Therapiemanuale* sowie die Durchführung strukturierter störungsspezifischer Behandlungsprogramme oder auch *Disease-Management-Programme* (DMP). Allerdings stehen ausreichende empirische Belege dafür, dass derartige Behandlungsleitlinien die Versorgung wirklich verbessern, noch aus (Fydrich, 2005) – die Bewegung der EST hat die Verschlechterungsraten bei Klienten jedenfalls nicht senken können (vgl. Lambert, 2005). Und auch die viel propagierte Einführung störungsspezifischer

Therapiemanuale wird von einigen Autoren kritisch gesehen (u.a. Auckenthaler, 1997; 2000), da sich in Studien gezeigt hat, dass manualisierte Behandlungen auch Nachteile haben, nämlich die therapeutische Beziehung ungünstig beeinflussen können (vgl. Kap. 3.2.1.1). Generell muss geklärt werden, ob der medizinische Ansatz einer eindeutigen Zuordnung von Diagnose (Krankheit) und Behandlung (Medikament) überhaupt auf den Bereich der Psychotherapie transferierbar ist. Das häufige Vorkommen diagnostischer Mischkategorien in der psychotherapeutischen Praxis und die im Vergleich zur Medizin heterogeneren Erscheinungsformen sowohl innerhalb ein und derselben Störungskategorie als auch innerhalb ein und derselben Behandlungsform lassen dies zumindest fraglich erscheinen.

- **Aptitude by Treatment Interaction (ATI) Research:** Der Ansatz der Aptitude by Treatment Interaction (ATI) Research wurde aus dem Versuch abgeleitet, Interventionen auf der Grundlage von Klientenmerkmalen auszuwählen (sog. „prescriptive psychotherapies“)⁶. Es werden dabei Interaktionen zwischen bestimmten Behandlungsbedingungen und Klientenvariablen ermittelt und als Ausgangspunkt dafür genommen, das therapeutische Vorgehen über den gesamten Therapieverlauf hinweg differenziell und möglichst optimal an den spezifischen Klienten anzupassen (Clarkin & Levy, 2004; Lutz & Grawe, 2005). Forschungsprogramme, die sich diesem Ansatz gewidmet haben, sind zum Beispiel die differenzielle Psychotherapieforschung der Berner Arbeitsgruppe um Klaus Grawe (z.B. Grawe, Caspar & Ambühl, 1990) oder das Modell der Systematic Treatment Selection (vgl. Beutler, 2001).
- **Überweisung:** Damit für jeden Klienten tatsächlich ein passender Therapeut gefunden werden kann, müssten Klienten wohl auch häufiger weiterverwiesen werden (vgl. Märtens, 2005). Anlass hierfür kann eine Fehlpassung von Therapieanliegen und Therapieverfahren, aber auch eine ungünstige zwischenmenschliche Passung von Klient und Therapeut sein. Im Allgemeinen wird von dieser Möglichkeit allerdings nur zaghaft Gebrauch gemacht. Dies könnte damit zu tun haben, dass Therapeuten die Vorboten eines Therapiemisserfolgs häufig übersehen (vgl. Hill, Thompson & Corbett, 1992; Lambert, 2005), aber auch damit, dass zur Überweisung stets das Eingeständnis gehört, an Grenzen der eigenen Effektivität gestoßen zu sein.

5.2 Adaptive Strategien

- **Monitoring- und Feedbacksysteme:** In den letzten Jahren haben insbesondere Ansätze einen Aufschwung erlebt, die es ermöglichen, während einer laufenden Therapie ungünstige Veränderungen auf Seiten des Klienten im Auge zu behalten und bei Bedarf das Vorgehen so zu ändern, dass negative Entwicklungen behoben werden können. Das all diesen Ansätzen gemeinsame Prinzip ist der regelmäßige Einsatz psychometrischer Erhebungen mittels spezifischer Selbst- oder Fremdbeurteilungsmaße, mit denen sich die Qualität der

⁶ Neben der Selektion geeigneter „treatments“ bietet das STS-Modell inzwischen auch die Möglichkeit, den Behandlungsfortschritt bzw. Veränderungen während der Therapie zu überwachen. Genaugenommen stellt es also eine Kombination aus selektiven und adaptiven Strategien dar.

Therapiebeziehung, das Befinden des Klienten sowie Tendenzen in Richtung Fortschritt vs. Verschlechterung über den Therapieprozess hinweg überwachen lassen. Solche Systeme sind auf der Grundlage von Untersuchungen entstanden, die nachweisen konnten, dass die Ausprägung bestimmter Variablen in frühen Therapiestadien das Therapieergebnis vorhersagen kann. In Ergänzung einfacher Monitoringverfahren wurden Feedbacksysteme entwickelt, die dem Therapeuten nicht nur Zwischenergebnisse rückmelden, sondern zusätzlich auch Empfehlungen mitliefern, wie er am besten weiter verfahren sollte (vgl. Fydrich, Nagel, Lutz & Richter, 2003; Hannan, Lambert & Harmon, 2005; Lambert, 2005; Lambert, Whipple & Hawkins, 2005).

- **Patientenorientierte Versorgungsforschung:** Während die bisher genannten Systeme ausschließlich adaptive Strategien nutzen, werden in anderen Ansätzen adaptive auch noch mit selektiven Strategien kombiniert. Die patientenorientierte Versorgungsforschung steht in der Tradition der differenziellen Psychotherapieforschung. Sie soll dazu beitragen, die Kluft zwischen Forschung und Praxis zu überwinden, die dadurch zustande kommt, dass die Wirksamkeit eines Therapieverfahrens im Durchschnitt (nomothetischer Ansatz der Wissenschaftler) nur wenig über die Effektivität und den Verlauf einer Therapie im Einzelfall (ideografischer Ansatz der Praktiker) aussagt. Um beide Ansätze in einer Forschungsstrategie zu verbinden, werden Modelle entwickelt, die die differenzielle (Auswahl der bestgeeigneten Intervention für einen Klienten) und adaptive Indikation (Anpassung der Intervention an den Einzelfall während des Therapieprozesses) durch empirisch begründete Entscheidungs- und Handlungsregeln unterstützen. Zwischenergebnisse und ungünstige Entwicklungen im Therapieprozess können dabei direkt an den behandelnden Therapeuten rückgemeldet werden. Zunächst wird zum Beispiel die im sog. Dosis-Wirkungsmodell beschriebene log-lineare Beziehung zwischen Behandlungsdauer und Therapieerfolg (Gesamtindex psychischer Gesundheit in Abhängigkeit der Therapiestunde) für einzelne Klienten ermittelt und untersucht, inwieweit diese individuellen Therapieverläufe durch bestimmte Klienteneingangscharakteristika (z.B. Chronifizierung der Probleme, vorherige Psychotherapie oder erwartete Effektivität der Therapie aus Klientensicht) vorhersagbar sind. Erweisen sich bestimmte Klientenmerkmale zu Therapiebeginn als signifikante Verlaufsprädiktoren, kann die Erhebung dieser Variablen bei späteren Fällen den individuellen Therapieverlauf vorhersagen (erwarteter Verlauf). Die Verlaufsprognose kann dabei durch Hinzuziehung von Prozessprädiktoren, d.h. Ergebnisse psychometrischer Erhebungen während der Therapie, noch weiter präzisiert werden. Zusätzlich wird eine bestimmte Vorhersagegrenze bestimmt, deren Unterschreiten als Hinweis dafür gilt, dass die Therapie unerwartet ungünstig verläuft. Der Therapieprozess in einem konkreten Einzelfall wird nun fortlaufend mit dem erwarteten Verlauf verglichen. Fallen die Messwerte eines Klienten zu einem bestimmten Therapiezeitpunkt unter die Vorhersagegrenze, wird an den Therapeuten ein „Alarmsignal“ rückgemeldet, welches ihm die Möglichkeit gibt, den Therapieverlauf durch adaptive Indikationsentscheidungen positiv zu wenden (indem er z.B. die Interventionsstrategie ändert, Supervision wahrnimmt, den Klienten überweist o.Ä.). Verlaufsvorhersagen in Abhängigkeit bestimmter Klientenmerkmale können auch für unterschiedliche Behandlungsmodalitäten, Therapiesettings oder Therapeuten ermittelt werden. Auf der Grundlage dieser Daten können

wiederum für spätere Klienten gezielter solche Behandlungsbedingungen bzw. Passungen ausgewählt werden, die am ehesten aussichtsreich sind (differenzielle Indikation). Die erwarteten Verläufe lassen sich außerdem noch besser auf den Einzelfall ausrichten, indem aus den bereits untersuchten Stichproben homogene Subgruppen herausgezogen und Vorhersagen für diese „ähnlichsten Klienten“ berechnet werden – ein Vorgehen, das mit Prognosemodellen in der Lawinenforschung vergleichbar ist (Lutz, 2003; Lutz, Kosfelder & Joormann, 2005; Lutz, Matinovich & Howard, 2001; Lutz, Tholen & Kosfelder, 2005). Strategien der patientenorientierten Versorgungsforschung werden mittlerweile in verschiedenen Forschungsprogrammen zur Verbesserung der Ergebnisqualität eingesetzt (vgl. Lambert, 2001).

- **Adaptive Indikationsentscheidungen auf der Grundlage von Regeln vs. therapeutische Flexibilität:** Die Frage der adaptiven Indikation steht nicht nur dann im Raum, wenn die Messwerte eines Klienten unterhalb eines erwarteten Verlaufs rangieren und deshalb eine Änderung des Vorgehens angezeigt ist. Die Anpassung der Intervention an den individuellen Klienten sollte vielmehr fortlaufend und im Hinblick auf verschiedenste Aspekte erfolgen. Dick, Grawe, Regli & Heim (1999) schlagen vor, adaptive Indikationsentscheidungen systematisch auf der Basis von Entscheidungsregeln zu treffen, die vorgeben, wie am besten vorzugehen wäre, wenn der Therapeut im Therapieprozess auf bestimmte Klientenmerkmale oder Problemkonstellationen aufmerksam wird. Eine Alternative hierzu wäre ein therapeutisches Vorgehen, in dem der Therapeut spontan unter Rückgriff auf sein Erfahrungswissen und Berücksichtigung der spezifischen Situation erspürt, was ein Klient gerade braucht. Das flexible Sich-Einstellen auf die Bedürfnisse und Besonderheiten des individuellen Klienten erfolgt hier fließend und eher im Sinne von „Kunst“ als durch „Anwendung therapeutischer Strategien“. Ein Plädoyer für mehr Flexibilität und weniger Reglementierung im therapeutischen Handeln zeigt sich indirekt auch in der Kritik an Behandlungsmanualen. An die zunehmende Manualisierung von Psychotherapie waren zunächst hehre Hoffnungen geknüpft. Verfahrensspezifisches therapeutisches Handeln sollte dadurch in Studien besser operationalisierbar und messbar werden, Interventionen sollten sich in der Ausbildung dadurch leichter vermitteln lassen und auch unabhängig von theoretischen Orientierungen anwendbar sein, und Supervision sollte nahezu überflüssig werden. Zudem versprach man sich von der häufig störungsspezifischen Ausrichtung der Manuale auch eine qualitativ hochwertigere Psychotherapie. Wie sich gezeigt hat, führt der Einsatz von Manualen jedoch nicht unbedingt zu einer Qualitätsverbesserung, welche sich in Form eines besseren Therapieoutcomes bemerkbar macht. Im Gegenteil weisen Studien darauf hin, dass das Sich-verlassen auf ein Manual sogar negative Auswirkungen auf den Therapieprozess haben kann (vgl. Auckenthaler, 1997, 2000; Henry, Schacht, Strupp, Butler & Binder, 1993; Henry, Strupp, Butler, Schacht & Binder, 1993).
- **Spezifischer Umgang mit schwierigen Therapiesituationen und Klienten:** Um Misserfolge und negative Effekte zu verhindern, können Therapeuten auch besondere Kenntnisse oder Kompetenzen dazu erwerben, wie sie gezielt mit schwierigen Therapiesituationen oder Klienten umgehen können. So nimmt Thommen (2005) etwa Bezug darauf, dass bei der Behandlung von

Borderline Klienten gerade zu Therapiebeginn in der Gestaltung der Therapiebeziehung auf eine angemessene Nähe-Distanz-Regelung zu achten ist, und Zimmer (1996) weist auf spezifische „Beziehungsfallen“ hin, die für bestimmte Symptombilder (etwa Zwangsstörungen oder Alkoholismus) und ihre Behandlung typisch seien. Sachse (2005) vermittelt Handlungsprinzipien im Umgang mit schwierigen Interaktionssituationen. Damit meint er solche „Phasen im Prozess der Psychotherapie, in denen das Verhalten des Klienten eine Krise erzeugt, auf die der Therapeut reagieren muss, wenn er eine Gefährdung der therapeutischen Allianz verhindern will“ (ebd., S. 123). Krisen dieser Art kommen nach Sachse dadurch zustande, dass der Klient explizit oder implizit die Beziehung zum Therapeuten thematisiert und die Therapiebeziehung infrage stellt (z.B. durch Kritik oder ein unangemessenes Beziehungsangebot).

- **Supervision:** Als eine wesentliche Maßnahme zur Qualitätssicherung wird traditionell auch die Supervision betrachtet. Durch sie sollen Therapeuten fachlich und emotional unterstützt werden und Gelegenheit bekommen, eigene professionelle wie auch persönliche Stärken und Schwächen in ihrer Bedeutung für die therapeutische Tätigkeit zu reflektieren. Dadurch soll die Qualität der therapeutischen Arbeit verbessert und somit auch das Behandlungsergebnis für den Klienten positiv beeinflusst werden. Empirische Belege existieren bisher aber vor allem dafür, dass die Supervisanden von der Supervision profitieren und ihre Kompetenzen dadurch erweitern können (vgl. Auckenthaler, 2002). In den wenigen Studien, die einen positiven Zusammenhang zwischen Supervision und Therapiebeziehung (die ihrerseits mit dem Therapieergebnis korreliert) fanden, konnte dieser Effekt auf den Einsatz besonders aktiver Supervisionsmethoden zurückgeführt werden (z.B. direkte Anwesenheit des Supervisors als Co-Therapeut verglichen mit Supervision auf der Grundlage von Videobändern direkt nach einer Sitzung). Diese Befunde stehen allerdings im Widerspruch zur gängigen Praxis, bei der Supervisand und Supervisor unter sich sind und ersterer lediglich von der Sitzung erzählt (Nolan, Strassle, Roback & Binder, 2004).
- **Intervision:** Neben der Supervision durch dafür besonders ausgebildete Personen, gibt es auch die Möglichkeit der Intervision unter Kollegen. Es liegt nahe, dass kollegiale Unterstützung und Feedback hilfreich sind, insbesondere wenn man mit schwierigen Fällen arbeitet und sich dadurch einer höheren Burnoutgefahr aussetzt. In der Dialektisch-Behavioralen Therapie von Borderline Klienten ist ein „peer support system“ deshalb integraler Bestandteil des Behandlungssettings (vgl. Linehan, 1996a). Allerdings gibt es ebenso wie im Bereich der Supervision noch nicht ausreichend Nachweise dafür, dass Intervision die Effektivität von Therapeuten tatsächlich steigert und Misserfolge vermeiden hilft (vgl. Nolan, Strassle, Roback & Binder, 2004).
- **Qualitätszirkel:** Eine weitere Möglichkeit, Therapeuten bei ihrer Tätigkeit zu unterstützen, ist die Arbeit in Qualitätszirkeln. Alle daran beteiligten Personen sind mit einem bestimmten Aufgabenbereich befasst (z.B. Psychotherapie), können aber prinzipiell verschiedenen Professionen angehören. Der Moderator eines Qualitätszirkels stellt bestimmte Methodenkenntnisse, Problemlöseansätze und gruppenspezifische Techniken bereit, gehört

aber, anders als der Supervisor, nicht zum jeweiligen Fachbereich. Die Arbeit in Qualitätszirkeln läuft selbst als strukturierter Problemlöseprozess ab: Auf der Grundlage einer Ist-Soll-Analyse wird zunächst ein Veränderungsplan entwickelt. Dieser wird dann durchgeführt und seine Ergebnisse im Hinblick auf die angestrebten Ziele überprüft. Zeigen sich hierbei Schwierigkeiten, wird wiederholt in die Planungsphase eingetreten („Plan-Do-Check-Act“-Methode). Ebenso wie in Supervision und Intervision sollen Therapeuten in Qualitätszirkeln Unterstützung und Entlastung finden und ihre Effizienz dadurch verbessern. Gegenstand von Qualitätszirkelarbeit können darüber hinaus aber auch Arbeitsroutinen und Organisationsabläufe sein, für die funktionalere Alternativen entwickelt werden sollen. Inwieweit Qualitätszirkelarbeit die therapeutische Praxis im Sinne von Effizienzsteigerung beeinflusst, ist bisher ebenfalls ungeklärt (vgl. Fydrich, 2005).

- **Beratungsangebote für Klienten und Therapeuten:** Auch auf offizieller Ebene des Berufsstandes sieht man sich zunehmend in der Verantwortung, die Qualität der psychotherapeutischen Versorgung zu optimieren und zu diesem Zweck Beratungsangebote für Klienten und Therapeuten bereitzustellen. So ist etwa an der Psychotherapeutenkammer Berlin im Jahr 2006 eine *Ombudsstelle* eingerichtet worden, die einer förmlichen Beschwerde vorgeschaltet ist. Sie informiert die Beschwerdeführer über mögliche weitere (z.B. juristische) Schritte und deren Konsequenzen und kann als neutrale Instanz einen Dialog zwischen Klient und Therapeut anstoßen und leiten, der zur Problemlösung beitragen kann (vgl. Bertram & Borgmann, 2005). Um sowohl Therapeuten als auch Klienten zu helfen, die mit schwierigen Situationen in der Therapie zu kämpfen haben, hat Elkind (1992) eine besondere Form der *Therapieberatung* entwickelt. Aufgabe des Beraters ist es hierbei, die persönlichen Anteile von Therapeut und Klient an den bestehenden Schwierigkeiten aufzudecken und diese beiden Beteiligten unter Zuhilfenahme verfügbarer theoretischer Begrifflichkeiten zu beschreiben.
- **Scheitern als Chance: Das Prinzip der Fehlerfreundlichkeit:** Immer mehr Autoren beleuchten Therapiemisserfolg von seiner produktiven, weil lehrreichen Seite und plädieren für eine enttabuisierte, sogar offensive Beschäftigung mit therapeutischem Versagen in Praxis und Ausbildung. Da Psychotherapie in psychische und soziale Systeme eingreift, deren Funktionsweise nie vollständig zu durchdringen ist, bringt sie notwendigerweise Risiken mit sich. Es läge also nahe, die Unvermeidbarkeit von Fehlern zu akzeptieren und zum Ausgangspunkt eines fehlerfreundlichen Diskurses zu machen (vgl. Kleiber, 1990; Kleiber & Kuhr, 1988; Kottler & Blau, 1991; Kottler & Carlson, 2003; Ritscher, 1987; zum Konzept der Fehlerfreundlichkeit in der Supervision vgl. Auckenthaler, 1995).

6 Psychotherapeutische Wirkfaktoren – der Schlüssel zum Erfolg?

Ein anderer Weg, therapeutisches Handeln zu optimieren, führt statt über die Auseinandersetzung mit Versagen und Misserfolgen über die Ermittlung der eigentlich wirksamen Elemente in der Psychotherapie. Die Wirkfaktorenforschung befasst sich mit Fragen wie: Was ist mindestens nötig, damit eine Psychotherapie funktioniert? Wovon hängt der Therapieerfolg ab, was ist eher überflüssiges Beiwerk? Oder: Was haben erfolgreiche Therapien verschiedener Ansätze gemeinsam? Kennt man die Antworten auf solche Fragen, mag es auch leichter sein zu ermitteln, weshalb eine bestimmte Therapie misslungen ist. Beispielsweise. ließe sich feststellen, dass ein notwendiges Element darin gefehlt hat oder in zu geringem Ausmaß vorhanden war. Ob Theorien und Forschungsergebnisse zu Wirkfaktoren von Psychotherapie tatsächlich auch Antworten auf Warum-Fragen des Scheiterns geben, ist jedoch erst zu klären.

Im Anschluss werden zunächst verschiedene theoretische Wirkfaktorenmodelle dargestellt. Danach erfolgt ein kurzer Überblick über die zentralen Forschungsergebnisse der Wirkfaktorenforschung.

6.1 Theoretische Modelle zu allgemeinen Wirkfaktoren von Psychotherapie

Der Gedanke gemeinsamer wirksamer Elemente in verschiedenen Therapien hat eine längere Tradition; jedoch erschien er zunächst weniger attraktiv als die Identifikation mit einem der spezifischen Therapieansätze, die durch ein eigenes Theoriegebäude und darauf basierende Methoden charakterisiert sind. Bereits im Jahr 1936 veröffentlichte der Psychologe *Saul Rosenzweig* einen Artikel, in dem er die Ansicht vertrat, dass die Wirksamkeit verschiedener Therapien mehr mit gemeinsamen Faktoren zusammenhänge und weniger mit ihren theoretischen Unterschieden. Anfang der 60er Jahre stellte dann Jerome Frank in seinem bekannt gewordenen Buch „*Persuasion and Healing*“ (deutsch: „Die Heiler“) die These auf, dass die Gleichförmigkeit der Effekte verschiedener Therapiemodelle auf eine Gruppe gemeinsamer Wirkfaktoren zurückzuführen sei. In seinem konzeptübergreifenden Modell benennt er sechs Komponenten, die Therapien ansatzübergreifend kennzeichnen:

- Eine emotional involvierende, *vertrauensvolle Beziehung* des Klienten mit einem Therapeuten oder Helfer
- Bestimmte therapeutische *Rahmenbedingungen und Rollenzuschreibungen* bzw. ein Setting, das zum einen die Rolle des Therapeuten als „Heiler“ heraushebt und damit die Hilfeerwartung des Klienten stärkt und zum anderen Sicherheit gewährleistet
- Ein bestimmtes *Rational, konzeptuelles Schema oder ein Mythos*, die Erklärungen für die Probleme des Klienten und deren Behandlung bieten
- Ein *Ritual* bzw. spezifische Verhaltensformen und -abläufe, die die aktive Beteiligung von Klient und Therapeut erfordern und von beiden als treibende Kräfte der Veränderung/Heilung gesehen werden (Frank, 1985).

Die Begriffe „Mythos“ und „Ritual“ verwendet Frank dabei gezielt um aufzuzeigen, dass therapeutische Theorien und Vorgehensweisen, wenngleich sie typischerweise in wissenschaftlichen Begriffen formuliert sind, sich der Falsifikation entziehen. Das heißt, ihre Anhänger deuten Behandlungserfolge im Sinne einer Gültigkeit der zugrundeliegenden Theorien, und Misserfolge werden häufig einfach weginterpretiert.

Was für die Wirkung einer Therapie intrapsychisch bedeutsam ist und durch diese Komponenten befördert wird, ist nach Frank die Verringerung der *Demoralisierung* des Klienten, „a state of mind characterized by one or more of the following: subjective incompetence, loss of self-esteem, alienation, hopelessness (feeling that no one can help), or helplessness (feeling that other people could help but will not)“ (ebd., S. 56).

Ein weiterer Pionier der Erforschung gemeinsamer effektiver Elemente war *Carl Rogers*, der mit seiner Auffassung der therapeutischen Beziehung die klinische Praxis und Therapieforschung bahnbrechend beeinflusst hat. Die von ihm formulierten „necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change“ (Rogers, 1957), umfassen:

- 1) Eine Beziehung zwischen Klient und Therapeut
- 2) Der Klient befindet sich in einem Zustand der Inkongruenz, ist verletztlich oder ängstlich
- 3) Der Therapeut befindet sich in einem Zustand der Kongruenz, ist gegenüber dem Klienten authentisch/ aufrichtig („he is what he actually is, in this moment of time“, ebd., S. 97)
- 4) Der Therapeut empfindet unbedingte positive Wertschätzung („unconditional positive regard“) für den Klienten
- 5) Der Therapeut entwickelt ein empathisches Verständnis für den inneren Bezugsrahmen des Klienten und spiegelt dies dem Klienten zurück. Empathie versteht Rogers hier so: „To sense the client’s private world as if it were your own, but without ever losing the ‘as if’ quality“ (ebd, S. 99)
- 6) Der Klient nimmt die unbedingte positive Wertschätzung und Empathie, die ihm der Therapeut entgegenbringt, zumindest in Ansätzen wahr.

Diese Bedingen müssen nach Rogers über einen längeren Zeitraum gegeben sein, damit eine konstruktive Persönlichkeitsänderung erfolgen kann. Er nahm an, dass sie in allen Therapieformen, aber auch für Persönlichkeitsänderungen *außerhalb* einer Therapie von Bedeutung sind und auf unterschiedlichen Wegen (über verschiedene Methoden) realisiert werden können.

Bandura (1977) konzentrierte sich in seiner Arbeit auf nur einen, vom spezifischen Vorgehen verschiedener Ansätze unabhängigen, gemeinsamen Faktor, der in erster Linie auf kognitiver Ebene wirksam ist. Dieser Faktor bezieht sich darauf, inwieweit ein Klient in der Therapie die Erwartung entwickelt bzw. zurückgewinnt, seine Probleme eigenständig lösen zu können, inwieweit er also von seiner *Selbstwirksamkeit* („self-efficacy“) überzeugt ist. Dieses Konzept zeigt eine gewisse Nähe zu Franks Demoralisierungsbegriff, auch hier geht es ja darum, beim Klienten Hoffnung aufzubauen, dass seine Schwierigkeiten zu bewältigen sind. Die Selbstwirksamkeitserwartung des Klienten kann nach Bandura in der Therapie über verschiedene Arten von Erfahrungen beeinflusst werden: *Nachempfindung* (stellvertretend gemachte Erfahrungen), *Verordnung* (Einüben von Erfahrungen mit

dem Therapeuten), *Ermahnung* (Aufforderung an den Klienten, Erfahrungen zu machen), und *Gefühlsregung* (Erfahrung wird durch emotionale Aktivierung gemacht).

Karasu (1986) hebt in seinem Ansatz drei Wirkkomponenten („change agents“) hervor, die in allen Therapieverfahren in unterschiedlicher Gewichtung vorzufinden sind, nämlich *affektives Erleben*, *kognitive Beherrschung* und *Verhaltensregulation*. Diese Komponenten können nach Karasu durch unterschiedliche therapeutische Vorgehensweisen angesprochen werden, wobei er den Versuch unternimmt, den einzelnen Wirkkomponenten bestimmte therapeutische Handlungen zuzuordnen. Für die Verhaltensregulation lassen sich so etwa operante Konditionierungstechniken der Verhaltenstherapie, Modelllernen in der Psychoanalyse oder Feedback einsetzen. Techniken des affektiven Erlebens sieht Karasu im freien Assoziieren in der Psychoanalyse oder im Flooding der Verhaltenstherapie; und kognitive Beherrschung steht für ihn zum Beispiel im Zusammenhang mit Interpretationen in der Psychoanalyse oder Reframing in der Verhaltenstherapie. Ein generelles Problem dieser Zuordnungsversuche liegt allerdings darin, dass davon auszugehen ist, dass therapeutische Interventionen ganzheitlicher, d.h. auf verschiedenen Ebenen zugleich und zudem nicht unbedingt in vorhersehbarer Weise verarbeitet werden. Kognitive Auseinandersetzungen können schließlich von affektiven wie auch behavioralen Veränderungen begleitet sein.

Die meisten Wirkfaktoren-Modelle benennen jeweils eine bestimmte Anzahl von gemeinsamen Wirkfaktoren, die jeder für sich einen unabhängigen Beitrag zum Therapieergebnis leisten und getrennt von spezifischen Faktoren ermittelt werden können. Wampold (2002) geht in seinem „contextual model of psychotherapy“ hingegen davon aus, dass spezifische therapeutische Handlungen gar nicht isoliert und unabhängig von gemeinsamen Faktoren untersucht werden können. Wie in Franks Modell werden hier vor allem der heilende Kontext und die Bedeutung, die diesen therapeutischen Handlungen durch Therapeut und Klient verliehen wird, als für die Wirksamkeit der Therapie unabdingbar gesehen. Dass die spezifischen Techniken einer therapeutischen Behandlung gemessen an Kontextfaktoren (z.B. der Therapiebeziehung oder dem Glauben beider Beteiligten an die Wirksamkeit der Behandlung) für den Erfolg einer Therapie weniger entscheidend sind, heißt jedoch nicht, dass sie im kontextuellen Modell für überflüssig gehalten werden. Allerdings werden sie hier auf die Funktion reduziert, ein kohärentes Behandlungsrational zu formieren, das für Therapeut und Klient überzeugend und vertrauensstiftend ist. Erst die Bedeutung, die einer Technik oder einem bestimmten Vorgehen zugeschrieben wird, macht also deren Wirkung aus.

6.2 Zentrale Themen und Befunde der Wirkfaktorenforschung

Die jüngere Geschichte der Psychotherapieforschung lässt sich grob in drei Zeitabschnitte einteilen: In der Folge der durch Eysenck (1952) entfesselten Debatte um die Wirksamkeit der (psychoanalytischen) Therapie waren die Forschungsbemühungen der 50er bis 70er Jahre zunächst darauf ausgerichtet, Nachweise für die allgemeine Wirksamkeit von Psychotherapie zu erbringen. Es galt nachzuweisen, dass Psychotherapie überhaupt wirkt und, anders als von Eysenck behauptet, einen größeren Effekt zeigt als Spontanremission (was, wie bekannt ist, durchaus gelang).

In den 70er und 80er Jahren richtete sich das Forschungsinteresse vermehrt auf vergleichende Psychotherapiestudien, in denen die Wirksamkeit konkurrierender Ansätze untersucht wurde. Es ging

nun vor allem darum, mithilfe randomisierter kontrollierter Studien (RCT) herauszufinden, welches von zwei oder mehr Therapieverfahren in einem Wirksamkeitsvergleich am besten abschneidet.

Seit den 80er Jahren hat die Frage, was in der Psychotherapie eigentlich wirkt, zunehmend an Bedeutung gewonnen. Vorherrschend war hier der Zweig der schon früher von Kiesler (1966) geforderten kombinierten Prozess-Erfolgsforschung und die zusammenfassende Aufbereitung der dort erzielten Befunde in Metaanalysen. Neben seiner Forderung nach differenziellen Therapiestudien, die spezifischer klären sollten, welche Behandlung bei welchem Klienten und unter welchen Rahmenbedingungen am effektivsten ist, wies Kiesler auch darauf hin, dass nicht nur der Zustand vor und unmittelbar nach einer Therapie sowie bei einer katamnestischen Erhebung interessieren, sondern dass auch der Therapieprozess selbst von Bedeutung ist und deshalb ebenfalls untersucht werden muss. Wird der Erfolg einer Intervention im Zusammenhang mit dem Prozessgeschehen betrachtet, so ist eine kombinierte Prozess-Erfolgsforschung erforderlich, in der Prozess- und Veränderungsaspekte während der Therapie statistisch mit dem Therapieoutcome in Beziehung gesetzt werden. Typisch ist hierbei eine Mehrfacherhebung von Prozessvariablen wie Beziehungsfaktoren oder verbalen und nonverbalen Verhaltensweisen von Klienten und Therapeuten und deren Korrelation mit Erfolgsmaßen, die direkt nach Ende der Therapie sowie langfristig im Follow-up erhoben werden (zu weiteren Methoden, die in der Wirkfaktorenforschung zum Einsatz kommen vgl. Baumann & Reinecker-Hecht, 1998).

6.2.1 Die Spezifitätsdebatte

Theoriebildung und Forschung im Bereich der Psychotherapie sind vorwiegend von einem medizinischen Modell geprägt, welches voraussetzt, dass die für einen Therapieansatz spezifischen „Zutaten“ die alles entscheidende Quelle für therapeutische Effekte darstellen (vgl. Wampold, 2002). Entsprechend wurde anfänglich erwartet, dass die Wirkung von Psychotherapie insbesondere von Faktoren ausgehen müsse, die für ein bestimmtes Therapieverfahren einzigartig sind (wie Gegenübertragungsdeutungen in der Psychoanalyse, oder „systematische Desensibilisierung“ in der Verhaltenstherapie). Die erzielten Ergebnisse wiesen allerdings bald in eine ganz andere Richtung: Weitaus mehr Outcome-Varianz ließ sich tatsächlich durch Faktoren aufklären, die ansatzübergreifend vorzufinden sind und die zunächst in Analogie zu medizinischen Pharmastudien gern als „Placebo“-Anteile betrachtet wurden (eine Analogie, die allerdings nicht unproblematisch ist, vgl. Bozok & Bühler, 1988, Wampold, 2001). Darunter fallen die psychotherapeutischen Rahmenbedingungen (z.B. Setting, therapeutischer Kontrakt, Komplementarität der Rollen von Therapeut und Klient), therapeutisch herbeigeführte Prozesse wie emotionale Anregung oder Lernvorgänge und Charakteristika der Therapeut-Klient-Beziehung. Die Therapiebeziehung nimmt auch aus Sicht von Klienten eine zentrale Stellung ein (vgl. Senf & Schneider-Grammann, 1990), und ihr Zusammenhang mit dem Therapieergebnis gilt – mit über 1000 Belegen – als bestgestützter Befund der Wirkfaktorenforschung (vgl. Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; Tschuschke & Czogalik, 1990).

Die herausragende Bedeutung ansatzübergreifender Faktoren lieferte letztlich eine Erklärung dafür, warum sich bei verschiedenen Therapieverfahren in Vergleichsstudien keine wesentlichen

Unterschiede in der Wirksamkeit feststellen ließen. Dieser hartnäckige Befund ist bekannt geworden unter dem Begriff des sog. „Dodo-Verdikts“, in Anlehnung an die Figur des Dodovogels bei *Alice im Wunderland*, der am Ende eines Wettkampfes feststellte: „Everyone has won and all must have prizes“ (vgl. Luborsky, Singer & Luborsky, 1975).

Zunächst schien die Forschungsbilanz des offenkundig größeren Einflusses „unspezifischer“ Faktoren problematisch, da sie gleichzeitig die kausale Rückführbarkeit von Therapieergebnissen auf theoretisch abgeleitete therapeutische Interventionen in Frage stellte und entsprechend als Indiz für eine mangelnde Wissenschaftlichkeit von Psychotherapie betrachtet wurde. Mittlerweile wird aber gerade den Faktoren, die ansatzübergreifend wirken, in der Psychotherapieforschung große Beachtung geschenkt. Nicht nur erscheinen stetig neue Studien und Operationalisierungen zu den verschiedenen Wirkfaktoren, sondern auch immer wieder neue Ordnungs- und Einteilungsversuche sowie ansatzübergreifende Therapiemodelle, die bisherige Forschungsergebnisse integrieren (vgl. Hubble, Duncan & Miller, 1999; Tscheulin, 1992; Tschuschke & Czogalik, 1990). Mal wird dabei der eine, mal der andere Aspekt stärker hervorgehoben.

Miller, Duncan & Hubble (2000) verweisen auf den viel unterschätzten Beitrag *extratherapeutischer Faktoren* zum Behandlungsergebnis. Hierzu gehören Einflüsse, die vom Klienten und seiner Lebenswelt sowie von zufälligen Ereignissen außerhalb der Therapie ausgehen. Ansehnliche 40% der Ergebnisvarianz sind nach Schätzungen (vgl. Lambert, 1992) durch solche Einflüsse zu erklären. Tallman & Bohart (1999) legen besonderes Gewicht auf die *Aufnahmebereitschaft und aktive Partizipation der Klienten*. Deren Vermögen, gewinnbringend für sich zu nutzen, was ihnen in der Therapie angeboten wird, halten sie für den größten gemeinsamen Wirkfaktor überhaupt – zur gleichen Einschätzung gelangen inzwischen auch Orlinsky et al. (2004) in der Neuauflage von *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*.

Andere Forschungen konzentrieren sich mehr auf die *Person des Therapeuten*, zum Beispiel dessen Interaktionsverhalten oder dessen implizite Theorien (Najavits, 2001). Auch das Ausmaß, in dem ein Psychotherapeut selbst an die Wirksamkeit des von ihm eingesetzten Therapieverfahrens glaubt, ist als potentieller Faktor untersucht worden und hat sich in Untersuchungen als bedeutend für den Therapieerfolg erwiesen (sog. *Allegiance-Forschung*, vgl. Wampold, 2001).

Seltener wird die Interaktion von Therapeut und Klient in Zusammenhang mit dem Therapieoutcome betrachtet. Jeger et al. (2001) fanden bei einer solchen Studie beispielsweise, dass sich Klienten erfolgreicher Therapien in ihren verbalen Äußerungen dem Handlungskontrollstil ihrer Therapeuten anpassten, und dass diese Übereinstimmung in klärungsorientierten Therapien größer war als in Verhaltenstherapien.

6.2.2 Die Wirkprinzipien nach Grawe

Auf der Grundlage einer umfassenden Metaanalyse (Orlinsky et al. 1995) zur Ermittlung des „Gesamtergebnisstandes“ in der Prozess-Erfolgs-Forschung, haben Grawe et al. (1995; 2005) zentrale therapeutische Wirkfaktoren abgeleitet. Diese können die bisher erzielten Befunde besser erklären als die theoretischen Annahmen der bestehenden Therapieschulen und stellen deshalb für Grawe „den Grundriss dar, auf dem das Gebäude einer zukünftigen Allgemeinen Psychotherapie

errichtet werden kann“ (Grawe, 1994, S. 359). Die theoretischen und praktischen Begrenzungen der verschiedenen Therapieschulen sollen hier aufgegeben und durch ein allgemeines Verfahren ersetzt werden, welches als Handlungsgrundlage alle gesicherten Ergebnisse der Psychotherapieforschung nutzt. Die von Grawe genannten Wirkprinzipien sind:

- 1) *Ressourcenaktivierung*: Therapeutische Hilfe wird am besten so gestaltet, dass sie an die positiven Möglichkeiten und Fähigkeiten der Klienten anknüpft bzw. dass sich die Klienten auch in ihren Stärken und positiven Seiten erfahren können.
- 2) *Problemaktualisierung*: Die Schwierigkeiten, die gelöst werden sollen, müssen in der Therapie real erlebt werden (z.B. Übertragungsneurose in der Psychoanalyse, Erleben situationsgebundener Ängste in der Verhaltenstherapie).
- 3) *Aktive Hilfe zur Problembewältigung*: Der Therapeut unterstützt oder leitet den Klienten mit geeigneten Interventionen und Techniken direkt an, ein bestimmtes Problem zu lösen (darauf zielen zum Beispiel Selbstsicherheits- oder Konfrontationstraining in der Verhaltenstherapie). Es geht hier um den Aufbau einer Selbstwirksamkeitserwartung im Sinne von Bandura (1977): Der Klient soll sich selbst als kompetent erleben können.
- 4) *Motivationale Klärung*: In der Klärungsarbeit hilft der Therapeut dem Klienten, sich über die Bedeutungen seines Erlebens und Verhaltens im Hinblick auf seine bewussten und unbewussten Ziele und Werte klarer zu werden (dazu geeignet sind z.B. psychodynamische Therapietechniken wie Deutungen und therapeutisches Fragen oder Focusing in der Gesprächspsychotherapie).
- 5) *Therapiebeziehung*: Der Klient soll den Therapeuten als ihn unterstützend, aufbauend und in seinem Selbstwert positiv bestätigend erleben und Vertrauen in seine eigene Beziehungsfähigkeit entwickeln (vgl. Grawe, 2005).

Wie anknüpfende Prozess-Outcome-Studien (u.a. Grawe & Grawe-Gerber, 1999; Smith & Grawe, 2003) zeigen, sind insbesondere die Wirkfaktoren Therapiebeziehung und Ressourcenaktivierung „eine absolut notwendige Voraussetzung für ein gutes Therapieergebnis“ (Grawe, 2005, S. 8). Sie weisen einen hohen Zusammenhang zum Ausmaß positiver Klärungs- und Bewältigungserfahrungen auf, die selbst mit dem Therapieerfolg korrelieren ($r = 0.69$).

6.2.3 Die Veränderung von Bedeutungen

In allen fünf Faktoren kommt nach Grawe (1994) zum Tragen, was Psychotherapie insgesamt wirken lässt: Dass nämlich die Bedeutungen verändert werden, „in denen sich der Patient im Verhältnis zu sich selbst und zu seiner Umwelt erfährt“ (ebd., S. 363).

Power & Brewin (1997) richten in ihrem Buch *The Transformation of Meaning in Psychological Therapies* einen noch entschiedeneren Fokus auf diese Idee. Sie machen deutlich, dass sich verschiedenartige Psychotherapien auf einer (meta-)theoretischen Ebene integrieren lassen, wenn man sie als Prozesse betrachtet, in denen auf unterschiedliche Weise die Bedeutungen verändert

werden, die Klienten ihren Symptomen, Beziehungs- und Lebensproblemen zugeordnet haben. Solche Bedeutungen oder Themen (z.B. die überdauernde Wahrnehmung der eigenen Person als machtlos/minderwertig; oder die Wahrnehmung anderer als zurückweisend/feindselig) sind nach Ansicht der Autoren häufig Ursachen für störungsspezifische Symptome und Verhalten. Daher betrachten sie Prozesse der Bedeutungsveränderung als einen zentralen ansatzübergreifenden Wirkfaktor und zeigen auf, wie diese mit unterschiedlichen Methoden angestoßen werden können.

Der besondere Stellenwert sich verändernder Bedeutungen (oder Deutungsmuster) für die Beurteilung therapeutischer Effekte zeigt sich auch in verschiedenen qualitativen Studien, die der Forderung nach einer sozialwissenschaftlichen Konzeption therapeutischer Prozesse in der Wirksamkeitsforschung Rechnung tragen. Bei ihrer Studie zu langfristigen Effekten stationärer kognitiver Verhaltenstherapie ging Kühnlein (2002) insbesondere der Frage nach, wie sich personale Schemata (im Sinne Piagets) auf der Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsebene über einen Zeitraum von bis zu zwölf Jahren nach einer Therapie entwickeln. Sie konzipiert Psychotherapie als interaktive Vermittlung von Erfahrungs-, Erklärungs- und Handlungswissen, durch das auf Seiten der Klienten bestehende Deutungs- und Handlungsunsicherheiten abgebaut werden können. Da die Interviewerin in dieser Studie mit der ehemaligen Therapeutin identisch war, wurde von den Interviewpartnern keine direkte Bewertung der Therapieerfahrung und –effekte erbeten. Aspekte des Gelingens bzw. Misslingens der Psychotherapie konnten so nur indirekt aus den Klientenberichten rekonstruiert werden. Auf der Grundlage ihrer Daten zieht Kühnlein jedoch den Schluss, dass eine Psychotherapie vor allem dann erfolgreich verläuft, wenn die in der Therapie gebotenen Wissensbestände und Erklärungsmuster anschlussfähig an die biografischen Konstruktionsmuster der Klienten sind bzw. in die bereits bestehenden Wahrnehmungs-, Deutungs- und Handlungsschemata der Klienten assimiliert werden können (vgl. auch Kühnlein & Mutz, 1997).

Krause Jacob (1992) untersuchte Veränderungsprozesse von Klienten in Beratung und Psychotherapie, wobei es ihr primär um „allgemeine, ‚unspezifische‘ Veränderungen“ (ebd. S. 44) ging. Als zentrale Erkenntniskategorie ihrer Untersuchung nennt sie die Veränderung von subjektiven Erklärungs-/Bewertungsmustern und subjektiven Theorien durch professionelle psychologische Hilfe. In ihrer Untersuchung finden sich nur vereinzelt negative Berichte. Diese geben durchaus Anhaltspunkte für Merkmale ungünstiger Interventionsverläufe – zum Beispiel die Überbetonung von Deutungen im Verhältnis zur Unterstützung bei realer Problembewältigung oder mangelnde Akzeptanz bzw. Internalisierung des psychologischen Deutungskontextes auf Seiten der Klienten – diese Ergebnisse werden jedoch nicht gesondert diskutiert.

Letztlich lassen sich hier auch die Ergebnisse einer eigenen explorativen Studie (Conrad, 2005) einordnen, die für eine kleine Gruppe erfolgreich therapierter Personen zeigen konnte, dass subjektive Sinnzuschreibungen, ihre Veränderung in der Therapie und ihr Transfer in den Alltag bei der Bewertung therapeutischer Wirksamkeit für Klienten eine wichtige Rolle spielen. Als entscheidend für den Therapieerfolg erwiesen sich dabei vor allem:

- Die Förderung *produktiver* Bedeutungen, also solcher, die die Chance einer Änderung implizieren und den Blick weg von Defiziten und hin zu persönlichen Ressourcen lenken

- Internalisierung und Transfer der neuen Bedeutungen in den Alltag der Klienten, und zwar dadurch, dass darauf abzielende Anregungen in der Therapie häufig wiederholt wurden und die Angemessenheit der neuen Sichtweisen durch entsprechende Erfahrung immer wieder bestätigt werden konnte. Wichtig war zudem, dass die Therapeuten den beim Bedeutungstransfer auftretenden Problemen gezielt begegneten, indem sie die Transferbemühungen ihrer Klienten aufmerksam verfolgten und im Bedarfsfall konkrete praktische Hilfestellungen, Hausaufgaben oder emotionale Unterstützung anboten
- Das Vermögen der Klienten, sich aktiv in die Therapie einzubringen und sich aus dem therapeutischen Angebot das herauszusuchen, was sie gebrauchen konnten
- Ein soziales Umfeld, das die Veränderungen infolge der neuen Welt- und Selbstsicht des Klienten mitzutragen bereit war und sich diesen nicht in den Weg stellte (vgl. Conrad, 2003).

Wirksamkeitskriterien, die in der kontrollierten Psychotherapieforschung gebräuchlich sind, wie Maße zur Erfassung der Symptomreduktion oder der generellen wie auch *prosozialen Funktionsfähigkeit* (vgl. dazu Kazdin, 1994), berücksichtigen Veränderungen der Innensicht kaum. Dagegen herrscht in der klassischen Gesprächspsychotherapie ebenso wie in anderen erlebensbezogenen Ansätzen längst Einigkeit darüber, dass es im Therapieprozess vor allem darum geht, neue Bedeutungen zu finden. Gemeint ist hier nicht das Aufspüren verborgener Bedeutungen durch den Therapeuten, sondern ein co-konstruktiver Prozess, in welchem der Klient dabei unterstützt wird, implizite Bedeutungen zu identifizieren und adäquat zum Ausdruck zu bringen (vgl. Auckenthaler & Bischof, 2004; Auckenthaler & Helle, 2002).

Auch in der Praxis jüngerer, konstruktivistisch orientierter Verfahren wie der Narrativen Therapie (Grossmann, 2000; White & Epston, 1998) oder Ansätzen mit lösungsorientiertem Vorgehen (Watzlawick et al., 2001; De Shazer, 1992) wird die Konzeptualisierung von Psychotherapie als Rekonstruktion oder Neukonstruktion von Bedeutungen explizit zu Grunde gelegt. Diese Idee lässt sich allerdings nicht allein auf den zunehmenden Einfluss sozialkonstruktivistischer Konzepte zurückführen (z.B. Burr, 1998; Gergen, 1994, 1999; McNamee & Gergen, 1992), sondern ist im Prinzip seit Langem in den theoretischen Modellen über die Wirkungsweise von Psychotherapie enthalten. So findet sich schließlich schon in Jerome Franks (1971) Modell der Begriff der „Krankheitsmythologien“, die dem Klienten in der Therapie als Erklärungen für seine Probleme und deren Behandlung angeboten werden. Aber auch Banduras (1977) Konzept der *Selbstwirksamkeitserwartung*, die durch Therapie (wieder) hergestellt werden soll, und einer von Karasus (1986) *change agents*, nämlich die *kognitive Beherrschung*, beziehen sich letztendlich auf die Umstrukturierung von Bedeutungen im Therapieprozess.

7 Fragestellung

Das Forschungsinteresse an Misserfolgen und negativen Effekten in der Psychotherapie hat in den letzten Jahren einen Aufschwung erlebt. Doch sind immer noch viele Fragen unbeantwortet geblieben. Bisher besteht kein Konsens darüber, was einen Therapiemisserfolg eigentlich ausmacht. Vielmehr existiert eine Vielfalt unterschiedlicher Auffassungen, Definitionen und Kriterien, denen allen gemeinsam ist, dass sie die Sicht von Experten wiedergeben. Die Wahrnehmung und Erfahrung von Therapiemisserfolg aus *Klientenperspektive* wird in der Forschung meist vernachlässigt, zumindest selten dazu genutzt, Erkenntnis außerhalb vorgegebener Antwortmatrizen zu gewinnen. Sofern freie Äußerungen bei der Datengewinnung möglich sind, werden diese anschließend häufig im Sinne bereits bekannter Forschungskategorien reinterpretiert.

Ein Grund für die geringe Beachtung der Klientenperspektive in der Misserfolgsvorschung mögen Vorbehalte von Forschern sein, wonach Äußerungen von Therapie Klienten generell mit größter Vorsicht zu genießen seien, da diese aufgrund ihrer psychischen Beeinträchtigung zu systematischen Verzerrungen neigen könnten. Allerdings zeigen Forschungsergebnisse, dass auch auf Einschätzungen von Experten nicht unbedingt Verlass ist. So hat sich schließlich herausgestellt, dass Therapeuten oftmals nicht in der Lage sind, bei ihren Klienten Anzeichen von Verschlechterung zu erkennen, dass sie aber Verbesserungsraten regelmäßig (und man möchte meinen, auch systematisch) überschätzen (vgl. Hannan, Lambert & Harmon, 2005). Aber noch aus einem weiteren Grund scheint es nicht ratsam, sich auf die Sicht von Therapieforschern und Therapeuten zu beschränken: Solange unser Wissen über Therapiemisserfolge ausschließlich auf theoretischen Präkonzeptionen und Forschungskategorien von Experten gründet, verspielen wir die Chance, von den Klienten eventuell Neues zu lernen.

Für eine stärkere Berücksichtigung der Klientensicht sprechen Befunde, die Rogers (1957) Annahme bestätigt haben, dass es nicht so sehr die objektiv erfassten Verhaltens- und Beziehungsmerkmale von Therapeuten sind, die prognostische Relevanz für das Therapieergebnis aufweisen, sondern die Qualität der therapeutischen Beziehung, wie sie von den Klienten subjektiv wahrgenommen wird (vgl. Lambert & Barley, 2002; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki 2004). Mit ihrer Version des therapeutischen Geschehens bringen Klienten zudem Aspekte ein, deren Berücksichtigung das Verständnis psychotherapeutischer Prozesse bedeutsam erweitern kann. Dazu gehören Erfahrungen außerhalb der Therapie, die auf den therapeutischen Prozess in positiver oder negativer Weise rückwirken. Dazu gehören auch die ganz persönliche Verarbeitung/Interpretation therapeutischer Äußerungen und Verhaltensweisen, die ausschlaggebend dafür ist, ob das therapeutische Angebot als hilfreich erlebt wird. Ein weiterer Bereich, über den nur Klienten Auskunft geben können, betrifft verdeckte Bewertungs- und Steuerungsprozesse, in denen die aktive Beteiligung der Klienten am Therapiegeschehen zum Ausdruck kommt (Elliott, 2008; Rennie, 1994). Das Ausmaß, in dem diese sich als eigentliche Akteure der Therapie begreifen und dazu fähig sind, das dort Erfahrene gewinnbringend zu verwerten, hat einen zentralen Stellenwert für den Therapieerfolg. Hierbei handelt es sich um einen Befund der Psychotherapieforschung, der inzwischen ebenfalls als robust gilt (vgl. Orlinsky et al., 2004). Kurz:

There is an important clinical need to attend to client reasons for prematurely foregoing professional assistance from which they could potentially derive some important benefits. Given the large number of clients who leave treatment prematurely, study in this area should be given high priority. (Clarkin & Levy, 2004; S.198)

Untersuchungen, die sich mit Therapiemisserfolg befassen, darunter auch qualitative Studien, die sich mit negativen Therapieerfahrungen von Klienten auseinandersetzen (Grunebaum, 1986; Lilliengren & Werbart, 2005), erfolgen meist aus einer ansatzspezifischen Perspektive bzw. mit Blick auf ein bestimmtes Therapieverfahren. Insofern sind „in weiten Bereichen des psychotherapeutischen Feldes ... die Diskussionen um negative Effekte im theoretischen Konzept der eigenen Therapietheorie gefangen“ (Märtens & Petzold, 2002, S. 430). Ansatzübergreifende Betrachtungen sind selten. Dabei ignoriert die Forschung den nunmehr seit Jahrzehnten unumstößlichen Befund, dass die Wirksamkeit von Psychotherapie nur in geringem Maße von den ansatzspezifischen Vorgehensweisen einer Therapie, sondern vor allem von gemeinsamen Wirkfaktoren abhängt (u.a. Miller, Duncan & Hubble, 2000; Orlinsky, Grawe & Parks, 1994; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004; Tschuschke & Czogalik, 1990; Wampold, 2001). Läge es da nicht nahe, auch nach ansatzübergreifenden Faktoren des Scheiterns zu suchen? Haben ungünstige Therapieverläufe verfahrensunabhängige Gemeinsamkeiten? Wo bestehen gegebenenfalls Unterschiede? Und was wissen Klienten darüber zu berichten?

Ausgehend von den o.g. Schlussfolgerungen ergibt sich als Zielstellung der vorliegenden Untersuchung zum einen herauszufinden, wie Klienten Therapiemisserfolg erleben und was sie darunter verstehen. Die Hintergründe, Bedingungen und Folgen misslungener Psychotherapien, so wie sie aus Klientensicht dargestellt werden, sollen dabei detailliert herausgearbeitet werden. Zum anderen soll untersucht werden, inwieweit die von den Klienten genannten Aspekte ansatzspezifisch oder auch ansatzübergreifend relevant sind. Es sind also Klienten mit Erfahrungen in unterschiedlichen Therapieverfahren zu berücksichtigen.

Die Klienten sollen Gelegenheit bekommen, unter dem weit gefassten Thema Therapiemisserfolg ihre eigenen Schwerpunkte zu setzen; die Forschungsfragen sind dementsprechend offen zu formulieren:

- 1) Von welchen Erfahrungen berichten Klienten im Zusammenhang mit dem Misslingen ihrer Therapie, was ist ihnen dabei besonders wichtig?**
- 2) Was hat sich für die Klienten durch die Psychotherapie verändert, und welche Schäden sind ihnen gegebenenfalls dadurch entstanden?**
- 3) Unterscheiden sich die berichteten Aspekte im Hinblick auf verschiedene Therapieansätze?**

8 Methodik

8.1 Forschungsansatz

Im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen subjektive Konstruktionen der Klienten über den Zusammenhang zwischen bestimmten Bedingungen und Ereignissen im ambulanten Therapieprozess und dem späteren Behandlungsergebnis, also in diesem Fall ihrer Wahrnehmung, dass die Therapie negativ verlaufen oder gescheitert ist. Diese subjektiven Konstruktionen des Scheiterns sind für die therapeutische Praxis insofern von Bedeutung, als sie diejenige Wirklichkeit definieren und wiedergeben, auf deren Grundlage die Klienten ihre Therapie beurteilen, sich darin einbringen, sich gegebenenfalls auch zu einem Abbruch entscheiden. Es wird hier also einem **konstruktivistischen Standpunkt** folgend davon ausgegangen, dass nicht „objektive“ Gegebenheiten (wie das Liegen auf einer Couch), sondern erst deren Bedeutung aus Sicht der Klienten (z.B. als riskante Auslieferungssituation) entscheidend dafür sind, wie eine Therapie verläuft. Hierfür spricht auch der Befund, dass die Einschätzung der therapeutischen Beziehung aus Klientenperspektive den späteren Therapieerfolg weitaus präziser voraussagt als Einschätzungen außenstehender Beobachter (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Ein profundes Verständnis der Prozesse, die eine Psychotherapie scheitern lassen, ist demnach nicht losgelöst von der Klientensicht zu erreichen.

Zur Umsetzung der Fragestellung eignet sich der Einsatz einer **qualitativen Methodologie**. Ziel der Untersuchung ist nicht eine Theorieprüfung im Sinne des hypothetiko-deduktiven Paradigmas, also der Versuch, Hypothesen zu falsifizieren, die aus einer bestehenden Theorie über therapeutische Misserfolge abgeleitet wurden. Vielmehr geht es darum, Bedingungen des Scheiterns von Psychotherapie weitgehend unabhängig von a priori formulierten Theorien oder Kategorien zu erheben und auf diesem Weg zu einer Neuformulierung theoretischer Konzepte zu gelangen – dies auch vor dem Hintergrund, dass bislang kaum theoretische Ansätze vorliegen, die sich explizit mit dem Scheitern von Psychotherapien befassen und darin die Perspektive von Klienten berücksichtigen. Ein Grund für die Entscheidung, sich bei der Datenerhebung und -auswertung möglichst von bereits verfügbaren theoretischen Konzepten zu lösen, ist aber auch die gerade in der Psychotherapieforschung erkennbare Tendenz, durch das Anlegen der immer gleichen, in der Regel von Experten formulierten Kategorisierungen die Chance zu verspielen, sich von Daten auch einmal überraschen zu lassen. Zwar erhält man auf diese Weise Antworten auf Fragen, die man gestellt hat (zumindest eine Auswahl vorgegebener Antwortkategorien), erfährt darüber hinaus aber selten Neues. Ein Forschungszugang, der für Entdeckungen grundsätzlich offen bleiben soll, muss hier weniger voraussetzungsvoll sein und Relevanzsetzungen durch die Forschungsteilnehmer selbst zulassen. Die Untersuchung soll sich jedoch nicht in einer Exploration der Klientenperspektive erschöpfen. Es kommt vielmehr darauf an, über einen kontinuierlichen Vergleich von Einzelfällen schließlich zu fallübergreifenden und damit verallgemeinerbaren Konzepten zu gelangen. Hierzu ist eine Samplingstrategie erforderlich, die sich von quantitativen Stichprobenplänen insofern unterscheidet, als sie dem Forschungsprozess nicht vorgeschaltet, sondern integraler Bestandteil desselben ist. Die Kriterien zur Auswahl von Untersuchungseinheiten müssen dabei bis zum Ende der Datenauswertung

variabel bleiben. Grund hierfür ist die Ausrichtung des Samplings an *theoretischen* Gesichtspunkten, d.h. die jeweils nächste Untersuchungseinheit (Fall, Interviewpartner, Gruppe) wird immer in Bezug darauf ausgewählt, was sie zur weiteren Ausarbeitung und Verdichtung der Theorie beizutragen verspricht (vgl. Kap. 8.1.2):

Materials may be chosen for study because they are good examples rather than because they are representative of some larger population. Sample size and composition may be informed by emerging results (e. g., cases chosen to fill gaps; data gathering around continued until new cases seem redundant). (Stiles, 1999, S.2)

Die Sicht einzelner Klienten dient in diesem Prozess als Ausgangspunkt der Auswertung. Ihren Endpunkt bilden jedoch theoretische Konzepte, die über die Klientensicht hinausgehen müssen, indem sie die wesentlichen strukturellen Gemeinsamkeiten der betrachteten Fälle von Therapiemisserfolg herausstellen.

Das Verständnis der Beforschten, das dieser Untersuchung zugrundeliegt, orientiert sich in seinen Grundzügen an Positionen, wie sie ursprünglich im Rahmen der Aktionsforschung (vgl. Groeben, 1986; Heinze, 2001; Horn, 1979; Moser, 1975) entwickelt wurden. Ihr Anspruch war es, die Trennung zwischen Forschung und Anwendung/Praxis aufzuheben und stattdessen schon während des Forschungsprozesses direkt Einfluss zu nehmen, wobei die Zielidee entscheidend war, „das forschungsbezogene hierarchische Gefälle von ‚Subjekt‘ und ‚Objekt‘ durch ein Subjekt-Subjekt-Verhältnis, eine gleichberechtigt-interaktiv-dialogische Erkenntnisrelation zu ersetzen“ (Breuer, 1991, S. 226). Forschungsteilnehmer werden darin nicht als bloße „Versuchspersonen“ oder „Datenlieferanten“ betrachtet, sondern als ernst zu nehmende Subjekte, die **nicht nur an einer Untersuchung mitwirken, sondern auch daran teilhaben** sollen. Die Forschung soll also auch den Interessen der Beforschten dienen, d.h. neue Deutungs- und Handlungsmöglichkeiten eröffnen und damit zu einer Veränderung bestehender Problemlagen beitragen. Während des Forschungsprozesses wurde deshalb darauf geachtet, den Beteiligten zumindest eine gewisse Teilhabe zu ermöglichen:

- Die Interviewpartner wurden im Voraus über Zielstellung und Hintergrund der Studie aufgeklärt und bekamen Gelegenheit, selbst Fragen zu stellen.
- Während des Interviews wurde subjektiven Schwerpunktsetzungen und Klärungsbedürfnissen der Forschungsteilnehmer Raum gegeben.
- Den Interviewpartnern wurde im Anschluss an das Interview eine Auflistung von Informationsquellen, Anlauf- und Beschwerdestellen für Menschen mit negativen Therapieerfahrungen ausgehändigt.
- Auf Wunsch wurden Zwischenergebnisse an die Interviewpartner übermittelt. Für alle bestand darüber hinaus das Angebot, den Ergebnisteil und bei Interesse auch den gesamten Forschungsbericht zugesandt zu bekommen.

8.1.1 Datenerhebungsverfahren

Für eine Untersuchung von Therapiemisserfolgen, die bei subjektiven Konstruktionen von Klienten ihren Ausgangspunkt nehmen soll, ist ein Erhebungsverfahren notwendig, in dem sich solche Konstruktionen auch entfalten können, in dem also Raum für Erzählungen und subjektive Schwerpunktsetzungen ist. Hierfür scheint ein qualitatives Interview angemessen, in welchem die Datenermittlung nicht normiert ist, sondern einer individuellen Gesprächssituation flexibel angepasst werden kann. Mit der Notwendigkeit, dem Interviewpartner eigene Äußerungen zurückzuspielen und Fragen zu stellen, um das Verständnis zu vertiefen, ebenso wie mit dem Erfordernis, durch eine wertschätzende Haltung für eine gute Gesprächsatmosphäre zu sorgen, enthält ein qualitatives Interview zudem wichtige Elemente einer klientenzentrierten Gesprächsführung (vgl. Bergold & Flick, 1987). Dies ist auch insofern von Bedeutung, als die Interviewpartner von ihrer Forschungsteilnahme ja selbst etwas haben sollen, nämlich Gelegenheit zur Selbstreflexion, zur Rekapitulation und eventuell Klärung ihrer Erfahrungen.

Das problemzentrierte Interview (PZI) von Witzel (1985; 2000) zielt von seinen Konstruktionsprinzipien her auf „eine möglichst unvoreingenommene Erfassung individueller Handlungen sowie subjektiver Wahrnehmungen und Verarbeitungsweisen gesellschaftlicher Realität“ (Witzel, 2000, Abs. 1). Es eignet sich dazu, biografische Daten fokussiert auf einen bestimmten Problembereich zu erheben. Darüber hinaus hat es den Vorteil, dass es längere Erzählanteile mit themengeleitetem Nachfragen kombiniert und so auch explizit dem Umstand Rechnung trägt, dass Forscher sich nicht mit der Unbefangenheit einer „tabula rasa“, sondern in der Regel mit organisierten Vorkenntnissen und Fragen einem Forschungsthema nähern, die sie in das Interview einfließen lassen. In diesem methodischen Rahmen ist es möglich, zunächst sehr offen gehaltene Erzählreize zum Thema Therapiemisserfolg zu formulieren (die Interviewpartner sollen ihre eigene Problemsicht, und zwar auch *gegen* die Interpretation des Forschers, entwickeln können, vgl. Flick, 1996) und im weiteren Verlauf von den Klienten vorgebrachte Aspekte zu sondieren, die an die offen gebliebenen Fragen bisheriger Forschungen anknüpfen.

Das PZI setzt sich aus vier Teilelementen zusammen: einem **Kurzfragebogen**, einem **Interviewleitfaden**, einer **Tonbandaufnahme** des Interviews und einem **Postskriptum**. Mit Hilfe des Kurzfragebogens können relevante demografische und weitere für die Untersuchung bedeutsame Merkmale erhoben werden, die nicht im Rahmen des Interviews „abgefragt“ werden sollen. Der Leitfaden enthält einige möglichst offen gehaltene Erzählreize zur Stimulierung längerer narrativer Episoden und dient dem Interviewer zudem als Entscheidungshilfe, wann er die vom Interviewpartner geschilderte Thematik durch gezielte problemzentrierte Nachfragen ausdifferenzieren soll. Während *allgemeine Sondierungen* („Was passierte da genau?“, „Was haben Sie da gedacht?“) eingesetzt werden, um noch mehr und gegebenenfalls noch weitere Einzelheiten zu erfahren, dienen *spezifische Sondierungen* (Zurückspiegelungen, Verständnisfragen, Konfrontation mit Widersprüchen) dem Interviewer dazu, sein Verständnis der geschilderten Inhalte zu vertiefen und zu überprüfen.

Das Postskriptum ist dazu gedacht, kontextuelle und situative Faktoren des Interviews (Zeit, Räumlichkeiten, eventuelle Störungen), Eindrücke von der Person und vom Verhalten des

Interviewpartners sowie Besonderheiten im Gesprächsverlauf festzuhalten. Diese zusätzlichen Informationen sollen zur Auswertung hinzugezogen werden und bei der Interpretation von Aussagen Berücksichtigung finden.

Um auch Interessenten eine Forschungsteilnahme zu ermöglichen, die sich nicht mündlich äußern wollten oder nicht zu einem gemeinsamen Treffen anreisen konnten, wurde bei Bedarf eine **schriftliche Befragung** angeboten (s. Anhang, S. 197f). Da schriftliche Kommunikation jedoch in der Regel weniger ergiebig ist als eine dialogische Gesprächssituation, fand sie hier nur sehr eingeschränkt Verwendung.

8.1.2 Datenauswertungsverfahren

Zur Auswertung der Interviews bietet sich die Forschungsstrategie der *Grounded Theory* (GT, Glaser & Strauss, 1967; Strauss, 1998; Strauss & Corbin, 1995) an. Ihre Verfahrensweisen sind darauf ausgerichtet, kreativ Theorien zu konstruieren, die in den Daten selbst und damit im Gegenstand begründet sind. Die Güte einer solchen Theorie bemisst sich nach Glaser und Strauss nicht so sehr nach ihrer Verallgemeinerungsfähigkeit, sondern sie muss vor allem nützlich sein, d.h. „nicht nur Daten abbilden, sondern ihnen eine Gestalt geben, Beziehungen stiften, hin zu neuen Einsichten führen und neue Fragen und Probleme entdecken“ (Wiedemann, 1991, S 1).

Das Vorgehen nach der GT ist zum einen logische Fortsetzung der für das PZI beanspruchten Prozessorientierung (vgl. Witzel, 2000): Ebenso wie bei der Datenerhebung wird auch während der Auswertung mit der GT vom Forscher eine permanente Offenheit gefordert, neue Erkenntnisaspekte in die Untersuchung zu integrieren. Zum anderen entspricht der Anwendungsbereich dieser Forschungsstrategie der empirischen Zielstellung der Untersuchung. Diese ist schließlich weniger auf Theorieprüfung ausgelegt, sondern auf die Entwicklung theoretischer Konzepte, die zunächst für einen sehr begrenzten Gegenstandsbereich formuliert werden. Es geht darum, in den Interviewdaten strukturelle Zusammenhänge zu entdecken, hier etwa zwischen dem Phänomen des therapeutischen Scheiterns, seinen Vorbedingungen, darauf bezogenen Interaktionsstrategien und deren Folgen, so wie sie von den Klienten beschrieben werden. Angestrebt werden dabei Generalisierungen, die sich auf Strukturen in einem räumlich und zeitlich eng definierten Kontext beziehen, wobei davon ausgegangen wird, dass sich überall dort, wo die herausgearbeiteten relevanten Dimensionen vorliegen, entsprechende Zusammenhänge ergeben.

Vorteile dieser Forschungsstrategie sind darin zu sehen, dass hier die Selbstauskünfte der Befragten als Ausgangspunkt für theoretische Konstruktionen genutzt werden, dass sowohl die Komplexität des Einzelfalls als auch fallübergreifende Strukturen Berücksichtigung finden, und dass sie Möglichkeiten bereit hält, den im Datenmaterial auftretenden Variationen und Widersprüchen flexibel zu begegnen.

Da zu Beginn der Untersuchung keine empirisch gehaltvollen Hypothesen über den Forschungsgegenstand vorliegen, sondern nurmehr offene Forschungsfragen, die sich erst in Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial konkretisieren sollen, wird die Auswahl der Untersuchungseinheiten an deren theoretischer Relevanz ausgerichtet. Beim **theoretischen Sampling** (Glaser & Strauss, 1967, Strauss, 1998) erfolgen Fallauswahl und Datenauswertung

zirkulär und beeinflussen sich gegenseitig. Die ersten Untersuchungseinheiten werden in der Regel nach allgemeineren Konzepten des betreffenden Problemfeldes ausgewählt. Die auf der Grundlage dieser ersten Untersuchungseinheiten gewonnenen theoretischen Kategorien bestimmen dann wiederum die Auswahl der jeweils nächsten Untersuchungseinheit oder –gruppe. Bedeutsam ist hierbei immer die Frage, von welche Fällen, Personen oder Gruppen man sich in der nächsten Runde der Datenerhebung einen zusätzlichen Beitrag zur Verdichtung der Theorie bzw. zum vertieften Verständnis von Zusammenhängen verspricht. Da dieses Prinzip, also die Orientierung der Stichprobenauswahl am aktuellen Stand der sich entwickelnden Theorie, bis zum Ende der Auswertung bestehen bleibt, sind die Auswahlkriterien permanent veränderbar.

Beim Vergleich der Untersuchungseinheiten entlang interessierender Kategorien gibt es zwei wesentliche Strategien: Das Heranziehen *minimal unterschiedlicher Fälle* erhöht die Wahrscheinlichkeit, zu einer bestimmten Kategorie ähnliche Daten zu finden und dadurch ihre theoretische Relevanz zu bestätigen. Der Vergleich mit *maximal unterschiedlichen Fällen* dient hingegen dem Aufspüren und Abbilden von Heterogenität und Varianz im Forschungsfeld (vgl. Kluge & Kelle, 1999).

Das theoretische Sampling wird dann beendet, wenn im Datenmaterial keine theoretisch relevanten Unterschiede oder Ähnlichkeiten mehr aufgefunden werden, wenn also das Hinzuziehen weiterer Untersuchungseinheiten keinen Erkenntniszugewinn mehr erbringt. Um diese sog. *theoretische Sättigung* zu erreichen, muss die Variation von Untersuchungsgruppen also maximal ausgeschöpft sein.

Theoretische Konzepte werden bei der GT erst während der Datenauswertung generiert. In einem iterativ-zyklischen Prozess werden über das theoretische Sampling nacheinander Untersuchungseinheiten einbezogen, **theoretisch kodiert** und anhand der am Einzelfall entwickelten Konzepte mit anderen Fällen kontrastiert. Der Kodierprozess führt ausgehend vom Datenmaterial über zunehmende Abstraktionsschritte hin zur Bildung einer gegenstands begründeten Theorie. Die sich hierbei entwickelnden Konzepte und Hypothesen werden fortwährend am Datenmaterial überprüft.

Während das Konzeptualisieren und Ableiten von Zusammenhangshypothesen aus den Daten einen *induktiven Vorgang* darstellt, entspricht das wiederholte Prüfen der formulierten theoretischen Zusammenhänge bzw. Hypothesen am Datenmaterial mittels Verifikation und Falsifikation dem *deduktiven Schließen*. Darüber hinaus ist bei der Auswertung eine dritte logische Schlussform von Bedeutung, die sog. *Abduktion*. Sie erfolgt, wenn der Vergleich eines aktuellen Wahrnehmungsinhalts mit den Erinnerungen vergangener Wahrnehmungsinhalte keine Übereinstimmung ergibt, wenn also das Wahrgenommene nicht bereits bekannten Kategorien zugeordnet werden kann. Hier muss eine neue Kategorie erst „erfunden“ werden. Diese kann Elemente bestehender Kategorien enthalten, konfiguriert diese aber andersartig und stellt neue Zusammenhänge her. Die Abduktion bietet somit als einzige Schlussform die Möglichkeit, wirklich *neues* Wissen zu generieren (vgl. Strübing, 2004).

Beim theoretischen Kodieren lassen sich drei zentrale Vorgehensweisen unterscheiden: Mit Hilfe des **offenen Kodierens** werden die Daten zunächst „aufgebrochen“ und sehr genau analysiert, indem einzelnen Aussagen, Sätzen oder sogar Wörtern im Text sog. *Codes*, zugeordnet werden. Diese können dem theoretischen Vokabular des Forschers entnommen werden („*konstruierte Codes*“) oder

aber die konkrete Wortwahl eines Interviewpartners aufgreifen („*in-vivo Codes*“). Beim Zuordnen von Codes geht es nicht um eine einfache Paraphrase oder Deskription des Gesagten, sondern die vorgenommene Interpretation sollte bereits einen höheren Abstraktionsgrad aufweisen, also letztlich eine Distanzierung von den Daten ermöglichen. Die Codes dürfen jedoch gleichzeitig nicht zu allgemein sein, um ein voreiliges Herunterbrechen der Daten auf eine inhaltsarme Grobstruktur zu vermeiden. Es geht in diesem Teilschritt gerade darum, eine Vielzahl von Phänomenen zu entdecken, feine Unterschiede wahrzunehmen und die Komplexität der Daten weitestgehend abzubilden. Codes, die sich auf ähnliche Phänomene beziehen, werden anschließend zu größeren fallübergreifenden Kategorien zusammengefasst, die in Auseinandersetzung mit den Daten permanent weiterentwickelt werden. Um diese näher zu bestimmen, werden für jede Kategorie Eigenschaften benannt und entlang eines Kontinuums dimensionalisiert.

Beim **axialen Kodieren** werden Kategorien, deren Ausarbeitung für die Theorieentwicklung besonders vielversprechend erscheint, an einem bestimmten Punkt im Forschungsprozess mit anderen Kategorien in Beziehung gesetzt. Es werden hierzu möglichst viele und unterschiedliche Textbelege herausgesucht, anhand derer die Beziehungen zwischen den Kategorien näher herausgearbeitet werden können. Auf diese Weise werden erste theoretische Zusammenhänge gebildet und wiederum an den Daten überprüft. Nach Strauss (1998) soll das axiale Kodieren im Rahmen eines **paradigmatischen Modells** (vgl. Abb. 1) erfolgen, welches die Beziehungen zwischen einem Phänomen, seinen Ursachen und Konsequenzen, seinem Kontext und den darauf gerichteten Handlungs- und Interaktionsstrategien der beteiligten Akteure verdeutlicht.

Abbildung 1. Paradigmatisches Modell nach Strauss (1998)

(A) Kausalbedingungen → (B) Phänomen → (C) Kontext → (D) Intervenierende Bedingungen → (E) Handlungs- und interaktionale Strategien → (F) Konsequenzen

Gegen die Verwendung des paradigmatischen Modells sind insbesondere in der Psychologie verschiedene Einwände vorzubringen. So erscheint die darin enthaltene Unterstellung direkter Ursache-Wirkungs-Bezüge vor dem Hintergrund problematisch, dass psychologischen Phänomenen in der Regel multifaktorielle Verursachungszusammenhänge zugrunde liegen. Mit seiner linearen Logik lädt das Kodierparadigma außerdem dazu ein, nichtlineare Beziehungen (etwa Rückwirkungen von Handlungen oder deren Konsequenzen auf die Ausgangsbedingungen) und Prozessaspekte (z.B. gegenseitiges Sich-Hochschaukeln von Bedingungen oder phasische Abläufe) im Datenmaterial zu übersehen. Indem es den Blick in der Auswertung solchermaßen einengt, wirkt es gerade jener Offenheit gegenüber dem Datenmaterial entgegen, die die GT für sich beansprucht (vgl. dazu auch Strübing, 2004; Glaser, 1992). Als Fazit aus diesen Überlegungen wurde für diese Untersuchung entschieden, das Kodierparadigma zwar als ideengenerierende Heuristik zu nutzen, es jedoch nicht dogmatisch zu befolgen, d.h. seine Struktur den Daten nicht aufzunötigen.

Beim **selektiven Kodieren** wird schließlich eine Schlüsselkategorie herausgearbeitet, die das zentrale Phänomen, das Hauptthema des untersuchten Gegenstandsbereichs umschreibt. Sie muss

einen Großteil der Variation in den Daten erklären und die anderen relevanten Kategorien sinnhaft integrieren können. Für die Schlüsselkategorie werden wiederum Eigenschaften und Dimensionen entwickelt, und sie wird mit möglichst allen anderen Kategorien in Beziehung gesetzt, wozu das axiale Kodieren auf einer höheren Abstraktionsebene fortgeführt wird. Die Ausarbeitung der Schlüsselkategorie und ihrer Bezüge zu anderen Kategorien münden in eine erste Formulierung der Theorie, die dann erneut an den Daten geprüft wird.

Zusätzlich zum Kodieren werden sogenannte **Memos** verfasst, in denen alle spontanen Einfälle während des Forschungsprozesses festgehalten werden. Sie thematisieren zum Beispiel „Entdeckungen“ in den Daten, enthalten Definitionen von Codes und Kategorien, Zwischenergebnisse, Grafiken, Hypothesen oder Überlegungen zur Theoriebildung. Memos dienen damit zum einen der Dokumentation des Forschungsprozesses, zum anderen fördern sie eine kreative Auseinandersetzung mit den Daten.

8.1.3 Diskursive Validierung

Um die beim Konzeptualisieren der Daten vorgenommenen Auslegungen intersubjektiver Kontrolle zugänglich zu machen, empfiehlt es sich, die Auswertung des Textmaterials zumindest partiell in Gruppenarbeit erfolgen zu lassen (vgl. Steinke, 1999). Durch die Perspektiven verschiedener Auswerter lässt sich eine größere Spannbreite möglicher Lesarten bzw. Deutungshypothesen berücksichtigen und erörtern. Die Gültigkeit der theoretischen Konzeptbildung wird hier also diskursiv ausgehandelt, wobei die diskursive Validierung mit der Validierung am Datenmaterial (Suche nach empirischer Evidenz- bzw. Gegenevidenz für die Deutungshypothesen im Text) verbunden sein muss (vgl. Witzel, 1996).

