

Leseprobe aus:

Noyon/Heidenreich, Schwierige Situationen in Therapie und Beratung,
3., erweiterte Auflage 2020, ISBN 978-3-621-28646-6

© 2020 Beltz Verlag, Weinheim Basel

<http://www.beltz.de/de/nc/verlagsgruppe-beltz/gesamtprogramm.html?isbn=978-3-621-28646-6>



Noyon • Heidenreich

3. Auflage

Schwierige Situationen in Therapie und Beratung

34 Probleme und Lösungsvorschläge

 E-BOOK INSIDE

BELTZ

Alexander Noyon • Thomas Heidenreich

Schwierige Situationen in Therapie und Beratung

34 Probleme und Lösungsvorschläge

3., erweiterte Auflage

Mit E-Book inside

BELTZ

Prof. Dr. Alexander Noyon
Hochschule Mannheim
Fakultät für Sozialwesen
Paul-Wittsack-Straße 10
68163 Mannheim
E-Mail: A.Noyon@hs-mannheim.de

Prof. Dr. Thomas Heidenreich
Hochschule Esslingen
Fakultät Soziale Arbeit, Gesundheit und Pflege
Flandernstraße 101
73732 Esslingen
E-Mail: thheiden@hs-esslingen.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-28646-6 Print
ISBN 978-3-621-28647-3 E-Book (PDF)

3. Auflage 2020

© 2020 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Dr. Svenja Wahl
Coverbild: TheCrimsonMonkey/Getty Images

Herstellung und Satz: Lelia Rehm
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhalt

Vorwort zur dritten Auflage	7
Einführung	9
1 Abbruch der Behandlung durch die Klientin	16
2 Abschluss von Beratung und Therapie	21
3 Abweichende Wertvorstellungen und Ziele	27
4 Abwertendes und überkritisches Verhalten	33
5 Aggressives Verhalten und Gewalt	38
6 Antriebslosigkeit	45
7 Beratungsanliegen im persönlichen Kontext	49
8 Intellektualisieren	56
9 Klientin kommt unter Substanzeinfluss in die Stunde	59
10 Kurzfristige Terminabsage oder Nicht-Erscheinen des Klienten	65
11 Machtkampf	72
12 Mangelnde Veränderungsmotivation	77
13 Negative Gefühlsäußerungen und exzessives Jammern	84
14 Nicht-Einhalten von Absprachen	89
15 Persönliche Einladungen von Klientinnen sowie weitere Angebote zur Veränderung des Settings	95
16 Persönliche Fragen von Klienten	100
17 Plaudermodus bei Klientinnen	107
18 Rentenbegehren und sekundärer Krankheitsgewinn	114
19 Schweigen und »Ich weiß nicht«	119

20	Schwere Erkrankung beim Therapeuten	126
21	Ständiges Reden («Logorrhoe«)	134
22	Strafbare Handlungen von Klienten	139
23	Suizidalität	146
24	Therapeutische Vorprägung	159
25	Umgang mit Stalking	165
26	Umgang mit Tod und Sterben	171
27	Ungünstige Arbeitsbedingungen	184
28	Verliebtsein bei Klienten	194
29	Verliebtsein von Behandlerinnen	202
30	Wenig Eigenverantwortung	210
31	Zerstrittenheit bei Paaren	216
32	Zufällige Begegnungen mit Klienten im privaten Kontext	220
33	Zwangskontexte	228
34	Zweifel von Klienten an Behandlern	236
Fazit:	Kompetenzen für den Umgang mit schwierigen Situationen	243
Anhang		245
	Musterformulare	247
	A1 Muster Behandlungsvertrag	247
	A2 Musteranschreiben 1 – Ausfallstunde	249
	A3 Musteranschreiben 2 – Ausfallstunde Mahnung	250
	A4 Muster Notfallplan bei Suizidalität	251
	A5 Muster Schweigepflichtentbindung	252
	Literatur	253
	Sachwortverzeichnis	259

Einführung

Im Folgenden wollen wir zunächst einige Charakteristika schwieriger Situationen herausarbeiten und dann eine kurze Übersicht zu Ansätzen geben, denen wir uns verpflichtet fühlen. Vielleicht haben Sie sich bei der Lektüre des Buchtitels gewundert, dass wir uns für den Begriff »schwierig« entschieden haben – und das in Zeiten, in denen es scheinbar keine Schwierigkeiten, sondern nur noch Herausforderungen gibt ... Wir sind der Meinung, dass schwierige Dinge durchaus schwierig sein dürfen und auch so genannt werden können – und werden versuchen, Ihnen Hinweise an die Hand zu geben, die Ihnen helfen, diese zu bewältigen.

1. Merkmale schwieriger Situationen

Möglicherweise haben Sie sich gefragt, weshalb wir uns in diesem Buch dafür entschieden haben, die schwierigen Situationen in alphabetischer Reihenfolge darzustellen. So scheint es zwar plausibel, dass das »Schweigen« (Kap. 19) vor dem »Ständigen Reden« (Kap. 21) kommt – weniger plausibel ist allerdings die Folge von »Zerstrittenheit bei Paaren« (Kap. 31) und »Zufällige Begegnungen mit Klienten im privaten Kontext« (Kap. 32). Die alphabetische Reihung erfolgt schlicht aus pragmatischen Gründen – alle Versuche, eine wie auch immer geartete »Ordnung« entlang klarer Dimensionen zu etablieren, erwiesen sich als unmöglich. Gleichzeitig ermöglichten uns diese Überlegungen, uns der Vielfalt an Anwendungsbereichen klarer zu werden:

