

**Über: Schwarz, B. & Flowers, J.V.: How to fail as a Therapist. 50 Ways to Lose or Damage Your Patient. 2006**

## **Einführung**

Es fällt nicht schwer die paradoxe Absicht dieses Buches beginnend mit seinem Titel zu durchschauen: Die Liste der wichtigsten Fehler ist natürlich eine Anleitung dazu, wie man die 50 wichtigsten Dinge in der Psychotherapie richtig macht. Genauso wie Paul Watzlawicks „Anleitung zum Unglücklich sein“ tatsächlich ja eine Anleitung zum Glücklich sein ist. Es ist m.E. überlegenswert, was pädagogisch didaktisch günstiger ist: Ob Lernen durch Fehler oder Lernen durch Vorbild? Jedenfalls ließe sich das Buch von Schwarz & Flowers auch leicht und durchsichtig so lesen, dass hiermit eine Liste der 50 wichtigsten Vorschriften, wie man sich als Psychotherapeut richtig verhält, vorgelegt wird.

Ob diese Liste unbedingt 50 Fehler aufweisen muss, ist natürlich fraglich. Verständlich werden Titel und Liste erst im übertragenen Sinn, nämlich in der Anspielung auf den Jahrhundert-Hit der 70iger Jahre von Paul Simon „50 Ways to leave Your Lover“. Diese Anspielung und die Zahl 50 wirken pädagogisch-didaktisch besser als z.B. 43. Der Nachteil des Drucks, nunmehr auf genau 50 Fehler zu kommen, entsteht dann möglicherweise dadurch, dass die Autoren, um auf 50 zu kommen, einzelne Fehler mehrfach aufgeführt haben. Der gleiche Fehler, nur unter anderem Namen oder aus gegensätzlicher Sicht. Oder dass wichtige Fehler redaktionell wieder entfernt wurden, um nicht die Zahl 50 zu übersteigen. Mir scheint ersteres gegeben: Es gibt etliche Wiederholungen und Überschneidungen und ein deutliches Gefälle in der Wichtigkeit der aufgelisteten Fehler. Einige Fehler sind ungleich unwichtiger als die anderen. Oder umgekehrt: Einige Fehler sind ungleich wichtiger als die anderen. Das verwirrt unnötig.

In der journalistischen Darstellung dieses Buches taucht das Problem auf, dass die politische Korrektheit Formulierungen verlangt, bei denen stets auch auf das andere Geschlecht hingewiesen wird. Ausschließlich aus Gründen der Vereinfachung nicht aus fehlendem Respekt begnüge ich mich hier konsequent mit der männlichen Form.

Mit diesem Sprachproblem mussten sich die beiden US-Amerikaner Schwarz & Flowers Beneidens werter Weise im Englischen nicht herumschlagen.

Möge bitte niemand glauben, dass er sich 5 Jahre universitäres Studium der Psychologie und weitere 3-5 Jahre postgraduierte Ausbildung zum Psychotherapeuten durch die Lektüre dieser 50 Fehler sparen kann. Mitnichten. Wahrscheinlich ist die Lektüre dieser 50 Fehler erst nach einer solchen ca. 8 jährigen Ausbildung wirklich verständlich und nützlich.

**Nach: Schwartz,B. & Flowers, J.V. : How to Fail as a Therapist. 50 Ways to Lose or Damage Your Patients. Impact Publishers. The Practical Therapist Series, Calif., 2006.**

## **50 Fehler**

### **Vorwort**

Bevor ich Flowers & Schwartz zu Wort kommen lasse in meinem deutschen Exzerpt ihres Buches, ist es mir ein dringendes Bedürfnis, darauf hinzuweisen, dass ich selber die Liste der so und soviel Fehler, die ein Psychotherapeut in der Therapie begehen kann, auf jeden Fall der Reihenfolge folgen lassen würde, die mit den aller schlimmsten und dann schlimmsten und dann weniger schlimmen Fehlern anfangen und enden würde. Bei Flowers & Schwartz wird der chronologischen Reihenfolge von Anfang bis Ende einer Therapie gefolgt. Deshalb möchte ich nicht versäumen, an vorderster Stelle kurz und bündig zu erklären, dass meines Erachtens der schlimmste Fehler damit begangen wird, dass die Abhängigkeit des Patienten missbraucht wird zu eigenen privaten Interessen. Der schlimmste Fehler überhaupt ist dabei der des sexuellen Missbrauchs. Körperlich de facto wie auch nur virtuell geistig auf der Phantasieebene.

### **Fehler Nr. K : Kardinalfehler:**

#### **Sexueller Missbrauch des Patienten durch den Psychotherapeuten:**

Da wir uns zur Zeit in einer Entwicklung befinden, in welcher der Beruf des Psychotherapeuten zu einem typischen und fast exklusiven Frauenberuf wird, sinkt die Gefahr des sexuellen Missbrauchs des Patienten durch den Therapeuten meines Erachtens ganz erheblich. All dies wird hier absichtlich nicht weiter ausgeführt. Es würde den Rahmen sprengen.

Außerdem habe ich von einem Psychotherapeuten gehört, der, als er sich einen neuen Wagen kaufte, seine alten Winterreifen an seinen Patienten verkaufte, der den gleichen Typ Auto fuhr, wie der Therapeut bisher. Natürlich zu einem guten Preis. Nicht gut: Ein Fehler! Aber vielleicht war diese Psychotherapie ja trotzdem noch ein Erfolg.

## **Kapitel I**

### **Wie man versagt, noch ehe man richtig angefangen hat:**

#### **Fehler Nr.1**

**Hochmut statt Demut: Mangelnde Einsicht in die eigenen Schwächen, Fehler und Grenzen: Der Irrglaube, dass man einem Patienten stets überlegen ist, dass man alles richtig macht, alles besser weiß und alles besser kann als der Patient. Der Therapiefehler Nr.1 ist ein Charakterfehler: Die Eitelkeit. Daraus resultierend: Das Versagen, von anderen und aus eigenen Fehlern lernen zu können.**

Aus einer Literaturstudie über die Arbeit und Erfolge von „Meister-Therapeuten“ (Jennings, Sovereign & Bottorf, 2005) entspringt die Erkenntnis, dass diese alle eine gemeinsame Charakteristik am meisten aufweisen, die Demut („humility“). Darin kommt man auch zu der Schlussfolgerung: „Schlechte Therapeuten wissen nicht, was sie nicht wissen!“ Oder umgekehrt: Gute Therapeuten wissen, was sie nicht wissen!