8.1.4 Forschungsbezogene Selbstreflexion

Die Erkenntnis, dass „die Person des Wissenschaftlers ... in einem umfassenden Sinne sein Forschungsinstrument dar(stellt)“ (Bergold & Flick, 1987, S. 40), wird in der qualitativen Forschung zum Anlass genommen, Einflüsse des Forschers auf den Forschungsprozess und seine Ergebnisse explizit mitzubedenken. Zum einen gilt es, eventuell vorhandene Präkonzepte, Vorwissen und gegebenenfalls auch Werthaltungen von vorn herein offenzulegen. Zum anderen geht es darum, mögliche subjektive Einflüsse während des gesamten Forschungsprozesses zum Gegenstand bewusster Reflexion zu machen. Gerade im Zusammenhang mit menschlichen Begegnungen, wie sie bei qualitativen Interviews notwendigerweise gegeben sind, können Voreingenommenheiten (z.B. aufgrund von Sympathie oder wegen eines „Milieuschocks“) sowohl für die Datenerhebung als auch für die spätere Auswertung eine Rolle spielen. Das gezielte Nachdenken darüber, warum man als Forscher bestimmten Interpretationen anderen gegenüber den Vorzug gibt, oder warum man bei der Diskussion eines bestimmten Falles ganz besondere Mühe hat, sich wertneutral zu äußern, kann solche Einflüsse zutage fördern und dem Forscher damit Gelegenheit geben, gezogene Schlüsse neu zu überdenken. Es ist deshalb zweckdienlich, ein Tagebuch zu führen, in dem forschungsbezogene eigene Voreinstellungen, Erwartungen, besondere Erlebnisse oder emotionale Beteiligungen

fortlaufend notiert werden (vgl. Breuer, 1996). Darüber hinaus können selbstreflexive Memos wie auch Gespräche im Forscherteam ein hilfreiches Korrektiv darstellen.

8.2 Gütekriterien zur Bewertung der Studie

Aufgrund der spezifischen Prinzipien qualitativer Methodologien und Methoden (Prinzip der Offenheit, Gegenstandsangemessenheit, Kontextualität von Erhebung und Analyse) wie auch wegen ihrer konstruktivistischen Positionierung sind die im Bereich der quantitativen Forschung gebräuchlichen Gütekriterien der Objektivität, Reliabilität und Validität zur Bewertung qualitativer Forschung nicht ohne spezifische Modifikationen anwendbar. Ebenso wenig scheint jedoch der postmoderne Verzicht auf jegliches feste Referenzsystem zur Bewertung von Erkenntnisansprüchen praktikabel, wie er von Vertretern eines radikalen Sozialkonstruktivismus gefordert wurde (Richardson, 1994; Shotter, 1990). Mit einer völligen Zurückweisung von Gütekriterien riskiert qualitative Forschung schließlich allzu große Beliebigkeit, Undurchsichtigkeit und damit auch einen Verlust ihrer Anerkennung innerhalb der Wissenschaft. Im Rahmen dieser Untersuchung wird deshalb die Auffassung vertreten, dass für qualitative Forschung sehr wohl Bewertungskriterien herangezogen werden sollten, allerdings speziell zu entwickelnde, die ihren wissenschaftstheoretischen und methodologischen Grundpositionen angemessen sind. Die von verschiedenen Autoren hierfür unterbreiteten Vorschläge wurden von Steinke (2000) und im englischsprachigen Raum von Stiles (1999) in Übersichtsarbeiten zusammengestellt. Aus einem Pool von Bewertungskriterien sind dabei jeweils diejenigen auszuwählen, die für eine spezifische Untersuchung relevant sind.

Bei der Durchführung der vorliegenden Studie habe ich mich in Anlehnung an Stiles (1999) und Steinke (2000) an folgenden Kernkriterien orientiert:

Indikation des Forschungsprozesses und der Bewertungskriterien: Die gewählten Erhebungs- und Auswertungsmethoden wie auch während des Forschungsprozesses getroffene methodische Entscheidungen und die zur Bewertung herangezogenen Kriterien sind daraufhin zu beurteilen, inwiefern sie dem Forschungsgegenstand und der Fragestellung angemessen und miteinander kompatibel sind.

Permeabilität: Da von einem konstruktivistischen Weltverständnis aus die Wahrnehmung und Erfassung der Wirklichkeit immer nur innerhalb eines bestimmten (historischen, kulturellen, sozialen) Bezugsrahmens erfolgen kann, eine Betrachtung der Welt „von außen“ also nicht möglich ist, wird das Konzept der Objektivität durch das der Permeabilität (Durchlässigkeit) ersetzt: Gute Forschung zeichnet sich hiernach dadurch aus, dass in ihr die Möglichkeit gegeben ist, das ursprüngliche Gegenstands(vor)verständnis durch die Auseinandersetzung mit den Daten zu erschüttern und zu überwinden. Die Permeabilität kann erhöht werden durch:

- *Eingehende Beschäftigung mit dem empirischen Material*, zum Beispiel intensiver persönlicher Kontakt mit den Forschungsteilnehmern, enge Vertrautheit mit dem Textmaterial, Diskussion von Interpretationen mit anderen Personen, Suche nach Gegenbelegen und widersprüchlichen Daten.

- *Iteration*: Der Forschungsprozess soll sich zirkulär zwischen Interpretationen und neuen Beobachtungen bzw. der Erhebung neuer Daten hin und her bewegen. Interpretationen sollen in Auseinandersetzung mit den Daten beständig überarbeitet und reformuliert werden.
- *Empirische Verankerung der Theoriebildung und –prüfung (grounding)*: Die Bildung und Prüfung von Hypothesen sollte empirisch begründet, also im Datenmaterial verankert sein. Für die Theoriebildung ist damit sicherzustellen, dass Vorwissen und Vorannahmen durch die Daten irritiert werden können, d.h. es muss prinzipiell die Möglichkeit bestehen, neue Phänomene zu entdecken. Die sich entwickelnde Theorie und daraus abgeleitete Hypothesen müssen wiederum am Datenmaterial geprüft, d.h. verifiziert bzw. falsifiziert werden. Es sollten systematische Vorgehensweisen verwendet werden, um Interpretationen mit konkreten Beobachtungen oder Textbelegen zu verbinden, und die präsentierten Beispiele und Belege sollten einleuchtend sein.
- *Asking „what“, not „why“*: Bei der Datenerhebung sollten die Forschungsteilnehmer nach ihrem Erleben, ihren konkreten Erfahrungen gefragt werden, nicht in erster Linie nach ihren persönlichen Theorien über mögliche Zusammenhänge.
- *Reflektierte Subjektivität*: Die Subjektivität des Forschers muss in ihrer Rolle als konstituierendes Moment bei der Theoriebildung explizit reflektiert werden. Dies gilt bezogen auf den gesamten Forschungsprozess, insbesondere im Hinblick auf die persönliche Beziehung zum Forschungsthema, auf die (Vertrauens-)Beziehung zwischen Forscher und Informanten sowie beim Einstieg ins Forschungsfeld. Auch das Vorverständnis, Vorannahmen, bevorzugte Theorien oder Erwartungen des Forschers zu Beginn der Untersuchung sollten offen gelegt werden.

Intersubjektive Nachvollziehbarkeit: Der Forschungsprozess soll für Außenstehende nachvollziehbar und transparent sein, so dass darüber eine kritische Verständigung unter Forschern bzw. zwischen Forscher und Rezipienten möglich wird. Dies kann über die *Dokumentation des Forschungsprozesses* gewährleistet werden, angefangen beim eigenen theoretischen Vorverständnis über das genaue methodische Vorgehen und dabei auftretende Probleme bis hin zur Auswahl geeigneter Bewertungskriterien. Es muss für Außenstehende deutlich werden, wie sich das Gegenstandsverständnis im Forschungsprozess verändert hat. Intersubjektive Nachvollziehbarkeit kann darüber hinaus auch über *Interpretationen in Gruppen* sowie über die *Anwendung kodifizierter Verfahren* hergestellt werden, zu denen auch die Grounded Theory zählt.

Limitation: Die Grenzen des Geltungsbereichs der generierten Theorie müssen klar bestimmt und der jeweilige Forschungskontext hierzu genau beschrieben werden. Gleichzeitig sollen Möglichkeiten der Verallgemeinerung ausgelotet und aufgezeigt werden, zum Beispiel auf dem Wege fortwährender Kontrastierung von Untersuchungsfällen bzw. –gruppen oder durch eine gezielte Suche nach abweichenden und extremen Fällen.

„Understanding by people“: Die Aufgabe des modernistischen Wahrheitskonzepts in der qualitativen Forschung hat zur Folge, dass die Validität der vorgenommenen Interpretationen immer nur in Bezug auf bestimmte Rezipienten bzw. einen bestimmten Personenkreis (Leser, Forscher, Interviewpartner) beurteilt werden kann. So ist aus Sicht der Forschungsteilnehmer zum Beispiel entscheidend, dass sie sich in ihrem Erleben verstanden fühlen (*testimonial validity*) und die

vorgenommenen Interpretationen für sie etwas klären, anstoßen oder verändern können (*cataclytic validity*). Für die Beurteilung der Validität aus Leserperspektive sind folgende Aspekte wichtig:

- **Kohärenz:** Die im Forschungsprozess entwickelte Theorie sollte in sich konsistent, also zusammenhängend und widerspruchsfrei sein. Hierfür ist entscheidend, dass während der Theoriebildung Widersprüche in den Daten und Interpretationen offengelegt und bearbeitet wurden.
- **Relevanz:** Die Fragestellung der Untersuchung wie auch der Beitrag, den die generierte Theorie leistet, sollte von praktischem Nutzen sein. Die Theorie sollte neue Deutungen und verständliche Erklärungen zur Verfügung stellen, Anregungen zur Lösung von Problemen geben und in einem gewissen Rahmen verallgemeinerbare Schlüsse zulassen.

8.3 Dokumentation des Forschungsprozesses

8.3.1 Reflexion des Vorwissens und eigener Positionen zum Forschungsthema

Meine zu Beginn der Untersuchung bestehenden Vorkenntnisse zum Forschungsgegenstand entsprechen im Wesentlichen den im Theorieteil der Arbeit dargelegten Ausführungen zum aktuellen Stand der Theoriebildung und Forschung im Bereich psychotherapeutischer Misserfolge und negativer Therapieeffekte. Ich hatte also eine Vorstellung davon, welche Theorien zur Erklärung von Therapiemisserfolgen bisher existieren, wie häufig therapeutische Misserfolge in der Praxis vorkommen und welche Einflussfaktoren bzw. Prädiktoren bisher erforscht wurden. Ebenso war ich mit den in Kapitel 6 genannten theoretischen Modellen und Forschungsbefunden zu ansatzübergreifenden Wirkfaktoren von Psychotherapie vertraut. Mein inhaltliches Fazit aus diesem Vorstudium zum Thema Therapiemisserfolg ist unmittelbar in die Formulierung der Fragestellung eingeflossen. Auf meine Motivation für diese Art von Forschung sowie meinen fachlichen Hintergrund habe ich bereits in der Einleitung Bezug genommen. Weitere Überlegungen zum Vorwissen und eigenen Forschungsstandpunkten sind dem Anhang zu entnehmen.

8.3.2 Konstruktion des Interviewleitfadens

Auf der Grundlage der in Kapitel 7 genannten Forschungsfragen wurden für den Interviewleitfaden vier Themenkomplexe festgelegt, für die jeweils Erzählanstöße und mögliche Sondierungen formuliert wurden (der verwendete Leitfaden, der Kurzfragebogen sowie die Vorlage für das Postskriptum befinden sich im Anhang):

- I. **Darstellung der misslungenen Therapie:** Zunächst ging es darum, eine spontane Erzählung anzuregen, in der das Therapieschehen und dessen zeitlicher Ablauf alltagsnah geschildert und gleichzeitig begründet werden konnte, warum die Therapie aus Sicht der Klienten misslungen war. Zusätzlich sollte explizit und gegebenenfalls durch einen erneuten Erzählanstoß Raum gegeben werden, besonders unangenehme oder „typische“ Situationen während des Therapieprozesses zu erinnern und im Detail zu beleuchten. Hierdurch sollte die

Möglichkeit geschaffen werden, zentrale Konflikte oder für die Klienten besonders bedeutungsvolle Ereignisse auch in der Auswertung entsprechend gewichten zu können. Ausschlaggebend für diesen Themenkomplex waren folgende Fragen: Woran machen die Klienten das Scheitern ihrer Therapie fest? Von welchen konkreten Erfahrungen und Begebenheiten berichten sie im Zusammenhang mit dem Scheitern ihrer Therapie? Was ist ihnen dabei besonders wichtig? Welche Aspekte thematisieren sie im Sinne von Einflussfaktoren auf das Therapieergebnis?

- II. **Darstellung von Therapiewirkungen und gegebenenfalls –schäden:** Der zweite Themenbereich sollte sich ausführlich mit den Auswirkungen der misslungenen Therapie (vgl. Forschungsfrage 2) befassen. Die Absicht war hierbei zum einen zu klären, welche positiven und negativen Effekte, Begleiterscheinungen und gegebenenfalls Schäden die Klienten auf die Therapie zurückführen und in welchem Verhältnis diese zu ihrer Gesamtbewertung der Therapie stehen. Zum anderen sollten auf diese Weise fallübergreifende Vergleiche und letztlich eine Einschätzung dahingehend möglich werden, wie leicht oder schwerwiegend sich ein Fall innerhalb der anderen ausnimmt. Eine wichtige Sondierung bezog sich hier darauf, wie die Klienten mit negativen Wirkungen der Therapie umgegangen sind.
- III. **Erwartungen und Vorwissen über Psychotherapie:** Um etwas darüber zu erfahren, ob auch Vorerfahrungen und Wissen über Psychotherapie beim Misslingen einer Therapie eine Rolle spielen, wurde ein weiterer Themenkomplex hinzugezogen, in welchem die Forschungsteilnehmer über ihre Erwartungen und ihre Vorkenntnisse zu Beginn der Therapie Auskunft geben sollten. Mögliche Sondierungen zielten zum Beispiel darauf, aus welchen Quellen die Klienten ihr Wissen bezogen, inwieweit sie vom Therapeuten über Psychotherapie aufgeklärt worden waren und ob sich ihre Erwartungen mit der Zeit verändert hatten.
- IV. **Ergänzende („ad hoc“) Fragen:** Gegen Ende des Interviews sollten die Forschungsteilnehmer aus dem Erlebten noch einmal Bilanz ziehen und ihre heutige Einstellung zu Psychotherapie thematisieren. Erhofft wurden hier Hinweise darauf, wie sich negative Therapieerfahrungen kurz- und langfristig auf die Bereitschaft der Klienten auswirken können, sich ein weiteres Mal in psychotherapeutische Behandlung zu begeben. Eine letzte ergänzende Frage zielte auf die subjektiven Konstruktionen der Klienten über Bedingungen wirksamer Psychotherapie, also danach, wie eine Psychotherapie aus ihrer Sicht beschaffen sein müsste, um wirklich hilfreich zu sein. Die Frage war hauptsächlich dazu gedacht, den Blick abschließend wieder mehr auf Ressourcen zu lenken: Es sollten positive Kontrasterfahrungen aus anderen Therapien erinnert oder zukünftig mögliche Therapieerfolge imaginiert werden. Darüber hinaus schien es naheliegend, dass sich über das Thematisieren positiver Kontraste gleichzeitig auch noch einmal mehr herauskristallisieren würde, was für die Klienten in der misslungenen Therapie am entscheidendsten war.

8.3.3 Anwerbung der Forschungsteilnehmer und theoretisches Sampling

Für die Anwerbung von Interviewpartnern wurden zu Beginn der Untersuchung folgende Kriterien bestimmt:

- Es sollten ausschließlich Klienten befragt werden, die mindestens eine zurückliegende ambulante Einzeltherapie als gescheitert betrachten.
- Besonders aufschlussreich schienen zusätzlich Interviews mit Personen sein, die sowohl negative als auch positive Therapieerfahrungen haben.
- Da in der Studie ansatzübergreifende Betrachtungen möglich werden sollten, waren grundsätzlich verschiedene Therapieverfahren zu berücksichtigen.
- Die Therapie sollte möglichst nicht länger als zwei Jahre zurückliegen, zumindest aber nach Einschätzung der Klienten noch gut in Erinnerung sein.
- Um Verzerrungen aufgrund demografischer Merkmale zu vermeiden, sollten Männer und Frauen zwischen 20 bis 60 Jahren und mit unterschiedlichem Sozial- und Ausbildungsstatus befragt werden.

Die Umsetzung des theoretischen Samplings, wie es unter 8.1.2 idealtypisch beschrieben ist, stieß bei der vorliegenden Untersuchung an ihre Grenzen. Dies ist wohl nicht zuletzt dem Umstand geschuldet, dass der Pool von Personen, die negative Erfahrungen in einer ambulanten Einzeltherapie gemacht haben, in der Bevölkerung von vorn herein sehr begrenzt ist. Noch kleiner wird er, wenn man in Rechnung stellt, dass diese Personen gleichzeitig dazu bereit sein müssen, im Rahmen einer wissenschaftlichen Studie offen über das Scheitern ihrer Therapie zu berichten, was für viele schließlich auch bedeutet, emotional belastende Erinnerungen wachzurufen. Damit unterlag nicht nur die an theoretischen Kriterien orientierte Auswahl von Forschungsteilnehmern faktischen Begrenzungen, sondern auch die Realisierbarkeit einer theoretischen Sättigung war fraglich. Das Ende der Datenerhebung bemaß sich entsprechend nicht so sehr am vollends ausgeschöpften Erkenntnispotenzial als vielmehr am Ausbleiben weiterer freiwilliger Interviewpartner. Wegen der Selbstselektion der Forschungsteilnehmer blieb zudem die theoretisch sicherlich interessante Gruppe derjenigen, die über ihre negativen Therapieerfahrungen nicht sprechen möchten, von vorn herein von der Studie ausgeschlossen (vgl. Kap. 10.2.1).

Durch eine geplante Zusammenarbeit mit der Ombudsstelle der Berliner Psychotherapeutenkammer sollte ursprünglich versucht werden, einen besseren Zugriff auf die Personengruppe der von Psychotherapie Enttäuschten oder Geschädigten zu bekommen, möglicherweise auch auf eine spezifische Subgruppe, denn nicht alle Klienten mit negativen Therapieerfahrungen sind ja bestrebt, gegen ihren Therapeuten auch Beschwerde zu führen. Da diese Möglichkeit interessanterweise an der Kooperationsbereitschaft der Ombudsleute scheiterte, blieb als Feldzugang zunächst nur die direkte Anwerbung von Interviewpartnern über Anzeigen in Lokalzeitungen, regionalen Online- und Stadtmagazinen sowie über Aushänge in psychosozialen und anderen öffentlichen Einrichtungen. Zusätzlich wurden Rundmails mit einem Aufruf zur Teilnahme an der Studie im weiteren Bekanntenkreis versandt, mit der Bitte, sie an potenzielle Interessenten weiterzuleiten.

Zwar waren die Möglichkeiten, Interviewpartner nach spezifischen theoretischen Kriterien auswählen zu können, von vorn herein begrenzt. Durch die zeitlich versetzte Schaltung von Anzeigen war es jedoch zumindest möglich, die Suchkriterien immer etwas anders zu akzentuieren (z.B. im Hinblick auf mehr oder weniger gravierende Fälle des Scheiterns). Theoretisches Sampling im weiteren Sinne fand dann erst auf der Grundlage der bereits erhobenen Interviews statt. Diese wurden sukzessive nach Ähnlichkeits- und Unähnlichkeitskriterien in die Auswertung einbezogen und miteinander kontrastiert.

8.3.4 Durchführung der Interviews und der schriftlichen Befragungen

Der eigentlichen Datenerhebung war ein Probeinterview vorgeschaltet, in welchem sich der erstellte Leitfaden als gut handhabbar erwies.

Sobald Interessenten mit mir Kontakt aufnahmen, informierte ich sie zunächst über Hintergrund und Ziele der Untersuchung sowie über die Teilnahmebedingungen. Die Gespräche fanden in der Regel in einem ruhig gelegenen schlichten Unterrichtsraum der Freien Universität statt. Vier Interviewpartner suchte ich auf eigenen Wunsch in ihrer Wohnung auf.

Vor Gesprächsbeginn hatten die Interviewpartner Gelegenheit für Fragen zum Forschungsthema und zu meiner Person. Ich erläuterte ihnen den Ablauf des Interviews sowie die Datenschutzvereinbarung und machte sie mit der Aufnahmetechnik vertraut.

Die Interviews dauerten im Schnitt etwa eine Stunde. Die Gesprächsatmosphäre war meinem Empfinden nach durchweg angenehm, d.h. es kam weder zu Irritationen, verärgerten Reaktionen oder Rückzug auf Seiten der Interviewpartner, noch hatte ich selbst den Eindruck, mein jeweiliges Gegenüber nicht wertschätzen zu können. Im Gegenteil entwickelten sich die Gespräche häufig sehr positiv, die Interviewpartner öffneten sich zunehmend und gaben selbst emotional heikle oder schambesetzte Inhalte preis.

Am Ende des Interviews gab ich den Forschungsteilnehmern die Möglichkeit, aus ihrer Sicht Wichtiges zu ergänzen. Außerdem bat ich sie, mir rückzumelden, wie sie die Gesprächssituation empfunden hatten. Dabei zeigten sich viele erleichtert, mit ihren negativen Therapieerfahrungen ernst genommen worden zu sein, und sie gaben bisweilen auch zu verstehen, dass ihnen durch diese Möglichkeit zur Reflexion „noch mal Einiges klarer geworden“ sei. Im Anschluss füllten die Interviewpartner selbst oder gemeinsam mit mir den Kurzfragebogen aus.

Ich bot allen eine Zusammenstellung von Informationen und Anlaufstellen zum Thema negative Therapieerfahrungen an und sicherte ihnen bei Interesse zu, sie über die Ergebnisse der Studie zu informieren. Wo Klienten sehr bittere und aufwühlende Erfahrungen geschildert hatten, gab ich auch noch einmal eine persönliche, wo es geboten schien auch ressourcenorientierte Rückmeldung.

Unmittelbar nach dem Gesprächskontakt fertigte ich ein Postskriptum an, in dem ich die zentralen Themen, den Gesprächsverlauf und –kontext, Besonderheiten während der Interaktion sowie einen ersten Gesamteindruck zu der Ergiebigkeit des Datenmaterials notierte.

Zwei Forschungsteilnehmer entschieden sich für eine schriftliche Form der Teilnahme. Da zentrale Prinzipien qualitativer Forschung hierbei nicht verletzt werden sollten (vgl. Lamnek, 1995), waren die zentralen Fragen wie im Interviewleitfaden sehr offen gehalten und darauf ausgelegt, die

Forschungsteilnehmer zu einer Erzählung anzuregen (vgl. Anhang, S. 197f). Die Beantwortung der Ausgangsfragen und eventueller weiterer Rückfragen erfolgte per Post oder E-Mail.

8.3.5 Auswertung der Daten

Im Folgenden werden die Schritte der Datenauswertung in ihren Grundzügen erläutert. Eine detaillierte Darstellung des Vorgehens beim Kodieren und Auswertungsbeispiele (AB) befinden sich im Anhang.

8.3.5.1 *Transkription und Grobauswertung*

Nach jedem Interview wurde die Tonbandaufnahme wortwörtlich **transkribiert** (vgl. Transkriptionslegende, S. 199) und im Hinblick auf personbezogene Angaben wie Eigennamen, genaue Zeit- und Ortsangaben anonymisiert. Die zugesandten schriftlichen Beiträge wurden in vergleichbare Dokumente überführt. Der erste Auswertungsschritt bestand anschließend darin, eine **grobe Fallübersicht** zu erstellen, in der demografische Daten des jeweiligen Forschungsteilnehmers, Rahmendaten seiner Therapie sowie die zu den Leitfadenthemen geschilderten und ergänzten Gesprächsinhalte aufgeführt waren (vgl. AB 1, S. 200). Diese Fallübersichten dienten später der Auswahl des jeweils nächsten zur Auswertung heranzuziehenden Interviews, wobei zunächst ähnliche Fälle, später auch maximal unähnliche Fälle miteinander verglichen wurden.

8.3.5.2 *Offenes Kodieren und Entwicklung eines Kategoriensystems*

Das offene Kodieren erfolgte unter Zuhilfenahme der Computersoftware ATLAS.ti, einem Programm zur qualitativen Auswertung von Textmaterial. Unter anderem lassen sich hiermit Codes und Memos in einem Dokument anfertigen und übersichtlich darstellen (vgl. AB 2, S. 202). Darüber hinaus können Listen von Codes, Memos oder Textbelegen ausgegeben und in andere Dokumente transferiert werden. So war es möglich, für jedes Interview eine Übersichtstabelle anzulegen, in der die vergebenen Codes mit zugehörigen Textbelegen und Kategorienbezügen aufgeführt waren.

Die im ersten Interview vergebenen Codes sortierte ich nach inhaltlichen Gesichtspunkten zu größeren Kategorien, für die ich eine vorläufige Definition anlegte und dimensionale Eigenschaften bestimmte. Das hiermit erstellte erste Kategoriensystem (vgl. AB 3, S. 204) wurde nun in Auseinandersetzung mit jedem weiteren Interview und bis zum letzten Fall überarbeitet. Neue Codes, die zu bereits formulierten Kategorien passten, wurden diesen zugeordnet, machten es aber häufig auch erforderlich, ihre Definition zu präzisieren und eventuell Unterkategorien voneinander abzugrenzen. Für neu hinzukommende Inhalte wurden weitere Kategorien erstellt und das Kategoriensystem auf diese Weise immer weiter ergänzt und ausdifferenziert (vgl. AB 4, S. 207 sowie S. 226ff). Einer besseren Übersichtlichkeit halber wurden inhaltlich zusammenhängende Kategorien einem größeren Themenbereich zugeordnet (z.B. Therapeutisches Vorgehen, Therapiebeziehung o.Ä.). Für die Auswertung blieb jedoch die Abstraktionsebene der Kategorien entscheidend.

Um möglichst wenig Information zu verschenken und den Blick nicht vorschnell auf bestimmte Kategorien einzuengen, wurden von den 20 Transkripten 17 durchgängig offen kodiert, d.h. zumindest

absatzweise, und, wo erforderlich, auch Zeile für Zeile oder wortweise ausgewertet. Aus den übrigen drei Interviews wurden besonders aussagekräftige Passagen zur Analyse ausgewählt.

8.3.5.3 *Axiales Kodieren: Herausarbeiten von Zusammenhängen zwischen Kategorien*

Um axiale Zusammenhänge zwischen den Kategorien herauszuarbeiten, wurde jeweils eine wichtig erscheinende Kategorie als Phänomen herausgegriffen und anhand der Übersichtstabellen für die einzelnen Fälle gezielt nach Textstellen gesucht, in denen diese Kategorie auftauchte. Die genaue Durchsicht ihres unmittelbaren inhaltlichen Kontextes förderte in der Regel erste Zusammenhänge zutage, also zum Beispiel Bedingungen, die dem Phänomen vorausgingen, Folgen, die sich daraus für die Klienten ergaben oder Strategien, die die Klienten im Umgang mit dem Phänomen entwickelten (vgl. AB 5, S. 209). Manchmal wurden Beziehungen zwischen Kategorien allerdings erst erkennbar, wenn man auch den weiträumigeren Kontext einbezog. Sobald sich eine solche Beziehung im Text zeigte, wurde dieses Vorkommnis notiert (vgl. AB 6, S. 212) und im Weiteren geprüft, ob derselbe Zusammenhang auch für andere Textstellen sowie fallübergreifend zutrifft. Waren Textbelege aufzufinden, die diesem Zusammenhang widersprachen, wurde im Kontext nach Erklärungen dafür gesucht (z.B. nach intervenierenden Bedingungen, die den Zusammenhang der beiden Kategorien verändern). Eine Zusammenhangshypothese galt als belegt, wenn sich die Beziehung zwischen den Kategorien bei der Durchsicht der Interviews wiederholt bestätigt hatte und keine stichhaltigen (d.h. nicht durch Zusatzannahmen integrierbaren) Gegenbelege aufgetaucht waren. Zur Ökonomisierung des Vorgehens wurde auf der Grundlage dessen, was beim Auswerten der Interviews bereits aufgefallen war, ein grafisches Hypothesennetz (vgl. AB 7, S. 214) erstellt und dessen Beziehungen nach o.g. Vorgehen am Datenmaterial überprüft.

8.3.5.4 *Selektives Kodieren: Der Weg zur Schlüsselkategorie*

Erste Versuche, die Kategorien und ihre mittlerweile belegten Bezüge untereinander im Hinblick auf eine zentrale Schlüsselkategorie anzuordnen, blieben zunächst unbefriedigend. Die hierzu erstellten Grafiken schienen logisch zusammenhängend, aber noch zu sehr deskriptiv, allgemein und zu einseitig in der individuellen Klientensicht gefangen. Wie das Hypothesennetz zeigt (vgl. AB 7, S. 214), stand zunächst die „erlebte Wirkung der Therapie“, ihr „emotionaler und kognitiver Impact“ aus Sicht der Klienten längere Zeit im Mittelpunkt der Analyse. Die Interaktion zwischen dem, was ein Klient in die Therapie einbringt, und den Bedingungen, die er dort vorfindet, war darin nur am Rande erfasst.

Die Analyse zweier besonderer Fälle brachte schließlich eine Wendung in den Auswertungsprozess. Ihre Sonderstellung ergab sich daraus, dass sie im Vergleich zu den anderen deutlich von einer noch bestehenden und weitreichenden psychischen Beeinträchtigung der Forschungsteilnehmer zeugten. Ihre Bewertung der Therapie schien in besonderem Ausmaß von spezifischen individuellen Denkmustern geprägt, d.h. es entstand hier zum ersten Mal der Eindruck, dass das Geschilderte systematischen Verzerrungen unterlag, die sich durch den gesamten Therapiebericht verfolgen ließen. Das bedeutet nicht, dass diese Schilderungen weniger glaubhaft

waren, nur schlug sich darin mehr als bei allen anderen eine gewisse *Deutungsbereitschaft* nieder (vgl. AB 8, S. 215). Über diese Auswertungsstation wurde klar, dass die Wahrnehmung und Bewertung des therapeutischen Geschehens ebenso wie dessen Rekonstruktion im Rahmen der Interviewsituation in jedem Fall immer auch etwas mit individuellen Denkmustern zu tun hat. Das heißt, alles, was in einer Therapie passiert, ist für Klienten nicht *an sich* gut oder schlecht, sondern wird immer nur vor dem Hintergrund bestimmter Denkmuster als gut oder schlecht bewertet.

Hatten die Daten bis zu diesem Zeitpunkt immer wieder dazu verführt, sich auf einen äußeren Bewertungsstandpunkt zu begeben und das Vorgehen und Verhalten der Therapeuten als mehr oder weniger gravierende Mängel oder Fehler einzuordnen, verschob sich die Perspektive nun mehr und mehr auf die Wechselwirkung zwischen Aspekten des therapeutischen Prozesses und bestimmten Deutungsbereitschaften der Klienten. Auch wenn das Verhalten eines Therapeuten von einem äußeren berufsethischen Standpunkt eindeutig als problematisch einzuordnen ist, entfaltet sich seine Wirkung bei einem Klienten nicht unabhängig von dessen Deutungsbereitschaften. Im Extremfall heißt dies: Ob ein therapeutisches Vorgehen nach juristischer Auslegung kriminell ist, sagt nichts über den Einfluss, den es auf einen bestimmten Klienten hat. Was für den Klienten daraus folgt, bemisst sich nämlich nicht an einem „objektiv“ festgestellten Grad der Kriminalität, sondern daran, was das betreffende Vorgehen *vor der Folie seiner persönlichen Denkstrukturen* für ihn bedeutet.

Zu diesem Zeitpunkt hatte sich bereits eine Vielzahl von Codes zu diesem Thema in den Kategorien *Typische Denk- und Deutungsmuster* und *Beziehungsmuster* angesammelt, jedoch schienen diese bis dahin eher nebensächlich. Die erneute Durchsicht der übrigen Interviews nach diesen Kategorien erwies sich allerdings als sehr fruchtbar. Mir fiel auf, dass einige Klienten sehr reflektiert und mit Distanz über persönliche Denkgewohnheiten berichteten. Andere trafen weniger direkte Aussagen, enthüllten solche Denkgewohnheiten aber gewissermaßen „zwischen den Zeilen“, in ihrer Wortwahl, im Grad ihrer Bestimmtheit oder in auffälligen Repetitionen. Außerdem wurde deutlich, dass die offengelegten Denkgewohnheiten etwas mit der Ausgangsproblematik der Klienten zu tun hatten.

Um die Fälle in dieser Stufe der Auswertung noch präziser nach theoretischen Kriterien miteinander vergleichen zu können, wurden für jedes Interview im Bezug auf einige relevante Kategorien Einschätzungen vorgenommen. Je nachdem, wie stark die jeweilige Kategorie bei einem Fall im Vergleich zu den anderen Fällen ausgeprägt war, wurde ein „min“- , „mittel“- oder „max“-Wert vergeben (vgl. AB 9, S. 220). So konnten Fälle mit gleicher und entgegengesetzter Ausprägung herausgegriffen und in Bezug auf bestimmte Kategorien kontrastiert werden. Die tabellarische Zusammenschau dieser Kategorien und ihrer Ausprägungen für alle Forschungsteilnehmer ermöglichte außerdem, auffällige Muster in den Daten zu entdecken. Hieraus resultierten letztlich die im Ergebnisteil beschriebenen Verlaufsformen des Scheiterns.

Den Abschluss des selektiven Kodierens bildete der Versuch, die generierten theoretischen Bezüge in einer zusammenhängenden „story line“ darzustellen. Hierbei aufscheinende Erklärungslücken wurden zum Anlass genommen, zu den Daten zurückzukehren und die formulierten Zusammenhänge gegebenenfalls noch detaillierter herauszuarbeiten, um so zu einer größeren

theoretischen Dichte zu gelangen. Die weitere Ausarbeitung der „story line“ und deren Anreicherung mit Textbelegen gingen nahtlos in die Ergebnisdarstellung über.

8.3.5.5 *Memos zu jedem Anlass*

Über den gesamten Kodierprozess hinweg erstellte ich Memos, um Ideen und Gedankengänge bei der Auswertung festzuhalten. Sie dienten mir dazu, Kategorien zu definieren und deren Eigenschaften zu bestimmen, Kategorien voneinander abzugrenzen und zu bestimmten Textstellen oder Konzepten weiterführende Überlegungen anzustellen (vgl. AB 10, 221). Des Weiteren eignete sich das Memoschreiben dazu, Annahmen über Zusammenhänge zu formulieren (vgl. AB 11, S. 223), Zwischenergebnisse zusammenzufassen und schließlich auch die eigene Forscherrolle und deren Einfluss auf die Theoriebildung zu reflektieren (vgl. AB 12, S. 225).

8.3.5.6 *Soziale Korrektive und Forschungstagebuch*

Um den Auswertungsprozess intersubjektiver Kontrolle zu unterziehen und seine Ergebnisse für andere nachvollziehbar zu machen, fanden zweiwöchige Treffen mit einer, zeitweise auch zwei anderen Doktorandinnen statt. Hier wurden Daten gemeinsam gesichtet und kodiert, verschiedene Interpretationen gegeneinander abgewogen und Überlegungen dazu angestellt, welche Schritte in der Forschungsarbeit als nächstes sinnvoll wären. Diese Zusammenarbeit erwies sich als sehr hilfreich und in vielerlei Hinsicht produktiv. Divergierende Standpunkte ließen sich in diesem Rahmen gut nutzen, um sich mit anderen möglichen Lesarten auseinanderzusetzen. Ich konnte hier nicht nur auf bisher übersehene Aspekte aufmerksam werden, sondern über die Außensicht des kollegialen Austauschs auch wieder mehr Distanz zum Gegenstand gewinnen und mich so von festgefahrenen Sichtweisen lösen. Die Instrumente der Datenerhebung sowie Zwischen- und Endergebnisse der Auswertung wurden außerdem in einem Doktorandenkolloquium zur Diskussion gestellt. Die dort zusammengetragenen Fragen und Anregungen flossen in den weiteren Forschungsprozess ein.

Ich nutzte ein Forschungstagebuch, um vor allem das emotionale Geschehen während des Forschungsprozesses zu dokumentieren. Vorbehalte, Begegnungen und Eindrücke während der Datenerhebung notierte ich hier ebenso wie Blockaden und Fortschritte der Forschungsarbeit.

9 Ergebnisse

9.1 Beschreibung der Studienteilnehmer

9.1.1 Demografische Merkmale

An der Studie nahmen 13 Frauen und sieben Männer im Alter von 27 bis 54 Jahren teil. Von ihnen erklärten sich 18 zu einem Interview bereit, zwei entschieden sich für eine schriftliche Form der Teilnahme.

Bis auf eine geschiedene Teilnehmerin waren alle ledig, drei von ihnen lebten in Partnerschaft, und vier Teilnehmerinnen hatten außerdem Kinder.

Der Bildungshintergrund der Teilnehmer ist im Vergleich zum gesamtdeutschen Durchschnitt dieser Altersgruppe als sehr hoch einzustufen. So stehen 13 Teilnehmern mit Abitur nur zwei mit erweitertem Hauptschulabschluss, vier mit Realschulabschluss und ein Teilnehmer mit POS-Abschluss (Polytechnische Oberschule) gegenüber.

Acht Personen waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung berufstätig, zwei befanden sich im Studium. Drei Personen waren arbeitslos gemeldet, was bei einer Erwerbslosenquote von 18,7% im Land Berlin (Statistisches Bundesamt, 2008) etwa dem Durchschnitt entspricht. Die Anzahl derjenigen Untersuchungsteilnehmer, die angaben, zur Zeit nur sehr eingeschränkt bzw. gar nicht arbeitsfähig zu sein oder die bereits eine Rente wegen voller Erwerbsminderung⁷ (EM-Rente) bezogen, ist mit sieben im Vergleich zu Allgemeinbevölkerung deutlich überrepräsentiert (Statistisches Bundesamt, 2007).

Als Besonderheit ist hervorzuheben, dass acht der Teilnehmer sich auch aus professioneller Perspektive mit Psychotherapie befasst oder dafür interessiert hatten. Fünf gaben an, über ihre Ausbildung, drei davon während eines Psychologiestudiums, mit psychotherapeutischen Themen in Berührung gekommen zu sein. Darüber hinaus arbeitete eine Teilnehmerin zum Interviewzeitpunkt bereits selbst als Psychotherapeutin, eine zweite war als Ergotherapeutin und eine dritte zwischenzeitlich als Krankenschwester in der Psychiatrie beschäftigt. Einen Überblick über die demografischen Merkmale des Samples gibt Tabelle 1.

9.1.2 Therapierelevante Daten

Von den 20 Personen, die an der Studie teilnahmen, berichteten 18 von negativen Erfahrungen im Zusammenhang mit ambulanter Einzelpsychotherapie. Von diesen 18 gaben zehn an, auf mehr als eine gescheiterte Psychotherapie zurückzublicken, wobei die Spannweite von zwei negativ verlaufenen Therapien bis zu einer zwölfjährigen insgesamt erfolglosen Psychotherapiekarriere reichte. Neben einzeltherapeutischen kamen darin auch paartherapeutische, gruppentherapeutische und bei zehn Teilnehmern außerdem stationäre Behandlungsmaßnahmen vor.

⁷ Voll erwerbsgemindert sind nach SGB VI, § 43, Abs. 2 „Versicherte, die wegen Krankheit oder Behinderung auf nicht absehbare Zeit außerstande sind, unter den üblichen Bedingungen des allgemeinen Arbeitsmarktes mindestens drei Stunden täglich erwerbstätig zu sein“.

Die Entwicklung der inhaltlichen Kategorien basiert hauptsächlich auf den Berichten dieser 18 Personen. Zusätzlich wurden zwei Teilnehmer in die Untersuchung mit aufgenommen, die sich entgegen dem ursprünglichen Einschlusskriterium keiner ambulanten Einzeltherapie, sondern ausschließlich stationärer Suchttherapie unterzogen hatten (Sabine B. und Achim C.). Ihre Äußerungen konnten in einem späteren Auswertungsstadium zur Fallkontrastierung herangezogen werden und flossen in die Formulierung weiterführender theoretischer Überlegungen ein (vgl. Kap. 10.2.3).

Das Spektrum der Gründe, die aus Klientensicht für die Aufnahme der jeweiligen Psychotherapie ausschlaggebend waren, ist relativ breit. Nicht immer nannten die Teilnehmer hier Diagnosen. Zum Teil waren ihnen diese in der Therapie nicht mitgeteilt worden, zum Teil distanzierten sie sich auch vom diagnostischen Urteil ihrer Therapeuten. Die genannten Auslöser umfassen unklar definierte Schwierigkeiten wie Stress, Beziehungs- und Selbstwertprobleme, aber auch Diagnosen psychischer Störungen wie Essstörungen, Angststörungen, Depressionen, posttraumatische Belastungsstörung, bipolare und schizoaffektive Störung sowie Borderline-Persönlichkeitsstörung. Störungsbilder mit eng umgrenzter und vergleichsweise kurzzeitiger Symptomatik waren darin ebenso vertreten wie schwerwiegende und teils langjährige Verläufe mit komplexer Mischsymptomatik oder psychotischen Episoden in der Vorgeschichte.

Ebenso wie die diagnostischen Informationen waren auch die Angaben über die beteiligten Therapieverfahren nicht immer eindeutig zu erheben. Dies ist unter anderem dem Umstand geschuldet, dass einige Klienten in der Therapie bis zum Ende nicht erfuhren (bzw. nicht erfragten), um welches Verfahren es sich handelte. In mehreren Fällen brachten die Therapeuten, wie dies in der Praxis häufig vorkommt, auch mehr als ein Verfahren zur Anwendung oder kombinierten Methoden verschiedener theoretischer Orientierungen miteinander. Wenn die Klienten keine klare Auskunft über das Therapieverfahren geben konnten, wurde dieses – sofern möglich – aus ihrem Bericht über das konkrete therapeutische Vorgehen rekonstruiert, oder es wurden ihnen einige naheliegende Möglichkeiten angeboten, unter denen sie meist eine als zutreffend wiedererkannten. Die insgesamt berichteten Fälle gescheiterter Psychotherapie im Einzelsetting beziehen sich auf folgende Verfahren (Anzahl jeweils in Klammern): Psychoanalyse (10), Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie (8), Tiefenpsychologisch fundierte Kunsttherapie (1), Verhaltenstherapie (7), Gesprächspsychotherapie (1), Gestalttherapie (2), Neurolinguistisches Programmieren (1), Maltherapie (1) und Körpertherapie (2). Über die einzelpsychotherapeutischen Erfahrungen hinaus fanden sich im Sample auch Berichte über misslungene Familientherapie (2) und Paartherapie (2). Diese wurden ebenfalls in die Auswertung einbezogen, um zu prüfen, inwieweit die für den einzeltherapeutischen Bereich entwickelten Kategorien auch in Mehrpersonensettings relevant sind.

Die Dauer der misslungenen Psychotherapien lag zwischen zwei Sitzungen und fünf Jahren. Bei Klienten, die bereits einen negativen Therapieverlauf erlebt hatten, kam es allerdings auch vor, dass Folgetherapien schon nach dem Erstgespräch nicht mehr wahrgenommen wurden (vgl. dazu Kap. 10.2.1).

Erwähnenswert ist zudem, dass außer zwei Teilnehmern alle zusätzlich auch positive Erfahrungen mit professioneller Unterstützung gemacht hatten. Von ihnen gaben 13 an, sich entweder

vor oder nach der gescheiterten mindestens noch einer anderen Psychotherapie unterzogen zu haben, die aus ihrer Sicht erfolgreich oder zumindest hilfreich für sie war. Drei hatten Nutzen aus einem längerfristigen alternativen Hilfsangebot (psychosoziale Betreuung oder psychologische Beratung) ziehen können. Einer von diesen sowie zwei weitere Teilnehmer sahen selbst in der Psychotherapie, die sie insgesamt als misslungen einstufen, auch positive Aspekte, die sich in einer stark ambivalenten Darstellung und Beurteilung des Therapiegeschehens niederschlugen. Eine Zusammenschau der therapielevanten Daten findet sich in Tabelle 2.

Tabelle 1. Das Sample im Überblick: Demografische Merkmale

Pseudonym	Alter	Familienstand	Schulabschluss	Beruf/Ausbildung	Sozialstatus
<i>Markus A.</i>	28	ledig	Abitur	Grafik-Designer	berufstätig
<i>Sabine B.</i>	40	geschieden, lebt in Partnerschaft, 4 Kinder	Erweit. Hauptschulabschluss	Altenpflegerin	arbeitslos
<i>Achim C.</i>	35	ledig, lebt in Partnerschaft	Erweit. Hauptschulabschluss	Bäcker	arbeitslos
<i>Birgit D.</i>	39	ledig	Abitur	Psychotherapeutin	berufstätig
<i>Kerstin E.</i>	29	ledig	Abitur	Physiotherapie-Ausbildung	z. Zt. erwerbsunfähig
<i>Peter F.</i>	41	ledig	Fachabitur	Diplom-Sozialpädagoge	EM-berentet
<i>Ute G.</i>	38	ledig	Realschulabschluss	Post-Facharbeiterin	eingeschränkt erwerbsfähig
<i>Helga H.</i>	37	ledig	Abitur	Lektorin	berufstätig
<i>Julia I.</i>	40	ledig	Abitur	Ergotherapeutin	berufstätig
<i>Christine J.</i>	29	ledig	Realschulabschluss	Ohne Berufsausbildung	z. Zt. erwerbsunfähig
<i>Carla K.</i>	32	ledig	Abitur	Psychologiestudium	arbeitslos
<i>Hans L.</i>	50	ledig, lebt in Partnerschaft	Polytechnische Oberschule	Psychosozialer Betreuer	berufstätig
<i>Klaus M.</i>	29	ledig	Abitur	Psychologiestudium	Student
<i>Max N.</i>	44	ledig	Abitur	Mathematikstudium	EM-berentet
<i>Andrea O.</i>	43	ledig, 1 Kind	Abitur	Polizeibeamtin	EM-berentet
<i>Gabriele P.</i>	46	ledig, 1 Kind	Abitur	Medizin. Dokumentationsassistentin	berufstätig
<i>Sophia Q.</i>	54	ledig	Realschulabschluss	Krankenschwester	EM-berentet
<i>Ursula R.</i>	53	ledig, 1 Kind	Realschulabschluss	Töpferin	berufstätig
<i>Heike S.</i>	30	ledig	Abitur	Lehrerin	berufstätig
<i>David T.</i>	27	ledig	Abitur	Psychologiestudium	Student

Tabelle 2. Das Sample im Überblick: Therapierelevante Daten

Abkürzungen: ADS: Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom, BPS: Borderline-Persönlichkeitsstörung DBT: Dialektisch-Behaviorale Therapie, EMDR: Eye Movement Desensitization and Reprocessing GT: Gesprächspsychotherapie, Kl.: Klient, NLP: Neurolinguistisches Programmieren, PA: Psychoanalyse, PT: Psychotherapie, PTBS: Posttraumatische Belastungsstörung, TPT: Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, VT: Verhaltenstherapie, ST: Systemische Therapie, n.n.b: nicht näher bezeichnet, o.A.: ohne Angabe.

Pseudonym	Ausgangs- problematik (Diagnose)	Berichtete Therapiemisserfolge ⁸			Stationäre Aufenthalte in der Therapie- geschichte	Positive Therapie- erfahrungen (Dauer)
		Anzahl	Verfahren	Dauer ⁹		
Markus A.	Stress, Beziehungs- probleme	1	PA	5 Monate	keine	spätere TPT (2 Jahre)
Birgit D.	n.n.b. Neurose	1	PA	5 Jahre	keine	spätere PA (6 Jahre)
Kerstin E.	Selbstwert- problem (Diagnose BPS lehnt Kl. ab)	8	VT (2) TPT (2) Gestalt-PT NLP Körper-PT naturheil- kundl. PT	1 Sitzung - 1 ½ Jahre	mehrmals	spätere EMDR- Therapie (Ende offen)
Peter F.	Depression mit teils psychot. Erleben (bipolar II)	1	VT	5 Monate	mehrmals	frühere ST (o.A.), frühere PA (3 Jahre)
Ute G.	Depression (Schizoaffective Störung)	2	VT TPT	5 Monate 5 Sitzungen	mehrmals	positive Aspekte in späterer VT (ca. 1 Jahr, Ende offen)
Helga H.	Traumatisierung	1	PA	1 Jahr	keine	frühere TPT (2 Jahre)
Julia I.	„Narzissmus“ (BPS)	1	PA	4 Jahre	mehrmals Kurz- aufenthalte zur Stabilisierung	TPT/Kunst (3 Jahre)
Christine J.	Soziale Phobie, Panikstörung, Essstörung (binge-eating)	6	PA TPT VT Gestalt-PT Mal-PT Familien-PT	1 Sitzung - 1 Jahr	mehrmals	spätere VT/EMDR- Therapie (3 Jahre)
Carla K.	Soziale Phobie (aktuelle Diagnose BPS)	1	TPT	8-9 Monate	zweiwöchiger Aufenthalt zur Diagnostik	2 frühere VT (o.A.), spätere DBT (3 ½ Jahre)

⁸ Hier sind alle Therapiefälle aufgeführt, deren Misslingen die Studienteilnehmer im Interview oder schriftlichen Bericht mehr oder weniger ausführlich begründet haben.

⁹ Wo Interviewpartner mehr als zwei negative Therapiefälle schilderten, wurde jeweils die Dauer der kürzesten und längsten Therapie angegeben.

Tabelle 2. Fortsetzung

Pseudonym	Ausgangs- problematik (Diagnose)	Berichtete Therapiemisserfolge			Stationäre Aufenthalte in der Therapie- geschichte	Positiv bewertete Therapieerfahrungen (Dauer)
		Anzahl	Verfahren	Dauer		
<i>Hans L.</i>	Angst (aktuelle Diagnose ADS)	1	TPT	2 Jahre	keine	keine
<i>Klaus M.</i>	Depression	2	TPT (2)	2 Sitzungen 5 Sitzungen	keine	spätere VT (bisher 1 Jahr)
<i>Max N.</i>	Aggressionen nicht im Griff, („Psychoneurose“ Verdacht auf BPS; aktuelle Diagnose Schizophrenie)	2	PA GT	12 Sitzungen (o.A.)	mehrmals	spätere psychosoziale Betreuung (ca. 6 Jahre, Ende offen)
<i>Andrea O.</i>	Angst, PTBS (Diagnose BPS lehnt Kl. ab)	1	VT	ca. 1 Jahr (50 Sitzungen)	mehrmals	keine
<i>Gabriele P.</i>	Angst	1	PA	6 Monate	keine	frühere PA- Gruppentherapie (ca. 1 ½ Jahre)
<i>Sophia Q.</i>	Depression (aktuelle Diagnose bipolare affektive Störung)	1	PA	ca. 1 Jahr	mehrmals	spätere TPT (ca. 1 Jahr), spätere GT (ca. 6 Monate)
<i>Ursula R.</i>	Angst Depression	4	VT Paar-PT GT für Paare Familien-PT	1 – 7 Sitzungen	keine	spätere TPT (3 Jahre)
<i>Heike S.</i>	Selbstwert- problem, Angst	1	PA	2 Sitzungen	keine	frühere VT (1 ¾ Jahre), frühere PA (2 ½ Jahre)
<i>David T.</i>	Angst	1	PA	4 Jahre (380 Sitzungen)	keine	spätere tiefenpsych. Beratung (4 Monate), positive Aspekte in der misslungenen Therapie
Nur stationärer Therapiekontext:						
<i>Sabine B.</i>	Sucht (Benzodiazepine)	1	stationäre PT in Sucht- fachklinik	3 Monate	insgesamt 2 geschlossene Suchttherapien	spätere psychosoziale Betreuung (Ende offen)
<i>Achim C.</i>	Sucht (Heroin), Therapie statt Strafe, § 35 BMW	1	geschlos- sene Sucht- therapie (VT)	4 Monate	insgesamt 4 geschlossene Suchttherapien	spätere stationäre PT in Suchtfachklinik (6 ½ Monate)

9.2 Die Schlüsselkategorie: Das verhängnisvolle Zusammenspiel

Als Schlüsselkategorie bezeichnet man in der Grounded Theory das zentrale Phänomen der Untersuchung. Es muss in jeder herangezogenen Untersuchungseinheit (entspricht hier je einem Fall des Scheiterns von Psychotherapie) vorkommen, und seine Entdeckung sollte wesentlich zur Theoriebildung beitragen. Formal bedeutet dies, dass die Schlüsselkategorie die meisten Bezüge zu anderen wichtigen Kategorien aufweisen und damit die einzelnen, schon bestehenden Theoriefäden zusammenführen muss. Häufig erfüllt keine der unmittelbar aus den Daten entwickelten inhaltlichen Kategorien diese Voraussetzungen, sondern die Schlüsselkategorie taucht erst dann auf, wenn man einen anderen Blickwinkel einnimmt. Wie ein Maler, der von seiner Staffelei einen Schritt zurücktritt, um zu sehen, wie sich einzelne Pinselstriche zu einer Gestalt zusammenfügen, muss man sich auch als Forscher erst etwas von seinen konkreten Einzelbefunden distanzieren, um eine Idee davon zu bekommen, was diese Einzelbefunde verbindet. Und ebenso wie beim Malen ist dabei neben „Kunstfertigkeit“ immer auch ein kreativer Akt gefragt.

Für die Schlüsselkategorie der vorliegenden Untersuchung trifft das oben Gesagte in ähnlicher Weise zu: Die Idee war in einem späten Auswertungsstadium irgendwann plötzlich da und setzte einen Prozess in Gang, innerhalb dessen die bis dahin isolierten Detailergebnisse zu einem sinnhaften Ganzen fusionierten.

Das zentrale Phänomen der Untersuchung wird im Folgenden als **verhängnisvolles Zusammenspiel** bezeichnet. Dieser Begriff wurde gewählt, da sich das Scheitern aller Psychotherapien, von denen die Klienten in den Interviews und zum Teil auch schriftlich berichtet haben, am besten durch den Umstand erklären lässt, dass bestimmte Voraussetzungen auf Seiten des Klienten und Aspekte des therapeutischen Angebots auf unglückliche Weise ineinandergriffen.

Auf Seiten des therapeutischen Angebots geht es dabei um Aspekte des konkreten (im weitesten Sinne methodischen) Vorgehens, um die Gestaltung der therapeutischen Beziehung und um Settingfaktoren. Zu den relevanten Voraussetzungen auf Klientenseite gehören vor allem biografisch begründete Denk- und Beziehungsmuster, die die Klienten bei ihrer Alltagsbewältigung und ihren sozialen Interaktionen behindern und entscheidend zur Entstehung psychischer Störungen beitragen. Darüber hinaus sind allerdings auch Vorwissen und Vorerfahrungen der Klienten im Bezug auf Psychotherapie von Bedeutung, da sie mehr oder weniger problematische Erwartungen (z.B. solche, die in der Therapie nicht einlösbar sind) begünstigen können.

Weder die Voraussetzungen der Klienten noch das therapeutische Angebot können für sich genommen das Misslingen der Therapie und das Ausmaß ihrer negativen Folgewirkungen erschöpfend verständlich machen, sondern es ist erst deren unglückliches Aufeinandertreffen und Ineinandergreifen über die Zeit, oder man könnte auch sagen: deren mangelnde Abstimmung aufeinander, wenn man Therapie als zielgerichteten Behandlungsprozess betrachtet. Das heißt auch, dass es bei einer anderen Passung von therapeutischem Angebot und Klientenvoraussetzungen gar nicht unbedingt zum Scheitern hätte kommen müssen. So wurde beispielsweise die Angst des Klienten Markus A. davor, auch einmal Schwächen zu zeigen, zwar dann verstärkt und hinderlich für die Psychotherapie, als er auf einen Therapeuten traf, der ihm gegenüber sehr kühl, distanziert und

überlegen auftrat. Als er jedoch später zu einer Therapeutin kam, die ihm eher auf gleicher Augenhöhe begegnete und häufiger menschliche und empathische Reaktionen zeigte, fühlte er sich gut aufgehoben und verlor viel von seiner Scheu, sich in der Therapie zu öffnen.

9.2.1 Datenbelege für die Bestandteile des verhängnisvollen Zusammenspiels

Die Charakteristika des jeweiligen therapeutischen Angebots, also besondere Aspekte des therapeutischen Vorgehens, der Therapiebeziehung und des Settings gingen meist relativ eindeutig aus den Schilderungen der Interviewpartner hervor (z.B. „gestalttherapeutisch nennt sich das, also immer so mit dem leeren Stuhl reden“, Kerstin E., 179-180; „war mir auch irgendwie zu eng, die ganze Beziehung“, Julia I., 117-118; „das war 'n Gegenübersitzen in Sesseln“, Markus A., 24-25).

Auf beteiligte Denk- oder Beziehungsmuster der Klienten zu schließen, war hingegen etwas komplizierter, so dass an dieser Stelle etwas näher darauf eingegangen werden soll, um die gezogenen Schlussfolgerungen nachvollziehbar zu machen.

Die Interviewpartner unterschieden sich zum Teil erheblich darin, wie viele Informationen sie im Gespräch über eigene typische Denk- und Beziehungsmuster lieferten und inwieweit sie diese Informationen eher direkt und gezielt oder eher indirekt und beiläufig (möglicherweise auch unfreiwillig) preisgaben. Um überhaupt von einem bestimmten Denk- oder Beziehungsmuster bei einem Klienten sprechen zu können, war es notwendig, verschiedene, über das Interview verstreute Einzelinformationen wie Mosaiksteine zu einem Gesamtbild zusammensetzen. Während sich in der überwiegenden Zahl der Fälle dabei eine sehr deutliche innere Konsistenz abzeichnete, blieb das Gesamtbild bei einigen Interviewpartnern aufgrund fehlender oder zu spärlicher Informationen bis zum Ende lückenhaft. Insofern ist zu betonen, dass der hypothetische Charakter der konstatierten Denk- und Beziehungsmuster bzw. deren „grounding“ in den Daten von Fall zu Fall schwanken kann. In der Hierarchie der Datenbelege wurde direkten Selbstaussagen der Klienten dabei ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt. Darüber hinaus galt eine Denk- oder Beziehungsmusterhypothese als umso besser bestätigt, je größer die Anzahl auffindbarer Belege war und je deutlicher sich deren Konsistenz über verschiedene Belegarten hinweg abzeichnete (vgl. folgender Abschnitt).

Hinweise auf potenziell problematische Denk- und Beziehungsmuster der Klienten sammelten sich vor allem in den Kategorien TYPISCHE DENK- UND DEUTUNGSMUSTER, BEZIEHUNGSMUSTER¹⁰ und BEZIEHUNGEN UND SOZIALES UMFELD DES KLIENTEN. Letztendlich waren aber auch andere Kategorien aufschlussreich, wie EINSTELLUNGEN, BEDÜRFNISSE oder die AUSGANGSPROBLEMATIK des Klienten. Die zugehörigen Codes ergaben sich aus den folgenden Quellen:

¹⁰ Wörter in GROSSBUCHSTABEN verweisen im Folgenden auf inhaltliche Kategorien, die während des Auswertungsprozesses entwickelt und definiert wurden (Auswertungsbeispiele s. Anhang).

- Direkte Aussagen der Klienten zu eigenen typischen Denk- oder Beziehungsmustern:

Also sowieso, natürlich man fühlt sich ja immer schuldig. (Kerstin E., 259)¹¹

Dass ich den normalen menschlichen Konflikten aus dem Weg gehe. (Gabriele P., 307-308)

Allerdings überhöhen die eigenen Minderwertigkeitsgefühle das Gegenüber. (Max. N., 602-603)

- Wiederholte, eher beiläufige Aussagen der Klienten, die sich wie ein roter Faden durch das Interview zogen und so bestimmte Denkgewohnheiten nahelegten, bei Sophia Q. zum Beispiel die Tendenz, den „Täter zu entschuldigen“ und sich selbst die Schuld geben:

[Erzählt aus ihrer Jugend:] Ja, der Gute war der Einzige, der mit mir geredet hat und sich um mich gekümmert hat . . . Und deshalb bin ich da auch gar nicht böse ... ich bin da gar nicht böse [Hervorhebung A.C.], ich meine, dass es was ganz Schlimmes ist, der war genau 20 Jahre älter und hatte gerade keine Freundin, und nur 'n Motorrad, ein schönes. Aber zum ersten Mal 'n Penis sehen und eben mit allem, was dazu gehört, und dann ja auch unter Druck gesetzt zu werden, mit sanftem Druck, ne, anfassen und so. (Sophia Q., 145-154)

Ja, meine Cousine hat mir erst vor ein paar Jahren erzählt, dass sie wusste, dass Ihr Mann mich missbraucht hat. Das hat die mir rotzfrech ins Gesicht gesagt. Dass ich verzeihe, ist ja sowieso selbstverständlich [Hervorhebung A.C.], dass sie mir aber 50 Jahre nicht verzeiht, dass ich ihre Puppe angekratzt habe, das ist genau so selbstverständlich. (ebd., 494-499)

Ja ja, ich war immerhin ja, ach, fast vierzig Jahre alt, bevor ich überhaupt das erste Mal den Mund aufgemacht habe. Aber das ist ja meine eigene Schuld [Hervorhebung A.C.]. (ebd., 542-544)

Interviewerin (I): Was hätten Sie sich gewünscht bei dem (Therapeuten)? Oder was, gab's was, was Ihnen gefehlt hatte?/ Interviewpartnerin (IP): Nein, nur die Erfahrung, sonst gar nichts. Sonst gar nichts. Und jung war er natürlich . . . Der hat nicht praktisch gearbeitet leider zwischendurch. Ein Jahr, ne, Medizin, und ein Jahr Psychologiepraxis, hat der nicht. Aber macht ja nichts [Hervorhebung A.C.], aber jetzt hat er ja die praktische Erfahrung. (ebd., 511-519)

- Direkte Aussagen der Klienten zu Interaktionsmustern oder traumatischen Erlebnissen im Rahmen ihrer familiären und sonstigen sozialen Beziehungen:

Aber (die Therapeutin) hat dann halt sehr stark meinen Vater in Schutz genommen, der eigentlich sehr cholerisch war und mich sehr gedemütigt hat, also immer die ganze Zeit runtergemacht hat, hat sich gleich auf seine Seite gestellt, und das war für mich dann das Letzte, was ich noch gebrauchen konnte. Weil es der totale Horror war zu Hause. (Christine J., 822-836)

- Schilderungen der Klienten darüber, wie sie selbst die Therapiebeziehung erlebten:

Also (der Therapeut) hat auch wahnsinnig viel geredet, hat mich auch gern unterbrochen immer, und wenn ich dann dabei war, seine ganzen Theorien ausgebreitet über irgendwas. Also

¹¹ Die Angaben in Klammern verweisen jeweils auf das Transkript, aus dem zitiert wurde, sowie auf die genaue Zeilenposition des Zitats im Word-Dokument. Füllwörter wie „irgendwie“, „ähm“, kürzere Pausen und Wortwiederholungen wurden der Lesbarkeit halber weggelassen, ebenso Textpassagen, die für das Verständnis der zentralen Aussagen unwesentlich sind. Auslassungen, die mehr als einen Satz umfassen, sind durch weit auseinanderstehende Punkte (. . .) markiert.

alles nur so 'ne kleinen Details, die ich heftig finde und die ich mit so 'nem gewissen Männerdominanzverhalten verbinde, ich schluck das auch oft so automatisch weg . . . ja, sogar wenn mein Analytiker mich dann ständig unterbricht, dann bin ich so, [kleinlaut] hm, o.k. so . . . Ja, also ich brauche wirklich so 'ne Weile, bis das hinterher richtig ankommt. Na ja, und das sind halt diese Sachen, die einfach indirekt trotzdem gut waren, um das noch mal klarer zu kriegen für mich, dass da wieder das passiert ist. (Helga H., 938-951)

- Eigene Beobachtungen und Kodierungen bestimmter Muster in der Interaktion mit den Klienten im Vorfeld und während des Interviews, durch deren Hinzunahme sich das Bild vervollständigte:

Beobachtung bei Kerstin E.: Schon im Vorfeld des Interviews wurde deutlich, dass man sehr vorsichtig mit ihr umgehen musste. Ich erinnere mich daran, dass erst mehrere kurze Schriftwechsel per E-Mail stattfanden, bevor sie Vertrauen fasste und sich zu einem Interviewtermin entschließen konnte. Ich hatte im Gespräch das Gefühl, sie schützen und darauf aufpassen zu wollen, bloß nichts falsch zu machen. Im Interview äußerte sie unter anderem, dass sie zunächst auch im Hinblick auf meine Doktorarbeit misstrauisch gewesen sei, „also nicht, dass es über Pseudologica Fantastica geht oder so“ (Kerstin E., 810). Sie hatte nämlich schon häufiger erleben müssen, dass man ihr die negativen Erfahrungen, die sie mit Psychotherapie gemacht hatte, nicht glaubte und sie stattdessen „schubladierte“. Auch am Ende des Interviews, als Kerstin E. erklärte, warum sie gern an der Studie teilnehmen wollte, schien diesbezüglich noch einmal eine klare Versicherung nötig zu sein:

Also gerade war so der Gedanke an irgend so'n Studenten, dem werde ich das irgendwann mal erzählen . . . und dass man eben auch jemand was weitergeben kann, der da bereit ist, was zu lernen. Also der auch ... ja, was ja immer noch so meine Angst ist, dass das ... also ehrlich gesagt [lacht], dass du dann rausgehst und denkst, was hat die mir da erzählt, und das stimmt doch alles nicht oder so. Sondern der wirklich da offen rangeht und verantwortungsbewusst, dann irgendwo auch merkt, ja Therapeuten sind nicht perfekt und man kann viel damit anrichten ... / I: Ja, da das gerade im Raum stand, kann ich dir auch gleich noch mal eine Rückmeldung dazu geben. Also ich habe nicht das Gefühl, dass ich dich nicht ernst nehmen könnte. . . / IP: Ja, o.k., danke. (Kerstin E., 2131-2150)

Diese Beobachtungen standen im Einklang mit verschiedenen anderen Interviewpassagen bei Kerstin E., die von einer grundsätzlichen Ängstlichkeit zu handeln schienen, von anderen verletzt, manipuliert oder hintergangen zu werden. Inwieweit diese Ängstlichkeit und die damit verbundenen Interpretationsgewohnheiten hauptsächlich Folge ihrer negativen Therapieerfahrungen sind (die Klientin ist derentwegen in traumatherapeutischer Behandlung) oder/ und bereits auf frühere biografische Episoden zurückgehen, steht offen. Beide Möglichkeiten werden von der Klientin thematisiert.

9.2.2 Verschiedene Verlaufsformen des verhängnisvollen Zusammenspiels

Wie sich anhand der Interviewdaten zeigen lässt, nimmt das verhängnisvolle Zusammenspiel von Denk- und Beziehungsmustern des Klienten und therapeutischem Angebot unterschiedliche Formen an, und zwar in Abhängigkeit davon,

a) welche Ausprägung die Denk- und Beziehungsmuster des Klienten auf einem Kontinuum zwischen niedrigem und hohem negativen Wirkungsgrad einnehmen: d.h. in welchem Ausmaß sie den Klienten in seiner Lebensgestaltung behindern, ob sie nur in ganz bestimmten oder in nahezu allen Situationen und Lebensbereichen zu Einschränkungen führen (Generalisierungsgrad), oder auch wie dramatisch die damit assoziierten Emotionen und Symptome sind. Ein Denkmuster mit niedrigem negativem Wirkungsgrad ist vergleichbar mit einem „wunden Punkt“, wenn ein Klient bei sich Defizite in einem umschriebenen Bereich sieht und immer leidet, sobald dieser Bereich angesprochen wird. Ein Denkmuster mit hohem negativem Wirkungsgrad wäre

hingegen bei einer schweren Depression gegeben, bei der sich ein Klient durchgängig und in jeder Hinsicht als Versager erlebt. Der negative Wirkungsgrad der Denk- und Beziehungsmuster wurde hauptsächlich anhand der Kategorien KOGNITIV-EMOTIONALE VERFASSUNG DES KLIENTEN und NEGATIVER EMOTIONALER IMPACT DER THERAPIESITZUNGEN geschätzt.

b) inwieweit sich das therapeutische Angebot überwiegend durch eine fehlende Komplementarität oder durch eine negative Komplementarität zu den Denk- und Beziehungsmustern des Klienten auszeichnet: Mit fehlender Komplementarität ist gemeint, dass das therapeutische Angebot gar keine Berührungspunkte zu den problematischen Denk- und Beziehungsmustern des Klienten herzustellen vermag. Statt die negative Selbstsicht einer Klientin in den Sitzungen zu thematisieren, wird zum Beispiel „drüber gesprochen, wie's Wetter ist“ (Ute G., 190). Als negativ komplementär wäre das therapeutische Angebot dann einzuordnen, wenn es die negative Selbstsicht der Klientin noch weiter fördert, indem der Therapeut sein Hauptaugenmerk auf ihre Defizite richtet und sich ihr gegenüber abwertend äußert. Positiv komplementär wäre das therapeutische Angebot dann, wenn es der negativen Selbstsicht der Klientin entgegenwirkt, indem der Therapeut ihr wertschätzend begegnet und mehr auf ihre Ressourcen fokussiert. Jede Therapie stellt wahrscheinlich eher eine Mischform aus allen drei Komplementaritätsarten dar, denn die meisten Therapeuten liegen wohl manchmal daneben (fehlende Komplementarität), treffen mehr oder weniger absichtsvoll wunde Punkte eines Klienten (negative Komplementarität) und sind um Empathie (positive Komplementarität) bemüht. Entscheidend ist deshalb nicht das bloße Vorliegen von negativer oder fehlender Komplementarität, sondern das Mischverhältnis, also etwa: Gibt es positiv komplementäre Aspekte des therapeutischen Angebots, die die negativ komplementären ausgleichen können? Ein Mischverhältnis, das sowohl das eine als auch das andere in größerem Ausmaß beinhaltet, scheint dafür verantwortlich zu sein, dass einige Klienten ihre Therapie höchst ambivalent erleben und bewerten.

Das Zusammentreffen von Denk- und Beziehungsmustern eines Klienten und einem therapeutischen Angebot, das sich durch eine überwiegend fehlende Komplementarität auszeichnet, führt unabhängig vom negativen Wirkungsgrad der Denk- und Beziehungsmuster des Klienten zu einer **unproduktiven Verlaufsform**.

Treffen Denk- und Beziehungsmuster eines Klienten hingegen auf ein therapeutisches Angebot mit überwiegend negativer Komplementarität, resultiert eine **destruktive Verlaufsform**, deren Folgen für den Klienten umso gravierender ausfallen, je höher der negative Wirkungsgrad seiner Denk- und Beziehungsmuster ausgeprägt ist.

Beide Verlaufsformen sowie deren Unterkonstellationen werden in den folgenden Kapiteln näher beschrieben. Sie sind nicht mit Fällen gleichzusetzen. Zum einen können sie auch in ein und demselben Therapieprozess kombiniert auftreten, zum anderen sind bei einigen Klienten mehrere Therapien hintereinander gescheitert, wobei in einer Therapie eine unproduktive Verlaufsform und in einer anderen Therapie eine destruktive Verlaufsform zu erkennen ist.

In der Ergebnisdarstellung beginnt jeder Abschnitt mit einer Kurzcharakterisierung der betreffenden Verlaufsform. Im Anschluss daran wird jeweils darauf eingegangen, welche Bedingungen auf Klientenseite und auf Seiten des therapeutischen Angebots zur Entstehung des beschriebenen

Phänomens beitragen, welche Strategien die Klienten entwickeln, um an dieser Situation etwas zu ändern, sowie welche weiteren intervenierenden Bedingungen ihren Umgang mit dem Phänomen beeinflussen. Die Darstellung jeder Verlaufsform schließt mit den Folgen, die aus Sicht der Klienten daraus entstehen.

9.3 Verlaufsform Unproduktivität

Das verhängnisvolle Zusammenspiel bei **Unproduktivität** (vgl. Abbildung 1) ist durch eine überwiegend fehlende Komplementarität des therapeutischen Angebots gekennzeichnet, d.h. zwischen dem therapeutischen Angebot und den zentralen Problembereichen des Klienten kommt keine Passung zustande. Es gelingt in der Therapie nicht, die problemrelevanten Denk- und Beziehungsmuster des Klienten aufzudecken und bewusst zu machen. Dadurch fehlt der passende Schlüssel zur Veränderung. Der Therapeut hat dem Klienten nichts anzubieten, was ihm nachhaltig beim Verstehen und Bewältigen seiner Schwierigkeiten hilft. Die Therapie scheint dem Klienten sinn- und nutzlos, er gewinnt keine hilfreichen oder für seine Problematik bedeutsamen Erkenntnisse, fühlt sich nicht verstanden und hat bisweilen den Eindruck, dass der Therapeut und er aneinander vorbeireden (KOGNITIVER IMPACT). Begleitet wird dieses Erleben von Gefühlen wie Irritation, Ärger und Enttäuschung (EMOTIONALER IMPACT).

Die Verlaufsform Unproduktivität hat unabhängig davon, ob die Denk- und Beziehungsmuster des Klienten einen hohen oder niedrigen negativen Wirkungsgrad aufweisen, keinen Therapieschaden zur Folge. Das Befinden des Klienten verschlechtert sich nicht bedeutsam, auch wenn das Ausbleiben einer Besserung häufig als belastend empfunden wird (WAHRNEHMUNG VON EFFEKTEN). Der Klient ist in erster Linie unzufrieden. Eine Therapie, die die wesentlichen Klärungsbedürfnisse und Anliegen eines Klienten verfehlt, bleibt demnach zwar fruchtlos, richtet scheinbar aber auch nur wenig Schaden an. Die Verlaufsform Unproduktivität kam sowohl bei Klienten mit leichteren Störungen (wie leichtere Angststörungen, leichtere depressive Episoden) als auch bei Klienten mit schwereren Störungen (z.B. schizoaffektive Störung) vor.

Den unproduktiven Verlauf seiner Therapie resümiert ein Klient etwa folgendermaßen:

Ja, seitdem hab ich mit diesem Therapeuten . . . 'ne ganze Bandbreite meiner, was mein Leben betrifft und diese Ängste von der Kindheit an, bis jetzt die aktuellen Sachen besprochen. Das waren dann auch mitunter interessante Gespräche, nicht. Aber es hat sich nie wirklich 'n greifbarer Hintergrund ergeben. Es waren dann manchmal so diffuse Sachen wo er dann, ja, es könnte dies sein oder jenes sein, 'ne Besserung hat sich nie ergeben in dieser Zeit, aber wie gesagt, das Ziel war ja vor allen Dingen nicht nur 'ne Besserung, sondern eben auch den Hintergrund zu finden. (Hans L., 51-66)

Sofern im Interview von positiven Kontrasterfahrungen aus späteren Therapien berichtet wurde, betonten die Klienten dabei vor allem hilfreiche Erkenntnisse, das Finden von Erklärungen und Sinnzusammenhängen:

Das Allerwichtigste ist erstmal, dass man genau den Punkt findet, das Wesentliche finden, das ist 'ne gute Therapie, das Wesentliche. Es gibt ja die verschiedensten Dinge, die jemand dann zu Ängsten, Depressionen bringt, ne. (Hans L., 826-831)

Wo eigentlich hauptsächlich geredet wird und wo auch ja vielleicht so aufgeschlüsselt wird, warum mich das jetzt ärgerlich macht und was beim Anderen aber auch dahinter steckt, also jetzt bloß als Beispiel, weil ich immer sauer reagiere, wenn einer so und so ist, also mich vielleicht scheiße behandelt, aber der macht's vielleicht auch bloß aus Unsicherheit, und dass man dann eben weiß, warum alles so funktioniert, also eher so, na ja, was man in Psychologie alles so lernt eben, also dass dadurch so eher die Knackpunkte auch kommen. (Kerstin E., 1735-1744)

9.3.1 Entstehungsbedingungen von Unproduktivität

Wie oben bereits angedeutet, sind weder die Voraussetzungen des Klienten noch Aspekte des therapeutischen Angebots allein für das Scheitern einer Therapie entscheidend, sondern erst deren unglückliches Aufeinandertreffen bzw. deren Inkompatibilität ist ausschlaggebend dafür, dass eine Therapie negativ verläuft. Die im Folgenden erläuterten Fehlpassungen, die auf unterschiedlichen Ebenen des Therapieprozesses zu Unproduktivität beitragen, sind hier zu Darstellungszwecken analytisch getrennt. Im Erleben der Klienten sind sie jedoch oftmals vermengt und müssen letztlich als komplexes Wechselwirkungsgeflecht begriffen werden.