- ▶ Setting: von Streetwork und Beratungsstellen bis zu Privatpraxen
- ▶ Dauer: von einem einzelnen Gespräch bis zu einer Langzeittherapie
- ▶ Motivation: von Zwangskontexten bis zu hoch motivierten Patienten
- ▶ Behandler: von Novizen bis Experten
- ▶ Klienten: von stark beeinträchtigt bis hoch funktional
- ▶ Frequenz: Manche Situationen sind so selten, dass sie in einem Berufsleben nur einmal oder gar nicht erlebt werden, andere sind an der Tagesordnung.
- ▶ Behandlung: zu Beginn, in der Mitte, am Ende

Unabhängig von diesen Unterscheidungsmerkmalen bestehen zwischen den einzelnen in diesem Buch genannten schwierigen Situationen einige bedeutsame Gemeinsamkeiten, auf die wir im Folgenden kurz eingehen wollen.

Schwierige Situationen sind schwierig!

Dieser Satz ist tautologisch, erscheint uns aber trotzdem bedeutsam. Erwarten Sie nicht von sich, in einer schwierigen Situation immer sofort eine elegante und leichte Lösung zu finden! Genau darin besteht ja das Wesen einer schwierigen therapeutischen Situation, dass sie die Behandlerin sehr stark herausfordert und mit den Grenzen ihrer

Fertigkeiten in Berührung bringt. In einer schwierigen Situation nicht sofort – oder vielleicht sogar gar nicht – eine hilfreiche Lösung zu finden, bedeutet nicht, dass Sie ein schlechter Behandler oder eine schlechte Behandlerin sind. Zum einen hat jeder Berater oder Therapeut, egal wie gut er sein mag, seine Grenzen; zum anderen hat auch unser Handwerkszeug an sich seine Grenzen, die Sie auch durch noch so große Perfektion nicht werden überwinden können. Hier gilt grundsätzlich eine 50 %-Regel: Sie kontrollieren in der Behandlungssituation höchstens die Hälfte des Geschehens, den anderen Teil kontrolliert der Klient. (Dabei ist der Zusammenhang in der Praxis eher multiplikativ als additiv: Selbst wenn Sie Ihre 50 % einbringen, werden Sie bei einem passiven Gegenüber [0 % Engagement] keinen 50 %-igen Behandlungserfolg erringen, sondern das Resultat wird Null sein ...) In schwierigen Situationen ist es somit nicht garantierbar, dass Sie – auch bei bestmöglichem Verhalten – das Problem lösen können, denn Sie kontrollieren nur die Hälfte der Faktoren. Deshalb ist es auch wichtig, die Güte der eigenen Arbeit nicht primär am Erfolg der Therapie(stunde) festzumachen. Das Hauptaugenmerk der eigenen Qualitätskontrolle sollte darauf gerichtet sein, ob man als Behandler seine eigenen 50 Prozent sach- und fachgerecht verwirklicht hat. Ist das gegeben, dann hat man sich auch im Falle eines ungünstigen Ausgangs der Stunde oder der Behandlung nichts vorzuwerfen. Denn anders als in manch anderen Berufen haben Beraterinnen und Therapeuten alles andere als eine vollständige Ergebnis- bzw. Erfolgskontrolle: Ein Tischler kann bei gut ausgebildeten Fähigkeiten sicherstellen, dass nach entsprechender Bearbeitung aus einem Holzklötzchen ein Tisch wird; eine Beraterin oder Therapeutin kann sich des Erfolges ihrer Arbeit auch bei besten Fähigkeiten nie sicher sein. Deshalb ist es für uns als Behandelnde wichtig, stets den Angebotscharakter unserer Arbeit gegenwärtig zu haben. Der bereits genannte Tischler kann seinem Holzklötzchen die Tischwerdung gewissermaßen aufzwingen; eine solche Macht haben wir (zum Glück) unseren Klienten gegenüber nicht. Auf einen etwas saloppen Nenner gebracht: In Therapie und Beratung gehen wir stets Zeitverträge ein (»Ich biete Ihnen x Sitzungen über eine Zeit von y Tagen/Wochen/Monaten/Jahren mit einer Frequenz z an.«) und niemals Werkverträge (»Wir arbeiten so lange zusammen, bis es Ihnen wieder gut geht.«).

Auch hier: Vorbeugen ist besser als Heilen und »first things first«.

So sehr wir im vorigen Absatz betont haben, dass schwierige Situationen in Beratung und Therapie nie vollständig vermieden werden können (was wir auch nicht für sinnvoll halten würden!), sind wir doch der Meinung, dass wir eine Menge tun können, um die Wahrscheinlichkeit des Eintretens solcher Situationen zu erhöhen oder zu vermindern. Um einige Beispiele zu nennen: Ein durch Unkonzentriertheit und Überdruß geprägter Beratungs- oder Therapiestil wird mit hoher Wahrscheinlichkeit »schwierige« Situationen produzieren. Solche Situationen wären dann – aus Sicht der Klienten – auch durchaus gesund, da diese sich gegen eine problematische Behandlung wehren. Auch eine problematische Sequenzierung einzelner Beratungs- und Therapieelemente wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zu schwierigen Situationen führen: Zu Beginn einer jeden Behandlung steht immer eine sich über kürzere oder längere