Gewissermaßen wie zum Trost wird uns gerne aus dem Lehrbuch versichert, dass man sich auch Fehler erlauben können muss; dass Fehler zu machen, eine der effektivsten Methoden ist, zu lernen: „One of the major ways of learning is through mistakes. They provide clues for further growth“ (Arnold A. Lazarus, 1977). Meine persönliche Meinung dazu ist erstens, dass wir schließlich bei der Ausübung unseres Berufs nicht ständig Fehler machen dürfen oder gar sollen, um daraus effektiv zu lernen, sondern dass wir durchaus besser dastehen, wenn wir etwas richtig machen. Und zweitens meine ich, dass die wirklich überlegene Art des Lernens darin besteht, nicht aus den eigenen sondern aus den Fehlern anderer zu lernen (Stellvertretendes Lernen). Ein gutes Argument, sich gegen diesen Fehler zu schützen, besteht also in der kontinuierlichen Partizipation an einer Gruppensupervision, in der man sich sowohl von dem Wahn, ausgelernt zu haben und von der Eitelkeit, nie Fehler zu machen, lösen als auch aus den Fehlern anderer kostenlos und schadlos lernen kann.

Es täte zweifellos jedem Therapeuten gut, sich nach dem ersten „Guten Tag!“ und „Was kann ich für Sie machen, was ist Ihr Problem, wie kann ich Ihnen helfen?“ auf die Frage des Patienten vorzubereiten: „Wie gut ausgebildet sind Sie und über welche Berufserfahrung verfügen Sie?“ „Können Sie mein Problem überhaupt verstehen?“ Demut statt Hochmut!

Hier jedenfalls ist ein Fehler, der mir erst vor Kurzem passierte. Immerhin blicke ich ja auf die gewaltige Berufserfahrung von 38 Jahren mit knapp über 1000 Patienten und etwas über 30.000 Therapiestunden zurück: Da sucht mich ein 42-jähriger Mann auf, der lange Jahre allein und ohne Partnerin gelebt hatte, nunmehr vor ein paar Monaten eine Frau kennen gelernt hatte, und in der sozialen und sexuellen Kompetenz derart unbeholfen war, dass er fürchtete, diese Frau schon bald wieder zu verlieren. Dieser Patient wirkte merkwürdig, sprach nur mit ganz leiser Stimme, äußerte seltsame, pessimistische Ansichten über das Leben und seine Mitmenschen, und machte einen insgesamt subtil depressiven Eindruck. Er überfiel mich derart intensiv mit dem Wunsch, ich möge ihm bei seiner sexuellen Potenzschwäche helfen, dass ich acht Stunden lang vollauf mit seinen Erektionsstörungen und Verlustängsten zu tun hatte, dass mir ein wichtiger Fehler unterlief: Ich geriet unter Leistungsdruck, ich wollte seine sexuelle Dysfunktion beseitigen und seine neue Beziehung retten. Ich hatte vergessen, ihn nach seinen psychotherapeutischen Vorerfahrungen zu fragen und stellte dann mit einigem Erstaunen fest, dass er innerhalb der letzten 10 Jahre ganze vier Mal psychotherapeutische Hilfe gesucht hatte. Das erste Mal mit Mitte 20, als er offensichtlich an eine Gestalttherapeutin mit verhaltenstherapeutischer Kassenzulassung geriet. Er sollte bereits in der 3. und 4. Therapiestunde mit einer Art „Therapieknüppel“ auf Kissen eindreschen. Über Sinn und Unsinn dieser Maßnahme gerieten Patient und Therapeutin in einen Streit und der Patient wurde wegen zu anmaßender Forderungen raus komplementiert. Das zweite Mal ein paar Jahre später geriet er an einen männlichen Therapeuten, offensichtlich einen Psychoanalytiker. Er versäumte den ersten Termin („Das war ja grade mein großes Problem, dass ich vergesslich war, dass ich nichts ordentlich auf die Reihe bekam!“) und wurde beim zweiten Termin vom Therapeuten unter schwersten Vorwürfen regelrecht angeschrien, so dass auch hier keine weitere Therapie möglich war. Beim nächsten und dritten Anlauf geriet der Patient in eine „esotherische Atemtherapie“, wo von Anfang an nichts beredet, sondern vorwiegend bei „indischen Klängen“ geatmet wurde. Auch dieser Versuch endete bald wegen unvereinbarer Vorstellungen. Nunmehr inzwischen Mitte dreißig Jahre alt geriet der Patient an die Ambulanz eines Ausbildungsinstituts. Mit der ersten Zuweisung einer Therapeutin durch die Ambulanzleiterin ging es schief. Diese Therapeutin und Ausbildungskandidatin fühlte sich von Anfang an überfordert und gab den Patienten wieder zurück. Mit der nächsten Therapeutin, ebenfalls eine Ausbildungskandidatin, wurden immerhin 25 Sitzungen durchge-

führt („Eine Gesprächstherapie ohne jede Rückmeldung, Antwort oder Zwiegespräch!“), eine Verlängerung der Therapie, eine Umwandlung, wurde von ihr allerdings abgelehnt. Als der Patient einige Monate später einen erneuten Versuch in der Ambulanz dieses Instituts startete, entdeckte die Ambulanzleiterin nach ausführlicher Anamnese seine Vorgeschichte am Institut und schmiss ihn regelrecht mit der „gehässigen“ Bemerkung, er sei „untherapierbar“, wieder raus.

Diese Patientengeschichte verrät in einfachster Weise, wie hier gleich mehrere Fehler begangen wurden, die von John Flowers und Bernard Schwarz an vorderster Stelle aufgeführt werden: 1. Fehler: Hochmut statt Demut (Was könnte uns Psychotherapeuten je das Recht geben, unsere Patienten anzuschreien oder als „nicht therapierbar“ abzuqualifizieren?); 2. Fehler: Keinerlei vorherige Diskussion der Erwartungen des Patienten von der Therapie; und 3. Fehler: Keinerlei vorherige Aussprache über die bislang vom Patienten mit Psychotherapie gemachten Vorerfahrungen.

Demut statt Hochmut: Ich habe im Laufe der zurückliegenden fast 40 Jahre Berufstätigkeit oft darunter gelitten, mich im Bemühen um die Gesundheit und Heilung von psychisch kranken Menschen, hilflos und schwach zu fühlen. Ich habe manchmal neidvoll daran gedacht, wie schön es doch wohl wäre, über so potente Mittel zu verfügen wie ein Arzt, der erstens Medikamente verschreiben und zweitens Krankschreibungen verfügen kann. Ich habe mich zwar selber persönlich oft hilflos und schwach gefühlt, aber ich habe nie den Glauben an die mächtige und überlegene Heilkraft der Psychotherapie verloren.

## **Fehler Nr. 2**

### **Das Versäumnis, die Erwartungen des Patienten an die Therapie abzuklären und zu korrigieren:**

Dabei geht es vor allem und hauptsächlich um die rechtzeitige Abklärung, was für Erwartungen der Patient an die Therapiemethode, an das Verhalten des Therapeuten, an die Dauer der Behandlung und an das gesetzte Therapieziel samt Erfolgsaussicht hat.