9.3.1.1 *Falsche Erwartungen und fehlende Aufklärung*

Ausschlaggebend für das Erleben des Klienten, mit dem therapeutischen Angebot nichts anfangen zu können, ist vor allem eine mangelnde Abstimmung des therapeutischen Vorgehens auf die Erwartungen und das Vorwissen des Klienten über Psychotherapie. Der bewusste Verzicht oder das unbedachte Versäumnis des Therapeuten, Erwartungen explizit zu besprechen und den Klienten in seine Rolle einzuführen ist verständlicherweise umso irritierender für den Klienten, je größer die Diskrepanz zwischen seinen Erwartungen und dem tatsächlichen Therapiegeschehen ausfällt. Mancher unterliegt zu Beginn der Therapie beispielsweise der unter „Therapienovizen“ verbreiteten Fehlannahme, alle Verantwortung an den Experten abgeben zu können:

Ich glaub, ich wusste zum damaligen Zeitpunkt gar nichts. Also nur, dass man da zu zweit sitzt, ich von mir selber das Gefühl hatte, als wär's 'ne Patienten-Arzt-Situation, ich glaube, das ist auch so 'n Problem bei mir gewesen, dass ich einfach gedacht habe, dass es so sein müsste, er ist wie ein Arzt, der dir jetzt hilft, du hast 'n Wehwehchen, und er wird dir schon sagen, was zu machen ist, und dann ist es irgendwann weg. Und ich hab ihm das gleiche Vertrauen entgegengebracht wie einem Arzt, der das behandeln soll, und war dann halt an den Stellen 'n bisschen erschüttert, als es sich als was anderes entpuppte. (Markus A., 759-774)

Die unerwartete Anforderung, in der Therapie frei assoziieren zu sollen, die Sitzungen thematisch selbst zu strukturieren und sich mit der primär schweigenden Anwesenheit des Therapeuten zu begnügen, können dann entsprechend verstörend wirken:

Ich fand 's halt völlig absurd, wenn er mir sagte, ja es geht um Einfälle, ich weiß es nicht, erzählen se mir was vom Motorradfahren oder sonst irgendwas, und ich dachte, ist das jetzt so unglaublich willkürlich, weil ich sitze hier doch eigentlich wegen 'ner bestimmten Sache, hatte ich das Gefühl, wir könnten uns jetzt verdammt noch mal unterhalten, was die Beziehungen der letzten Jahre kaputt gemacht haben oder weshalb ich so ausgepowert vom Arbeiten bin, wieso soll ich dir zum Henker was vom Motorradfahren erzählen, was soll 'n das bringen, also wo woll'n wir denn da hin mit? Und dieses Willkürliche hat bei mir zumindest im Anfang das eigene Wohlbefinden extrem noch mal verschlechtert, weil ich ja eh schon das Gefühl hatte, ich weiß

nicht, wo mir der Kopf steht, und ich fische im Trüben, ja, ohne diese Anleitung empfand ich's noch als schlimmer dann. (Markus A., 233-256)

Viele solcher Irritationen ließen sich aus Sicht der Klienten umgehen, wenn der Therapeut sich dazu bereitfände, ihnen den Einstieg ins therapeutische Geschehen durch gewisse Vorinformationen zu erleichtern:

Ich find, es würde sich jetzt auch keiner'n Zacken aus der Krone brechen mal zu erklären, Sie waren noch nie bei 'ner Therapie, wir werden uns hier gegenüber sitzen, ich werde mir 'n paar Sachen aufschreiben, wenn Sie was erzählen. Es kann auch sein, dass ich einfach mal ruhig bin und nichts sage, weil ich möchte, dass Sie mal überlegen ob Ihnen irgendwas einfällt, was Ihnen relevant erscheint oder wie es Ihnen heute geht, oder ich weiß es nicht, aber all diese Dinge musste ich herausfinden. (Markus A., 482-493)

Einige unerfüllbare oder unangemessene Erwartungen an Psychotherapie, wie etwa diejenige, Verantwortung und Entscheidungen vom Therapeuten abgenommen zu bekommen, haben ihren Ursprung in fehlendem Vorwissen über Psychotherapie. Aber nicht nur fehlendes, sondern auch vorhandenes Vorwissen und Vorerfahrungen können einer nutzbringenden Auseinandersetzung mit dem therapeutischen Angebot im Wege stehen. Wer etwa wie Heike S. mit Verhaltenstherapie in der Vergangenheit gute Erfahrungen gemacht hat und eine konkrete Hilfestellung zur Bewältigung aktueller Lebensprobleme als dringlichstes Anliegen vorbringt, kann ein tiefenpsychologisches Vorgehen, das die Ergründung der Problemursachen in den Vordergrund stellt, als unergiebig empfinden:

Der [Therapeut] hat irgendwie nicht erkannt, dass diese ganz aktuellen Sachen, die ich da reingebracht hab, dass die jetzt bearbeitet werden müssen. Dass man dann vielleicht noch 'n Rückblick liefern kann, vielleicht ab und zu mal so leicht, ne, ankratzen, aber ja, also dass da halt dringende Sachen sind, wo man ganz konkret gucken muss, wie geht man jetzt damit um. Dass ich in die Stunde reingehe, diese Woche ist mir dies und jenes passiert . . . und ich überleg jetzt, wie ich mich verhalten soll in dieser konkreten Situation. Und dass wir das dann besprechen, dass ich rausgehe und bescheid weiß, ja, was hab ich jetzt vor, wie will ich jetzt die nächste Woche damit umgehen. Das erwarte ich. (Heike S., 260-276)

Dagegen wurde eine andere Klientin, deren Vorstellung von Psychotherapie vor allem von tiefenpsychologischer Literatur geprägt und der daran gelegen war, „dass man dann so zum Unterbewusstsein kommt“ (Ursula R., 659), nach mehreren Abbrüchen erst durch ein therapeutisches Vorgehen zufriedengestellt, das ihr den Rahmen dazu bot:

Das war einzigartig eigentlich, dass [der Therapeut] so eine weite Sicht hatte. 'ne ganz weite Sicht, und dass er tiefer gegangen ist als alle anderen. Die Träume, die sind ja, kommen ja aus 'm ganz tiefen Unterbewusstsein, und das war mir sehr angenehm, das war also kein oberflächliches Geplänkel, sondern das war 'ne ganz große Tiefe. (Ursula R., 423-431)

9.3.1.2 Zurückhaltende Selbstöffnung und Mangel an Menschlichkeit

Ein entscheidendes Moment von Unproduktivität liegt darin, dass die Therapie nicht nur temporär unergiebig ist, sondern dass hilfreiche Erkenntnisse überdauernd ausbleiben. Selbst wenn ein Klient verstanden hat, wie er sich selbst in die Therapie einbringen und was er dort erwarten darf, können noch eine Reihe weiterer Umstände das Aufspüren oder gemeinsame Herstellen hilfreicher

Sinnzusammenhänge erschweren. Zu diesen hinderlichen Umständen zählt das Aufeinandertreffen angstbesetzter SELBSTÖFFNUNG auf Seiten des Klienten mit einem Mangel an MENSCHLICHKEIT auf Seiten des Therapeuten. Dabei sind es vor allem übermäßig signalisierte Neutralität, Unnahbarkeit und kühle Distanz des Therapeuten, die es einem in der Entblößung eigener Schwächen ungeübten Klienten erschweren, sein Innenleben in der Therapie auszubreiten:

Ich fand dieses empfundene Ungleichgewicht als sehr seltsam, dass ich sehr persönliche und vielleicht irgendwelche intimen Dinge preisgeben soll, dass ich auch andauernd mich damit auseinandersetzen muss mit eigenen Schwächen, mich ja auch kritisieren lassen muss . . . also steh ich ja permanent zur Debatte, und er saß da mehr wie so 'n Übermensch oder eigentlich wie, na eigentlich ja fast wie gar kein Mensch, weil die Dinge die's menschlich gemacht hätten, die waren nicht greifbar für mich. Und ja, da hatte ich mir eigentlich mehr von erhofft, dass es 'ne Möglichkeit gibt menschlicher mit den Dingen auch umzugehen und über so 'n Verhältnis dann, auch wenn das sicher distanziert sein muss, vielleicht auch zu dem gewünschten Erfolg zu kommen. (Markus A., 392-410)

Dass eine gewisse Distanz in der therapeutischen Beziehung notwendig ist, darüber ist sich der Klient, wie man hier im Nebensatz erfährt, durchaus bewusst. Wie es Therapeuten trotzdem schaffen können, darüber menschlich zu bleiben und damit die zur Selbstöffnung notwendige Atmosphäre zu schaffen, ist ihm erst in einer späteren Therapie bewusst geworden:

Und das hab ich bei der zweiten Therapie auch als gesunder empfunden, als normaler einfach dass mal 'n Fehler zugegeben wurde oder dass mal gesagt wurde, oh, da hab ich jetzt gerade selber war ich da an 'ner anderen Stelle und hab gerade über was anderes nachgedacht und man dann wieder zusammenkommt, weil das macht's für mich einfach realistischer. Und solange es so 'n künstlichen Touch andauernd hat, hätte ich's Gefühl, dass es auch kein Erfolg werden kann, weil ich glaube, dass es bei einigen Leuten vielleicht dazu führt, dass sie nie sich so weit öffnen würden oder an die Dinge gehen wollen, die relevant sind, damit man gelöst irgendwann vielleicht auch den Raum verlässt. (Markus A., 1124-1137)

Fehlende Menschlichkeit und übermäßige Distanzierung geben sich auf verschiedenen Ebenen zu erkennen, sie können sich zum Beispiel auch in einem bestimmten Tonfall des Therapeuten offenbaren. Wenn man sich schon gleich im Erstgespräch fühlt „wie beim Verhör“, kann jegliche Bereitschaft zur Selbstöffnung ein abruptes Ende nehmen:

Und da ging ich zum Gespräch, und ich hatte das Gefühl, ich bin bei der Staatssicherheit. Da fragte der mich, was ich denn hätte, warum ich komme. Und da hab ich gesagt, ich habe Ängste. Und da hat der auch in so einem Ton erstmal, wann denn die Ängste kommen. Da sag ich, das kann ich selbst nicht sagen. Na, beschreiben Sie doch mal, wann war's denn? Und da habe ich gesagt, gestern Abend. Na, wann? Und da sagte ich, da war ich im Bett. Ja, und was war da im Bett? Sag ich, ich hab gelesen. Ja, was haben Sie denn gelesen? Und da sag ich, und der Ton schon so, und da hatte ich richtig 'ne Blockade . . . Ja, Sie müssen doch wissen, was Sie gelesen haben! Und da konnte ich gar nicht mehr richtig denken . . . Also das Gespräch ging dann nur noch so. Und ich wusste weder zu antworten noch die Situation einzuschätzen, ich bin dann einfach aufgestanden und raus gerannt. (Ursula R., 341-365)

Darüber hinaus können auch Konfrontationen, sei ihr Bedeutungskern noch so treffend, schlecht ankommen, wenn sie ohne Empathie und in provokanter Tonart angeboten werden. Für einen therapieerfahrenen Klienten mögen solche Interventionen trotz oder gerade wegen ihres offensiven Charakters willkommene Denkanstöße sein. Bei einem Klienten, der eigentlich erst einmal erfahren

muss, dass Selbstöffnung nicht zwangsläufig Erniedrigung bedeutet, führen sie eher zu Widerstand als zu gewinnbringenden Einsichten:

Es gab eine Situation, die sehr auf 'n Kopf direkt mir zugesagt war, was er praktisch als Hintergrund vermutet für meine Verhaltensweise oder als das Hauptproblem ... die war also wie so die rechte Gerade, die auf einmal in dieser sonst stillen Situation rauskam, und die mich auch ordentlich erwischt hat volle Breitseite, wo ich in dem Moment am ehesten 's Gefühl hatte, das hat jetzt so gestochen, da muss was dran sein und du weißt es eigentlich auch. Aber es war nicht mal der Versuch da, es irgendwie auf 'ne . . . verbindliche Art und Weise zu machen, weil es kam so überraschend und es kam relativ früh, wieder zu 'nem Zeitpunkt, wo ich dachte, ist das jetzt auch irgendwo anmaßend?, kannst du das schon wissen? . . . Das war so 'n Höhepunkt inhaltlich, den ich als sehr schlimm damals empfand, weil's halt so geraderaus war, also so von der Tonart auch in so 'ner angriffslustigen Art und Weise. (Markus A., 431-459)

9.3.1.3 Fehlpassung von Klärungsanliegen und therapeutischem Themenfokus

Hilfreiche Erkenntnisse können sich auch dann ergeben, wenn in der Therapie ganz andere Themen verfolgt werden als dem Klienten anfangs wichtig erschienen. Daraus ist aber nicht unbedingt der Schluss zu ziehen, dass Therapeuten immer das bessere Sensorium dafür haben, welche Themen für den Klienten letztlich relevant sein werden. Natürlich ist einem Therapeuten nicht vorzuwerfen, dass er eine bestimmte theoretische Orientierung hat und dementsprechend Themenschwerpunkte setzt. Genauso wenig ist allerdings einem Klienten vorzuwerfen, dass er Klärungsanliegen hat, die mit dem thematischen Fokus des Therapeuten nicht konform gehen. Das Problem liegt also auch hier nicht auf einer Seite, sondern dazwischen, in der fehlenden Passung oder Abstimmung darüber, wohin die Reise gehen soll.

Wie sich bei der Verlaufsform Unproduktivität zeigt, liegt im langfristigen Verfehlen der zentralen Klärungsanliegen des Klienten eine Gefahr für den therapeutischen Erfolg. Klienten haben dann das Gefühl, dass ihre selbst eingebrachten Themen vom Therapeuten immer wieder ignoriert oder abgetan werden, und fühlen sich in andere Richtungen gedrängt, als sie selbst gehen möchten. Der Eindruck, in der Therapie aneinander vorbeizureden, ist für Klienten oft enttäuschend:

Also im Nachhinein hatte ich so das Gefühl, dass sie das alles gar nicht verstanden hat, was ich ihr da erzählt hab so. Sondern dass die da vielleicht in ihren Kategorien, die sie da schon hatte, versucht hat, mich da so in diese Kategorien noch reinzubringen . . . Es war vielleicht auch so 'n bisschen demütigend für mich, dass man sich so offenbart oder sich jemandem so anvertraut in der Hoffnung, ja, da soll jetzt was kommen ... und dann geht das irgendwie so total vorbei. (Klaus M., 130-142)

So schätzt auch Heike S. an ihrem aktuellen Therapeuten, dass dieser, anders der frühere, auf ihre Themenwünsche eingeht – oder man könnte auch sagen: dass er eine theoretische Orientierung hat, die ihren Klärungsbedürfnissen entgegenkommt:

Also der drückt mir keine Themen auf, der greift schon immer das auf, was ich einbringe, und versucht nicht, das dann in irgendeinen Bereich zu lenken, in dem er vielleicht gerade mal 'ne Idee zu hat, ne./ I: Mhm. Und das, hattest du das Gefühl, das war bei dem anderen so?/ Ja, also der wollte dann über irgendwas sprechen, weil vielleicht ist ihm da was zu eingefallen oder so, ne, aber ich fand eigentlich eher, dass einen das wegführt, weil es waren so ganz aktuelle Probleme bei mir, wo ich ganz dringend auch Antworten brauchte. (Heike S., 245-254)

Neben dem Verfolgen eines anderen als dem vom Klienten präferierten Themenfokus wird manchmal aber auch das Fehlen einer thematischen Fokussierung oder Strukturierung durch den Therapeuten im Rückblick negativ bewertet. Was für manche Klienten ein willkommener Freiraum sein dürfte, selbst Themenschwerpunkte zu setzen, ist für andere zu chaotisch:

Eigentlich ja, ging's eher immer darum, dass ich so 'n Problem angerissen hab, und dann hat er immer erzählt, wie man das lösen könnte auf fünf verschiedene Arten und dann von seiner Familie natürlich noch und aus seiner Vergangenheit und ja, dann wollte man das eigentlich die nächste Stunde machen, aber es war nicht wirklich so 'n Faden. Gut, dann erzählt man natürlich am Anfang der Stunde auch erstmal, was aktuell wieder los ist, aber wo dann wirklich vielleicht auch mal 'n Therapeut drauf achten muss und sagen muss, so, wir haben das letzte Stunde besprochen, und das ist jetzt auch so. (Kerstin E., 611-620)

Weder das eine noch das andere ist per se falsch oder richtig, sondern falsch oder richtig ist alles immer nur in Bezug auf bestimmte Anliegen, Bedürfnisse oder Erwartungen des Klienten. Ebenso wie es Klientenvoraussetzungen gibt, die es der Mehrzahl der Psychotherapeuten erschweren, in der Therapie etwas richtig zu machen, gibt es jedoch auch Aspekte eines therapeutischen Angebots, die selbst den unkompliziertesten Klienten ärgerlich stimmen dürften. Selbstverständliche Grundvoraussetzung dafür, in der Therapie überhaupt ins Gespräch zu kommen und in relevante Themen einsteigen zu können, ist neben einer menschlichen Atmosphäre schließlich auch ein störungsfreier räumlicher Kontext. Wie ungewöhnliche Settingfaktoren therapeutisches Arbeiten behindern können, wird etwa an folgendem Beispiel deutlich:

Und dieser letzte [Therapeut], das war noch mal die Krönung ... So erstmal war er sympathisch, aber in der Wohnung war 'n Hund, und der Hund hat auch immerzu gebellt, und das waren Glaswände, die Frau war auch Therapeutin, und man konnte so durch die Wand gucken und dann die Frau sehen mit dem anderen Menschen, mit dem sie sprach. Und der Hund wollte immer von einem Zimmer zum anderen, und jedes Mal bellte er laut, und dann wurde die Tür geöffnet, und dann bellte er da wieder, dann wurde da wieder die Tür geöffnet, also mit dem Hund, das war ganz furchtbar. Also auf jedes Bisschen wurde geachtet, was der Hund macht, auch wenn er nicht bellte. (Ursula R., 270-284)

Die hauptsächliche Störwirkung solcher Kontextfaktoren liegt nicht immer nur in der Ablenkung der Konzentration vom therapeutischen Gespräch, sondern manchmal auch in der damit verbundenen Kränkung des Klienten:

Und dann saßen wir eine Woche später wieder bei dem Psychologen mit dem Hund, und da hab ich gesagt, ich werde mich (von meinem Mann) trennen. Und als ich diesen Satz aussprach, öffnete sich die Tür, und die Frau (des Therapeuten) kam rein und sagte zu ihrem Mann, Scha-hatz, unser Kaffee ist jetzt alle! So, ja. Und das, das fand ich so unglaublich. Gerade wie auf Kommando, als ich diesen Satz aussprach, also, wir konnten alle nicht reagieren, auch der Psychologe nicht. Also ... ja, das war dann auch beendet, damit war das beendet. (Ursula R., 309-321)

9.3.2 Strategien und intervenierende Bedingungen bei Unproduktivität

Sobald sich bei Klienten der Eindruck konsolidiert hat, dass ihre Psychotherapie unbefriedigend verläuft oder dass sich ihr Befinden insgesamt sogar verschlechtert, wählen sie unterschiedliche Wege, um etwas dagegen zu unternehmen. Während sie zu Anfang sehr vorsichtig und häufig stillschweigend vorgehen, ergreifen sie mit zunehmender Frustration drastischere Maßnahmen. Der

Entschluss eines Klienten, die Therapie abubrechen, kommt in dieser Reihe erst relativ spät. Schon früh stellen sich Klienten die Frage, ob es eher an ihnen selbst oder am Therapeuten liegt, dass in der Therapie etwas falsch läuft. Die meisten Klienten tendieren dazu, zunächst sich selbst die Schuld zu geben, was zum Teil damit zu tun hat, dass sie sich zu Therapiebeginn ohnehin in einem Stadium großer Selbstunsicherheit befinden (mit der eigenen Wahrnehmung sind sie ja an deutliche Grenzen gestoßen und nun nicht mehr so geneigt, sich darauf zu verlassen). Zum anderen bringen viele das unbeirrbar Vertrauen mit, der Therapeut werde schon wissen, was er tut. Insofern laufen die ersten Wege, die beschritten werden, auch häufig darauf hinaus, den Therapeuten erst einmal außen vor zu lassen und selbst aktiv zu werden.

INFORMATIONSSUCHE:

Vor allem unerfahrene Klienten erkundigen sich im Internet, in der Fachliteratur oder bei anderen psychosozialen Hilfsangeboten selbständig über Psychotherapie oder Störungsbilder, wenn der Therapeut Informationen zurückhält oder ihnen keine hilfreichen Konzepte anbietet:

Weil ich eben 's Gefühl hatte, da kommt nichts mehr von ihm, und es gibt keine Erklärung, hab ich's mir versucht selber zusammenzusuchen, wie zum Beispiel im Internet überhaupt mal zu lesen, was gibt's für Therapieformen, wie unterscheiden die sich . . . aber die Information wollte ich zumindest haben, mal schwarz auf weiß irgendwie 'n Satz zu lesen, was ist 'n das Ziel dabei oder wie soll das funktionieren. (Markus A., 806-823)

Im Idealfall stößt ein Klient bei seiner Informationssuche auf Darstellungen, die ihm Einiges von dem erklären, was ihn in der Therapie irritiert (WISSENSZUWACHS). Beispielsweise erfuhr Markus A., dass das Schweigen und die Zurückhaltung seines Therapeuten für Psychoanalyse typisch sind, und dass sie einen bestimmten Sinn haben. Er war deshalb in der Lage, seinen negativen Eindruck vom Therapeuten wieder etwas zu relativieren, auch wenn dies leider noch nicht reichte, um ihn zu mögen.

Die Suche nach Informationen kann jedoch auch von der laufenden Therapie weg führen, vor allem, wenn diese keine befriedigenden Erklärungen liefert. Manchmal „verblasst“ das therapeutische Angebot nämlich im Lichte eines aus anderen Quellen auftauchenden Bedeutungsangebotes, etwa einer bestimmten Störungstheorie, Diagnose oder Heilslehre, welche die Klärungsbedürfnisse eines Klienten besser befriedigt oder mit der er sich wohler fühlt (ALTERNATIVES BEDEUTUNGSANGEBOT). Hans L. stieß bei seiner Informationssuche auf die diagnostische Kategorie ADS (Aufmerksamkeitsdefizitsyndrom), der er sich selbst spontan zugehörig fühlte und die für ihn vieles von dem erhellte, was ihm zuvor unbegreiflich war:

Ich muss sagen, es war 'ne sehr sehr wichtige Sache für mich. Ich hab praktisch mit 50 Jahren etwas in mir kennen gelernt, was ich vorher diffus gefühlt habe, und jetzt ist es doch bewusst geworden. Also man kann sagen, es ist doch ganz ähnlich wie 'n Coming out, verstehen Sie? . . . Das ist so, als ob jemand im dunklen Raum Licht gemacht hat, ne . . . Es ist wirklich, es erklärt unzählige, fast eigentlich alles. (Hans L., 420-448)

SUCHE NACH VALIDIERUNG:

Neben Informationsmedien befragen Klienten auch ihr soziales Umfeld und sprechen mit Freunden oder Bekannten über ihre Therapieerfahrungen, um sich in ihrer Wahrnehmung abzusichern und sich eventuell Rat zu holen, wie sie mit negativen Erlebnissen in der Therapie umgehen sollen.

Die so eingeholten MEINUNGEN ANDERER helfen ihnen dabei, sich gegenüber dem Therapeuten zu positionieren und sind oft richtungsweisend im Hinblick auf eine mehr oder weniger negative Bewertung der Therapie und damit zusammenhängend auch auf die Entscheidung zu einem Therapieabbruch.

Einigen der Klienten mit unproduktivem Therapieverlauf wurde dazu geraten, erst einmal mit dem Therapeuten über ihre Sicht der Dinge zu sprechen. Oder es wurde ihnen vermittelt, dass es eigentlich noch zu früh sei, um sagen zu können, dass die Therapie wirklich nichts nützt (MEINUNGEN ANDERER pro Therapie). Andere Klienten wurden in ihrer negativen Wahrnehmung der Therapie unterstützt, zum Beispiel erfuhren sie von anderen, deren Psychotherapie ebenso wenig hilfreich war, oder Freunde äußerten ihnen gegenüber Zweifel an Notwendigkeit und Nutzen ihrer Therapie (MEINUNGEN ANDERER kontra Therapie):

Was übrigens 'n Einwand war, den ich oft von außen gehört habe, wenn ich davon erzählte, dass mir viel gesagt wurde, brauchst du das denn überhaupt? Meinst du nicht, es bringt genau so viel, wenn du dich mit 'nem guten Freund da mal unterhältst drüber? Und ich zeitweise dachte, stimmt, was ist' n jetzt eigentlich der Unterschied, da hast du wenigstens noch diese menschliche Komponente, die dir andauernd fehlt. (Markus A., 796-802)

Das Bedürfnis, sich in der eigenen Wahrnehmung abzusichern, führt Klienten manchmal sogar zu anderen psychosozialen Experten. Hans L. ging es hier in erster Linie darum, seine Selbstdiagnose ADS erhärten könnten, nachdem sein Therapeut diesen Verdacht zurückgewiesen hatte:

(Ich) hab dann aber allerdings im Herbst doch weiter nachgeforscht und bin denn in (...) einer Beratungsstelle gewesen, wo 'ne Frau, die ehrenamtlich selbst auch diese Veranlagung hat, so 'n Gespräch mit mir geführt hat und denn auch gesagt hat, ja, genau das träfe auf mich zu. Und ich hab das denn auch noch mal bei einer Ärztin, die sich speziell damit beschäftigt, diagnostizieren lassen, die das denn auch noch mal bestätigt hat. (Hans L., 120-128)

FEEDBACK AN DEN THERAPEUTEN:

Die in der Regel große Bereitschaft der Klienten, sich selbst zu hinterfragen, trägt dazu bei, dass das klärende Gespräch mit dem Therapeuten relativ spät gesucht wird, nämlich erst dann, wenn sie sich sicher sind, dass nicht sie selbst, sondern nur der Therapeut etwas ändern kann. Direkte Rückmeldungen an den Therapeuten, man fühle sich in den Sitzungen unwohl, es gehe einem schlechter, die Bitte, das Vorgehen zu ändern, sowie das Mitteilen von erlebten Kränkungen und Irritationen erfordern aus Sicht der Klienten großen Mut. Sie trauten sich aufgrund eigener Unsicherheit, Unerfahrenheit oder Ängstlichkeit im Bezug auf mögliche Konflikte nicht oder nur sehr zaghaf, Bedürfnisse (z.B. nach Information und Aufklärung) zu äußern, ihren eigenen Themenfokus zu verfolgen oder dem Therapeuten mitzuteilen, dass ihnen die Psychotherapie nicht hilft:

In der jetzigen Therapie hab ich gelernt, das auf 'ne sehr deutlichere Art und Weise noch zu machen oder 'ne ehrlichere, da war's so verschlossen, es war so 'n bisschen zurückgenommen weil ich noch gar nicht wusste, ob man das überhaupt darf, darf man so Kritik äußern? Oder holt er gleich wieder den Block und schreibt sich den nächsten Satz auf, hinter dem ich vermutet hätte, Herr (A.) sträubt sich gegen meinen Therapievorschlag oder ich weiß es nicht was, aber es kam mir so testmäßig erstmal vor, als müsste ich mal ausloten, ob das überhaupt ginge. (Markus A., 647-657)

Es ist ganz einfach so, das gehört auch so 'n bisschen zu meinem Wesen, dass ich schon 'n Problem hab, auf Konfrontation zu gehen. Und das hätte ich da müssen, denn er selber war da gar nicht so unvoreingenommen . . . Und das kann ich nicht. Das ist wirklich eine von den richtigen Schwächen, die ich habe, dass ich überhaupt nicht mit Konflikten umgehen kann. Und es muss so sein, dass man immer sehr schön in Harmonie miteinander, also jetzt auch, gilt auch für die Therapie. (Hans L, 310-323)

UMGANG DES THERAPEUTEN MIT FEEDBACK:

Wie und wann der Therapeut auf Rückmeldungen reagiert, und ob er überhaupt eine Reaktion zeigt, wird von Klienten empfindlich registriert und kann – je nachdem – den Eindruck, beim falschen Therapeuten zu sein, weiter erhärten oder schlagartig revidieren. Sofern sich die Klienten doch noch dazu durchringen konnten, dem Therapeuten gegenüber Bedürfnisse oder Kritik mitzuteilen, wurden sie meist enttäuscht:

Ich weiß, dass wir an zwei Stellen 'n Gespräch hatten wo ich relativ wutentbrannt schon reinkam, weil mir bewusst wurde, was da mich jetzt die letzten Male schon wieder gestört hatte, und ihm sagte, wo wollen wir eigentlich mit dem ganzen Kram hier hin, also ich empfinde es so und so bei Ihnen . . . Und auch die zwei Anmerkungen haben für mich nicht zu irgendwas geführt. (Markus A., 641-663)

Zwar ermunterte mancher Therapeut seinen Klienten dazu, einfach noch etwas Geduld zu haben, man werde das schon zusammen hinbekommen, und dies erwirkte manchmal auch ein weiteres Sich-Einlassen. Letztlich wurde aber nicht auf die Fragen und Anliegen der Klienten eingegangen, und der Therapeut blieb bei seinem Vorgehen und Themenfokus. Das Ergebnis wiederholter und dabei oft an Deutlichkeit gewinnender Rückmeldeschleifen mit ausbleibender Reaktion des Therapeuten ist die Einschätzung des Klienten, auf verlorenem Posten zu kämpfen.

ENTTÄUSCHENDE BILANZ:

Die wiederkehrende Erfahrung, mit Sitzungen nichts anfangen zu können, mündete bei den Klienten in einen generellen Zweifel am weiteren Nutzen der Therapie:

Ich meine mich zu erinnern, dass es immer mehr Sitzungen gab, wo ich das Gefühl hatte, dass die zu überhaupt nichts führen, dass über die Woche . . . bis zur nächsten Sitzung sich auch nichts bei mir eingestellt hat, wo ich irgendetwas von dieser Stunde hätte verwerten können. Vielleicht konnte ich's auch selber einfach damals noch nicht, aber ich hatte immer häufiger 's Gefühl, dass es auch keinen Nährboden von ihm oder von uns gemeinsam dafür gab, dass sich an meinen generellen Problemen was ändern würde. (Markus A., 641624-634)

VERTRAUEN IN DIE EIGENE WAHRNEHMUNG:

Erst wenn eine positive Wendung der Therapie nicht mehr für möglich gehalten wird, entscheiden sich viele Klienten für einen THERAPIEABBRUCH. Wie schnell Klienten an diesen Punkt gelangen, ist generell abhängig davon, wie sehr sie ihrem eigenen Urteil trauen. Ein geringes Vertrauen in die eigene Wahrnehmung, das eigene „ungute Gefühl“ ist häufig etwas, das den Klienten auch außerhalb der Therapie Schwierigkeiten bereitet:

I: Wie bald haben Sie gemerkt in der Therapie, dass es eigentlich nicht das ist, was Ihnen was bringt?/ IP: Das hat lange gedauert, ... das ist eigentlich etwas, was ich in vielen Dingen des Lebens, also ich reagiere eigentlich sehr sehr spät. Auch wenn ich merke, der Arbeitsplatz, der

passt nicht und so, dass ich da doch zu lange verharre in einer ungunstigen Situation und denn eher die Schuld bei mir suche, und, wie gesagt, das war ein ganz langsamer, schleichender Prozess, nach anderthalb Jahren, da hab ich ganz konkret gewusst, das ist es nicht, ich muss da weg. (Hans L., 603-614)

Diejenigen Klienten, die bereits positive Therapieerfahrungen mitbringen und diese als Vergleichsmaßstab nutzen können, gelangen offenbar problemlos zu einem klaren und manchmal vernichtenden Urteil. Auch scheinen sie im Vergleich zu den unerfahreneren Klienten schneller geneigt, die Kompetenz des Therapeuten anzuzweifeln:

Ich hab mich eher eigentlich 'n bisschen ihm überlegen gefühlt, weil ich ja das Gefühl hatte, dass er nichts auf 'm Kasten hat und ich ja auch schon einige Therapieerfahrungen habe, und ich bin da ja auch nicht so 'n unbeschriebenes Blatt, ne. Ich bin da reingegangen, und ich hatte die positive Erfahrung mit meinem Therapeuten gemacht und also war jetzt auch schon klar, der muss mir jetzt auch was bieten. (Heike S., 372-386)

Ich hab mich nicht nur nicht verstanden gefühlt, sondern ich hab einfach nur gesehen, die versteht irgendwie das alles nicht. Also sie zappelt da rum und macht und tut und versucht mal hier was zu korrigieren und da was zu korrigieren, aber das Ganze hat überhaupt kein Konzept, kein Hand und Fuß. Die hatte überhaupt kein Ziel vor Augen. (Carla K., 338-358)

THERAPIEABBRUCH:

Die meisten Klienten brachen die unproduktive Therapie ab; einige schon sehr bald, andere erst später, jeweils in Abhängigkeit der Bedingungen: MEINUNGEN ANDERER (pro oder kontra Therapie), VERTRAUEN IN DIE EIGENE WAHRNEHMUNG (stark vs. gering), ALTERNATIVES BEDEUTUNGS-ANGEBOT (vorhanden vs. nicht vorhanden).

Allerdings zeigte sich gerade bei der Verlaufsform Unproduktivität, wie auch äußere Rahmenbedingungen von Psychotherapie in die Entscheidung, eine Therapie entweder weiterzuführen oder abubrechen, hineinspielen. Hierzu gehört auch die FINANZIERUNG DER THERAPIE. Waren die Klienten Selbstzahler, weil die Therapie nicht von der Krankenversicherung übernommen oder standardmäßig privat zu tragen war, zeigten sie sich weniger dazu bereit, für eine aus ihrer Sicht fruchtlose Behandlung weiterhin aufzukommen. Zahlte die Krankenversicherung nach der laufenden keine weitere Therapie mehr, oder war die Kostenübernahme im Fall eines Therapeutenwechsels noch nicht geklärt, entschieden einige, noch zu bleiben, bevor sie gar keine Therapie mehr machen oder an einen noch unpassenderen Therapeuten geraten könnten.

9.3.3 Folgen von Unproduktivität

NEUE THERAPIEVERSUCHE:

Die Klienten mit unproduktivem Therapieverlauf suchten sich möglichst bald im Anschluss eine neue Therapie oder nahmen alternative soziale Angebote in Anspruch (z.B. eine Beratung), da ihre Symptome und Probleme weiterhin vorhanden waren. Häufig wurde die neue Therapie gezielt danach ausgesucht, ob sie Bedingungen gewährleistete, in der die präferierten Themen zum Zuge kommen und die unbefriedigten Klärungsbedürfnisse befriedigt werden konnten. Die Klienten schienen außerdem ein stärkeres Bewusstsein dafür entwickelt zu haben, dass die Auswahl des Therapeuten nicht unbedeutend ist:

Also ich würde wahrscheinlich versuchen, Termine bei vielen verschiedenen Leuten zu kriegen erstmal und zu gucken, ob die mir gefallen. (Klaus M., 635-638)

Auch hatten sie nach der misslungenen Therapie in der Regel einen klaren Standpunkt dazu entwickelt, was sie in einer Therapie nicht mehr hinnehmen würden:

Na ja, wenn ich das Gefühl hab, dass man nicht weiterkommt, oder dass man sich dann irgendwie im Kreis dreht, oder dass der sich mit Sachen beschäftigen will, wo ich jetzt meine, dass die total nebensächlich sind . . . Ja, oder wenn er mir erzählen will, dass ich auf irgend 'ner Ebene 'nen Problem hab, wo ich nicht finde, dass ich da 'n Problem hab. (Klaus M., 672-682)

BEWERTUNG DER THEAPIE:

Von einem Therapieschaden sprach bei der Verlaufsform Unproduktivität keiner der Klienten (minimale Ausprägung in der Subkategorie *Negative Therapiewirkungen*). Die Auswirkungen der Therapie wurden zum Beispiel so beschrieben:

Es war eigentlich so, wie ich es Jahre vorher auch immer kannte, es hat immer so Schwankungen gegeben, nicht, und es war auch immer sehr abhängig eben von den aktuellen Umständen, die ich hatte. (Hans L., 224-244)

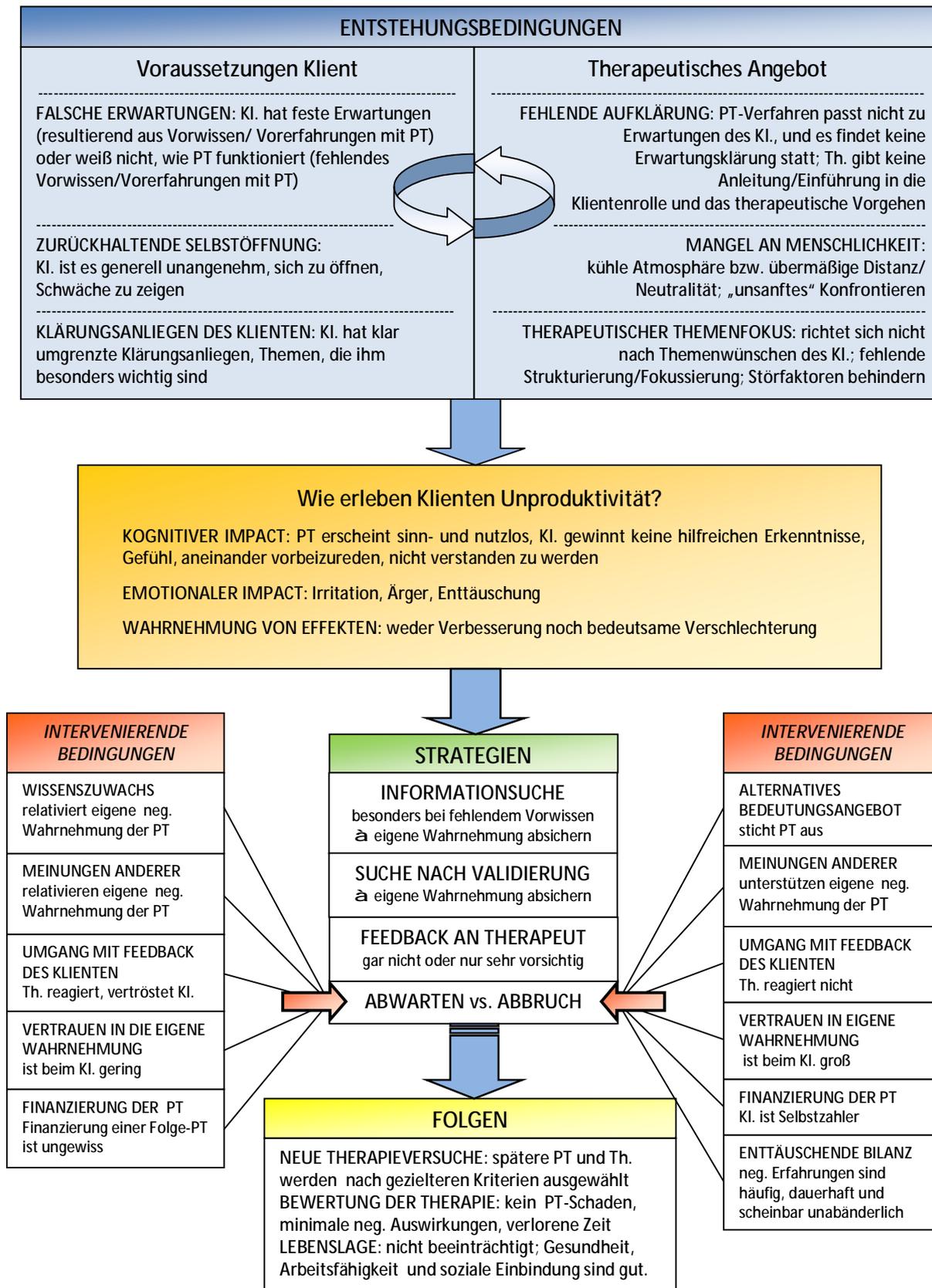
Ich weiß, dass ich damals sehr häufig dieses Gefühl hatte, ich komme nach Hause und war auch für Arbeit erstmal nicht zu gebrauchen . . . dass mich das noch mehr runtergezogen hat, und dass es immer mehr Fragen aufgeworfen hat und ich eigentlich mit diesem Salat im Kopf das Gefühl hatte, weniger zurecht zu kommen als gerade vorher, bevor ich bei ihm das begonnen hatte. Das hab ich nicht als Schaden empfunden, aber als 'ne Nebenwirkung, die ich nicht unbedingt hätte haben wollen. (Markus A., 502-516)

LEBENSBLAGE:

Auch wenn einige sich erneut in psychotherapeutische Behandlung begaben, waren alle Klienten nach der Therapie und auch zum Zeitpunkt des Interviews erwerbsfähig und sozial gut eingebunden.

Abbildung 2. Unproduktivität

Abkürzungen: PT: Psychotherapie, Kl. Klient, Th.: Therapeut



9.4 Verlaufsform Destruktivität

Die Verlaufsform **Destruktivität** ist durch eine überwiegend negative Komplementarität des therapeutischen Angebots gekennzeichnet: Dieses passt zwar in gewisser Hinsicht zu den problemrelevanten Denk- und Beziehungsmustern des Klienten, aber nicht etwa im Sinne eines positiven und modifizierenden Gegenpols, sondern eher im Sinne eines „Mehr-Desselben“: Es ist ausgerechnet so beschaffen, dass es die problematischen Denk- und Beziehungsmuster des Klienten bedient und noch weiter verfestigt, statt sie zu erschüttern und zu modifizieren, was eigentlich im Sinne der Therapie wäre. Die für den Klienten resultierenden Auswirkungen stehen hier in einem deutlichen Bezug zum negativen Wirkungsgrad seiner Denk- und Beziehungsmuster. Diejenigen Klienten, deren Denk- und Beziehungsmuster im Alltag zu besonders schwerwiegenden Problemen führen, leiden auch mehr darunter, wenn diese Muster in der Therapie wach gerufen und in ihrer Geltung bestätigt werden. Je nachdem, welche Denk- und Beziehungsmuster beim Klienten involviert sind, lassen sich inhaltlich noch einmal verschiedene Unterkonstellationen voneinander abgrenzen. Diese werden im Folgenden beschrieben.

9.4.1 Konstellation Ohnmacht und Auslieferung

Bei der Konstellation **Ohnmacht und Auslieferung** (vgl. Abbildung 2) treffen Beziehungsmuster mit hohem negativem Wirkungsgrad auf ein therapeutisches Angebot, das sich überwiegend negativ komplementär dazu verhält. Die Beziehungsmuster zeichnen sich dadurch aus, dass die Klienten sich anderen (hier: dem Therapeuten) gegenüber hilflos ausgesetzt fühlen und sich als Opfer von Manipulation oder Grenzverletzungen erleben. Häufig haben sie gleichzeitig Schwierigkeiten, eigene Grenzen zu setzen und diese adäquat zu kommunizieren. Begleitet wird dieses Erleben von der Angst, Kontrolle über das therapeutische Geschehen zu verlieren und die Tendenz, dem Therapeuten vorsichtshalber zu misstrauen:

Ich glaub, ich wäre am liebsten da in der Tür im Hausflur stehen geblieben. Wo auch andere Leute sind, wo ich sofort wegrennen kann . . . Natürlich weiß ein Teil von mir, dass dieser Analytiker mich jetzt nicht angreifen wird, aber das ist ja genau mein Thema mit Männern, dass ich seitdem so 'n Jeckyll-Hyde-Trauma hab . . . mein Kopf denkt jetzt, natürlich wird dein Analytiker dich nicht angreifen . . . Aber dieser andere Teil denkt eben, ja komm, du hast jetzt auch schon Sachen erlebt, wo du vorher auch nicht gedacht hättest, dass was passiert, also es ist alles sehr relativ. Niemand weiß, was wirklich ist. (Helga H., 1264-1291)

Gefühle existenzieller Bedrohung und Ohnmacht im Zusammenhang mit der Therapie kommen manchmal auch in Träumen zum Ausdruck:

... und zwar so dahingehend, dass ich geträumt hab, ich soll umgebracht werden oder bestialisch abgestochen werden. Und dann gehe ich irgendwo hin, wo ich Hilfe bekommen soll, und dann stellt sich raus, dass die Stelle, an der ich Hilfe kriegen soll, halt in diesem Geheimverbund und in dem Komplott ist, um mich umzubringen. Also so 'ne ganz schlimme Existenzangst. Und das hab ich immer wieder geträumt und ... ja, das hatte was, glaub ich schon, also ist ein Zeichen dafür, was diese Therapie für mich auch gewesen ist oder welche Bedrohung die auch dargestellt hat. (Julia I., 1019-1032)

Ausschlaggebende Aspekte auf Seiten des therapeutischen Angebots sind u.a. die Aufrechterhaltung eines großen Machtgefälles, insbesondere im Hinblick auf Möglichkeiten zur Mitgestaltung des therapeutischen Prozesses durch den Klienten, zu große Nähe oder unklar definierte Beziehungsgrenzen in der Therapiebeziehung, sowie mangelndes Gespür des Therapeuten für Bedürfnisse und Zumutbarkeitsgrenzen des Klienten.

Die Auswirkungen der Konstellation Ohnmacht und Auslieferung wurden von den Klienten durchgehend mit einem „Therapieschaden“ gleichgesetzt. Sie berichteten von einer deutlichen Verschlechterung ihres Befindens und vom Hinzukommen neuer Beschwerden bis hin zu Retraumatisierung, Dekompensation und Suizidalität:

Da war ich so am Ende, da war dann alles schon möglich irgendwie, und da hatte ich Selbstmordgedanken und wollte da also ... überhaupt nicht mehr hin. (Christine J., 200-204)

Die Konstellation kam innerhalb des Samples bei Klienten vor,

- die als Kind sexuell missbraucht worden waren oder bei denen ein Missbrauch laut eigener Aussage zumindest naheliegt
- die traumatische Erfahrungen mit körperlicher und/oder seelischer Gewalt mitbrachten
- bei denen in der Therapie eine Borderlinediagnose gestellt wurde.

9.4.2 Entstehungsbedingungen von Ohnmacht und Auslieferung

9.4.2.1 Kontrollbedürfnis und „Auslieferungssetting“

Die in der Therapie erlebte Ohnmacht der Klienten lässt sich als Auswirkung eines Spannungsverhältnisses charakterisieren, das auf unterschiedlichen Ebenen des Therapieprozesses in Erscheinung tritt. Den einen Pol dieses Spannungsverhältnisses bildet das häufig mit zurückliegenden Grenzverletzungen zusammenhängende Bedürfnis der Klienten, ihre Situation, Umgebung und sozialen Beziehungen so zu kontrollieren, dass Sicherheit gewährleistet oder erneute Grenzverletzungen verhindert werden können. Dies impliziert zum einen, dass sie jederzeit darüber Bescheid wissen und mitbestimmen möchten, was mit ihnen passiert, zum anderen, dass sie anderen Menschen im Zweifelsfall lieber misstrauen als sich unbefangen auf sie einzulassen. Den entgegengesetzten Pol bildet ein therapeutisches Angebot, das den Klienten nur wenig oder gar keine Möglichkeiten zur Kontrolle und Mitbestimmung des therapeutischen Vorgehens einräumt und in welchem Vertrauensvorschuss und Hingabe als unproblematisch vorausgesetzt werden.

Schon allein die räumliche Anordnung in einem klassisch psychoanalytischen Setting erwies sich für die davon betroffenen Klienten als hochproblematisch:

Und genau das war mir einfach auch wahnsinnig unangenehm, ich hab Angst gehabt, ich hab das richtig körperlich nicht ausgehalten, und er hat es immer wieder versucht, mich auf diese Couch zu legen, bis ich dann nach langem Kämpfen endlich sitzen durfte und ihn angucken durfte . . . Ich kann bis heute nicht begreifen, wie der das mit mir machen konnte. Weil das hat extreme innere Spannungen gegeben. (Julia I., 195-206)

Der Unwille, das therapeutische Geschehen außerhalb der eigenen Kontrollmöglichkeiten ablaufen zu lassen, äußert sich auch in dem Anliegen der Klienten, vom Therapeuten umfassend informiert zu werden. Je unerfahrener die Klienten im Bezug auf Psychotherapie sind, desto größer sind mögliche Vorbehalte und Befürchtungen. Gibt der Therapeut weder von allein noch auf Nachfrage eine Aufklärung über Ziele und Vorgehen in der Therapie, und überlässt er Klienten sogar dort sich selbst, wo diese ausdrücklich um eine Rückmeldung bitten, entstehen oft Gefühle von Hilflosigkeit:

Ich bekam keine Antworten auf meine zahlreichen Fragen, kein kommunikatives Feedback, keine Aufklärung, Erklärungen und Erläuterungen oder Informationen zum Therapieverlauf und Methode. Selbst nachdem ich nun bereits die dritte Diagnose alleine nur von ihm erhalten hatte, hielt er es nicht für nötig, diese zu erläutern. Keine Abstimmung, Zusammenarbeit und Gleichberechtigung. Ich fühlte mich verloren und allein gelassen mit meinem Symptom- und Krankheitsbild. (Andrea O., schriftlicher Bericht, 224-235)

Der (Therapeut) hat dann zum Beispiel gesagt, ach, weißte, heutzutage denkt ja jede Frau, sie wär sexuell missbraucht worden, das ist ja sozusagen en vogue. Und man könnte das einfach gar nicht genau wissen, das wär alles nur Spekulation. Und ich hab halt Symptome gehabt, wo ich gedacht habe, das muss in so 'nem Zusammenhang stehen. Und da hat er mich völlig allein mit gelassen. Er hat das einfach nicht aufgeklärt. (Julia I., 900-943)

Sowohl die Erfahrung, in emotional aufgewühlten Situationen allein gelassen zu sein, als auch das Erlebnis, vom Therapeuten über das Vorenthalten von Information und Mitspracherecht in einer unterlegenen Position gehalten zu werden, zementieren hierarchische Beziehungsmuster, die dem Bedürfnis der Klienten nach Selbstbestimmung und Sicherheit entgegenlaufen. Insofern überrascht es wenig, dass positive Kontrasterfahrungen in dieser Gruppe häufig etwas damit zu tun haben, als Klient in der Therapie mehr Kontrollmöglichkeiten zu haben. Einer Klientin gefiel hier insbesondere der Ansatz einer Beratungsstelle, ihr überhaupt erst einmal zu vermitteln, dass sie auch in der Psychotherapie ein Recht auf Selbstbestimmung hat:

(Die Beraterin) hat mir dann auch gesagt, wenn man Erstgespräch hat oder in der Therapie ist, man kann auch einfach aufstehen und gehen, was ich irgendwie gar nicht wusste, dass das erlaubt ist sozusagen. Natürlich ist es erlaubt eigentlich, aber darauf kommt man irgendwie nicht. Oder dass man sich das auch nicht so bieten lassen muss, wie mit einem umgesprungen wird, und dass man auch selbst halt Regeln stellen kann, wie man gern behandelt werden möchte. (Christine J., 338-356)

Verbesserungsvorschläge der Klienten befassen sich hauptsächlich damit, wie man Schäden durch mehr Kontrolle verhindern könnte:

Es ist ja wirklich 'ne Form auch von Hingabe und Öffnung, und wenn es gut läuft, nimmt man das eben nicht als was Negatives wahr. Und dass es irgendwie 'ne Lösung dafür geben könnte also . . . dass man halt einfach mehr Zeit hat, sich kennenzulernen, mehr Infos über 'n Therapeuten kriegt, aber vielleicht auch wirklich, dass es so was wie Co-Therapeuten gibt oder noch 'ne andere Person, die einen auch mitkriegt, oder wo man selbst auch als Patient hingehen kann in dem Prozess, wenn man das Gefühl hat, irgendwas ist komisch oder irgendwas ist mir gerade nicht klar. (Helga H., 2017-2032)

9.4.2.2 Grenzenlosigkeit und Grenzüberschreitungen

Die Klienten machen in der Konstellation Ohnmacht und Auslieferung oft die Erfahrung, dass ihre Grenzen überschritten werden, ohne dass sie selbst darüber entscheiden können. Vielmehr passiert etwas mit ihnen, und manchmal merken sie erst im Nachhinein, dass dabei eine Grenze verletzt wurde. Die Interviewäußerungen der Klienten, die sich mit dieser Thematik befassen, werfen Licht auf zwei miteinander verstrickte Bedingungsbindel, die mit solchen Grenzverletzungen in Zusammenhang stehen: Auf der einen Seite ist es die Tendenz der Klienten, sich in Beziehungen auszuliefern, das Unvermögen, eigene Grenzen wahrzunehmen und wirksam zu kommunizieren:

Also so zum Beispiel dieses nicht nein sagen können, möglichst genau rausfinden, was jemand von einem will oder wie der einen haben will, . . . um ja, letzten Endes geliebt zu werden und angenommen zu werden. Keine Konflikte durchhalten zu können wirklich, sich nicht selbst zu vertreten, die eigenen Wünsche und Bedürfnisse nicht wirklich zu kennen, das meine ich alles so mit Auslieferung. Und im Grunde so was Kindliches, nimm mich doch bitte, wie ich bin, ich biete mich komplett an . . . Ohne wirklich zu gucken, wie ist der andere zu mir oder mir auch zu erlauben, den zu beurteilen oder eben mich zurückzuziehen. (Julia I., 792-809)

Auf der anderen Seite ist es das Unvermögen der Therapeuten, adäquate Distanz zu wahren und die Grenzen der Klienten sensibel zu erspüren bzw. das Versäumnis, gemeinsam mit ihnen Grenzen auszuhandeln und, wo nötig, solche auch vorzugeben.

Trifft beides aufeinander, sind Grenzverletzungen Tor und Tür geöffnet. Denn wo Klienten von sich aus keine Grenzen ziehen können und Therapeuten dem nichts entgegensetzen, indem sie ihrerseits etwa für eine klare Rollenverteilung sorgen, verfehlt mancher therapeutische Kontakt die richtige Dosis Nähe:

Der (Therapeut) hat dann von seinen Missbrauchserfahrungen erzählt und mich da irgendwie so teilnehmen lassen, dass ich mich völlig überfordert gefühlt hab . . . Er wollte wohl auf so 'ner Selbsthilfeebene arbeiten, glaube ich, so dass man sich so miteinander austauscht, aber das hat nicht so funktioniert, das war irgendwie ja dann doch zuviel. (Christine J., 282-336)

Besonders schwierig scheint Nähe in der Therapiebeziehung für die Klienten dann, wenn auch auf körperlicher Ebene Grenzen verschwinden und somit die letzte Bastion persönlicher Selbstbestimmung ins Wanken gerät:

Wo (der Therapeut) mich in 'n Arm nehmen wollte, wenn's mir schlecht ging, also das sind Sachen, die helfen vielleicht manch jemandem, . . . aber ich kann mit so was nicht umgehen, und sowieso 'n Mann, ich möchte das einfach nicht, und das hat der auch nicht richtig verstanden. Auch wo er mich da einmal in den Arm genommen hat, ich weiß nicht, ob ich mir das eingebildet hab, aber irgendwie wurde der Atem doch anders, also so tiefer, und irgendwie war mir 's komisch. Also ich hatte 'n beschissenes Gefühl, und dem sollte man eigentlich meist trauen. (Kerstin E., 155-172)

Im Zweifelsfall auf das eigene Gefühl zu hören und den Therapeuten zurückzuweisen, fällt Klienten vor allem dann schwer, wenn sie die Nähe in der Beziehung ambivalent erleben, weil sie ihren Therapeuten idealisieren oder sich in ihn verliebt haben. Abgrenzungsimpulse werden dann häufig zugunsten von Harmoniebedürfnissen zurückgehalten.

Aus Sicht der Klienten, die nicht von selbst oder tendenziell zu spät mitteilen, wo ihr Limit liegt, ist ein therapeutisches Vorgehen wichtig, das sich vorsichtig herantastet, in dem immer wieder erfragt

wird, wie es ihnen geht, und in dem auf das leiseste Stoppszeichen sensibel reagiert wird. Bei der Konstellation Ohnmacht und Auslieferung schien es im therapeutischen Kontakt jedoch gerade an diesem Feingefühl zu mangeln:

Bevor ich dann total in Tränen ausgebrochen bin, hab ich auch schon gar nichts mehr gesagt, hab mich völlig versteift und von ihm weggedreht, weil ich es gar nicht ausgehalten habe und dann ab irgend 'nem Punkt nur noch versucht habe, jetzt nicht zu weinen. Und das finde ich schon krass, wenn jemand so 'ne Körpersprache gar nicht mitkriegt, also er hat da immer nur weiter draufgedroschen. (Helga H., 1311-1322)

So handeln auch die im Interview geschilderten positiven Kontrasterfahrungen aus anderen Therapien in dieser Gruppe auffällig oft vom respektvollen Umgang und dem flexiblen Sich-Einstellen auf die Grenzen des Klienten:

(Die Therapeutin) geht da sehr vorsichtig ran und auch, wenn sie merkt, ich weich da so 'n bisschen aus, also dass sie dann auch merkt so, na ja, das ist jetzt noch zu früh, darüber zu reden und auch immer wieder fragt, geht das jetzt, also ist das zu anstrengend, geht das zu weit, oder so. (Kerstin E., 1623-1629)

9.4.3 Strategien und intervenierende Bedingungen bei Ohnmacht und Auslieferung

INFORMATIONSSUCHE:

Hinter der Suche nach Informationen und der Aneignung von Wissen, das der Therapeut für sich behält, steht bei vielen Klienten dieser Gruppe das Bedürfnis, einen größeren Durchblick und somit mehr Kontrolle über das therapeutische Geschehen zu gewinnen:

Also zu verstehen, was da wirklich passiert, da war ich glaub ich sowieso jenseits von . . . aber ich wollte es erstmal kontrollieren, ich wollte es erstmal wissen, um diese Angst, mich da eben auszuliefern und mich vor allen Dingen aufzulösen ... Diese existenzielle Angst, der wollte ich halt was entgegensetzen, und das hab ich halt gedacht, das mach ich mit meinem Intellekt. (Julia I., 1484-1494)

Sie besorgen sich psychotherapeutische Fachliteratur, um einen Vergleich zu haben, wie Therapie idealerweise zu verlaufen laufen hat und was eine bestimmte Diagnose bedeutet, oder bemühen sich, mehr über den Therapeuten und seine Qualifikation herauszufinden.

Um sich abzusichern, beschritten einige Klienten allerdings auch noch andere Wege, die sie vor ihren Therapeuten geheim hielten. So erzählte Julia I., aus Angst vor „Kontrollverlust“ jedes Mal detailliert Tagebuch über ihre Analysesitzungen geführt und vermerkt zu haben, was dort im Einzelnen gesagt wurde. Max N. durchstreifte Bibliotheken und rüstete sich für den Ernstfall mit juristischer Fachkenntnis.

SUCHE NACH VALIDIERUNG:

Um sich im eigenen Urteil sicherer zu werden, redeten viele Klienten mit Bekannten und Freunden über ihre Therapie. Wiederum erwiesen sich die MEINUNGEN ANDERER als relevante Einflussgröße:

Ich hab selber auch immer dieses Bild gehabt, na ja, das ist doch der Analytiker, und der muss doch wirklich wissen, was, und irgendwann hab ich dann aber auch angefangen, mehr mit

meinen Freundinnen und Bekannten da drüber zu sprechen, weil's mir so komisch vorkam. Und ja, hab dann immer mehr eben das Gefühl gekriegt, da stimmt wirklich irgendwas nicht, und der Typ tut dir überhaupt nicht gut, und da läuft wirklich was schief, und möglicherweise bräuchte er mal wieder 'ne Supervision oder sonst was, also ich dachte dann irgendwann, es ist doch das Beste, diese Analyse jetzt abzubrechen. (Helga H., 493-508)

FEEDBACK AN DEN THERAPEUTEN:

Die Rückmeldung von Befinden, Bedürfnissen und Kritik, an den Therapeuten verlief in dieser Gruppe selten unproblematisch. Diejenigen Klienten, die eine zu enge Beziehung zum Therapeuten hatten oder ihn idealisierten, scheuten sich meist, Kritik zu äußern. Einige Klienten schwiegen auch aus Angst vor Konflikten und ärgerlichen Reaktionen des Therapeuten:

Ich hab's auch immer erstmal nur zu weggeschluckt, das ist ganz oft bei mir so gewesen, dass ich in der Situation selber nicht reagieren konnte, ihm das nicht sagen, sondern erst, wenn ich zu Hause war und überhaupt gemerkt hab, irgendwie geht's mir gar nicht gut. Und es fällt mir halt sehr schwer, so 'ne Sachen zu thematisieren, also dieses ganze Thema, Kritik an jemandem zu üben, vor allem dann noch an einem Mann, das ist wirklich schwierig für mich. (Helga H., 433-442)

Es kam allerdings auch das Gegenteil vor, dass Klienten nämlich ihre eigenen Grenzen übermäßig verteidigten oder den Therapeuten so offensiv kritisierten, dass dieser Mühe hatte, freundlich zu bleiben.

UMGANG MIT FEEDBACK DES KLIENTEN:

Auch die bei der Konstellation Ohnmacht und Auslieferung involvierten Therapeuten änderten, sofern negative Rückmeldungen oder Bedürfnisäußerungen von Klientenseite kamen, nichts an ihrem Vorgehen. Sie verwiesen auf die Störung der Klienten oder ermunterten sie, noch Geduld zu haben. Einige versprachen sogar, sich mit ihrer Kritik auseinanderzusetzen und zeigten sich zumindest noch gesprächsbereit. Letztlich beharrten die Therapeuten jedoch auf dem eingeschlagenen Weg und behielten alle Fäden in ihrer Hand, so dass die Klienten mit ihren Bedürfnisäußerungen auf taube Ohren stießen:

[Der Therapeut] ging nicht auf meine Bedürfnisse nach Sicherheiten und andere ein . . . Er blieb stur bei seinen therapeutischen Wegen, Ansichten und Meinungen. (Andrea O., schriftlicher Bericht, 274-278)

Wurden die Klienten in ihrer Kritik deutlicher oder fordernder, kam es häufig vor, dass sich Therapeuten dazu hinreißen ließen, zu agieren oder sich selbst zu verteidigen, statt eine Haltung des Verstehens zu bewahren. Den Äußerungen der Klienten nach zu urteilen, kam dies besonders bei Therapeuten vor, die sich selbst als äußerst erfolgreich und beliebt präsentierten oder generell eine geringe Bereitschaft zeigten, sich selbst zu hinterfragen:

So war's eigentlich immer. Wenn ich irgendwas gesagt hab, hat er mich entweder damit mundtot gemacht, indem er halt der wichtige, beliebte, bekannte, tolle Doktor (X) ist, den alle kennen und toll finden, und wenn alle ihn toll finden, kann ich ja wohl kaum Recht haben, wenn ich jetzt Kritik äußere, oder, ja, weil ich hab ja auch 'n Problem mit Männern, und dann is es ja kein Wunder, dass ich ihn jetzt als aggressiv empfinde, weil ich empfinde ja wohl scheinbar Männer immer irgendwie als aggressiv. (Helga H., 455-464)

Das Prekäre an diesem AGIEREN STATT VERSTEHEN in der Konstellation Ohnmacht und Auslieferung liegt darin, dass es das ohnehin als groß empfundene Machtgefälle zwischen Therapeut und Klient noch unterstreicht. Sofern die Tonart aggressiv ausfällt, werden Ängste der Klienten dadurch eventuell noch vergrößert und damit die Problematik weiter aufgeschaukelt:

Da hab ich das erste Mal mich so weit geöffnet, . . . dass ich angefangen hab, ihm zu beschreiben, was ich eigentlich an Männern bedrohlich find . . . Und, also er hat mich, glaube ich, keine vier, fünf Minuten sprechen lassen da drüber und kam dann sofort so ratz rein mit solchen Bemerkungen, aber auch wirklich so total unwirsch wie, ja, also, Sie wissen aber, dass das jetzt Ihr Bild ist und nicht so, wie Männer sind, ne . . . er hat mich irgendwie drei, vier mal unterbrochen, wurde immer krasser, wurde immer aggressiver . . . Ich bin dann total in Tränen ausgebrochen, konnte das alles gar nicht glauben . . . Ich hab total massive Angst vor dem Mann auch gekriegt danach. Ich weiß genau, ich hab das ganze Wochenende, o Gott, in einer Panik zu Hause verbracht . . . da ist glaub ich was ganz Altes auch wieder so angetriggert worden, weshalb ich solche Angst vor ihm hatte. (Helga H., 224-261)

Das Heraushalten der eigenen Persönlichkeit aus der Therapie und eine selbstreflexive Haltung anstelle von Agieren rechneten die Klienten späteren Therapeuten entsprechend hoch an.

VERTRAUEN IN DIE EIGENE WAHRNEHMUNG:

Inwieweit jemand der eigenen Wahrnehmung vertraut, hat auch etwas damit zu tun, wie gut er sich von anderen abgrenzen und für sich selbst einstehen kann. Klienten, denen es Probleme bereitet, eigene Grenzen zu erkennen und mitzuteilen, mag es deshalb auch schwerer fallen, zu entscheiden, wann eine Therapie ihnen schadet. Tatsächlich trauten viele Klienten mit dieser Konstellation ihrer Wahrnehmung nicht und rangen lange mit sich, bis sie einen Therapieabbruch in Erwägung zogen. Die Bereitschaft, sich für die unbefriedigende Situation erst einmal selbst verantwortlich zu machen, trat auch hier deutlich hervor:

Ich wusste da halt auch eben nicht, ja, führt das jetzt zum Abbruch des Ganzen oder nicht, weil ich auch ganz viel immer so auf mich genommen hab, also weil ich zu Anfang noch ganz doll gedacht hab, ja, o.k., der ist ja Analytiker, und der wird ja irgendwie wissen, was er macht, und, also immer das Ganze so als zum Prozess gehörig empfunden habe und auch dachte, o.k., vielleicht ist das ja auch gut, was jetzt gerade passiert. Also ich hab sehr viel versucht, das positiv umzuwerten, die ganze Zeit so, also würde ich mal sagen, das erste halbe, dreiviertel Jahr im Grunde. (Helga H., 269-279)

Mit der Zeit und zunehmender Verschlechterung des Befindens gingen allerdings auch in dieser Gruppe Klienten manchmal dazu über, die Schuld weniger bei sich selbst, sondern stattdessen beim Therapeuten zu sehen, der „eigene, unbearbeitete Sachen am Start hat, die er aber eben nicht auf'm Schirm hat“ (Helga H., 1013-1015) oder „mit sich einfach noch nicht fertig“ ist (Kerstin E., 602).

ENTTÄUSCHENDE BILANZ:

Irgendwann stellte sich bei allen Klienten in dieser Gruppe das Gefühl ein, dass ihnen die Therapie nur noch mehr Probleme bereitet. Die fortdauernde Weigerung der Therapeuten, Vorgehen und Verhalten in der Therapie auf die Ängste und Bedürfnisse der Klienten abzustimmen und das Schwelen von Konflikten um zu große Nähe oder aggressives Agieren stellten eine zusätzliche emotionale Belastung dar, die für die in der Regel sowieso stark beeinträchtigten Klienten kaum erträglich war. Viele durchlebten innerlich noch einmal das, was ihnen auch in früheren Beziehungen

passiert war, wofür in der Therapie gerade Auswege gesucht werden sollten, wie etwa die Angst vor einem gewalttätigen Gegenüber oder das Hineinschlittern in Grenzenlosigkeit und Selbstausslieferung.

THERAPIEABBRUCH:

Alle Klienten in dieser Gruppe brachen die Therapie ab, die meisten von ihnen verweilten jedoch zuvor sehr lange in der belastenden Situation. Der entscheidende Schritt war ebenso wie bei der Verlaufsform Unproduktivität abhängig von den MEINUNGEN ANDERER (pro oder kontra Therapie) und dem VERTRAUEN IN DIE EIGENE WAHRNEHMUNG (stark vs. gering). Darüber hinaus spielte offenbar eine Rolle, wie stark die emotionale Bindung der Klienten zum Therapeuten war (SYMPATHISCHE VERWICKLUNG): Eine Klientin, die ihren Therapeuten sehr gern mochte, sagte zum Beispiel im Interview, sie habe sich auch „verpflichtet gefühlt“, und sei „für den Therapeuten in der Therapie geblieben“ (Julia I., 763-764). Wo die Bindung zum Therapeuten gering, die Scheu vor Konflikten aber besonders groß war, kam es auch vor, dass Klienten ohne weitere Erklärung von den Therapiesitzungen fernblieben.

9.4.4 Folgen von Ohnmacht und Auslieferung

NEUE THERAPIEVERSUCHE:

Die Klienten suchten bald im Anschluss eine neue Therapie oder unternahmen einen anderen Behandlungsversuch, da sich ihre Probleme durch die Therapie eher noch verstärkt hatten. Für einige begann eine langjährige Therapie-/Psychiatriekarriere. In späteren Therapien waren sie besonders empfindlich oder hatten Angst, dass ihnen dasselbe noch einmal zustoßen könnte:

Also eigentlich, dass ich bis heute noch so 'n bisschen traumatisiert bin von dem Ganzen, dass das nicht so aus 'm Kopf will. Dass ich 'ne lange Zeit auch sehr sehr vorsichtig war bei Therapeuten, was ich jetzt sage, und also wenn ich einfach nur sagen wollte, ich traue mich die Sache nicht, das war immer, ich hab da Schweißausbrüche bekommen richtig. (Kerstin E., 497-504)

Einige hatten aber auch aus der negativen Erfahrung gelernt, mehr auf ihr Gefühl zu hören. Sie sagten in späteren Therapien eher, was sie störte und brachen sofort ab, wenn ihnen irgendetwas missfiel. Um nicht noch einmal in eine ähnliche Lage zu geraten, hatten die Klienten meist auch sehr genaue Kriterien entwickelt, wie ein Therapeut mit ihnen umgehen müsste, oder suchten ganz gezielt nach Verfahren, die auf ihre Problematik genauer abgestimmt sind (z.B. eine Traumatherapie).

Manche informierten sich darüber hinaus nach der Therapie intensiv in Fachliteratur und Internet, um beim nächsten Mal besser Bescheid zu wissen und sich gegen eventuelle therapeutische Kunstfehler zu wappnen. Die Fülle an Fachvokabular (wie „Iatrogenie“, „Dekompensation“, „Retraumatisierung“) und Zitaten im schriftlichen Bericht von Andrea O. zeugt diesbezüglich nicht nur von intensiven Recherchen, sondern lässt auch das Bedürfnis durchscheinen, sich zumindest im Nachhinein auf eine (Experten-)Augenhöhe und damit in die gleiche Machtposition mit dem Therapeuten zu begeben – eine Position, von der aus sein professionelles Handeln auch nach „objektiven“ Maßstäben beurteilbar ist:

Traumata gehören in speziell ausgebildete, qualifizierte Psychotrauma-Therapeutenhände. Die Psychiatrie, Kliniken für psychosomatische Medizin und auch einige ambulante Therapeuten sollten die Finger von Traumata, wie sexueller Missbrauch und sexuelle Gewalterfahrungen, wie Vergewaltigungen, lassen, denn laut der zahlreichen Psychotherapieforen im Internet wurden die meisten Betroffenen von Ärzten und Psychologen, die nur die Grundkenntnisse der Psychologie besaßen und keine Erfahrungen und Kenntnisse über Psychotraumata besitzen, retraumatisiert und ihre Leiden und Symptome verschlimmert. (Andrea O., schriftlicher Bericht, 502-511)

BEWERTUNG DER THERAPIE:

Alle Klienten, in deren Therapie die Konstellation Ohnmacht und Auslieferung vorkam, fühlten sich dadurch zumindest temporär geschädigt (mittlere bis maximale Ausprägung in der Subkategorie Negative Therapiewirkungen). Für die negativen Auswirkungen der Therapie wurden typischerweise Begriffe gewählt wie „Retraumatisierung“ (Helga H., 790), „massive Therapieschädigung“ (Julia I., 1012) oder „iatrogene Schädigung“ (Andrea O., 144). Einige Klienten erwogen oder versuchten sogar, sich über den Therapeuten zu beschweren oder offiziell Anklage zu erheben.

Neben einer deutlichen Verschlechterung der Symptomatik und Verschärfung ihrer ohnehin bestehenden Probleme berichteten die Klienten zum Teil auch von einem Verlust sozialer Bezüge und von Arbeitsunfähigkeit während der Therapie:

Ich hab da natürlich heftig mit gezahlt, das ist ja nicht mal irgendwie 'n halbes Jahr, wo es einem schlecht geht, sondern ich rede da echt von Jahren, wo ich nicht richtig mir mein berufliches und soziales Leben aufbauen konnte, ne? Das ist schon irgendwie 'n dickes Thema. (Julia I., 307-319)

Auch körperliche Symptome werden von einigen Klienten mit der Therapie in Zusammenhang gebracht:

Ich saß nach (dem Therapie-)Abbruch bei meinem Hausarzt im Wartezimmer, und mein Herz beginnt wieder zu rasen. Er hat alles stehen und liegen lassen (nachdem er meinen Puls gefühlt hat) und ein EKG veranlasst. Ich vermute wegen Verdachts auf Herzrhythmusstörungen, aber es waren nur respiratorische Arrhythmien, die für mich neu und durch die Analyse verursacht, mir ca. drei Jahre treu geblieben sind. (Max N., schriftlicher Bericht, 336-341)

Die Bewertung der Therapie ist kein unumstößliches Ergebnis, sondern ein fortwährender Reflexionsprozess, in den immer neue Informationen und Perspektiven einbezogen werden. Gerade die Konstellation Ohnmacht und Auslieferung gibt häufig Anlass dazu, dass Klienten sich noch viele Jahre nach der Therapie den Kopf darüber zerbrechen, wie das Geschehene einzuordnen ist:

Ich hab wirklich sehr versucht, das intellektuell zu lösen, auch Fachliteratur gelesen, kommt man natürlich auch nicht wirklich weiter mit. Wenn ich zum Beispiel das Leuten erzähle, dann stoße ich eigentlich immer wieder an die gleichen Grenzen und die gleichen Fragen. Also so auch jetzt zum Beispiel ein Freund, der ist Analytiker und Verhaltenstherapeut und also schon 'n versierter Mensch, der sagt dann einfach, der (Therapeut) hätte mich narzisstisch auch missbraucht. Dann ist mir einerseits wohler, weil ich denke, endlich benennt das mal jemand. Andererseits hab ich dann immer noch das Problem, dass ich denke, jetzt wird der auf die Anklagebank geschoben, das halte ich auch kaum aus, weil ich ihn schützen will. (Julia I., 987-1010)

Trotz aller negativen Auswirkungen sehen einige Klienten in der destruktiven Therapie dennoch ein produktives Moment. Sie haben letztlich aus ihrer Therapieerfahrung etwas gelernt, auch wenn dies schmerzlich war:

Also vorwärts geholfen hat er mir halt, indem er mir eigentlich noch mal klar gezeigt hat, was mein Muster ist, was für Männer ich mir suche, und indem er im Grunde die Fehler gemacht hat, die, ja, in dem Moment irgendwo so zu machen waren. (Helga H., 921-932)

LEBENS-LAGE:

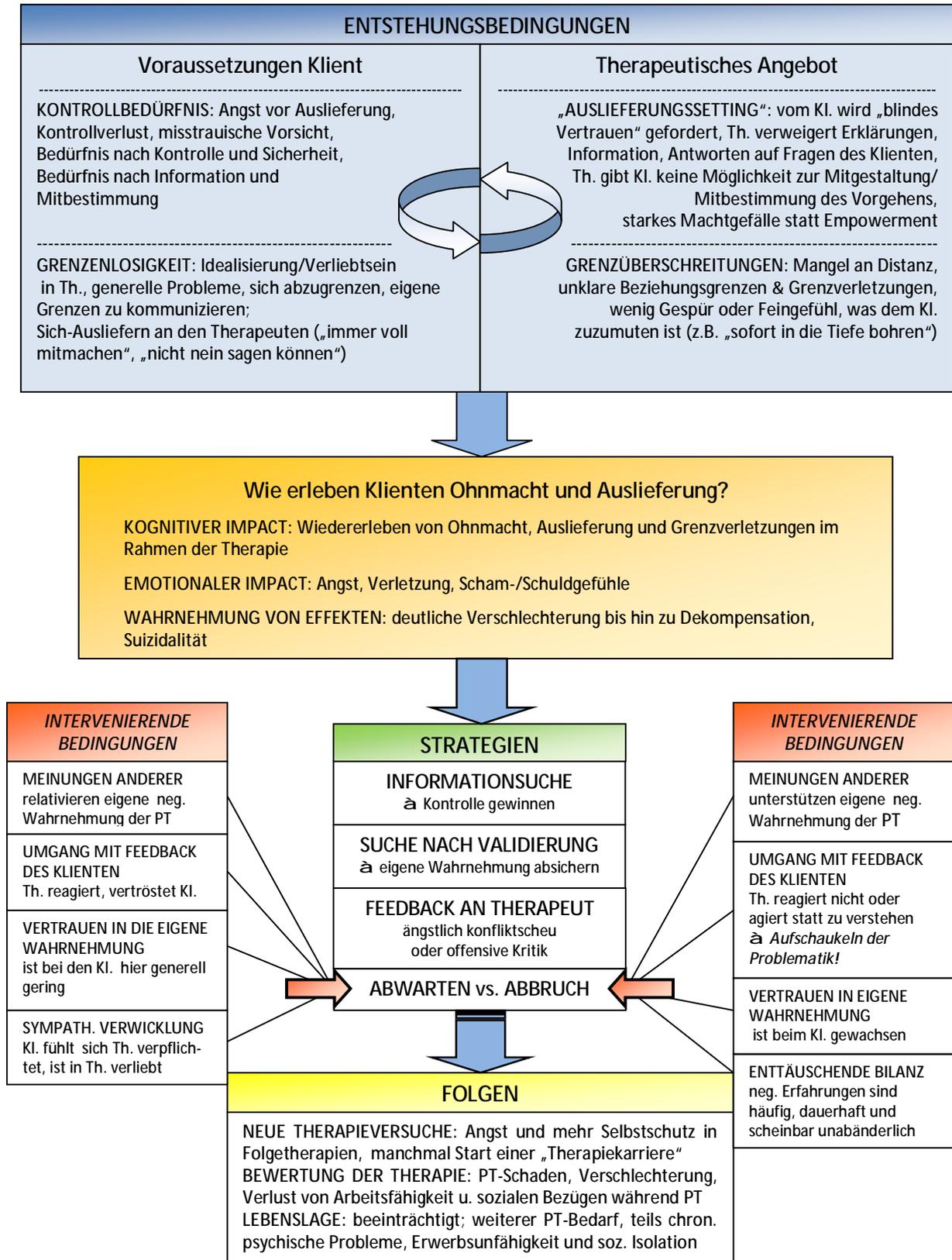
Vier von sechs Klienten waren zum Zeitpunkt des Interviews, Jahre nach der ersten, oftmals aber nicht letzten, negativen Therapieerfahrung noch immer nicht erwerbsfähig oder bezogen eine Erwerbsminderungsrente. Sie bezeichneten ihre Beschwerden als chronisch, glaubten, nie wieder ohne therapeutische Unterstützung auskommen zu können oder hatten die Hoffnung auf Hilfe völlig aufgegeben. Manche Bilanz war traurig:

Auf Grund der Diagnose Borderline wurde ich aus dem Dienst genommen und als dienstuntauglich befunden. Mittlerweile in den vorzeitigen Ruhestand versetzt. Ich habe meine gesamte finanzielle Grundlage, Wohnung und Arbeit verloren. Musste die private Insolvenz beantragen . . . und lebe von 280 Euro im Monat. Die Psychotherapien haben mein Leben ruiniert. (Andrea O., schriftlicher Bericht, 552-557)

Auch die beiden Klientinnen, denen es heute wieder relativ gut geht, die arbeitsfähig und sozial gut eingebunden sind, möchten sich noch einmal in psychotherapeutische Behandlung begeben, um die liegengebliebenen oder hinzugekommenen Probleme aus der destruktiven Therapie zu bearbeiten.

Abbildung 3. Destruktivität, Konstellation Ohnmacht und Auslieferung

Abkürzungen: PT: Psychotherapie, Kl. Klient, Th.: Therapeut



9.4.5 Konstellation Selbsterniedrigung und Herabsetzung

Bei der Konstellation **Selbsterniedrigung und Herabsetzung** (vgl. Abbildung 3) verhält sich das therapeutische Angebot ebenso wie bei der Konstellation Ohnmacht und Auslieferung überwiegend negativ komplementär zu den auf Klientenseite involvierten Denk- und Beziehungsmustern. Diese weisen auch hier einen hohen negativen Wirkungsgrad auf, zeigen aber einen anderen inhaltlichen Schwerpunkt: Die Konstellation Selbsterniedrigung und Herabsetzung kam innerhalb des Samples hauptsächlich bei Klienten vor, die eine globale (d.h. undifferenzierte, die gesamte Person betreffende) Selbstwertproblematik in die Therapie mitbrachten. Diese ging bei einer Klientin zum Beispiel auf Missbrauch und Misshandlung in der Kindheit zurück, bei einem anderen Klienten stand sie in Verbindung mit wiederkehrenden depressiven Episoden, die zum Teil auch psychotisches Erleben beinhalteten.

Das Therapiegeschehen ist hier vor allem dadurch charakterisiert, dass sich das bereits negative Selbstbild und Selbstwertgefühl der Klienten im Therapieprozess dramatisch verschlechtern. Hierzu trägt ein therapeutisches Angebot bei, das sich weniger durch wertschätzende Zuwendung als vielmehr durch einen beurteilenden, bisweilen vorwurfsvollen Grundton auszeichnet und die Klienten herabsetzt, indem es ihre Defizite zuungunsten ihrer Ressourcen betont, sie in ihren Möglichkeiten überfordert und ihrer Abhängigkeit vom Therapeuten Vorschub leistet.

Die Klienten erleben sich bei dieser Konstellation im therapeutischen Kontakt erneut als wertlos, als Versager, fühlen sich in ihrer negativen Selbstwahrnehmung bestätigt oder durch Schuld und Scham belastet. Es kommt so zu einer deutlichen Verschlechterung ihres Befindens in Richtung zunehmender Depression, die nicht selten sogar in eine suizidale Krise mündet oder einen Klinikaufenthalt notwendig macht. Die Auswirkungen von Selbsterniedrigung und Herabsetzung wurden von allen Klienten im Sinne eines zumindest temporären „Therapieschadens“ gedeutet (vgl. Folgen).