Zeit hinziehende Beziehungsaufnahme mit einer Klärung des Settings (selbst wenn es sich um eine nur einstündige Beratung handelt!) gefolgt von einer Betrachtung der Anliegen, des Anlasses der Beratung oder Therapie sowie möglicher Ziele und Werte (sog. »Ziel- und Wertklärung«; auch dies, je nach Behandlungskontext von deutlich unterschiedlicher Dauer) etc. Insbesondere eine zu frühe Einführung »therapeutischer Strategien« wird völlig zu Recht Reaktanz und Widerstand bei Klienten auslösen – was auf Seiten der Behandler dann wiederum als »schwierige Situation« erlebt wird. Wir plädieren demnach für die Haltung, einerseits zu versuchen, Beratung und Therapie möglichst »gut genug« zu gestalten, und sich andererseits offen und möglichst unverkrampft auf schwierige Situationen einzulassen. Häufig zeigen sich solche Situationen im Rückblick als besonders wertvoll für die therapeutische Beziehung und auch für die Veränderungen bei Klienten (auch therapeutische und beraterische Krisen können zu einer Weiterentwicklung führen).

Ruhe bewahren! Überhastet reagieren ist fast nie günstig.

Sind Sie mit einer schwierigen Situation konfrontiert, dann ist es in den meisten Fällen günstig, sich erst einmal zurückzulehnen und tief durchzuatmen. Problematische Situationen lassen sich meist nicht automatisch lösen, und deshalb wird eine automatische und voreilige Reaktion oft nicht zum gewünschten Erfolg führen. Versuchen Sie trotz der Schwierigkeit der Situation, sich nicht unter Druck setzen zu lassen. Machen Sie sich das Leben nicht zusätzlich mit Gedanken wie »Ich müsste als guter Behandler jetzt *sofort* wissen, was zu tun ist!« schwer. Sich »zurückzulehnen« ist hierbei übrigens wörtlich gemeint: Wenn Sie eine innere Anspannung bei sich selbst wahrnehmen – und schwierige Situationen lösen dies natürlich häufig aus! –, dann fangen Sie auf der körperlichen Ebene an, sich zu entspannen und lehnen Sie sich in Ihrem Sessel zurück. Das hilft Ihnen auch dabei, zu der aktuellen Situation eine Distanz herzustellen, die Sie handlungsfähiger macht. In der Regel wird es auch hilfreich sein, aus einer achtsamen und distanzierten Perspektive die eigenen Gedanken zu beobachten – dies gegebenenfalls nach der Bitte um eine kurze Pause (Hinweise, wie eine solche Haltung kultiviert werden kann, finden Sie bei Michalak et al., 2012).

Natürlich gibt es auch Ausnahmen für diese Empfehlung. Wenn Ihr Patient soeben agitiert aufgesprungen ist und mit glaubhaften Suiziddrohungen das Zimmer zu verlassen beginnt, dann ist schnelles Reagieren angesagt. Darauf werden wir im entsprechenden Kapitel noch eingehen (Kap. 23).

Es geht um jeweils konkrete Situationen, nicht um Persönlichkeitseigenschaften!

Dieses Buch führt schwierige Situationen in alphabetischer Reihenfolge auf und unterscheidet sich demnach von einem typischen Lehrbuch der Psychiatrie und auch der Klinischen Psychologie, da in diesen nach einer Einführung typischerweise unterschiedliche Störungsbereiche bzw. psychische Krankheiten vorgestellt werden. Dabei wird in der Regel von einzelnen Symptomen (z. B. »Klient äußert sich abfällig über Behandler«) auf ein etwas weitergehendes Syndrom (z. B. »Klient weist eine überhöhte Meinung von sich auf«) und von dort auf eine Diagnose (z. B. »narzisstische Persön-

lichkeitsstörung») geschlossen. So wertvoll dieser Ansatz für die Akkumulation von Störungswissen ist, so wenig hilfreich ist er häufig in einzelnen schwierigen Situationen: Diese treten bei einer Vielzahl von Klienten mit unterschiedlichsten Problemen auf (als Beispiel sei der plötzliche Abbruch der Behandlung genannt), und manche Situationen sind so weit verbreitet, dass in spezialisierten Büchern kaum etwas darüber steht.

Wir möchten also in diesem Buch dafür plädieren, jeweils das konkrete »schwierige« Verhalten Ihres Klienten oder Ihrer Klientin in der konkreten Situation zu betrachten und erst in einem später folgenden Schritt Generalisierungen vorzunehmen. Wir sind der Meinung, dass – wie im Vorwort bereits angemerkt – das Problemverhalten häufig im Rahmen spezifischer Muster (»Schemata«) zu beobachten ist und dass es deshalb sehr hilfreich sein kann, sich mit entsprechenden Mustern auszukennen. Diese so identifizierten Muster dürfen jedoch dann kein »Eigenleben« entwickeln, das den Klienten wieder auf eine einmal identifizierte Rolle festlegt. Oder anders ausgedrückt: Wir wählen in diesem Buch ganz dezidiert den Weg »bottom up« und plädieren dafür, durchaus Fallkonzeptionen vorzunehmen, um die Probleme einzuordnen – dies sollte jedoch immer äußerst vorsichtig erfolgen. Als sehr problematisch sehen wir allerdings eine Reihe von personalisierenden Begriffen und Denkmustern, für die ein eigenes klinisches »Wörterbuch des Teufels« zu verfassen wäre: In diesem Sprachgebrauch findet man »Borderliner«, »Narzissen«, »Dependente« und noch mehr, die »spalten«, »agieren«, »aussaugen« und noch viele andere Dinge tun.

Beziehen Sie den Kontext in Ihre Betrachtung ein.