Etwa ein halbes Jahrhundert seit Entwicklung der Verhaltenstherapie als Psychotherapie und nach 38 Jahren Berufstätigkeit als verhaltenstherapeutischer Psychotherapeut ist es eine große Erleichterung, dass man nicht wie früher zu Beginn einer jeden Therapie zunächst einmal peinlichst und kniefälligst erklären muss, was Verhaltenstherapie ist, wieso Verhaltenstherapie Verhaltenstherapie heißt und wie sich Verhaltenstherapie von anderen Methoden unterscheidet. Spätestens seit der sogenannten Kognitiven Wende Mitte der zurückliegenden 70iger Jahre muss man vor allem nicht mehr erklären, dass Verhaltenstherapie sich nicht nur mit dem Verhalten eines Menschen beschäftigt (sondern auch mit dessen Gedanken, Gefühlen und Körper). Allerdings taucht dafür oft Erklärungsbedarf auf, was mit Kognitiver Verhaltenstherapie gemeint ist, vor allem wenn gerade die sogenannte Kognitive Verhaltenstherapie als Schlüssel zum Erfolg (z.B. bei Depressionen, bei den sogenannten Belastungs- und Anpassungsstörungen) angesehen und angeboten wird.

Zwei irrtümlichen Erwartungshaltungen begegnet man jedoch nach wie vor, die man besser gleich von Anfang an aufgreift und korrigiert: Erstens, dass es nicht unbedingt erforderlich, ja manchmal sogar unnötige Zeitverschwendung oder gar kontraproduktiv ist, sich (nur oder vorrangig) mit der Kindheit des Patienten (wie in der Psychoanalyse) zu

beschäftigen. Zweitens, dass Hypnose sich nicht wirklich als wirksame Methode bewährt hat. Hinter dem Wunsch, sich aufwändig mit der Erforschung der eigenen Kindheit zu beschäftigen, steckt oft der Versuch, die Auseinandersetzung mit den meist sehr viel relevanteren Problemen der aktuellen Lebenssituation zu vermeiden. Hinter dem Wunsch nach Behandlung durch Hypnose steckt meistens der Versuch, den leichtesten Weg ohne große eigene Anstrengungen zu gehen. Bevorzugt anzutreffen bei suchtkranken Patienten. Oder die irriige Annahme, man könne mittels Hypnose lang vergessene Erlebnisse oder gar Wahrheiten aufdecken. Wie bei dem Patienten, dem von seiner Tochter vorgeworfen wurde, sie als Kind sexuell missbraucht zu haben.

Leichter und angenehmer gestaltet sich da schon die Aufklärung über irrtümliche Erwartungen des Patienten bezüglich der Dauer der Therapie. Tatsächlich gehen viele Patienten aufgrund von Darstellungen in alten Hollywood-Filmen oder gar von Bekannten, die tatsächlich eine jahrelange Psychoanalyse mit 3 bis 4 Terminen pro Woche über 3 bis 4 Jahre hinweg durchleiden mussten, davon aus, dass Psychotherapie sehr lange dauert. Nicht ganz zufällig hat sich wie bei uns in Deutschland durch den imponierenden Siegeszug und die inzwischen große Verbreitung der Verhaltenstherapie die Erfahrung breit gemacht, dass gute Psychotherapie auch in Form von Kurzzeittherapie mit bis zu 25 Behandlungsstunden über etwa ein dreiviertel Jahr oder als Langzeittherapie mit bis zu 45 Behandlungsstunden über 1 bis 1 ½ Jahre möglich ist.

Eine gute Methode, sich vor diesem Fehler Nr.2 zu bewahren, besteht darin, sich anfangs oder auch wiederholt über den Verlauf der Therapie gegen Ende der Behandlungsstunde ausreichend Zeit zu nehmen, mit dem Patienten über die Behandlung zu sprechen. Warnen möchte ich allerdings davor, Inhalt und Verlauf der Therapie nur von der Zufriedenheit bzw. der Unzufriedenheit des Patienten abhängig zu machen. Warnen möchte ich angesichts der leicht klingenden Empfehlung auch davor, dass es gar nicht so leicht ist wie es klingen mag, die aktuellen Behandlungsstunde so rechtzeitig abzuschließen, dass noch rechtzeitig genügend Zeit zur Nachbesprechung bliebe. Warum? Weil viele Patienten tatsächlich erst gegen Ende der 50-60-minütigen Behandlungsstunde richtig „in Fahrt“ kommen und in ihrem Redefluss kaum noch aufzuhalten sind. Tatsächlich weisen die Autoren dieses Buches ausdrücklich auf das Phänomen der „doorknob disclosures“ hin. Dass manche Patienten, während sie grade schon die Türklinke in der Hand halten, um sich zu verabschieden, noch mit entscheidend wichtigen Informationen herausrücken. So wie der Patient, der die ganze Stunde lang über seine Eheprobleme erzählte, um dann zum Abschied in der Tür noch zu sagen: „Übrigens, meine Frau hat mich verlassen, sie ist gestern mit den Kindern ausgezogen!“ Oder der Patient, der wegen Alkoholproblemen gekommen war, und zum Schluss der Stunde erklärte: „Übrigens, ich kann zum nächsten Termin nicht kommen, weil ich wegen wiederholter Trunkenheit am Steuer vor Gericht erscheinen muss!“

### **Fehler Nr. 3**

**Das Versäumnis, sich mit den Vorerfahrungen des Patienten mit früheren psychotherapeutischen Behandlungen zu befassen:** Hier zu wurde bereits unter Fehler Nr.1 ein eindrucksvolles Beispiel von „Vorerfahrungen“ geschildert. Selbstverständlich dient die Auswertung dieser Vorerfahrungen dazu, aus den Fehlern der Vorgänger zu lernen und es besser zu machen. Selbstverständlich dient sie aber auch dazu, hilfreiche Einsichten über den Patienten zu gewinnen, z.B. wie Termine eingehalten werden und wann und wie vom Patienten Therapieabbrüche zu erwarten sind.

#### Fehler Nr. 4

**Das Versäumnis, den Patienten darüber aufzuklären, was der Psychotherapeut in Hinsicht auf die psychotherapeutische Behandlung selber erwartet:** Im Wesentlichen gilt es Erwartungen klar zu machen, wie Termine einzuhalten sind, wie Absagen rechtzeitig zu erfolgen haben, dass die psychotherapeutische Behandlung nicht einseitig und ohne Abschlussgespräch beendet werden darf usw. Andere Erwartungen beziehen sich auf die bei einer Verhaltenstherapie typischer Weise zwischen den wöchentlichen Sitzungen zu absolvierenden sogenannten Hausaufgaben, für die in angemessenen Fällen sogar so etwas wie eine „Therapievertrag“ abgeschlossen wird. Wichtig ist auch der Hinweis, dass der Therapeut vom Patienten stets aktuelle Berichterstattung darüber erwartet, was von Woche zu Woche und von Sitzung zu Sitzung im Leben des Patienten passiert. Für Patienten, die noch völlig therapieunerfahren sind, ist auch der Hinweis wichtig, dass in der Behandlungsstunde selber vorwiegend miteinander geredet wird, was manchmal zu dem irreführenden Eindruck verleitet, dass es sich bei einer Verhaltenstherapie um eine „Gesprächstherapie“ handelt. Tatsächlich besteht offensichtlich aber auch bei den meisten Patienten, recht unabhängig von der Methode, vor allem das große Bedürfnis zu reden und sich auszusprechen.