Eine Klientin, die im Kurzfragebogen als Auslöser für ihre Therapie ein „Selbstwertproblem“ angab, beschreibt, wie sich ihre Situation durch die Therapie zunehmend verschlechterte. Ob das in diesem Fall vom Therapeuten gewählte Vorgehen und Therapieziel einer seriösen psychotherapeutischen Behandlung entsprechen, ist mehr als fraglich. Gleichwohl wird das fatale Zusammenspiel von therapeutischem Angebot und Denkmustern der Klientin hier sehr deutlich:

Also vorher war halt wirklich Matratze auf der Erde, und das musste reichen, und nur das Billigste, und ich brauch auch kein Essen und all so was, und wenn dann noch jemand kommt, und du musst dich von deinen Bedürfnissen lösen, dann war's natürlich gefährlich. Ich hab tierisch abgenommen in der Zeit und hab mir auch überhaupt keine Freuden mehr gegönnt und auch, find ich, 'ne Wohnung ist auch so wichtig. (Der Therapeut) meinte immer, ja man muss dann im dunkelsten Kellerloch überleben können, anstatt mir wirklich mal zu raten, Mensch, wenn du dich nicht wohl fühlst da im tiefsten Loch, dann zieh um... Ja, darum ging's eben, so dieses sich von den Bedürfnissen lösen, und wo ich nachher auch irgendwann an dem Punkt angelangt war, dass ich dachte, ich kann das, was ich erreichen muss, laut seiner Therapie, hier auf der Erde gar nicht erreichen, also kann ich mich gleich umbringen. (Kerstin E., 179-228)

9.4.6 Entstehungsbedingungen bei Selbsterniedrigung und Herabsetzung

9.4.6.1 *Insuffizienzerleben und Überforderung*

Ein Klient mit entsprechender Deutungsdisposition findet sich bei der Konstellation Selbsterniedrigung und Herabsetzung in der Therapie schnell an dem Punkt wieder, „erneut versagt zu haben“. Dieses Erleben ergibt sich daraus, dass auf Klientenseite bestehende Insuffizienzgefühle auf ein therapeutisches Angebot treffen, das ihnen nichts entgegensetzt, sondern sie im Gegenteil noch potenziert. Die Insuffizienzgefühle der Klienten rühren zum Teil von früheren Misserfolgserlebnissen her, die durch depressives Erleben bereits mit verursacht oder begleitet wurden. Mitunter stehen sie auch im Zusammenhang mit einer grundsätzlichen Tendenz, überhöhte Ansprüche an sich selbst heranzutragen, etwa aus dem Glaubenssatz heraus, „stets perfekt sein zu müssen“. Ein therapeutisches Angebot, das in solche Wunden Salz streut, ist beispielsweise so beschaffen, dass es den Klienten durch ungeschickt gewählte Interventionen oder Ziele zusätzlich verunsichert oder überlastet. Ein Grund für eine solche unglückliche Auswahl von Interventionen kann darin bestehen, dass der Therapeut den Schweregrad der Beeinträchtigung eines Klienten unterschätzt und allzu optimistisch voranschreitet – wie etwa bei Peter F., dessen Therapeut ihm den Ratschlag erteilte, sich mit einer bestimmten Programmiersoftware auseinanderzusetzen, um seine Berufschancen zu optimieren:

Ich hab's mir dann auch tatsächlich besorgt, mir angeguckt ... es war so heillos weit weg, also fünf Stufen über meinem Niveau, auch nicht mein Ziel, ich wollte nie in die Programmierung rein . . . Und die Schiene, da müsste ich noch mal 'n komplettes Studium anfangen ... zehn Jahre Arbeit so ungefähr, dann können wir drüber reden, aber nicht im Rahmen einer Umschulung, ne. Kurz und gut, das Ganze hat mich mehr verunsichert als es mir weiter geholfen hat. (Peter F., 214-270)

Zum anderen fällt auf, dass zugleich meist versäumt wurde, die Aufmerksamkeit der Klienten auf das zu richten, was Kräfte mobilisieren und Selbstvertrauen zurückgeben kann, nämlich auf die eigenen Stärken, Erfolge und Handlungsmöglichkeiten (Ressourcenaktivierung), und damit tatsächlich Hilfe zur Selbsthilfe zu leisten. Vielmehr kam bei manchen das Gefühl auf, vom Therapeuten abhängig gemacht zu werden:

Dann ja, nee, schläfst du lieber bei mir, wenn's dir schlecht geht, und dann kommste lieber fünf mal die Woche . . . also ich konnte (den Therapeuten) auch immer anrufen, das war ja auch o.k., aber eher so na ja, nicht so wie jetzt, wo ich sage, mit den Problemen geh ich jetzt nicht zur Therapie, . . . weil die kann ich auch alleine lösen, . . . also da wär ich früher vielleicht zu diesem Therapeuten hingegangen, und das ist eher so 'n Abhängigmachen, so dass man immer jemanden braucht. (Kerstin E., 431-447)

Manchmal kann jedoch auch ein gut gemeinter Ansatz, Klienten zur Selbsthilfe zu motivieren, schon *in sich* überfordern und damit seinen Zweck verfehlen:

Er hat mir dann auch in den ersten Sitzungen 'n Buch empfohlen, 'nen Karl Popper, Alles Leben ist Problemlösen . . . Und also so würde ich's dann im therapeutischen Kontext interpretieren, zerteil dir die Aufgaben in ganz kleine Schrittschen und arbeite die dann ab, dass du auch den Erfolg verspüren kannst. Aus 'm depressiven Erleben oder gar aus 'm psychotischen Erleben, wie ich das für mich, ja, also ich würd 's einfach mal so bezeichnen, ne. Also aus so 'nem

Zustand heraus würd ich so 'ne Anleitung oder so 'ne Philosophie als nicht hilfreich bezeichnen. (Peter F., 94-117)

9.4.6.2 *Schuldgefühle und Zuweisung von Verantwortung*

Bei Klienten mit Selbstwertproblemen spielt häufig auch das Thema Schuld eine entscheidende Rolle. Misserfolge und Probleme im Alltag werden dann routiniert auf persönliches Versagen, niemals auf widrige Umstände zurückgeführt, und bei Beziehungskonflikten finden nicht die Beiträge aller Akteure Berücksichtigung, sondern die Klienten suchen die Verantwortung ausschließlich bei sich selbst. Die so mit der Zeit angehäuften „Schuldbilanzen“ tragen ihren Teil zu einem negativen Selbstbild bei.

Wo ein negatives Selbstbild entzerrt werden soll, ist es für die Klienten wichtig, Verantwortlichkeiten im biografischen Rückblick wie auch zukünftig ausgewogener zu verteilen, eigene Schuldigkeit auch zu hinterfragen. Das therapeutische Angebot bei der Konstellation Selbsterniedrigung und Herabsetzung sorgt jedoch statt für mehr Selbstakzeptanz für noch mehr Selbstverurteilung. Die Wege auf denen dies geschieht, beinhalten so unterschiedliche Dinge wie direkte Vorwürfe von Therapeutenseite, provokative Stellungnahmen sowie Bedeutungsangebote oder Therapiekonzeptionen, die auf Eigenverantwortung abzielen:

Diese Vorwürfe (der Therapeuten), dass ich sozusagen nicht will, zum Beispiel . . . Ich weiß nicht, ob es 'n Spielchen ist oder irgendwie 'ne Provokation sein soll. Aber einfach so dieses, na ja, dass ich mich doch eigentlich wohlfühle und oder wohlfühlen müsste und das gar nicht ändern möchte, weil es mir eigentlich zu gut geht und ich gut versorgt bin sozusagen. Das war schon, also weil ich's öfter gehört habe, immer ganz schwer zu verkraften. (Christine J., 501-517)

Und das hatte ich bei dem Verhaltenstherapeuten ganz stark: Wenn man depressiv ist, dann liegt 's an 'ner falschen Lebensführung, und im Grunde genommen ist man selber schuld an der Geschichte. (Peter F., 587-590)

Wo die Klienten Bezug auf positive Erfahrungen aus anderen Therapien nehmen, scheint ihnen entsprechend die Erfahrung wichtig, vom Therapeuten nicht die Schuld für ihre Lage zugewiesen zu bekommen:

Also zum einen hatte ich nie das Gefühl, dass sie mich verantwortlich macht für diese Störung oder diese Symptomatik . . . also ich hab in der Zeit, würd ich mal sagen, ein Alkoholproblem entwickelt, hab täglich etwa 'ne Flasche Wein bis anderthalb gesoffen, und das ist grenzwertig einfach, find ich, ne. Und selbst da denke ich, hat sie das als Selbstmedikationsversuch, also zumindest noch irgendwie als eine Bewältigungsstrategie betrachtet, ne. Auch wenn da keiner so wirklich glücklich ist drüber, aber ich hatte nicht den Eindruck, dass sie da irgendwie mit der Moralkeule kommt. (Peter F., 780-796)

9.4.6.3 *Minderwertigkeitsgefühle und Abwertung*

Auch im Hinblick auf Gefühle von Minderwertigkeit oder Wertlosigkeit, erweist sich das therapeutische Vorgehen bei der Konstellation Selbsterniedrigung und Herabsetzung als kontraproduktiv. Oftmals stehen hinter einem solchen Erleben bei den Klienten Beziehungserfahrungen, die der Entwicklung eines gesunden Selbstwertgefühls abträglich waren:

Mein Gott, ja, und nach dem Tod meiner Mutter reden auf einmal alle Leute mit mir. Ich war inzwischen genau, wie alt war ich, 38 Jahre, da hat überhaupt mal irgendjemand danach mit mir geredet und mir von meiner Mutter erzählt, meiner Halbschwester, die Kriegsehe, und dann kam ich, sozusagen auch noch 'n Wunschkind, und dann lässt sie mich alleine, und dann bin ich das Bastardkind und werde misshandelt zehn Jahre und dann die nächsten sechs Jahre missbraucht von zwei Männern in zwei Städten, der Professor (in der einer Stadt), wo ich da wohnte im Haushalt bei meiner Cousine, ne, das war das, was ich in der Analyse da gerade erzählte. (Sophia Q., 123-135)

Zu den Bedingungen in der Therapie, die den Selbstwert niedrig halten oder sogar noch mehr angreifen, gehört für viele Klienten ein beim Therapeuten wahrgenommener Mangel an MENSCHLICHKEIT. Dieser kann sich unter anderem auch darin ausdrücken, dass der Therapeut schweigt, wo etwas anderes nötig wäre, etwa tröstende oder ermutigende Worte, nachdem eine Klientin gerade eine Sitzung lang von ihrer bitteren Jugend erzählt hat und dann „Rotz und Wasser heulend nach Hause“ geht:

Aber da war ja nun nie dieser eine menschliche kurze Satz, ne . . . Ja, ach, es wär ja auch nur diese Höflichkeit gewesen, ne. Dieses ach, dieses, es wird schon wieder, oder, wir sehen uns dann beim nächsten Mal, und nicht traurig sein, es wird ja sowieso alles gut, irgend so 'n Satz, ne . . . Da kam gar nichts. (Sophia Q., 681-702)

Bisweilen kommt es sogar vor, dass sich Klienten in der Therapie lauthals selbst abwerten. Auch in diesem Fall ist fraglich, ob Schweigen die richtige Antwort ist:

Ich hatte mich selbst als „psychotischen Hans Wurst“ bezeichnet und dann einen „Weinanfall“ gehabt, der mich später ins „Koma“ versetzte und abends in die Rettungsstelle (einer Klinik) . . . Darauf reagiert hat die Therapeutin nicht: Sie hat dagesessen, wie eine Schülerin beim Diktat: Haare hinters Ohr gesteckt und Finger wundgeschrieben. Ich bin aus der Ignoranz nach Hause gefahren mit den damit verbundenen Ängsten der möglichen Ablehnung. (Max N., schriftlicher Bericht, 199-205, 909-914)

Während zu wenig Menschlichkeit auf ein Versäumnis hindeutet, stehen manche Kommentare von Therapeutenseite für ein nachlässiges Zuviel. Wenn auch nur unüberlegt abwertend in Inhalt oder Tonfall – die negative Botschaft kommt bei dafür sensibilisierten Klienten in jedem Fall an:

Und da dieser Doktor (mein Therapeut), der sagte, weil ich kam dann natürlich so mit der Limonadendose rein, sagt er, Sie sehen aus wie 'n Alkoholiker, als hätte ich 'ne Bierpulle in der Hand . . . Ja, das war hart, zumal ich bis glaube ich ja sowieso zu diesen Jahren noch nie 'n Schluck Alkohol intus hatte, weil mich so viel ja dann sowieso umgeworfen hat . . . / I: Wie haben Sie sich da gefühlt, als er das gesagt hat?/ Ja, angegriffen . . . Sehr angegriffen, ja, auch verletzt. Das war sehr unpassend. Nur weil ich da mit der Dose geschlenkert habe in der Hand. (Sophia Q., 42-72)

Auch so seine schnodderige Art irgendwie, das hat einfach nicht gepasst. Wo ich denn auch öfters einfach heulend rausgegangen bin und dachte so, nee. /I: Was ist 'n schnodderige Art, oder wie war 'n das konkret?/ IP: Na ja, so dieses, ja, na, das war ja dumm von Ihnen, und wenn ich so aus Unsicherheit vielleicht irgendwas nicht gemacht hab, na ja, das war ja ziemlich bescheuert von Ihnen, und all so was. (Kerstin E., 552-571)

Ein weiterer Aspekt, der das Seine dazu tut, dass sich Klienten noch kleiner fühlen als sie sich ohnehin wahrnehmen, ist die Aufrechterhaltung einer starken Hierarchie in der therapeutischen Beziehung, in welcher dem Klienten, und sei es auf noch so subtilen Wegen, ein unterlegener Platz

zugewiesen wird. Die Rollenverteilung in der Therapie wird von Klienten dann zum Beispiel so charakterisiert:

Er war der Oberlehrer . . . der absolute Oberlehrer. Er hat die Weisheit mit Löffeln gefressen, und wenn jemand 'n Problem hat, dann isser da ja selber schuld dran. (Peter F., 624-627)

9.4.7 Strategien und intervenierende Bedingungen bei Selbsterniedrigung und Herabsetzung

Die Strategien der Klienten unterscheiden sich bei Selbsterniedrigung und Herabsetzung deutlich von denen, die bei anderen Konstellationen vorkommen, und zwar dahingehend, dass sie kaum Verwendung finden. Die Klienten unternahmen hier grundsätzlich nur sehr wenig, um an der unglücklichen Therapiesituation etwas zu ändern (Ausnahmen kamen allerdings dort vor, wo in der Therapie gleichzeitig die Konstellation Ohnmacht und Auslieferung gegeben war). Weder eigneten sich die Klienten selber Wissen an (INFORMATIONSSUCHE), noch sprachen sie mit anderen über ihre Therapieerfahrungen (SUCHE NACH VALIDIERUNG) – weil kein soziales Umfeld vorhanden war, das die Klienten angemessen unterstützen konnte, oder weil sie sich an dem Geschehen in der Therapie selbst die Schuld gaben und nicht erwarteten, dass dies irgendetwas anders bewerten könnte (VERTRAUEN IN EIGENE WAHRNEHMUNG).

Wo MEINUNGEN ANDERER erwähnt wurden, hatten sie eher Einfluss darauf, dass die Klienten trotz der Belastung, die sie empfanden, in der Therapie blieben. Bei manchem war es allerdings nicht nur die Verzweiflung eines „hilflosen Umfelds“, sondern auch die eigene, die Anlass bot, weiter auszuharren:

Warum man das über so viele Jahre immer wieder macht, ist einfach die pure Verzweiflung, scheiße, es geht mir nicht gut, ich komme mit meinem Alltag nicht zurecht, und sowohl das familiäre Umfeld oder Freunde sagen, ja, dann mach doch was. Dieses mach doch etwas heißt halt, man geht zu 'nem Arzt, man geht zu 'nem Psychologen, ja, warum macht man das? Weil man 'ne Hoffnung reinsetzt. Dass es dann vielleicht doch mal irgendwas bringt. (Peter F., 644-660)

FEEDBACK AN DEN THERAPEUTEN:

Aufgrund der eigenen Minderwertigkeits- oder Schuldgefühle sahen sich die Klienten nicht in einer Position, in der sie etwas vom Therapeuten fordern oder ihn kritisieren könnten und nahmen die Situation hin, wie sie war. Selbst wenn sie sich über den Therapeuten ärgerten, brachten sie diesen Ärger nicht zum Ausdruck. Im ungünstigsten Fall gelang es Klienten sogar, in den Therapiesitzungen ihre Tränen zu verbergen – ein Signal, das ihre Therapeuten möglicherweise nachdenklich hätte stimmen können:

Mein lieber Therapeut hat seine Schiene irgendwie weiter gefahren, kurz gesagt, ich bin aus den Sitzungen dann jedes Mal heulend rausgegangen. Beziehungsweise vielleicht noch nicht rausgegangen, aber bevor ich dann irgendwo in 'ne Bahn steigen konnte oder mich auf 's Fahrrad setzen konnte, in 'n nächsten Park geschlichen und hab mich da erstmal irgendwo auf 'ne Bank gesetzt und, ja, bis ich mich wieder so halbwegs gefangen hatte. (Peter F., 400-408)

ENTTÄUSCHENDE BILANZ:

Obschon die Klienten registrierten, dass sich ihr Befinden in der Therapie verschlechterte, zogen sie nicht den Schluss, dass der Therapeut ihnen nicht helfen könnte, sondern tendierten auch hier dazu, sich selbst dafür verantwortlich zu machen. Als Grund für den Abbruch ihrer ersten Therapie nennt zum Beispiel Sophia Q. ausschließlich ihre eigene „Unfähigkeit, Hilfe anzunehmen“:

Ja, es ging ja nicht. Dass es mir schlecht geht, war ich gewohnt, und Hilfe suchen, na, das war ja sowieso jetzt mein erster Anlauf überhaupt im Leben gewesen, ne. Ging noch nicht. (Sophia Q., 302-307)

THERAPIEABBRUCH:

Alle Klienten beendeten die Therapie frühzeitig. Dabei kann jedoch nicht immer von einer bewussten Entscheidung zum Therapieabbruch die Rede sein. Es kam ebenso häufig, auch in Wechselwirkung mit EXTERNEN BELASTUNGEN (wie Leistungsanforderungen oder Beziehungskonflikten), zu einer so starken Verschlechterung ihres Befindens, dass die Klienten in eine Klinik eingeliefert werden mussten (KLINIKEINWEISUNG). Die ambulante Therapie wurde dann zwangsläufig unterbrochen, nach der stationären Behandlung von den Klienten aber auch nicht wieder aufgenommen. Dabei spielte vermutlich auch die Erfahrung eine Rolle, vom Therapeuten während des Klinikaufenthaltes „fallen gelassen“ zu werden:

Der Kommentar meines Therapeuten, also ich hab ihm das halt am Telefon dann berichtet, dass die (Ärztin) mich in die Klinik schicken will. Und hatte halt um 'nen Termin noch mal nachgesucht, und er dann irgendwie, ja, da kann er mir jetzt auch nicht helfen, ich soll mich doch dann wieder melden, wenn ich wieder aus der Klinik bin. Das war dann, ja, eigentlich auch das Ende dieser Therapie. (Peter F., 529-561)

9.4.8 Folgen von Selbsterniedrigung und Herabsetzung

NEUE THERAPEVERSUCHE:

Die Klienten begaben sich schon bald im Anschluss auf die Suche nach einer neuen Therapie oder unternahmen einen anderen Behandlungsversuch, da ihre Probleme eher noch schlimmer geworden waren. Alle blicken heute auf eine langjährige Therapie-/Psychiatriekarriere zurück. Während einige sich immer weiteren Psychotherapien unterziehen, sind andere mittlerweile vollkommen entmutigt und können sich nicht vorstellen, noch einen weiteren Therapieversuch zu unternehmen.

BEWERTUNG DER THERAPIE:

Mit Ausnahme von Sophia Q., die ihren Therapeuten jegliche Mitverantwortung am Scheitern ihrer Therapien abspricht (vgl. dazu Kap. 10.5), sahen sich alle Klienten mit der Konstellation Selbsterniedrigung und Herabsetzung durch die Therapie geschädigt (mittlere bis maximale Ausprägung in der Subkategorie Negative Therapiewirkungen). Dies spiegelt sich auch in Begriffen wieder wie „Therapiekatastrophe“ (Max N., 395, 763) oder „ganz schön gefährlich“ (Kerstin E., 228). Neben einer Verschlechterung ihres Befindens beziehungsweise Zuspitzung ihrer bestehenden Probleme erwähnten einige Klienten außerdem einen Verlust sozialer Bezüge und Arbeitsunfähigkeit

infolge der Therapie. Was für die Klienten von einer Kette erfolgloser therapeutischer Interventionen übrig bleibt, sind manchmal nur „diese ganzen enttäuschten Hoffnungen, . . . dass das einfach nicht so wirklich gefruchtet hat, teilweise dann wieder zu Versagenserlebnissen geführt hat. (Peter F., 1004-1009)

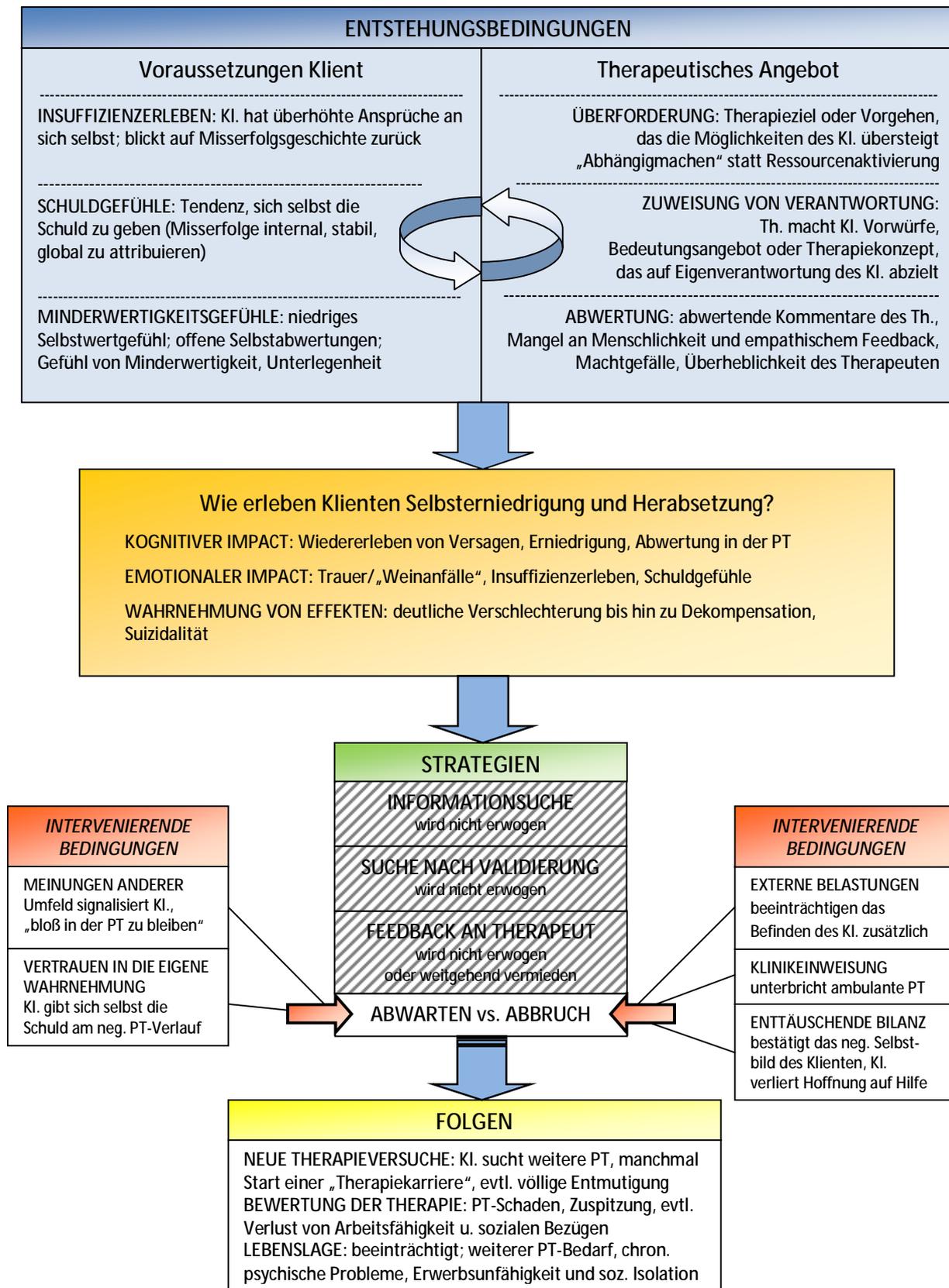
LEBENS-LAGE:

Obwohl die gescheiterten Psychotherapien zum Interviewzeitpunkt teils Jahre zurücklagen, gaben auch die Klienten dieser Gruppe an, noch immer arbeitsunfähig zu sein oder bereits eine Erwerbsminderungsrente zu beziehen. Ihre Störung beschrieben sie als chronisch, sie sahen sich von psychosozialer oder psychotherapeutischer Unterstützung dauerhaft abhängig oder hatten die Hoffnung auf Hilfe aufgegeben. Max N., der davon überzeugt ist, dass seine Psychoanalyse seine erste Psychose mit verursachte, stellt seine Situation heute so dar:

Die Frage, wie krank ich heute bin und damals war und dem dazwischen, die kann ich nicht beantworten; allerdings ist meine Existenz ein sozialer Totalschaden, und meine Lebensumstände produzieren ganz neue Wahrnehmungsphänomene (meinethalben Symptome, manchmal schwer auszuhalten). Die Einweisung in die (Klinik) mit der Diagnose Schizophrenie hat mir mindestens zweimal das Leben gerettet, und es gilt, was mein Klinikpsychologe mal gesagt hat: „Jeder braucht eine Krankheit, die ihn schützt!“ (Max N., schriftlicher Bericht, 378-385)

Abbildung 4. Destruktivität, Konstellation Selbsterniedrigung und Herabsetzung

Abkürzungen: PT: Psychotherapie, Kl.: Klient, Th.: Therapeut



9.4.9 Konstellation Zuwendungsbedürfnis und fehlende Resonanz

Die bei der Konstellation **Zuwendungsbedürfnis und Fehlende Resonanz** (vgl. Abbildung 4) relevanten Denk- und Beziehungsmuster der Klienten haben einen vergleichsweise niedrigen negativen Wirkungsgrad, d.h. die Klienten sind im Alltag in geringerem Maße dadurch beeinträchtigt. Das Zusammentreffen mit einem therapeutischen Angebot, das sich überwiegend negativ komplementär dazu verhält, entfaltet deshalb weitaus weniger gefährliche Wirkungen als bei den zwei zuvor beschriebenen Konstellationen.

Die Konstellation Zuwendungsbedürfnis und fehlende Resonanz ist dadurch gekennzeichnet, dass sich Klienten während der Interaktion mit dem Therapeuten in einem ihnen bereits bekannten Beziehungsmuster wiederfinden, in welchem die eigenen Bedürfnisse nach Zuwendung und Aufgefangenwerden von einem emotional distanzierten Gegenüber nicht wahrgenommen, nicht ernst genommen und entsprechend nicht befriedigt werden. Die Klienten fühlen sich unverstanden und allein gelassen. Die Enttäuschung darüber, „wieder einmal zu kurz zu kommen“ und nicht gesehen zu werden, wird insbesondere dann noch verstärkt, wenn konkrete verbale Bedürfnisäußerungen und Rückmeldungen an den Therapeuten ebenfalls zu keiner Änderung führen, wenn die Klienten also erfahren, dass sie selbst keinerlei Einfluss auf die Situation haben und diese hinnehmen müssen, solange die Beziehung währt. Im Gegensatz zu nichtresponsiven und emotional kühlen Eltern, denen ein Kind sozusagen „ausgesetzt“ ist, können sich Klienten ihre Therapeuten selbst aussuchen und sie im Zweifelsfall auch wechseln. Interessanterweise verweilten die betroffenen Klienten trotzdem erstaunlich lang (acht Monate bis zu fünf Jahre) in solchen aus ihrer Sicht unbefriedigenden Therapiekontakten. Dies wirft die Frage auf, inwieweit nicht nur das Muster einer fortwährenden Bedürfnisfrustration, sondern auch das Sichabfindenmüssen damit – als alternativlose Copingstrategie eines von seinen Eltern abhängigen Kindes – im Rahmen früher Beziehungserfahrungen geprägt wurde und den Klienten so auch zum Zeitpunkt der Therapie als naheliegendste Bewältigungsmöglichkeit erschien.

Wenn überhaupt, nannten die Klienten als Auswirkungen dieser Konstellation eine vorübergehende Verschlechterung ihres Befindens, beklagten jedoch keine Schädigung durch die Therapie (vgl. Folgen). Im Vordergrund standen für sie Frustration und Unzufriedenheit. Letztere fiel allerdings weniger friedfertig aus als bei der Verlaufsform Unproduktivität, sondern hatte eine stärker ärgerliche, häufig auch stärker emotionale Komponente (eventuell ein Hinweis darauf, dass die Klienten eine solche Konstellation bereits kannten):

Ich kann mich aber nicht daran erinnern, dass es mir jemals gut ging mit ihr. Es ging mir kein einziges Mal besser, als ich raus ging. Ich hab jedes Mal, in jeder Stunde, hab ich so was von geflennt, und ich hab mich so unverstanden gefühlt. (Carla K., 183-189)

Die Muster, die sich im Kontakt mit den Therapeuten abzeichnen, erinnern einige Klienten sehr an die Beziehung zu ihren Eltern:

Im Prinzip lief das auch so. Die Chefin sagt was, ich sag was, vielleicht irgendwas dagegen, und nee, sie ist ja die Chefin, sie hat ja Recht. So läuft das ja. Und ja, ich bin irgendwie die Doofe, und also das ist eigentlich schon oft so. Oder war schon oft so . . . ich kann die Leute nicht ändern, die sind halt, wie se sind, und die sehen das so, und da kann ich zehnmal ziehen

und zerren, vielleicht wie früher bei meiner Mutter, im Prinzip, denke ich, ist es ja das. Es ändert sich nichts, also muss ich gehen, bevor ich mich da kaputt mache. (Gabriele P., 362-395)

9.4.10 Entstehungsbedingungen von Zuwendungsbedürfnis und fehlender Resonanz

9.4.10.1 *Sich mitteilen wollen und kein Gehör finden*

Dass Klienten von ihren Therapeuten verstanden werden wollen, bedarf im Grunde nicht besonderer Erwähnung. Jedoch kann dieses Bedürfnis und die Empfindlichkeit bei dessen Nichterfüllung bei einigen Klienten größer sein als bei anderen, vor allem wenn sie in ihrem Leben schon häufiger die Erfahrung gemacht haben, mit dem, was sie mitteilen, auf Unverständnis zu stoßen oder nicht ernst genommen zu werden. Wo sich die Erfahrung nicht verstanden zu werden in der Psychotherapie wiederholte, wurde von Therapeuten berichtet, die nicht wirklich das hörten und aufgriffen, was die Klienten ihnen erzählten, die „einfache Lösungen“ präsentierten und Ratschläge erteilten:

Also ich bin haargenau so gelandet wie überall woanders auch, also das war überhaupt keine Erleichterung da hinzugehen . . . Ich hab mich so gefühlt, als wenn ich jetzt auf der Arbeit wär und die sagen würden, so, Sie haben dieses Produkt soundso zu verkaufen, also soundso haben Sie sich zu verhalten, und sie hat mir auch genau das Gleiche gesagt. Ich hab mich soundso zu verhalten, dann wird's mir besser gehen. Ich dachte so, was, ist ja wohl der letzte Scheiß. Ich mein, genau das ist ja mein Problem, dass ich einfach kein Innenleben hab. (Carla K., 562-585)

Beim Erzählen über positive Kontrasterfahrungen in späteren Therapien wird das Verstandenwerden von den Klienten entsprechend besonders betont:

Also sie hat mich wirklich verstanden . . . Und das, was sie da wiedergegeben hat, ja, also das kam mir einfach widergespiegelt vor, ich wusste, da kommt irgendwas total an. Sie hat jede Situation, die ich beschrieben hab, die sie mit ihren Worten dann wieder zusammengefasst hat, die war haargenau so, wie ich sie auch wirklich erlebt hab. Also, ich war ich war teilweise echt schockiert, ich dachte so, diese Frau hat wirklich Talent, ja? (Carla K., 881-908)

9.4.10.2 *Aufgefangen werden wollen und auf Granit stoßen*

Beim Verstandenwerden im obigen Sinn geht es vor allem darum, dass ein Klient mit seiner Sicht der Dinge ernst genommen und akzeptiert wird, dass ihm also signalisiert wird: Ich lasse deine Wahrnehmung gelten. Dagegen befasst sich dieser Abschnitt mit einem eher emotionalen Verstandenwerden, das gegeben ist, wenn Therapeuten ihren Klienten gegenüber erkennbar zum Ausdruck bringen, dass sie begriffen haben, was bestimmte Erfahrungen für sie bedeuten, indem sie in irgendeiner Art und Weise mitfühlend reagieren. Das Erleben fehlender Nähe und Resonanz ergibt sich für die Klienten nun gerade daraus, dass ihr starker Wunsch nach emotionalem Rückhalt durch eine therapeutische Beziehung frustriert wird, in der der Therapeut unnahbar und unbeweglich scheint und auf empathische Äußerungen weitgehend verzichtet. Um sich aufgefangen zu fühlen, brauchen die Klienten manchmal auch Stellungnahmen oder Feedback vom Therapeuten. Wenn Klienten dies immer wieder entbehren müssen, kommt es mitunter zu Konflikten:

Was inhaltlich eigentlich in der Analyse bei diesem Analytiker für mich am schlimmsten war, und zwar war das ganz oft so, dass ich auf der Couch lag, und er schwieg . . . dass er einfach dann lange Zeit gar nichts sagte, und das waren auch immer wieder Punkte, wo 's Konflikte gab. Also wo in der Anfangszeit ich also dann ziemlich explodiert bin, also wütend wurde und dann auch mitkriegte, ich stoß da eigentlich bei dem auf Granit, also der kriegt gar nicht mit, dass ich wirklich was bräuchte von dem. (Birgit D., 438-454)

Was eine Therapiebeziehung ausmacht, die den Bedürfnissen der Klienten in dieser Hinsicht besser entspricht, wird wiederum dort erkennbar, wo die Klienten positive Erfahrungen aus anderen Therapien zum Vergleich anführen. Viel dreht sich hier um Feinfühligkeit, emotionale Nähe und empathische Reaktionen:

Sei es der Tonfall der Stimme, der mir zeigt, die (Therapeutin) kriegt was mit, oder sei es, ja, also ich glaub auch eben dann so Situationen, wo sie auch geschwiegen hat und dann vielleicht nach 'ner Weile gesagt hat, ich brauch jetzt einfach noch 'n Moment, um nachzudenken, bis ich Ihnen was antworten kann oder so . . . Das sind glaub keine spektakulären Sachen, sondern so ganz kleine Reaktionen, die dir zeigen, das, was da in dir gerade an Drama stattfindet oder an dem, was du gerade dringend bräuchtest, das wird gehalten, ja, also der andere kriegt das mit und der kann darauf eingehen und kann das auf 'ne gute Weise beantworten. (Birgit D., 496-511)

9.4.10.3 Bedürfnis nach Aufmerksamkeit und übersehen werden

Bei der Konstellation Zuwendungsbedürfnis und fehlende Resonanz hatten die Klienten in der Therapie oft auch das Gefühl, zu kurz zu kommen. Der Anspruch, als Klient in der Therapie im Zentrum der Aufmerksamkeit zu stehen, ist ebenso natürlich und vernünftig wie das Bedürfnis, vom Therapeuten verstanden zu werden. Aber auch hier gilt: Wem die Erfahrung, mit eigenen Bedürfnissen übersehen zu werden, bereits auf schmerzliche Weise vertraut ist, hat auch mehr damit zu kämpfen, wenn diese sich ausgerechnet im therapeutischen Kontakt wiederholt. Was zu einer solchen Wiederholung beiträgt, sind Therapeuten, die ihre Helferrolle eher teilnahmslos und wenig engagiert auszufüllen scheinen oder die viel von sich selbst und anderen reden, statt sich auf die Anliegen ihrer Klienten zu konzentrieren:

Dann hat (die Therapeutin) mir erzählt, was mit ihrer Tochter ist, dass ihre Tochter von zu Hause ausgezogen ist, dass sie halt mit ihrer Tochter überhaupt nicht klar kommt, dass sie total eiskalt ist am Telefon, und dann hat sie angefangen zu weinen, und dass ihr Verhältnis mit ihrer Tochter halt total gestört ist ... Und wahrscheinlich hat sie mich dann auch schon wieder hier irgendwie so reingeholt, um zu gucken, was ist mit ihr und ihrer Tochter los, also im Grunde macht sie diese Therapie, also das sind meine Interpretationen gewesen, aber ich dachte mir so, das hier hat alles irgendwie überhaupt nichts mit mir zu tun, was sie hier veranstaltet. (Carla K., 236-256)

Aber nicht nur, wenn viel über anderes geredet wird, sondern auch wenn Sitzungszeiten wiederholt verkürzt werden, können Klienten sich übersehen fühlen:

Kurz vor dem Ende gab's dann eben auch noch mal 'n ziemlich heftigen Konflikt, weil er wiederholt zu spät in die Stunden kam . . . ich erinnere, ich war stinkestinkewütend da drüber, und er war halt dann umgekehrt auf mich sehr wütend, so nach dem Motto, warum ich denn so pedantisch sei, und dann gab er so 'ne völlig aus meiner Sicht wirklich total danebene Deutung, nämlich mein Vater, der sei ja auch an Überarbeitung gestorben und jetzt, wo die Analyse zuende gehe, wolle ich so 'n Konstrukt machen, dass er auch eben an Überarbeitung stirbt ... Und also so das bettet sich ein, dass ich insgesamt bei ihm das Gefühl hatte, tendenziell eher zu kurz zu kommen, also umgekehrt formuliert, so emotional bin ich schon 'n ziemlicher

Hungergeist, also bin eine, die glaub ich tatsächlich nun sehr darauf hiepert, krieg ich hier auch genug, krieg ich soviel, wie mir auch zusteht und so. (Birgit D., 247-272)

9.4.11 Strategien und intervenierende Bedingungen bei Zuwendungsbedürfnis und fehlender Resonanz

INFORMATIONSSUCHE:

Die Klienten dieser Gruppe begaben sich nicht auf die Suche nach Informationen, was allerdings aus zwei Gründen nicht überrascht. Zum einen verfügten zufällig alle Klienten schon über therapeutische Vorerfahrungen, zum anderen betraf die Problematik, mit der sich die Klienten in der Therapie konfrontiert sahen, ja auch hauptsächlich zwischenmenschliche Aspekte, also die Qualität der therapeutischen Beziehung.

SUCHE NACH VALIDIERUNG:

Der Weg, sich mit Dritten über die Therapieerfahrungen auszutauschen, um sich in der eigenen Wahrnehmung abzusichern, wurde von den Klienten dagegen häufiger beschritten. Wieder hatten diese MEINUNGEN ANDERER starken Einfluss auf die Entscheidung, die Therapie entweder fortzuführen oder abubrechen. Einigen Klienten wurde geraten, die bestehenden Konflikte dem Therapeuten gegenüber anzusprechen oder diese keinesfalls zum Anlass zu nehmen, die Therapie zu beenden:

Mein bester Freund damals, der war dann auch in Analyse, da hab ich oft so mit dem drüber gesprochen, wie ist 'n das mit Konflikten und kann man eigentlich sozusagen der inneren Stimme in einem trauen, die sagt, ey Scheiße, weg hier, ja. Und der dann mir immer wieder geantwortet hat, ... klar, gerade musste bleiben bei 'nem Konflikt. Und gerade da geht's ja da drum, was ist hier schwierig, und wenn du dann wieder fliehst, bist du ja auch nicht weiter gekommen. (Birgit D., 299-311)

Andere wurden in ihrem negativen Urteil über die Therapie durch den Austausch mit Außenstehenden eher noch bestärkt. So sah sich eine Klientin beispielsweise in ihrer Einschätzung der Therapeutin als „total unfähig“ bestätigt, als ihre behandelnde Psychiaterin auf deren noch nicht abgeschlossene Ausbildung verwies (vgl. Carla K., 286-296).

FEEDBACK AN DEN THERAPEUTEN:

Was negative Rückmeldungen an den Therapeuten betrifft, gab es bei den Klienten dieser Gruppe ganz unterschiedliche Herangehensweisen, je nachdem, wie überzeugt sie davon waren, mit ihrer Kritik und ihren Forderungen im Recht zu sein (VERTRAUEN IN EIGENE WAHRNEHMUNG). Einige Klienten sagten schon recht bald und auch deutlich, was ihnen in der Therapie nicht passte und setzten sich darüber fortlaufend mit dem Therapeuten auseinander. So erwähnt Birgit D. im Interview, sie habe „schon dann gemotzt und gemeckert“, aus einem Harmoniebedürfnis heraus allerdings „doch wieder klein beigegeben“ (296-298). Andere fühlten sich gar nicht dazu in der Lage, dem Therapeuten gegenüber Bedürfnisse oder Kritik zu äußern. Auch hier wiederholten sich für einige Klienten Schwierigkeiten, die sie aus anderen Beziehungen bereits kannten.

UMGANG MIT FEEDBACK DES KLIENTEN:

Ebenso wie bei den anderen Verlaufsmustern ging die Bereitschaft der Therapeuten, auf die Rückmeldungen ihrer Klienten zu reagieren, über kurzzeitige Vertröstungen nicht hinaus. Nichtsdestotrotz ließen sich einige Klienten dadurch bewegen, noch etwas länger durchzuhalten. Letztlich änderte sich aber auch auf sehr deutliche Bedürfnisäußerungen oder Kritik der Klienten hin nichts, und die Therapeuten hielten an ihrem Prozedere fest. In dieser Nicht-Reaktion der Therapeuten wiederholte sich für die Klienten dann abermals das frustrierende Moment fehlender Resonanz.

Einige Klienten wurden mit der Zeit schließlich fordernder oder offensiver in ihrer Kritik und riefen damit beim Therapeuten ähnliche Ärgerreaktionen hervor, wie dies bei der Konstellation Ohnmacht und Auslieferung häufig der Fall war (AGIEREN STATT VERSTEHEN) – auch hier mit der Folge, dass sich die bestehenden Konflikte noch weiter aufschaukelten:

Der (Therapeut) schnodderte dann halt oft einfach irgendwas zurück, und dann war's das, ja, und dann musste ich sehen, was ich damit mache. Und eben also das, was eigentlich sozusagen den Kern einer analytischen Haltung ausmacht, nämlich zu sagen, o.k., lassen sie uns mal angucken und verstehen, was hier gerade zwischen uns beiden passiert und wie das vielleicht zu Ihnen gehört und was vielleicht daran mein Anteil ist und so, ja, vermutlich gab's Momente, wo der das auch gemacht hat, aber eben es gab ganz viele Momente, wo er das nicht gemacht hat und wo ich ganz klar das Gefühl hatte, hey, das ist nicht die Idee von dieser Therapie. (Birgit D., 947-963)

VERTRAUEN IN DIE EIGENE WAHRNEHMUNG:

Solange die Klienten mit der Ungewissheit zu kämpfen hatten, ob sie ihrer eigenen Wahrnehmung trauen könnten, wagten sie nicht, die Therapie abubrechen:

Und wie gesagt, immer so das Gefühl, es muss irgendwie einerseits so an mir liegen, aber andererseits hab ich ja doch so 'n Gespür für mich und ja, war vielleicht sehr hin- und hergerissen. So zwischen ganz klar zu sagen, also nee, das kann's nicht sein, und, na ja, vielleicht liegt's ja doch an mir und ... ja. Das war glaub ich schon da so 'n Konflikt. (Gabriele P., 212-219)

ENTTÄUSCHENDE BILANZ:

Wo für die einen im Zuge fortwährender Auseinandersetzungen immer mehr Konflikte entstanden, gaben andere schließlich auf, sich dem Therapeuten verständlich machen zu wollen. Sie verloren das Vertrauen, öffneten sich nicht mehr und zogen sich zurück, so dass die Chance einer produktiven therapeutischen Zusammenarbeit weiter schrumpfte. Die Hoffnung, vielleicht doch noch eines Tages Gehör zu finden, wich dann immer stärkerer Frustration, die den meist folgenden THERAPIEABBRUCH noch überdauerte.

9.4.12 Folgen von Zuwendungsbedürfnis und fehlender Resonanz

NEUE THERAPIEVERSUCHE:

Die Enttäuschung darüber, schon wieder nicht verstanden und gesehen worden zu sein, und dies ausgerechnet in einer Psychotherapie, von der sie sich doch gerade das Gegenteil erhofft hatten,

fürte bei einigen Klienten dazu, dass sie sich erst einmal von Psychotherapie abwandten. Sie dachten dann, dass ihre Probleme einfach zu kompliziert seien, um überhaupt von jemandem gelöst zu werden oder dass sie eben damit leben müssten, fortwährend gegen Wände zu rennen.

Manche von ihnen suchten sich später andere Möglichkeiten der Unterstützung (z.B. eine medikamentöse Behandlung), andere wagten doch noch einmal eine Psychotherapie, da ihre Probleme ja weiter fortbestanden. All diejenigen, die sich erneut in psychotherapeutische Behandlung begaben, achteten bei der Auswahl diesmal besonders darauf, dass ihre Bedürfnisse dort auch Beachtung fanden:

Also bei diesem Geschehen geht es eigentlich um 'ne sehr frühe Bedürftigkeit, um das Gefühl, du kriegst Resonanz, und etwas von dem, was du dir so wünschst, wird gesehen und fällt irgendwie so auf fruchtbaren Boden, und das war eben etwas, was ich mit der Analytikerin also, da konnte ich voll mit bei der landen, ja und die konnte das sehr gut erspüren und konnte da auch sehr sehr sensibel drauf eingehen. (Birgit D., 483-493)

BEWERTUNG DER THERAPIE:

Der negative Einfluss der Therapie wird von den Klienten mit Worten beschrieben wie „hat die Heilung verzögert“ (Carla K., 9-11) oder „im Prinzip ging's mir schlechter“ (Gabriele P., 501). Länger währende negative Folgeerscheinungen spielen für die Klienten jedoch keine Rolle (minimale Ausprägung in der Kategorie *Negative Therapiewirkungen*), obschon sich ihr Befinden in der Therapie vorübergehend verschlechterte. Sie sind vor allem frustriert und ärgerlich auf den Therapeuten.

Trotzdem kommt es auch vor, dass Klienten meinen, indirekt von der Therapie profitiert zu haben. Dies ist dann der Fall, wenn sie hinterher benennen können, welche Beziehungsmuster oder typischen Abläufe es sind, die sich in der Therapie wiederholt haben oder die sie in der Therapie „unbewusst gesucht“ haben. Sie haben dann bereits Zusammenhänge erkannt, die für das Verständnis ihrer Probleme von elementarer Bedeutung sind:

Also ich hab mich in der Zwischenzeit viel damit beschäftigt, ... dass das wohl häufig vorkommt, dass man sich bei seiner ersten Therapie oder Analyse quasi genau das wieder sucht, worunter man eigentlich so gelitten hat . . . Und eigentlich war das so, also ich hab mir, glaube ich, unbewusst mit dem genau das gesucht, worunter ich als Kind total gelitten hab, weil ein irgendwie ziemlich distanzierter Mann. (Birgit D., 67-77)

Zweifel darüber, wer für das Scheitern der Therapie primär verantwortlich war, spielen bei den Klienten zum Teil auch lange nach der Therapie noch eine Rolle:

Gut, vielleicht bin ich auch so 'n notorischer Therapieabbrecher, das mag ja sein, und suche eben irgendwas, was es nicht gibt, ich mein, die Frage stelle ich mir natürlich auch, dass ich diesen normalen menschlichen Konflikten aus dem Weg gehe. So wenn's dann mal wirklich zu Reibungen kommt, dass ich mich dann nicht traue, was zu sagen, oder es muss 'ne bestimmte Atmosphäre sein, damit ich überhaupt was sage oder hm, das ... ja, das ist sicherlich schon so. (Gabriele P., 304-317)

Birgit D. nimmt ihrem Therapeuten heute interessanterweise nicht übel, dass er ihre Bedürfnisse in der Therapie nicht befriedigen konnte. Für ihren Ärger, der bis heute andauert und – wohl auch unter dem Einfluss ihrer hinzugewonnenen Fachkenntnis – „erst so mit den Jahren mehr geworden“ ist (Birgit D., 402), macht sie vielmehr den Umstand verantwortlich, dass der Therapeut getan hat, was auch ihrer Sicht „kriminell“ und ein „objektiver Machtmissbrauch“ ist, dass er nämlich für

Verlängerungsanträge zusätzliche Honorare berechnete und sie dazu nötigte, sich seines Stundenlohns wegen zusätzlich privat zu versichern (vgl. dazu Kap. 10.5):

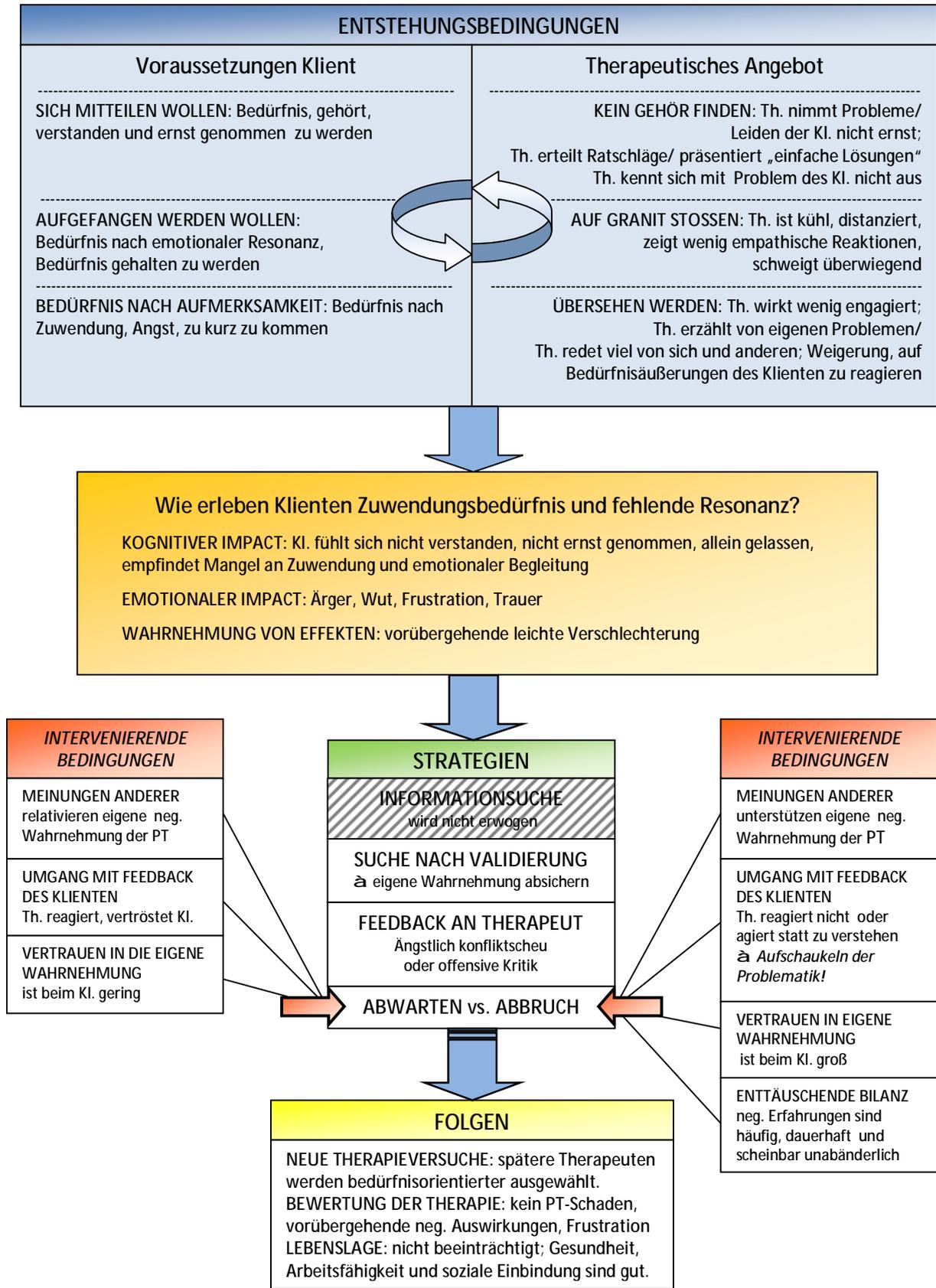
Das war eigentlich zum damaligen Zeitpunkt klar, dass es nicht Recht ist, das ist heute aus meiner Sicht klar, dass das nicht rechtens war, und da gibt's nichts dran zu rütteln. Was dieses Gefühl angeht, bei ihm nicht gelandet zu sein, mit dem, was ich eigentlich am dringendsten gebraucht hätte, da denke ich für mich heute, ja, nee, ist dumm gelaufen, ... da kann er nichts dafür. Der ist diese Persönlichkeit, die er ist, also ich glaube, selbst wenn er wollte, könnte er nicht anders, und das ist, würd ich denken, mein persönliches Drama, warum das so sein musste, dass ich eben in meiner Verwirrung oder in meinem Kernproblem nun ausgerechnet mir einen suche, mit dem ich dasselbe noch mal quasi durchorgele. (Birgit D., 766-789)

LEBENSBLAGE:

Alle Klienten waren zum Zeitpunkt des Interviews erwerbsfähig, sozial gut eingebunden und hatten von späteren Psychotherapien oder anderen Hilfsangeboten profitieren können.

Abbildung 5. Destruktivität, Konstellation Zuwendungsbedürfnis und fehlende Resonanz

Abkürzungen: PT: Psychotherapie, Kl. Klient, Th.: Therapeut



9.5 Die Übergänge von vereinzelt negativen Erlebnissen zum Scheitern

Wir befinden uns auf einem Kontinuum zwischen erfolgreichen, konstruktiven Therapien auf dem einen und misslungenen, destruktiven Therapien auf dem anderen Pol. Die bisherigen Ausführungen haben sich vor allem mit derjenigen Seite des Kontinuums befasst, wo Therapien von Klienten als insgesamt negativ und in letzter Hinsicht als misslungen eingeschätzt werden, und es wurden die Gründe beleuchtet, die Klienten zu so einem Urteil veranlassen.

Die erhobenen Daten erlauben aber auch einen Ausblick hinüber zur anderen Seite des Kontinuums, zumindest an die Stelle, wo Therapien zeitweilig ärgerlich und verletzend, insgesamt aber auch wirksam sind. Psychotherapie ist zweifelsohne immer ein „steiniger Weg“ (Markus A., 518), ein „fragiles Unternehmen“ (Birgit D., 1033), und das Aufeinandertreffen zweier Menschen beinhaltet stets auch unkalkulierbare Risiken. Das Extrem eines glatten Therapieerfolgs ohne Ecken und Kanten scheint daher ebenso unwahrscheinlich wie menschenunmöglich.

Worin genau unterscheiden sich nun aber gescheiterte Psychotherapien von solchen, die für Klienten zwischenzeitlich schwierig und belastend, insgesamt jedoch gelungen sind? Warum bleiben Klienten in der Therapie, obwohl unausweichlich immer auch unangenehme Erfahrungen und Gefühle damit verbunden sind? Warum kommen sie am Ende sogar zu einer positiven Bilanz?

Dass das Mischverhältnis von positiv und negativ beziehungsweise fehlend komplementären Aspekten des therapeutischen Angebots hier eine entscheidende Rolle spielt, wurde eingangs bereits erwähnt. Darüber hinaus soll nun aber aufgezeigt werden, wie negative Erfahrungen in der Therapie eingebettet, ausgeglichen und aufgefangen werden können, so dass das finale Urteil des Klienten positiv oder zumindest ambivalent ausfällt.

9.5.1 Momente von Kränkung und Verunsicherung

Die in den vorangehenden Kapiteln beschriebenen destruktiven Konstellationen treffen jeweils für Gruppen von Klienten zu, die inhaltlich ähnliche Schwierigkeiten teilen. Im Einzelfall setzen sie sich aus ganz unterschiedlichen Ereignissen zusammen, die jedoch insofern einen gemeinsamen Nenner zu haben scheinen, als sie ein oder mehrere zentrale Problemthemen dieser Klientengruppe betreffen. Davon abgesehen gibt es aber auch negative Therapieerfahrungen, die mit der spezifischen Problematik eines Klienten möglicherweise nur bedingt zu tun haben, die aber grundsätzlich die Gefahr erhöhen, die therapeutische Beziehung zu erschüttern. Wie die Daten zeigen, kann es sich dabei um einzelne Erlebnisse handeln, die Selbstzweifel und Verunsicherung des Klienten vorübergehend verstärken und auf diesem Wege die Stimmung in der Therapie beeinträchtigen.

So kommt es vor, dass Therapeuten im Gespräch zufällig einen „wunden Punkt“ des Klienten treffen. Unabhängig davon, ob es sich dabei um ein Deutungsangebot, eine Schlussfolgerung oder einen beiläufigen Kommentar handelt, fühlt sich der Klient durch die Äußerung des Therapeuten unmittelbar verletzt, angegriffen oder verkannt und ist nicht in der Lage, für sich einen konstruktiven Nutzen daraus zu ziehen. Statt den Selbsterkenntnisprozess des Klienten produktiv anzustoßen, erwirken solche Äußerungen eher eine vorübergehende Erschütterung der therapeutischen

Beziehung. Lachen zum falschen Zeitpunkt kann Klienten dabei ebenso verärgern wie vom Therapeuten mit „schnellen Etiketten“ versehen zu werden:

Dann war nämlich noch so 'ne Situation, wo wir über meine Beziehung zu meinem Vater gesprochen haben und wo er Beobachtungen von mir mit so 'nem Satz abgetan hat, dass ich dann 'ne Vater-Tochter bin oder irgendwie so 'n Terminus, den er wahrscheinlich aus irgend 'nem Buch hatte. Und Vater-Töchter würden sich ja immer so und so verhalten oder würden halt immer stark um Anerkennung kämpfen. Und da, diese Bemerkung hat mir auch überhaupt nicht geholfen, ne. Einfach so 'n Stempel drauf zu kriegen. (Heike S., 118-132)

Neben Momenten des Gekränktseins gaben einige Klienten auch an, dass sich ihre Selbstzweifel in der Therapie verstärkten. Die Unsicherheit darüber, inwieweit man imstande ist, seine Probleme eigenständig zu lösen, verbindet grundsätzlich viele Klienten, die in einer Psychotherapie Unterstützung suchen und kann Folge störungsbedingter Lebensprobleme oder auch Teil einer bestimmten Symptomatik (z.B. bei Depression oder Angst) sein. Das erschütterte Vertrauen in die eigenen Bewältigungsmöglichkeiten sollte in einer Psychotherapie idealerweise wiederhergestellt oder neu gelernt werden. Manchmal geschieht allerdings gerade das Gegenteil: Die beim Klienten bereits bestehenden Selbstzweifel treffen auf therapeutische Einschätzungen oder Kommentare, aus denen hervorgeht, dass der Therapeut ihre Bewältigungsfähigkeiten ebenfalls infrage stellt oder im Hinblick darauf pessimistisch ist. Was bei einem Klienten Selbstzweifel erheblich wachsen ließ, war nach 230 Sitzungen die Bemerkung seines Analytikers, dass er sich nicht genügend auf die Therapie einlasse:

Ich hab's so verstanden, ich bin behindert im Sinne von, ich kann mich nicht auf Therapeuten einlassen, und deswegen ist mir der Weg zu psychischer Gesundheit grundsätzlich verstellt/ I: Was hat das mit dir gemacht?/ Ich hab mich total gesorgt um mich. Ich dachte, o Gott, was ist los mit mir, dass ich so 'n Typ bin, der nicht mal 'ne Therapie machen kann? (David T., 627-673)

Auch Selbstvertrauen zurückzugewinnen und wieder Mut zur Unabhängigkeit zu fassen, kann schwer fallen, wenn ein Therapeut im entscheidenden Moment immer wieder zögerlich erscheint:

Ich glaub, es war auch immer so 'n Thema, dass ich dachte, ich bin sozusagen gestört . . . Und ich wusste irgendwann, so einerseits, dass das nicht der Fall ist. Und deswegen wollte ich aufhören. . . Ich hatte aber andererseits total Angst, dass es doch stimmt, und dass ich halt unbedingt noch weitermachen muss. Ja, (der Therapeut) hat halt immer zu bedenken gegeben. Er hat halt sich so 'n bisschen neutral verhalten und zu bedenken gegeben, er sähe da schon noch 'n Rest . . . Und dass er das erstmal so zurückgegeben hat, so nach dem Motto, du kannst aufhören, aber bedenke. Das hat eigentlich ausgereicht, um die Sache unendlich zu verlängern. Das heißt, ich brauchte seinen Segen zum Gehen, und den hat er mir wirklich verweigert. (David T., 359-396)

Wie aus den Interviews hervorgeht, führen Momente von Kränkung und Verunsicherung bei den Klienten zu Ärger oder Wut auf den Therapeuten (oder steigern bereits vorhandene), zu verstärkten Selbstzweifeln und damit zusammenhängend auch zu einem situativ schlechteren Befinden.

Sofern solche Momente nur vereinzelt auftreten, können sie jedoch durch einen POSITIVEN AUSGLEICH kompensiert werden und fallen bei der abschließenden Bewertung der Therapie dann nicht mehr ins Gewicht. Wo sie in der Therapie häufiger wiederkehren und einen roten Faden bilden, schlagen sie sich hingegen deutlich in der Gesamtbewertung nieder:

Das eigentliche Ding war wirklich dieses Nicht-gehen-lassen. Also das ist was, was ich ihm wirklich übel nehme . . . Ich hab's Gefühl, der hat die progressive Seite in mir echt links liegen lassen so Ewigkeiten. Das finde ich schon nicht o.k., also so ich, ich als jemand, der sein Leben lang das Gefühl hatte, dass vielleicht irgendwas mit ihm nicht stimmt, da hat er dazu beigetragen, dass das Thema halt eben dran geblieben ist. (David T., 576-589)

Dies deutet darauf hin, dass es nicht unbedingt nur die quantitative Dimension des Mischverhältnisses aus negativen und positiven Therapieerfahrungen ist, die zwischen geglückten und misslungenen Therapien unterscheidet, sondern auch die *qualitative* Dimension, genauer gesagt: das Ausmaß, indem sich verschiedene negative Erlebnisse in der Therapie für den Klienten zu einem konsistenten Thema zusammenfügen.

Der Fall von David T. veranschaulicht, wie das gleichzeitige Vorliegen von positiv und negativ komplementären Aspekten im therapeutischen Angebot zu einer höchst ambivalenten Gesamtbeurteilung der Therapie führen kann. Er lässt im Interview keinen Zweifel darüber, dass er von der Therapie und insbesondere der Therapiebeziehung sehr profitiert hat. Und gleichzeitig verzeiht er seinem Therapeuten bis heute nicht, dass dieser ihn nicht in seiner Zuversicht stärkte, es alleine schaffen zu können. Dieses Versäumnis seines Therapeuten betrachtet er heute als „Anfang vom Ende“:

Ja, wütend war ich irgendwann ziemlich viel auf ihn. Und das war irgendwann nicht mehr richtig zu unterscheiden, ob ich jetzt wütend war wegen diesen Sachen oder ob ich jetzt wirklich aus irgendwelchen Widerstandsgründen wütend war. Ich glaub, das war dem Ganzen auch abträglich, . . . ich glaub, irgendwann hat dieser ganze Rahmen des Aufhörenwollens, dass das nicht respektiert wurde, möglicherweise auch diesen Prozess versäuert. (David T., 739-748)

9.5.2 Protektive Bedingungen

Anhand der Kontrasterfahrungen, die einige Klienten im Bezug auf frühere oder spätere Psychotherapien schilderten, stellte sich heraus, dass Momente von Kränkung und Verunsicherung durchaus auch in Therapien vorkommen, die insgesamt positiv bewertet werden. Hier zeichnen sich demnach Hindernisse ab, die die Zufriedenheit mit einer Therapie zeitweilig – oder, wenn sie sich häufiger wiederholen, auch längerfristig – beeinträchtigen können, die aber durchaus überwindbar sind. Die folgenden Abschnitte befassen sich daher mit der Frage, welche protektiven Bedingungen im Datenmaterial aufspürbar sind, die diese unangenehmen Ereignisse in der Therapie entweder positiv aufwiegen oder dabei helfen können, sie konstruktiv zu verwerten.

UMGANG MIT FEEDBACK:

Eine Rückmeldung des Klienten darüber, was ihn in der Therapie verletzt, irritiert oder geärgert hat, beinhaltet prinzipiell immer die Chance, mögliche Konflikte aus der Welt zu räumen. Maßgeblich ist aber, dass diese Chance auch genutzt wird. Dass der Therapeut eine Rückmeldung des Klienten zum Anlass nimmt, ein Missverständnis aufzuklären, einer Verletzung des Klienten mittels gemeinsamer Reflexion auf den Grund zu gehen oder seine Vorgehensweisen zu ändern, kann für die Therapiebeziehung sehr wichtig sein. Meist ist es hierdurch möglich, die gemeinsame Zusammenarbeit in produktiver Weise fortzusetzen und Ärgernisse oder Konflikte beizulegen:

Also ich hatte halt Angst, dass er mich rauswirft am Anfang. Ich dachte, er kommt mir eines Tages damit, dass er sagt, also Herr (T.), das ist nichts, Sie haben's einfach nicht drauf, Sie sind kein guter Analysand, wir müssen das jetzt aufhören. . . . Und das hab ich dann aber angesprochen, und das konnten wir dann klären. (David T., 111-140)

Im Idealfall lenken Therapeuten auch ein, ohne direkt darauf angesprochen oder dazu aufgefordert zu werden. Dies stellt sich für eine Klientin beispielsweise so dar:

Sie konnte ihre Fehler korrigieren. Einmal haben wir uns zum Beispiel angefangen zu streiten, da meinte sie, hoppla, Moment, ich mach hier gerade irgendwie was falsch, ich komme jetzt gerade in so 'ne Diskussion mit Ihnen rein. Und da hat sie, glaub ich, laut mit sich selbst gesprochen, dass es einfach, sie darf einfach nicht diskutieren, sondern sie muss das anders machen, so 'ne Verständigung herstellen. (Carla K., 946-956)

MEINUNGEN ANDERER:

Eine Bedingung, die Klienten davor bewahren kann, sich durch eine, etwa als Kränkung empfundene, Aussage ihres Therapeuten in ungünstige Richtungen beeinflussen zu lassen, ist eine konträre Meinungsäußerung aus dem sozialen Umfeld. Diese kann das Selbstwertgefühl wieder erhöhen, indem sie die Gültigkeit des therapeutischen Urteils relativiert. Nachdem eine Klientin sich bei mehreren Therapeuten mit dem Vorwurf konfrontiert sah, die hauptsächliche Schuld an ihrer ehelichen Krise zu tragen, räumte ihr Partner zum Beispiel ein, „so geht es auch nicht, dass du nur immer die Schuld kriegst, wenn, dann haben beide die Schuld, aber nicht nur du“ (Ursula R., 254-256), und übernahm damit auch einen Teil der Verantwortung für die bestehenden Beziehungsprobleme.

VERTRAUEN IN DIE EIGENE WAHRNEHMUNG:

Haben Klienten nur wenig Vertrauen in ihre eigene Sicht der Dinge und setzen sie alles, was der Therapeut von sich gibt, ehrfurchtsvoll mit Wahrheit gleich, sind sie kaum in der Lage, Äußerungen des Therapeuten auch einmal zu relativieren, sie als Meinung abzutun und sich davon abzugrenzen:

Ich meine, ich war auch immer ihm hörig . . . Ich konnte halt nicht das relativieren, dass das seine Meinung ist, er sieht das jetzt so, dass ich mich nicht einlasse, vielleicht lasse ich mich trotzdem ein. Das ging damals gar nicht. Wenn er was gesagt hat, dann war das irgendwie so, und dann war das was, worüber man sich ganz arg sorgen musste. (David T., 796-809)

Günstiger scheint es, wenn Klienten schließlich an den Punkt gelangen, wo sie ihrer eigenen Wahrnehmung mehr oder zumindest genau so trauen wie der Meinung des Therapeuten und sich deshalb auch einfacher darüber hinwegsetzen können. So holte schließlich auch David T. seinen Therapeuten von seinem unanfechtbaren Podest herunter:

Also manchmal ist es dann so gewesen, wo ich dachte, gut, also das war dann später, wo ich eben auch selbstbewusster war, das ist jetzt seine These, an der kann man nichts ändern, die wird er ewig weiter haben, wenn ich die jetzt einfach so vorbeirauschen lasse und mal so würdige, mit so 'nem, na ja, das kann schon sein, dann ist es der beste Weg, um das Teil loszuwerden. (David T., 1030-1042)

POSITIVER AUSGLEICH:

Potenziell protektiv ist natürlich immer auch das, was ansonsten in der Therapie *gut* läuft. Wird etwa die Therapiebeziehung von Klienten insgesamt als verlässlich und unterstützend wahrgenommen, macht sich der Therapeut noch nicht gänzlich unbeliebt, wenn er bei ihnen einen wunden Punkt trifft. Ebenso mag ein Klient bereit sein, über verletzende Äußerungen seines Therapeuten hinwegzusehen, wenn er die Therapie insgesamt als hilfreich erlebt:

Es gibt natürlich schon positive Sachen aus der Analyse ... ja, das sind eigentlich Sachen, die ich gelernt hab von ihm . . . Halt schon viele Sachen, die mir helfen, mich selber nicht so runterzumachen, würde ich sagen. Also, klar, so im Denken über mich, also letztendlich hat's wahrscheinlich schon zu 'ner bisschen gnädigeren Selbstsicht beigetragen. (David T., 966-978)

(Die Therapeutin) hat mir auch in bestimmten Situationen ganz gute Ratschläge gegeben, die ich dann auch umsetzen konnte und hab mich auch von ihr insgesamt verstanden und ernst genommen gefühlt und hatte auch bei ihr das Gefühl, dass sie sich sehr gut vorbereitet auf die Stunde. Ich hatte auch das Gefühl, dass sie dem so ganz gute Struktur gegeben hat, und deswegen war das dann im Prinzip auch in Ordnung, wenn 'ne Stunde mal nicht so optimal gelaufen ist. Weil insgesamt hat mich das auch gestärkt. (Heike S., 515-528)

Momente von Kränkung und Verunsicherung erscheinen gegenüber den oben beschriebenen Verlaufsformen des Scheiterns vergleichsweise harmlos. Allerdings sind die darunter fallenden Ereignisse aus Sicht der Klienten offenbar erwähnenswert. Und auch wenn sie im Hinblick auf einen Therapieabbruch keine Hauptrolle spielen, wird doch erkennbar, wie sie die Therapiebeziehung und die Bereitschaft des Klienten zur Zusammenarbeit ungünstig beeinflussen können. Letztlich gilt hier, was bei allen genannten Konstellationen zutrifft: Je häufiger solche Ereignisse für einen Klienten sind und je weniger ihm positive Therapieerfahrungen einen Ausgleich dazu bieten, desto eher ist die Therapie dadurch gefährdet und ein Abbruch wahrscheinlich.

Das destruktive Moment solcher Ereignisse liegt allerdings vor allem darin begründet, dass sie im Therapieprozess nicht geklärt und zur weiteren Auseinandersetzung nutzbar gemacht werden, so dass sie die Therapiebeziehung eventuell auch längerfristig belasten können. Das heißt aber, positiv gewendet, dass solche Ereignisse im Therapieprozess auch eine wichtige und nützliche Funktion übernehmen können, wenn sie nämlich zum Anlass genommen werden, konflikthafte Aspekte der Therapeut-Klient-Beziehung zu klären oder Muster des Klienten aufzudecken und gemeinsam zu analysieren (vgl. Kap. 10.4.3).

9.6 Zusammenfassung der Ergebnisse: Gegenstands begründete theoretische Konzepte zum Scheitern von Psychotherapie

Psychotherapien misslingen aufgrund eines **verhängnisvollen Zusammenspiels** von Voraussetzungen des Klienten und Besonderheiten des jeweiligen therapeutischen Angebots. Letztere beziehen sich sowohl auf das konkrete methodische Vorgehen als auch auf die therapeutische Beziehungsgestaltung und Settingfaktoren. Zu den relevanten Voraussetzungen auf Klientenseite gehören vor allem lebensgeschichtlich begründete Denk- und Beziehungsmuster, welche die zentralen Probleme der Klienten mit konstituieren, darüber hinaus aber auch Vorwissen und Vorerfahrungen, die zu mehr oder weniger realistischen Erwartungen an die Therapie beitragen. Weder die Klientenvoraussetzungen noch das therapeutische Angebot können für sich genommen das Misslingen der Therapie und das Ausmaß ihrer negativen Folgewirkungen erklären, sondern erst deren ungünstiges Ineinandergreifen respektive deren mangelnde Abstimmung aufeinander ist entscheidend für das Scheitern und die negative Bewertung der Therapie durch den Klienten. Treffen Klienten mit denselben Voraussetzungen auf ein anderes therapeutisches Angebot, oder trifft dasselbe therapeutische Angebot auf Klienten mit anderen Voraussetzungen ist deshalb ein positiver Therapieverlauf durchaus möglich.

Das verhängnisvolle Zusammenspiel nimmt unterschiedliche Formen an, und zwar in Abhängigkeit davon, a) wie stark die symptomatische und emotionale Beeinträchtigung ist, die ein Klient wegen seiner Denk- und Beziehungsmuster in seinen alltäglichen Lebensvollzügen erfährt, und b) inwieweit das therapeutische Angebot im Bezug auf diese Denk- und Beziehungsmuster eher eine fehlende Komplementarität aufweist, also einfach nichts zu deren Offenlegung und Bearbeitung beiträgt, oder ob es sich eher negativ komplementär dazu verhält, d.h. die problemrelevanten Denk- und Beziehungsmuster des Klienten sogar noch weiter verfestigt und damit einer Zunahme der Symptomatik und emotionalen Belastung Vorschub leistet. Die Wege, auf denen dies geschieht, sind mannigfaltig und umfassen so unterschiedliche Aspekte wie therapeutische Kommentare, Schweigen zum falschen Zeitpunkt, das Liegen auf einer Couch, zu große Distanz oder zu große Nähe in der Therapiebeziehung. Wesentlich ist bei aller Diversität dieser Aspekte deren gemeinsames Potenzial, die problembehafteten Denk- und Beziehungsmuster der Klienten zu bedienen und ihnen erneut Geltung zu verschaffen.

Unabhängig vom Beeinträchtigungsgrad des Klienten führt ein therapeutisches Angebot, das sich durch eine überwiegend fehlende Komplementarität auszeichnet, zu einer **unproduktiven Verlaufsform**. Hier erleben die Klienten die Psychotherapie als sinn- und ertraglos, gewinnen keine hilfreichen Erkenntnisse und erfahren keine Besserung, aber auch keine anhaltende Verschlechterung ihrer Beschwerden. Eine **destruktive Verlaufsform** ist hingegen durch eine überwiegend negative Komplementarität des therapeutischen Angebots gekennzeichnet. Die Klienten erleben dies so, dass sich in der Therapie für sie ausgerechnet jene Abläufe wiederholen, die ihnen auch bei der Alltagsbewältigung und in ihren sonstigen sozialen Beziehungen Schwierigkeiten bereiten. Statt einer Lösung ihrer Probleme erfahren sie ein „Mehr-Desselben“ und fühlen sich zunehmend schlechter. Anders als bei der Verlaufsform Unproduktivität spielt hier der Beeinträchtigungsgrad der Klienten eine wichtige Rolle, und es lassen sich Konstellationen mit mehr oder weniger gravierenden Verläufen

voneinander abgrenzen. Diese unterscheiden sich darüber hinaus auch inhaltlich, nämlich im Hinblick darauf, was für Denk- und Beziehungsmuster beim Klienten involviert sind. Während **Ohnmacht und Auslieferung** sowie **Selbsterniedrigung und Herabsetzung** auf Seiten des Klienten mit einer sehr deutlichen und anhaltenden Befindensverschlechterung einhergehen, sind die negativen Folgewirkungen bei der Konstellation **Zuwendungsbedürfnis und fehlende Resonanz** eher temporär und erschüttern primär die Beziehung zum Therapeuten. Gleiches gilt für **Momente von Kränkung und Verunsicherung**, die auf dem Kontinuum zwischen Therapien mit positivem und negativem Verlauf ein Übergangsphänomen darstellen.

Allen Verlaufsformen ist gemeinsam, dass die Klienten Strategien zum Einsatz bringen, um an der für sie ungünstigen Therapiesituation etwas zu ändern. Welche Strategien sie verwenden und welche Schwierigkeiten sich gegebenenfalls daraus ergeben, ist von den Spezifika der jeweiligen Verlaufsform jedoch nicht unabhängig. Einem **THERAPIEABBRUCH** gehen in der Regel mehrere Versuche des Klienten voraus, die Probleme in der Therapie anderweitig zu lösen. Sie eignen sich zum Beispiel Wissen an (**INFORMATIONSSUCHE**) und befragen ihr soziales Umfeld (**SUCHE NACH VALIDIERUNG**), um sich in ihrer Wahrnehmung abzusichern, dass in der Therapie etwas falsch läuft. Oder sie geben dem Therapeuten eine Rückmeldung darüber, wie es ihnen geht, was sie an der Therapie stört oder was sie darin vermissen (**FEEDBACK AN DEN THERAPEUTEN**). Ein **THERAPIEABBRUCH** ist umso wahrscheinlicher, je mehr die Ergebnisse der **INFORMATIONSSUCHE** und **MEINUNGEN ANDERER** die Wahrnehmung des Klienten unterstützen, je unwilliger der Therapeut auf die Rückmeldungen des Klienten reagiert (**UMGANG MIT FEEDBACK**), je aussichtsloser dem Klienten eine positive Wendung der Therapie noch erscheint (**ENTTÄUSCHENDE BILANZ**) und je sicherer sich der Klient im eigenen Urteil ist (**VERTRAUEN IN DIE EIGENE WAHRNEHMUNG**).

Negative Therapieerfahrungen haben Konsequenzen für die Bereitschaft eines Klienten, sich erneut in Psychotherapie zu begeben sowie für sein Herangehen und seine Auswahlkriterien im Bezug auf künftige Therapien und Therapeuten (**NEUE THERAPIEVERSUCHE**). Je nachdem wie gravierend negativ die Therapie verlaufen ist und wie gut nachfolgende therapeutische Behandlungen diese kompensieren können, kommt ein Klient entweder mit einer Enttäuschung davon oder leidet noch Jahre später unter den Folgewirkungen der misslungenen Therapie. Im Extremfall werden psychische Probleme vermehrt oder chronifiziert, soziale Bezüge und Erwerbsfähigkeit gehen verloren, und der Klient bleibt dauerhaft von therapeutischer Unterstützung abhängig (**LEBENS-LAGE**).