Ein altes Sprichwort besagt »Ein Unglück kommt selten allein«, und fast wären wir versucht, etwas Ähnliches auch für schwierige Situationen zu postulieren. Dieses Phänomen kann natürlich ansatzweise mit Klientenunterschieden erklärt und damit »personalisiert« werden – wir möchten Sie jedoch einladen, darüber hinaus auch den Kontext der jeweiligen Behandlung und dessen Auswirkungen auf das Behandlungsgeschehen zu betrachten. Eine Vielzahl von Faktoren beeinflusst die jeweilige Behandlung – beispielsweise das Setting, die Finanzierung sowie potenzielle Rollenkonflikte, die sich für Sie als Behandler ergeben. In vielen Arbeitsfeldern finden sich auch erhebliche Schnittstellenprobleme, d. h. es ist nicht klar, wie ein Patient von einer Behandlung A in eine möglicherweise geeignetere Behandlung B vermittelt werden kann. Sollten Sie somit eine Häufung schwieriger Situationen bemerken, lohnt es sich in der Regel, den Blick zu erweitern – eine klassische Metapher beschreibt dies so: Natürlich können Sie immer perfekter lernen, wie Sie Menschen aus dem Wasser ziehen – in der Regel lohnt es sich jedoch auch herauszufinden, wie es kommt, dass die Menschen ins Wasser gefallen sind.

Kollegialer Austausch: Supervision und Intervision!

Bleiben Sie nicht alleine mit Ihren schwierigen Situationen, sondern besprechen Sie diese mit Kolleginnen und Kollegen. Das hat mehrere günstige Effekte: Zum einen werden Sie erleben, dass auch andere Behandler solche schwierigen Situationen ken-

nen und um ein Patentrezept verlegen sind, was sich positiv auf etwaige dysfunktionale Gedanken im Sinne von »Ich bin ein schlechter Berater, wenn ich damit Schwierigkeiten habe« auswirkt. Zum anderen bietet die Diskussion schwieriger Situationen zusammen mit Kollegen natürlich die Möglichkeit, ein Problem aus verschiedensten Blickwinkeln zu betrachten und somit auch auf Lösungsideen zu kommen, die einer alleine nicht so gut zu finden vermag.

Unserer Erfahrung nach haben sowohl Anfänger als auch erfahrene Beraterinnen und Therapeuten ihre speziellen Hemmungen, über schwierige Situationen in ihrer Arbeit zu sprechen: Die Unerfahrenen betrachten ihr Problem mit einer schwierigen Situation als Beleg für ihre Insuffizienz und schämen sich vor ihren Kollegen, während die Erfahrenen befürchten, durch das Zugeben einer schwierigen Situation ihren Status einzubüßen. Beide Motive sind unseres Erachtens fehlgeleitet, aber natürlich handelt es sich um einen brisanten Zusammenhang. Deshalb empfehlen wir jedem Behandler, sich einen Kreis von Gleichgesinnten aufzubauen, zu denen ein gutes Vertrauensverhältnis besteht, und in diesem dann über den Schatten der Scham bzw. des Stolzes zu springen.

Achten Sie auf Ihre eigene Balance.

Es ist leicht nachvollziehbar, dass schwierige Situationen dann noch schwieriger sind, wenn Sie als Beraterin oder Berater nicht »im Lot« sind. Um das eingangs genannte Bild vom Tischler noch einmal aufzugreifen: In unseren Beratungen und Therapien sind wir in der Regel Werkbank, Säge und Maßband in Personalunion; und besondere Verantwortung liegt darin, dass jeder unserer Klienten ein »Unikat« ist, für das wir keine Probeversion machen können. Wir möchten hier nicht für einen therapeutischen Allstar plädieren, der stets vollständig ausgeglichen, mit sich selbst im Reinen und gut gelaunt ist (auch Berater und Therapeuten haben wie alle anderen Menschen ihre Höhen und Tiefen), aber sehr wohl für einen guten Umgang mit sich selbst. Diese »Selbstfürsorge« ist nicht nur eine Voraussetzung für den Erhalt unserer Arbeitsfähigkeit als Berater und Therapeutinnen, sondern auch die Basis für ein glückliches (Berufs-)Leben. Eine gut lesbare und sehr praxisnahe Ausarbeitung dazu findet sich bei Hoffmann und Hofmann (2012), auch Potreck-Rose und Jacob (2016) sowie Zarbock et al. (2019) liefern hilfreiche Anregungen.

Jede Behandlung unterliegt dem Spannungsfeld von Akzeptanz und Veränderung.

Behandler sind in der Regel veränderungsorientiert und messen den Erfolg ihres Handelns an den Veränderungen, die sich im Leben ihrer Klienten ergeben haben. So wichtig diese Veränderungen sind, können sie doch auch den Blick darauf verstellen, dass in vielerlei Hinsicht zunächst Akzeptanz vonnöten ist. Linehan (1994, S. 73) bezeichnet Veränderung und Akzeptanz als die »zentrale Dialektik der Psychotherapie« der Psychotherapie« und bringt darin zum Ausdruck, dass nur bei hinreichender Realisierung beider Elemente eine erfolgreiche Behandlung möglich ist: Ein Übermaß an Veränderungsinitiative wird in der Regel dazu führen, dass Klienten sich in ihrem Leiden nicht ernst genommen fühlen (»Der will gleich, dass ich xy mache; offensicht-

lich versteht er gar nicht, wie schlecht es mir geht«). Auf der anderen Seite kann auch eine zu starke Betonung der Akzeptanz zu Problemen führen (»Jetzt sagt er schon die siebte Sitzung in Folge, wie gut er versteht, dass es mir bei dieser Lebensgeschichte mies geht, aber was bringt mir das?«). Die Balance dieser beiden zentralen Prinzipien wird also einen wichtigen Anteil an der Bewältigung schwieriger Situationen haben.