#### Fehler Nr. 5

**Das Versäumnis, den Patienten darauf vorzubereiten, dass es in der Psychotherapie zu verschiedenartigen und verschieden gradigen Gefühlen und Gefühlsausbrüchen kommen kann und kommen soll:** Zur Erklärung müsste man m.E. sowohl sich selber noch mal in Erinnerung bringen als auch in angemessener Weise den Patienten darüber aufklären, dass mit der Bewältigung psychischer Probleme und mit der Heilung psychischer Erkrankungen in der Regel emotionale Prozesse einhergehen, deren Art und Intensität vom Psychotherapeuten genauestens beobachtet und kontrolliert werden müssen.

Das Fazit von Flowers & Schwartz, so auch mein eigenes, ist dass Gefühlsbewegungen bis hin zu Gefühlsausbrüchen nicht um jeden Preis therapeutisch hilfreich sind. Wer sich als alter Verhaltenstherapeut noch an das sogenannte Napalkov-Phänomen erinnert, wird wissen warum: Angstbehandlung klappt über die Methode der klassischen Konditionierung und zwar im Sinne der Konfrontationstherapie durch das, was wir Desensibilisierung, Habituation und Löschung nennen. Die Desensibilisierung klappt aber nur, wenn sich der Patient auf der Bandbreite eines mittleren und nicht überschießenden Erregungsniveaus befindet.

Dazu ein paar einfache Grundregeln: 1. Man unterscheide seine Patienten danach, ob sie erfahren und positiv sind im Ausdruck von Gefühlen oder nicht („from discloser to nondiscloser“). Zu den schwierigen Patienten zählen diejenigen, die hoch gradig kontrolliert („verkopft“) und ihrer Gefühle unbewusst sind. Oder die gelernt haben, ihre Gefühle zu unterdrücken. 2. Man achte vor allem auf Patienten mit folgenden Anzeichen: Bemerkungen wie „Das habe ich noch niemandem erzählt!“ Oder: Das Bedürfnis, sich als Patient dem Therapeuten zunächst einmal in Art einer kompletten Autobiografie logisch und chronologisch mitteilen und vorzustellen. Oder: Ausschließliche „man“-Aussagen. Und dann selbstverständlich auf die Patienten mit Tränen in den Augen u.v.a.m.

## Fehler Nr. 6

**Das Versäumnis, den Patienten in seinen Erfolgserwartungen angemessen zu bestärken:** Das bedeutet zunächst einmal auf alle Fälle, gleich zu Beginn einer Behandlung und möglicherweise wiederholt auch später den Patienten nach dessen eigenen Erfolgserwartungen zu befragen. Überzogene Erfolgserwartungen genauso wie zu geringe sind eher schädlich und sollten beizeiten korrigiert werden. Für den Verhaltenstherapeuten gehört es sowieso zur Standard-Vorgehensweise, sich bei Zeiten offen mit dem Patienten auf gemeinsame Therapieziele, möglichst konkret und detailliert, zu einigen. Ungut wäre eine pauschale und nichts sagende, mehr oder weniger ausgesprochene oder unausgesprochene Einstellung: „Also, Sie kommen, weil es Ihnen schlecht geht, und Sie gehen wieder, wenn es Ihnen gut geht!“

## Fehler Nr. 7

**Das Versagen zu verstehen, wie die persönlichen Annahmen des Psychotherapeuten über den Menschen und das Leben den Verlauf der Psychotherapie beeinflusst:**

An den aller ersten Witz, der mir in meinem Leben zu Ohren kam, damals noch als kleiner Junge in Schweden, kann ich mich bis heute noch bestens erinnern: Svensson besucht seinen alten Freund Andersson und findet ihn zu Hause im Bett liegend, laut klagend und sich windend vor Schmerzen. Ach du meine Güte, sagt Svensson zu Andersson, was hast Du nur, was fehlt Dir denn? Ach klagt Andersson, ich Unglücklicher, als ich mich vorhin ins Bett legte, habe ich mich versehentlich auf meinen Wecker gelegt und das tut so weh! Ja, warum stehst Du dann nicht auf und räumst den Wecker weg? sagte Svensson. Na ja, sagte Andersson, vielleicht gewöhne ich mich ja auch daran.

Nicht nur der Witz, sondern auch die Moral von der Geschichte ist, glaube ich, leicht zu verstehen. Ich habe sie tatsächlich, seit ich mich mit Psychologie und Psychotherapie beschäftige, immer wieder gelesen und gehört: Dass Menschen eher bereit sind, sich an ihre alten Gewohnheiten zu klammern und sich deshalb lieber mit ihrem Leid abfinden als etwas an ihrem Leben zu ändern. Angefangen mit dem von mir ansonsten hoch geschätzten Begründer der Gestalttherapie, Fritz Perls („To suffer one's death and to be reborn is not easy!“), sind viele Fachleute offensichtlich der Ansicht, dass Patienten sich lieber an den gewohnten Status Quo klammern, als etwas Neues zu wagen. Ich fürchte, ich glaube das auch!

Flowers & Schwartz zitieren aus einer Arbeit von Wrightsman, 1992, die fünf wichtigsten Annahmen über die „Natur“ des Menschen, die sich dann etwa wie eine Self Fulfilling Prophecy auf den Verlauf und das Ergebnis einer Psychotherapie auswirken können:

1. Sind Menschen, in diesem Fall unsere Patienten, grundsätzlich vertrauenswürdig oder nicht?
2. Sind Menschen tatsächlich, wie das bekannte Sprichwort sagt, „Schmiede ihres eigenen Glücks“ oder sind sie eher von äußeren Umständen wie Schicksal und Zufall abhängig?
3. Sind Menschen eher Altruisten oder Egoisten?
4. Sind Menschen eher individuell und einzigartig oder unterliegen sie bekannten Normen und Regeln, die auf alle zutreffen?
5. Sind Menschen, egal in welchem Alter, lernfähig und lernbereit, d.h. veränderungsfähig und veränderungsbereit oder nicht?