All dies schlägt sich in der **BEWERTUNG DER THERAPIE** nieder, im Bezug darauf, wie groß das Ausmaß negativer oder positiver Folgewirkungen ist und wem die Hauptverantwortung für den unglücklichen Verlauf der Therapie zukommt. Diese Bewertung kann sich im Laufe der Zeit und mit zunehmendem Wissens- und Erfahrungsstand verändern, positiver, negativer oder auch ambivalenter werden.

10 Diskussion

Im Folgenden werden die Ergebnisse der Untersuchung noch einmal zu den ursprünglichen Forschungsfragen in Beziehung gesetzt. Dabei wird auch geprüft, inwieweit Charakteristika der Studienteilnehmer die Ergebnisse in bestimmte Richtungen beeinflusst haben könnten, wie die Qualität der Daten zu bewerten ist, und ob die entwickelten Konzepte über den Untersuchungskontext hinaus relevant sind. Schließlich ist auch der Nutzen der entwickelten Konzepte näher zu beleuchten. Wie fügen sich diese in andere Forschungsbefunde und Konzepte ein? Welche Schlussfolgerungen lassen sich daraus für die weitere Forschung und Theoriebildung zu Therapiemisserfolgen ziehen? Welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung erscheinen vor dem Hintergrund der Ergebnisse sinnvoll, um das Risiko von Therapiemisserfolgen in der Praxis zu verringern?

10.1 Antworten auf die Forschungsfragen

10.1.1 Welche Erfahrungen verbinden Klienten mit Therapiemisserfolg?

Zunächst ist festzuhalten, dass Klienten im Zusammenhang mit Therapiemisserfolg ganz unterschiedliche Erfahrungen berichten. Die im Einzelnen für das Misslingen der Therapie als relevant eingeschätzten Bedingungen lassen sich dabei grob drei Themenbereichen zuordnen, nämlich der Therapiebeziehung, dem therapeutischen Vorgehen und Settingfaktoren. Innerhalb dieser Themenbereiche gibt es einige markante Kategorien bzw. Ausprägungen von Kategorien, die sich fallübergreifend wiederholen und von denen deshalb der Eindruck entsteht, dass sie im Bezug auf Psychotherapie generell ungünstige Bedingungen widerspiegeln. Dazu gehören im Bereich der Therapiebeziehung das Agieren statt Verstehen, im Bereich des therapeutischen Vorgehens abwertende Kommentare, sowie im Bereich der Settingfaktoren bestimmte Einflüsse, die das therapeutische Gespräch stören.

Bei genauerem Hinsehen fällt allerdings auf, dass der Versuch einer Identifikation generell schädlicher Bedingungen zu kurz greift. Es stellt sich nämlich heraus, dass ganz ähnliche Bedingungen bei verschiedenen Klienten unterschiedliches Gewicht und Bedeutung haben. Und die Klienten thematisieren ja neben diesen auf Therapeutenseite bestehenden Bedingungen auch viele Aspekte, die mit ihnen selbst zu tun haben, bestimmte Erwartungen, Bedürfnisse, Denk- und Deutungsgewohnheiten, die die Bedingungen auf Therapeutenseite in charakteristischer Weise filtern und deren Einfluss auf den Klienten moderieren. Erst das ungünstige Wechselspiel, die Fehlpassung zwischen Erwartungen/Vorwissen und abweichender Therapieerfahrung eines Klienten (Unproduktivität) oder das Zusammentreffen problematischer Denk- und Beziehungsmuster mit Therapiebedingungen, die diese in fataler Weise bestätigen (Destruktivität), erklärt Misserfolge in der Psychotherapie und deren Auswirkungen auf Klienten. Die Antwort auf die erste Forschungsfrage könnte also lauten: Welche Erfahrungen ein Klient mit dem Misslingen seiner Therapie in Verbindung bringt und was ihm dabei besonders wichtig erscheint, ist eine höchst individuelle Angelegenheit und

hängt neben dem tatsächlichen therapeutischen Angebot (Vorgehen, Therapiebeziehung, Setting) davon ab, welche Anliegen, Erwartungen und zentralen Problembereiche er in die Therapie mitbringt.

Nimmt man einen abstrakteren Blickwinkel ein und vergleicht innerhalb des Samples den Verlauf misslungener Therapien mit dem Verlauf solcher Therapien, die für Klienten zeitweise enttäuschend und belastend, unterm Strich jedoch erfolgreich waren, lässt sich die Antwort auf die erste Forschungsfrage noch erweitern: Der Prozess misslingender Psychotherapien ist dadurch gekennzeichnet, dass sich zwischen Klient und Therapeut bestimmte ungünstige Interaktionsmuster einspielen, die entweder eine mangelnde Rückkopplung (Therapeut geht nicht auf Feedback/Bedürfnisse des Klienten ein) oder eine negative Rückkopplung (z.B. gegenseitiges Hochschaukeln von Kritik des Klienten und aggressivem Agieren des Therapeuten) aufweisen. Es kommt mit der Zeit zu einer Verhärtung der Fronten, einer Stagnation der Anpassungsbereitschaft auf beiden Seiten. Klienten erfahren sich dann schlimmstenfalls als ohnmächtig gegenüber dem Therapeuten, erleben die Situation als aussichtslos. Sie lernen oder sehen erneut ihre Grundannahme bestätigt, dass sie nichts ausrichten können, dass ihre Wahrnehmung nicht gilt.

Therapien, in denen Klient und Therapeut nach Episoden von Enttäuschung und Zweifel zu einer produktiven Zusammenarbeit zurückfinden, enthalten hingegen Momente positiver Aufarbeitung, in denen bestehende Konflikte in der Therapiebeziehung offengelegt und gemeinsam reflektiert werden. Hier kommt es eher zu einem Einlenken auf Seiten der Therapeuten, d.h. diese nehmen Kritik ihrer Klienten wachsam auf, passen ihr Vorgehen an deren Bedürfnisse an oder erklären, warum sie bestimmten Wünschen gerade nicht nachgeben können. Durch die empathische Klärung bestehender Hindernisse und Konflikte im Therapieprozess wird ein positiver Ausgleich geschaffen. Klienten können sich hier als selbstwirksam erleben, da sie die Erfahrung machen, dass ihre Rückmeldungen an den Therapeuten den Therapieprozess mit steuern. Sie erfahren Wertschätzung, indem sie als gleichberechtigt Beteiligte ernst genommen und ihre Bedürfnisse registriert werden.

10.1.2 Welche Schäden sind den Klienten durch die Psychotherapie entstanden?

Wie die Interviewdaten zeigen, variiert das Ausmaß der negativen Folgewirkungen misslungener Psychotherapien zum einen mit der jeweiligen Verlaufsform des Scheiterns, zum anderen mit dem Grad der psychischen Beeinträchtigung des Klienten.

Bei einem unproduktiven Therapieverlauf ist das Ausmaß der psychischen Beeinträchtigung des Klienten relativ unerheblich für die Folgewirkungen, denn es kommt bei allen davon betroffenen Klienten, egal ob sie mit leichteren oder gravierenderen Störungen zur Therapie kommen, weder zu einer Verbesserung noch zu einer ausgeprägten Verschlechterung der bestehenden Problematik. Dies lässt sich u.a. dadurch erklären, dass die Therapie in solchen Fällen gar nicht erst zu dem durchdringt, was die Schwierigkeiten des Klienten im Kern ausmacht, sondern aus Sicht des Klienten zu sehr an der Oberfläche schürft oder sogar völlig an seinen Problemen vorbeigeht. Zwar wird das Ausbleiben einer Besserung durchaus als Belastung beschrieben (umso belastender, je gravierender die Symptome und Alltagsprobleme erlebt werden), und der Klient fühlt sich in seiner Hoffnung und Hilfeerwartung frustriert. Jedoch wird er in der Therapie nicht wirklich berührt, und eben darum auch nicht ernsthaft gefährdet. Unproduktive Therapieverläufe resultieren in Nicht-Veränderung/Stagnation.

Weder werden die Deutungs- und Handlungsmöglichkeiten der Klienten erweitert, noch erfahren sie emotionale oder symptomatische Entlastung. Die damit verbundene Enttäuschung der Klienten klingt nach Beendigung der Therapie jedoch schnell wieder ab und macht den Platz frei für einen weiteren Therapieversuch.

Bei einer destruktiven Verlaufsform spielt der Schweregrad der anfänglichen Beschwerden des Klienten eine gewichtigere Rolle für das Ausmaß von Therapieschäden, denn das Therapieschehen wiederholt und potenziert ja in unglückseliger Weise die der Ausgangsproblematik zugrundeliegenden Bedingungskonstellationen und triggert dadurch eine Zunahme der symptomatischen und emotionalen Belastung. Klienten erleben dies als deutliche Verschlechterung ihrer Lage. Die sich in den Daten abzeichnende Möglichkeit eines destruktiven Therapieverlaufs steht im deutlichen Widerspruch zur landläufigen Behauptung, eine Psychotherapie könne niemandem schaden. Im Gegenteil sollten die damit verbundenen Risiken für Klienten keinesfalls unterschätzt werden. Wenn das Ausmaß der Beschwerden zu Therapiebeginn bereits hoch war, sind suizidale Krisen und Dekompensationen mit der Notwendigkeit einer Klinikeinweisung keine Seltenheit. Wie die Klientenberichte dokumentieren, gefährden destruktive Therapieverläufe (insbesondere, wenn sie mehrfach erlebt werden) aber nicht nur das psychische Wohlergehen, sondern in erheblichem Maße auch die Teilhabe der Klienten an wichtigen Ressourcen. Durch die therapiebedingte Zunahme der psychischen Probleme können soziale Beziehungen, Realitätsbezug, Arbeitsfähigkeit und finanzielle Autonomie vorübergehend, im ärgsten Fall sogar dauerhaft verloren gehen. Der hippokratische Grundsatz des *primum nihil nocere* gewinnt damit auch in der Psychotherapie an Bedeutung.

10.1.3 Gibt es ansatzspezifische Unterschiede?

Die Verlaufsformen Unproduktivität und Destruktivität sowie deren gemeinsamer Nenner, das verhängnisvolle Zusammenspiel, sind Phänomene, denen prinzipiell ansatzübergreifend Relevanz zukommt. Viele der von den Interviewpartnern geschilderten Ereignisse und Bedingungen, die ihrer Ansicht nach das Scheitern der Therapie mitgebahnt haben, können in ganz unterschiedlichen Therapieverfahren vorkommen.

Andererseits gibt es auch Bedingungen, die spezifisch für bestimmte Ansätze sind. Von Klienten als befremdlich erlebtes Schweigen eines Therapeuten oder das Liegen auf einer Couch finden sich beispielsweise ausschließlich im Bereich der Psychoanalyse. Auch sind es die psychoanalytischen Behandlungen, von denen Klienten in den Interviews berichten, sie hätten sie in eine faszinierende intellektuelle Parallelwelt gezogen und dadurch den Bezug zur Realität zeitweise gefährdet. Therapeutischer Aktionismus, der Klienten in einem depressiven Zustand überfordern kann, wird hingegen nur im Bezug auf Verhaltenstherapie geschildert. Man könnte deshalb sagen: Verschiedene Therapieansätze sind von ihrer Grundtendenz her unterschiedlich anfällig für bestimmte destruktive Konstellationen oder besonders ungünstig für Klienten mit bestimmten Voraussetzungen. Ob sich eine Therapie negativ auswirkt, hat aber nicht nur mit dieser Grundtendenz zu tun, sondern auch damit, wie flexibel Therapeuten damit umgehen. So scheint klassische Psychoanalyse wegen ihrer Betonung therapeutischer Neutralität und Zurückhaltung und der damit einhergehenden starken Asymmetrie in der Therapiebeziehung vor allem schwierig für Klienten, die eine Ohnmachtsproblematik und damit

zusammenhängend ein ausgeprägtes Kontrollbedürfnis in die Therapie mitbringen. Negative Auswirkungen auf den Zustand solcher Klienten sind aber vor allem dann zu erwarten, wenn die psychoanalytischen Prinzipien rigide, also ohne Rücksicht auf ihre Bedürfnisse und Ängste verfolgt werden. Ebenso mag die Verhaltenstherapie mehr als andere Ansätze dazu einladen, in optimistischer Machbarkeitshaltung zu schnell zuviel Therapie zu machen, zu eilig auf Selbstmanagement (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 1990) und Eigenverantwortung abzuheben und schwer depressive Klienten damit zu überfahren. Dennoch bleibt für Verhaltenstherapeuten natürlich genügend Spielraum, um gerade dies nicht zu tun und Klienten stattdessen dort abzuholen, wo sie sich aktuell befinden.

Ob ein Therapieverfahren genau das Richtige oder Falsche für einen Klienten ist, hängt manchmal allerdings auch davon ab, inwieweit Erwartungen/Anliegen und tatsächliche Therapieerfahrungen eines Klienten übereinstimmen. Dies zeigt sich verschiedentlich bei den *unproduktiven* Verläufen: Wer bereits ein tiefenpsychologisches Vorgehen schätzen gelernt hat oder einige Vorkenntnisse darüber mitbringt, kann mit Verhaltenstherapie unter Umständen wenig anfangen und umgekehrt. Wer schnell konkrete Hilfestellung wünscht, profitiert weniger von freiem Assoziieren, wer die Vergangenheit ausführlich reflektieren möchte, fühlt sich durch strukturiertes Nachfragen schnell vor den Kopf gestoßen. Die Aussicht auf Misserfolg scheint in jedem Fall größer, wenn ein Klient in der Therapie nicht das vorfindet, was er sich erhofft hat.

Im Bezug auf die dritte Forschungsfrage bleibt also festzuhalten: Unter den Bedingungen, die mit Therapiemisserfolg zusammenhängen, finden sich sowohl ansatzübergreifende als auch ansatzspezifische Faktoren. Letztere scheinen vor allem durch die unflexible oder übersteigerte Realisierung bestimmter therapeutischer Grundtendenzen zu entstehen, die in der Theorie und im Menschenbild des jeweiligen Therapieansatzes verwurzelt sind und (zumindest bei übermäßiger Ausprägung) den Bedürfnissen bestimmter Klientengruppen entgegenlaufen. Darüber hinaus sind spezifische Interaktionen zwischen Therapieansätzen und Erwartungen/Anliegen von Klienten bedeutsam.

10.2 Geltungsbeschränkungen

Als besondere Herausforderung empfand ich bei der Auswertungsarbeit den Balanceakt, der Klientenperspektive gerecht werden, mich aber gleichzeitig nicht darauf festlegen lassen zu wollen (vgl. Memo, S. 225). Es galt, Konzepte zu bilden, die für die Forschungsteilnehmer hilfreich und zustimmungsfähig sein sollten. Allerdings brachte die fallübergreifende Auswertung unter Berücksichtigung meiner Postskriptum-Aufzeichnungen Zusammenhänge zutage, die aus den Schilderungen der einzelnen Forschungsteilnehmer nicht unbedingt hervorgingen. Die Schlüsselkategorie des verhängnisvollen Zusammenspiels liegt letztlich auf einer Ebene, die über die Klientensicht hinausgeht. Ich habe nicht nur nachvollzogen und wiedergegeben, was die Forschungsteilnehmer erlebt und mir erzählt haben. Sondern ich habe mich während des Forschungsprozesses immer wieder (und mehr oder weniger bewusst) in eine Metaperspektive begeben, versucht, als „imaginäre Beobachterin“ einen Blick auf das Geschehene zu werfen. Gleichwohl sind alle Beobachtungen, die ich dabei machen konnte, in den Äußerungen der Klienten

verwurzelt wie auch dadurch begrenzt, so dass ich die gebildeten Konzepte durchaus in den Daten begründet sehe. Ich weiß jedoch nicht, ob alle Forschungsteilnehmer damit einverstanden sind und sich darin wiederfinden. Meine Entscheidung für diesen Weg fiel so und nicht anders aus, da ich glaube, dass diese Sicht der Dinge am ehesten weiterhelfen kann.

10.2.1 Der Einfluss von Stichprobenmerkmalen auf die Ergebnisse

Bei Therapiemisserfolgen wird immer wieder die Frage gestellt, wie stark die jeweiligen Klienten beeinträchtigt waren, ob sie zu einer therapeutischen Veränderung motiviert oder überhaupt dazu fähig waren, sich auf eine Arbeitsbeziehung mit dem Therapeuten einzulassen. Wirft man einen genaueren Blick auf das Sample, zeichnet sich allerdings ab, dass an der Studie nicht nur Klienten teilgenommen haben, die aufgrund ihrer Störungsdiagnose gemeinhin als psychotherapeutisch schwer behandelbar gelten, sondern eben auch solche, die in ihrer Beziehungsfähigkeit und ihrem Erleben weniger stark beeinträchtigt und beruflich wie sozial gut eingebunden sind. Es handelt sich also nicht primär um „gescheiterte Existenzen“ oder „aussichtslose Fälle“, sondern nahezu das gesamte Spektrum an Schweregraden ist im Sample vertreten. Zudem zeigen die vorliegenden Ergebnisse, dass das Misslingen von Psychotherapie weniger einer Frage der Diagnose ist, sondern vor allem eine Frage der (Fehl-)Passung. Auffällig ist immerhin, dass die überwiegende Mehrheit der Studienteilnehmer (18 von 20) auch auf positive Erfahrungen in einer anderen Psychotherapie zurückblickt, was schließlich bedeutet, dass sie durchaus von therapeutischen Angeboten profitieren können, wenn diese optimal auf ihre Bedürfnisse und Probleme abgestimmt sind.

In das Sample wurden auch Teilnehmer aufgenommen, deren misslungene Therapie sich über weniger als fünf Sitzungen erstreckte. Der Entschluss, diese Therapieerfahrungen ebenso in die Auswertung einzubeziehen, ist sicherlich anfechtbar. Die sogenannten probatorischen (in der Regel drei bis fünf) Sitzungen, innerhalb derer aus professioneller Sicht die „eigentliche“ Therapie noch gar nicht beginnt, scheint für Klienten allerdings ein weitaus weniger abgegrenzter Bereich zu sein als die Forschung üblicherweise voraussetzt. Klienten beginnen nicht erst nach fünf Sitzungen damit, sich ein Urteil über die Therapie und den Therapeuten zu bilden. Und wenn dieses Urteil bereits nach wenigen Sitzungen sehr negativ ausfällt, ist die Therapie, und nicht nur die Probatorik, aus ihrer Sicht gescheitert. Für die Berücksichtigung der kurzzeitigen Therapieerfahrungen spricht auch, dass die Klienten hier ähnliche Begründungen anführen wie auch in länger währenden Therapien. Die Phänomene, welche sie zum Therapieabbruch veranlassen, sind letztlich dieselben. Warum sie bereits nach so kurzer Zeit abrechnen, hängt jedoch häufig mit ihren Vorerfahrungen zusammen, aufgrund derer sie klare Vorstellungen und eine besondere Empfindlichkeit dafür entwickelt haben, was sie in einer Therapie (nicht mehr) wollen.

Hervorzuheben ist weiterhin, dass sich das Sample zu einem Großteil aus Teilnehmern zusammensetzt, die zum Interviewzeitpunkt schon relativ therapieerfahren waren – die meisten hatten sich mindestens zwei Therapien unterzogen. Eine Subgruppe von acht Teilnehmern gab zudem an, sich auch aus professioneller Perspektive, etwa im Rahmen eines Psychologiestudiums, einer Ausbildung oder in einem psychosozialen Tätigkeitsfeld mit Psychotherapie befasst zu haben. Dies ist sicherlich nicht unbedeutend für die Ergebnisse: Erfahrene Therapieklienten wissen mehr um die

möglichen Schwierigkeiten einer Psychotherapie, haben schon eher einmal Therapietäter kennen und als notwendiges Übel akzeptieren gelernt. Gleichmaßen haben sie klarer definierte Erwartungen und Ansprüche an eine Therapie, entweder weil sie auf eine gute Erfahrung zurückblicken, an der sie alles Künftige messen, oder weil sie die Wiederholung einer negativen Erfahrung vermeiden wollen. Zum anderen dürften sie geübter darin sein, Distanz zu sich selbst einzunehmen und sich objektivierend zu betrachten. Damit geben sie von vorn herein ein höheres Abstraktionsniveau vor, das sich in der Auswertung der Daten zwangsläufig niederschlägt. Zudem argumentieren sie weniger parteilich, sondern beziehen in ihre Reflexion auch explizit eigene Anteile mit ein, was die Kategorienbildung rund um Denk- und Beziehungsmuster letztlich erleichtert haben dürfte. Nachteilig an diesem Expertentum der Interviewpartner ist allerdings, dass dadurch eine gewisse Ursprünglichkeit der Äußerungen verloren gehen mag und individuelles Erleben bisweilen unter der Schutzhülle psychologischen Fachvokabulars verschwindet.

Zu einem nicht unwesentlichen Anteil dürfte die Differenziertheit der Äußerungen im Interview aber auch darauf zurückzuführen sein, dass der Bildungsstand der Studienteilnehmer insgesamt sehr hoch war. Die Ergebnisse lassen also nicht unbedingt einen Schluss darauf zu, was Menschen mit anderem Ausbildungshintergrund über Therapiemisserfolg denken.

Da die Interviewpartner größtenteils über Inserate und Aushänge angeworben wurden, sich also freiwillig zur Verfügung stellten, entsteht ein gewisser Selektionseffekt dadurch, dass Personen ausgeklammert bleiben, die nicht über ihre negativen Therapieerfahrungen sprechen möchten. Man könnte außerdem annehmen, dass vor allem solche Klienten an einer Studienteilnahme Interesse zeigen, die Ärger loswerden und sich endlich einmal ausführlich über ihre Therapeuten beschweren wollen. Die Daten bestätigen dies jedoch nicht. Vielmehr zeigt sich, dass die Studienteilnehmer im Interview häufig eine Möglichkeit gesehen haben, das Erlebte noch einmal mit einer außenstehenden Person zu besprechen, um es für sich besser klären und verarbeiten zu können. Ausschlaggebend hierfür schien weniger die unerschütterliche Überzeugung, der Therapeut sei an allem Schuld, sondern häufig gerade der Zweifel an der eigenen Wahrnehmung und die Frage, inwieweit sie auch selbst zum Misslingen der Therapie beigetragen haben könnten.

Eingeräumt werden muss, dass ein theoretisches Sampling in dieser Untersuchung nur eingeschränkt möglich war. Die Grundgesamtheit potenzieller Teilnehmer schien von vorn herein relativ begrenzt, und somit stand zunächst einmal die Sorge im Vordergrund, überhaupt genügend Interviews zusammentragen zu können. Insofern bot es sich nicht an, bei der Selektion der Interviewpartner gleich zu Beginn enge Kriterien anzulegen, weshalb auch der initiale Aufruf zur Teilnahme eher offen gehalten wurde (vgl. Anhang, S. 188f). Allerdings wurde nach theoretischen Gesichtspunkten entschieden, welche erhobenen Datensätze jeweils als nächste in die Auswertung einbezogen werden sollten, und verschiedene Anwerbszeitpunkte erlaubten bei Bedarf und entsprechendem Zulauf die Festlegung enger definierter Auswahlkriterien. Am Ende konnte eine recht breite Variation im Bezug auf Aspekte wie Therapieverfahren, Therapiedauer und Diagnosen erreicht werden. Von einer theoretischen Sättigung der entwickelten Konzepte kann hier jedoch noch nicht die Rede sein.

Ergäbe sich noch einmal die Gelegenheit zu sampeln, sollten sicherlich mehr Fälle einbezogen

werden, die auf dem Kontinuum zwischen Erfolg und Misserfolg eher in der Mitte liegen, also dort, wo Therapien zeitweilig schwierig und belastend, letztendlich aber doch gelungen sind. Um profundere Aussagen über ansatzspezifische Einflüsse treffen zu können, wäre es außerdem wünschenswert, nicht nur zu tiefenpsychologischen und verhaltenstherapeutischen, sondern zu allen einbezogenen Therapieansätzen mehrere Klientenberichte zur Verfügung zu haben.

10.2.2 Die Qualität der Daten

Gegenüber der Entscheidung, Klientenauskünfte in einer Untersuchung als alleinige Datenquelle zu nutzen, bestehen eine Reihe grundsätzlicher Vorbehalte. Es wird argumentiert, gerade Therapieklienten seien aufgrund ihrer psychischen Störung kaum in der Lage, unverzerrt Sachverhalte darzustellen. Der Vorzug sei deshalb eher den Therapeuten zu geben, unabhängigen Beobachtern oder auch Messinstrumenten, mit denen sich Variablen objektiv erheben ließen¹². Solche Vorbehalte sind sicherlich angebracht, wenn Klienten sich während der Datenerhebungssituation in einer akuten Psychose befinden und ein adäquater Realitätsbezug somit tatsächlich infrage gestellt werden kann (was in dieser Untersuchung nicht der Fall war). Wie anhand der obigen Ausführungen schon deutlich geworden sein sollte, setzt sich das Sample aus Teilnehmern zusammen, deren Äußerungen durchaus ernst genommen werden dürfen. Sie kennen sich zum Teil bestens mit Psychotherapie aus, sind in hohem Maße reflexionsfähig und bereit, sich selbst zu hinterfragen. Viele blicken sogar mit einigem Abstand auf ihre Störung zurück. Zwar finden sich bei einigen der befragten Personen auch Sichtweisen, die der Durchschnitt der Allgemeinbevölkerung so vielleicht nicht teilen würde, und bei denen mit einiger Berechtigung von Verzerrungstendenzen gesprochen werden könnte. Dies impliziert jedoch nicht notwendigerweise, dass ihre Auskünfte für die Beantwortung der Fragestellung unerheblich sind – ganz im Gegenteil: Ohne die Berücksichtigung ihrer Beiträge hätten zentrale Konzepte dieser Arbeit gar nicht entstehen können. Schließlich war es erst die Entdeckung dieser Verzerrungen, die es ermöglichte, in den Denk- und Beziehungsmustern der Klienten wesentliche Einflussgrößen für Therapiemisserfolg zu erkennen.

Bedeutsam für die Brauchbarkeit der erhobenen Daten ist aber nicht nur die unbeeinträchtigte Urteilsfähigkeit der Klienten, sondern auch die Authentizität der Interviewaussagen. Was dies betrifft, lässt die Lektüre der Interviews den Schluss zu, dass sich die Teilnehmer in der Situation der Datenerhebung wohl genug fühlten, um auch sagen zu können, was sie dachten. Die Hälfte der Interviewteilnehmer entschied sich gleich zu Beginn dafür, mit Du angesprochen zu werden. Meist zeigte sich im Interviewverlauf eine zunehmende Selbstöffnung, so dass nach einer gewissen Zeit selbst schambesetzte Inhalte preisgegeben wurden. Verschiedentlich wurde gemeinsam gelacht. Und auch die Wortwahl der Interviewpartner deutet im Allgemeinen nicht auf den Versuch hin, sich zu verstellen oder Emotionen zu verbergen.

¹² Es steht außer Frage, dass die Perspektiven von Therapeuten, Klienten und außenstehenden Beobachtern sowie die Ergebnisse von Messinstrumenten im Bezug auf Therapieerfolg oder -misserfolg erheblich voneinander abweichen, sich sogar widersprechen können. Durch die Einbeziehung aller Perspektiven erhielte man zwar ein vollständigeres Bild, nicht jedoch unbedingt ein stimmigeres. Somit bliebe unklar, wie die einzelnen Perspektiven zu gewichten sind.

10.2.3 Die Reichweite der Konzepte

Der Gegenstandsbereich, für den in dieser Untersuchung Konzepte entwickelt wurden, betrifft primär Therapiemisserfolge im Rahmen einer ambulanten (psychologischen, ärztlichen oder heilpraktischen) Einzelpsychotherapie und unter den Rahmenbedingungen, wie sie derzeit u.a. durch die deutsche Versorgungslandschaft, die Kostenerstattung durch Krankenkassen und das Psychotherapeutengesetz abgesteckt sind.

Die Konzepte beziehen sich ausschließlich auf die Sicht erwachsener Therapieklienten, die über ein eher gehobenes Bildungsniveau verfügen und im deutschen Sprach- und Kulturkreis beheimatet sind. Eine Repräsentativität der Ergebnisse im Bezug auf den Populationsdurchschnitt von Therapieklienten wurde nicht angestrebt. Stattdessen richtete sich die Auswahl von Fällen zur Auswertung nach theoretischen Kriterien. Im Sinne einer größtmöglichen Variation wurden Frauen und Männer mit unterschiedlichem Alter und Sozialstatus, unterschiedlichen Ausgangsproblemen, Erfahrungen mit verschiedenen Therapieverfahren sowie unterschiedlicher Therapiedauer für die Untersuchung angeworben. Eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse ist nur für solche Kontexte gegeben, die dem beschriebenen Untersuchungskontext in wesentlichen Grundzügen ähneln.

Da einige Interviewpartner zusätzlich Erfahrungen mit Paar- oder Familientherapie thematisierten, sind ambulante Mehrpersonensettings im Datenmaterial bereits ansatzweise mit abgedeckt und in die Auswertung eingeflossen. Die hierzu gebildeten Kodierungen ließen sich ohne Weiteres in die für Einzelsettings entwickelten Kategorien eingliedern.

Die Interviews der beiden ausschließlich stationär behandelten Klienten Sabine B und Achim C. (vgl. Fallbeispiele, S. 237) sowie Interviewabschnitte anderer Teilnehmer, die zwischenzeitlich ebenfalls in Kliniken behandelt wurden, zeigen darüber hinaus, dass die gebildeten Konzepte durchaus auch für den Kontext einer stationären Psychotherapie nützlich sein können. Bei den geschilderten stationären Therapieerfahrungen ist allerdings augenfällig, dass das therapeutische Angebot hier mehr noch als in anderen Behandlungskontexten durch spezifische Settingfaktoren und weitere Rahmenbedingungen bestimmt wird. Die Erforschung des Einflusses solcher Faktoren auf Therapieerfolg und -misserfolg steht überwiegend noch aus. Jedoch lassen die Interviews hier zumindest einige Ansatzpunkte erkennen:

- **Therapiemodalität (Einzel- vs. Gruppentherapie im Rahmen der stationären Behandlung):** Die Interviewpartner halten vor allem regelmäßige Einzelgespräche für entscheidend, um von einer stationären Therapie profitieren zu können. Mit aufsteigender Gruppengröße scheinen der Mut und die Bereitschaft zur Selbstöffnung zunehmend zurückzugehen. Schambesetzte, jedoch therapierelevante Inhalte werden dann auch aus Angst vor Tratsch unter den Mitpatienten zurückgehalten.
- **Mitpatienten:** Die Anwesenheit anderer Patienten und Leidensgenossen kann offenbar ebenso vorteilhaft wie hinderlich sein. Zum einen sind es häufig Mitpatienten, die ansonsten fehlende Gesprächsmöglichkeiten ersetzen. Durch gegenseitige Selbstöffnung, Erfahrungsaustausch und Hilfestellung kann ein Teil von dem kompensiert werden, was durch organisatorische Engpässe verloren geht: „Mit Leuten, mit denen man sich versteht, hat man eigentlich mehr Therapie

gemacht“ (Sabine B., 358-360). Wie aus der Forschung zu Gruppentherapie bekannt ist, können Mitpatienten weiterhin gut tun, weil sie helfen, die eigenen Schwächen zu relativieren. So habe es Achim C. immer ein bisschen aufgebaut festzustellen, dass auch die anderen Fehler machen. Andererseits können sich gerade durch das enge Zusammenleben auf Station auch Dynamiken entfalten, die sicherlich als ungünstig zu bezeichnen sind, „wenn da nur noch Kleinkriege ausgetragen werden, weil es tun sich bei einer großen Therapie richtige Cliques bilden, die teilweise dann da schon ausmachen, wen machen wir heute fertig“ (Achim C., 116-120). Sabine B. kam die Atmosphäre im Raucherbereich der Suchtfachklinik vor „wie auf der Szene“, von der sie sich entschlossen zurückziehen musste, um keinen Rückfall zu provozieren.

- **Personelle Engpässe:** In den Interviews der stationär behandelten Klienten wird auch der Umstand erwähnt, dass die Therapeuten keine Zeit gehabt und sie die Patienten deshalb immer bloß vertröstet hätten. Es sei noch so viel Schriftliches zu erledigen, sie hätten schon jeden Tag Gruppen zu leiten, seien im Urlaub oder auf Fortbildungen. Überlastung des therapeutischen Personals durch zunehmende Dokumentations- und Qualitätssicherungspflichten oder aufgrund von Unterbesetzung, sei es in Ferien- und Krankheitszeiten oder als kostensparender Dauerzustand, sind Bedingungen, deren Einfluss auf den Therapieerfolg selten thematisiert wird. Hält man sich allerdings vor Augen, wie stark sie die stationäre Versorgung zeitweise von dem abweichen lassen, was ursprünglich als wirksames Therapiekonzept vorgesehen war, sollten suboptimale Behandlungsverläufe wenig erstaunen.
- **Die Klinik als Wirtschaftsbetrieb:** Auch weiter reichende gesellschaftlich-ökonomische Rahmenbedingungen (etwa zunehmender Wettbewerb, Kosteneinsparungen im Gesundheitswesen) wirken in die stationäre Versorgung hinein. So spricht sich in einer Klinik, die kurz vor der Insolvenz steht, bei Patienten schnell herum, dass es bei ihrer Behandlung weniger um ihr gesundheitliches Wohl, sondern vor allem ums Finanzielle gehe: „Die haben da ihre Sachen abgeschrieben, ihre Gelder kassiert, und das war's dann“ (Sabine B., 790-791). Schwierigkeiten scheinen insbesondere dort aufzutauchen, wo die wirtschaftliche Situation etwas anderes gebietet als das therapeutische Konzept:

Die kämpfen um ihre Existenz, sind total unterbelegt, dort werden Rückfälle gebaut ohne Ende ... Wenn du dann persönlich einen siehst, der auf Heroin rumläuft, und gehst dann zum Therapeuten und sagst das, ich hab jetzt die Erfahrung gemacht, dass du dann nicht gut angeschaut bist. Weil die sind ja gezwungen, dass die wieder einen rausschmeißen müssen. Und das wollen die gar nicht, die sind froh, wenn alle Betten voll sind, und die kämpfen wirklich um jeden Platz. (Achim C, 144-153)

- **Medikamente:** Weitaus zentraler als in ambulanten Psychotherapien ist im stationären Kontext natürlich auch die Verordnung und Verabreichung von Psychopharmaka. Die Aufklärung über Wirkungen und Nebenwirkungen, die Dosierung sowie die Art und Weise, wie mit einem Patienten darüber verhandelt wird, können zum Nährboden für Auseinandersetzungen werden und zur Unzufriedenheit mit der Behandlung beitragen.

10.3 Implikationen für Forschung und Theoriebildung

10.3.1 Das Zusammenspiel von Einflussfaktoren

Das Konzept des verhängnisvollen Zusammenspiels ist prinzipiell anschlussfähig an neuere Forschungen, die die Aufmerksamkeit mehr und mehr hin zu Interaktionen zwischen Einflussfaktoren lenken (vgl. auch Beutler et al, 2004; Clarkin & Levy, 2004). Zunehmend zeichnet sich ab, dass Zusammenhänge zwischen Therapeutenvariablen und dem Therapieergebnis durch dritte Moderator- oder Mediatorvariablen (z.B. Patientenmerkmale) beeinflusst werden. Solche Befunde können im Sinne von Kiesler (1966) einer bestmöglichen Kombination von Verfahrens-, Therapeuten-, und Settingmerkmalen dienen, um bei bestimmten Klienten möglichst gute Therapieergebnisse zu erzielen. Theoretisch lässt sich die Spezifität dabei immer feinkörniger definieren, bis alle erdenklichen Merkmalskombinationen berücksichtigt sind. Von praktischem Nutzen sind solche Befunde allerdings nur, wenn die vorhandenen Selektionsmöglichkeiten dazu in einem adäquaten Verhältnis stehen.

Das mehr oder weniger günstige Zusammenwirken von Einflüssen lässt sich außer auf der Ebene von Variableninteraktionen aber auch anhand der konkreten sozialen Interaktion von Therapeut und Klient analysieren und beschreiben. In den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung zeichnet sich deutlich ab, dass Therapiemisserfolge oftmals mit sich hochschaukelnden negativen Kommunikationsweisen von Therapeut und Klient einhergehen. Dies ist beispielsweise der Fall, wenn negatives Feedback bei Therapeuten auf Zurückweisung stößt und die Klienten in ihrer Kritik deshalb noch deutlicher werden; wenn Klientenbedürfnisse bei Therapeuten keine Resonanz finden und dann noch vehementer zum Ausdruck kommen, und auch dann, wenn mehr agiert als verstanden wird. Um das Interaktionsverhalten von Therapeut und Klient näher zu untersuchen, eignet sich die Structural Analysis of Social Behavior (SASB, Benjamin, 1974), ein Verfahren, das in einer Vielzahl von Therapiestudien Verwendung gefunden hat. In SASB-Studien wurde inzwischen wiederholt der Befund bestätigt, dass eine negative Komplementarität im Interaktionsverhalten von Therapeut und Klient, insbesondere feindselig-aggressive Kommunikation mit negativen Therapieergebnissen in Verbindung steht (vgl. u.a. Najavits & Strupp, 1994; Safran & Muran, 1995; Svartberg & Stiles, 1992). Dabei reagieren Therapeuten auf hostiles Verhalten ihrer Klienten nicht unbedingt mit einem offensichtlichen Gegenangriff, sondern sehr viel häufiger mit Verhaltensweisen, die eher subtil herabsetzend oder verächtlich sind (vgl. Von der Lippe, Monsen, Rønnestad & Eiltersen, 2008).

10.3.2 Unproduktive Fehlpassungen

Bei den Interviewpartnern mit unproduktivem Therapieverlauf sind drei Fehlpassungen von Klientenvoraussetzungen und therapeutischem Angebot bedeutsam. Während die erste Fehlpassung Erwartungen des Klienten betrifft, die in der Therapie nicht eingelöst oder nicht im Vorhinein geklärt werden können, offenbart sich die zweite in einer zwischenmenschlichen Atmosphäre, die die Selbstöffnung des Klienten behindert. Die dritte Fehlpassung besteht schließlich in einer mangelnden Vereinbarkeit von Klärungsanliegen des Klienten und therapeutischem Themenfokus. Dabei scheinen

sich in der Wahrnehmung der unzufriedenen Klienten spezifische Schwachpunkte der verschiedenen Therapieansätze zu spiegeln. Klienten psychoanalytischer oder tiefenpsychologisch orientierter Therapie bemängeln neben übermäßiger Zurückhaltung und Schweigen ihrer Therapeuten vor allem die Abwesenheit konkreter Ratschläge oder Hilfen zur Problembewältigung. Klienten, die von Verhaltenstherapie enttäuscht sind, empfinden diese hingegen als zu oberflächlich. Sie vermissen die Beschäftigung mit dem Unbewussten oder sind vom direktiven Vorgehen ihrer Therapeuten irritiert. Die daraus resultierende Notwendigkeit, Therapieverfahren und therapeutische Vorgehensweisen besser auf die Voraussetzungen und Bedürfnisse eines Klienten abzustimmen, wird durch Forschungsergebnisse anderer qualitativer Untersuchungen gestützt. In einer Teilstudie des Stockholmer Young Adult Psychotherapy Project (YAPP) befragten Lilliengren & Werbart (2005) 22 junge Patienten nach Therapieende zu hilfreichen und hinderlichen Bedingungen ihrer psychoanalytischen Behandlung. Zu den Aspekten, die die Patienten als hinderlich erlebten, zählte der Umstand, dass sie in der Therapie zwar ein Bewusstsein über ihre Probleme erlangt, dass ihnen Hilfestellungen zu deren Bewältigung jedoch gefehlt hätten (*self-knowledge is not always enough*). Auch wünschten sie sich häufig mehr Feedback, Anleitung oder Transferhilfen (z.B. Hausaufgaben) und empfanden den Therapeuten als zu passiv (*something was missing*). Vergleichbare Gründe nannten Klienten auch bei Nilsson, Svensson, Sandell & Clinton (2007) für ihre Unzufriedenheit mit psychodynamischer Therapie. Diejenigen Klienten, die in derselben Studie mit kognitiver Verhaltenstherapie unzufrieden waren, begründeten dies hingegen damit, dass ihre Therapie zu einseitig auf das Erlernen neuer Bewältigungsmechanismen abgehoben hatte. Sie wünschten sich mehr Raum für Reflexion und ein tieferes Verständnis ihrer Probleme.

10.3.3 Destruktivität und unbegriffene Wiederholung

Kennzeichen eines destruktiven Therapieverlaufs ist, wie oben beschrieben, das Zusammenwirken von problemassoziierten Denk- und Beziehungsmustern eines Klienten mit einem therapeutischen Angebot, dass diese in ungünstiger Weise bestätigt. Im Erleben des Klienten wiederholen sich bei diesem Vorgang bekannte Beziehungs- und Lebenserfahrungen, die mit dem Leiden des Klienten unmittelbar zusammenhängen. Die hauptsächliche Gefahr liegt jedoch nicht in dieser Wiederholung, sondern im Versäumnis ihrer Auflösung und konstruktiven Wendung während des Therapieprozesses. Die Verlaufsform Destruktivität ähnelt damit vom Prinzip her der sogenannten *unbegriffenen Wiederholung* (vgl. Elkind, 1992; Fäh, 2002), die in der Psychoanalyse mit negativen Therapieverläufen in Zusammenhang gebracht wird. Sie geht auf das Konzept des Wiederholungszwangs zurück, demzufolge Menschen dazu neigen, ungünstige Verhaltensmuster, ungelöste Konflikte und frühe Beziehungserfahrungen immer wieder unbewusst zu reinszenieren. Das psychoanalytische Ziel, die sich in der Übertragungsbeziehung von Therapeut und Klient abspielenden Wiederholungen greifbar zu machen und aufzulösen, misslingt, wenn eine negative Beziehungsdynamik in der Therapie eben gerade *nicht* als Wiederholung begriffen wird, sondern sich in für den Klienten schädigender Weise nochmals wiederholt:

Damit ist nicht nur die therapeutische Chance per se der Analyse vertan, sondern dem Patienten/der Patientin ist Schaden zugefügt worden in dem Sinne, dass er/sie hoffnungsloser gemacht wurde denn je.

Er/sie macht nämlich die Erfahrung, die zu überwinden er/sie hoffte, gerade nochmals, und dies ausgerechnet am Ort der Hoffnung, in seiner/ihrer Analyse. (Fäh, 2002, S. 125)

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie legen nahe, dass diesem Phänomen nicht nur in der Psychoanalyse, sondern auch ansatzübergreifend Bedeutung zukommt. Mangelnde Abgrenzung und Grenzüberschreitungen, die schlimmstenfalls in einem offenen Missbrauch durch den Therapeuten gipfeln, können für Klienten zu einem schmerzhaften Echo früherer Beziehungserfahrungen werden. Diese weitläufig bekannte und leider verbreitete Problematik findet in der Klientenperspektive dieser Arbeit als Erleben von Ohnmacht und Auslieferung ihren Niederschlag. Aber auch bei zu großer Abgrenzung, wenn Therapeuten ihre Methoden rigide einsetzen, ohne sich innerlich involvieren zu lassen, sie also distanziert und letztlich emotional unerreichbar bleiben, besteht die Gefahr, dass sich für Klienten frühe Mangelenerfahrungen wiederholen. Diese Konstellation wurde im Rahmen der Forschungsarbeit ebenfalls von Interviewpartnern beschrieben und als Aufeinandertreffen von Zuwendungsbedürfnis und fehlender Resonanz verstanden.

10.3.4 Einbettung in schematheoretische Konzepte

Was im Ergebnisteil als Zusammenspiel von Denk- und Beziehungsmustern und therapeutischem Angebot beschrieben wurde, lässt sich unter Rückgriff auf Konzepte der Schematheorie bzw. Schematherapie reformulieren und somit in einen breiteren theoretischen Zusammenhang einbinden (vgl. Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Grawe, Grawe-Gerber, Heiniger, Ambühl & Caspar, 1996). Hiernach stehen Probleme, mit denen Klienten in die Therapie kommen, im Zusammenhang mit lebensgeschichtlich geprägten Schemata¹³. Diese sind vergleichbar mit ultimativen Glaubenssätzen, die Wahrnehmung und Interpretation von Erfahrungen organisieren und mit bestimmten Emotionen und Handlungstendenzen verknüpft sind.

Wenn problembehaftete Schemata eines Klienten auf ein therapeutisches Angebot treffen, das nicht in der Lage ist, diese überhaupt aufzuspüren, bewusst zu machen und zu erschüttern, wäre mit einem unproduktiven Therapieverlauf zu rechnen. Ein destruktiver Verlauf wäre hingegen zu befürchten, wenn einem Klienten durch das therapeutische Angebot überwiegend schemakonforme Information vermittelt wird, so dass seine problematischen Grundüberzeugungen bestätigt werden und es zu einer Wiederholung derselben Erfahrungen kommt, die seinen Leidensdruck mit verursacht haben. Entscheidend für einen Misserfolg wäre allerdings nicht die schlichte Wiederholung, denn diese könnte ja in der Therapie bewusst gemacht und dann konstruktiv zur Veränderung genutzt werden, sondern erst der Umstand, dass sie gar nicht thematisiert wird. Ebenso wie die Modifikation ungünstiger Schemata kann auch deren Verfestigung auf unterschiedlichen Wegen passieren. Durch unbedachte Äußerungen zum falschen Zeitpunkt, durch einen bestimmten Umgang mit Konflikten

¹³ In der Forschungsliteratur finden sich eine Vielzahl verwandter Begrifflichkeiten wie etwa *core organizing principles*, *relational schemas* (vgl. Safran & Muran, 2000), *dysfunctional interpersonal schemes* (vgl. Sommerfeld et al., 2008), *core conflictual relationship themes* (Luborsky & Crits-Christoph, 1998) oder *areas of primary vulnerability* (Elkind, 1992). Der von Grawe verwendete Schemabegriff basiert auf der Arbeit von Piaget und eignet sich besonders gut, um Konzepte verschiedener Therapieansätze zu integrieren.

oder Grenzen in der Therapiebeziehung oder auch durch ein besonderes Arrangement von Settingfaktoren.

10.3.5 Eine stärkere Berücksichtigung von Faktoren des Scheiterns

Dass theoretische Erklärungsmodelle zu Therapiemisserfolg bisher rar sind, mag auch damit zu tun haben, dass im Allgemeinen davon ausgegangen wird, theoretische Modelle zur Wirksamkeit von Psychotherapie auf Therapiemisserfolge übertragen zu können. So wäre anzunehmen, dass ein Therapiemisserfolg mit der relativen Abwesenheit der als wirksam bekannten Kernelemente einer Therapie zu tun hat (vgl. Kap 6), während deren ausreichendes Vorliegen das Misslingen einer Therapie ausschließt.

Der Ansatz, das Therapieoutcome als ein Kontinuum mit den Polen Erfolg vs. Misserfolg aufzufassen und die Position auf diesem Kontinuum als von ein und denselben Faktoren abhängig zu sehen, ist jedoch nur eine Möglichkeit, Therapiemisserfolg zu konzeptualisieren. Ebenso könnte man von zwei getrennten Dimensionen ausgehen, nämlich einer Erfolgsdimension, die abhängig ist von bestimmten Wirkfaktoren, und einer Misserfolgsdimension, die von bestimmten Misserfolgsfaktoren abhängig ist. Entscheidend für das Endergebnis wäre dann das Verhältnis der Erfolgs- und der Misserfolgsausprägung zueinander. Während es im ersten Fall für den praktizierenden Psychotherapeuten lediglich darauf ankäme, die zentralen Wirkfaktoren möglichst gut zu realisieren und dadurch dafür zu sorgen, dass dem Klienten *nichts fehlt*, müsste er sich im zweiten Fall auch Gedanken darüber machen, was er möglichst vermeiden sollte, um dem Klienten *nicht zu schaden*. Entspricht die erste Variante der traditionellen Auffassung, eine Psychotherapie könne nur mehr oder weniger hilfreich sein, so ermöglicht die zweite einen kritischeren Blick auf deren Wirkpotenzial und öffnet die Diskussion auch für Gefahren therapeutischer Einflussnahme.

Die Ergebnisse dieser Arbeit weisen in die Richtung, dass das Therapieoutcome aus Klientensicht immer Endprodukt störender ebenso wie positiver Einflüsse ist und dass letztlich deren Mischverhältnis darüber bestimmt, wie eine Therapie beurteilt wird. Dies bedeutet, dass negative Erlebnisse und Erfahrungen in der Therapie von Klienten durchaus in Kauf genommen und verziehen werden, wenn sich für sie ein positiver Gesamtnutzen ergibt. Es bedeutet auch, dass es nicht unbedingt darum geht, Fehler, Konflikte und Missverständnisse in der Therapie um jeden Preis zu vermeiden, sondern dass es vielmehr darauf ankommt, wie man mit ihnen umgeht: Ob man sie als Ärgernis schweigend im Sande verlaufen lässt oder ob man sie im Prozess als Chance begreift, zusammen mit dem Klienten ihrem Ursprung nachgeht und sie dadurch eventuell sogar in positive Schlüsselerlebnisse transformiert. **Insgesamt lässt sich daraus das Postulat ableiten, neben positiven Wirkfaktoren zukünftig auch in stärkerem Maße negative Störfaktoren und potenziell schädigende Einflüsse, also Faktoren des Scheiterns, in die Theoriebildung einzubeziehen.**

10.3.6 Eine relationale Perspektive auf Therapiemisserfolg

Die Untersuchung direkter Effekte von im Therapieprozess wirksamen Variablen ist vielerorts unbefriedigend geblieben. Erst Wechselwirkungen zwischen Klientenmerkmalen und Aspekten des

therapeutischen Angebots, die sich auch in neueren Forschungsbefunden zunehmend abzeichnen, können erklären, warum eine Therapie misslingt und auf einen Klienten gegebenenfalls schädigend wirkt. Ohne Kenntnis der „Brille“ des Klienten, seiner zentralen Bedürfnisse, Erwartungen, Denk- und Beziehungsmuster lässt sich keine Aussage darüber treffen, wie ein spezifisches therapeutisches Angebot verarbeitet wird. Ebenso ist die Kenntnis dieser Klientenmerkmale für die Erklärung eines Therapiemisserfolgs wertlos, wenn man nicht weiß, was das therapeutische Angebot ihnen entgegensetzen hatte. **Es käme also darauf an, stärker als bisher eine relationale Perspektive einzunehmen und Faktoren des Scheiterns von Psychotherapie vorrangig als Passungsprobleme zu konzeptualisieren.** Diese können sich (auch gleichzeitig) auf ganz unterschiedlichen Ebenen abspielen, aus Klientensicht zum Beispiel als enttäuschte Erwartung, als Aneinander-Vorbeireden oder leidvolle Wiederholung bedürfnisfrustrierender Beziehungserfahrungen.

Eine konsequente Weiterführung der relationalen Perspektive macht es erforderlich, die Bedingungen auf Seiten des therapeutischen Angebots ebenso fein aufzulösen wie diejenigen auf Klientenseite. Hier wird dann schlussendlich auch die „Brille“ des Therapeuten relevant, seine motivationale Struktur, seine individuellen Beziehungs- und Denkgewohnheiten, die mit denen des Klienten mehr oder weniger günstig interagieren. Die vorliegenden Ergebnisse lassen keine Aussage darüber zu. Doch ist nicht realistisch, dass Therapeuten ihre eigenen Denk- und Beziehungsmuster, Bedürfnisse und Erwartungen außer Kraft setzen können, wenn sie sich in ihrem Arbeitsfeld bewegen. In den Daten deutet sich zumindest an, dass es in Therapien insbesondere dort zu negativen Verläufen kommt, wo Therapeuten wenig Selbstreflexion betreiben und ins Agieren geraten.

Erst wenn neben dem Klienten auch der Therapeut als *ganze Person* ins Blickfeld rückt, wird es gelingen können, bislang blind gebliebene Flecken der Theoriebildung auszuleuchten und Therapeuten dadurch neue Handlungsmöglichkeiten, zumindest aber Einsichten, zu eröffnen (vgl. dazu Elkind, 1992).

10.4 Implikationen für die Praxis: Sinnvolle Maßnahmen zur Schadensbegrenzung

Im fünften Kapitel wurden unterschiedliche Ansätze zur Qualitätssicherung skizziert, traditionelle ebenso wie innovative Verfahren, die in der heutigen Praxis mehr oder weniger routiniert zum Einsatz kommen und deren qualitätssicherndes Potential mehr oder weniger gut empirisch abgesichert ist. Welche dieser Ansätze erscheinen nun vor dem Hintergrund der vorliegenden Ergebnisse sinnvoll, welche nicht? Durch welche Maßnahmen hätte der negative Ausgang der hier betrachteten Psychotherapien eventuell verhindert werden können?

10.4.1 Bessere Passungen ermöglichen

Was die unproduktiven Therapieverläufe betrifft, deren Hauptkennzeichen Fehlpassungen zwischen Erwartungen/Anliegen der Klienten und dem jeweiligen therapeutischen Angebot sind, scheint der Einsatz einiger selektiver Ansätze durchaus vielversprechend.

Bei Klienten, die über Psychotherapie, ihre Vorgehensweisen, Möglichkeiten und Risiken **aufgeklärt und gut beraten** sind, sollte es zumindest seltener vorkommen, dass Erwartungen und Anliegen mit dem therapeutischen Angebot nicht zusammenpassen (vgl. dazu Auckenthaler, 1989). Neben schriftlichen Informationen, die auf Flyern oder Webseiten verfügbar sind und von den Psychotherapeutenkammern herausgegeben werden, gibt es auch einige Beratungsstellen, die Klienten über die verschiedenen Therapieansätze informieren und Empfehlungen geben, worauf sie bei der Therapeutenwahl achten sollten. Wie den Interviews zu entnehmen ist, sind solche Angebote aber wenig bekannt, und es scheint immer noch eher die Regel, dass sich Klienten auf die Suche begeben, ohne zu wissen, welche Auswahlmöglichkeiten sie tatsächlich haben oder welche Berufsgruppen mit welchen Zuständigkeitsbereichen zu unterscheiden sind. Viel spricht dafür, Klienten auch dahingehend vorzubereiten, dass sie gewisse psychische Belastungen während einer Therapie als notwendiges Übel akzeptieren. Darüber hinaus gilt es ihnen zu vermitteln, dass sie die Gefahr eines Misserfolgs selbst verringern können, indem sie mit realistischen Erwartungen in die Therapie kommen, bei der Auswahl des Therapeuten und des Therapieverfahrens möglichst viele Informationen einbeziehen oder darauf bestehen, mit dem Therapeuten zu Beginn die eigenen Ziele und Chancen auf Veränderung zu klären (vgl. Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977). Wie Forschungen zeigen, zahlt es sich zudem aus, Klienten vor Therapiebeginn erst einmal in die Klientenrolle einzuführen: „More often than not, pretreatment orientation procedures enhanced outcome significantly, especially for first-time patients or patients to whom therapy is culturally unfamiliar, as well as for therapists having little experience with specific patient populations and cultures“ (Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004, S. 330-331). Angesichts der in den Interviews offenkundigen Unsicherheit und Unterlegenheitsgefühle der Klienten gegenüber ihren Therapeuten wäre sicherlich auch wichtig, ihnen ein Bewusstsein darüber zu vermitteln, dass sie diejenigen sind, die auswählen und nachfragen dürfen, und dass sie selbst prüfen sollten, ob sie sich bei einem Therapeuten wohlfühlen (vgl. Kleiber, 1990).

Auch die zwischenmenschliche Passung von Therapeut und Klient war in den unproduktiven Verläufen oftmals ungünstig und hinderte die Klienten daran, sich in der Therapie unbefangen zu öffnen. In einigen Fällen hätte hier wohl eine **Überweisung** weiterhelfen können. Allerdings landen Klienten im Anschluss nicht unbedingt bei der für sie bestmöglichen Alternative, denn oft überweisen Therapeuten einfach an Kollegen, ohne sich über geeignete Angebote oder Spezialisierungen zu informieren. Darüber hinaus erschweren die langen Wartezeiten für Therapieplätze und die in Deutschland bestehende Einengung des Behandlungsspektrums auf wenige Richtlinienverfahren in vielen Fällen einen Wechsel zum Vorteil des Klienten.

Dass **besser ausgebildete Therapeuten** einen unproduktiven Verlauf hätten verhindern können, ist spekulativ und auch fraglich, da eine Fehlpassung ja nicht nur vom Therapeuten abhängt. Dieser kann fachlich noch so kompetent sein – sofern sein Verfahren nicht zu dem passt, was ein Klient erreichen möchte, wird die Therapie eventuell trotzdem scheitern. Ebenso wenig ist davon auszugehen, dass sich Misserfolge dieser Art durch **störungsspezifische Interventionen** tilgen lassen, denn auch eine störungsspezifische Intervention kann für einen Klienten mit passender Störung völlig unpassend sein, wenn sie seinen individuellen Erwartungen und Zielen entgegenläuft.

Vielversprechender erscheinen vermehrte Forschungsbemühungen im Bereich der **Aptitude by Treatment Interaction (ATI) Forschung**, beispielsweise das aus der Arbeit von Beutler und Clarkin Ende der 90er-Jahre entwickelte Verfahren der *Systematic Treatment Selection* (STS, vgl. Beutler, 2001). Das STS-Modell geht einen Schritt weiter als störungsspezifische Behandlungsleitlinien, indem es nicht Diagnosen allein als die für eine Indikationsentscheidung wesentlichen Unterscheidungsmerkmale betrachtet, sondern darüber hinaus auch eine Reihe weiterer Dimensionen berücksichtigt, etwa Bewältigungsstil und Widerstandsneigung des Klienten, soziale Unterstützung und Beziehungsprobleme. Das Rational dahinter lautet ungefähr so: Ist einmal erforscht, bei welchen spezifischen Klientenmerkmalen welche Interventionsarten (einsichtsorientiert, verhaltensorientiert, psychosozial, medikamentös), Interventionsstile (z.B. mehr oder weniger direktiv) oder Therapiesettings (stationär, ambulant, Einzel- vs. Gruppensetting) in der Regel zu besonders guten oder schlechten Therapieverläufen führen, können Interventionen später gezielt danach ausgewählt werden, was für Merkmale ein bestimmter Klient mitbringt. Auf der Grundlage systematischer Studien und Kreuzvalidierungen wurden inzwischen prädiktive Algorithmen entwickelt, die es im Einzelfall ermöglichen, Interventionsmerkmale zu identifizieren, die am ehesten erfolgversprechend sind. Statt erst dann einzugreifen, wenn eine Therapie zu misslingen droht oder bereits gescheitert ist, können hier also schon im Vorhinein diejenigen Interventionen ausgewählt werden, die am wahrscheinlichsten zum Erfolg führen.

10.4.2 Regelmäßig Feedback einholen

In den Interviews wurde deutlich, dass Klienten häufig Schwierigkeiten haben, ihren Therapeuten mitzuteilen, wenn sie irritiert, verärgert und verletzt sind oder das Gefühl haben, dass es ihnen schlechter geht. Dies mag zu einem gewissen Anteil damit zusammenhängen, dass es einigen Klienten generell schwer fällt, anderen Menschen gegenüber Bedürfnisse oder Kritik zu äußern. Andererseits fließt die Therapiebeziehung, insbesondere die an sie herangetragene Erwartung eines klar definierten Experten-Laien-Gefälles, Klienten oftmals so viel Respekt ein, dass sie nicht wagen, zu widersprechen oder das Vorgehen des Therapeuten in Frage zu stellen (vgl. Rennie, 1994). Dieser Umstand verschafft insbesondere Qualitätssicherungsansätzen Berechtigung, die es ermöglichen, Therapeuten auf anderem Wege Rückmeldungen über Befinden und Behandlungsfortschritte ihrer Klienten zukommen zu lassen. Hierzu zählen die aktuell an Bedeutung gewinnenden **Monitoring- und Feedbacksysteme**, wie sie auch im Rahmen der patientenorientierten Versorgungsforschung zum Einsatz kommen. Messverfahren, die sich zum Monitoring des Therapieverlaufs eignen, sind zum Beispiel sog. *Stundenbögen*, in denen die unmittelbaren Auswirkungen einzelner Sitzungen sowie die Qualität der therapeutischen Beziehung aus Klienten- und Therapeutenperspektive eingeschätzt werden (vgl. Hank & Krampen, 2008; Regli & Grawe, 2000; Stiles, Reynolds, Hardy, Rees, Barkham & Shapiro, 1994). Ein international viel verwendetes Instrument ist der *Outcome-Questionnaire* (OQ-45, Lambert et al., 1996), der unter anderem die subjektiv eingeschätzte (Symptom-)Belastung, soziale und Beziehungsprobleme sowie Probleme bei der Erfüllung sozialer Rollen erfasst.

Im Grunde scheint es nicht so bedeutend, welches Messverfahren verwendet wird, sondern dass überhaupt eines zum Einsatz kommt. Eine systematische Erfassung von Zwischenergebnissen ist

schon deshalb anzuraten, weil Therapeuten ansonsten Schwierigkeiten haben, negative Reaktionen bei Klienten wahrzunehmen (vgl. Hill, Thompson & Corbett, 1992). Sie haben sich in Untersuchungen als schlechte Prognostiker erwiesen, was die Einschätzung von Misserfolgsraten betrifft und tendieren dazu, den positiven Einfluss der Therapie zu überschätzen (vgl. Hannan, Lambert, Harmon et al., 2005). Außerdem zeigen Befunde, dass Verschlechterungsraten sich in der Tat reduzieren lassen, wenn Therapeuten regelmäßig Rückmeldungen über Sitzungsergebnisse erhalten (vgl. Harmon et al., 2007; Lambert, Whipple & Hawkins, 2005; Norcross, 2002).

Die Einführung systematischer Verlaufsbeobachtung mithilfe psychometrischer Verfahren wird von Therapeuten allerdings nicht vorbehaltlos begrüßt. Die plötzliche Offenlegung der ansonsten im Verborgenen ablaufenden Praxis durch Monitoringmaßnahmen mag bei Therapeuten Angst vor Bewertung und Kontrollverlust schüren (Lambert, Whipple & Hawkins, 2005). Befürchtungen beziehen sich aber auch darauf, dass durch solche Maßnahmen eine externe Kontrolle durch fachfremde Instanzen ermöglicht wird. Kostenträger könnten dann Einfluss auf die Psychotherapie nehmen und Leistungen kürzen, wenn die Zwischenergebnisse des Monitorings beim Klienten eine Symptomverbesserung anzeigen. Weitere Einwände betreffen den zu erwartenden höheren Zeitaufwand und den für Klienten möglicherweise entstehenden Leistungsdruck. Indem jegliche Art von Kritik und Rückmeldungen des Klienten per Fragebögen ausgelagert werden, könnte außerdem das therapeutische Gespräch ausgehöhlt und die Therapiebeziehung gestört werden. Dies ließe sich jedoch umgehen, würden die Ergebnisse der Fragebögen mit den Klienten regelmäßig besprochen und zum Ausgangspunkt gemeinsamer Überlegungen gemacht. Klienten könnten so daran gewöhnt werden, Bedürfnissen und Ärger adäquat Ausdruck zu verleihen und gleichzeitig erfahren, dass ihre Wünsche und Kritik auch ernst genommen werden. Durch den selbstverständlichen Einsatz von Fragebögen zur Beurteilung von Sitzungen dürfte für Klienten zunächst einmal die Hemmschwelle sinken, dem Therapeuten überhaupt Feedback zu geben. Dies scheint vor dem Hintergrund der Ergebnisse in jedem Fall erstrebenswert. Alternativ zum Einsatz von Stundenbögen wäre natürlich auch denkbar, Klienten von Anfang an daran zu gewöhnen, ihre Meinung und Bedürfnisse im direkten Kontakt zu äußern; indem man ihnen unmissverständlich signalisiert, dass Rückmeldungen aller Art erwünscht und notwendig sind und deshalb in der Therapie einen festen Platz haben sollen.

10.4.3 Mit schwierigen Therapiesituationen flexibel umgehen

An den Ergebnissen zu destruktiven Verläufen ist zu erkennen, dass bei weitem nicht alle Therapiemisserfolge durch Selektionsmaßnahmen a priori zu verhindern wären, sondern dass es oftmals auch darauf ankäme, während des Therapieprozesses Anpassungen vorzunehmen. Therapien können mit einem guten Beziehungsaufbau beginnen und das Wohlbefinden eines Klienten zunächst steigern. Und trotzdem kann es zu einem späteren Zeitpunkt zu Konflikten oder unbegriffenen Wiederholungen kommen, die, wenn sie nicht gemeinsam gelöst werden, das therapeutische Klima verderben und den Klienten sogar schädigen können. Solche Vorgänge lassen sich kaum verhindern. Entscheidend ist jedoch, dass Therapeuten damit umgehen können. Schlüssel hierzu können Qualitätssicherungsansätze sein, die **Flexibilität und Vielseitigkeit** bei Therapeuten fördern. Dies kann in der Ausbildung geschehen, indem angehende Therapeuten zum Beispiel mit

vielen verschiedenen Klienten und Problemkonstellationen in Berührung kommen und nicht nur ein beschränktes Repertoire an Techniken erlernen (vgl. McLellan, 1996). Für den Bereich der Psychoanalyse fordert Casement (2002) eine weniger dogmatische Vermittlung von Lehrinhalten und kritisiert als typische Fehlentwicklungen überzogene Selbstsicherheit bezüglich der eigenen Deutungsmacht und Rigidität in der Behandlung, durch die auf Klienten Druck ausgeübt wird. Stattdessen schlägt er vor, häufiger die Perspektive des Klienten einzunehmen: „to re-think from the patient’s point of view what I have just said, or have it in mind to say, regarding myself critically and from within the sensitivities of the particular patient“ (ebd. S.5).

Auch eine **gezielte Vorbereitung auf schwierige Klienten und Therapiesituationen** könnte sich auszahlen, um im Bedarfsfall die richtigen Weichen stellen zu können. Während das „Schwierige“ im Klienten häufig bestimmten Diagnosen zugeordnet wird, ist Kowarowsky (2005) der Meinung: „Den schwierigen Patienten gibt es nicht“ (ebd., S. 13). Erst Persönlichkeitsaspekte, Handlungen und Motive aller Beteiligten, der spezifische situative Kontext sowie Wechselwirkungen zwischen Klient, Therapeut und Situation tragen dazu bei, dass ein Klient als schwierig erlebt wird. Um Therapeuten für diese verschiedenen Ebenen im Interaktionsprozess zu sensibilisieren, schlägt der Autor Übungen vor, um festgefahrene Bilder vom Klienten zu relativieren, eigene persönliche Verstrickungen zu entdecken und steckengebliebene Therapieprozesse wieder zu verflüssigen. Für die Psychoanalyse empfehlen Gelso & Hayes (2001) ein gezieltes Gegenübertragungsmanagement (*countertransference management*), dessen Einsatz Forschungsbefunden zufolge zu einem besseren Therapieergebnis beiträgt. Es soll Therapeuten in die Lage versetzen, eigene Gegenübertragungsreaktionen zurückzuhalten anstatt diese auszuagieren¹⁴.

In den Interviews hat sich gezeigt, dass es in der Therapie besonders dann schwierig wird, wenn maladaptive Denk- und Beziehungsmuster eines Klienten bestätigt werden, indem sich unbemerkt Erfahrungen wiederholen, die dem Leiden des Klienten zugrundeliegen. Demzufolge erscheint es sinnvoll, solche Denk- und Beziehungsmuster möglichst früh in der Therapie zu entdecken. Dies kann beispielsweise durch die Anwendung einer **Schemaanalyse** (Grawe et al., 1996) zu Therapiebeginn geschehen. Als Erweiterung der verhaltenstherapeutischen Plananalyse dient sie dazu, das konkrete „Verhalten in Situationen“ sowie bewusste oder unbewusste Regeln und Pläne eines Klienten auf dahinterliegende Grundbedürfnisse zurückzuführen. Die Schemaanalyse bildet den Ausgangspunkt für eine gezielte motivorientierte Beziehungsgestaltung, in der sich der Therapeut überlegt, wie er dafür sorgen kann, dass die wichtigsten Grundbedürfnisse des Klienten befriedigt werden. Dies entspricht im Prinzip dem psychoanalytischen Ansatz, einem Klienten durch eine besondere Form der Beziehung korrektive emotionale Erfahrungen zu ermöglichen und damit eine *Neubeelterung*

¹⁴ Zum *countertransference management* gehören fünf zusammenhängende Faktoren, die mit dem *Countertransference Factors Inventory* (CFI; Van Wagoner et al., 1991) erfasst werden können: Der Therapeut muss hiernach dazu fähig sein, 1. eigene Gefühle und auch Gegenübertragungsgefühle wahrzunehmen und deren Ursprung zu verstehen (*therapist self-insight*), 2. eigene Grenzen zu erkennen und sich von anderen abzugrenzen (*therapist self-integration*); 3. Angst zuzulassen, sie aber auch zu kontrollieren und zu verstehen (*anxiety management*); 4. sich in den Klienten hineinzuversetzen und auf dessen Bedürfnisse auch dann zu fokussieren, wenn die Arbeit schwer fällt (*empathy*) und 5. die Beziehungsdynamik des Klienten theoretisch zu fassen (*conceptualizing ability*).

einzuleiten. Entscheidend ist auch hier, die grundlegenden Beziehungsmuster eines Klienten zu identifizieren. Während der Therapie ergibt sich hierzu insbesondere immer dann Gelegenheit, wenn es in der Therapiebeziehung zu plötzlichen Spannungen (*strains*, Bordin, 1994), Pattsituationen (*impasses*, Elkind, 1992) oder Brüchen (*alliance ruptures*, Safran & Muran, 2000) kommt (vgl. auch Aspland, Llewelyn, Hardy, Barkham & Stiles, 2008; Sommerfeld, Orbach, Zim & Mikulincer, 2008). Das Aufspüren von Beziehungsmustern kann dabei durch **Metakommunikation** geschehen:

Metacommunication consists of an attempt to step outside of the relational cycle that is currently being enacted by treating it as the focus of collaborative exploration: that is, communicating about the transaction or implicit communication that is taking place. This can be thought of as a type of mindfulness in action. (Safran & Muran, 2000, S. 108)

Was in einem Moment im „Jetzt und Hier“ zwischen Therapeut und Klient abläuft, kann so in einem Prozess gemeinsamer Reflexion analysiert und mit biografischen Daten oder früheren Beziehungserfahrungen des Klienten in Verbindung gebracht werden. Mit der Entdeckung bedeutsamer Interaktionsmuster und der Erkenntnis ihres lebensgeschichtlichen Entstehungszusammenhangs ist der erste Schritt getan, um ihren Einfluss auf das aktuelle Leben des Klienten zu mindern und neue Beziehungs- und Verhaltensformen zu bahnen. Während ungeklärte Missverständnisse und Konflikte häufig einen Abbruch seitens des Klienten nach sich ziehen, kann die Auflösung und konstruktive Wendung solcher Ereignisse den Therapieprozess nicht nur aus Pattsituationen retten, sondern die Therapiebeziehung auch elementar festigen (vgl. Rhodes, Hill, Thompson & Elliott, 1994). Da *alliance ruptures* für Therapeuten nicht immer offensichtlich sind, wird inzwischen auch versucht, sie mit spezifischen Items in Post-Session-Fragebögen zu erfassen.

10.4.4 Externe Korrektive nutzen

Insbesondere diejenigen Klientenerfahrungen, die bei der Auswertung der Kategorie AGIEREN STATT VERSTEHEN zugeordnet wurden oder die von zu großer Nähe oder zu geringer Distanz in der Therapiebeziehung berichten, werfen Licht auf die Notwendigkeit, sich als Therapeut immer wieder selbst zu hinterfragen. Die in der Psychotherapieausbildung obligatorische **Selbsterfahrung** und eventuelle **Eigentherapie** können hierzu einen Grundstein legen. Wo Therapeuten nicht weiter wissen, sich in der Therapiebeziehung persönlich verstricken oder mit Klienten in wiederkehrende Konflikte geraten, sollten darüber hinaus **Supervision** oder **Intervision** als Möglichkeiten in Betracht gezogen werden:

Ob wir nun Opfer unseres eigenen Machbarkeitswahns sind oder ob wir eine Gegenübertragung nicht erkennen und deshalb emotional in eine Falle treten, beide Male fehlt uns der „objektive Blick“ auf uns selbst bzw. auf unsere Arbeit, und beide Male kann uns eine genügende Selbstreflexion aus der Blockade heraus helfen. (Brühlmann-Jecklin, 2002, S. 342)

Insgesamt scheint das Potenzial von Supervision noch nicht recht ausgeschöpft zu sein. Zwar werden Therapeuten, die sich noch in Ausbildung befinden, sehr regelmäßig und dicht supervidiert; in der späteren Berufspraxis besteht (außer im Rahmen von Gesprächspsychotherapie) für Therapeuten jedoch keine generelle Verpflichtung zur Supervision. Forschungsergebnisse belegen durchaus positive Effekte der Supervision auf die therapeutische Kompetenz von Supervisanden (vgl.

Auckenthaler, 2002). Ihre Auswirkung auf das Wohlergehen des Klienten ist jedoch unklar. Bislang existieren auch keine Standards, wie Supervision durchgeführt werden soll, zumindest aber Forschungsergebnisse, wonach sich die Effektivität von Supervisoren durch Training steigern lässt (Nolan, Strassle, Roback & Binder, 2004).

Ein Vorteil von Intervision gegenüber Supervision mag darin liegen, dass Therapeuten hier weniger den Eindruck zu vermitteln suchen, dass sie „alles im Griff“ haben. Gegenüber gleichgestellten Kollegen werden Fehler eher zugegeben, emotionale Unterstützung bereitwilliger in Anspruch genommen und Anstöße zur Selbstreflexion weniger als Beurteilung erlebt als gegenüber den in der Regel erfahreneren und höher positionierten Supervisoren. Omer (2000) schlägt vor, im Falle verfahrener Therapiesituationen regelhaft eine externe kollegiale Besprechung abzuhalten, in welcher die Situation gemeinsam analysiert und eine kritische Intervention erarbeitet wird, um die Therapie wieder in Gang zu bringen.

Für Klienten wie Helga H., die Angst davor haben, sich einem „im stillen Kämmerlein“ agierenden Therapeuten auszuliefern, wäre zudem eine dritte Instanz wichtig, die bei Bedarf zwischen Therapeut und Klient vermitteln und bei Schwierigkeiten helfen kann. Eine in Deutschland noch wenig bekannte, aber überdenkenswerte Ressource dürfte hier die von Elkind (1992) konzipierte **Therapieberatung** darstellen. Während schwieriger Therapiephasen, oder nachdem eine Therapiebeziehung bereits zerbrochen ist, kann diese Klient und Therapeut dabei unterstützen, ein konzeptuelles Verständnis davon zu erlangen, was geschehen ist. Dazu werden Problemsituationen in der Therapie auf Verletzlichkeiten, Beziehungsstile und Selbstrepräsentationen *beider* Beteiligten hin analysiert, die in der Kindheit geprägt wurden und in der Therapiebeziehung ihren Niederschlag gefunden haben. Hierin kommt ein erweitertes Psychotherapieverständnis zum Ausdruck – „one that includes the mutual relational impact of patient and therapist in addition to the model of a professional with expertise and experience providing a service to a patient“ (ebd., S. 213).

10.4.5 Aus Fehlern lernen

Zwar werden sich therapeutische Misserfolge entgegen aller ehrgeizigen Bemühungen auch zukünftig nicht vollends verhindern lassen. Wenn sie aber schon geschehen, sollte man doch zumindest aus ihnen schlauer werden dürfen. Therapieabbrüche angehender Psychotherapeuten werden in einigen Ausbildungsinstituten zwar standardisiert dokumentiert und mit Supervisoren besprochen, so dass ein Lerngewinn daraus eventuell möglich wird. Die Auseinandersetzung mit eigenen Misserfolgen zu Lernzwecken erscheint hier jedoch primär als Zubehör der Ausbildungszeit. Die systematische Besprechung und Darstellung (auch) gescheiterter Fälle oder Theorieseminare, die explizit Misserfolge und negative Effekte in der Praxis beleuchten, finden nur selten einen Platz. Dabei muss gerade eine **fehlerfreundliche Atmosphäre**, d.h. Fehlertoleranz und Enttabuisierung von Fehlern als wichtige entwicklungs- und lernförderliche Rahmenbedingung der Aus- und Weiterbildung von Therapeuten erachtet werden (vgl. Kleiber & Kuhr, 1988).

Auch außerhalb der Ausbildung, unter Kollegen, auf Kongressen und in Publikationen herrscht eine weitgehende Verschwiegenheit über Versagen und Fehler in der Psychotherapie, und es überwiegen deutlich Erfolgspräsentationen. Mit dieser Gesinnung tun sich Therapeuten allerdings

keinen Gefallen. Sie „bauen sich gegenseitig einen Popanz therapeutischer Allmacht auf, der dazu führt, dass jeder seine eigenen Misserfolge nur im Dialog mit sich bearbeitet und damit die Lernchance einer Gruppe – unterschiedliche Perspektiven, Einschätzungen und Attribuierungen – und damit Kompetenzerweiterungen, ungenutzt bleibt“ (Ritscher, 1987, S. 225). Gerade das dauerhafte Alleinsein mit Misserfolgen kann nach Ritscher (ebd.) jedoch in einen „depressiv-resignativen Knoten“ münden, der dazu führt, dass Therapeuten sich weniger engagieren, problematische Therapiesituationen schleifen lassen und Fälle routinemäßig abwickeln, was dann die Aussicht auf Misserfolg erst recht erhöht.

Tatsächlich bestehen vielfältige Möglichkeiten, die professionelle und persönliche Entwicklung durch die Konfrontation mit Unvollkommenheiten anzustoßen und Fehler in der Behandlung produktiv zu bearbeiten. Kottler & Blau (1991) definieren das Idealbild des *reflexiven Therapeuten*, der sich über die Auseinandersetzung mit Erfahrungen des Scheiterns und eigenen Schwächen fortlaufend weiterentwickelt und sich von Selbstüberschätzungen und Allmachtsfantasien zunehmend entfernt (ebd., S. 11). In *Bad therapy: Master therapists share their worst failures* versammeln Kottler & Carlson (2003) Beiträge namhafter Psychotherapeuten, die ihre „schlechteste Arbeit mit Klienten“ öffentlich zur Verfügung stellen, um aufzuzeigen, dass niemand vor Fehlschlägen gefeit ist. Aus den verschiedenen Falldarstellungen schlussfolgern sie, dass Misserfolge gleich in mehrfacher Hinsicht lehrreich sein können:

- Sie regen zum Nachdenken darüber an, woran genau die Therapie gescheitert ist und was man beim nächsten Mal besser machen könnte (*promoting reflective activity*).
- Sie können als Feedback genutzt werden, um den richtigen Weg zum Erfolg schließlich doch noch zu finden (*providing useful information*).
- Die Erfahrung, dass die eigenen Interventionen bei einigen Klienten nicht funktionieren, führt dazu, dass Therapeuten zukünftig eher von ihrem Vorgehen abweichen und sich mehr auf ihr Gegenüber einstellen (*fostering flexibility*).
- Sie lehren Therapeuten, geduldig zu sein, denn eine Therapie scheitert letztlich immer erst dann, wenn einer der Beteiligten aufgibt (*requiring patience*).
- Misserfolge helfen, eigene Grenzen zu erkennen und narzisstische Größenideen zu verwerfen (*teaching humility*).