2. Theoretische Hintergründe

Dieses Buch ist ein Buch aus der Praxis und für die Praxis, sodass eine Erörterung theoretischer Positionen möglicherweise verzichtbar erscheint. Dies ist aus unserer Sicht jedoch in keiner Weise so: Wir schließen uns in vollem Umfang Kurt Lewins mittlerweile geflügeltem Wort an, wonach »nichts so praktisch ist wie eine gute Theorie« – der häufig konstruierte Gegensatz von Theorie und Praxis scheint uns demnach auf einem grundlegenden Missverständnis zu beruhen. Gleichzeitig ist es an dieser Stelle nicht möglich und deshalb auch nicht unser Anspruch, sämtliche Theorien und Theoretiker, die uns für die im Rahmen dieses Buches behandelten Dinge wichtige Anregungen gegeben haben, entsprechend zu würdigen oder auch nur erschöpfend zu nennen. An dieser Stelle wollen wir deshalb in erster Linie festhalten, dass wir uns sprichwörtlich »auf den Schultern von Riesen« fühlen, was unser Verständnis dieser schwierigen Situationen angeht.

Im Bereich Psychotherapie und Beratung ist es auf den ersten Blick nicht leicht, sich Rechenschaft über die Beschaffenheit dieser »Riesen« zu verschaffen – zu unterschiedlich sind häufig die theoretischen Vorstellungen und zu stark waren historisch die Anfeindungen und Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen therapeutischen Schulen. Wir sind der Meinung, dass ein reiner Methoden-Purismus, der auf den Erhalt und die »Reinhaltung« einer wie auch immer gearteten Lehre besteht, hoch problematisch ist und in vielen – gerade schwierigen – Situationen zu einer gewissen »Betriebsblindheit« führen kann. Ein eklektischer Ansatz, der die »passenden« Elemente in jeweils angemessenen Situationen verwendet, erscheint auf den ersten Blick vielversprechender – allerdings birgt auch dieser Ansatz seine Probleme: Nämlich immer dann, wenn Elemente eines weniger vertrauten Ansatzes in die eigene Arbeit integriert werden sollen (und nicht immer die entsprechende Kompetenz dafür vorhanden ist). Integrative Ansätze schließlich, wie sie beispielweise von Prochaska et al. (1992) sowie Grawe und Caspar (2011) vorgeschlagen wurden, bieten aus unserer Sicht die besten Perspektiven – auch wenn eine der Gefahren solcher Integrationen ist, dass die charakteristischen Merkmale der einzelnen Ansätze verlorengehen. Nach unserer Einschätzung liegt die Zukunft der Psychotherapie aber zweifelsohne in der Integration. Bereits 1991 wurde hierzu passend das »Journal of Psychotherapy Integration« gegründet, in dem zentrale Publikationen zur Überwindung der Grenzen zwischen den Paradigmen veröffentlicht werden. Als eine hilfreiche Grundlage können hierbei empirische Forschungsergebnisse fungieren, was jedoch methodologisch anspruchsvoll und somit nicht ohne Probleme ist (Meier, 2018).

Zweifellos verdanken wir den wichtigen »Klassikern der Psychotherapie« mittelbar oder unmittelbar die meisten der in diesem Buch genannten Anregungen. Gerade an dieser Stelle kann es nicht unser Ziel sein, auch nur die wichtigsten Autoren und Autorinnen zu nennen. Für eine systematische Übersicht verweisen wir auf Kriz (2014). Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, wollen wir wesentliche Quellen nennen. Der personzentrierten Therapie und insbesondere *Carl Rogers* sind wir verpflichtet, weil aus unserer Sicht in seiner Konzeption einer durch Empathie, Wertschätzung und Kongruenz geprägten beraterischen und therapeutischen Beziehung unabdingbare Qualitäten für eine erfolgreiche Behandlung benannt sind. Um es sehr salopp auszudrücken: Der kunstvolle Einsatz dieser Elemente stellt eine der wichtigsten Möglichkeiten dar, schwierige Situationen in Therapie und Beratung so weit wie möglich zu verhindern und so konstruktiv wie möglich zu bewältigen. *Fred Kanfer* sei als Repräsentant einer für uns kaum überschaubaren Anzahl an Kolleginnen und Kollegen aus der kognitiv-behavioralen Tradition genannt. Neben seinen bis heute unschätzbaren Arbeiten zur Analyse problematischer Verhaltensweisen sind wir ihm und vielen Kollegen vor allem dadurch verpflichtet, dass sie Beratung und Therapie als empirisch zu begründende und zu untersuchende Gegenstände begriffen haben – ein Unterfangen, das in Jahrzehnten empirischer Psychotherapie- und Beratungsforschung mittlerweile zu einem beachtlichen Korpus an Erfahrungswissen geführt hat. Der tiefenpsychologischen Tradition in der Folge der Arbeiten *Sigmund Freuds* schulden wir Anerkennung für ihre grundlegenden Analysen zu Phänomenen der Übertragung und Gegenübertragung, die wir auch im Rahmen der hier genannten Situationen für äußerst bedeutsam halten. Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich systemischer Forschung, für die hier stellvertretend *Helm Stierlin* genannt werden soll, sind wir für die sorgfältige Analyse menschlicher Kommunikation in ihrer Bedeutung für die Probleme, die uns in Therapie und Beratung ständig beschäftigen, dankbar. Aus der existenziellen Perspektive möchten wir *Viktor Frankl* und *Irvin Yalom* nennen: Beide haben uns geholfen, das in Beratung und Therapie allgegenwärtige Leid in einer diesem Gegenstand angemessenen Perspektive zu sehen: der Existenz des Menschen mit all ihren grandiosen Möglichkeiten und all ihren harten Prüfungen. *William Miller* sind wir dankbar für seine Vorschläge zur Förderung der Motivation, die uns nicht nur im Suchtbereich, wo diese am häufigsten eingesetzt werden, sondern auch in praktisch allen anderen Beratungs- und Therapiesituationen sinnvoll erscheinen. *Jon Kabat-Zinn* möchten wir als Vertreter für Kolleginnen und Kollegen nennen, die das Wagnis eingegangen sind, Elemente aus meditativen Traditionen in den Bereich »westlicher« Beratung und Therapie einzuführen.