Mein persönliches Fazit nach zur Zeit 38 Jahren Berufstätigkeit und –erfahrung mit über tausend Patienten und gut dreißig tausend Behandlungsstunden:

1. Ich glaube an das Gute im Menschen. Trotzdem habe ich gelernt, dass oft die Wahrheit eben nicht gesagt wird. Oder anfangs nicht gesagt wird und erst bei wiederholtem Nachfragen eingestanden wird. Deshalb habe ich mir angewöhnt, wichtige Fragen Stunden später wiederholt zu fragen und mich nicht davon irritieren zu lassen, wenn Patienten gereizt reagieren: „Das haben Sie mich doch schon mal gefragt, das habe ich Ihnen doch schon mal beantwortet!“ Ein gutes Beispiel dazu: Geht man zum Arzt, wird man meistens mit der Dreierkombinationsfrage konfrontiert: „Treiben Sie Sport? Trinken Sie Alkohol? Rauchen Sie?“ In der Regel wartet der Arzt die Antwort schon gar nicht erst ab (Weil er sie schon kennt: „Ja, Nein, Nein“), und schreibt schon das Rezept aus. Erst recht habe ich mir bei Suchtkranken zur Regel gemacht, Angaben über den Suchtmittelgebrauch und Quantitäten erst einmal nicht zu glauben. Das war übrigens meine erste Lektion, die mir mein Klinikchef in meinen Anfangsjahren als Klinischer Psychologe in der stationären Psychiatrie erteilte, als ich eine geschlossene Alkoholikerstation leiten musste.

2. Ich habe es in meiner psychotherapeutischen Praxis leider oft mit Patienten zu tun, die ganz offensichtlich und eindeutig Opfer und Gefangene äußerer Umstände sind, an denen es nichts zu rütteln gibt. An vorderster Stelle dieser Negativ-Hitliste stehen Patienten, die arbeitslos und mittellos sind und sogar in manchen Fällen kaum noch das Kleingeld haben, um sich die Fahrkarte zu mir in die Praxis zu kaufen. Ich glaube eben auch nicht an den „amerikanischen Traum“, dass selbst jeder Tellerwäscher das Potenzial zum Millionär habe, man müsse es halt nur wollen. Was soll ich von Patienten halten, die sich weigern, aufs Sozialamt zu gehen, um Sozialhilfe zu beantragen? Soll ich sagen: „Selber Schuld! Und nun machen wir erst mal ein Anti-Stolz-Training und dann ein Selbstsicherheitstraining, dann wird das schon gehen!“?

Typisch auch die jungen Männer, die an Depressionen erkrankt sind, weil sie noch nie eine Freundin und eine intime Beziehung hatten, und bei denen mir bewusst ist, dass ein guter Therapieerfolg nur erzielt werden kann, wenn sie eine Partnerin finden. Im krasses-ten Fall der 17-jährige Schüler, der jahrelang wegen seiner tatsächlich sehr abstehenden Ohren gehänselt worden war, keine Freunde und erst recht keine Freundin hatte und am Ende sich weigerte, noch zur Schule zu gehen und überhaupt noch das Haus zu verlassen. Da hilft meines Erachtens kein Selbstsicherheitstraining und keine Kognitive Therapie zum Umdenken: „Der berühmte Hollywood-Regisseur und –darsteller Woody Allen hatte auch abstehende Ohren und sieh‘, was aus ihm geworden ist!“ Oder: „Abstehende Ohren haben doch nichts mit Intelligenz und Berufserfolg zu tun!“

3. Die Legende vom Altruismus ist doch längst entlarvt: Auch Altruismus ist „nur“ eine Spielart des Egoismus entsprungen aus Taktik und Kalkül, um sich selber Vorteile, früher oder später, zu verschaffen. Nach dem Prinzip: Eine Hand wäscht die andere! Außerdem wüsste ich nicht, was das eine oder das andere in eindeutiger Weise mit Therapieerfolg bzw. –misserfolg zu tun haben sollte. Außer, ich wäre überzeugt, dass ein Patient der lernt, öfter mal zu lächeln und öfter mal anderen Gutes zu tun, so wie z.B. anderen Komplimente zu machen, einen besseren Therapieerfolg erwarten kann als sonst. Davon bin ich auch tatsächlich überzeugt und deshalb gehört altruistisches Verhalten bei mir meistens zum Selbstsicherheitstraining und zum Antidepressionspaket.

4. Als verhaltenstherapeutische Psychotherapeuten sind wir Behavioristen. Wir halten den Glauben an die absolute Individualität und Einzigartigkeit des Menschen für frommes, überdies auch überflüssiges bis schädliches Wunschdenken. Wir glauben daran, dass die Normalität gut und schön und auch gesund ist. Das muss ja nicht gleich heißen, dass wir davon ausgehen, dass ein Mensch wie der andere ist, so wie ein Ei dem anderen gleicht. Der Mythos von der Einzigartigkeit eines jeden Individuums soll wohl eher den Respekt zum Ausdruck bringen, den wir als Psychotherapeuten jedem Menschen entgegen zu bringen haben. Psychologisch und psychotherapeutisch hilfreicher ist aber auf jeden Fall, Menschenbild, Gesundheitsstandards und Therapieziele an der Normalität auszurichten. Es ist normal, dass wir nach Niederlagen und in Krisen deprimiert sind ( und uns nicht sagen müssen, dass jede Niederlage uns weiter bringt und jede Krise eine Chance ist ). Es ist normal, dass wir uns mit anderen vergleichen und auch neidisch, eifersüchtig und missgünstig sein können. Es ist normal, am Sinn des Lebens zu zweifeln, denn genau kennt ihn sowieso niemand (außer den Theologen). Es ist normal, dass wir ohne Liebe und Sexualität unglücklich sind und dass ein Leben als Eremit nur für die aller wenigsten erfüllend ist. Es ist normal, dass wir Notlügen benutzen, anstatt immer die Wahrheit zu sagen. Es ist normal, dass wir lieber eine Bank überfallen würden, anstatt das notwendige Geld sauer durch Arbeit verdienen zu müssen. Und so weiter und so fort. Normalität tut gut und ist gesund. Nur ist eben, zugegebener Maßen, der Umgang mit der Normalität philosophisch und psychologisch nicht ganz unproblematisch: Ich glaube, dass es normal ist, dass Menschen als Männer und Frauen Beziehungen und Lebensgemeinschaften eingehen. Was aber ist, wenn Mann und Mann oder Frau und Frau eine Beziehung eingehen?: In der Großstadt normal, im Dorf kritisch und wahrscheinlich krank machend. Ich bin als Psychotherapeut selbstverständlich äußerst vorsichtig mit der Definition von Normalität, bevorzuge jedoch die Annahme, dass es noch vor der Individualität vor allem die Normalität ist, die psychisch gesund und glücklich macht.