Aus den positiven Kontrasterfahrungen, die die Klienten in dieser Studie im Bezug auf frühere oder spätere Therapeuten berichten, ist zu entnehmen, dass sie Menschlichkeit und Authentizität im therapeutischen Kontakt sehr wertschätzen. Zur Veranschaulichung dieser Eigenschaften heben sie oftmals Momente hervor, in denen Therapeuten ihnen gestanden, dass sie etwas falsch gemacht hatten oder in denen sie kleine Versäumnisse einräumten – eben nicht so taten, als seien sie Wesen von übermenschlicher Qualität. Demnach spricht Einiges dafür, auch *Klienten* gegenüber offen mit Fehlern umzugehen. Ihnen ermöglicht dies nicht nur, die Idealisierung des Therapeuten und das von Beginn an starke Gefälle zwischen Therapeut und Klient zu relativieren. Es kann auch ihr Vertrauen in den Therapeuten stärken und damit die Therapiebeziehung festigen (vgl. Brühlmann-Jecklin, 2002).

10.5 Fazit und Ausblick

Das verhängnisvolle Zusammenspiel von Aspekten des therapeutischen Angebots und Klientenmerkmalen zeichnet alle Therapiemisserfolge aus, die Gegenstand dieser Untersuchung sind. Ob sich die beschriebenen Verlaufsformen des Scheiterns und ihre spezifischen Konstellationen studienübergreifend als relevant erweisen und wie sie sich im Bezug auf andere Therapiekontexte (z.B. stationäre Settings) gegebenenfalls konkretisieren lassen, sind offene Forschungsfragen.

Weil das Misslingen einer Psychotherapie auch von den Erwartungen, Bedürfnissen, Denk- und Beziehungsmustern abhängt, die ein Klient mitbringt, ist es letztendlich immer ein persönliches Schicksal und nur in dem Maße verallgemeinerbar, wie sich Klientengruppen mit ähnlichen Erwartungen, Bedürfnissen, Denk- und Beziehungsmustern ausmachen lassen. Inwieweit solche Voraussetzungen regelhaft mit bestimmten Diagnosen oder biografischen Schlüsselerfahrungen einhergehen, ist ebenfalls empirisch zu prüfen.

Erst wenn Therapeuten in der Lage sind, die „Brille“ des Klienten aufzusetzen, die grundlegenden Prinzipien zu verstehen, nach denen ein Klient denkt, fühlt und handelt, können sie auch einschätzen, welches therapeutische Vorgehen, welche Art der Beziehungsgestaltung dem Klienten den richtigen Weg für Veränderung ebnet wird. Und erst dann können sie auch absehen, welche Interventionen, kleinen Nachlässigkeiten oder unbedachten Worte sich möglicherweise nachteilig auf das Wohl des Klienten auswirken werden.

Dennoch ist nicht genüge damit getan, eine treffende Fallkonzeption erarbeitet und die Muster oder Schemata des Klienten einmal durchleuchtet zu haben. Sondern es kommt darauf an, sich dieses Wissen auch in schwierigen Therapiemomenten präsent zu halten, Verführungen zu spontanem Agieren zu widerstehen und eigene Anteile am Geschehen zu reflektieren. Wer nur den Klienten genau kennt, nicht aber sich selbst, bleibt letztlich auf einem Auge blind.

Für die Forschung ergeben sich hieraus eine Reihe weiterer Aufträge, etwa zu untersuchen, wann und in welchem Ausmaß sich Therapeuten während des Therapieprozesses ihrer eigenen Denk- und Beziehungsmuster bewusst sind, ob sich die gezielte Reflexion darüber positiv auf Therapieprozess und -ergebnis auswirkt und was passiert, wenn sich Therapeuten und Klienten in ihren Denk- und Beziehungsmustern stark ähneln.

Ein weiteres Thema, über das es sich zumindest nachzudenken lohnt, betrifft die Frage nach *Verursachung und Verantwortung* von Therapiemisserfolgen. Die Frage nach den genauen Ursachen eines Therapiemisserfolgs, also zum Beispiel danach, wie schwerwiegend die Ausgangsprobleme des Klienten tatsächlich waren, welche Relevanz therapieexterne Belastungen für das Scheitern der Therapie hatten und welchen Beitrag das therapeutische Vorgehen selbst dazu leistete, kann mit der in dieser Untersuchung eingesetzten Methodik nicht geklärt werden. Es soll aber zumindest darauf hingewiesen werden, dass sich die Interviewpartner erheblich darin unterscheiden, ob sie die Hauptverantwortung eher sich selbst und gegebenenfalls Außenbedingungen oder der Therapie selbst zuschreiben. Dies kann bedeuten, dass therapieinterne und externe Bedingungen bei den Klienten in der Tat unterschiedlich starken Einfluss hatten. Es kann aber auch bedeuten, dass einige Klienten ihrem Therapeuten (Mit-)Schuld geben können oder möchten, während andere Klienten meinen, ihren Therapeuten schützen zu müssen. Besondere Aufmerksamkeit verdient in dieser

Hinsicht Sophia Q.: Ihrem ersten Therapeuten habe es, wie sie im Interview schildert, an Menschlichkeit gemangelt. Der zweite, noch sehr unerfahrene Psychotherapeut habe sie zum Widerstand gegen ihre Chefin animiert, woraufhin diese ihr Arbeitsverhältnis fristlos kündigte. Hier datiert sie auch den Beginn ihrer Klinikkarriere, die sie interessanterweise jedoch nicht im Zusammenhang mit der Therapie sieht. Ihr dritter Therapeut habe durch ein gut gemeintes Telefonat ihre Cousine und mitwissende Witwe ihres gewalttätigen Missbrauchers dazu veranlasst, alte Feuden neu zu beleben. Dies habe so schwer auf ihrer Seele gelastet, dass sie in der Therapie nicht darüber hinweggekommen sei und wieder in die Klinik musste. Die Ausschließlichkeit, mit der Sophia Q. ihren Therapeuten jegliche Mitverantwortung an der Verschlechterung ihres Befindens (immerhin zweimal mit anschließender Klinikeinweisung) abspricht, macht zumindest nachdenklich und kann möglicherweise im Zusammenhang mit ihrer Missbrauchsgeschichte gesehen werden, innerhalb derer sie lernte, „dass ich verzeihe, ist ja sowieso selbstverständlich“ (Sophia Q., 497) und „dass es mir schlecht geht, war ich gewohnt“ (ebd., 302).

Angesichts der teils vehementen Schadensfolgen von Psychotherapien ist die Suche nach dem Verantwortlichen ein nachvollziehbares Anliegen, und man ist (je nach Standpunkt) schnell dazu verleitet, in den Daten „Indizien“ dafür zu sammeln, dass ein Therapeut oder Klient im Fall X schuldig oder unschuldig ist. Wie inzwischen deutlich geworden sein sollte, liegen die für einen Therapiemisserfolg maßgeblichen Bedingungen im Wirkungsfeld zwischen therapeutischem Angebot und Voraussetzungen des Klienten. Beide sind notwendige Bestandteile des Scheiterns, das eine ist ohne Bezug auf das andere vergleichsweise belanglos. Dies bedeutet aber nicht, dass Klient und Therapeut demnach gleichermaßen für das Scheitern der Therapie verantwortlich sind. Das Phänomen des verhängnisvollen Zusammenspiels darf nicht dahingehend falsch verstanden werden, dass sich dadurch zugleich auch die Schuldfrage erübrigt. Diese ist schließlich eine ganz andere und bedarf im Ernstfall einer juristischen Klärung unter Einbeziehung objektivierbarer Daten. Davon abgesehen wäre es natürlich grundsätzlich fragwürdig, Klienten für ihre Denk- und Beziehungsmuster ebenso zur Verantwortung ziehen zu wollen wie einen Psychotherapeuten für sein professionelles Fehlhandeln. Unter den Aspekten des therapeutischen Vorgehens, die von den Klienten im Zusammenhang mit dem Scheitern der Therapie genannt wurden, waren durchaus auch solche, die im Hinblick auf rechtliche Rahmenbedingungen und psychotherapeutische Berufsordnungen als klarer Regelverstoß, in manchen Fällen zumindest als grenzwertig zu bezeichnen sind. Ihre zerstörerische Rolle im Therapieprozess schien aber weniger etwas damit zu tun zu haben, dass der Therapeut hier „objektiv“ falsch handelte. Manchen Klienten war dies während der Therapie offenbar auch gar nicht bewusst. Das Verheerende an diesen Regelübertretungen schien eher zu sein, dass sie einen spezifischen Bezug zu der Problematik des Klienten aufwiesen und sich so, egal ob vom Klienten als Regelverstoß eingeordnet oder nicht, in die Reihe all derer Therapiebedingungen eingliederten, die mit den Voraussetzungen des Klienten so ungünstig ineinandergriffen. Damit soll aber eben nicht behauptet werden, dass Regelverstöße an sich kein Problem darstellen, sondern nur, dass sie besonders problematisch offenbar dann sind, wenn das, was dem Klienten dadurch widerfährt, ein Denk- oder Beziehungsmuster verfestigt, welches ihm ohnehin schon Schwierigkeiten bereitet. Leicht zu veranschaulichen ist dies am Beispiel sexuellen Missbrauchs in der Therapie. Dieser gilt als klarer

Verstoß gegen die psychotherapeutische Berufsethik und wird strafrechtlich sanktioniert. Allerdings ist vorstellbar, dass er ganz besonders gravierendere Auswirkungen hat, wenn eine davon betroffene Klientin bereits Missbrauchserfahrungen in die Therapie mitbringt, wenn sie dazu neigt, sich an allem selbst die Schuld zu geben und sich schlecht von anderen abgrenzen kann. Auch hier ist es das Zusammenspiel von Therapiebedingungen und Voraussetzungen der Klientin, welches das Ausmaß der negativen Folgewirkungen erklären kann. Die *Schuld* liegt hingegen eindeutig beim Therapeuten, denn selbst wenn die Klientin ihrerseits Annäherungsversuche unternommen haben sollte, ist es seine klar definierte Aufgabe, rechtzeitig die notwendigen Grenzen zu setzen.

Zusammenfassung

Die Dissertation beginnt mit einer Einführung in den Forschungsgegenstand, in der verschiedene Definitionen, Indikatoren und Erklärungsmodelle zu Therapiemisserfolg vorgestellt werden. Im Anschluss wird der Forschungsstand zu Therapiemisserfolgen und negativen Therapieeffekten referiert. Der Überblick nimmt seinen Ausgang bei Forschungsergebnissen zur Häufigkeit und Verbreitung von Therapiemisserfolgen und befasst sich im Weiteren mit Bedingungen, die Therapiemisserfolge nachweislich begünstigen oder deren Eintreten zuverlässig voraussagen können. Schließlich wird auch auf die Ergebnisse der bislang seltenen Studien eingegangen, die sich mit der Sicht der Klienten auf Therapiemisserfolg auseinandergesetzt haben. Dem Forschungsüberblick folgen Erläuterungen zur juristischen Relevanz von Therapiemisserfolgen und den rechtlichen Rahmenbedingungen, die ethisch korrektes psychotherapeutisches Handeln gewährleisten sollen. Über diese gesetzlichen Regelungen hinaus lassen sich auch Ansätze zur Optimierung therapeutischen Handelns im Sinne einer Prävention von Therapiemisserfolgen verstehen und finden daher ebenfalls Erwähnung. Hierzu gehören zum einen innovative sowie traditionelle Maßnahmen der Qualitätssicherung, zum anderen die Erforschung von Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention. Zentrale Schlussfolgerungen aus dem Theorieteil der Arbeit betreffen die weitgehende Vernachlässigung der Klientenperspektive sowie die mangelnde Berücksichtigung ansatzübergreifender Aspekte in der bisherigen Misserfolgsvorschung. Hieraus wird die Fragestellung einer qualitativen Studie abgeleitet, deren Vorgehen und Ergebnisse im empirischen Teil der Dissertation präsentiert werden. Zielstellung war zu untersuchen, wie Klienten Therapiemisserfolg erleben und inwieweit ihre Erfahrungen über verschiedene Therapieansätze hinweg vergleichbar sind. Hierzu wurden problemzentrierte Interviews mit 20 Klienten durchgeführt, die eine zurückliegende Psychotherapie als misslungen einschätzten. Die Interviewtranskripte wurden in Anlehnung an die Forschungsstrategie der Grounded Theory ausgewertet. Die Ergebnisse zeigen, dass sich die berichteten Therapiemisserfolge unabhängig vom jeweiligen Therapieansatz 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. Es lassen sich dabei zwei Verlaufsformen des Scheiterns voneinander abgrenzen, die mit unterschiedlich gravierenden Folgen für die Klienten verbunden sind. Die Verlaufsform **Unproduktivität** zeichnet sich durch eine fehlende Passung von therapeutischem Angebot und Erwartungen bzw. Anliegen der Klienten aus und führt weder zu positiven noch zu ernsthaft negativen Veränderungen. Die Klienten gewinnen in der Therapie keine neuen Deutungs- oder Handlungsmöglichkeiten und sind darüber in der Regel bloß enttäuscht. Die Verlaufsform **Destruktivität** zeichnet sich hingegen durch eine unbemerkte Wiederholung von Beziehungs- und Lebenserfahrungen aus, die mit den Schwierigkeiten der Klienten in direktem Zusammenhang stehen. Ausschlaggebend hierfür ist das Zusammenwirken problematischer Denk- und Beziehungsmuster der Klienten mit einem therapeutischen Angebot, das diese unglücklicherweise bestätigt. Das Leiden der Klienten wird hierbei noch vergrößert und kann im Extremfall in Dekompensation und Suizidalität münden. Neben den beiden Verlaufsformen des Scheiterns und ihren spezifischen Subtypen werden

auch Übergangsphänomene auf dem Kontinuum zwischen erfolgreichen und misslungenen Therapien beschrieben. In der Diskussion werden die Ergebnisse der Interviewstudie noch einmal in Rekurs auf die Forschungsfragen zusammengefasst und im Hinblick auf mögliche Geltungsbeschränkungen geprüft. Der Nutzen der entwickelten Konzepte wird nachfolgend daran gemessen, wie anschlussfähig diese an andere Forschungsbefunde und Konzepte sind und welche Anregungen sich daraus für Forschung, Theoriebildung und Praxis gewinnen lassen. Welche Maßnahmen zur Qualitätssicherung und Prävention von Therapiemisserfolgen sinnvoll sind, wird hier vor dem Hintergrund der Ergebnisse noch einmal neu ausgehandelt.

Literatur

- Apfel, R. J. & Simon, B. (1985a). Patient-therapist sexual contact: I. Psychodynamic perspectives on the causes and results. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 43, 57-62.
- Arnold, E. G.; Farber, B. A. & Geller, J. D. (2004). Termination, posttermination, and internalization of therapy and the therapist: Internal representation and psychotherapy outcome. In D. P. Charman (Ed.), *Core processes in brief psychodynamic psychotherapy: Advancing effective practice* (pp. 289-308). Mahwah, NJ, US: Lawrence Erlbaum Associates.
- Aspland, H., Llewelyn, S., Hardy, G. E., Barkham, M. & Stiles, W. (2008). Alliance ruptures and rupture resolution in cognitive-behavior therapy: A preliminary task analysis. *Psychotherapy Research*, 18 (6), 699-710.
- Auckenthaler, A. (1989). Das Risiko der klientenzentrierten Psychotherapie oder: Die unsichere Welt der Nacheffekte. In E. Giese & D. Kleiber (Hrsg.), *Das Risiko Psychotherapie* (S. 153-166). Weinheim: Beltz.
- Auckenthaler, A. (1991). Klinische Einzelfallforschung. In U. Flick, E. v. Kardoff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung* (S. 260-263). München: PVV.
- Auckenthaler, A. (1995). *Supervision psychotherapeutischer Praxis. Organisation – Standards – Wirksamkeit*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Auckenthaler, A. (1996). Open rules and open individualized planning. An alternative to a reductionist understanding of therapist actions. In U. Esser, H. Pabst & G.-W. Speierer (Eds.), *The power of the person-centered-approach. New challenges, perspectives, answers* (pp. 55-64). Köln: GwG.
- Auckenthaler, A. (1997). Was bleibt von der Klinischen Psychologie? Medikalisierungstendenzen und ihre Folgen. *Journal für Psychologie*, 5 (3), 63-70.
- Auckenthaler, A. (2000). Die Manualisierung der Psychotherapie: Ziele und Implikationen. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts* (S. 212-223). Tübingen: DGVT.
- Auckenthaler, A. (2002). Forschung zur Supervision von Psychotherapie: Themen und Ergebnisse. *Psychologische Medizin*, 13 (4), 3-7.
- Auckenthaler, A. (2008). Die therapeutische Beziehung in der Gesprächspsychotherapie. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Bd. 2: Spezieller Teil, S. 1195-1211). Tübingen: DGVT.
- Auckenthaler, A. & Bischkopf, J. (2004). Empathie und Akzeptanz in der Verhaltenstherapie: eine Annäherung an die Gesprächspsychotherapie? *Psychotherapie im Dialog*, 5 (4), 388-392.
- Auckenthaler, A. & Helle, M. (2002). Gefühle in der Gesprächspsychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 3 (2), 148-152.
- Ausschusses für Ethik, Berufsordnung und Menschen- und Patientenrechte der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten im Land Berlin (2004). *Kommentar zur Frage der therapeutischen und posttherapeutischen sexuellen Abstinenz*. Zugriff am 6.12.2006 von <http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/rechtliches/kommentare/8-1-2005Kommentar1.pdf>

- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*, 84, 191-215.
- Bastine, R. H. E. (1992). *Klinische Psychologie* (Bd. 2). Stuttgart: Kohlhammer.
- Baumann, U. & Reinecker-Hecht, C. (1998). Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie – Psychotherapie* (S. 346-365). Göttingen: Hans Huber.
- Beck, A. T. & Freeman A. (1999). *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Bell, R. & Evershed, S. (2004). The Management of Difficult Clients. In A. Needs & G. Towl (Eds.), *Applying psychology to forensic practice* (pp. 82-96). Malden, MA, US: Blackwell Publishing.
- Benjamin, L. S. (1974). Structural analysis of social behaviour. *Psychological Review*, 81, 392-425.
- Bents, H., Frank, R. & Rey, E.-R. (Hrsg.). (1996). *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie*. Regensburg: Roderer.
- Bergin, A. E. (1971). The evaluation of therapeutic outcomes. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 217-270). New York: Wiley.
- Bergin, A. E. & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 139-190). New York: Wiley.
- Bergold, J. B. & Flick, U. (Hrsg.). (1987). *Einsichten: Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung*. Tübingen: DGVT.
- Berns, I. & Stellpflug, M. (2006). Muster-Berufsordnung. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 18-21.
- Bertram, H. & Borgmann, G. (2005). Vier Jahre Psychotherapeutenkammer Berlin. *Rundbrief der Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichentherapeuten im Land Berlin*, 5, 9-18.
- Berzins, J. I., Bednar, R. L. & Severy, L. J. (1975). The problem of intercourse consensus in measuring therapeutic outcomes: New data and multivariate perspectives. *Journal of Abnormal Psychology*, 84, 10-19.
- Beutler, L. E. (2001). Comparisons among quality assurance systems: From outcome assessment to clinical utility. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 2, 197-204.
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. et al. (2004). Therapist Variables. In M. L. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 227- 306). New York: Wiley.
- Binder, U. & Binder, J. (1991). Die Macht – Ohnmachtproblematik. In U. Binder & J. Binder (Hrsg.), *Studien zu einer störungsspezifischen klientenzentrierten Psychotherapie* (S. 211-247). Eschborn bei Frankfurt a. M.: Dietmar Klotz.
- Bittner, U. (1981). Ein Klient wird „gemacht“. In E. v. Kardorff & E. Koenen (Hrsg.), *Psyche in schlechter Gesellschaft* (S. 103-137). München: Urban & Schwarzenberg.
- Blennerhassett, R. C. & O'Raghallaigh, J. W. (2005). Dialectical behaviour therapy in the treatment of borderline personality disorder. *British Journal of Psychiatry*, 186 (4), 278-280.
- Bouhoutsos, J., Holroyd, J., Lerman, H., Forer, B. & Greenberg, M. (1983). Sexual intimacy between psychotherapists and patients. *Professional Psychology: Research & Practice*, 14 (2), 185-196.

- Bohus, M., Haaf, B. & Simms, T. (2004). Effectiveness of inpatient dialectical behavioural therapy for borderline personality disorder: A controlled trial. *Behaviour Research and Therapy*, 42 (5), 487-499.
- Bordin, E. S. (1994). Theory and research on the therapeutic working alliance: New directions. In A. O. Horvath & L. S. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research, and practice* (pp. 13-37). New York: Wiley.
- Bozok, B. & Bühler, K.-E. (1988). Wirkfaktoren der Psychotherapie – spezifische Einflüsse und unspezifische Einflüsse. *Fortschritte der Neurologie und Psychiatrie*, 56, 119-132.
- Breuer, F. (Hrsg.). (1996). *Qualitative Psychologie. Grundlagen, Methoden und Anwendungen eines Forschungsstils*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Breuer, F. (1991). *Wissenschaftstheorie für Psychologen. Eine Einführung* (5. verbesserte Aufl.). Münster: Aschendorff.
- Brühlmann-Jecklin, E. (2002). Mangelnde Selbstreflexion als Hauptursache von Fehlern in der psychotherapeutischen Arbeit. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 333-354). Mainz: Grünewald.
- Buckley, P., Karasu, T. & Charles, E. (1981). Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 18, 299-305.
- Bundespsychotherapeutenkammer (2006). Muster-Berufsordnung für die Psychologischen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 37-41.
- Bundespsychotherapeutenkammer (o.A.). Rechtliche Rahmenbedingungen für Vertragspsychotherapeuten. Zugriff am 30.04.2008, von http://www.bptk.de/psychotherapie/themen_von_a_z/rechtliche_rahmenbedingungen_fuer_vertragspsychotherapeuten
- Bugental, J. F. (1988). What is „failure“ in psychotherapy? *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 25, 532-535.
- Burr, V. (1998). *An Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge.
- Busch, I. & Lemme, R. (1992). *Schulenspezifische Unterschiede hinsichtlich der Einstellung der Therapeuten zur Wirkung von Psychotherapie?* Unveröffentlichte Diplomarbeit, Technische Universität Berlin.
- Casement, P. (2002). *Learning from Our Mistakes. Beyond Dogma in Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Caspar, F. (2008). Diagnostik motivorientierter Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie. *Klinische Diagnostik und Evaluation*, 1, 328-342.
- Clarkin, J. F. & Levy, K. N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In M. L. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 194- 226). New York: Wiley.
- Coleman, S. B. (Hrsg.). (1985). *Failures in family therapy*. New York: Guilford Press.
- Connell, J., Grant, S. & Mullin, T. (2006). Client initiated termination of therapy at NHS primary care counselling services. *Counselling and Psychotherapy Research*, 6 (1), 60-67.

- Conrad, A. (2003). *Von der Störungsbeseitigung zur Bedeutungskonstruktion. Erzählungen über Wirksamkeit in der Psychotherapie. Eine qualitative Studie*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Freie Universität Berlin.
- Conrad, A. (2005). Bedeutungswandel und Therapieerfolg. Was kontrollierten Effektivitätsstudien entgeht. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 29 (2), 69-89.
- Conrad-Müller, G., Kessler, B. & König-Fuchs, C. (1985). Therapeutischer Erfolg und Misserfolg. Kausalattribution von Therapeuten und Beratern. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4 (4), 397-408.
- Conte, H. E. & Karasu, T. B. (1990). Malpractice in psychotherapy: an overview. *American Journal of Psychotherapy*, 44, 232-246.
- Deardorff, W. W., Cross, H. J. & Hupprich, W. R. (1984). Malpractice liability in psychotherapy: Client and practitioner perspectives. *Professional Psychology: Research & Practice*, 15 (4), 590-600.
- De Shazer, S. (1992). *Wege der erfolgreichen Kurztherapie* (4. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta
- Dick, A., Grawe, K., Regli, D. & Heim, P. (1999). Was sollte ich tun, wenn...? Empirische Hinweise für die adaptive Feinsteuerung des Therapiegeschehens innerhalb einzelner Sitzungen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31, 253-279.
- Dierbach, H. (2006). Wenn Therapeuten krank machen. *Stern*, 51, 52-64.
- Dörken, H. (1990). Malpractice claims experience of psychologists: Policy issues, cost comparisons with psychiatrists, and prescription privilege implications. *Professional Psychology: Research & Practice*, 21 (2), 150-152.
- Drigalski, D. v. (1980). *Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse*. Frankfurt: Ullstein.
- Duncan, B. L., Hubble, M. A. & Miller, S. D. (1998). „Aussichtslose Fälle“. *Die wirksame Behandlung von Psychotherapie-Veteranen*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Durre, L. (1980). Comparing romantic and therapeutic relationships. In K. S. Pope (Hrsg.), *On love and loving: Psychological perspectives on the nature and experience of romantic love* (pp. 228-243). San Francisco: Jossey-Bass.
- Eaton, T., Abeles, N. & Gutfreund, M. (1993). Negative Indicators, Therapeutic Alliance, and Therapy Outcome. *Psychotherapy Research*, 3 (2), 115-123.
- Ehlert, M. (1990). Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie. *Report Psychologie*, 15 (11/12), 10-16.
- Elliott, R. (2008). Research on client experiences of therapy: Introduction to the special section. *Psychotherapy Research*, 18 (3), 239-242.
- Elkind, S. N. (1992). *Resolving impasses in therapeutic relationships*. New York: Guilford press.
- Fäh, M. (2002). Wenn Analyse krank macht. Methodenspezifische Nebenwirkungen psychoanalytischer Therapien. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 109-147). Mainz: Grünewald.
- Fairweather, G., Simon, R., Gebhard, M. E., Weingarten, E., Holland, J. L., Sanders et al. (1960). Relative effectiveness of psychotherapeutic programs: A multicriteria comparison of four programs for three different patient groups. *Psychological Monographs: General and Applied*, 74, 5 (Whole No. 492).

- Farber, B. A., Berano, K. C. & Capobianco, J. A. (2004). Clients' Perceptions of the Process and Consequences of Self-Disclosure in Psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 51 (3), 340-346.
- Feighner, J. P., Brown, S. L. & Oliver, J. E. (1973). Electrosleep therapy. *Journal of Nervous and mental disease*, 157, 121-128.
- Fengler, J. (2002). Burnout. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 413-423). Mainz: Grünewald.
- Filak, J., Abeles, N. & Norquist, S. (1986). Clients' pretherapy interpersonal attitudes and psychotherapy outcome. *Professional Psychology: Research and Practice*, 17 (3), 217-222.
- Flick, U. (1987). Methodenangemessene Gütekriterien in der qualitativ-interpretativen Forschung. In J. Bergold & U. Flick (Hrsg.), *Einsichten: Zugänge zur Sicht des Subjekts mittels qualitativer Forschung* (S. 247-262). Tübingen: DGVT.
- Flick, U. (1996). *Qualitative Forschung. Theorie, Methoden, Anwendung in Psychologie und Sozialwissenschaften*. Reinbek: Rowohlt Taschenbücher.
- Fliegner, B. (2005). Aktuelle Entwicklungen zum Thema QM/QS besorgniserregend. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 37 (2), 337-339.
- Foa, E. B. & Emmelkamp, P. M. G. (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Frank, J. D. & Frank, J. (2004). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In A. Freeman, M. J. Mahoney, P. DeVito & D. Martin (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (2nd ed., pp. 45-78). New York, NY, US: Springer Publishing.
- Frank, J. D. (1985). Therapeutic components shared by all psychotherapies. In A. Freeman, M. J. Mahoney. (Eds.), *Cognition and psychotherapy* (pp. 49-79). New York: Plenum Press.
- Frank, J. D. (1971). Therapeutic factors in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 25, 350-361.
- Franke, A. (1989). Therapeutische Risiken für Frauen. In E. Giese & D. Kleiber (Hrsg.), *Das Risiko Therapie* (S. 93-114). Weinheim: Beltz.
- Frayn, D. H. (1992). Assessment factors associated with premature psychotherapy termination. *American Journal of Psychotherapy*, 46 (2), 250-261.
- Friedmann, C. T. H., Procci, W. R. & Fenn, A. (1980). The role of expectation in treatment for psychotic patients. *American Journal of Psychotherapy*, 34 (2), 188-196.
- Frohburg, I. (2006). Zum Postulat der störungsspezifischen Indikation. *Psychotherapeutenjournal*, 2, 130-139.
- Frohburg, I. (2008). Therapieabbruch und Therapiewechsel. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Bd. 1: Allgemeiner Teil, S. 741-771). Tübingen: DGVT.
- Fydrich, T (2005). Qualitätsmanagement und Qualitätssicherung in der Psychotherapie. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie: Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S.122-133). Göttingen: Hogrefe.
- Fydrich, T., Nagel, A., Lutz, W. & Richter, R. (2003). Qualitätsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Modellprojekt der Techniker Krankenkasse. *Verhaltenstherapie*, 13, 291-295.

- Gabalda, I. C. (2006). The assimilation of problematic experiences in the context of a therapeutic failure. *Psychotherapy Research*, 16 (4), 436-452.
- Gabbard, G. O. (2007). Die Rolle des Traumas des Analytikers bei der Pathogenese professioneller Grenzverletzungen. In M. Müller & F. Wellendorf (Hrsg.), *Zumutungen – die unheimliche Wirklichkeit der Übertragung* (S. 263-328). Edition Discord.
- Gelso, C. J. & Hayes, J. A. (2001). Countertransference management. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38, 418-422.
- Gergen, K. J. (1999). *An Invitation to Social Construction*. London: Sage.
- Gergen, K. J. (1994). *Realities and Relationships: Soundings in Social Construction*. Cambridge: Harvard University Press.
- Giese, E. & Kleiber, D. (Hrsg.). (1989). *Risiko Psychotherapie*. Weinheim: Beltz.
- Giese, E. & Kleiber, D. (Hrsg.). (1990). *Im Labyrinth der Therapie*. Weinheim: Beltz.
- Gitlin, M. J., Swendsen, J., Heller, T. L. & Hammen, C. (1995). Relapse and impairment in bipolar disorder. *American Journal of psychiatry*, 152 (11), 1635-1640.
- Glaser, B. G. (1992). *Emergence vs. forcing: Basics of Grounded Theory*. Mill Valley, CA: Sociology Press.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1967). *The Discovery of Grounded Theory: Strategies for qualitative Research*. Chicago: Aldine Publishing.
- Glaser, B. G. & Strauss, A. L. (1998). *Grounded Theory. Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Hans Huber.
- Goldberg, J. F., Harrow, M. & Grossmann, L. S. (1995). Course and outcome in bipolar affective disorder: a longitudinal follow-up study. *American Journal of Psychiatry*, 152 (3), 379-384.
- Gomes-Schwartz, B. (1978). *Development of a scale to predict negative change in psychotherapy*. Paper presented at the annual meeting of the Society for Psychotherapy Research, Toronto.
- Grawe, K. (1992). Komplementäre Beziehungsgestaltung als Mittel zur Herstellung einer guten Beziehung. In J. Margraf & J. C. Brengelmann (Hrsg.), *Die Therapeut-Patient-Beziehung in der Verhaltenstherapie* (S. 215-244). München: Röttger.
- Grawe, K. (1994). Psychotherapie ohne Grenzen. Von den Therapieschulen zur Allgemeinen Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 3, 357-370.
- Grawe, K. (1995). Grundriss einer Allgemeinen Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 40 (3), 130-145.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1, 4-11.
- Grawe, K., Caspar, F. & Ambühl, H. (1990). Die Berner Therapievergleichsstudie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 19, 292-376.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Grawe-Gerber, M. (1999). Ressourcenaktivierung. Ein primäres Wirkprinzip der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44 (2), 63-73.
- Grawe, K., Grawe-Gerber, M., Heiniger, B., Ambühl, H. & Caspar, F. (1996). Schematheoretische Fallkonzeption und Therapieplanung. Eine Anleitung für Therapeuten. In F. Caspar, *Psychotherapeutische Problemanalyse* (pp. 189-224). Tübingen: DGVT.

- Grawe, K. & Mezenen, U. (1985). Therapeutische Misserfolge im Spiegel der empirischen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4, 355-377.
- Grawe, K., Regli, D. Smith, E. & Dick, A., (1999). Wirkfaktorenanalyse – ein Spektroskop für die Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 31 (2), 201-225.
- Groebe, N. (1986). *Handeln, Tun, Verhalten als Einheiten einer verstehend-erklärenden Psychologie*. Tübingen: Francke
- Grossmann, K. P. (2000). *Der Fluss des Erzählens. Narrative Formen der Therapie*. Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Grunebaum, H. (1986). Harmful psychotherapy experience. *American Journal of Psychotherapy*, 40 (2), 165-176.
- Gunia, H., Huppertz, M., Friedrich, J. & Ehrental, J. (2000) Dialektisch Behaviorale Therapie von Borderline-Persönlichkeitsstörungen in einem ambulanten Netzwerk. *Verhaltenstherapie und Psychosoziale Praxis*, 32, 651-662.
- Hadley, S. W. & Strupp; H. H. (1976). Contemporary views of negative effects in psychotherapy. *Archives of General Psychiatry*, 33, 1291-1302.
- Hahn, W. K. (2004). The role of shame in negative therapeutic reactions. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 3-12.
- Hank, P. & Krampen, G. (2008). Diagnostik der therapeutischen Beziehung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung* (Bd. 1: Allgemeiner Teil, S. 141-168). Tübingen: DGVT.
- Hannan, C., Lambert, M. J. & Harmon, C. (2005). A Lab Test and Algorithms for Identifying Clients at Risk for Treatment Failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 155-163.
- Harmon, S. C., Lambert, M. J., Smart, D. M., Hawkins, E., Nielsen, S. L., Slade, K. et al. (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist-client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research*, 17 (4), 379-392.
- HarPaz, N. (1994). Failures in group psychotherapy: The therapist variable. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44 (1), 3-19.
- HarPaz, N. (1994). "Failures in group psychotherapy: The therapist variable": Reply. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44 (1), 31-34.
- Hayes, J., Riker, J. & Ingram, K. (1997). Countertransference Behavior and Management in Brief Counseling: A Field Study. *Psychotherapy Research*, 7 (2), 145-153.
- Heinze, T. (2001). *Qualitative Sozialforschung*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hemminger, H. J. & Becker, V. (1985). *Wenn Therapien schaden – kritische Analyse einer psychotherapeutischen Fallgeschichte*. Reinbek: Rowohlt.
- Henry, W. P., Schacht, T. E., Strupp, H. H., Butler, St. F. & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Mediators of therapists' responses to training. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 441-447.
- Henry, W. P., Strupp, H. H., Butler, St. F., Schacht, Th. E. & Binder, J. L. (1993). Effects of training in time-limited dynamic psychotherapy: Changes in therapist behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 434-440.

- Hermer, M. (2000). Alte und neue Fragen nach hundert Jahren Psychotherapie. In M. Hermer (Hrsg.), *Psychotherapeutische Perspektiven am Beginn des 21. Jahrhunderts*. Tübingen: DGVT.
- Hildenbrand, B. (2004), Gemeinsames Ziel, verschiedene Wege: Grounded Theory und Objektive Hermeneutik im Vergleich. *Sozialer Sinn*, 2, S. 177-194.
- Hill, C. E., Nutt-Williams, E., Heaton, K. J. Thompson., B. J. & Rhodes, R. H. (1996). Therapist retrospective recall impasses in long-term psychotherapy: A qualitative analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 43, 207-217.
- Hill, C. E., Nutt, E. A. & Jackson, S. (1994). Trends in psychotherapy process research: samples, measures, researchers, and classic publications. *Journal of Consulting Psychology*, 41 (3), 364-377.
- Hill, C. E., Thompson, B. J. & Corbett, M. M. (1992). The impact of therapist ability to perceive displayed and hidden client reactions on immediate outcome in first sessions of brief therapy. *Psychotherapy Research*, 2 (2), 143-155.
- Høglend, P., Johansson, P., Marble, A., Bøgwald, K.-P. & Amlo, S. (2007). Moderators of the effects of transference interpretations in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 17 (2), 160-171.
- Hopwood, C., Ambwani, S. & Morey, L. (2007). Predicting nonmutual therapy termination with the personality assessment inventory. *Psychotherapy Research*, 17 (6), 706-712.
- Horn, K. (1979). *Aktionsforschung*. Frankfurt: Syndikat.
- Horvath, A. O. & Bedi, R. P. (2002): The Alliance. In J. C. Norcross, *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 37-69). New York: Oxford University Press.
- Hsu, L. M. (1995). Regression toward the mean associated with measurement error and the identification of improvement and deterioration in psychotherapy. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 63 (1), 141-144.
- Hubble, M. A., Duncan, B. L. & Miller, S. D. (2001). *So wirkt Psychotherapie. Empirische Ergebnisse und praktische Folgerungen*. Dortmund: Modernes Leben.
- Huber, M. (1987). Nur Gewinner? *Psychologie heute*, 14 (6), 36-43.
- Israel, T., Gorcheva, R., Burnes, T. R. & Walther, W. A. (2008). Helpful and unhelpful therapy experiences of LGBT clients. *Psychotherapy Research*, 18 (3), 294-305.
- Jacobi, F. (2002). Risiken und Nebenwirkungen verhaltenstherapeutischer Behandlung. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 89-108). Mainz: Grünewald.
- Jaeggi, E., Faas, A. & Mruck, K. (1998). *Denkverbote gibt es nicht! Vorschläge zur interpretativen Auswertung kommunikativ gewonnener Daten* (2. überarb. Fassung). Forschungsbericht aus der Abteilung Psychologie im Institut für Sozialwissenschaften der Technischen Universität Berlin, Nr. 98-2.
- Jeger, P., Znoj, H. & Grawe, K. (2003). Increase in coherence in action control as a feature of successful psychotherapies: A sequential analytical examination of the therapist-patient interaction. *Psychotherapy Research*, 13 (4), 415-428.

- Kanfer, F. H., Reinecker, H. & Schmelzer, D., 1990. *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Karasu, T. B. (1984). Psychotherapy and malpractice. *Psychologie in Österreich*, 10 (1-2), 16-19.
- Karasu, T. B. (1986). The specificity versus nonspecificity dilemma: Toward identifying therapeutic change agents. *American Journal of Psychiatry*, 143, 687-695.
- Kaufman, K. (2005). The therapist's experience of treatment failure. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 66 (2-B), 1174.
- Kazdin, A. E. (1985). Assessment and design prerequisites for identifying negative therapy outcomes. In D. T. Mays & C. M. Franks (Eds.), *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it* (S. 231-248). New York: Springer.
- Kazdin, A. E. (1994). Methodology, Design, and Evaluation in Psychotherapy Research. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th Ed.).(pp. 19-71). New York: Wiley.
- Keck, P. E. Jr., McElroy, S. L., Strakowski, S. M., West, S. A., Kenji, W. S., Hawkins et al. (1998). 12-Month outcome of patients with bipolar disorder following hospitalization for a manic or mixed episode. *American Journal of Psychiatry*, 155, 646-652.
- Kelle, U., Kluge, S. & Prein, G. (1993). *Strategien der Geltungssicherung in der qualitativen Sozialforschung. Zur Validierungsproblematik im interpretativen Paradigma*. Sonderforschungsbereich 186 der Universität Bremen.
- Kendall, P. C., Kipnis, D. & Otto-Salaj, L. (1992). When clients don't progress: Influences on and explanations for lack of therapeutic progress. *Cognitive Therapy & Research*, 16 (3), 269-281.
- Kiesler, D.J. (1966). Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin*, 65, 110-136.
- Kleiber, D. (1990). Risiken der Suche nach Glück: Über einige Schattenseiten der Psychotherapie. In M. Behr & U. Esser (Hrsg.), *Macht Therapie glücklich? Neue Wege des Erlebens in klientenzentrierter Psychotherapie* (S. 44-73). Köln: GwG.
- Kleiber, D. & Kuhr, A. (Hrsg.). (1988). *Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie. Tübinger Reihe 8*. Tübingen: DGVT.
- Kluge, S. & Kelle, U. (1999). *Vom Einzelfall zum Typus: Fallvergleich und Fallkontrastierung in der qualitativen Sozialforschung*. Opladen: Leske & Budrich.
- Kniskern, D. P. & Gurman, A. S. (1985). A marital and family therapy perspective on deterioration in psychotherapy. In D. T. Mays & C. M. Franks (Eds.), *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it* (S. 106-117). New York: Springer.
- König-Fuchs, C. (1991). Therapeutischer Erfolg und Misserfolg. Kausalattributionen von Therapeuten, Klienten und Supervisoren. *Europäische Hochschulschriften, Reihe 6, Psychologie, Bd. 336*.
- Koons, C. R., Robins, C. J. & Tweed, J. L. (2001). Efficacy of dialectical behavior therapy in women veterans with borderline personality disorder. *Behaviour Therapy*, 32 (2), 371-390.
- Kordy, H., Rad, M. v. & Senf, W. (1983). Success and failure in psychotherapy: Hypotheses and results from the Heidelberg Follow-Up Project. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 40 (1-4), 211-227.
- Kottler, J.-A. & Blau, D. S. (1991). *Wenn Therapeuten irren*. Edition Humanistische Psychologie.

- Kottler, J.-A. & Carlson, J. (2003). *Bad therapy: Master therapists share their worst failures*. New York: Brunner-Routledge.
- Kowarowsky, G. (2005). *Der schwierige Patient. Kommunikation und Patienteninteraktion im Praxisalltag*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Kramer, G. P., Bernstein, D. A. & Phares, V. (2009). *Introduction to clinical psychology* (7th ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson Education.
- Krampen, G. (1992). Zur Reflexion und Supervision von Versagen, Fehlern und Misserfolgen von Psychotherapeuten. *Report Psychologie*, 17 (10), 45-48.
- Krause Jacob, M. (1992). *Erfahrungen mit Beratung und Therapie: Veränderungsprozesse aus der Sicht von Klientinnen*. Freiburg im Breisgau: Lambertus.
- Kriz, J. (2005). Von den Grenzen zu den Passungen. *Psychotherapeutenjournal*, 1, 12-20.
- Kühnlein, I. & Mutz, G. (1997). Wirkt Psychotherapie wie ein Medikament? Thesen zu einer sozialwissenschaftlichen Fundierung der Psychotherapieforschung. *Journal für Psychologie* 5 (1), 33-46.
- Kühnlein, I. (2002). *Wie Psychotherapie verändert. Eine Langzeitstudie über Bedeutung und Auswirkungen psychotherapeutischer Behandlung im Lebensverlauf*. Weinheim: Juventa
- Kupfernagel, W. (2004). Gefährdet Qualitätsentwicklung die Qualität psychiatrischer Versorgung? Statement zum Auftakt eines Streitgespräches auf der DGSP-Jahrestagung 2003 in Dresden. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 36 (2), 325-327.
- Kvale, S. (1999). Constructing Knowledge Through Inter Views. In W. Maiers, B. Bayer, B. Duarte Esgalhado, R. Jorna & E. Schraube (Hrsg.), *Challenges to Theoretical Psychology* (S. 50-59). North York, Ontario: Captus Press.
- Lafferty, P. Beutler, L. E. & Crago, M. (1991). Differences between more and less effective psychotherapists: A study of select therapist variables. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 76-80.
- Laireiter, A.-R. (2003). Negative Erfahrungen und Effekte in Eigen- und Lehrtherapien von Psychotherapeuten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 51 (3), 245-264.
- Laireiter, A.-R. & Willutzki, U. (2003). Self-reflection and self-practice in training of cognitive behaviour therapy: an overview. *Clinical psychology and psychotherapy*, 10, 19-30.
- Lambert, M. J. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. C. Norcross & M. R. Goldfried (Eds.), *Handbook of psychotherapy integration* (pp. 94-129). New York: Basic Books.
- Lambert, M. J. (2001). Psychotherapy outcome and quality improvement: Introduction to the special section on patient-focused research. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69, 2, 147-149.
- Lambert, M. J. (2005). Emerging Methods for Providing Clinicians With Timely Feedback on Treatment Effectiveness: An Introduction. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 141-144.
- Lambert, M. J. & Barley, D. E. (2002). Research Summary on the Therapeutic Relationship and Psychotherapy Outcome. In J. C. Norcross, *Psychotherapy relationships that work: therapist contributions and responsiveness to patients* (pp. 17-32). New York: Oxford Univ. Press.

- Lambert, M. J., Bergin, A. E. & Collins, J. C. (1977). Therapist-induced deterioration in psychotherapy. In A. S. Gurman & A. M. Razin (Eds.), *Effective psychotherapy. A Handbook of research* (pp. 452-481). New York: Pergamon.
- Lambert, M. J., & Brown, G. S. (1996). Data-based management for tracking outcome in private practice. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 3, 172–178.
- Lambert, M. J., Hansen, N. B., Umphress, V., Lunnen, K., Okiishi, J., Burlingame et al. (1996). *Administration and scoring manual for the Outcome-Questionnaire (OQ-45.2)*. Wilmington, DE: American Professional Credentialing Services.
- Lambert, M. J.; Harmon, C. & Slade, K. (2005). Providing Feedback to Psychotherapists on Their Patients' Progress: Clinical Results and Practice Suggestions. *Journal of Clinical Psychology*, 61 (2), 165-174.
- Lambert, M. J., Hawkins, E. J. & Hatfield, D. R. (2002). Empirische Forschung über negative Effekte in der Psychotherapie: Befunde und ihre Bedeutung für Praxis und Forschung. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 40-59). Mainz: Grünewald.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. L. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (pp. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, M. J., Shapiro, C. A. & Bergin, A. E. (1986). The effectiveness of psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (3rd. ed.). (pp. 157-212). New York: Wiley.
- Lamnek, S. (1995). Das qualitative Interview. In S. Lamnek (Hrsg.), *Qualitative Sozialforschung* (Bd. 2). (S. 35-124). München: PVU.
- Lenzen-Schulte, M. (2006, 13. Dezember). Die schmutzige Hand des Seelendoktors. Neue Initiativen gegen Psychotherapeuten, die ihre Patientinnen sexuell missbrauchen. *Frankfurter Allgemeine Zeitung*, S. 81-84.
- Leon, S. C., Kopta, S. M., Howard, K. I., & Lutz, W. (1999). Predicting patients' responses to psychotherapy: Are some more predictable than others? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 67, 698–704.
- Leszcz, M. (1994). "Failures in group therapy: The therapist variable": Comment. *International Journal of Group Psychotherapy*, 44 (1), 25-30.
- Lilliengren, P. & Werbart, A. (2005). A Model of therapeutic action grounded in the patients' view of curative and hindering factors in psychoanalytic psychotherapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42 (3), 324-339.
- Lincoln, T. M.; Rief, W. & Hahlweg, K. (2005). Who Comes, Who Stays, Who Profits? Predicting refusal, dropout, success, and relapse in a short intervention for social phobia. *Psychotherapy Research*, 15 (3), 210-225.
- Linden, M. & Hautzinger, M. (2000). *Verhaltenstherapiemanual* (4. überarb. u. erw. Aufl.). Berlin: Springer.
- Linehan, M. M. (1996). *Dialektisch-Behaviorale Therapie der Borderline-Persönlichkeits-Störung*. München: CIP-Medien.

- Linsenhoff, A. (2003). Wozu KlientInnen-Rückmeldungen? Wir wissen doch, dass wir gut sind! Beraterische Gewissheiten, Psychotherapieforschung und Erfahrungen mit Rückmeldesystemen. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 35 (4), 803-812.
- Lippe, A. L. von der, Monsen, J. T., Rønnestad, H. & Eilertsen, D. E. (2008). Treatment failure in psychotherapy: The pull of hostility. *Psychotherapy Research*, 18 (4), S. 420-432.
- Luborsky, L. & Crits-Christoph, P. (1998). *Understanding transference: The core conflictual relationship theme method*. Washington DC: American psychological Association.
- Luborsky, L., Singer, B. & Luborsky, L. (1975). Comparative studies of psychotherapies: Is it true that "everyone has won and all must have prizes?" *Archives of General Psychiatry*, 32, 995-1008.
- Lutz, W., Martinovich, Z., & Howard, K. I. (2001). Vorhersage individueller Psychotherapieverläufe. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 30, 104-113.
- Lutz, W. (2003). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung Ein Beitrag zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung*. Tübingen: DGVT.
- Lutz, W. & Grawe, K. (2005). Psychotherapieforschung. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie: Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 92-100). Göttingen,: Hogrefe.
- Lutz, W., Tholen, S. & Kosfelder, J. (2005). Patientenorientierte Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung: Modelle zur Weiterentwicklung der Psychotherapie in Forschung, Ausbildung und Praxis. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 37 (3), 565-579.
- Lutz, W., Tholen, S. & Kosfelder, J. (2004). Ungünstige Behandlungsverläufe in der Psychotherapie - Auch ein Beitrag zur Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 25 (4), 438-459.
- Lutz, W., Kosfelder, J. & Joormann, J. (Hrsg.). (2005). *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Erkennen - Vermeiden – Vorbeugen*. Bern: Hans Huber.
- Ma, S. H. & Teasdale, J. (2004). Mindfulness-based cognitive therapy for depression: replication and exploration of differential relapse prevention effects. *Journal of consulting and clinical psychology*, 72 (1), 31-40.
- Mackinger, H. (1984). Sind Rahmenbedingungen Randbedingungen? Überlegungen zum Bereich stationärer Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 16 (4), 543-552.
- Markard, M. (1993). Kann es im Rahmen einer Psychologie vom Standpunkt des Subjekts verallgemeinerbare Aussagen geben? *Forum Kritische Psychologie*, 31, 29-51.
- Märtens, M. & Petzold, H. (2002). Therapieschäden. *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.
- Märtens, M. M. (2005). Misserfolge und Misserfolgsvorschung in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 6 (2), 145-149.
- Masson, J. M. (1988). *Die Abschaffung der Psychotherapie. Ein Plädoyer*. München: Bertelsmann.
- Matthies, U., Schulze, W. & Siewert, W. (1985). Qualitative Analyse negativer Therapieeffekte– am Beispiel klientenzentrierter Gesprächspsychotherapie. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4, 379-396.
- Mays, D. T. & Franks, C.M. (1985). *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer.

- McGinn, L. K., Young, J. E., & Sanderson, W. G. (1995). When and how to do longer-term therapy without feeling guilty. *Cognitive and Behavioral Practice*, 2 (1), 187-212.
- McLennan, J. (1996). Improving our understanding of therapeutic failure: A review. *Counselling Psychology Quarterly*, 9 (4), 391-398.
- McNamee, S. & Gergen, K. J. (Hrsg.). (1992). *Therapy as Social Construction*. Newbury Park, CA: Sage Publications.
- Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (2000). *Jenseits von Babel. Wege zu einer gemeinsamen Sprache in der Psychotherapie*. Stuttgart: Klett.
- Mohr, D. C., Beutler, L. E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kaszniak, A. W. et al. (1990). Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58 (5), 622-628.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 2, 1-27.
- Moser, H. (1975). *Aktionsforschung als kritische Theorie der Sozialwissenschaften*. München: Kösel
- Najavits, L. M. (2001). Helping „difficult“ patients. *Psychotherapy Research*, 11, 131-152.
- Najavits, L. M. & Strupp, H. (1994). Differences in the effectiveness of psychodynamic therapists: A process-outcome study. *Psychotherapy*, 31, 114-123.
- Nilsson, T., Svensson, M., Sandell, R. & Clinton, D. (2007). Patients' experiences of change in cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy: a qualitative comparative study. *Psychotherapy Research*, 17 (5), 553-566.
- Nolan, S. A., Strassle, C. G., Roback, H. B. & Binder, J. L. (2004). Negative Treatment Effects in Dyadic Psychotherapy: A Focus on Prevention and Intervention Strategies. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 34 (4), 311-330.
- Omer, H. (2000). Troubles in the therapeutic relationship: A pluralistic perspective. *Journal of Clinical psychology*, 56, 201-210.
- Omer, H. (1991). Writing a post-scriptum to a badly ended therapy. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 28 (3), 484-492.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B. K. (1994). Process and outcome in psychotherapy. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (pp. 270-376). New York: Wiley & Sons.
- Orlinsky, D. E. & Howard, K. I. (1986). Process and outcome in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behaviour change* (3rd ed.). New York: Wiley.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty Years of Psychotherapy Process-Outcome Research: Continuity and Change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (pp. 307-390). New York: Wiley.
- Piper, W. E., Ograodniczuk, J. S., Joyce, A. S., McCallum, M., Rosie, J. S., O'Kelly, J. G. et al. (1999). Prediction on dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy*, 36 (2), 114-122.
- Plutchick, R., Conte, H. R. & Karasu, T. B. (1994). Critical incidents in psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 48 (1), 75-84.

- Pope, K. S. & Tabachnik, B. G. (1994). Therapists as patients: A national survey of psychologists' experiences, problems and beliefs. *Professional Psychology: Research and Practice*, 25, 247-258.
- Pope, K. S., Tabachnik, B. G. & Keith-Spiegel, P. (1988). Good and poor practices in psychotherapy: National survey of beliefs of psychologists. *Professional Psychology: Research & Practice*, 19 (5), 547-552.
- Power, M. & Brewin, C. R. (Hrsg.).(1997). *The Transformation of Meaning in Psychological Therapies*. Chichester: Wiley.
- Regli, D.; Bieber, K.; Mathier, F. (2001). Beziehungsgestaltung und Aktivierung von Ressourcen in der Anfangsphase von Therapien. *Verhaltenstherapie & Verhaltensmedizin*, 22 (4), 399-420.
- Reinecker, H. (2005). Misserfolg in der Psychotherapie. In F. Petermann & H. Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie: Klinische Psychologie und Psychotherapie* (S. 726-737). Göttingen: Hogrefe.
- Rennie, D.L. (1997). Nachvollziehbarer Konstruktivismus als Prüfstein qualitativer Forschung. *Journal für Psychologie* 5 (1), 3-12.
- Rennie, D. L. (1994). Clients' deference in psychotherapy. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 427-437.
- Reschke-Dahms, A. (2002). Therapierisiko: Die Sicht der Verbraucherberatung. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 355-383). Mainz: Grünewald.
- Rey, E.-R., Bailer, J., Bräuer, W.; Händel, M., Laubenstein, D. & Stein, A. (1994a). Stability trends and longitudinal correlations of negative and positive syndroms within a three-year follow-up of initially hospitalized schizophrenics. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 405-412.
- Rhodes, R. H., Hill, C. E., Thompson, B. J. & Elliott, R. (1994). Client retrospective recall of resolved and unresolved misunderstanding events. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 473-483.
- Richardson, L. (1994). Writing. A Method of Inquiry. In N. K. Denzin & Y. Lincoln (Eds.), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 516-529). Thousand Oaks: Sage.
- Ricks, D. F. (1974). Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In D. F. Ricks, M. Roff, A Thomas (Eds.), *Life history research in psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota.
- Ritscher, W. (1987). Reflexionen über Erfolg und Misserfolg in der systemtherapeutischen Arbeit. *Zeitschrift für systemische Therapie*, 5, 224-234.
- Rogers, C. R. (1957). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology* 21, 95-103.
- Rosenzweig, S. (1936). Some implicit common factors in diverse methods of psychotherapy. *American Journal of Orthopsychiatry*. 6, 412-415.
- Sachs, J. S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51, 557-564.
- Sachse, R. (2005). Schwierige Interaktionssituationen im Psychotherapieprozess. In W. Lutz, J. Kosfelder & J. Joormann (Hrsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Erkennen – Vermeiden – Vorbeugen* (S. 123-144). Bern: Hans Huber.

- Safran, J. & Muran, J. C. (1995). Resolving therapeutic alliance ruptures: Diversity and Integration. *Psychotherapy in Practice*, 1, 81-92.
- Safran, J. D. & Muran, J. C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance. A relational treatment guide*. New York: Guilford.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Samstag, L. W. (1994). Resolving therapeutic alliance ruptures: A task analytic investigation. In A. Horvath & L. Greenberg (Eds.), *The working alliance: Theory, research and practice* (pp. 225-255). New York: John Wiley.
- Samstag, L. W., Batchelder, S. T., Muran, J. C., Safran, J. D. & Winston, A. (1998). Early identification of treatment failures in short-term psychotherapy: An assessment of therapeutic alliance and interpersonal behavior. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 7, 126-143.
- Schmidt-Grunert, M. (Hrsg.) (1999). *Sozialarbeitsforschung konkret: problemzentrierte Interviews als qualitative Erhebungsmethode*. Freiburg: Lambertus.
- Schmidt-Lellek, C. J. (2002, September). *Narzisstischer Machtmissbrauch. Grenzgänge und Grenzverletzungen in der therapeutischen Beziehung*. Vortrag auf der Drei-Länder-Tagung der Schweizerischen Gesellschaft für Analytische Psychologie in Zug.
- Schulte, D. (1996) Beziehung und Methode im Psychotherapeutischen Handeln. In H. Bents, R. Frank & E.-R. Rey (Hrsg.), *Erfolg und Mißerfolg in der Psychotherapie* (S. 12-22). Regensburg: Roederer.
- Schulz, W. (1984). Analyse negativer Therapieeffekte und Probleme der Kontraindikation. In G. Jüttemann (Hrsg.), *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik* (S. 149-168). Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Senf, W. & Schneider-Gramann, G. (1990). Was hilft in der analytischen Psychotherapie? Rückblicke ehemaliger Patienten. In V. Tschuschke & D. Czogalik (Hrsg.), *Psychotherapie – welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse* (S. 31-53). Berlin: Springer.
- Shotter, J. (1990). *Knowing of the third kind*. Utrecht: ISOR.
- Smith, E. & Grawe, K. (2003). What makes psychotherapy sessions productive? A new approach to bridging the gap between process research and practice. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 275-285.
- Sommerfeld, E., Orbach, I., Zim, S. & Mikulincer, M. (2008). An in-session exploration of ruptures in working alliance and their associations with clients' core conflictual relationship themes, alliance-related discourse, and clients' postsession evaluations. *Psychotherapy Research*, 18 (4), 377-388.
- Sponsel, R. (1997). Potentielle Kunst/Fehler aus der Sicht der allgemeinen und integrativen psychologischen Psychotherapie. Materialien zur Qualitätssicherung mit einer Literaturübersicht. *Report Psychologie*, 22, 8, 602-621.
- Statistisches Bundesamt (2007). Ergebnisse der Sozialhilfestatistik 2006. In *Wirtschaft und Statistik 12/2007*, 1245-1260. Zugriff am 6.10.2008 von <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Querschnittsveroeffentlichungen/WirtschaftStatistik/Leseprobe/WistaDezember07,property=file.pdf>

- Statistisches Bundesamt (2008). *Mikrozensus 2006*. Zugriff am 6.10.2008 von <http://www.destatis.de/jetspeed/portal/cms/Sites/destatis/Internet/DE/Content/Publikationen/Qualitaetsberichte/Mikrozensus/Mikrozensus2006,property=file.pdf>
- Steinke, I. (2000). Gütekriterien qualitativer Forschung. In: U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung. Ein Handbuch* (S. 319-331). Reinbek b. Hamburg: Rowohlt Taschenbuch.
- Stern, D. N. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant Mental Health Journal*, 19 (3), 300-308.
- Stiles, W. B. (1999). Evaluating qualitative research. *Evidence-Based Mental Health*, 2 (4), 99-101.
- Stiles, W. B., Reynolds, S., Hardy, G. E., Rees, A., Barkham, M. & Shapiro, D. A. (1994). Evaluation and description of psychotherapy sessions by clients using the Session Evaluation Questionnaire and the Session Impacts Scale. *Journal of Counseling Psychology*, 41, 175-185.
- Stone, M. H. (1985). Negative outcome in borderline states. In D. T. Mays & C. M. Franks (Eds.). *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it* (S. 145-170). New York: Springer.
- Strauss, A. L. (1998). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung. Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung* (2. Aufl.). München: Fink.
- Strauss, A. L. & Corbin, J. (1995). *Grounded Theory: Grundlagen qualitativer Sozialforschung*. Weinheim: Beltz.
- Strauß, B. & Eckert, J. (2002). Schäden und negative Folgen von Gruppentherapien. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 246-256). Mainz: Grünwald.
- Strübing, J. (2004). *Grounded Theory. Zur sozialtheoretischen und epistemologischen Fundierung des Verfahrens der empirisch begründeten Theoriebildung*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Strupp, H. H. (1980a). Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases: Comparison 1. *Archives of General Psychiatry*, 37 (5), 595-603.
- Strupp, H. H. (1980b). Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases: Comparison 2. *Archives of General Psychiatry*, 37 (6), 708-716.
- Strupp, H. H. (1980c). Success and failure in time-limited psychotherapy – with special reference to the performance of a lay counselor. *Archives of General Psychiatry*, 37 (7), 831-841.
- Strupp, H. H. (1980d). Success and failure in time-limited psychotherapy. Further evidence (Comparison 4). *Archives of General Psychiatry*, 37 (8), 947-954.
- Strupp, H. H. (1982). Psychoanalytic failure: Reflections on an autobiographical account. *Contemporary Psychoanalysis*, 18, 235-250.
- Strupp, H. H. (1990). The case of Helen R.: A therapeutic failure? *Psychotherapy*, 27, 644-656.
- Strupp, H.H. (1996). The Tripartite Model and the Consumer Reports Study. *American Psychologist*, 51 (10), 1017-1024.
- Strupp, H. H., Hadley, S. W. & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: An analysis of the problem of negative effects*. New York: Aronson.

- Strupp, H. H., Schacht, T. E., Henry, W. P. & Binder, J. L. (1992). Jack M.: A case of premature termination. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 29 (2), 191-205.
- Svartberg, M. & Stiles, T. (1992). Predicting client change from therapist competence and client-therapist complementarity in short-term anxiety-provoking psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60, 304-307
- Tallman, K. & Bohart, A. C. (1999). The client as a common factor: Clients as self-healers. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Eds.), *The heart and soul of change* (pp. 91-132). Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Thielen, M. (2004). Verbessert eine "Systematische Verlaufsbeobachtung" eine interne Qualitätssicherung ambulanter Psychotherapie? *Psychotherapeutenjournal*, 4, 337-340.
- Thoits, P. (1985). Negative Outcome: The influence of factors outside therapy. In: D. T. Mays & C. M. Franks (Eds.), *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it* (pp. 249-263). New York: Springer.
- Thommen, M. (2005). Weshalb die Therapie einer Borderline-Störung schon frühzeitig scheitern kann? Gedanken zur Gestaltung der ersten Therapiephase. In W. Lutz, J. Kosfelder & J. Joormann (Hrsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Erkennen – Vermeiden – Vorbeugen* (S. 209-224). Bern: Hans Huber.
- Thormählen, B., Weinryb, R. M., Norén, K., Vinnars, B. & Bågedahl-Strindlund, M. (2003). Patient Factors Predicting Dropout from Supportive-Expressive Psychotherapy for Patients with Personality Disorders. *Psychotherapy Research*, 13 (4), 493-509.
- Tibone, G. (2006, 16. Mai). *Worüber klagen Patienten? Ein Erfahrungsbericht*. Vortrag beim Symposium „Ethik und Psychotherapie“ in München.
- Tracey et al. (2003). Concept mapping of therapeutic common factors. *Psychotherapy Research*, 13 (4), 401-413.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Tschuschke, V. & Czogalik, D. (Hrsg.). (1990). *Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Zur Frage der Wirkmechanismen therapeutischer Prozesse*. Berlin: Springer.
- Tsui, P. & Schultz, G. L. (1985). Failure of rapport: Why psychotherapeutic engagement fails in the treatment of Asian clients. *American Journal of Orthopsychiatry*, 55 (4), pp. 561-569.
- Van Wagoner, S. L., Gelso, C. J., Hayes, J. A., & Diemer, R. A. (1991). Countertransference and the reputedly excellent therapist. *Psychotherapy*, 28, 411-421.
- Vogel, H. (1999). Qualitätssicherung. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (S. 499-518). Tübingen: DGVT.
- Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Watzlawick, P., Weakland, J. H. & Fisch, R. (2001). *Lösungen: Zur Theorie und Praxis menschlichen Wandels*. (6. unveränd. Aufl.). Bern: Huber.
- Wiedemann, P. (1991). Gegenstandsnahe Theoriebildung. In U. Flick, E. v. Kardoff, H. Keupp, L. v. Rosenstiel & S. Wolff (Hrsg.), *Handbuch Qualitative Sozialforschung* (S. 440-445). München: PVV.

- Wienand, M. W. (1985). Therapeutische Misserfolge aus rechtlicher Sicht. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4, 427-436.
- White, M. & Epston, D. (1998). *Die Zähmung der Monster. Der narrative Ansatz in der Familientherapie* (3. korrigierte u. überarb. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer-Systeme.
- Wierzbicki, M. & Pekarik, G. (1993). A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Professional Psychology: Research and Practice*, 24, 190-195.
- Witzel, A. (1985). Das problemzentrierte Interview. In G. H. Jüttemann (Hrsg.), *Qualitative Forschung in der Psychologie* (S. 227-252). Weinheim: Beltz.
- Witzel, A. (1996). Auswertung problemzentrierter Interviews. In R. Strobl & A. Böttger (Hrsg.), *Wahre Geschichten*. Baden-Baden: Nomos.
- Witzel, A. (2000). Das problemzentrierte Interview. *Forum Qualitative Sozialforschung/ Forum: Qualitative Social Research [Online-Journal]*, 1 (1). Zugriff am 15.11.2006 von <http://qualitative-research.net/fqs-texte/1-00/1-00witzel-d.htm>
- Young, D. W. (1991). Family factors in failure of psychotherapy. *American Journal of Psychotherapy*, 45 (4), 499-510.
- Young, J. E., Klosko, J. S. & Weishaar, M. E. (2005). *Schematherapie. Ein praxisorientiertes Handbuch*. Junfermann.
- Zarbock, G. (2004). Therapieabbruch und Misserfolg aus der Sicht des Therapeuten, Supervisors und Gutachters. In W. Lutz, J. Kosfelder & J. Joormann (Hrsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Erkennen – Vermeiden – Vorbeugen* (S. 183-208). Bern: Hans Huber.
- Zimmer, D. (1996). Anfängerfehler in der Behandlung prognostisch ungünstiger Patienten – Folgerungen für die Verhaltenstherapie. In H. Bents, R. Frank & E.-R. Rey (Hrsg.), *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie* (S. 204-217). Regensburg: Roderer.
- Zimmer, F. T. & Brömer, A. (1992). Verhaltenstherapie bei Patienten mit chronischen Depressionen. In H. Helmchen & H. Hippus (Hrsg.), *Psychiatrie für die Praxis*, 15, MMW-Taschenbuch.

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1. Paradigmatisches Modell nach Strauss (1998).....	69
Abbildung 2. Unproduktivität	103
Abbildung 3. Destruktivität, Konstellation Ohnmacht und Auslieferung.....	114
Abbildung 4. Destruktivität, Konstellation Selbsterniedrigung und Herabsetzung	122
Abbildung 5. Destruktivität, Konstellation Zuwendungsbedürfnis und fehlende Resonanz.....	130

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1. Das Sample im Überblick: Demografische Merkmale.....	84
Tabelle 2. Das Sample im Überblick: Therapierelevante Daten	85

Anhang

Curriculum vitae.....	184
Erklärung.....	185
Anwerbung der Forschungsteilnehmer: Anzeigentexte.....	186
Anwerbung der Forschungsteilnehmer: Aushang (Beispiel).....	187
Informationen für Interviewpartner nach Kontaktaufnahme.....	188
Vereinbarung zum Datenschutz.....	189
Interviewleitfaden.....	190
Kurzfragebogen.....	192
Postskriptum.....	194
Schriftliche Befragung.....	195
Informationen für Menschen mit negativen Therapieerfahrungen.....	197
Transkriptionslegende.....	199
Auswertungsbeispiel 1: Fallübersicht.....	200
Auswertungsbeispiel 2: Offenes Kodieren mit ATLAS.ti.....	202
Auswertungsbeispiel 3: Erstes Kategoriensystem.....	204
Auswertungsbeispiel 4: Fallübergreifendes Kategoriensystem.....	207
Auswertungsbeispiel 5: Vorgehen beim axialen Kodieren.....	209
Auswertungsbeispiel 6: Ergebnistabelle zum axialen Kodieren.....	212
Auswertungsbeispiel 7: Hypothesennetz.....	214
Auswertungsbeispiel 8: Memos zum Konzept der Deutungsbereitschaft.....	215
Auswertungsbeispiel 9: Ergebnistabelle „min-max-Einschätzungen“.....	220
Auswertungsbeispiel 10: Memo zu Codenotizen.....	221
Auswertungsbeispiel 11: Memo zu Prozess in den Daten.....	223
Auswertungsbeispiel 12: Memo zur Reflexion der Forscherrolle.....	225
Das Kategoriensystem.....	226
Therapiemisserfolge im stationären Setting: Fallbeispiele.....	237
Reflexion des Vorwissens und eigener Forschungsstandpunkte.....	239

Der Lebenslauf ist in der Online-Version
aus Gründen des Datenschutzes nicht enthalten.

Erklärung

Hiermit versichere ich, dass ich die vorgelegte Arbeit selbständig verfasst habe. Andere als die angegebenen Hilfsmittel habe ich nicht verwendet.

Die Arbeit ist in keinem früheren Promotionsverfahren angenommen oder abgelehnt worden.

Datum

Unterschrift

Anwerbung der Forschungsteilnehmer: Anzeigentexte

Anzeigentexte für Stadtmagazine, Lokalzeitungen (Print- und Onlinemedien):

Enttäuscht von Psychotherapie? Suche für meine Doktorarbeit Menschen, die mit Therapie neg. Erf. gemacht haben und bereit sind, darüber zu berichten. Bei Interesse bitte melden bei A. Conrad, 0178-5590337 (Rückr.)/ anaconrad@web.de.

Schlechte Erfahrungen mit Psychotherapie? Suche für meine Doktorarbeit Menschen, deren Therapie gescheitert ist und die bereit sind, darüber zu berichten. Bei Interesse bitte melden bei A. Conrad, 0178-5590337 (Rückr.)/anaconrad@web.de

Für eine psychologische Studie werden Menschen gesucht, deren Psychotherapie misslungen ist und die bereit sind, über ihre persönlichen Erfahrungen zu sprechen. Nähere Informationen unter 0178-5590337 (Rückr.)/ anaconrad@web.de

Schlechte Erfahrungen mit Psychotherapie? Für eine Interviewstudie im Rahmen meiner Doktorarbeit an der FU Berlin suche ich Menschen, denen Psychotherapie geschadet hat und die bereit sind, über ihre persönlichen Erfahrungen zu sprechen. Bei Interesse bitte melden bei Dipl.-Psych. A. Conrad, 0178-5590337 bzw. anaconrad@web.de.

War Ihre Psychotherapie ein Misserfolg?

Zahlreiche Untersuchungen haben mittlerweile belegen können, dass Psychotherapie der Mehrzahl ihrer NutzerInnen hilft. Dennoch tauchen immer wieder Fälle auf, in denen Psychotherapie scheitert, in denen PatientInnen von ihren TherapeutInnen enttäuscht sind, keine heilsame Veränderung an sich wahrnehmen oder sogar Schäden davontragen.

In der Forschung zu negativen Wirkungen und ausbleibenden Erfolgen in der Psychotherapie wurde bisher allerdings nur selten die Sicht von PatientInnen berücksichtigt. Um an dieser Stelle Wissenslücken zu schließen und Anregungen für eine bessere Praxis zu gewinnen, wird derzeit am Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie der Freien Universität Berlin eine Studie durchgeführt.

PatientInnen, die mit Psychotherapie schlechte Erfahrungen gemacht haben oder mit deren Ergebnis unzufrieden sind, sollen darin Gelegenheit bekommen, über ihre Erfahrungen zu berichten.

- § **Teilnehmen können Männer und Frauen zwischen 18-70 Jahren, die bereit sind, offen über ihre persönlichen Therapieerfahrungen zu sprechen.**
- § **Die Erfahrungen sollten sich auf eine ambulante Einzeltherapie beziehen, die aus eigener Sicht unglücklich oder unbefriedigend verlaufen und noch gut in Erinnerung ist.**
- § **Die Gespräche finden in Räumen der Freien Universität, 14195 Berlin Dahlem, statt (Termin n. V.) und dauern etwa eine Stunde.**
- § **Alle im Gespräch erhobenen Daten werden streng vertraulich und anonymisiert behandelt.**
- § **Die Ergebnisse der anschließenden wissenschaftlichen Auswertung sollen den Kenntnisstand über negative Einflussfaktoren im Therapieprozess erweitern und in weiterführende Maßnahmen der Qualitätssicherung einfließen.**

Bei Interesse oder Rückfragen wenden Sie sich bitte an:

Dipl.-Psych. Annegret Conrad, Tel.: 0178-5590337 oder E-Mail: anaconrad@web.de

Informationen für Interviewteilnehmer nach Kontaktaufnahme

Vielen Dank für Ihr Interesse an einer Interviewteilnahme!

Zunächst möchte ich Ihnen einige Informationen zur Studie geben:

Die Studie findet im Rahmen meiner Doktorarbeit statt, in der es um negative Effekte und Misserfolge in der Psychotherapie geht. Die Sicht von Klienten/Patienten soll dabei im Mittelpunkt stehen, da diese in der bisherigen Forschung zum Thema nur wenig berücksichtigt wurde.

Die Ergebnisse der Studie sollen den Kenntnisstand über negative Einflussfaktoren im Therapieprozess erweitern und in weiterführende Maßnahmen der Qualitätssicherung einfließen (z.B. Aus- und Weiterbildungen von Psychotherapeuten; eventuell Zuarbeit für Beschwerdestellen).

Teilnehmen können Männer und Frauen zwischen 18-70 Jahren die bereit sind, über persönliche negative Therapieerfahrungen zu sprechen. Die negativen Erfahrungen sollten sich zumindest in einem Fall auf eine ambulante Einzeltherapie beziehen, die noch gut in Erinnerung ist.

Die Teilnahme beinhaltet ein Interview von etwa 1-2 Stunden Dauer (eher wie ein Gespräch).

Die Interviews finden, sofern nicht anders vereinbart, in einem Raum an der Freien Universität (FU) in Berlin Dahlem statt (sog. "Silberlaube", Nähe U-Bhf. Dahlem Dorf; die Wegbeschreibung kann per E-Mail oder Post zugeschickt werden). Auf Wunsch sind auch Hausbesuche möglich.

Vom Interview wird eine Tonbandaufnahme angefertigt. Diese wird zu Auswertungszwecken von mir verschriftlicht, für andere unzugänglich aufbewahrt und nach Ende der Untersuchung gelöscht. Alle im Gespräch erhobenen Daten werden streng vertraulich und anonymisiert behandelt. Einzelne Zitate aus der anonymisierten Niederschrift können im Forschungsbericht und daraus hervorgehenden Veröffentlichungen verwendet werden.

Einige Informationen zu meiner Person:

Ich habe an der FU Berlin Psychologie studiert und war danach einige Zeit im psychosozialen Bereich als Betreuerin tätig. Meine Dissertation schreibe ich am Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie unter der Betreuung von Prof. Dr. Anna Auckenthaler.

Meine Motivation, mich mit negativen Effekten in der Psychotherapie zu befassen, hängt zum einen damit zusammen, dass ich meine Diplomarbeit über positive Therapieverläufe geschrieben habe und sich mir danach die Frage stellte, was genau in gescheiterten Therapien anders läuft. Zum anderen bin ich im Rahmen meiner psychosozialen Tätigkeit immer wieder Menschen begegnet, die unangenehme Erfahrungen mit Therapeuten gemacht haben, so dass ich den Eindruck gewonnen habe, dass eine verstärkte Auseinandersetzung mit dem Thema in Fachkreisen nötig und sinnvoll wäre. Darüber hinaus habe ich selbst auch den Wunsch, eine Ausbildung zur Psychotherapeutin zu machen, und finde es vor diesem Hintergrund wichtig, mich für potentielle Folgen meines späteren Handelns zu sensibilisieren.

Gern beantworte ich Ihnen weitere Fragen per E-Mail oder auch telefonisch. Ich bin wochentags zwischen 9:00 und 18:00 Uhr unter der Rufnummer 0178-5590337 erreichbar.

Sie können mir aber auch eine Nachricht oder SMS hinterlassen, wann und unter welcher Nummer ich Sie zurückrufen dürfte.

Wenn Sie mit Ihren Erfahrungen an der Studie mitwirken möchten, würde mich das sehr freuen!

Mit freundlichen Grüßen,
Annegret Conrad

Vereinbarung zum Datenschutz

1. Die Teilnahme am Interview ist freiwillig.
2. Das Interview kann auf Wunsch des Interviewpartners/ der Interviewpartnerin jederzeit abgebrochen werden.
3. Das Interview ist Bestandteil einer Untersuchung im Rahmen der Dissertation von Frau Dipl.-Psych. Annegret Conrad, Arbeitsbereich Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Freien Universität Berlin (Habelschwerdter Allee 45, 14195 Berlin), Betreuung: Frau Prof. Dr. Anna Auckenthaler.
4. Alle erhobenen Daten werden streng vertraulich, anonymisiert und ausschließlich zum vereinbarten Zweck verwendet.
5. Zu Auswertungszwecken wird von der Tonbandaufnahme ein schriftliches Protokoll angefertigt. Namen und Ortsangaben werden in diesem Protokoll unkenntlich gemacht.
6. Das anonymisierte Protokoll kann innerhalb einer Auswertungsgruppe an der Freien Universität Berlin besprochen werden.
7. Das anonymisierte Protokoll kann vollständig oder in größeren Auszügen in Forschungsberichten genutzt und veröffentlicht werden.
8. Die Tonbandaufnahme wird verschlossen aufbewahrt und nach Abschluss der Untersuchung gelöscht.
9. Der Interviewpartner/ die Interviewpartnerin erklärt sein/ ihr Einverständnis mit der Tonbandaufnahme und der wissenschaftlichen Auswertung des Interviews.

Ort und Datum

Ort und Datum

(InterviewpartnerIn)

(Interviewerin)

Interviewleitfaden

EINLEITUNG

- Fragen zum Forschungsvorhaben oder zu meiner Person?
- Erläuterung von Interviewablauf und Frageschema
- Erläuterung der Aufnahmetechnik
- Datenschutzvereinbarung

INTERVIEW

1) Darstellung der misslungenen Therapie

Erzählstoß 1:

In meiner Studie befasse ich mich mit Menschen, deren Psychotherapie misslungen ist/ die mit Psychotherapie schlechte Erfahrungen gemacht haben. Mich würde nun interessieren, wie Sie persönlich zu dieser Einschätzung kommen:

Wie ist denn Ihre Psychotherapie verlaufen? – Erzählen Sie doch einfach mal von Anfang an: Was ist da so passiert?

Eventuelle Detaillierungsfragen/ Sondierungen:

- Was war der Grund/Auslöser für die Therapie?
- Wie war die Beziehung zum Therapeuten?
- Was wurde in der Therapie gemacht/ wie wurde gearbeitet?
- Was wurde versäumt/ was hat gefehlt?
- Wie wurde die Therapie beendet?
- Warum wurde sie eventuell trotz negativer Erfahrungen weitergeführt?