An einzelnen Stellen dieses Buches haben wir uns explizit auf einzelne oder mehrere der hier genannten Kollegen bezogen, während deren Einfluss an anderen Stellen eher »unterschwellig« sein dürfte.

1 Abbruch der Behandlung durch die Klientin

Morgens empfängt Sie auf dem Anrufbeantworter in Ihrer Praxis die folgende Nachricht: »Ja, hallo, hier ist Monika M. Ich wollte Ihnen sagen, dass ich die Behandlung bei Ihnen nicht fortsetzen will. Irgendwie bringt das alles nichts, hab' ich das Gefühl, und mir geht es im Moment gerade echt nicht so toll. Lassen wir es einfach, das ist das Beste.« Jetzt sitzen Sie da und fragen sich, was Sie tun sollen.

Im Abschnitt über das (reguläre) Ende einer Behandlung (vgl. Kap. 2) ist der erwünschte Fall beschrieben, dass eine Beratung oder Therapie nach einem kürzeren oder längeren Prozess in möglichst beiderseitigem Einvernehmen beendet werden kann. Dort wird auch dargestellt, dass das Behandlungsende häufig genug prozesshaften Charakter hat und in diesem Prozess abschließend wichtige Dinge bearbeitet und zu Ende gebracht werden können.

Manchmal wählen Klientinnen jedoch einen anderen Weg und brechen die Behandlung mehr oder weniger plötzlich und aus den verschiedensten Gründen ab – wobei wir über diese Gründe häufig nichts erfahren. Wir möchten betonen, dass Klientinnen selbstverständlich ohne eine Nennung von Gründen das Recht haben, die Behandlung abzubrechen. Dies ist von der Behandlerin grundsätzlich zu akzeptieren. Da die Gründe für einen Behandlungsabbruch jedoch auch sehr problematisch sein können, sollten wir uns stets darum bemühen, diese zu untersuchen und somit auch eine Chance anstreben, einen Abbruch doch zumindest in ein geklärtes Beenden verwandeln zu können.

Ein erstes Element, das bereits sehr früh in diese Richtung zeigt, ist ein Passus im Behandlungsvertrag, der ausdrückt, dass die Behandlung von beiden Seiten mit einer Frist von 2 Wochen einseitig gekündigt werden kann (s. Anhang A1). Durch diese Zweiwochenfrist ist zumindest in Bezug auf die vereinbarten Regeln festgelegt, dass nach dem Aussprechen des Beendigungswunsches noch zwei Wochen verbleiben, in denen die Dinge geklärt werden können. Doch uns Behandlerinnen muss natürlich klar sein, dass ein solcher Passus eine Klientin im Fall des Falles nicht daran hindern wird, die Behandlung schlicht fristlos zu beenden. Zumindes gibt ein solcher Passus aber unter Umständen eine Möglichkeit der Bezugnahme, was wir in den folgenden Beispielen aufzeigen werden.

Abbruch mit Kontakt

Unseren wesentlichen Wunsch nach Klärung werden wir natürlich dann am besten verfolgen können, wenn uns die Klientin ihren Entschluss persönlich mitteilt, wir somit die Möglichkeit der direkten Reaktion haben. Es bietet sich dann beispielsweise folgender Satz an: »Ich respektiere Ihren Wunsch, die Behandlung abzubrechen. (Falls aus

therapeutischer Sicht angemessen, kann hier ergänzt werden: »Meiner Einschätzung nach ist es allerdings ein schwieriger Zeitpunkt.«) Ich würde gern besser verstehen, was Sie zu diesem Abbruch bringt. Würden Sie es mir vielleicht noch besser erklären?« Klientinnen, die uns ihren Entschluss zum Abbruch der Behandlung mitteilen, werden in der Regel auf diese Frage bereitwillig antworten. Häufig geben sie die Erklärung bereits von sich aus. Das weitere Vorgehen hängt dann natürlich entscheidend von dem konkreten Grund des Abbruchs ab, weshalb wir hierauf nicht mehr ausführlich eingehen werden. Grundsätzlich ist der Maxime zu folgen, die jeweiligen Gründe – soweit möglich – ausführlich zu klären und aus professioneller Sicht zu bewerten und zu reagieren. Wird als Grund beispielsweise mangelnder Behandlungserfolg benannt, so sollte dies offen aufgenommen und untersucht werden. Wie genau sieht die Bilanz der Klientin aus? In welchen Bereichen hat sie sich eine stärkere Verbesserung erhofft? Warum ist diese Verbesserung nicht eingetreten? Sind dafür Faktoren verantwortlich, die durch eine Revision des Behandlungsplanes beeinflusst werden könnten? Gefragt ist hier somit eine selbstkritische Haltung der Behandlerin, und nicht eine enttäuschte und vorwurfsvolle. Es sollte auch klar sein, dass die Klientin nicht dazu gezwungen werden sollte oder darf, die Gründe für einen eventuellen Therapieabbruch darzulegen. Im Idealfall lässt sich durch eine solche Vorgehensweise möglicherweise eine Fortsetzung der Behandlung erreichen. Sollte dies jedoch trotz allem nicht möglich sein, so ist der Wunsch der Klientin zu respektieren, und ihr kann nur noch angeboten werden, gemeinsam zu prüfen, wie es nun am besten weitergehen kann.