Ein Beispiel eines mir öfter in der Psychotherapie untergekommenes Problems, das Ängste und Depressionen verursachen kann, möchte ich aber doch hervorheben: Es ist heutzutage normal, dass Frauen erst einmal Bildung erwerben und sich im Beruf beweisen wollen, ehe sie ans Heiraten und Kinderkriegen denken, wenn überhaupt. Ich muss allerdings auf Grund von häufigen Erfahrungen betonen, dass kinderlose Frauen und Paare, hetero- oder homosexuell, offensichtlich eine weit größere Gefahr laufen, später an Depressionen und Lebenskrisen zu erkranken, als Frauen und Männer mit Kindern. Ich weiß, dass dies eine „politisch“ äußerst „unkorrekte“ Behauptung ist. Es geht mir dabei aber nicht etwa um die Erfüllung angeblich Gott gewollter angeborener geschlechtsspezifischer Lebensaufgaben. Es geht um so einfache Tatsachen und Erkenntnisse, dass Menschen deren Alltag sich Tag für Tag nur noch wiederholt, meines Erachtens und meiner Erfahrung nach psychisch gefährdeter sind als Menschen, die jeden Tag vor neuen Herausforderungen stehen. Dafür muss man nicht Albert Schweitzer oder Mutter Theresa sein: Es reicht, Kinder groß zu ziehen. Und kein Tag ist wie der andere!

5. Für uns verhaltenstherapeutische Psychotherapeuten sind selbstverständlich Lernfähigkeit und Veränderungsfähigkeit von zentraler Bedeutung für den Therapieerfolg bzw. den Therapiemisserfolg. Die Verhaltenstherapie gründet sich ja schließlich ganz zentral in der Annahme von falschem oder nicht stattgefundenem Lernen. Also muss auch in der Psychotherapie neu gelernt oder umgelernt werden können. Fragt man einen Gerontopsychologen, wird sich dessen Begeisterung über das lebenslang mögliche Lernen kaum bändigen lassen. Ich habe meine Zweifel: Ich halte den Menschen erstens für ein „Gewohnheitstier“ und zweitens glaube ich, dass es weitere anlagebedingte, instinktive Muster gibt, die darüber entscheiden, ob überhaupt gelernt und sich verändert wird, egal

ob die Synapsen, Transmittersubstanzen und Neuronen jugendfrisch oder altersmüde sind. Ein Beispiel möchte ich auch hierzu hervorheben, dass mich aufgrund der zuverlässigen Vorhersagbarkeit beeindruckt hat, negativ beeindruckt allerdings: Männer lernen nicht gerne von Frauen. Dabei fiel mir, der ich mich eine Zeit lang auf Sexualwissenschaft und Sexualtherapie spezialisiert hatte, auf, dass sich Männer vor allem in der Sexualität nichts von Frauen sagen lassen, und wenn es noch so hilfreich sein würde. Wie oft ist es mir in der Paar- und Sexualtherapie begegnet, dass Frauen zur Lösung des Problems ( zum Beispiel: Was tut einer Frau sexuell gut und was kommt ganz schlecht an?) durchaus ganz simple und konkrete Hinweise geben, die Männer aber ganz einfach nicht in der Lage sind, diese Hinweise und Vorschläge umzusetzen. Das Problem ist also nicht die grundsätzliche Lern- und Veränderungsfähigkeit. Das Problem ist in diesem Fall, dass auch wir Menschen wie alle anderen bekannten Lebewesen, in sozialen Bezügen und Gruppen instinktiv und unbewusst Hierarchien bilden und dass der hierarchisch Höhere vom hierarchisch Niedrigeren ganz einfach nichts annimmt und nichts lernt. Das kennen wir aus der Ethologie, der vergleichenden Verhaltenswissenschaft, der Tierpsychologie. Es tut mir leid, das sagen zu müssen: Das kennen wir von den Affen, besonders von den Primaten, den Menschenaffen. Der Oberaffe lernt nicht vom Unteraffen, wie man an die Banane rankommt. Er lernt nur, wie man als Oberaffe dem Unteraffen die Banane wegnimmt. Fazit: Lernen und sich Verändern ist theoretisch möglich, praktisch aber leider schwieriger als man als Psychotherapeut denkt. Lernfähigkeit und Veränderungsbereitschaft haben also nicht nur etwas mit Intelligenz und Bildung zu tun.

## Kapitel II

### Wie man Fehler schon bei der Diagnostik macht:

#### **Fehler Nr. 8**

#### **Das Versäumnis, die Bereitschaft des Patienten, sich zu ändern und gesund zu werden, zu erkunden und zu berücksichtigen:**

Das nennt Prochaska, 2001, „State of Change“, der Status der Veränderungsbereitschaft. Soll heißen, dass ein Patient im Verlauf seiner psychischen Erkrankung einer Entwicklung folgt, mit seinen Problemen, seinen Symptomen und seiner Erkrankung Schluss zu machen, anstatt ewig so weiter zu machen. Und dass es für uns Psychotherapeuten wichtig ist festzustellen, an welchem Entwicklungspunkt seiner Änderungsbereitschaft der Patient angekommen ist, um danach auch Verlauf, Ziel und Ergebnis einer Psychotherapie festzulegen und zu erwarten. Flowers & Schwartz empfehlen 3 relevante Fragen, die zu beantworten wären: (1) Wer macht sich zur Zeit am meisten Sorgen um Sie? (2) Was haben Sie bisher dagegen gemacht? und (3) Wie lange besteht die Erkrankung bereits? Wie diese Fragen zu beantworten wären, um für prognostisch günstig gehalten zu werden, wird leider nicht beschrieben. Ich fürchte, aus gutem Grund: Es gibt keine eindeutig und objektiv richtige Antwort darauf. So habe ich jedenfalls bei zahllosen Patienten erfahren, dass sie sich um sich selber weniger um ihre Gesundheit sorgen als es die Angehörigen tun, z.B. die Ehefrau oder die Kinder. Ist der finale Schritt tatsächlich erst erreicht, wenn man sich selber um sich Sorgen macht? Im Buch des bekannten amerikanischen Kollegen Premack ( In: Selbstkontrolle, 1979 ), las ich vor Jahren, dass er selber zugibt, dass er es erst wegen seiner Kinder schaffte, das Rauchen endgültig aufzugeben. Allein für sich selber hätte er sich wahrscheinlich ohne großes Zögern zu Tode geraucht. Ich selber habe es in zahllosen Fällen erlebt, dass Patienten über die Jahre wiederholt Therapiebedarf hatten und sich alle paar Jahre wieder zur Therapie einfanden, bis es endlich doch mal so weit war, dass sie endgültig Schluss machen wollten. Das mag sich zwar seltsam

Und merkwürdig anhören, aber so ist es: Dass man erst mit etwas endgültig Schluss machen möchte, bevor man gesund werden kann. In Fällen von Suchtkranken ist dieses Prinzip evident, in vielen anderen und subtileren Fällen aber auch. Viele Stress bedingte psychosomatische Beschwerden verschwinden erst, wenn der Patient bereit ist, endgültig mit dem Stress Schluss zu machen. In den meisten Fällen ist das aber leider mit einer Einkommens-Einbuße verbunden, so dass die meisten Stressopfer trotzdem erst mal so weitermachen - bis die ersten Stents und Bypässe verlegt sind oder die ersten Lähmungen auftreten.