Erzählstoß 2:

Könnten Sie eine typische Situation im Zusammenhang mit Ihrer Psychotherapie schildern, die Ihnen besonders negativ in Erinnerung geblieben ist/ die für Sie besonders unangenehm war?

2) Darstellung von Therapiewirkungen/-schäden

Erzählstoß:

Könnten Sie mir etwas dazu erzählen, wie sich die Psychotherapie bei Ihnen konkret ausgewirkt hat?/ welche Konsequenzen/Folgen die Psychotherapie für Sie hatte?

Eventuelle Detaillierungsfragen/ Sondierungen:

- Haben Sie während der Therapie irgendeine Veränderung bei sich wahrgenommen?
- Inwieweit wirkte die Therapie in den Alltag hinein und umgekehrt?
- Wie lange hielten eventuelle Folgeerscheinungen an?
- Wurden Folgeerscheinungen auch für andere sichtbar/ betrafen sie auch andere?
- Wie sind Sie damit umgegangen?
- Konnten Sie dem Therapeuten mitteilen, was Sie störte? (Wenn nein, warum nicht?)

3) Erwartungen und Vorwissen über Psychotherapie

Erzählstoß:

Wenn Sie jetzt noch einmal an den Anfang Ihrer Therapie zurückblicken: Mit welchen Erwartungen sind Sie damals dorthin gekommen?/ Was wussten Sie damals über Psychotherapie?

Eventuelle Detaillierungsfragen/ Sondierungen:

- Weg in die Therapie?
- Informationsquellen?
- Eigene Vorerfahrungen mit Psychotherapie?
- Aufklärung/ Information durch den Therapeuten?
- Haben sich Erwartungen an die Therapie verändert?

4) Ergänzende („ad hoc“-) Fragen

I. Einstellung zu Psychotherapie als wirksame Behandlungsmethode?

- a) *Wenn Sie sich nun vorstellen, Sie würden noch einmal in eine Situation geraten, in der Sie seelische Unterstützung brauchen, würden Sie erneut eine Psychotherapie in Erwägung ziehen?/ Könnten Sie sich vorstellen, noch einmal psychotherapeutische Hilfe in Anspruch zu nehmen?*

Wenn nein: Was würden Sie stattdessen tun?

Wenn ja: Würden Sie dieses Mal etwas anders machen/ auf irgendetwas besonders achten?

- b) *Würden Sie Anderen in so einer Situation noch raten, eine Psychotherapie zu machen?*

II. Subjektive Konstruktionen über Bedingungen wirksamer Psychotherapie

Zum Abschluss noch einmal anders herum gefragt: Wie müsste Ihrer Meinung nach eine Therapie aussehen, die wirklich hilfreich ist?

ABSCHLUSS

Dank für die Teilnahme und die persönlichen Auskünfte.

Irgendetwas loszuwerden/ Ergänzungen?

Rückmeldung erbitten, wie die Gesprächssituation empfunden wurde.

Bei Bedarf Zweitgespräch anbieten

Kurzfragebogen

Datum:

Pseudonym:

Wo Klammern stehen, Zutreffendes bitte ankreuzen: (X).

Angaben zur Person

Geschlecht: w (), m ()

Alter:.....

Familienstand/ Partnerschaft.....

Kinder:.....

Schulabschluss/Ausbildung:.....

Beruf/ Derzeitige Tätigkeit:.....

Angaben zur Psychotherapie

Ausgangsproblematik/ eventuell Diagnose:

Psychotherapieverfahren:

Verhaltenstherapie ()

Psychoanalyse ()

Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ()

Gesprächspsychotherapie ()

Gestalttherapie ()

Systemische Therapie ()

Sonstige:.....

Zusätzliche Medikation/ Psychopharmaka während der Therapie:

nein ()

ja () à welche?

Person des Psychotherapeuten:

Geschlecht: w (), m ()

Ausbildung: Arzt/Ärztin (), Psychologe/Psychologin (), Sonstige:.....

Therapiedauer in Monaten (evtl. Anzahl der Sitzungen):.....

Jahr, in dem die Therapie beendet wurde:.....

Weitere Psychotherapieerfahrungen:

nein ()

ja () à Blatt 2

Angaben zu weiteren Psychotherapien

Ausgangsproblematik/ eventuell Diagnose:

Einzeltherapie (), Gruppentherapie (), Sonstige:.....
ambulant (), stationär ()

Psychotherapieverfahren:

- Verhaltenstherapie ()
- Psychoanalyse ()
- Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie ()
- Gesprächspsychotherapie ()
- Gestalttherapie ()
- Systemische Therapie ()
- Sonstige:.....

Zusätzliche Medikation während der Psychotherapie:

- nein ()
- ja () → welche?

Person des Psychotherapeuten:

- Geschlecht: w (), m ()
- Ausbildung: Arzt/Ärztin (), Psychologe/Psychologin (), Sonstige:.....

Therapiedauer in Monaten (evtl. Anzahl der Sitzungen):.....

Jahr, in dem die Therapie beendet wurde:.....

Zusammenfassende Bewertung dieser Therapieerfahrung:

eher positiv (), eher negativ ()

Begründung:

Postskriptum

Pseudonym:

Datum:

Uhrzeit:

Dauer des Interviews:

Motto/Zentrale Themen:

Kontext (z.B. Raumatmosphäre, Besonderheiten, störende Einflüsse):

Gesprächsverlauf (z.B. zunehmende Selbstöffnung, Brüche, Wendungen):

Haltung des Interviewpartners mir gegenüber (z.B. Beziehungs-/Rollenangebot, Distanz):

Nonverbales Verhalten (besondere Gestik, Mimik, Weinen)

Eigene Haltung dem Interviewpartner gegenüber (Auftreten, Übertragung, Vorurteile)

Gesamteindruck (gut/schlecht gelaufen, un-/ergiebig, warum?)

Sonstiges:

Schriftliche Befragung

Vorbemerkungen:

Bitte beantworten Sie die unten stehenden Fragen so, dass am Ende das enthalten ist, was Ihnen persönlich wichtig erscheint, auch wenn im Einzelnen nicht danach gefragt wurde.

Die jeweiligen Punkte unter Dabei interessieren mich auch folgende Aspekte müssen nicht „abgearbeitet“ werden, sondern sind eher als Anregung zu verstehen.

Berichten Sie Ihre Erfahrungen einfach so, wie Sie diese z.B. einem Bekannten erzählen würden. Sie brauchen dabei nicht auf gewählten Ausdruck oder korrekte Rechtschreibung achten.

Lassen Sie auch ruhig Details und anschauliche Beispiele einfließen, die Sie noch erinnern (z.B. konkrete Äußerungen des Therapeuten, Wortwechsel o. Ä.).

Benutzen Sie zur Beantwortung bitte separates Papier (oder eine leere Textdatei) und vermerken Sie vor Ihren Antworten jeweils die Nummer der Frage, auf die Sie sich beziehen.

Schriftliche Befragung: Schlechte Erfahrungen mit Psychotherapie?

Darstellung der Psychotherapie, in der schlechte Erfahrungen gemacht wurden

In meiner Studie befasse ich mich mit Menschen, deren Psychotherapie misslungen ist/ die mit Psychotherapie schlechte Erfahrungen gemacht haben. Mich würde nun interessieren, wie Sie persönlich zu dieser Einschätzung kommen:

1. a) Wie ist Ihre Psychotherapie verlaufen? – Schildern Sie doch einfach mal von Anfang an: Was ist da so passiert?

Dabei interessieren mich auch folgende Aspekte:

- Was war der damalige Grund bzw. der Auslöser für die Aufnahme der Psychotherapie?
- Was wurde in den Therapiesitzungen gemacht?
- Wie würden Sie den Kontakt/ die Beziehung zum Therapeuten beschreiben?
- Wurde Ihrer Meinung nach in der Therapie etwas versäumt/ hat Ihnen etwas gefehlt?

b) Können Sie eine konkrete Situation (oder mehrere) aus Ihrer Psychotherapie schildern, die Ihnen besonders negativ in Erinnerung geblieben ist/ für Sie besonders unangenehm war?

à weiter auf Seite 2 !

Darstellung von Therapiewirkungen

2. Könnten Sie mir etwas darüber erzählen, ob und wie sich die Psychotherapie bei Ihnen konkret ausgewirkt hat?/ welche Folgen die Psychotherapie für Sie hatte?

Dabei interessieren mich auch folgende Aspekte:

- Haben Sie bei sich irgendeine Veränderung wahrgenommen, und wenn ja, welcher Art?
- Inwieweit wirkte die Therapie in Ihren Alltag hinein und umgekehrt?
- Wie lange hielten eventuelle Folgeerscheinungen an?
- Wie sind Sie mit den negativen Erfahrungen aus der Therapie umgegangen?
- Konnten Sie dem Therapeuten mitteilen, dass Ihnen etwas nicht passte? Wenn nicht, warum nicht?
- Wie wurde die Therapie schließlich beendet?
- Warum sind Sie trotz Unzufriedenheit eventuell doch länger in der Therapie geblieben?

Erwartungen und Vorwissen über Psychotherapie

3. Wenn Sie jetzt noch einmal an den Anfang Ihrer Therapie zurückblicken: Mit welchen Erwartungen sind Sie damals dorthin gekommen? Und was wussten Sie damals über Psychotherapie?

Dabei interessieren mich auch folgende Aspekte:

- Woher hatten Sie Ihr damaliges Wissen über Psychotherapie?
- Hat der Therapeut Sie zu Beginn der Psychotherapie z.B. über Methoden, Vorgehen oder Ihre Rolle als Klientin informiert bzw. aufgeklärt?
- Haben sich Ihre Erwartungen an/ Ihr Wissen über Psychotherapie verändert?
- Hatten Sie besondere Kriterien für die Auswahl des Therapeuten oder des Therapieverfahrens?

Psychotherapie in Zukunft

4. a) Wenn Sie sich nun vorstellen, Sie würden noch einmal in eine Situation geraten, in der Sie seelische Unterstützung brauchen – würden Sie erneut eine Psychotherapie in Erwägung ziehen?

Wenn nein: Was würden Sie stattdessen tun?

Wenn ja: Würden Sie dieses Mal irgendetwas anders machen/ bei der Therapie oder der Auswahl des Therapeuten auf irgendetwas besonders achten?

b) Würden Sie Anderen in so einer Situation noch raten, eine Psychotherapie zu machen?

5. Zum Abschluss noch einmal anders herum gefragt: Wie müsste Ihrer Meinung nach eine Therapie aussehen, die wirklich hilfreich ist?

6. Möchten Sie noch irgendetwas ergänzen, was Ihnen wichtig ist? Dann können Sie dies im Anschluss gern tun.

Vielen Dank für Ihre Teilnahme an der Studie und die persönlichen Auskünfte!

Informationen für Menschen mit negativen Therapieerfahrungen

Ombudsstelle der Psychotherapeutenkammer Berlin

Telefon: 0180 - 300 36 26 (9 Cent/ Minute)

<http://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/fr.htm>

Psychosoziale Infostelle PSI

Waldemarstr. 57

10997 Berlin (Kreuzberg)

Tel. 61 65 85 85

email: psych-info@web.de

Zur Zielgruppe gehören dort u.a. Erwachsene und junge Erwachsene, die über problematische Erfahrungen in einer laufenden oder beendeten Therapie sprechen möchten. Die Infostelle ist dem **Gesundheitsladen e.V.** angegliedert, auf dessen Seite es weitere Adressen und Informationen zum Patientenschutz gibt: <http://www.gesundheitsladen-berlin.de/index.php>

SELPSTH e.V., Clearingstelle für Psychotherapiegeschädigte

c/o SPI, Danckelmannstr. 50

14059 Berlin

Tel. 030-3265457

Internet www.sekis-berlin.de/index.htm

E-Mail: luluz@freenet.de

Ø Internetlinks:

Informationsbüro für Psychotherapie und Alternativen

<http://www.psychotherapie-netzwerk.de/infobuero/infobuero.htm>

bzw. <http://www.psychotherapie-netzwerk.de/infobuero/patientenschutz/beschwerdestellen.htm>

Peter Lehmann Verlag. Website mit Informationen für Psychotherapiegeschädigte (z.B. Buchempfehlungen), die ständig aktualisiert wird:

<http://www.antipsychiatrieverlag.de/info1/therapie.htm>

Dieser Website sind auch die folgenden Informationen entnommen:

Ø Beschwerde- und Schlichtungsstellen in Deutschland

Beschwerde- und Schlichtungsstellen können immer nur dann tätig werden, wenn die PsychotherapeutInnen, über die Beschwerden eingebracht werden, auch Mitglied im jeweiligen Verband sind.

Alle **Ärztzekammern** in Deutschland haben Schlichtungsstellen (von der Versicherungswirtschaft mitfinanziert; insofern ist eine Geneigntheit zuungunsten von PatientInnen nicht auszuschließen). Adressen der Landesärztzekammern (incl. Verbraucherverbände, Patientenstellen, Patientenschutzverbände) siehe im Internet unter www.wernerschell.de/Patientenschutz/Adressen/adressen.htm. Anschrift der Bundesärztzekammer: Herbert-Lewin-Str. 1, 50931 Köln, Tel. 0221-4004-0, Fax 0221-4004-388.

Die meisten **ärztlichen psychotherapeutischen Fachverbände** haben Schlichtungsstellen eingerichtet (oft selbst unter TherapeutInnen/AnalytikerInnen kaum bekannt). Auch wenn die Bedingungen für PatientInnen mitunter erniedrigend sind, lohnt eine Rückfrage bei der (für die TherapeutInnen) zuständigen Vereinigung.

Die neu gegründeten **psychologischen Landespsychotherapeutenkammern** sind derzeit teilweise noch im Aufbau. Sofern noch nicht geschehen, richten sie Berufsgerichte ein, die Klagen gegen Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten des jeweiligen Landes bearbeiten. (Kammer für Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten Berlin, Tel. 030-8871400, Fax 030-88714040).

Die **Schlichtungsstelle der Deutschen Gesellschaft für Psychoanalyse, Psychotherapie, Psychosomatik und Tiefenpsychologie (DGPT)** kann erfragt werden bei: DGPT, Johannissbollwerk 20, 20459 Hamburg, Tel. 040-3192619, Fax 040-3194300, Internet www.dgpt.de, E-Mail psa@dgpt.de

Die **Schlichtungsstelle der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung (DPV)** ist zu erfragen bei: Geschäftsstelle DPV, Karen Harnack, Körnerstr. 11, 10785 Berlin, Tel. 030-26552504, Fax 030-26552505, Internet www.dpv-psa.de/, E-Mail geschaeftsstelle@dpv-psa.de

Die **Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DGVT)** unterhält Verbändetreffen zu Fragen von Ethik und Kunstfehlern in Psychotherapie und psychosozialer Beratung. Kontakt: DGVT, Neckarhalde 55, 72070 Tübingen, Tel. 07071-94340, Fax 07071-943435, Internet www.dgvt.de/, E-Mail dgvt@dgvt.de

Die **Gesellschaft für wissenschaftliche Gesprächspsychotherapie (GwG)** hat eine Schiedsstelle für Beschwerden über Psychotherapie bzw. PsychotherapeutInnen eingerichtet. An diese Schiedsstelle kann man sich über die Bundesgeschäftsstelle der GwG in Köln wenden. Kontakt: GwG, Melatengürtel 125a, 50825 Köln, Tel. 0221-9259080, Fax 0221-251276, Internet: www.gwg-ev.org/cms/index.html, E-Mail gwg@gwg-ev.org

Die **Ethik-Kommission des Fritz Perls Instituts für Integrative Therapie, Gestalttherapie und Kreativitätsförderung (FPI)**, Achenbachstr. 40, 40237 Düsseldorf, Tel. 0211-622255, Fax 0211-614851, Internet www.fritz-perls-institut.de/home.htm, wird vertreten durch Gabriele Anna Blettner, Imaginatr. 3, 65203 Wiesbaden, Tel. 0611-609619, Fax 0611-309460, E-Mail gabriele.blettner@main-rheiner.de

Ø Zeitschriften, Mailinglisten & Webadressen

Psychotherapieschäden: Internet-Forum für Betroffene, ihre UnterstützerInnen und sonstige Interessierte, die sich über dieses Thema austauschen möchten.

www.kulturkritik.net – Von Wolfram Pfreundschuh eingerichtetes Diskussionsforum im Internet, auf dem u.a. psychoanalytische Themen zur Diskussion stehen und ausgewählte Artikel (z.B. von Jeffrey M. Masson oder Kate Millett) zum kostenfreien Download angeboten werden.

PSYCHOTHERAPEUTENJOURNAL: Zeitschrift der Zeitschrift der Psychotherapeutenkammern der Länder und der Bundespsychotherapeutenkammer mit Beiträgen, die sich auf vielfältige, darunter rechtliche Aspekte der Berufspraxis von Psychologischen Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten beziehen. Redaktion: Dr. Barbara Ripper, Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg, Hauptstätterstr. 89, D-70718 Stuttgart, Tel. +49-(0)711-674470-40, Fax +49-(0)711-674470-15, E-Mail ripper@psychotherapeutenkammer-b-w.de

PSYCHOTHERAPIE – Zeitschrift zu Psychotherapie, Psychoanalyse und Verhaltenstherapie. Internet www.psychotherapie.de. Redaktion: Dipl.-Psych. Dietmar G. Luchmann, Redaktion. PSYCHOTHERAPIE, c/o ABARIS Institut für Psychotherapie, Waldburgstr. 122, D-70563 Stuttgart. Tel. Hotline 1: 0900-1-PYCHO bzw. 0900-1-779246 (ca. 2 €/ Minute) ab Herbst 2003; Hotline 2: 0190-8-PSYCH bzw. 0190-877924 (1,86 €/ Minute) bis 2004, E-Mail redaktion@psychotherapie.de

Ratschläge für Therapiesuchende. Internet: **www.sgipt.org**. U.a.: "Sie wollen eine Therapie beginnen? Ein Entschluss, auf den sie sich unbedingt vorbereiten sollten, um unliebsamen Konfrontationen gewachsen zu sein" (www.sgipt.org/th_schul/pkrit/degepet0.htm); "Abwehr und Widerstand von Kritik betroffener PsychotherapeutInnen, Schlichtungsstellen, 'Ethik'-Kommissionen und Verbände. Strategien und Taktiken der Verschleppung, Abwiegung und Entmutigung" (www.sgipt.org/th_schul/pkrit/abstrat0.htm). Sekretariat: Diplom-PsychologInnen Irmgard Rathsmann-Sponsel und Dr. phil. Rudolf Sponsel, Postbox 3147, D-91019 Erlangen, E-Mail sekretariat@sgipt.org

THERAPIESCHADEN – Zeitschrift für Psychotherapie-Behandlungsfehler. Internet: www.therapieschaden.de. Redaktion: Dipl.-Psych. Dietmar G. Luchmann

Transkriptionslegende

Symbol	Bedeutung
I	Interviewerin (A. Conrad)
IP	Interviewpartner/ Interviewpartnerin
,	kurzes Absetzen einer Äußerung
...	kurze Pause
(PAUSE)	lange Pause
(-)	im Wort abgebrochen
[lacht], [meint <i>Therapeutin</i> , Anm. A.C.]	Charakterisierung einer nichtsprachlichen Äußerung/ Sprechweise oder Kommentar
<u>natürlich</u>	auffällige Betonung
mhm/ hm	Rezeptionssignal, Pausenfüller
I: Was hat das für dich bedeutet, < < IP: Es hatte < < I: diese Reaktion?	gleichzeitiges Sprechen/Unterbrechen mit genauer Kennzeichnung des Einsetzens
(?)	unverständliche Äußerung
(...) / (mein Partner)	Auslassung/ Änderung des Originaltextes, um Anonymität zu wahren
(---)	Auslassung längerer Passagen, die für Forschungsthema und Kontextverständnis irrelevant sind

Auswertungsbeispiel 1: Fallübersicht David T., Interview vom 22.07.2007

Persönliche Daten	Alter: 27 Familienstand: ledig Beruf/Tätigkeit: Student der Psychologie
Rahmendaten Therapie 1	Auslöser: Angststörung (Angstvorstellungen) Diagnose: unklar Art der Psychotherapie: Psychoanalyse, klassisches Setting Dauer: ca. 4 Jahre/ 380 Sitzungen Beginn/ Ende: 2001/2005 Bewertung: ambivalent
weitere Therapieerfahrungen	Auslöser: Partnerschaftsprobleme Diagnose: - Art der PT: Psychodynamisch orientierte Beratung Dauer: ca. 4 Monate/ 9 Sitzungen Beginn/ Ende: 2007 Bewertung: positiv
Art der negativen Erfahrungen	Th. wollte Kl. nicht gehen lassen, bremste Unabhängigkeitstendenzen des Kl., verstörende Äußerungen (Kl. ließe sich nicht auf PA ein); halbes Jahr Unterbrechung ohne Begründung seitens des Analytikers; keine fokussierte Bearbeitung, keine Themen benannt, keine Aufklärung, keine Indikationsstellung, Th. habe ihm die Entscheidung über eine Langzeit-PA „einfach abgenommen“, keine Orientierung an Lebensrealität des Kl.
Therapiefolgen	Einschränkungen in der Lebensführung (hochfrequente PA, kein Urlaub, kein Umzug in andere Stadt denkbar); psychische Belastung/ Verzweiflung aufgrund verstörender Äußerungen, aber keine gravierenden neg. Auswirkungen; Kl. möchte keine PA mehr.
Vorwissen/ Erwartungen an Therapie	Wenig konkretes Vorwissen, aber Hoffnung aufgrund familiärer PA-Erfahrungen, dass PA helfen würde; Aufklärung fehlte; Psychologiestudium habe Erwartungen und Bewertung verändert.
Gute Therapie	Es muss stimmen zwischen den Personen; Erwartungen klären, Problem klären, Metakommunikation darüber, wie man vorgeht, was man vorhat, konkrete Ziele festlegen, viel Realität herein lassen.
Ergänzungen	Th. sollten sich überlegen, ob das, was sie zu bieten haben, für die jeweilige Person das Richtige ist, nicht nur einfach jahrelang „ihr Ding durchziehen“. Hohe Ambivalenz bezüglich der Therapieerfahrung; Bewertung der PT ändere sich immer wieder.
Besonderheiten	Der Fall von David T. ist vor allem interessant, da er eine Differenzierung einführt zwischen: „die Beziehung/Begegnung hat gut getan“ und „der Therapeut hat Dinge falsch gemacht“. Die negativen Erfahrungen stellen zwar die Psychoanalyse als Verfahren und die übermäßige Überzeugung von deren Eignung in Frage, nicht aber die menschliche Begegnung „jenseits von Professionalität“.

Auswertungsbeispiel 2: Offenes Kodieren mit ATLAS.ti

Wenn Therapie misslingt - ATLAS.ti

File Edit Documents Quotations Codes Memos Networks Views Tools Extras Windows Help

P-Docs | P 6: Transkript 6_Helga H. | Quotes | 6:333 < IP: Genau, in den probatoris.. (8 | Codes | 1. PT fit gemacht für Traumabearbeitung {1-0 | Memos | ME- 08.01.2007 Einfluss des sozialen Umfelds auf PT {1-Me} - Super

088 IP: ähm was dann nach kurzer Zeit, als wir dann die Therapie dann tatsächlich begonnen hatten, also die Analyse fing ja tatsächlich noch'n halbes Jahr später erst an, was sich da schon total gewandelt hatte, was ich auch ganz irritierend fand, weiß ich noch, dass ich's damals ner Freundin erzählte, also ich glaub nicht, dass ich mir das jetzt eingebildet habe, dass er zu Anfang so war und jetzt irgendwie auf einmal so anders ist,

089 I: Mhm

090 IP: also es war schon irgendwie'n bisschen komisch, er kam mir ... sehr schnell sehr unwirsch vor, so'n bisschen so hm,

091 I: Mhm

092 IP: so so schnell gereizt oder genervt.

093 I: Mhm

99 094 IP: Hat mich schon abgetörnt ... Das ging dann halt auch weiter so ... und steigerte sich einfach zu zu so ... Gott, also so Formen, wo ich denke, das kann ich einfach nicht nachvollziehen, wie jemand, der mit jemandem arbeitet, wo klar ist, da ist'n Problem gerade mit Männern, Thema Gewalt, Aggression und so weiter,

095 I: Mhm

096 IP: ähm da so reinklotzen kann, also da war zum Beispiel der eine Moment, das war vielleicht zwei Monate, nachdem ich angefangen habe,

097 I: Mhm

098 IP: da hab ich das erste Mal ... mich irgendwie so weit geöffnet, also ich hab auch von Anfang an gelegen ... ähm, dass ich angefangen hab, ihm zu beschreiben, was ich eigentlich an Männern bedrohlich find oder immer schon bedrohlich fand oder was mir Angst gemacht hat und wie ich Männer sehe oder sah oder also diese diese Bilder mal so

099 I: Mhm

100 IP: ausgepackt. Und, also er hat mich glaube ich keine ... vier, fünf Minuten sprechen lassen da drüber irgendwie und kam dann sofort so ratz rein mit solchen äh Bemerkungen, aber auch wirklich so total unwirsch wie ... äh ... ja, also, Sie wissen aber, dass das jetzt lhr Bild ist und nicht so, wie Männern sind, ne. So.

101 I: Mhm

Code(s): TH. SEHR OFFEN TH. SEHR WEICH TH. VERSTÄNDNISVOLL not created anew

Size: 100 % ANSI CP: 0

088 Kl. Irritation
Infragestellung der subj. Wahrnehmung Kl. erzählt Freundin von PT

090 Th. gereizt/genervt
Th. unwirsch

094 Steigerung Th. unwirsch Kl. abgetörnt
BT ein Verständnis für Th. Verhalten
Problem mit Männern & Gewalt
Kl. das erste Mal so weit geöffnet

098 von Anfang an gelegen
Kl. schildert Traumathema: Männer und Gewalt

100 Th. defizitorientiertes Kommentar
Th. unterbricht Kl.
Th. unwirsch

Auswertungsbeispiel 3: Das erste Kategoriensystem

Die unten stehende Tabelle enthält einen Ausschnitt der auf der Grundlage des ersten Interviews gebildeten Kategorien mit deren Definitionen, zugehörigen Codebeispielen und Textbelegen (Ergebniszusammenfassung vom 12.01.2006).

Auszug aus dem Kategoriensystem für Markus A., Themenbereich Therapiebeziehung

Abkürzungen: IP: Interviewpartner, PT: Psychotherapie, ?: vorläufige Bezeichnung

Themenbereiche & Kategorien	Definition	Codes	Textbelege (Zeilen)
THERAPIEBEZIEHUNG <u>Eigenschaften der zugehörigen Kategorien:</u> Häufigkeit: nie - immer Intensität: schwach – stark Zeitpunkt in der PT: z.B. zu Beginn, gegen Ende Dauerhaftigkeit: punktuell – permanent	bezieht sich auf alle Merkmale, mit denen der IP die PT-Beziehung direkt charakterisiert bzw. auf Passagen, in denen die PT-Beziehung indirekt beschrieben wird (z.B. bestimmte aussagekräftige Episoden).		
Wertschätzung der therapeutischen Arbeit im Hinblick auf Engagement	bezieht sich auf Aussagen des IP darüber, wie er den Einsatz/ das Engagement seines Therapeuten zu einem bestimmten Zeitpunkt bewertet.	Einsatz/ es sich leicht machen nicht die Bohne ins Zeug gelegt	783-789 681-683
Wertschätzung der therapeutischen Arbeit im Hinblick auf Professionalität/Kompetenz	bezieht sich auf Aussagen des IP darüber, wie er die „an ihm geleistete“ Arbeit und/ oder Fachkompetenz seines Therapeuten zu einem bestimmten Zeitpunkt bewertet.	Fachlich war er vielleicht gar nicht schlecht	318-319
Vertrauen	bezieht sich auf Aussagen des IP, in denen es um darum geht, ob und in welchem Ausmaß die PT-Beziehung als vertrauensvoll erlebt wurde bzw. inwiefern Vertrauen in der PT-Beziehung wichtig ist oder gewesen wäre. Von Bedeutung ist hier in erster Linie das Vertrauen, das der <i>Klient dem Therapeuten entgegenbringt</i>	Vertrauen hat sich nicht eingestellt	424-426
Wärme vs. Kühle (Empathische Zuwendung?)	bezieht sich auf Aussagen des IP, in denen vor allem die gefühlsmäßige Wahrnehmung der PT-Beziehung im Sinne einer warmen oder kühlen Atmosphäre bzw. im Sinne von empathischer Zuwendung beschrieben wird.	Von A-Z eher kühl Gefühl von Auffangen	160-161 1310-1317
Passung/Draht	bezieht sich auf Aussagen des IP über seine Einschätzung der persönlichen Passung von Therapeut und Klient im Sinne von „sich verstehen“, „die Chemie stimmt“ oder „einen guten Draht zueinander haben“.	Persönliche Passung andere Sachen stimmen Typfrage Gute Verbindung	266-273 959 1073-1084 416-419

Themenbereiche & Kategorien	Definition	Codes	Textbelege (Zeilen)
THERAPIEBEZIEHUNG (Forts.)			
Symmetrie/Asymmetrie (Hierarchie/Macht?)	Bezieht sich auf alle Textstellen, in denen der Kontakt zum Th. im Hinblick auf die Dimension Symmetrie-Asymmetrie thematisiert wird. Hierunter fallen sowohl Aussagen zur unterschiedlichen Rollenverteilung zwischen Th. und Klient im Sinne von Aufgaben als auch Aussagen zur unterschiedlichen Verteilung von Macht.	empfundenes Ungleichgewicht Position Klient vs. Therapeut Stufenunterschied Übermensch hab's als besserwisserisch empfunden	394-404 738-752 1155-1159 404-407 302-312
Menschlichkeit	bezieht sich auf Aussagen des IP darüber, ob und inwiefern Therapeut und Klient sich in der PT als Menschen (inklusive menschlicher Schwächen, Biografie und Würde) begegnen, als Menschen in Erscheinung treten bzw. als solche gesehen und behandelt werden.	Th. sitzt wie so 'ne Wand da an Th. abgeglitten Th. gibt nichts Persönliches preis Th. als Mensch nicht greifbar/nicht vorhanden sein nicht greifbar/ nicht verbindlich sein menschliche Komponente menschlich mit den Dingen umgehen wenn es menschlich abläuft menschliche Reaktion dass gesagt wurde, „das kann ich verstehen“ Übermensch Authentizität Fehler zugeben können Begrüßungs-/ Verabschiedungsmodus Kritik des Klienten ernst nehmen	130 132-133 355-378 1122-1124 390-392 406-407 744-745 683 1122 804 1121 409-412 1154-1155 1334-1339 1334-1343 404-407 1338-1339 1126-1131 135-149 935-956 (974)
Kooperativität	bezieht sich auf Aussagen des IP dazu, inwiefern in der PT eine Zusammenarbeit von Therapeut und Klient zustande kam bzw. inwiefern er die PT-Beziehung als produktives Arbeitsbündnis wahrgenommen hat.	Gemeinsam an einem Strang Gegeneinander/ Stein im Weg Kooperation kein Nährboden für Veränderung	152-153 155-157 1111-1112 634-636

Auswertungsbeispiel 4: Auszug aus dem fallübergreifenden Kategoriensystem

Erläuterung: Die Tabelle enthält einen Auszug aus dem fallübergreifenden Kategoriensystem (Stand 16.08.2007) auf der Grundlage von 19 offen kodierten Transkripten. Wieder wurde der Themenbereich der THERAPIEBEZIEHUNG ausgewählt, um zu verdeutlichen, wie sich das Kategoriensystem mit der Zeit ausdifferenziert hat. Verglichen mit dem ersten Kategoriensystem vom 12.01.2006 sind 13 Kategorien hinzugekommen.

Abkürzungen: IP: Interviewpartner, PT: Psychotherapie, Kl.: Klient, Th.: Therapeut, ?: vorläufige Bezeichnung

Themenbereiche & Kategorien	Definition
THERAPIEBEZIEHUNG <u>Eigenschaften der zugehörigen Kategorien:</u> Häufigkeit: nie - immer Intensität: schwach – stark Zeitpunkt in der PT: z.B. zu Beginn, am Ende Dauerhaftigkeit: punktuell – permanent	Bezieht sich auf alle Merkmale, mit denen der IP die PT-Beziehung direkt charakterisiert bzw. auf Passagen, in denen die PT-Beziehung indirekt beschrieben wird (z.B. bestimmte aussagekräftige Episoden).
Wertschätzung des therapeutischen Engagements	Bezieht sich auf Aussagen des IP darüber, wie er den Einsatz/ das Engagement seines Therapeuten zu einem bestimmten Zeitpunkt bewertet.
Wertschätzung der therapeutischen Kompetenz	Bezieht sich auf Aussagen des IP darüber, wie er die „an ihm geleistete“ Arbeit und/ oder Fachkompetenz seines Therapeuten zu einem bestimmten Zeitpunkt bewertet.
Agieren statt Verstehen	Bezieht sich auf alle Aussagen, in denen der IP andeutet, dass der Th. eine Haltung des Verstehens verlässt und stattdessen (spontan/ im Affekt) auf das reagiert, was der Kl. tut oder sagt. In der Psychoanalyse würde man hier vielleicht von einer ausagierten Gegenübertragung sprechen, deren sich der Th. nicht bewusst ist.
Selbstöffnung Therapeut	Bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß der Th. in der PT persönliche Informationen preisgegeben hat.
Annäherungsversuche Th.	Bezieht sich darauf, ob und inwieweit der Th. dem Kl. auch auf privater Ebene eine Beziehungsangebot gemacht hat.
Körperkontakt	In diese Kategorie gehören alle Textstellen, in denen davon die Rede ist, dass Th. und Kl. während der Therapie Körperkontakt haben, der außerhalb klar umrissener körpertherapeutischer Übungen liegt.
Nähe vs. Distanz	Umfasst alle Textstellen, in denen der Kontakt zum Th. in Begriffen von Nähe und Distanz dargestellt wird.
Abgrenzung/Grenzen	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP darüber, inwieweit der Th. sich in der Therapiebeziehung vom Kl. abgegrenzt hat.
Wärme vs. Kühle	Bezieht sich auf Aussagen des IP, in denen vor allem die gefühlsmäßige Wahrnehmung der PT-Beziehung im Sinne einer warmen oder kühlen Atmosphäre beschrieben wird.
Feinfühligler Umgang, Sensibilität	Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die darauf hinweisen, dass der Th. feinfühlig, sensibel, vorsichtig (vs. grob, unsensibel, unbedacht) mit dem Kl. umgegangen ist und dessen Bedürfnisse und Ängste wahrgenommen hat.
Menschlichkeit	Bezieht sich auf Aussagen des IP darüber, ob und inwiefern Therapeut und Klient sich in der PT als Menschen (inklusive Schwächen, individueller Biografie und Würde) begegnen, als Menschen in Erscheinung treten bzw. als solche gesehen und behandelt werden.
Persönliche Passung/Sympathie	Bezieht sich auf Aussagen des IP über seine Einschätzung der persönlichen Passung von Therapeut und Klient im Sinne von „sich verstehen“ oder „einen guten Draht zueinander haben“.
Vertrauen	Bezieht sich auf Aussagen des IP, in denen es um darum geht, ob und in welchem Ausmaß die PT-Beziehung als vertrauensvoll erlebt wurde. Von Bedeutung ist hier in erster Linie das Vertrauen, das der Kl. dem Th. entgegenbringt.

<i>Themenbereiche & Kategorien</i>	<i>Definition</i>
THERAPIEBEZIEHUNG (Forts.)	
Übertragung	Einige IP nehmen explizit Bezug auf Übertragungen, sie sie meinen, in der therapeutischen Beziehung gehabt zu haben. Hierzu gehören Aussagen über mögliche dem Th. zugewiesene Rollen (Mutter, Jugendliebe). Darüber hinaus werden in dieser Kategorie auch Aussagen über Verliebtsein, Idealisierung und empfundene Attraktivität einsortiert.
Symmetrie/ Asymmetrie	Bezieht sich auf alle Textstellen, in denen der Kontakt zum Th. im Hinblick auf die Dimension Symmetrie-Asymmetrie thematisiert wird. Hierunter fallen sowohl Aussagen zur unterschiedlichen Rollen-/Aufgabenverteilung zwischen Th. und Klient als auch Aussagen zur unterschiedlichen Verteilung von Macht.
Konflikte	Hierunter fallen alle Textstellen, in denen Konflikte bzw. Auseinandersetzungen und deren Lösungen dargestellt werden, die im Laufe der PT zwischen Kl. und Th. aufgetaucht sind.
Eingehen auf Klientenbedürfnisse <i>Eingehen auf Kritik ist unter Symmetrie/ Asymmetrie eingeordnet, weil es noch mal einen anderen Aspekt betrifft!</i>	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP darüber, ob und inwieweit der Th. auf Wünsche oder Bedürfnisse des Kl. eingegangen ist, diese ernst genommen hat bzw. die PT gemäß den Bedürfnissen des Kl. gestaltet hat (Gegenteil: Th. „zieht sein Programm durch“).
Kontinuität/Zuverlässigkeit der Beziehung	Umfasst alle Aussagen des IP darüber, ob er die PT-Beziehung grundsätzlich als verlässlich oder verbindlich wahrgenommen hat, und auch Aussagen darüber, ob und inwiefern der Th. auch über konkrete Sitzungen hinaus, z.B. auch während eines Klinikaufenthaltes, grundsätzlich Kontakt- und Hilfsbereitschaft signalisiert bzw. Unterstützung gegeben hat (Angebot zusätzlicher Termine, Telefonkontakt für den Notfall) oder den Kl. im Gegenteil außerhalb konkreter Sitzungstermine abgewiesen und sich für „nicht zuständig“ erklärt hat.
Stabilität vs. Wechselhaftigkeit	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP darüber, ob er das Verhalten des Th. eher als beständig gleich bleibend oder als wechselhaft wahrgenommen hat bzw. ob es während der PT einen Wandel oder Bruch im Verhalten des Th. gegeben hat.
Kooperativität	Bezieht sich auf Aussagen des IP dazu, inwiefern in der PT eine Zusammenarbeit von Therapeut und Klient zustande kam bzw. inwiefern die PT-Beziehung als produktives Arbeitsbündnis wahrgenommen wurde.
Erster Eindruck	Textstellen, in denen der IP den 1. Eindruck vom Th. schildert.

Auswertungsbeispiel 5: Das Vorgehen beim axialen Kodieren

Anhand der folgenden drei Textausschnitte soll gezeigt werden, wie axiale Bezüge in den Daten aufgedeckt werden können. Eine Möglichkeit besteht hier darin, auf Indikatorwörter zu achten. So kündigen Konjunktionen wie „weil“, „aufgrund von“, „darum“, „deshalb“ z.B. „kausale“¹⁵ Bezüge in den Daten an. Darüber hinaus ist es sinnvoll, Fragen an den Text zu stellen, wobei das paradigmatische Modell von Strauss (1998) als Anregung dienen kann: Welche Bedingungen werden vom Interviewpartner als dem Phänomen X vorausgehend oder als Grund dafür genannt? Wie gehen die Akteure mit X um? Was für Strategien entwickeln sie, was unternehmen sie eventuell dagegen? Welche Bedingungen haben Einfluss darauf, welche Strategie in Bezug auf X gewählt wird oder ob überhaupt gehandelt wird? Welche Folgen haben diese Handlungsweisen und Strategien für die Akteure? usw.

Bsp. 1:

Also ich hab selber auch immer dieses Bild gehabt, na ja, das ist doch der Analytiker, und der muss doch wirklich und irgendwie wissen, was, und irgendwann hab ich dann aber auch angefangen, mehr mit meinen Freundinnen und Bekannten da drüber zu sprechen, eben die teilweise selber Analytikerinnen sind und so, weil's mir so komisch vorkam, ich dachte, irgendwas stimmt nicht so. Und ja, hab dann immer mehr eben das Gefühl gekriegt, da stimmt wirklich irgendwas nicht, und der Typ tut dir überhaupt nicht gut, und da läuft wirklich was schief, und möglicherweise bräuchte er mal wieder 'ne Supervision oder sonst was, also ... ich dachte dann irgendwann, es ist doch das Beste, diese Analyse jetzt abubrechen. (Helga H., 493-508)

Anhand des Textbeispiels lassen sich folgende Zusammenhänge rekonstruieren (die zugehörigen Kategorien sind in Großbuchstaben dargestellt):

Phänomen: Die Klientin meint, dass etwas mit ihrer Therapie nicht stimmt (INDIVIDUELLE ERGIEBIGKEIT)

Umgang mit dem Phänomen: Mit Freundinnen und Bekannten bzw. Experten sprechen (SUCHE NACH VALIDIERUNG)

Folgen der Strategie: Gefühl, da läuft wirklich was schief (VERTRAUEN IN DIE EIGENE WAHRNEHMUNG → wird größer) und nachfolgend: Entscheidung zum THERAPIEABBRUCH.

Bsp. 2:

Also jetzt kommt mir so'n Detailpunkt, jetzt denke ich zum Beispiel daran, wie ich da immer wieder dazu angehalten wurde, mich auf diese Couch zu legen und mir das körperlich wirklich unerträglich war . . . das war mir einfach auch wahnsinnig unangenehm, ich hab Angst gehabt, ich hab das richtig körperlich nicht ausgehalten, und er hat es immer wieder versucht, mich auf diese Couch zu legen, bis ich dann nach langem Kämpfen endlich sitzen durfte und ihn angucken durfte. (Julia I., 186-200)

¹⁵ Der hier verwendete Kausalitätsbegriff bezieht sich auf subjektive Begründungszusammenhänge, nicht auf objektive Ursache-Wirkungs-Bezüge, deren Nachweis nur unter kontrollierten Bedingungen im Experiment erbracht werden kann.

Anhand des Textbeispiels lassen sich folgende Zusammenhänge rekonstruieren:

Phänomen: Angst, körperlich unerträglich, körperlich nicht ausgehalten, wahnsinnig unangenehm (negativer EMOTIONALER IMPACT der Therapiesitzungen)

Vorausgehende Bedingung: Liegen auf der Couch (THERAPIEKONTEXT/RÄUMLICHES SETTING)

Umgang mit dem Phänomen: „Kämpfen“ (VERBALISIERUNG VON IRRITATIONEN UND KRITIK)

Folgen: Therapeut gibt Klientin nach (UMGANG MIT FEEDBACK)

Klientin darf sitzen und Therapeuten angucken (THERAPIEKONTEXT/ Räumliches SETTING)

Bsp. 3:

Und auch so seine schnodderige Art irgendwie, das ... hat einfach nicht gepasst. Wo ich denn auch öfters einfach heulend rausgegangen bin und dachte so, nee, ist irgendwie ... wo dann auch so Freunde gemerkt haben, Mensch, das tut dir doch nicht gut, also wenn ich danach irgendwo hingegangen bin und dann schon wieder heulend ankam, die gesagt haben, geh doch da nicht mehr hin.

I: Mhm. Was is'n schnodderige Art, oder wie war'n das konkret?

IP: Hm ... na ja, so dieses, ja, na, dass war ja dumm von Ihnen [lacht], und irgendwie ... wenn ich irgendwie ... so aus Unsicherheit vielleicht irgendwas nicht gemacht hab, na ja, das war ja ziemlich bescheuert von Ihnen, und all so was. (Kerstin E., 552-571)

Anhand des Textbeispiels lassen sich folgende Zusammenhänge rekonstruieren:

Phänomen: öfters heulend rausgegangen (negativer EMOTIONALER IMPACT der Therapiesitzungen)

Vorausgehende Bedingung: „schnodderige Art“, „das war ja dumm/ ziemlich bescheuert von Ihnen“ (ABWERTENDE KOMMENTARE)

Auf das Phänomen gerichtete Interaktion: Freunde raten, nicht mehr zur Therapie zu gehen (MEINUNGEN ANDERER)

Folgen: Die Durchsicht des weiteren Kontextes gibt Aufschluss darüber, dass die Klientin die Therapie nach einem halben Jahr abgebrochen hat. Die „schnodderige Art“ des Therapeuten gibt sie hier als einen unter mehreren Gründen an. Welche Rolle die Meinung ihrer Freunde dabei spielte, führt sie allerdings nicht weiter aus.

Die im Rahmen einzelner Textstellen gefundenen Beziehungen zwischen Kategorien wurden notiert, als Zusammenhangshypothese am übrigen Datenmaterial überprüft und mit möglichst vielen Textbelegen angereichert. Gleichzeitig wurde nach Vorkommnissen gesucht, die diesem Zusammenhang widersprechen, und sofern solche aufzufinden waren, wurde im Kontext nach Erklärungen dafür gesucht (z.B. nach intervenierenden Bedingungen, die den Zusammenhang zweier Kategorien verändern). Eine Zusammenhangshypothese galt als belegt, wenn sich die Beziehung zwischen den Kategorien bei der Durchsicht der Interviews wiederholt bestätigt hatte und keine stichhaltigen (d.h. nicht durch Zusatzannahmen integrierbaren) Gegenbelege aufgetaucht waren.

Auswertungsbeispiel 6: Auszug aus der Ergebnistabelle zum axialen Kodieren

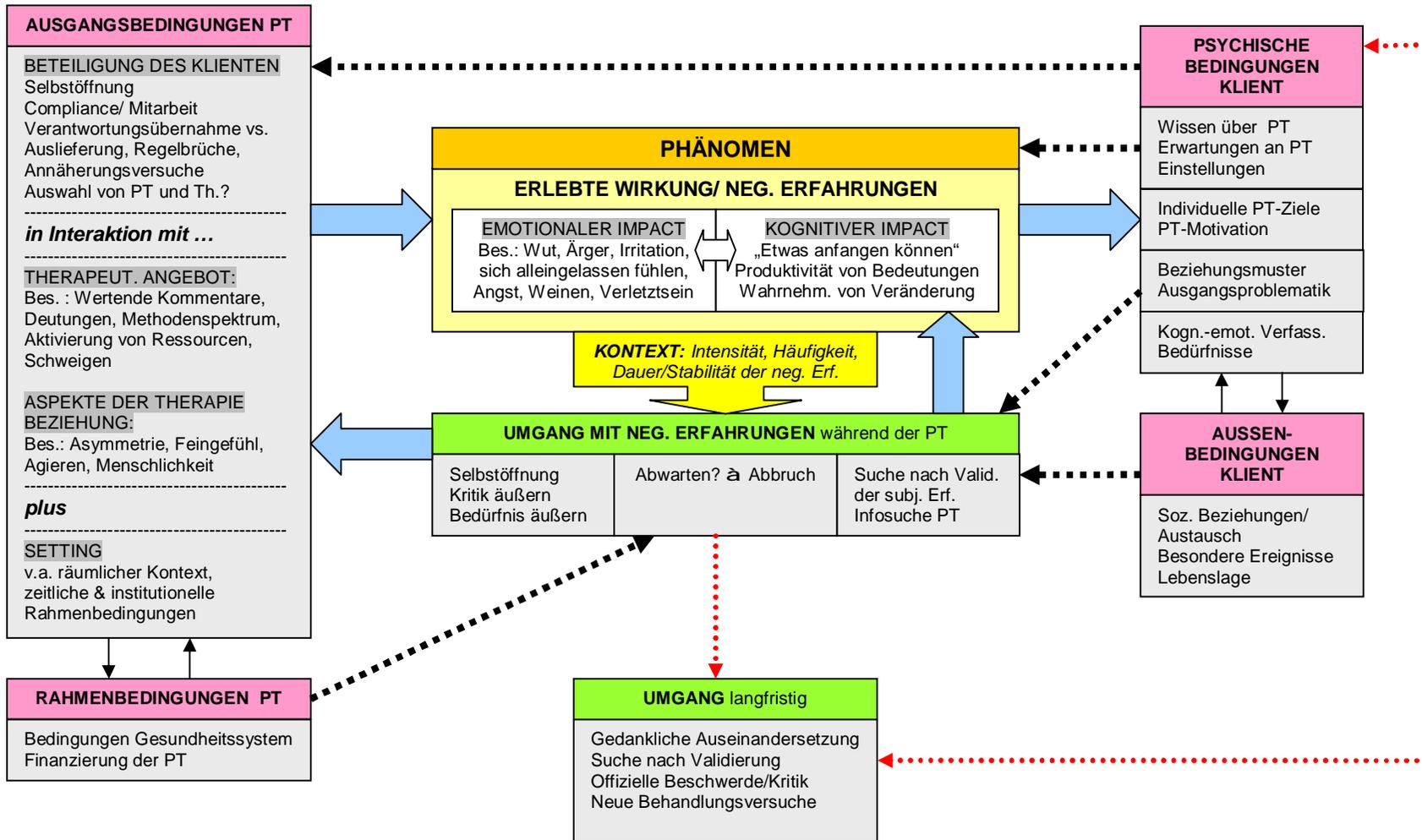
Im folgenden Tabellenauszug zum Interview mit Kerstin E. sind alle Beziehungen der Ausgangskategorie KOGNITIVER IMPACT (bzw. von deren Unterkategorien *Produktive Bedeutungen* und *Kontraproduktive Bedeutungen*) zu anderen Kategorien festgehalten. Für jedes Vorkommen einer Kategorienbeziehung im Interview mit Kerstin E. wurden der betreffende Textbeleg sowie die darin enthaltenen Codes von Ausgangskategorie und Bezugskategorie angegeben. Die Art der Beziehung ist mit einem Kürzel charakterisiert (s. Tabelle). Zur Veranschaulichung ist für die drei letztgenannten Kategorienbezüge (graue Markierung) der zugehörige Textbeleg aufgeführt.

Kategorie (Phänomen): KOGNITIVER IMPACT					
AB: Vorausgehende Bedingung, HI: Handlung und Interaktion, KO: Konsequenz, KO_L: Konsequenz langfristig, IB: Intervenierende Bedingung, KI.: Klient, PT: Therapie					
Interview	Code Ausgangskategorie	Textbeleg (Atlas-ti)	Bezugskategorie	Art der Beziehung	Code Bezugskategorie
Kerstin E.	Produktive Bedeutungen				
	Knackpunkte kommen	813 -815	Methoden Methoden	AB AB	aufschlüsseln, warum alles so funktioniert wo hauptsächlich geredet wird
	Erkenntnisse über Beziehungsmuster klar hat man auch Erkenntnisse/ richtige Knackpunkte in aktueller PT/ Umdeutung biografischer Aspekte eigentliche Probleme nicht thematisiert	728 -728 204-210	Bedürfnisse des Kl. Wahrnehmung von Effekten Befinden allgemein	IB KO KO	Kl. ist es wichtig, über Verstand zu arbeiten es hat etwas ausgelöst es änderte sich nicht wirklich etwas
		182 -186	Therapieziele Therapieziele	AB AB	Übungen, „sich von allem zu lösen“ Es ging um Erleuchtung
	Kontraproduktive Bedeutungen				
	ich bin die Falsche und mache alles schlecht	666 -666	Beziehungsmuster des Kl. Verantwortlichkeit für Scheitern	IB KO_L	Abgrenzungsprobleme Kl. fühlte sich schuldig an neg. Erfahrungen
	ich kann PT-Ziel niemals erreichen	218 -220	Therapieziele Suizidalität	AB KO	Nicht-weltliche Therapieziele (implizit) Kl. Suizidgedanken/-pläne
	ich kann das Therapieziel niemals erreichen	114 -118	Bewertung/ neg. Effekte der PT Therapieziele Suizidalität Bewertung/ neg. Effekte der PT	KO_L AB KO KO_L	nicht wirklich geholfen/eher schlechter geworden Ziel sich von seinen Bedürfnissen lösen Kl. Suizidgedanken/-pläne PT war gefährlich

Ja, darum ging's eben, so dieses sich von den Bedürfnissen lösen, und wo ich nachher auch irgendwann an dem Punkt angelangt war, dass ich dachte, ich kann das, was ich erreichen muss, laut seiner Therapie, hier auf der Erde gar nicht erreichen, also kann ich mich gleich umbringen. Also so saß ich wirklich einmal, kann ich mich noch erinnern da, an (einem Waldsee) an 'n Baum gelehnt und dachte, ja, nee, das hat keinen Sinn, du musst dich umbringen ... Es ist ganz klar, und insofern schon ganz schön gefährlich. (Kerstin E., 114-118)

Das hochgesteckte Therapieziel ist hier vorausgehende Bedingung für die Annahme der Klientin, es niemals schaffen zu können. Unmittelbare Konsequenz dieser Annahme sind Suizidgedanken. Dies schlägt sich langfristig in ihrer Bewertung der Therapie als „gefährlich“ nieder.

Auswertungsbeispiel 7: Memo 26.04.2007: Hypothesennetz zu Verbindungen zwischen den Kategorien



Auswertungsbeispiel 8: Memos zum Konzept der Deutungsbereitschaft

Memo, 19.07.2007

Untersuchung zweier „Sonderfälle“: Sophia Q. und Max N.

Wenn man beide Fälle kontrastiert – welche Dimensionen scheinen zur Unterscheidung/zum Vergleich gut geeignet? Was sticht ins Auge?

Schweregrad der Störung

Beide Forschungsteilnehmer beschreiben sich als chronisch psychisch beeinträchtigt (Klinikkarrieren, Medikation, entsprechende Diagnosen), und dies ist auch in ihren Äußerungen/ in der direkten Interaktion spürbar. Es gibt hier scheinbar einen starken Zusammenhang zwischen der Bewertung der Therapie und dem Störungsbild/ bzw. dem lebensgeschichtlichen Hintergrund. Das zeigt sich vor allem in der Verantwortungsverteilung.

Verantwortungsverteilung:

Max N. klagt maximal an/ verurteilt, zeigt aber auch Ambivalenz: Manchmal spielt er darauf an, dass es nicht um Kunstfehler geht, sondern um „Koinzidenzen“ (die Therapeutin tut irgendetwas ohne besondere Intention, aber das stößt bei ihm auf eine bestimmte Deutungsbereitschaft, die von allgemeinem Misstrauen bzw. Angst vor Manipulation gekennzeichnet ist).

Wirklich vorwerfen tut er der Therapeutin nur das, was seiner Meinung nach „objektiv“/juristisch ein Vergehen/Fehler ist: Dass sie ihm die Einsicht in die Anamnese verweigert hat.

Insgesamt übt er reichhaltige Kritik an der gesamten Institution der Psychoanalyse und ihren Vertretern.

Sophia Q. entschuldigt alles. Sie erzählt im Interview mit parathymer Mimik, eher mit leicht amüsierten Tendenzen, von ihrer bitteren Lebensgeschichte. Sie meldet sich einerseits auf die Anzeige zu „negativen Erfahrungen mit Psychotherapie“ und berichtet einige unerfreuliche Erlebnisse, andererseits gibt sie den Therapeuten keinerlei Mitschuld am Scheitern der Therapie, macht dafür einzig sich selbst bzw. ihre Störung verantwortlich. (Allerdings fragt man sich, ob z.B. das Schweigen des ersten Therapeuten, die Abstinenz von Rückmeldungen oder freundlichen, aufbauenden Worten nicht doch dazu beigetragen haben können, dass sie, als es ihr schlecht ging, nicht wieder kam. Es bleibt ein unbefriedigendes Gefühl zurück, wenn man hier nur ihre Worte wiedergibt, ohne die Besonderheiten der Interviewsituation zu thematisieren).

Warum ist es wichtig, Fälle wie Sophia Q und Max N. einzubeziehen?

Ohne sie würde man vermutlich wichtige Dimensionen der subjektiven Bewertung von Therapie übersehen. An beiden Fällen kann man gut veranschaulichen, dass und wie bestimmte, z.B. durch die eigene Störung und Biografie geprägte Deutungsbereitschaften in die Bewertung der Therapie einfließen. Das passiert wahrscheinlich in jedem Fall, wird aber erst bei diesen beiden Fällen besonders deutlich.

Die Hypothese wäre: Jeder Klient bringt einen bestimmten Deutungsrahmen mit und nimmt eben wegen dieses Deutungsrahmens (vielleicht zu definieren als „nicht bearbeitete/ nicht reflektierte **Deutungsbereitschaft auf Seiten des Klienten**, beeinflusst von der subjektiven Biografie, dem Störungsbild und aktuellen Bedürfnissen“...)

- entweder ganz bestimmte Ereignisse in der Therapie oder beim Therapeuten als negativ wahr (Birgit D., die von sich sagt, „alles immer ganz streng haben zu wollen“, ärgert sich z.B. besonders über Regelabweichungen des Therapeuten),
- produziert durch sein eigenes Mitwirken ebensolche Ereignisse in der Interaktion mit dem Therapeuten (?) oder
- interpretiert die gesamte Therapieerfahrung im Rahmen und nach der Maßgabe dieses Deutungsrahmens (z.B. Sophia Q.)

(oder alles zusammen)...

Man müsste prüfen, ob das für alle Fälle zutrifft. Ich habe da noch meine Zweifel; außerdem ist mir das Konzept noch zu allgemein. Kommen da nicht Erwartungen mit herein? Welche Schlüsse könnte man daraus ziehen?

Vorschlag für ein grobes Schema:

Komponenten im therapeutischen Vorgehen, in der therapeutischen Beziehung und im Therapiesetting:

intersubjektiv wenig problematisch (Th. beugt sich zum Telefon vor)
vs. intersubjektiv sehr problematisch (Th. bricht Schweigepflicht)

eine Komponente vs. viele Komponenten

interagieren mit:

nicht bearbeiteten/ nicht reflektierten **Deutungsbereitschaften/ Deutungsmustern auf Seiten des Klienten** (beeinflusst von subjektiver Biografie, Störungsbild, aktuellen Bedürfnissen)

schwach ausgeprägt/situationsspezifisch vs. stark ausgeprägt/generalisiert

eine vs. mehrere

führt zu: Scheitern der Therapie?

Memos zum schriftlichen Bericht von Max N.

(erstellt in ATLAS.ti)

MEMO: ME - 14.08.07 Deutungsbereitschaft – Tendenz zu misstrauen? (1 Quotation) (Super, 14.08.07 17:26:22)

P13: Transkript 12_Max N. Feb-Mai 2007 Kodierfassung.rtf
44 -45

In der Darstellung von Max N. lässt sich die Tendenz ausmachen, hinter Verhaltensweisen der Therapeutin eine Absicht zu vermuten, wo andere wahrscheinlich eher keine sehen würden: Die Sandalen der Therapeutin werden zu "Absicht? Provokation?". Die "Bekleidungsphilosophie" der Therapeutin wird zu einem "imaginären Verstoß gegen die Abstinenzregel". Die Stimme der Therapeutin wird zum Instrument, das der "Ausnutzung von Macht" dient.

Diese Vorstellungen passen zu seiner an mehreren Stellen thematisierten Angst vor Auslieferung ("Sie vertrauen uns blind"), Manipulation ("Gehirnwäsche") und Durchschautwerden („das Gefühl, der Analytiker kann mit seinem ‚Instrumentarium‘ in meine Seele schauen und Geheimnisse ergründen, selbst wenn ich diese nicht äußere oder davon nichts weiß“).

MEMO: ME - 14.08.07 Interaktion von Deutungsbereitschaft und Therapeutenverhalten (1 Quotation) (Super, 14.08.07 13:01:03)

P13: Transkript 12_Max N. Feb-Mai 2007 Kodierfassung.rtf
12 -13

Das folgende Textbeispiel verweist auf eine Grauzone des therapeutischen Geschehens: das Verschwimmen von therapeutischer Handlung und Deutung/Auffassung des Klienten:

„Ich sitze meiner Therapeutin gegenüber, das Telefon klingelt & sie geht ran (1. Fehler!). Anstatt sich hinzusetzen oder aufrecht stehend zu sprechen beugt sie sich vorneüber (macht Notizen auf ihrem Schreibtisch?) & (und!) hält mir ihren ARSCH ins Gesicht (2. Fehler!), appetitlich verpackt in so

eine schwarze Gymnastikhose (---) So etwas kann man nur über Audio-/Video-Überwachung nachweisen).“

Die Therapeutin beugt sich vornüber, um Notizen zu machen, aus Sicht des Klienten hält sie ihm ihren "appetitlich verpackten Arsch ins Gesicht". Es klingt wie eine absichtsvoll inszenierte Geste, um den Klienten sexuell zu reizen. Wie Max N. an späterer Stelle schreibt, haben Männer einen "gierigen Blick, erst recht, wenn sie sexuell frustriert sind". Ist es dieser Blick, der aus einer beiläufigen, Körperhaltung der Therapeutin im Nachhinein einen "Fehler" macht, der sich nur "per Audio-/Video-Überwachung nachweisen" lässt? Ein Fehler, weil diese Körperhaltung dazu beitrug, dass der Klient Sexualfantasien entwickelte, die ihm in der Therapie "zum Verhängnis" wurden? Es wird suggeriert: Die Therapeutin hätte wissen müssen, dass man sich einem männlichen Klienten gegenüber nicht so präsentiert, sie hätte besser aufpassen müssen.

Abstrakter formuliert trifft hier das Therapeutenverhalten auf eine ganz bestimmte Deutungsbereitschaft des Klienten (wie Max N. sagt: den „gierigen Blick eines sexuell frustrierten Mannes“). Und in der Art und Weise, wie dieses Ereignis dem Leser präsentiert wird, zeigt sich möglicherweise eine weitere Deutungsbereitschaft des Klienten, die viel umfassender und weniger situativ bedingt ist, nämlich eine Tendenz zu „misstrauischem Denken“, zum Unterstellen von Intentionen, wo andere keine annehmen würden. Diese Tendenz zeigt sich vielleicht auch da, wo die Therapeutin Sandalen trägt, nachdem sie Max N. "ein Problem mit Füßen" unterstellt hat, und Max N. annimmt, dass sie dies absichtlich tut. Oder an der Stelle, wo er von der Therapeutin sagt, diese habe ihn "vorsätzlich verletzt".

Das Unterstellen von absichtsvollem Handeln berechtigt zur Anklage, zu Vorwürfen und zu Wut, und diese drei Dinge ziehen sich wie ein roter Faden durch seinen Bericht.

Bei anderen Interviewpartnern kommt ab und an ein Einschub, der deutlich macht, dass sie ihre eigene Sicht der Dinge prinzipiell infrage zu stellen bereit wären, dass sie einräumen, sich auch irren zu können. Dies ist bei Max N. nicht der Fall; zwar macht er deutlich, dass er den Unterschied zwischen subjektivem Erleben und objektiven Belegen sehr wohl kennt. Aber vielleicht ist er auf einer gewissen Ebene gar nicht in der Lage, beides voneinander zu trennen?

Festzuhalten wäre die Überlegung, dass Deutungsbereitschaften von Klienten (beeinflusst von individueller Biografie, Störungsbild oder aktuellen Bedürfnissen) unterschiedlich ausgeprägt sein können (sie können zwischen schwach bis stark, situativ bis global und hinterfragbar bis wahnhaft variieren) und in Interaktion mit dem Verhalten des Therapeuten und Settingfaktoren (die für sich genommen nach fachlichen Maßstäben mehr oder weniger problematisch sind) zum Scheitern der Therapie beitragen.

Man kann sich vorstellen, dass Deutungsbereitschaften mit bestimmter Thematik eher mit Therapiemisserfolgen zusammenhängen als andere: z.B. solche, die mit überhöhten Erwartungen an andere und paranoidem Denken zu tun haben, weil der Therapeut dann kaum etwas richtig machen kann. Hier ist ein Therapieabbruch wahrscheinlich. Aber auch die weit verbreitete Deutungsbereitschaft, Therapeuten seien so was wie unfehlbare Halbgötter, die schon wissen, was sie tun, auch wenn sie wehtun, also eine übertriebene Expertengläubigkeit, oft verbunden mit Hemmungen, dem Therapeuten negatives Feedback zu geben, ist sicherlich problematisch. Hier wird das Korrektiv der Rückmeldung ausgeschaltet, und Klienten liefern sich aus, nicht selten mit der Folge, dass ihre nicht kommunizierten Grenzen überschritten werden. Manche Klienten geben diese Deutungsbereitschaft von allein auf, wenn sie merken, dass ihre Wahrnehmung immer mehr dagegen spricht. Andere, die selbst sehr unsicher sind, klammern sich daran und beenden die Therapie auch dann nicht, wenn sie gravierende negative Erfahrungen machen.

MEMO: ME - 15.08.07 Eine nichtnachweisbare Kausalität: stark ausgeprägte Deutungsbereitschaft des Klienten (1 Quotation) (Super, 15.08.07 17:44:30)

P13: Transkript 12_Max N. Feb-Mai 2007 Kodierfassung.rtf
87 -87

„Dr. (...) vom SPD [Sozialpsychiatrischer Dienst, Anm. A. C.] hat mich ... darauf angesprochen, dass der Alltag auf Station sehr langweilig ist & ob sie mir ihre gelesenen Illustrierte mitbringen soll. Ich habe erfreut angenommen. Es war da ein STERN dabei vom (Datum) (in dem Jahr war mein Geburtstag „ganz zufällig“ ein Donnerstag!) Das habe ich sofort gesehen & die Titelzeile auf dem Deckblatt lautete: Dem Bösen auf der Spur. (Und das bin ich!). Eines der Details, die mich wieder auf

die Geschlossene gebracht hatte. Hier gibt es eine nichtnachweisbare Kausalität, die also/ aber nicht (!) vorwerfbar ist.“

Dieser Paragraph erzählt zwar nicht von einer ambulanten Therapie, veranschaulicht aber gut das Aufeinandertreffen von einer stark ausgeprägten Deutungsbereitschaft (da der Klient zu diesem Zeitpunkt mit einer Psychose in der Klinik ist, kann man davon ausgehen, dass Wahngedanken dabei eine Rolle spielten) und einer für sich genommen unspektakulären Handlung der betreffenden Ärztin. Die mitgebrachten Illustrierten stoßen beim Klienten wahrscheinlich auf Beziehungswahnideen (er glaubt, der Titel habe mit ihm persönlich zu tun), und diese als bedeutsam gefühlte/ erlebte Koinzidenz bringt ihn in einen Zustand, in dem er wieder auf die geschlossene Abteilung verlegt werden muss.

Allerdings kann Max N. sich heute, ohne akute Psychose, von seiner damaligen Deutung distanzieren, er kann "über seinen Wahn reden". Innerhalb des wahnhaften Zustands schien der Titel der Illustrierten einen ganz bestimmten (und vor allem ganz allein für ihn bestimmten) Sinn zu haben. Heute weiß er, dass dieser Zusammenhang für Beobachter von außen eher nach Zufall aussehen und letztendlich als Produkt seiner Psychose betrachtet werden könnte, was er m. E. mit den Worten „nichtnachweisbar“ und „nicht vorwerfbar“ zum Ausdruck bringt.

Nachtrag dazu: Besonders in Paragraph 106 wird noch einmal deutlich, dass Max N. über seinen Wahn sprechen kann: An dieser Stelle benennt er explizit die Inhalte seiner Psychosen: "1990 waren es Entmündigung & (sexuelle) Demütigung & 1995 dann größtenwahnsinnige religiöse Zwiespalte & Verfolgungswahn"

Memo 23.08.2007

Deutungsbereitschaft

Das Phänomen *Deutungsbereitschaft des Klienten* hat bisher keine scharfen Konturen und auch keine befriedigende Definition. Es ist nicht in einer Kategorie unterzubringen, sondern setzt sich eher aus verschiedenen schon bestehenden Kategorien zusammen. Im Prinzip gehört all das dazu, was der Klient an kognitiven „Voreingenommenheiten“ mitbringt, d.h.:

Einstellungen	Die individuelle Meinung zu/ bzw. Bewertung bestimmter Personen, Objekte oder Ideen, die der IP im Interview zum Ausdruck bringt.
Erwartungen an PT	Die Erwartungen (Hoffnungen, Ansprüche, Wünsche) die ein Klient an PT richtet (im Sinne einer vorstellungs-mäßigen Vorwegnahme und Vergegenwärtigung kommender Ereignisse), bezogen auf das, was dort vonstatten geht und welche Rollen Klient und Therapeut einnehmen. Die Erwartungen an PT können mehr oder weniger realistisch bzw. durch Wissen gesättigt sein. Sie sind im Gegensatz zur <i>Einstellung ggü. PT</i> eher wertfrei und weniger emotional besetzt.
Wissen über PT	Wissen wird hier im Sinne von gespeicherter oder behaltener Information verstanden. Wissen über PT kann auf der Grundlage eigener PT-Erfahrungen oder der Auseinandersetzung mit unterschiedlichen Informationsquellen entstehen und beeinflusst die Erwartungen an PT.
Typische Denk- und Deutungsmuster	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP, in denen eigene typische Denk- oder Deutungsmuster, etwa bestimmte Selbstbilder oder Attribuierungsgewohnheiten, dargestellt werden, die auch Einfluss auf die Therapie hatten. (Bsp.: „irgendwas stimmt grundsätzlich nicht mit mir“, „ich bringe sowieso nichts zuende“, sich selbst die Schuld geben etc.).

Zusammengenommen ergeben all diese Dinge einen Deutungsrahmen, innerhalb dessen (oder Filter, durch den) das Therapieschehen vom Klienten wahrgenommen und bewertet wird.

Theoretisch würde sich hier auch anbieten, von lebensgeschichtlich begründeten (oder von aktuellen Bedürfnissen aktivierten) *Schemata* zu sprechen, die der Klient mitbringt. Dazu gehören dann nicht

nur bestimmte Gewohnheiten des Denkens, sondern auch des Fühlens und Handelns. Die Beziehungsmuster eines Klienten wären hier dann also auch relevant.

Beziehungsmuster	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP, in denen eigene typische Beziehungs- bzw. Interaktionsmuster (Probleme, Bedürfnisse/Kritik zu äußern, immer abnicken müssen, Auslieferungsstruktur etc.) dargestellt werden, die auch Einfluss auf die Beziehung zum Th. hatten bzw. in der PT wiederholt wurden.
------------------	--

Welche Schemata ein Klient mitbringt, sollte in der Therapie ergründet und offen gelegt werden. Problematische Schemata sollten bearbeitet werden. (Zum Beispiel wäre dazu viel Metakommunikation wichtig: „Was passiert hier gerade zwischen uns?“, aber auch das Feedback des Klienten spielt eine Rolle, damit man überhaupt merkt, wo man als Therapeut auf etwas gestoßen oder in ein aufschlussreiches Fettnäpfchen getreten ist).

Passiert dies in der Therapie nicht, sind die gleichen problematischen Schemata natürlich auch maßgeblich für die Bewertung der Therapie und dafür, wie sich der Klient in die therapeutische Beziehung einbringt. Eine Therapie könnte daran scheitern, dass die problematischen Schemata des Klienten nicht aufgedeckt oder nicht bearbeitet werden.

Wie in einem früheren Memo dargestellt, interagiert das, was der Klient mitbringt (sein Deutungsrahmen, seine Schemata) mit dem, was in der Therapie angeboten wird (therapeutisches Vorgehen, Therapiebeziehung, Settingfaktoren) zu einem bestimmten Ergebnis.

Beispiele für in der Therapie besonders ungünstige Schemata:

- Helga H.: „Dass ich Männer mit Gewalt verbinde“
- Sophia Q.: „Dass es mir schlecht geht, war ich ja gewohnt“
- Max N.: Tendenz zu misstrauischem Denken/ „gieriger Blick“
- Christine J.: „dass ich dann immer so voll mitmache“
- Julia I.: „Auslieferungsstruktur“

Die bisher im Zentrum stehenden Kategorien EMOTIONALER IMPACT und KOGNITIVER IMPACT DER THERAPIESITZUNGEN sind das, was aus Klientensicht die beste Begründung für ihre negative Bewertung der Therapie bzw. ihren Therapieabbruch abgibt. Auf einer abstrakteren Ebene könnte man das Scheitern einer Therapie aber eben auch als „Gemeinschaftsleistung von Therapeut und Klient“ konzipieren. Schließlich sprechen die Klienten in den Interviews auch viel über eigene Beziehungs- und Denkmuster, die sich in der Therapie (in der Regel in einer für sie selbst ungünstigen Weise) ausgewirkt haben.

Auswertungsbeispiel 9: Auszug aus der Ergebnistabelle „min-max-Einschätzungen“

Die folgende Tabelle zeigt einen Auszug aus der Ergebnistabelle „min-max-Einschätzungen“, anhand derer alle untersuchten Fälle im Hinblick auf verschiedene Kategorien miteinander verglichen wurden. Je nach Ausprägung der jeweiligen Kategorie im Interview wurde eine grobe Einschätzung vorgenommen: „min“ bei minimaler Ausprägung, „mittel“ bei mittlerer Ausprägung, „max“ bei maximaler Ausprägung. Diese Einteilung sollte es auf einen Blick ermöglichen, grobe Muster in den Daten zu erkennen.

Forschungsteilnehmer	Vorwissen über Therapie	Rolle des sozialen Umfelds	Infosuche/ Suche nach Validierung	Denk- und Deutungsmuster	Beziehungsmuster	Erwartung/ Vorbehalte ggü. PT	Kognitiver Impact	Schuldverteilung	Negativer emotionaler Impact	Hierarchie der PT-Beziehung	Kritik äußern
Kerstin E.	mittel theoret. Vorkennntnis aus Studium; kein Vorwissen über versch. Ansätze, keine Vorerfahrungen	min - mittel Freunde raten zum Abbruch der PT; Angst, Eltern Ärger zu machen; zeitweise keine soz. Ressourcen	min - mittel Lesen über Diagnosen/ Austausch mit Freundin; teils Scham: „das kannste keinem erzählen“	max „man fühlt sich immer schuldig“, „eh immer so bescheiden“, gönnt sich wenig	max schüchtern, Abgrenzungsprobleme, „für mich so übernommen“	min „Th. wird schon wissen, was er macht“	Konstruktiv: „Erkenntnis“, max. destruktiv: Ziel, sich von Bedürfnissen zu lösen	min - max Beschwerde eingereicht; Schuldverteilung von „keine persönliche Passung“ bis Rechtsbruch	max Schuld-/ Schamgefühle, Verletzung, Wut, Angst	max vor allem in der Klinik	mittel Lehnt Übungen ab, kritisiert Therapeut
Christine J.	min Kein Vorwissen, keine Vorerfahrungen	mittel Mutter stärkt den Rücken; schulisches Umfeld: Vorurteile ggü. PT; keine soz. Ressourcen	mittel erst später viel gelesen/ validierender Austausch mit Mutter	max schnell verletzbar, „das andere zum eigenen machen“, keine eigene Identität, viel zu sehr reingezogen	max „bloß keinen Konflikt“; keine Grenze, sagt nie nein; kann nicht zeigen, wie es ihr geht	min nie gedacht, dass neg. Erf. möglich; „Th. wird schon Recht haben“	unproduktiv PT hat nicht funktioniert; Kl. überfordert max. destruktiv „Vorwürfe“, „kein förderlicher Gedanke“	mittel Eher zaghafte Vorwürfe und Reflexion eigener Anteile	max Verletzung, „wie Fausthiebe“/ „Ohrfeige“/ „bis aufs Messer gequält“, Ohnmacht, manipuliert gefühlt)	min wenig thematisiert; Thema ist eher therapeut. Feingefühl, Härte	min nicht gesagt, was nicht passt, über sich ergehen lassen
Max N.	min Vorurteile/ Halbwissen, keine Vorerfahrungen	mittel Umfeld motiviert zu PT; Bruder schenkt Buch von Tilmann Moser	max Lesen über Rechtsfragen, Fachliteratur, PA-Kritik	max eigene Minderwertigkeitsgefühle, misstrauisches Denken	mittel dreifache Übertragung „Mutter, Grundschul- und Jugendliebe“; Abwertung durch Vater	max Angst vor „Gehirnwäsche“/ Manipulation	PA: max destruktiv „psychot. Hans Wurst“, erniedrigt, entmündigt; GT: unproduktiv „Kaffeeklatsch“	max jurist. Anklage, Kritik an PA; ambivalent: „es gibt Koinzidenzen“, mittlere Reflexion eigener Anteile	max „Weinanfall“, Verletzung, Entblößung, Ärger, Gefühl von Auslieferung	max entmündigt gefühlt, keine Diskusion, Einsicht in Anamnese verweigert, Idealisierung der Th.	max von Anfang an Bedürfnisse und Kritik geäußert

Auswertungsbeispiel 10: Memo, 12.10.2006

Codenotizen: Klärungsbedürftige Kategorien, Interview Markus A.

EMOTIONALER IMPACT

Umfasst alle spontanen Gefühls- oder Geisteszustände, die der Klient in der Therapie durchläuft.

Codes: z.B. *Irritationen, Überraschung, Gefühl, bloßgestellt zu sein, alleingelassen zu sein oder aufgefangen zu werden, Wut, Ärger, Unbehagen*

Eigenschaften:

Häufigkeit: nie - immer

Intensität: schwach – stark

Zeitpunkt in der PT: z.B. zu Beginn, gegen Ende

Bewertung durch Klient

Affektrichtung: pos.-neg.

Idee: Bei Markus A. werden Zusammenhänge solcher Emotionen mit bestimmten Äußerungen/ Vorgehensweisen des Therapeuten, aber auch mit dem räumlichen Setting beschrieben.

à **Zusammenhänge prüfen!**

KOGNITIV-EMOTIONALE VERFASSUNG DES KLIENTEN

Meint im Gegensatz zum EMOTIONALEN IMPACT Gefühls- oder Geisteszustände, die längerfristig und auch außerhalb der therapeutischen Interaktion beim Klienten vorliegen. Sie sind eher vergleichbar mit Grundstimmungen, die die Situation des Klienten charakterisieren.

Codes: *Völlig neben der Kappe, fix und alle sein, Nerven liegen blank, durcheinander sein, Angst, verrückt zu sein, nicht mehr weiter wissen, Schock eigener Therapiebedürftigkeit, Wahrnehmung „alles ist schräg“, im Trüben fischen, Selbstverunsicherung, Überbeanspruchung, Ausgelaugtsein, sich runtergezogen fühlen, Gefühl nicht zurecht zu kommen, Aufgewühltsein, Gefühl durchzuknallen, sich gestärkt fühlen (nach Erfolg), Gefühl, es schwer zu haben*

Eigenschaften:

Häufigkeit: nie - immer

Intensität: schwach – stark

Zeitpunkt in der PT: z.B. zu Beginn, gegen Ende

Bewertung durch Klient

Affektrichtung: pos.-neg.

Dauer: punktuell – permanent

Idee: Sie können die PT beeinflussen, aber auch von der PT beeinflusst werden.

à **Zusammenhänge prüfen!**

Memo, 23.10.2006

Zur Kategorie Selbstöffnung

Unter diese Kategorie fallen alle Ereignisse im Text, in denen der Klient beschreibt, ob und inwiefern er sich in der Therapie dem Therapeuten anvertraut hat. Die Selbstöffnung des Klienten könnte man sich auf einem Kontinuum vorstellen, das vom „Reden über Irrelevantes“ bis hin zur „Aufgabe der emotionalen Selbstkontrolle“ oder „ungenierter Selbstöffnung“ reicht.