So ist auch zu reagieren, wenn die Abbruchgründe nicht in einer Unzufriedenheit bestehen, sondern in unveränderlichen (oder von der Klientin für unveränderlich gehaltenen) Faktoren. So hat beispielsweise eine unserer Klientinnen die Behandlung ihrerseits abgebrochen, weil sie sich in den Therapeuten zu verlieben begonnen und bemerkt habe, dass sich dies nicht gut auf ihre Partnerbeziehung auswirke. Ein Angebot zur Klärung der dieser Verliebtheit zugrundeliegenden Motive mit dem Ziel ihrer Auflösung hat die Patientin nicht akzeptiert, weshalb in diesem Fall ihrem Abbruchwunsch ohne Weiteres zu folgen war.

In jedem Falle empfehlen wir, von einer gekränkten Reaktion Abstand zu nehmen. Wenn möglich sollte der Klientin ein »Weg zurück« angeboten werden: »Ich verstehe Ihren Wunsch nach Abbruch der Behandlung jetzt besser und respektiere diesen. Sollten Sie in der nächsten Zeit Ihre Meinung ändern und die Behandlung doch fortsetzen wollen, so steht Ihnen meine Tür offen. Rufen Sie mich dann ruhig an, und wir schauen, ob es irgendwie weitergehen kann.«

Abbruch ohne Kontakt

Häufig wird es auch so sein, dass eine Klientin zu einem vereinbarten Termin einfach nicht erscheint und die Behandlung bei Ihnen auf diese Art und Weise abbricht. Damit wäre der Fall gegeben, den wir im Kapitel über kurzfristige Terminabsagen oder Nicht-Erscheinen des Klienten ausführlich beschreiben (s. Kap. 10, Abschnitt »Absagen und Nicht-Erscheinen beim niedergelassenen Therapeuten – Termin wird nicht abgesagt«). Prinzipiell läuft es, wie dort beschrieben, darauf hinaus, angemessene Ver-

suche des Erreichens der Klientin zu unternehmen, diese dann aber auch beizeiten zu beenden. Die genaue Vorgehensweise findet sich im angegebenen Kapitel.

Abbruch in einer Krisensituation

Mitunter kommt es vor, dass Klientinnen die Behandlung zum aus Behandlerinnen-sicht ungünstigst möglichen Zeitpunkt beenden, beispielsweise dann, wenn sie suizidal gefährdet sind. Der Abbruchwunsch entspringt in diesem Falle häufig einer generellen Hoffnungslosigkeit. In diesen Fällen dürfen wir den Abbruch natürlich nicht so ohne Weiteres akzeptieren, wie dies in den bislang geschilderten Fällen möglich war. Wenn akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung gegeben sind, müssen wir unsere akzeptierende und respektierende Grundhaltung aufgeben und der Klientin unmissverständlich deutlich machen, dass wir dem Behandlungsabbruch aus fachlicher Sicht nicht zustimmen können. Der Grund ist dabei klar zu benennen: »Unter normalen Umständen würde ich Ihren Wunsch nach Abbruch der Behandlung natürlich akzeptieren. Aber im Moment ist mir das so nicht möglich, weil ich mir sehr starke Sorgen darum mache, dass Sie sich etwas antun könnten. Wir haben in den letzten Stunden viel an Ihren Suizidgedanken gearbeitet, aber diese sind nach wie vor sehr präsent.« Die weitere Situation ist dann so zu gestalten, wie wir dies im Kapitel über suizidale Klientinnen und Klienten beschreiben (Kap. 23).

Auswirkungen von Behandlungsabbrüchen auf die Behandlerin

Viele Beraterinnen und Therapeutinnen verbinden mit einem Abbruch der Behandlung eine Kritik an der eigenen Person bzw. dem jeweiligen Vorgehen. In manchen Fällen mag dies auch gerechtfertigt sein. Behandlerinnen sind auch »nur Menschen«, und als solche machen sie Fehler, und diese Fehler können sich unter anderem auch so auswirken, dass Klientinnen den Kontakt abbrechen. Wir möchten betonen, dass das prinzipielle Problem nicht im Begehen eines therapeutischen Fehlers besteht – von sehr schwerwiegenden Fehlern einmal abgesehen. Wirklich ungünstig wird es erst, wenn im Anschluss kein professioneller Umgang mit einem solchen Fehler möglich ist – entweder dadurch, dass sich die Klientinnen wirksam dem Einfluss der Behandlerin entziehen (und somit eine weitere Bearbeitung nicht zulassen), oder dadurch, dass sich die Behandlerinnen selbst aufgrund ihrer Kränkung auf eine Verteidigungsstrategie konzentrieren, statt einen professionellen Umgang mit dem eigenen Fehlverhalten zu versuchen. Wir Behandlerinnen sollten auch und gerade im Umgang mit eigenen Fehlern und Schwächen als Vorbilder und gute Modelle auftreten, um unseren Klientinnen zu verdeutlichen, dass durch einen Fehler die Welt nicht untergeht und auch ein Kontaktabbruch nicht nötig ist. Wenn das gelingt, dann kann ein Behandlungsfehler im Endeffekt sogar sehr gute Folgen haben, da er auf der Beziehungsebene wichtige Lernprozesse ermöglicht (»Wir sind alle nur Menschen, und Menschen machen Fehler, die man wiedergutmachen kann, und anschließend kann alles wieder weitergehen.«). Zu diesem Denkprinzip finden sich gerade in der klinischen Psychologie viele Analogien: Bei einer Angstpatientin ist nach der Therapie nicht das neuerliche Aufkommen von Angst das Hauptproblem, sondern ein möglicher vermeidender Umgang damit;