Noch schwieriger erscheint es mir, wenn ein Patient aus Liebe bei einem Partner oder einer Partnerin bleibt, obwohl die Beziehung krank macht. Oft wird dann lieber ein Leben lang gelitten, als Schluss gemacht.

## **Fehler Nr. 9**

### **Das Versäumnis, die sogenannte Reaktanz des Patienten (von anderen auch Widerstand genannt) zu erkennen und zu berücksichtigen:**

An der Auflistung dieses Fehlers Nr. 9 kann dem aufmerksamen Fachmann auffallen, dass die aufgelisteten Fehler sich auch überschneiden oder bereits in anderer Form aufgeführt wurden. Die in Fehler Nr.8 diskutierte Veränderungsbereitschaft („Stage of Change“ oder „Committment“) ist ja wohl ganz einfach nur die andere Seite von der selben Münze, die hier als Reaktanz und Widerstand bezeichnet wird. Reaktanz und Widerstand können sich mannigfaltig äußern. Den wichtigsten Hinweis gibt meines Erachtens die Art und Weise, wie der Patient mit den von Woche zu Woche typischerweise für eine Verhaltenstherapie verordneten „Hausaufgaben“ umgeht, die in indirekter Weise als Ratschläge aufgefasst werden können. Konkrete Ratschläge sind zwar eher untypisch für eine Psychotherapie, aber dennoch unter Umständen erlaubt und hilfreich. Vor allem gerade in der Verhaltenstherapie mit den für sie typischen Verhaltensvorschlägen. Auffallen sollten dem Psychotherapeuten diejenigen Patienten, die ganz grundsätzlich auf Ratschläge nicht oder sogar gereizt reagieren.

Um diesen Fehler zu vermeiden, empfehlen Schwarz & Flowers, bei Patienten mit hoher Reaktanz und starken Widerständen möglichst wenig direktiv, dafür aber sehr „kollaborativ“ vorzugehen, d.h. der Psychotherapeut überlässt es dem Patienten so weit wie möglich, seine eigene Therapie zu entwickeln. Zumindest sollte der Patient den Eindruck erhalten, dass er seine Therapie so gut wie selber bestimmt. Bei Patienten, die eher submissiv und mit deutlichem Hilferuf in die Behandlung kommen, würde dagegen dem entsprechend direktives, um nicht sogar zu sagen dominantes Therapeutenverhalten am besten weiter helfen. Das alleine erscheint mir noch zu schablonenhaft gedacht. Ich glaube aber gerne an verhaltenstherapeutische Psychotherapie in Form und im Sinn der sogenannten Interaktiven Verhaltenstherapie ( von Grawe ), bei der man sich als Therapeut „kompensatorisch“ verhält.

Auf den Punkt gebracht, soll uns dieser Fehler Nr. 9 wohl nahe bringen, dass wir als Psychotherapeuten in unserem Beruf auf Menschen treffen, die mehr oder weniger bereit und freiwillig sind, sich „in Therapie“ zu begeben. Und zwar aus den verschiedensten Gründen. Die zwei häufigsten Motivationen, sich unfreiwillig in Therapie zu begeben, kenne ich inzwischen nur all zu gut: 1) Wenn ein Gericht eine Therapie anordnet. 2) Wenn ein Ehepartner mit Scheidung droht.

## **Fehler Nr. 10**

### **Das Versäumnis, psychologische Testverfahren zu benutzen:**

Es ist klar, was die Autoren dieser 50-Fehler-Liste damit meinen. Ich selber halte die üblichen psychologisch-psychotherapeutischen Fragebögen und Testverfahren für nützlich und trotzdem überflüssig. Ich darf an dieser Stelle auch daran erinnern, dass wir als Verhaltenstherapeuten einem wissenschaftlichen Ansatz verpflichtet sind, der in der Praxis die diagnostische Erfassung des Patienten nur durch die so genannte Verhaltensanalyse und Funktionale Bedingungsanalyse vorsieht. Danach ist ein diagnostisches Verfahren wie der Rorschach-Test völlig sinnlos, der TAT von Murphy dagegen sehr. Alle Check-Listen, z.B. zur Depression, wären sinnlos, weil sie zu sehr von der augenblicklichen Stimmung abhängig sind.

## **Fehler Nr. 11**

### **Das Versagen, die Eigen-Diagnose des Patienten zurechtzurücken:**

Zu mir in die Praxis kam einmal eine Patientin, eine junge attraktive Frau im Alter von 29 Jahren, und erklärte mir, dass sie unter Panikanfällen (offensichtlich im Sinne einer Agoraphobie und/oder Soziophobie) leide. Sie brachte mir sogar den Ausdruck eines medizinischen Internet-Artikels über die „Herzneurose“ mit. Tatsächlich ergab sich aus den Angaben des Konsiliararztes im Konsiliarbericht, dass sie an einer sogenannten Hypertrophen Cardiopathie leide, einem angeborenen Herzfehler, der zum sogenannten plötzlichen Herztod führen kann. Diese Herzerkrankung wird in der Regel über kurz oder lang durch die Implantation eines Defibrillators behandelt werden müssen, sonst droht tägliche Lebensgefahr. Die Patientin klammerte sich an ihre Eigendiagnose, nämlich dass sie „nur“ psychisch erkrankt sei und nicht körperlich. Die weiteren Rückfragen ergaben, dass die Patientin sich tatsächlich bereits in kardiologischer Dauerkontrolle befunden hatte und sehr wohl bereits von den dortigen Fachärzten nahe gelegt bekommen hatte, sich einen Defibrillator implantieren zu lassen. Übrigens war der Vater der Patientin, ein aktiver Sportler, im Alter von 28 Jahren plötzlich Tod umgefallen. Als Torwart auf dem Fußballplatz.

In diesem Fall war es meine Aufgabe als Psychotherapeut dafür zu sorgen, dass sich die Patientin eine „Defi“ einsetzen lässt und ihre Angst davor besiegt. Und: Es hätte tatsächlich auch mal tödlich enden können, dass das Herz der Patientin der durch die Übung erzeugten Aufregung nicht mehr hätte standhalten können und sie tot umgefallen wäre.

Flowers & Schwartz benennen als weiteres Problem dabei, dass ein Psychotherapeut darauf achten muss, dass der Patient nicht einfach nur mit der neuesten Modeerkrankung daher kommt. Als solche unrühmlichen Beispiele benennen die beiden Autoren zwei Beispiele. Das erste bezieht sich auf ADHS. Das zweite darauf, als Kind sexuell missbraucht worden zu sein. Da sei Vorsicht geboten.