Codes: *Problem schildern, Persönliches preisgeben, sich mit Schwächen auseinandersetzen, zur Debatte stehen, sich um Dinge herumschlingeln, Reden über Irrelevantes, Scheu ablegen, Stolz über Bord werfen, Therapie als schutzlose Situation, Verlust der emotionalen Selbstkontrolle*

Eigenschaften:

Häufigkeit

Intensität/ Grad der Offenheit

Art und Weise

Zeitpunkt in PT

Bewertung durch Kl. (*Selbstöffnung als Form der Erniedrigung vs. Selbstöffnung als Chance*)

Idee: Kennzeichen einer gut verlaufenden Therapie wäre nach psychologischer Auffassung wohl eine zunehmende Selbstöffnung des Klienten, Kennzeichen eines ungünstigen Verlaufes dagegen ein zunehmender Rückzug, ein Sich-Verschließen vorm Therapeuten.

Markus A. sagt, dass die Bereitschaft zur Selbstöffnung sich in seiner Therapie nicht entwickelte; er sieht dies im Zusammenhang mit der Beziehung zum Therapeuten, in der er sich nicht besonders wohl fühlte. Es scheint, dass der Therapeut durch sein unnahbares Verhalten den Selbstöffnungsprozess behindert hat. Offenbar hat die spätere Therapeutin von Markus A. durch ihren menschlicheren Umgang eine größere Vertrautheit schaffen und den Klienten eher zur Selbstöffnung bewegen können. Markus A. gibt aber die Verantwortung nicht allein dem Therapeuten. Damit eine Therapie erfolgreich sein kann, so meint er, müsse auch vom Klienten die Bereitschaft da sein, sich zu öffnen und sich auch mit unangenehmen Themen offen auseinanderzusetzen. Auch beschreibt Markus A., wie er im Laufe der zwei unterschiedlichen Therapieerfahrungen die Selbstöffnung anders bewertet: Was ihm am Anfang wie Selbsterniedrigung vorkommt, empfindet er später als positive Errungenschaft: Auch mal Schwäche zu zeigen, kann positive Konsequenzen haben, z.B. tröstende Reaktionen des Gegenübers. Auch hier unterscheiden sich aber die beiden Therapeuten: beim ersten Therapeuten fühlt sich Markus A. bloßgestellt und beurteilt, bei der zweiten Therapeutin fühlt er sich aufgefangen und verstanden, was wiederum seine Bereitschaft zur Selbstöffnung fördert.

à **Zusammenhänge prüfen!**

Memo, 16.03.2007

Bearbeitung der Kategorie Sitzungsimpact

Problem: Die relativ späte Entwicklung der Kategorie SITZUNGSIMPACT hat zur Folge, dass bereits in andere Kategorien eingeordnete Codes nachträglich umsortiert werden müssen. Es gibt noch zu viele Überschneidungen, die durch genauere Definition ausgeräumt werden müssen.

Abgrenzung der Kategorien SITZUNGSIMPACT und BEWERTUNG DER PT (pos./neg. Effekte):

Beide Kategorien beziehen sich auf subjektive Bewertungen der Therapie. Der wesentliche Aspekt, in dem sich die beiden Kategorien unterscheiden sollen, ist ein zeitlicher: Der emotionale und kognitive **SITZUNGSIMPACT** bezieht sich auf Wirkungen oder subjektive Bewertungen des therapeutischen Angebots während des Therapieprozesses und kann somit ein möglicher Ausgangspunkt für bestimmte Handlungen oder Interaktionen sein, um damit umzugehen. (Die Feststellung des Klienten nach zwei Jahren Therapie, dass alles Reden noch nicht zu einer Erklärung oder wesentlichen Erkenntnis geführt hat, könnte z.B. darauf hinauslaufen, dass er die Therapie abbricht.)

Die **BEWERTUNG DER PT** dagegen bezieht sich auf Beurteilungen, die rückblickend/bilanzierend gegeben werden, die also möglichen Handlungen in Reaktion auf den Sitzungsimpact nachgeordnet sind und deshalb nicht Ausgangspunkt dafür sein können. Sie können eher als langfristige Folgen der negativen Therapieerfahrungen verstanden werden.

Um Codes korrekt zuzuordnen, muss also auf zeitliche Bezüge geachtet werden (etwa „damals dachte ich“, „ich fand das soundso“ vs. „heute/inzwischen denke ich“). Problem: nicht immer sind solche zeitlichen Bezüge klar erkennbar, also kann manchmal nicht festgestellt werden, ob eine Bewertung erst im Nachhinein so entstanden ist oder schon während der Therapie vorhanden war. Wie damit umgehen?

Prozess in den Daten

Eine Psychotherapie ist immer ein Prozess, unabhängig davon, ob sie positiv oder negativ verläuft. Es macht also Sinn, bei der Entwicklung theoretischer Konzepte über misslungene Psychotherapie besonderes Augenmerk auf Prozessaspekte zu richten. Es geht darum aufzuspüren, wie Handlung und Interaktion sich in Abhängigkeit unterschiedlicher Bedingungskonstellationen verändern, wie sich die Bedingungen im Laufe der Zeit selbst verändern, wie Konsequenzen von Handlung und Interaktion zum Ausgangspunkt für neue Handlungs-/Interaktionssequenzen werden usw.

Wo ist Prozess in den Daten zu erkennen? Dazu ein paar Überlegungen:

Zeitaspekte spielen eine Rolle: Während kurzfristige Irritationen oder negative Gefühle infolge eines bestimmten therapeutischen Vorgehens meist noch keinen Anlass bieten, eine Therapie zu abbrechen, sieht dies nach einigen Monaten Therapie mit denselben Irritationen und negativen Gefühlen schon anders aus. Die Bereitschaft zum Therapieabbruch steigt mit der Dauer und Beständigkeit der negativen Erfahrungen. Wer nach drei Sitzungen noch keinen Nutzen aus dem therapeutischen Angebot ziehen kann, wird noch abwarten, ob sich dies nicht noch einstellt. Wer in einer Sitzung wütend über eine Konfrontation ist, wird diese wohlmöglich später als treffend erkennen und sich produktiv damit auseinandersetzen können. Wer aber nach mehreren Monaten immer noch keinen Nutzen aus dem therapeutischen Angebot ziehen kann und permanent wütend auf den Therapeuten ist, wird eher überlegen, ob er die Therapie beendet.

Stadien und Phasen?: Ob die Entwicklung hin zu einem Therapieabbruch als Entwicklung in Stadien oder Phasen konzipiert werden kann, ist mir noch nicht so klar. Intuitiv würde ich sagen, dass es – allerdings immer in Abhängigkeit von bestimmten anderen Bedingungen¹⁶ – schon unterscheidbare Stadien geben könnte:

- 1) Erst einmal schaut der Klient vielleicht, wie die Therapie sich so anlässt, wie sie auf ihn wirkt. Er ist möglicherweise am Anfang so stark mit Selbstzweifeln beladen und so voller Hoffnung auf Hilfe, dass er eher bereit ist, sich selbst in Frage zu stellen als den Therapeuten.
- 2) Nachdem er feststellt, dass bestimmte unangenehme Erfahrungen sich wiederholen und erhoffte Entwicklung ausbleibt, wird er beginnen, an der Therapie zu zweifeln und sich auf die Suche nach Informationen begeben, die seine Sicht der Dinge entweder bestätigen oder erschüttern (sofern er über solche Informationen noch nicht verfügt): Er wird anfangen, sich mit anderen über die Therapie auszutauschen oder durch Lesen und Internetrecherche versuchen herauszufinden, wie die in seiner Therapie gegebenen Bedingungen zu bewerten sind. Ergebnis einer solchen Informationssuche ist, je nachdem, zu welchem Fazit sie führt, dass der Klient die Therapie beruhigt weitermacht (weil er z.B. erfahren hat, dass gewisse unangenehme Nebenwirkungen zu jeder Therapie dazugehören) oder dass seine Zweifel an der Therapie sich verstärken (weil andere auch finden, dass das, was der Therapeut mit ihm macht, fragwürdig ist). Im Extremfall erfährt ein Klient z.B. bei einer Ombudsstelle, dass sein Therapeut sich bei ihm einen groben Kunstfehler erlaubt hat; dann wäre es möglich, dass er die Therapie schon hier abbricht.
- 3) Je sicherer sich der Klient ist, dass er mit seiner Sicht der Dinge richtig liegt, wird er auch bereit sein, dem Therapeuten gegenüber Zweifel oder Kritik zu äußern oder aber seine aktuellen, bisher zu kurz gekommenen Bedürfnisse stärker zum Ausdruck zu bringen. Ob und inwieweit dies geschieht, ist jedoch wiederum stark abhängig von typischen Beziehungsmustern des Klienten. Wem es generell schwer fällt, andere zu kritisieren, Bedürfnisse zu äußern oder Konflikte zu riskieren, der wird dies auch und gerade in der Therapie nicht so einfach hinbekommen.

¹⁶ Solche Bedingungen sind z.B. das Wissen des Klienten über Psychotherapie, seine Erwartungen an Psychotherapie, seine Bedürfnisse, typische Beziehungsmuster, bestimmte Einstellungen, die Intensität der von ihm erlebten negativen Wirkungen durch die Psychotherapie und Rückmeldungen/Meinungen aus dem sozialen Umfeld.

- 4) Wenn der Klient merkt, dass sich auch nach Abwarten nichts ändert bzw. dass der Therapeut nicht auf seine Zweifel oder Wünsche eingeht, diese eigennützig umdeutet oder sogar abschmettert, so dass alles bleibt wie gehabt, ist es nahe liegend, dass der Klient zunehmend ärgerlich wird. Irgendwann kommt dann der Punkt, an dem er Bilanz zieht und die Therapie beendet.

à **Angenommen, ein ähnlicher Ablauf ließe sich wiederholt in den Daten belegen, was wären daraus für Vorteile zu ziehen?**

Interaktionsketten: Als Kernkategorie oder zentrales Phänomen kommen prinzipiell nicht nur Kategorien in Frage, die entweder auf den Klienten oder den Therapeuten oder Kontextbedingungen im weitesten Sinne verweisen, sondern auch Kategorien, in denen bestimmte Formen der Interaktion zwischen den Akteuren (oder zwischen Akteuren und Kontextbedingungen) erfasst sind.

Was für Interaktionsmuster lassen sich aus den Daten rekonstruieren, und gibt es da fallübergreifende Auffälligkeiten?

à **Gedankenexperiment**

- Was für Interaktionsmuster fallen mir spontan ein?
- Was für Interaktionsmuster sind in einer Psychotherapie wünschenswert/Erfolg versprechend (kann man das überhaupt so pauschal sagen)?
- Was für Interaktionsmuster sind in einer Psychotherapie eher unvorteilhaft/Misserfolg versprechend (kann man das überhaupt so pauschal sagen)?
- Was für Interaktionsmuster kennzeichnen menschliche Beziehungen kurz vor einer Trennung (kann man das überhaupt so pauschal sagen)?

Reflexion meiner Forscherrolle: Spannungsfeld von Validierung und Skepsis

Was mir während der Auswertung immer wieder Bauchschmerzen bereitet, ist das Spannungsfeld der beiden Positionen, zwischen denen ich mich im Forschungsprozess bewegen muss:

Auf der einen Seite

...bin ich diejenige, die die Klienten ermuntern möchte, ihre Erfahrungen endlich einmal offenen Ohren mitzuteilen, damit die Praxis daraus lernen kann, die ihnen mehr Verständnis als Skepsis entgegenbringt, Vertrauen in ihre Glaubwürdigkeit hat, die die Klienten in ihrer Wahrnehmung validieren und im Gespräch unterstützen möchte, das Scheitern der Psychotherapie für sich noch einmal zu klären. Diese Position ist nicht wertfrei und nicht unparteilich. Zumindest für die Datenerhebung musste und wollte ich die Rolle der „Anwältin der Klienten“ einnehmen. Nicht indem ich die Erzählungen der Klienten unentwegt mit empathischer Empörung kommentierte (auch wenn das nach Ende des Interviews manchmal sein musste) oder dahin lenkte, die Therapeuten als Schuldige darzustellen. Ich bemühte mich im Interview durchaus, auch dahingehend zu sondieren, welche eigenen Verhaltensweisen zum unglücklichen Verlauf der Therapie beigetragen haben könnten – wenn die Klienten dies nicht ohnehin von selbst zum Thema machten. Trotzdem erwies es sich insbesondere auch im Vorlauf der Interviewtermine als äußerst wichtig, den Forschungsteilnehmern klarzumachen, dass ich nicht daran interessiert bin, alles Gesagte gegen sie zu verwenden, sondern dass es vor allen Dingen darum gehen sollte, in der Praxis etwas zu ihrem Wohl zu verändern. Mein ethischer Anspruch ist tatsächlich nicht nur, uns (angehenden) Therapeuten zukünftig Misserfolge zu ersparen, indem wir aus den Fehlern anderer Praktiker lernen, sondern mindestens genau so wichtig ist mir, dass die Klienten selbst einen Nutzen von ihrer Forschungsteilnahme haben. Einmal abgesehen von dem Versprechen, die Diskussion um Schadensprävention und Qualitätssicherung in der Literatur oder in der Therapeutenausbildung weiter voranzutreiben, wollte ich den Klienten auch die Möglichkeit geben, das Scheitern ihrer Therapie noch einmal in einem anderen Kontext zu betrachten und dabei eventuell zu neuen Einsichten zu gelangen.

Auf der anderen Seite

...sehe ich mich im Verlauf der Auswertung immer wieder an einem Punkt, wo ich das Gefühl habe, über die Äußerungen der Klienten hinausgehen zu müssen, wo ich denke: Das, was die Klienten hier sagen, kann ich zwar verstehen im Sinne von „so eine Ansicht ist im Hinblick auf die Vorgeschichte des Klienten durchaus nachvollziehbar“. Aber trotz allem komme ich hier selbst zu einer anderen Ansicht. Vielleicht, weil ich anderes Wissen habe, weil ich aus der fallübergreifenden Betrachtung Schlüsse gezogen habe, die der Klient aus seinem Fall allein nicht ziehen kann, vielleicht auch nur deshalb, weil ich eine andere Vorgeschichte habe. Es kommt nicht so häufig vor, dass ich etwas ganz anderes sehe als der Klient, aber es reibt mich dennoch auf.

Warum es mich aufreißt

Wenn ich aus den Daten Schlüsse ziehe, von denen ich glaube, dass einige Klienten damit nicht einverstanden, vielleicht sogar gekränkt wären, dass sie sich am Ende doch nicht von mir verstanden fühlen, dann habe ich natürlich Hemmungen, ihnen diese Ergebnisse vorzusetzen. Da ich schon versprochen habe, dass sie die Ergebnisse zu lesen bekommen, möchte ich ungern davon abweichen. Ebenso ungern möchte ich mir aber auch Schlussfolgerungen verbieten, die über die Klientenperspektive hinausgehen und eben damit auch einen Lerngewinn bedeuten können.

Was tun?

Es muss beides vereinbar sein, ich möchte nicht das eine zugunsten des anderen aufgeben müssen. Vielleicht könnte ich mir gezielt noch einmal die Fälle ansehen, bei denen ich glaube, dass es einen Konflikt in der Ergebnisdarstellung geben würde, und mir überlegen, wie ich damit umgehen kann. Wenn ich in meinem Bericht deutlich machen kann, dass sich trotz gelegentlichem Hinterfragen ja grundsätzlich nichts an meinem Standpunkt („pro Klienten“) ändert, wäre das möglicherweise schon hilfreich. Ich kann z.B. zum Ausdruck bringen, dass auch ich über die Regelverstöße mancher Therapeuten empört bin, und dennoch das Konzept vertreten, dass auch hier ein Ineinandergreifen von therapeutischem Angebot und Klientenvoraussetzungen stattfindet.

Das Kategoriensystem

Die unten stehende Tabelle enthält eine Übersicht über alle im Auswertungsprozess gebildeten Kategorien und deren Definitionen (Letzter Stand: 16.08.2007).

Innerhalb des Kategoriensystems lassen sich mehrere Ebenen unterscheiden:

- Die übergeordneten **THEMENBEREICHE** dienen vor allem dem Überblick und sollen das Datenmaterial in sinnvolle inhaltliche Grobeinheiten gliedern. Beim axialen Kodieren sind die Themenbereiche komfortabel, wenn man zunächst auf einer etwas allgemeineren Ebene nach Zusammenhängen suchen – z.B. allgemein die Bedeutung extratherapeutischer Bedingungen für den Therapieprozess untersuchen – möchte. Anschließend kann man auf die Ebene der **Kategorien** wechseln und genauer differenzieren, welche Art von extratherapeutischen Bedingungen (z.B. Interaktion mit dem sozialem Umfeld oder besondere Ereignisse) die Therapie besonders stark beeinflusst hat.
- Die **Kategorien**, deren Anzahl im Laufe der Auswertung zugenommen hat und die sich zum Teil in **Subkategorien** ausdifferenziert haben, liegen auf einem niedrigeren Abstraktionsniveau und stellen am Ende die Ebene dar, auf der Aussagen getroffen werden können, die aufschlussreich (und unter Umständen praxisrelevant) sind. Es ist ja z.B. nicht interessant festzustellen, dass **THERAPEUTISCHES VORGEHEN** beim Klienten häufig einen **EMOTIONALEN IMPACT** zur Folge hat. Interessant könnte dagegen sein, dass Konfrontationen, die ein Therapeut *mit abwertender Konnotation* und zu einem *überraschend frühen Zeitpunkt* in der Therapie vorbringt, beim Klienten häufig zu Irritation und Ärger führen und die Entwicklung der Therapiebeziehung ungünstig beeinflussen.
- Bei der Formulierung solcher Aussagen sind immer die für eine Textstelle jeweils spezifischen **Eigenschaftsprofile** der Kategorien zu berücksichtigen (eine Konfrontation, die *zu einem fortgeschrittenen Zeitpunkt* in der Therapie und bei gleichzeitig *empathischem Unterton* vorgebracht wird, hat z.B. nicht solche Emotionen beim Klienten zur Folge). Mögliche Eigenschaften werden für alle Kategorien bestimmt.

Kategoriensystem, Stand: 16.08.2007

IP: Interviewpartner, PT: Psychotherapie, Kl.: Klient, Th.: Therapeut

Themenbereiche & Kategorien	Definitionen
DIE PERSON DES THERAPEUTEN <u>Eigenschaften der untergeordneten Kategorien:</u> Ausprägung/Intensität Stabilität Art und Weise Bewertung durch Kl.	Bezieht sich auf alle Textstellen, in denen Dispositionen oder objektive Merkmale von Therapeuten direkt oder indirekt thematisiert werden.
Wesenszüge/Personmerkmale?	Persönlichkeitszüge im engeren Sinne, z.B. „verkniffen“, „kauzig“, „strikt“/ „schnodderige Art“.
Psychische Gesundheit	Wahrnehmung des IP, inwieweit der Therapeut selbst psychisch gesund oder psychisch auffällig ist.
Private Interessen	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP über private Vorlieben oder Interessen des Therapeuten.
Soziodemografische Daten und Gestaltmerkmale	Hierunter fallen Alter und Geschlecht des Therapeuten, sowie Merkmale, die die äußere Erscheinung des Th. betreffen.
Berufsbezogene Merkmale und Daten	Hierunter fallen Merkmale, die den Therapeuten in seiner beruflichen Rolle betreffen, z.B. Ausbildung, Spezialisierung, institutionelle Anbindung, berufspolitisches Engagement.
Therapeuten als Berufsgruppe	Betrifft alle Textstellen, in denen sich der IP auf die von ihm wahrgenommene Gesamtheit der Therapeuten bezieht (z.B. „jeder wollte empfohlen werden“)
THERAPEUTISCHES VORGEHEN <u>Eigenschaften der untergeordneten Kategorien:</u> Häufigkeit Intensität Art und Weise Zeitpunkt in PT Bewertung durch Kl.	Die Kategorie umfasst alle Ereignisse im Text, in denen dargestellt wird, wie in einzelnen Therapiesitzungen oder allgemein über die Therapie hinweg (im weitesten Sinne methodisch) vorgegangen wurde bzw. was Therapeut und Klient gemeinsam getan haben. Hier können sich die Unterschiede und Besonderheiten des jeweiligen Therapieansatzes niederschlagen. Das vom IP beschriebene Vorgehen kann aber auch Elemente enthalten, die aus professioneller Sicht nichts mit Psychotherapie zu tun haben bzw. einem therapeutischen Ziel sogar entgegenstehen.
Fokus des Therapeuten	Übergreifende Orientierung bzw. allgemeine thematische Ausrichtung der PT (etwa Ausrichtung auf Vergangenheit vs. Gegenwart/ Zukunft; Problem vs. Lösung, Individuum vs. soziale Beziehungen etc.)
Individueller Themenfokus	In diese Kategorie fallen alle allgemeinen oder konkreten Aussagen des IP darüber, ob, und wenn ja, welche speziellen Themenbereiche in seiner PT besprochen oder bearbeitet wurden.
Methodenspektrum	Das jeweils zum Einsatz gebrachte Spektrum an psychotherapeutischen Methoden. (In Abgrenzung zur Ausbildung des Therapeuten, die unter Berufsbezogene Merkmale/PERSON DES TH. eingeordnet werden kann, da meist auch Elemente/Methoden aus anderen Verfahren eingesetzt werden.) Verschiedene im Einzelnen abgrenzbare Techniken, aber auch freies Assoziieren oder das „therapeutische Gespräch“ können hier untergebracht werden.
Diagnostische Urteile und Prognosen	Bezieht sich auf das Stellen von Diagnosen, Aufstellen von Hypothesen oder Prognosen, und zwar sowohl darauf, WAS ausgesagt wird (z.B. Th. stellt Diagnose BPS), als auch, WIE es ausgesagt wird (z.B. mit einem Unterton 100%iger Sicherheit).
Roter Faden	Bezieht sich darauf, ob und inwiefern für den Kl. in der PT ein roter Faden oder ein konsequentes Vorgehen erkennbar war.
Ziele	Bezieht sich auf alle Textstellen, in denen es um Zielstellungen der in der PT angestrebten Veränderung geht, die in der PT direkt oder indirekt formuliert werden.
Einsatz diagnostischer Instrumente	Einsatz diagnostischer Instrumente wie standardisierter oder projektiver Tests und Fragebögen.

<i>Themenbereiche & Kategorien</i>	<i>Definitionen</i>
THERAPEUTISCHES VORGEHEN (Forts.)	
Rat/Empfehlung	Bezieht sich auf alle vom IP thematisierten Äußerungen des Th., in denen eine direkte (Handlungs-)Empfehlung zum Ausdruck kommt.
Reden vs. Schweigen des Therapeuten	Bezieht sich auf alle Aussagen darüber, wie groß der Redeanteil des Th. in der PT war.
Interpretation/Deutung	Auslegung bestimmter Verhaltensweisen oder biografischer Episoden im Rahmen des jeweiligen psychotherapeutischen Modells durch den Therapeuten
Neutraler Kommentar	Direkte verbale, aber neutral (eher wie eine nüchterne Feststellung) vorgebrachte Rückmeldungen an den Klienten, z.B. Konfrontationen, Spiegelungen etc.
Wertender Kommentar	Direkte verbale oder indirekte nonverbale Rückmeldungen an den Klienten, die eine positive oder negative Wertung enthalten, z.B. wertende oder empathische Kommentare oder Provokationen, Vorwürfe etc.
Informationsvermittlung/Edukation	Vermittlung von therapie- und störungsbezogenen Informationen durch den Therapeuten
Einbindung/Aktivierung von Ressourcen	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP, aus denen direkt oder indirekt hervorgeht, ob und inwieweit der Therapeut Ressourcen des Klienten in die PT einbezogen oder aktiviert hat (Bsp.: aufbauende Übungen, Anknüpfen an vorhandene Stärken und Fähigkeiten), aber auch, ob der Th. im Bedarfsfall auf alternative Hilfsangebote hingewiesen hat (z.B. Krisendienst), um den Möglichkeitsraum des Kl. zu erweitern.
Abmachungen, Regeln	In diese Kategorie werden Aussagen eingeordnet, in denen es um Regeln geht, die der Therapeut vorgegeben hat oder um Abmachungen, die Therapeut und Klient gemeinsam beschlossen haben (z.B. Antisuiizidkontrakt, Anruf im Notfall etc.)
Regelabweichungen	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP, in denen davon die Rede ist, dass der Th. sich über bestimmte festgelegte Rahmenbedingungen der PT hinwegsetzt, sie im positiven Sinne flexibel handhabt oder im negativen Sinne missachtet (Bsp.: Sitzungszeit überziehen, Verlängerungsanträge zusätzlich abrechnen) .
Einfließen spiritueller Elemente	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP darüber, ob und inwieweit in die PT spirituelle (religiöse oder esoterische) Elemente eingeflossen sind.
Klinikeinweisung	Betrifft alle Aussagen über vom Therapeuten oder Nervenarzt veranlasste Überweisungen des Klienten in eine psychiatrische, psychotherapeutische oder psychosomatische Klinik.
Behandlung in Kliniken	In dieser Kategorie werden alle Aussagen des IP gesammelt, die sich auf Maßnahmen und Interventionen im stationären Kontext (Psychiatrie, Rehaklinik, Kureinrichtung etc.) beziehen.
THERAPIEBEZIEHUNG <u>Eigenschaften der untergeordneten Kategorien:</u> Häufigkeit: nie - immer Intensität: schwach – stark Zeitpunkt in der PT: z.B. zu Beginn, am Ende Bewertung durch Klient Dauerhaftigkeit: punktuell – permanent	Bezieht sich auf alle Merkmale, mit denen der IP die PT-Beziehung direkt charakterisiert bzw. auf Passagen, in denen die PT-Beziehung indirekt beschrieben wird (z.B. bestimmte aussagekräftige Episoden).
Wertschätzung des therap. Engagements	Bezieht sich auf Aussagen des IP darüber, wie er das Engagement seines Therapeuten zu einem bestimmten Zeitpunkt bewertet.
Wertschätzung der therap. Kompetenz	Bezieht sich auf Aussagen des IP darüber, wie er die „an ihm geleistete“ Arbeit und/ oder Fachkompetenz seines Therapeuten zu einem bestimmten Zeitpunkt bewertet.
Agieren statt Verstehen	Bezieht sich auf alle Aussagen, in denen der IP andeutet, dass der Th. eine Haltung des Verstehens verlässt und stattdessen (spontan/ im Affekt) auf das reagiert, was der Kl. tut oder sagt. In der Psychoanalyse würde man hier vielleicht von einer ausagierten Gegenübertragung sprechen, deren sich der Th. nicht bewusst ist.

<i>Themenbereiche & Kategorien</i>	<i>Definitionen</i>
THERAPIEBEZIEHUNG (Forts.)	
Selbstöffnung des Therapeuten	Bezieht sich darauf, in welchem Ausmaß der Th. in der PT persönliche Informationen preisgegeben hat.
Annäherungsversuche des Therapeuten	Bezieht sich darauf, ob und inwieweit der Th. dem Kl. auch auf privater Ebene eine Beziehungsangebot gemacht hat.
Körperkontakt	In diese Kategorie gehören alle Textstellen, in denen davon die Rede ist, dass Th. und Kl. während der Therapie Körperkontakt haben, der außerhalb klar umrissener körpertherapeutischer Übungen liegt.
Nähe vs. Distanz	Umfasst alle Textstellen, in denen der Kontakt zum Th. in Begriffen von Nähe und Distanz dargestellt wird.
Abgrenzung/Grenzen	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP darüber, inwieweit der Th. sich in der Therapiebeziehung vom Kl. abgegrenzt hat.
Wärme vs. Kühle	Bezieht sich auf Aussagen des IP, in denen vor allem die gefühlsmäßige Wahrnehmung der PT-Beziehung im Sinne einer warmen oder kühlen Atmosphäre beschrieben wird.
Feinfühligler Umgang, Sensibilität	Diese Kategorie umfasst alle Textstellen, die darauf hinweisen, dass der Th. feinfühlig, sensibel, vorsichtig (vs. grob, unsensibel, unbedacht) mit dem Kl. umgegangen ist und dessen Bedürfnisse und Ängste wahrgenommen hat.
Menschlichkeit	Bezieht sich auf Aussagen des IP darüber, ob und inwiefern Therapeut und Klient sich in der PT als Menschen (inklusive Schwächen, individueller Biografie und Würde) begegnen, als Menschen in Erscheinung treten bzw. als solche gesehen und behandelt werden.
Persönliche Passung/Sympathie	Bezieht sich auf Aussagen des IP über seine Einschätzung der persönlichen Passung von Therapeut und Klient im Sinne von „sich verstehen“ oder „einen guten Draht zueinander haben“.
Übertragung	Einige IP nehmen explizit Bezug auf Übertragungen, sie sie meinen, in der therapeutischen Beziehung gehabt zu haben. Hierzu gehören Aussagen über mögliche dem Th. zugewiesene Rollen (Mutter, Jugendliebe). Darüber hinaus werden in dieser Kategorie auch Aussagen über Verliebtsein, Idealisierung und empfundene Attraktivität einsortiert.
Vertrauen	Bezieht sich auf Aussagen des IP, in denen es um darum geht, ob und in welchem Ausmaß die PT-Beziehung als vertrauensvoll erlebt wurde. Von Bedeutung ist hier in erster Linie das Vertrauen, das der Kl. dem Th. entgegenbringt.
Symmetrie/ Asymmetrie	Bezieht sich auf alle Textstellen, in denen der Kontakt zum Th. im Hinblick auf die Dimension Symmetrie-Asymmetrie thematisiert wird. Hierunter fallen sowohl Aussagen zur unterschiedlichen Rollen-/Aufgabenverteilung zwischen Th. und Klient als auch Aussagen zur unterschiedlichen Verteilung von Macht.
Konflikte	Hierunter fallen alle Textstellen, in denen Konflikte bzw. Auseinandersetzungen und deren Lösungen dargestellt werden, die im Laufe der PT zwischen Kl. und Th. aufgetaucht sind.
Umgang mit Feedback des Klienten	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP darüber, ob und inwieweit der Th. auf Wünsche und Feedback des Kl. eingegangen ist, diese ernst genommen hat bzw. die PT gemäß den Bedürfnissen des Kl. gestaltet hat oder nicht (Einlenken vs. Beharren).
Kontinuität/Zuverlässigkeit der Beziehung	Umfasst alle Aussagen des IP darüber, ob er die PT-Beziehung grundsätzlich als verlässlich oder verbindlich wahrgenommen hat, und auch Aussagen darüber, ob und inwiefern der Th. auch über konkrete Sitzungen hinaus, z.B. auch während eines Klinikaufenthaltes, grundsätzlich Kontakt- und Hilfsbereitschaft signalisiert bzw. Unterstützung gegeben hat (Angebot zusätzlicher Termine, Telefonkontakt für den Notfall) oder den Kl. im Gegenteil außerhalb konkreter Sitzungstermine abgewiesen und sich für „nicht zuständig“ erklärt hat.

<i>Themenbereiche & Kategorien</i>	<i>Definitionen</i>
THERAPIEBEZIEHUNG (Forts.)	
Stabilität vs. Wechselhaftigkeit	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP darüber, ob er das Verhalten des Th. eher als beständig gleich bleibend oder als wechselhaft wahrgenommen hat bzw. ob es während der PT einen Wandel oder Bruch im Verhalten des Th. gegeben hat.
Kooperativität	Bezieht sich auf Aussagen des IP dazu, inwiefern in der PT eine Zusammenarbeit von Therapeut und Klient zustande kam bzw. inwiefern die PT-Beziehung als produktives Arbeitsbündnis wahrgenommen wurde.
Erster Eindruck	Textstellen, in denen der IP den 1. Eindruck vom Th. schildert.
AKTIVE BETEILIGUNG DES KLIENTEN <u>Eigenschaften der untergeordneten Kategorien:</u> Häufigkeit Intensität/ Ausprägung Art und Weise Zeitpunkt in PT Bewertung durch Kl.	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP, in denen deutlich wird, ob und inwiefern sich der Klient selbst in die PT eingebracht hat. Gemeint ist hier aktive Beteiligung am therapeutischen Geschehen (Verhaltensebene). Davon abzugrenzen ist das, WAS DER KLIENT MITBRINGT (eher dispositionale Ebene; persönliche Voraussetzungen wie Wissen, Beziehungsmuster, Erwartungen an die PT).
Selbstöffnung des Klienten	Unter diese Kategorie fallen alle Ereignisse im Text, in denen der Klient darüber spricht, ob und inwiefern er sich in der Therapie dem Therapeuten anvertraut hat. Die Selbstöffnung des Klienten könnte man sich auf einem Kontinuum vorstellen, das vom „Reden über Irrelevantes“ bis hin zur „Aufgabe der emotionalen Selbstkontrolle“ oder „ungenierter Selbstöffnung“ reicht.
Verantwortungsübernahme vs. -abgabe	Bezieht sich auf alle Passagen, in denen zum Ausdruck kommt, inwieweit der Klient sich für das Vorankommen in der PT selbst verantwortlich fühlt, die PT selbst mitgestaltet (z.B. Übungen ablehnt, Grenzen setzt) vs. sich ausliefert, die Verantwortung gänzlich an den Therapeuten abtritt.
Verbalisierung von Irritationen und Kritik	Bezieht sich auf alle Passagen im Text, in denen davon die Rede ist, dass der Klient ggü. dem Therapeuten Kritik oder Zweifel an der PT äußert bzw. Dinge anspricht, die ihn in der PT stören.
Äußern von Bedürfnissen	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP über dem Th. ggü. geäußerte Bedürfnisse und Wünsche.
Annäherungsversuche des Klienten	Bezieht sich auf alle Passagen im Text, in denen zum Ausdruck kommt, dass der Klient den Versuch unternimmt, die Begegnungsebene in der PT zu verändern, und zwar im Sinne eines Wechsels von der Rollenverteilung Klient-Therapeut hin zu einer Rollenverteilung, wie sie in alltäglichen Beziehungen vorkommt; dies kann z.B. auf dem Wege persönlicher Fragen an den Therapeuten oder auch durch therapieunangemessene Forderungen versucht werden.
Mitarbeit, Compliance	Bezieht sich darauf, inwieweit der Klient bereit war, sich auf das therapeutische Angebot einzulassen und mitzuarbeiten vs. bestimmte Vorgehensweisen/ Methoden von Anfang an abgelehnt hat.
Regelbrüche	Der Klient verletzt den therapeutischen Kontrakt, Abmachungen oder implizite Regeln (z.B. Kl. lügt Therapeut an, Kl. haut aus Psychiatrie ab).
VORAUSSETZUNGEN DES KLIENTEN	Bezieht sich auf alle Aussagen über persönliche Voraussetzungen (z.B. Kognitionen, Verhaltenstendenzen, Interaktionsmuster), die den Klienten als Person ausmachen. Von dieser Kategorie abzugrenzen ist die BETEILIGUNG DES KLIENTEN in der PT (Verhaltensebene).
Einstellungen <u>Eigenschaften der untergeordneten Kategorien:</u> Ausprägung/Intensität Grundlage/Quelle Zeitpunkt	Die individuelle Meinung zu/ bzw. Bewertung bestimmter Personen, Objekte oder Ideen, die der IP im Interview zum Ausdruck bringt.

Themenbereiche & Kategorien	Definitionen
VORAUSSETZUNGEN DES KL. (Forts.)	
<i>Lebenseinstellungen</i>	Bezieht sich auf allgemeine persönliche Glaubenssätze, Leitformeln oder Meinungen, an denen sich der IP orientiert (z.B. „Kneifen geht nicht - man muss immer versuchen, Probleme zu lösen“).
<i>Einstellungen zu PT/psychischen Störungen</i>	Bezieht sich auf Einstellungen (Die individuelle Meinung zu/ bzw. Bewertung bestimmter Personen, Objekte oder Ideen, die der IP im Interview zum Ausdruck bringt). vor PT-Beginn oder heute ggü. PT allgemein, bestimmten PT-Richtungen, Methoden oder Rahmenbedingungen.
Erwartungen an PT <u>Eigenschaften:</u> Zeitpunkt Ausprägung/Intensität Art und Weise	Die Erwartungen (Hoffnungen, Ansprüche, Wünsche, Ängste), die ein Klient an PT richtet (im Sinne einer vorstellungsmäßigen Vorwegnahme und Vergegenwärtigung kommender Ereignisse), bezogen auf das, was dort vonstatten geht und welche Rollen Klient und Therapeut einnehmen. Die Erwartungen an PT können mehr oder weniger realistisch bzw. durch Wissen gesättigt sein. Sie sind im Gegensatz zur <i>Einstellung ggü. PT</i> eher wertfrei und weniger emotional besetzt.
Wissen über PT	Wissen wird hier im Sinne von gespeicherter oder behaltener Information verstanden.
<i>Informiertheit/Versiertheit mit PT</i> <u>Eigenschaften:</u> Ausmaß Quelle Art und Weise	Theoriewissen über verschiedene Therapieansätze, über Rahmenbedingungen, Methoden, ideale Verläufe etc.
<i>Erfahrungen mit PT</i> <u>Eigenschaften:</u> Ausmaß Zeitpunkt in Biografie Art und Weise	Wissen, das auf eigene Erfahrungen mit Psychotherapie oder mit anderen psychosozialen Hilfsangeboten zurückgeht.
<i>Wissenszuwachs</i> <u>Eigenschaften:</u> Ausmaß Quelle Zeitpunkt in der Therapie	Betrifft Aussagen über während der Therapie hinzugewonnenes Wissen über PT, das sich ein Klient außerhalb der Sitzungen angeeignet hat.
Beziehungsmuster <u>Eigenschaften:</u> Negatives Wirkpotenzial Art und Weise Prägung (z.B. Kindheit, biografische Schlüsselerlebnisse)	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP, in denen eigene typische Beziehungs- bzw. Interaktionsmuster (z.B. Probleme, Bedürfnisse/ Kritik zu äußern, immer abnicken müssen, Auslieferungsstruktur etc.) dargestellt werden, die auch Einfluss auf die Beziehung zum Th. hatten bzw. in der PT wiederholt wurden.
Typische Denk- und Deutungsmuster <u>Eigenschaften:</u> Negatives Wirkpotenzial Art und Weise Prägung (z.B. Kindheit, biografische Schlüsselerlebnisse)	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP, in denen eigene typische Denk- oder Deutungsmuster, etwa bestimmte Selbstbilder oder Attribuierungsgewohnheiten, dargestellt werden, die auch Einfluss auf die Therapie hatten. (<i>Bsp.: irgendwas stimmt grundsätzlich nicht mit mir, ich bringe sowieso nichts zuende, sich selbst die Schuld geben.</i>)
Bedürfnisse <u>Eigenschaften:</u> Ausprägung/Intensität Generalisierungsgrad (situativ/momentanes vs. überdauerndes Bedürfnis)	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP, in denen eigene Bedürfnisse thematisiert werden, die in der PT zum Ausdruck kamen bzw. für deren Bewertung eine Rolle spielen.
Individuelle Therapieziele <u>Eigenschaften:</u> Ausprägung/Intensität Art und Weise	Bezieht sich auf vom IP angesprochene persönliche Ziele, denen er sich in der PT nähern wollte.
Therapiemotivation <u>Eigenschaften:</u> Ausprägung Zeitpunkt in PT	Bezieht sich auf alle Passagen, in denen darüber berichtet wird, ob, inwieweit und in welcher Hinsicht (z.B. extrinsisch vs. intrinsisch) der Klient zu einem gegebenen Zeitpunkt zur PT motiviert war.

<i>Themenbereiche & Kategorien</i>	<i>Definitionen</i>
EMOTIONALER IMPACT DER PT <u>Eigenschaften der untergeordneten Kategorien:</u> Häufigkeit: nie – immer Intensität: schwach – stark Dauer: kurz – lang Art und Weise Zeitpunkt in PT Bewertung durch Klient	Umfasst alle spontanen Gefühlszustände (auch körperliche Zustände!), die der Klient in Reaktion auf das Sitzungsgeschehen in der PT durchläuft. (Evtl. längerfristige Wirkungen auf das Leben und Befinden des Kl. werden unter KOGNITIV-EMOTIONALE VERFASSUNG eingeordnet).
Wut, Ärger	<i>Bsp.: total ausgetickt, verdammt, was mach ich hier eigentlich</i>
Getroffensein	<i>Bsp.: Pieksen, gewurmt, verletzt sein</i>
Erschütterung	<i>Bsp.: fassungslos, schockiert, dachte, ich falle aus 'm Sessel</i>
Irritation	<i>Bsp. was mich am Anfang irritierte</i>
Schmerz	<i>Bsp.: bis aufs Messer gequält, wie so 'ne Ohrfeige</i>
Hilflosigkeit	<i>Bsp.: kriechendes, hilfloses Etwas, fühlt sich verloren</i>
Angst	<i>Bsp.: Beklemmung, fluchtbereit</i>
Ohnmacht	<i>Bsp.: ausgeliefert, manipuliert, in Tiefen gestürzt</i>
Schuldgefühle	<i>Bsp.: schlechtes Gewissen, sich schuldig fühlen</i>
Scham	<i>Bsp.: Schamgefühle, peinlich, Gefühl bloßgestellt zu sein</i>
Verlassensein	<i>Bsp.: furchtbar alleine gefühlt</i>
Weinen	<i>Bsp.: bricht in Tränen aus, versucht, nicht zu weinen</i>
Enttäuschung	<i>Bsp.: enttäuscht, weil Th. keine Freundin sein kann</i>
Negative Spannung	<i>Bsp.: nicht mehr ausgehalten, innere Spannungen</i>
Unbehagen	<i>Bsp.: mir war es komisch, gemerkt, hier ist irgendwas schief</i>
Allgemein negative Emotionen	<i>Bsp.: beschissenes Gefühl, es war total schlimm für mich</i>
Deprimiert/traurig sein	<i>Bsp.: unglaublich deprimierend, runtergezogen gefühlt</i>
Negative körperliche Symptome	<i>Bsp.: Hyperventilationsanfall in PT</i>
Erleichterung/Entlastung	<i>Bsp.: sich erlöst fühlen, Befreiung; Gefühl von Auffangen</i>
Behagen	<i>Bsp.: unglaublich wohl gefühlt</i>
Freude	<i>Bsp.: gefreut sich über Selbsterkenntnis</i>
Überraschung	<i>Bsp.: muss wirklich staunen</i>
Stolz	<i>Bsp.: gefühlt wie Paradeanalysand</i>
Stärkung	<i>Bsp.: sich selbstbewusster fühlen, stärkend und aufbauend</i>
Allgemein positive Emotionen	<i>Bsp. es ging mir etwas besser, fühlt sich gut</i>
KOGNITIVER IMPACT DER PT <u>Eigenschaften der untergeordneten Kategorien:</u> Häufigkeit: nie – immer Intensität: schwach – stark Art und Weise Zeitpunkt in der PT Bewertung durch Klient	In dieser Kategorie werden Textstellen subsumiert, in denen es darum geht, ob das therapeutische Angebot das Denken des Klienten (und wenn ja, in welcher Weise) beeinflusst hat bzw. wie er das therapeutische Angebot gedanklich verarbeitet hat.
Individuelle Ergiebigkeit	In dieser Kategorie werden Aussagen des IP darüber gesammelt, was er mit dem therapeutischen Angebot anfangen konnte, inwiefern er sich mit den Inhalten oder Erfahrungen aus den PT-Sitzungen auseinandergesetzt und ob er die Deutungen oder Erklärungen des Th. verstanden hat. <i>Bsp.: konnte inhaltliche Dinge nicht zusammenfügen, fand's völlig absurd, Deutung weit hergeholt</i>
Produktive Bedeutungen	Diese Kategorie umfasst Aussagen darüber, inwieweit sich in der PT bestimmte Themen oder Erkenntnisse herauskristallisierten, die für den Kl. bzw. im Hinblick auf seine Persönlichkeitsentwicklung besonders relevant waren, z.B. Entlarvung problematischer Verhaltens- oder Denkmuster, Reinterpretation von Kindheits-erlebnissen o.Ä.). <i>Bsp.: hilfreiche veränderte Sichtweisen, Knackpunkte kommen, klar hat man auch Erkenntnisse, Analyse findet keine Erklärung, unbewusste Muster kamen hoch, an Themen dran sein</i>

<i>Themenbereiche & Kategorien</i>	<i>Definitionen</i>
KOGNITIVER IMPACT DER PT (Forts.)	
Kontraproduktive Bedeutungen	Hier sind Überzeugungen, Interpretationen oder Selbstbilder einzuordnen, die der Kl. aus der PT gewinnt, die dem Kl. aber nicht weiterhelfen, sondern ihn eher noch weiter belasten. Bsp.: <i>Ich bin die Falsche und mache alles schlecht, ich kann das Therapieziel niemals erreichen</i>
Wahrnehmung von Veränderungen	Bezieht sich auf <i>während der Therapie</i> wahrgenommene Veränderungen (vs. Stagnation), negative oder positive Effekte. (wahrgenommene Veränderungen im Bereich der KOGNITIV-EMOTIONALEN VERFASSUNG wurden in selbiger Kategorie eingeordnet) Bsp.: <i>wunderbar gewirkt, es hat etwas ausgelöst, keine Veränderungen, hat den Prozess nach vorne gebracht</i>
KOGNITIV-EMOTIONALE VERFASSUNG <u>Eigenschaften:</u> Häufigkeit: nie - immer Intensität: schwach – stark Zeitpunkt in der PT: z.B. zu Beginn, gegen Ende Bewertung durch Klient Affektrichtung: pos.-neg. Dauer: punktuell – permanent	Meint im Gegensatz zum EMOTIONALEN IMPACT Gefühls- oder Geisteszustände, die längerfristig und auch außerhalb der therapeutischen Interaktion beim Klienten vorliegen. Sie sind eher vergleichbar mit Grundstimmungen, die die Situation des Klienten charakterisieren (vor, während und auch nach der Therapie).
Ausgangsproblematik	Bezieht sich auf alles, was der IP spontan oder auf eine darauf abzielende Frage hin als ursprünglichen Auslöser für die Psychotherapie darstellt (Symptomatik, die beim ersten Mal zur Aufnahme der PT führte oder Diagnose, ursprüngliches Grundproblem des IP).
Verunsicherung	<i>Bsp.: Sorgen gemacht, war durcheinander, Selbstzweifel</i>
Angst	<i>Bsp.: massive Ängste, es war alles ziemlich bedrohlich, fühlt sich nicht sicher, Panikstörung, Angstträume</i>
Verzweiflung	<i>Bsp.: ausweglose Situation, Kl. weiß nicht weiter, Situation zum Verrücktwerden</i>
Körperliches Befinden und Symptome	<i>Bsp.: tierisch abgenommen, Bauchschmerzen, die von der Psyche kamen, Atembeschwerden</i>
Psychische Stabilität vs. Labilität	<i>Bsp.: gekämpft und stark gewesen, rutscht noch tiefer in den Sumpf rein</i>
Suizidalität	<i>Bsp.: Suizidpläne, wollte mich umbringen, Selbstmordversuche</i>
Alltagskompetenz und Leistungsfähigkeit	<i>Bsp.: Probleme in den Beruf reinzukommen, Lesen, TV, alles zuviel</i>
Depression vs. Euphorie	<i>Bsp.: Kl. traurig, jahrelang depressiv drauf</i>
Trauma	<i>Bsp.: täglich von PTBS-Symptomen verfolgt, retraumatisiert, Posttraumatische Belastungsstörung</i>
Sucht/Abhängigkeit	<i>Bsp.: Alkoholismus, heute wieder weggesoffen</i>
Psychotisches Erleben	<i>Bsp.: Diagnose Schizophrenie, Wahrnehmungsphänomene, Schatten gesehen, dann brach die Manie raus</i>
Befinden allgemein	<i>Bsp.: besser ging es mir auch nicht, wurde fast noch schlechter Zustand blieb so, da ging es richtig bergab, es ging mir kurz dreckig</i>
Selbstwahrnehmung vs. Ich-Störung	<i>Bsp.: keinen Kontakt nach innen, keinen Zugang zu mir selber Angst, mich aufzulösen, bis heute Abgrenzungsprobleme</i>
Spezifische Probleme (Restkategorie)	<i>Bsp.: Einsamkeit, Angst vor Männern</i>
UMGANG MIT NEG. PT-ERFAHRUNGEN <u>Eigenschaften:</u> Ausprägung Art und Weise Bewertung durch Kl. Zeitpunkt	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP darüber, welche Schritte er unternommen hat, um mit den negativen Erfahrungen in der PT umzugehen bzw. wie er diese Erfahrungen verarbeitet hat.
Therapieabbruch vs. Durchhalten	Alle Aussagen, die sich darauf beziehen, wie die Therapie beendet wurde, z.B. frühzeitiger Abbruch, Nichtwiederaufnahme der PT nach Pause durch den Klienten, „innere Emigration“, regulär zu Ende geführt usw.

<i>Themenbereiche & Kategorien</i>	<i>Definitionen</i>
UMGANG MIT NEG. PT-ERFAHRUNGEN (Forts.)	.
Gedankliche Auseinandersetzung	Reflexion über neg. PT-Erfahrungen, Überlegungen, was Th. besser machen könnten, Versuche der Umdeutung.
Neue Therapieversuche	Bezieht sich auf alle Äußerungen im Interview, in denen es darum geht, ob und wann sich die Klienten nach der gescheiterten Therapie erneut in psychotherapeutische Behandlung begeben haben, worauf sie dabei geachtet bzw. was für Auswahlkriterien sie evtl. dafür herangezogen haben. Auch die völlige Ablehnung weiterer Therapieversuche oder gesteigertes Misstrauen gegenüber Folgetherapeuten nach einer besonders gravierenden Therapieerfahrung werden in diese Kategorie eingeordnet.
Beschwerde/offizielles Zeichen setzen	Wunsch oder Überlegung, sich zu beschweren, ein offizielles Zeichen zu setzen, ob bisher in die Tat umgesetzt oder nur Fantasieszenario.
Hindernisse bei Beschwerden	Bezieht sich auf alle Textstellen, in denen der IP Gründe dafür nennt, warum er zögert oder bisher darauf verzichtet hat, sich zu beschweren bzw. warum seine Beschwerde folgenlos geblieben ist.
Informationssuche zu PT	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP über vor oder während der PT unternommene Schritte, sich über PT allgemein, bestimmte Verfahren und Methoden sowie auch psychische Störungsbilder bzw. Diagnosen und den Th. zu informieren, sei es durch Recherchen in Internet und Literatur, Beratungen oder Austausch im sozialen Umfeld.
Suche nach Validierung der subjektiven Erfahrungen	Bezieht sich auf alle Aussagen darüber, ob und inwiefern der Kl. auf der Suche nach Validierung seiner subjektive Wahrnehmung der PT war, sei es bewusst im Sinne von „mal hören, was andere dazu meinen“ oder eher im Rahmen von Entlastungsgesprächen.
Emotionale Nachwehen aktuell	Alle Emotionen zur PT, von denen der IP spontan sagt, dass er sie <i>auch noch heute</i> , zum Zeitpunkt des Interviews verspürt
BEWERTUNG DER PT-ERFAHRUNGEN <u>Eigenschaften der untergeordneten Kategorien:</u> Intensität/Ausprägung Art und Weise Zeitpunkt	Bezieht sich auf alle Textstellen, in denen der IP sich dazu äußert, wie er seine PT-Erfahrungen heute beurteilt,
Positive Therapiewirkungen	...ob und in welchem Ausmaß der Kl. positive Effekte sieht
Negative Therapiewirkungen	...ob und in welchem Ausmaß der Kl. negative Effekte sieht
Verantwortlichkeit/Schuld	...wen der Kl. dafür verantwortlich macht
Vertrauen in die eigene Wahrnehmung	...ob und inwiefern der Kl. seine subjektive Einschätzung der PT zu einem gegebenen Zeitpunkt hinterfragt hat bzw. sich seiner Wahrnehmung nicht sicher oder darin ambivalent war
Veränderung der Bewertung	... inwiefern/in welcher Hinsicht sich seine Bewertung der PT im Laufe der Zeit verändert hat
Enttäuschende Bilanz	Betrifft Aussagen des Kl. darüber, ob er an einem bestimmten Zeitpunkt in der PT die bisherigen PT-Erfahrungen resümiert und daraus den Schluss gezogen hat, dass die PT keine positive Wendung mehr nehmen könne (Punkt, an dem die Hoffnung auf Hilfe verloren geht).
WEG IN DIE PT <u>Eigenschaften:</u> Intensität/Ausprägung Art und Weise Bewertung durch Kl.	Unter diese Kategorie fallen alle Aussagen, die den Weg des Kl. in die PT betreffen, insbesondere, wie es zur Auswahl eines bestimmten Verfahrens oder Therapeuten kam und welche Hindernisse bei der Therapiesuche auftraten. (Die Störungsvorgeschichte bzw. Ausgangsproblematik des Kl. ist unter KOGNITIV-EMOTIONALE VERFASSUNG eingeordnet.)
Hindernisse auf dem Weg in die PT	Bezieht sich auf alles, was den persönlichen Weg in die PT erschwert oder die PT hinausgezögert hat.
Auswahlkriterien	Bezieht sich auf die vom IP genannten Kriterien, anhand derer er einen Therapeuten oder Therapieansatz (aus)gesucht hat, bzw. derentwegen er sich gerade <i>nicht</i> dafür entschieden hat.

<i>Themenbereiche & Kategorien</i>	<i>Definitionen</i>
EXTRATHERAPEUTISCHE BEDINGUNGEN	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP, in denen von Bedingungen/Ereignissen außerhalb des PT-Settings die Rede ist, also von der Alltagssituation des Klienten, Interaktion mit dem sozialen Umfeld, besonderen Ereignissen etc.
Beziehungen und soziales Umfeld <u>Eigenschaften:</u> Nähe vs. Distanz Anzahl/Quantität (keine vs. viele) unterstützend vs. destabilisierend	In diese Kategorie gehören alle Aussagen des IP über Beziehungen und Interaktion mit seinem sozialen Umfeld.
Meinungen anderer <u>Eigenschaften:</u> Zeitpunkt in PT Anzahl Qualität: Bestätigung vs. Widerspruch Bewertung durch Kl.	Hier sind Textstellen gemeint, die Aufschluss darüber geben, inwiefern die subjektive Sicht des Kl. bzw. seine Einschätzung der PT bei Anderen Unterstützung erfährt oder in Frage gestellt wird. Meinungen anderer sind gewissermaßen Ergebnis der SUCHE NACH VALIDIERUNG.
Alternatives Bedeutungsangebot <u>Eigenschaften:</u> Zeitpunkt in PT Quelle Bewertung durch Kl.	Betrifft z.B. Störungsmodelle, Diagnosen oder Heilslehren, die dem Kl. während der PT eine (nach subjektivem Empfinden) bessere Erklärung und Lösung für seine Schwierigkeiten liefern als sein Th. ihm anbietet. Alternative Bedeutungsangebote können die Therapie deshalb „ausstechen“.
Lebenslage (allgemein) <u>Eigenschaften:</u> Zeitpunkt Ressourcen (keine vs. viele) Dauer Bewertung durch Kl.	In diese Kategorie fallen alle Aussagen, die einen Eindruck von der Gesamtsituation des Klienten geben, wie sie sich vor, während oder nach der gescheiterten Therapie charakterisieren lässt. Dazu gehören sowohl körperliche und psychische Gesundheit des IP als auch eine mehr oder weniger eingeschränkte Arbeitsfähigkeit, finanzielle Lage und soziale Kontakte.
Besondere Ereignisse <u>Eigenschaften:</u> Zeitpunkt Bewertung durch Kl. Häufigkeit Dauer	Bezieht sich auf spezifische wichtige Ereignisse (in Abgrenzung zur allgemeinen Lebenslage) im Leben des Klienten, die erfreulich oder unerfreulich, d.h. für die Therapie günstig oder hinderlich sein können.
Externe Belastungen <u>Eigenschaften:</u> Zeitpunkt Bewertung durch Kl. Häufigkeit Dauer	Betrifft negative Einflüsse aus der Lebenswelt des Klienten im Sinne dauerhafter Stressoren (z.B. beruflicher Stress, Arbeitslosigkeit, familiäre Konflikte, prekäre Wohnverhältnisse), die sich ungünstig auf das Befinden des Kl. und den Therapieprozess auswirken.
THERAPIEKONTEXT <u>Eigenschaften der untergeordneten Kategorien:</u> Bewertung durch Klient Art und Weise Intensität/Ausprägung	Diese Kategorie umfasst alle Aussagen des IP, in denen die Rahmenbedingungen bzw. der konkrete oder weitere Kontext der PT dargestellt werden.
Räumliche Rahmenbedingungen	Bezieht sich auf vom IP thematisierte Bedingungen wie Lage der PT-Praxis, Räumlichkeiten, Einrichtungsgegenstände, räumliche Anordnung, Sitzposition etc.
Zeitliche Rahmenbedingungen	Bezieht sich auf vom IP thematisierte Bedingungen wie Sitzungsfrequenz, Therapiedauer, Sitzungszeiten, Pausen etc.
Institutionelle Rahmenbedingungen	Bezieht sich auf vom IP thematisierte besondere Rahmenbedingungen von Privatpraxen oder anderen institutionellen (therapeutischen oder psychosozialen) Kontexten wie stationäre Therapie, Selbsthilfegruppen o.ä.
Spezifische Settingfaktoren	Aussagen, in denen Faktoren des jeweiligen Praxissettings thematisiert werden, die unter Raum- und Zeitbegriffen nicht zu fassen sind. Bsp.: anwesender Hund, Handwerker in der Praxis, Ehefrau des Therapeuten stört Sitzung, es wird geraucht etc.)
Finanzierung	Bezieht sich auf alle Textstellen, in denen es darum geht, wie die individuelle Therapie finanziert wurde bzw. welche Kosten dem Kl. dadurch entstanden sind.

<i>Themenbereiche & Kategorien</i>	<i>Definitionen</i>
GUTE THERAPIE AUS KLIENTENSICHT Bewertung durch Kl. (Relevanz) Art und Weise	Umfasst alle Aussagen des IP, die sich darauf beziehen, was für ihn persönlich hilfreiche/gute PT ausmacht bzw. was aus seiner Sicht für einen Therapieerfolg ausschlaggebend ist.
Positive Kontrasterfahrungen	Aussagen des IP zu positiven Erfahrungen oder Erlebnissen im Rahmen einer Therapie oder alternativen Behandlung, die vor der gescheiterten Therapie oder in deren Folge stattfand.
Was ist gute Psychotherapie?	Aussagen/Überlegungen des IP dazu, was für ihn persönlich oder auch generell zu einer guten, hilfreichen PT gehört.
MOTIVE DER STUDIENTEILNAHME	Bezieht sich auf alle Aussagen des IP über seine Motive/ Motivation, an der Studie teilzunehmen.

Therapiemisserfolge im stationären Setting: Fallbeispiele

Anhand der Interviews mit Sabine B und Achim C. lässt sich zeigen, dass Therapiemisserfolge auch in einem stationären Setting vor dem Hintergrund eines **verhängnisvollen Zusammenspiels** verstanden werden können. So zeichnet sich bei Sabine B. eine erhebliche Fehlpassung von Erwartungen und Denk- und Beziehungsmustern einerseits und therapeutischem Angebot andererseits ab, die sie letztlich zu einem wütenden Therapieabbruch veranlasst.

Die 40jährige Suchtpatientin kommt in die Therapie mit zunächst optimistischer Motivation und klaren Anliegen, in denen zugleich zentrale Denk- und Beziehungsmuster zum Ausdruck kommen. Sie nennt unter anderem „Verlustangst“, „Defizite im Selbstwertgefühl“, und mangelnde Selbstfürsorge („weil ich einfach zu wenig dann nach mir schaue“, Sabine B., 1209) als Problembereiche, die sie in der Therapie habe bearbeiten wollen. Außerdem gibt sie an, generell Schwierigkeiten mit dem Vertrauen zu haben. Für sie sei es deshalb wichtig, dass eine Therapie vor allem auf Einzelgesprächen aufbaue, denn diese seien, „das Einzige, wo man Vertrauen herkriegt“ (Sabine B., 765).

Das therapeutische Angebot, das sie in der Suchtfachklinik vorfindet, gestaltet sich für sie jedoch vollkommen anders als erhofft. Sie erlebt die stationäre Umgebung als eine, wo sie übersehen und vergessen wird, wo man sich nicht für sie interessiert:

Die ersten vier, fünf Wochen bin ich total untergegangen, als wie wenn ich gar nicht da existieren würde. (Sabine B., 28-29)

Während ihres gesamten Aufenthaltes bekommt sie nur einmal Gelegenheit für ein Einzelgespräch:

Da war ich sechs Wochen da, und dann sieht sie mich so und sagt, ach, Frau B., Sie sind ja auch noch da, und mit Ihnen hab ich noch gar nicht gesprochen. (Sabine B. 455-457)

Die für dieses Gespräch zur Verfügung stehenden zehn Minuten verstreichen jedoch zur Anamneseerhebung. Auch die therapeutischen Kleingruppen müssen in den ersten vier Wochen wegen Unterbesetzung ganz ohne Therapeuten auskommen. Anschließend finden sie als „Doppelgruppen“ statt, umfassen statt 7 gleich 14 Patientinnen, wodurch es Sabine B schwer fällt, sich überhaupt zu öffnen. Die in den täglichen Großgruppen behandelten Themen haben für sie keinen therapeutischen Nutzen:

Überwiegend ist es darum gegangen, das Essen ist zu wenig, das Haus ist zu dreckig, so belanglose Sachen, wo ich eigentlich sage, also wenn ich Therapie machen will, mich verändern will, hat das für mich damit nicht so viel zu tun. (Sabine B., 117-120)

Das Interview mit Sabine B.s Mitpatienten Achim C., der mit anderen Therapiesettings negative Erfahrungen verbindet, seinen Aufenthalt in derselben Suchtfachklinik jedoch als gelungen betrachtet, wirft Licht auf die unterschiedlichen Voraussetzungen und Herangehensweisen der beiden Interviewpartner. Achim C. schätzt an der Suchtfachklinik ausdrücklich, dass dort nicht alles

vorstrukturiert ist, sondern viel auf Eigenverantwortung gesetzt wird. Im Interview beschreibt er sich selbst als jemanden, der durchaus dafür sorgen kann, dass er auch bekommt, was er braucht:

Ich wollte halt meine Therapie einfach individuell gestalten, also ich hab meine Defizite gesehen, ich hab gewusst, wo ich arbeiten muss, was ich machen muss, und das wollte ich (der Therapeutin) klar machen. Und ... da haben wir halt so ein bisschen gestritten. Sie wollte immer so die Richtung, ihre Schiene fahren vom Buch raus, und ich wollte's halt individuell. Und ... nach ein paar Wochen hat sie das dann auch kapiert, und dann haben wir das so gemacht, wie ich das will, und dann ist das auch sehr gut gelaufen, muss ich sagen. (Achim C., 211-228)

Sabine B. betritt denselben Kontext hingegen mit dem Wunsch, an die Hand genommen zu werden. Sie benötigt konkrete Hilfestellung und engmaschige Kontakte, jemanden, der sich um sie und ihre Belange kümmert. Als positiven Kontrast hebt sie im Interview ihre aktuelle psychosoziale Betreuung hervor,

wo man sagen kann, da ist jemand, zu dem kann man hin, wenn man Probleme hat, dir hilft jemand, und die machen auch was. Also, das ist eigentlich das, wo ich mir eigentlich vorstelle unter 'nem Therapeuten oder Bezugstherapeuten oder Betreuer, wo man auch was machen kann mit dem, und nicht alleine rumwurschteln, weil ... das geht früher oder später sowieso dann wieder schief. (Sabine B., 585-593)

Die verstrichenen Wochen, in denen Sabine B. das Gefühl hat, übersehen zu werden, sind vielleicht eben nicht nur als Auswirkung institutioneller Fehlorganisation zu betrachten, sondern verdeutlichen gleichzeitig ihr Unvermögen, für sich selbst zu sorgen, Bedürfnisse zu artikulieren oder Ansprüche zu stellen. Immerhin konnte Achim C. im selben Setting auf sich aufmerksam machen und Einzelgespräche wahrnehmen, von denen er laut eigener Angaben besonders profitiert hat. Während er sich darüber freute, mehr sich selbst überlassen zu sein, litt Sabine B. darunter, alleingelassen zu werden. Spätestens an dieser Stelle wird wiederum klar: Es kommt immer darauf an, wie Voraussetzungen des Klienten und therapeutisches Angebot zusammenpassen. Das eine ohne das andere erklärt keinen (Miss-)Erfolg.

Reflexion des Vorwissens und eigener Forschungsstandpunkte

Memo, 10.04.2008

Die eigenen Vorkenntnisse und Standpunkte zum Forschungsthema werden hier relativ ausführlich dargelegt, da sie Denkfolien abbilden, auf deren Hintergrund diese Untersuchung entstand. Während des Forschungsprozesses ging es jedoch vor allem darum, das Datenmaterial sprechen zu lassen und für neue Inhalte und Implikationen möglichst offen zu bleiben. Inwieweit es gelungen ist, die eigenen Präkonzeptionen durch die Daten zu irritieren, sie jedenfalls den Daten nicht überzustülpen, soll auf diese Weise nachvollziehbar werden.

Eine erste Schlussfolgerung aus den Forschungsbefunden zu Risiko- und Einflussfaktoren von Therapiemisserfolg könnte lauten, dass die zahlreichen Versuche, Prädiktoren für Therapiemisserfolg zu identifizieren, allen voran bestimmte Klientenmerkmale wie Diagnosen, Schweregrad der Störung oder Persönlichkeitsstruktur insgesamt unbefriedigend geblieben sind. Über die Untersuchungen hinweg hat sich kein Merkmal konsistent als voraussagekräftig erwiesen, was zumindest im Bezug auf Diagnosen nicht überrascht: Die Annahme, dass ein und derselben diagnostischen Kategorie zugeordnete Personen eine homogene Gruppe darstellen, gehört zu den sorgsam gepflegten Uniformitätsmythen der Psychotherapieforschung (vgl. Clarkin & Levy, 2004; Kiesler, 1966). Auch wenn aktuellere Studien, die den Voraussagewert bestimmter Beziehungsmerkmale von Klienten untersucht haben, sehr viel deutlichere Zusammenhänge zum Therapieoutcome feststellen konnten (vgl. Clarkin & Levy, 2004; Mohr, 1995), ist letztlich das Bestreben fragwürdig, bestimmte Klientengruppen als besonders „schwierige“ oder „riskante“ Fälle zu etikettieren. Zwar kann darin eine Chance liegen, für eine solche Personengruppe neue Therapieverfahren oder -methoden zu entwickeln, die auf ihre Bedürfnisse und Besonderheiten genauer abgestimmt sind. Andererseits sind damit aber auch gewisse Gefahren impliziert: Mit welcher Erwartungshaltung gehen Therapeuten zukünftig an diese Klienten heran? Wie schlägt sich eine solche Erwartungshaltung im therapeutischen Geschehen nieder (vgl. dazu Duncan, Hubble & Miller, 1998; Friedmann, Procci & Fenn, 1980)? Werden Kostenträger weiterhin bereit sein, diesen Klienten eine psychotherapeutische Behandlung zu finanzieren, wenn ein Therapiemisserfolg angeblich vorprogrammiert ist? Interessant ist außerdem, dass die Anstrengungen, *Therapeutenmerkmale* aufzuspüren, die einen Therapiemisserfolg verlässlich voraussagen können, in der Forschung vergleichsweise gering ausgeprägt sind – immerhin sind an jeder Psychotherapie mindestens zwei Personen beteiligt.

Neben der Frage, welche Einflussfaktoren für einen Therapiemisserfolg überhaupt relevant sind, beschäftigt die Forschung auch, in welchem Verhältnis diese Faktoren zueinander stehen. Lange Zeit ist man davon ausgegangen, dass Therapeuten-, Klienten- und Prozessvariablen einen je unabhängigen Einfluss auf das Therapieergebnis haben. Die zunehmende Diskussion potenzieller Moderator- oder Mediatorvariablen in der Forschungsliteratur (z.B. Beutler et al., 2004; Clarkin & Levy, 2004) weist jedoch darauf hin, dass Variablen im psychotherapeutischen Geschehen eben gerade *nicht* unabhängig voneinander sind, sondern in vielfacher Weise zusammenwirken. Das Problem der möglichen Wechselwirkung von Variablen im Therapieprozess ließe sich theoretisch dadurch

beheben, dass solche Interaktionen gezielt untersucht werden. Im Sinne einer differenziellen Forschungsstrategie müsste dann immer weiter spezifiziert werden, für welche Subgruppen von Klienten mit welchen Eigenschaften Therapeuten mit welchen Interventionen oder Interaktionsstilen besonders effizient oder ineffizient sind. Wenngleich diesem Ansatz forschungslogisch einige Berechtigung zukommt, drängt sich doch die Frage auf, ob die Suche nach mehr und mehr Spezifität nicht irgendwann einmal in Unübersichtlichkeit mündet. Ein erfolgversprechendes Matching von Therapeuten, Interventionen und Klienten scheint vor diesem Hintergrund zumindest schwierig.

Nur selten kommen in der bisherigen Misserfolgsvorschung Klienten zu Wort. Wenn ihre Äußerungen doch einmal Berücksichtigung finden, werden häufig Forschungskategorien angelegt, die seit Langem etabliert sind. So kommt es letztlich häufig zu Schlussfolgerungen des Typs: „Wieder einmal hat sich gezeigt, dass die therapeutische Beziehung aus der Sicht von Klienten eine zentrale Stellung einnimmt...“ Gerade dieser einvernehmlich gehütete und für unser heutiges Verständnis von Psychotherapie so essenzielle Befund ist jedoch weniger eindeutig, als er scheint, denn schon das Konzept der Therapiebeziehung krankt an definitorischer Vielseitigkeit (vgl. Beutler et al., 2004). Zwar wird in Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (vgl. Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004) einheitlich vom *therapeutic bond* gesprochen. Dass sich hinter dem Begriff der Therapiebeziehung in der Forschungsliteratur aber tatsächlich eine Vielzahl verschiedener Konzeptionen verbirgt, wird gern übersehen. So werden z.B. zur Bewertung der Beziehungsqualität immer wieder die sog. Basisvariablen nach Rogers (1957) (Empathie, unbedingte positive Wertschätzung, Echtheit), herangezogen und ihre Transferierbarkeit auf andere Therapieansätze damit als selbstverständlich vorausgesetzt – was jedoch nicht unproblematisch ist:

Empathie und Wertschätzung ... sind weit mehr als lediglich „Beziehungsaspekte“ in dem Sinn, dass sie eingesetzt werden, um den Klienten zur Mitarbeit an der „eigentlichen“ Therapie zu gewinnen . . . In der Gesprächspsychotherapie – zumindest in der klientenzentrierten Psychotherapie nach Rogers – dient die therapeutische Beziehung nicht der *Vorbereitung* auf die Psychotherapie oder der *Unterstützung* der Therapie, sie *ist* die Psychotherapie. (Auckenthaler, 2008, S. 1203)

Was unter Therapiebeziehung verstanden wird, unterscheidet sich aber nicht nur entlang verschiedener therapeutischer Orientierungen und spezifischer Therapieansätze, sondern unterliegt darüber hinaus auch einem historischen Wandel. Während etwa die klassische Psychoanalyse ihren Fokus dabei vor allem auf Übertragungsphänomene richtete und dem Therapeuten eine neutrale, weitgehend anonyme und abstinente Rolle zuwies, lenkte die Ich-Psychologie der 70er Jahre ihren Blick zunehmend auf die realen Aspekte der Therapeut-Klient-Interaktion. Unter dem in diesem Zusammenhang geprägten Begriff der *therapeutic* oder *working alliance* sind wiederum verschiedene Aspekte subsumiert: “The strength of the alliance is dependent on the degree of agreement between patient and therapist about the tasks and goals of therapy, and upon the quality of the relational bond between them” (Safran & Muran, 2000, S.11).

Diese wenigen Schlaglichter mögen genügen, um aufzuzeigen, wie uneinig man sich in der Therapieforschung darüber ist, worin eine Therapiebeziehung eigentlich besteht. Dass die Vielzahl an Begrifflichkeiten und untersuchten Beziehungsaspekten in diesem Bereich schwer überschaubar ist, ist eine Sache. Die andere ist, dass sie ganz überwiegend von Therapieforschern formuliert wurden. Ob sie auch dem entsprechen oder vollständig das abbilden, was *Klienten* wahrnehmen und erleben,

ist unklar. Gibt es aus Klientensicht noch weitere Aspekte? Was im Einzelnen ist für Klienten an einer Therapiebeziehung gut? Wann genau bewerten sie eine Therapiebeziehung als negativ?

Insgesamt zeugt die Forschungsliteratur von einem überwiegend medizinisch geprägten Gegenstandsverständnis. Psychotherapie wird darin wie ein Medikament betrachtet, dessen Einsatz in angemessener Dosis Störungen auf Seiten des Klienten beheben kann. Seine wirkungsvolle Zusammensetzung entspricht hier den für ein bestimmtes Therapieverfahren charakteristischen Vorgehensweisen (Methoden, Techniken). Diesem medizinischen Modell hat Wampold (2001) als alternative Metatheorie sein *kontextuelles Modell von Psychotherapie* gegenübergestellt. Sehr viel entscheidender sind hiernach ansatzübergreifende kontextuelle Faktoren wie die therapeutische Beziehung, die Person des Therapeuten oder das Vertrauen von Therapeut und Klient in die Wirksamkeit der Behandlung. Das kontextuelle Modell wird nicht nur durch zahlreiche Forschungsbefunde gestützt, sondern dürfte auch dem näher kommen, was Klienten und Therapeuten in der Praxis erleben.

Dies trifft auch für eine weitere theoretische Auffassung zu, die in der Forschungsliteratur vereinzelt aufscheint. Sie betrifft die Vorstellung von Psychotherapie als einem Prozess, in dem Bedeutungen (individuelle Deutungsmuster, biografische Konstruktionen, Selbsterzählungen, Welt- und Selbstbilder) verändert werden. Alle psychotherapeutischen Verfahren lassen sich unter dieser Perspektive betrachten und im Hinblick darauf vergleichen, auf welche Art und Weise sie zur Veränderung von Bedeutungen beitragen (vgl. Power & Brewin, 1997). Die Ergebnisse meiner Diplomarbeit (vgl. Conrad, 2003; 2005) zeigten für eine kleine Gruppe erfolgreich therapierter Klienten, dass aus ihrer Sicht die Veränderung von Bedeutungen und ihr Transfer in die Lebenswelt außerhalb der Therapie für deren Wirksamkeit essenziell waren. Mit Blick auf die Dissertation interessiert mich, ob auch Klienten mit *negativem* Therapieverlauf so etwas wie Bedeutungsveränderung erwähnen. Dahinter stehen Fragen wie: Sind Psychotherapien dann erfolglos, wenn Bedeutungen sich nicht verändern? Misslingen sie, wenn veränderte Bedeutungen nicht ihren Weg in den Alltag der Klienten finden? Oder weil sich Bedeutungen in unvorteilhafter Weise verändern?

Legt man die Ergebnisse der Wirkfaktorenforschung zu Grunde, sollten für ein optimales Therapieoutcome einige Dinge zusammenkommen: Theoretisch müssten – lässt man sie als Essenz mehrerer Jahrzehnte Wirkfaktorenforschung gelten – alle fünf von Grawe (1995; 2005) genannten Wirkprinzipien (Ressourcenaktivierung, Problemaktualisierung, Problembewältigung, Motivationale Klärung, Therapiebeziehung) im Therapieverlauf optimal realisiert werden, wobei es jedoch vor allem anderen auf die Qualität der therapeutischen Beziehung und die Aktivierung von Ressourcen des Klienten ankäme. Nach Wampold (2001) wäre es außerdem wichtig, dass der Therapeut von der Wirksamkeit seines Vorgehens selbst in hohem Maße überzeugt ist (hohe *Allegiance*).

Akzentuiert man die Konzeption von Psychotherapie als Veränderung von Bedeutungen, wie sie eher qualitativen Studien zu Grunde gelegt wird, lassen sich unter Rückgriff auf Forschungsberichte von Kühnlein (2002), Krause Jacob (1992) und Conrad (2005) folgende Aspekte als Kennzeichen eines erfolgreichen Therapieverlaufs ergänzen:

Die in der Therapie gegebenen Deutungsanregungen müssen für Klienten verständlich und prinzipiell kompatibel mit deren Weltbild – bzw. nach Kühnlein (2002) anschlussfähig an deren biografische Konstruktionsmuster – sein und bei den Klienten eine positive Selbstsicht und Hoffnung auf Veränderung fördern. Dies lässt sich im Grunde auch auf das Wirkprinzip der *Ressourcenaktivierung* beziehen: Zum einen sollte an die vorhandenen Ressourcen des Klienten (hier: seine Weltsicht) angeknüpft werden, zum anderen sollten verschüttete oder verloren gegangene Ressourcen aktiviert werden, indem der Fokus auf Möglichkeiten und Lösungen gelenkt wird.

Die neuen Bedeutungen müssen außerdem ihren Weg in den Alltag der Klienten finden, was insbesondere dann zu gelingen scheint, wenn sie in der Therapie häufig wiederholt und eingeübt werden. Hiermit ist indirekt auch die Therapiedauer angesprochen: Wenn Bedeutungen möglichst oft wiederholt werden sollen, um ihre Internalisierung zu fördern (und gleichzeitig andere, nicht selten über Jahrzehnte gelernte Grundsätze verblässen zu lassen) braucht man dazu auch Zeit. Dafür ließe sich auch anführen, dass eine längere Behandlungsdauer generell (allerdings nicht linear) mit besseren Therapieergebnissen einhergeht (vgl. Orlinsky et al., 2004). Daneben ist entscheidend, dass Therapeuten den Bedeutungstransfer ihrer Klienten engagiert begleiten und ihnen bei auftretenden Hürden unter die Arme greifen. Damit ist auf die Notwendigkeit verwiesen, auch *aktive Hilfe zur Problembewältigung* anzubieten: Der Transfer gelingt besonders dann gut, wenn zusätzlich zum Gespräch und auch außerhalb der therapeutischen Beziehung vielfältige Erfahrungen gemacht werden können, welche die Alltagstauglichkeit der neuen Bedeutungen belegen und sie schließlich zu Überzeugungen werden lassen. Manche Klienten machen solche Erfahrungen von ganz allein, andere brauchen dabei konkrete Unterstützung – was wiederum bedeutet, das Behandlungsrational den Ressourcen des Klienten anzupassen.

Damit ein Bedeutungstransfer funktionieren kann, ist allerdings auch ein soziales Umfeld nötig, das die Veränderungen infolge der neuen Welt- und Selbstsicht des Klienten mitzutragen bereit ist und sich diesen nicht in den Weg stellt. Hier geht es um außertherapeutische Einflüsse, die den Therapieverlauf im Sinne von Ressourcen beflügeln, aber auch torpedieren können – ein Faktor, der von Grawe (1994; 1995) wohl auch deswegen nicht aufgeführt wird, da er sich von Psychotherapeuten wenig gestalten lässt und zudem selten in Forschungen aufgenommen wurde (vgl. Miller et al., 2000).

Am Wichtigsten scheint jedoch zu sein, dass Klienten sich aktiv ins Therapieschehen einbringen und sich dort herausuchen, was sie gebrauchen können: „The quality of the patient's participation in therapy appears to emerge as the most important determinant of outcome“ (Orlinsky et al., 2004, S. 324).

So weit das Fazit zu Erfolg versprechender Psychotherapie. Interessant wäre nun aber doch auch: Aufgrund welcher Faktoren *misslingen* Psychotherapien? Und was haben erfolglose Therapien verschiedener Ansätze gemeinsam?