bei einer Suchtpatientin ist nach längerer Abstinenz nicht ein erstes Wiedertrinken (»Vorfall«) die Katastrophe, sondern diese wird erst durch die häufige »Jetzt ist alles egal«-Haltung samt ungebremstem Trinken (»Rückfall«) eingeleitet. Gerade solchen Klientinnen können wir somit durch einen professionellen Umgang mit eigenen Fehlern verdeutlichen, dass mit einem Fehler alleine noch längst nicht alles entschieden ist. Insofern sollten Behandlerinnen sich nicht krampfhaft und übermäßig um die Vermeidung von Fehlern bemühen – denn diese können trotzdem passieren –, sondern sich vor allem einen kompetenten Stil im Umgang mit eigenen Fehlern angewöhnen. Und dieser besteht im Ansprechen, Klären, Zugeben, ggf. Entschuldigen (ohne übertriebene Selbstkasteiung) und Korrigieren.

In vielen Fällen wird dieser gesamte Prozess jedoch nicht möglich sein, weil die Klientinnen sich ohne weitere Klärungsmöglichkeit der Behandlung entziehen, also einen kontaktfreien Abbruch inszenieren. Nach unserer Erfahrung machen sich viele Behandlerinnen in solchen Fällen deutliche Vorwürfe, obwohl sie überhaupt nicht wissen, ob der Abbruch auf irgendein Verhalten der Behandlerin zurückgeht. Gerade Anfängerinnen, aber häufig auch fortgeschrittene Beraterinnen und Therapeutinnen haben quasi eine »eingebaute Bereitschaft«, Behandlungsabbrüche als Signal eigenen Versagens zu interpretieren. Das halten wir für sehr schädlich, zumal diese Haltung meist damit einher geht, positive Erfahrungen deutlich schwächer zu gewichten. So kann es resultieren, dass neun gute Feedbacks von Klientinnen (durch gute Behandlungsergebnisse oder deutliches Aussprechen von Zufriedenheit usw.) als »selbstverständlich« wahrgenommen werden und kaum weiteren Einfluss haben, während dann ein negatives Feedback (z. B. durch Behandlungsabbruch, in welchem Falle es auch nur ein so gedeutetes und nicht objektiv negatives Feedback wäre) eine therapeutische Selbstwertkrise einleiten oder begünstigen kann.

Diese Ausführungen machen deutlich, wieso der Versuch der Klärung eines Abbruchs auch aus der Sicht des Behandlers notwendig ist: Sie sollten sich darum bemühen, die konkreten Gründe eines Abbruchs zu erfahren, um zu wissen, ob diese Gründe überhaupt mit Ihnen zu tun haben. In Fällen, in denen das so ist, sollte dann ein persönlicher Umgang mit dem gefundenen Fehler erfolgen, wie wir ihn oben schon beschrieben haben. Wenn Sie von der Klientin keine Angaben mehr erhalten können, weil diese auf Ihre Kontaktangebote einfach nicht mehr reagiert, so ist ein angemessen selbstkritischer Auseinandersetzungsprozess mit der Behandlung nötig. Das wesentliche Wort in diesem Satz ist dabei das Wort »angemessen«! Selbstkritischsein bedeutet nicht, in unklarer Lage einseitig von einem eigenen Fehler auszugehen. Am besten sprechen Sie die konkreten Ereignisse mit einer Kollegin oder Supervisorin Ihres Vertrauens durch, um durch diese externe Unterstützung einen klareren Blick auf den Sachverhalt bekommen zu können. Sollten Sie dabei keine klaren Hinweise auf eigenes Fehlverhalten finden können, so ist das auch zu akzeptieren. Erinnern Sie sich an die 50 %-Regel, die wir in der Einleitung beschrieben haben: Sie kontrollieren nur die Hälfte des Geschehens, die Klientin kontrolliert mindestens die andere Hälfte. Sie können alles noch so richtig machen, und trotzdem kann es zu einem negativen Behandlungsverlauf oder einem Abbruch kommen.

Dos und Don'ts

Dos

- ▶ Gründe für den Abbruchwunsch klären, wenn das möglich ist
- ▶ Grundsätzliches Respektieren des Abbruchwunsches
- ▶ Angemessen selbstkritische Reflexion des eigenen Verhaltens im Verlauf der Behandlung
- ▶ Angemessene Versuche der Kontaktaufnahme mit der Klientin, falls der Abbruch nicht persönlich erfolgt (ein bis zwei Anrufversuche, ein abschließender Brief)

Don'ts

- ▶ Gekränkt und beleidigt reagieren
- ▶ Jeden Abbruch grundsätzlich auf sich selbst beziehen und in Selbstvorwürfen versinken
- ▶ Den Abbruch nicht akzeptieren und die Klientin fortgesetzt zu kontaktieren versuchen