## **Fehler Nr. 12**

**Das Versagen, den tatsächlich relevanten organischen körperlichen medizinischen Zusammenhang (bei Verhaltenstherapeuten die sogenannte O-Variable) zu erfassen:**

Ich hätte der Patientin „auf den Leim“ gehen können und ihre Angstanfälle bis zur Panik als neurotisch, als psychisch bedingt zu verstehen und so zu behandeln. Da sich die Phobie-Angst-und-Panikattacken vor allem in öffentlichen Verkehrsmitteln ereigneten, hätte es nahegelegen, eine entsprechende Standardmethode, in diesem Fall eine Konfrontationstherapie in sensu und in vivo anzuwenden. Man stelle sich vor, ich hätte mit dieser Patientin eine solche Maßnahme ergriffen ohne zu wissen, dass sie an einem schweren angeborenen Herzfehler leidet. Die Patientin hätte sich bei einer der fortgeschrittenen Konfrontationsübungen derart aufregen können, dass sie tot umgefallen wäre.

Ich gebe zu, der Fall mit der Patientin mit der Hypertrophen Cardiopathie ist der in dieser Hinsicht der krassste Fall in meiner fast 40-jährigen Berufserfahrung als Psychotherapeut.

Im Fall von ADHS möchte ich zu bedenken geben, dass ich überrascht bin von der Erfahrung, dass sich immer mehr erwachsene Patienten in meiner Praxis einfinden, die ganz offensichtlich bisher übersehene ADHS-Patienten sind. Die Erkrankung und die dazu gehörige Therapie bei Kindern und Jugendlichen ist seit Anfang der 70iger Jahre bekannt und deren medikamentöse Behandlung mit der Substanz Methylphenidat, dem Medikament Ritalin, legal auch wenn umstritten. Die Behandlung von erwachsenen ADHS-Patienten ist zur Zeit Neuland.

Ich gebe zu, dass ich ADHS für eine Erkrankung halte, die nur kombiniert medikamentös und psychotherapeutisch behandelt werden kann. Ich gebe in diesem Fall des Fehlers Nr. 12 sogar zu, dass ich glaube, dass eine ADHS-Therapie nur durch Psychotherapie ein therapeutischer Kunstfehler ist.

Ich gebe zu, dass ich glaube, dass ich die Minderwertigkeitskomplexe eines jungen Mannes nicht eher psychotherapeutisch lösen kann, ehe er sich nicht seine krass abstehenden Ohren operieren lässt.

Es gibt zahllose weitere Beispiele von Fällen, in denen es sich nachträglich für den Patienten auswirken würde, wenn der Psychotherapeut organische und medizinische Verursachungen übersehen würde. Ein populäres Beispiel dafür mag sein, dass zur Zeit pharmazeutisch Blutdrucksenker im traurigen Vormarsch sind und dass bekannt ist, dass so gut wie alle Blutdrucksenker die sexuelle Libido und Potenz negativ beeinflussen.

## **Fehler Nr. 13**

**Das Versagen, die beim Patienten vorhandenen Ressourcen zu entdecken und zu verstärken:** Gegenmittel: Loben, loben, loben!

**Kapitel III****Wie man wissenschaftliche Erkenntnisse nicht beachtet:****Fehler Nr. 14****Die Vernachlässigung wissenschaftlicher Erkenntnisse:**

Generell zusammengefasst meinen die Autoren damit, dass in den meisten Fällen von psychischen Erkrankungen Verhaltenstherapie die erfolgversprechendste Therapiemethode ist. Begründet mit den zahllosen Studien und Untersuchungen, die grade die Verhaltenstherapeuten zum Therapieerfolg vorzeigen können.

**Fehler Nr. 15****Der Fehler, sich von charismatischen Typen (anstatt von überprüften Methoden) beeindrucken zu lassen:**

Dazu ist nicht viel zu sagen, weil dieser „Fehler“ hier nicht wirklich reingehört. Es ist für die konkrete praktische Psychotherapie, die ein Patient erlebt, zwar wichtig, aber nicht ausschlaggebend, welchem Guru der Therapeut, in dessen Hände man sich begeben hat, folgt. Ein hier rein gehöriger Fehler wäre es allerdings, wenn der Therapeut dächte, er könne selber auf Grund seines Charismas allein den Patienten heilen. Der Psychotherapeut würde damit den verheerenden Fehler begehen zu versuchen, zum „Guru“ des Patienten zu werden.

Erneut sieht man an diesem Beispiel, wie die Liste der Fehler leider auch aus unnötigen Überschneidungen und Wiederholungen besteht. Zum Beispiel: Wer den Fehler Nr.1 verstanden hat, der wird den Fehler Nr.15 nicht begehen.

**Fehler Nr. 16****Das Eintreten der theoretischen Todesstarre:**

Der Psychotherapeut ist derart überzeugt von seinen Hypothesen und seinen Theorien zur Erkrankung des Patienten, dass er blind ist für die Realität. Ich meine, auch dieser Fehler Nr.16 ist nicht angemessen, hier aufgeführt zu werden, weil er so selbstverständlich falsch ist, wie sich eine Kugel in den Kopf zu schießen.

**Kapitel IV****Wie man als Therapeut die Kollaboration mit dem Patienten verdirbt:****Fehler Nr. 17****Das Versäumnis, die Therapieziele mit dem Patienten gemeinsam zu beschließen:****Fehler Nr. 18****Das Versäumnis, früh genug Therapieziele mit dem Patienten abzusprechen:****Fehler Nr. 19****Das Versäumnis, den Patienten in jeder neuen Behandlungsstunde erneut auf die beschlossenen Therapieziele hinzuweisen:**

**Kapitel V****Wie man die Therapeut-Patienten-Beziehung verdirbt:****Fehler Nr. 20****Der Fehler, therapeutische Techniken und Methoden für wichtiger zu halten als die Patient-Therapeut-Beziehung:**

Die wichtigsten Faktoren dabei betreffen Glaubwürdigkeit, Vertrauenswürdigkeit und Fachkenntnisse des Therapeuten. Jeder angehende oder neue Psychotherapeut sollte sich grundsätzlich gut auf die Frage des Patienten vorbereiten, für wie erfahren und kompetent er sich hält. Außerdem sollte man als Psychotherapeut darauf vorbereitet sein, dass der Patient ihn gleich zu Beginn der Therapie einem Test, einer Belastungsprobe unterwirft. Im einfachsten Fall, dass der Patient sich unzufrieden mit dem Therapeuten äußert und innerlich abwartet, wie der Therapeut damit umgeht. Zwischen Eitelkeit und falscher Bescheidenheit ist ein schmaler Grat: Einerseits sollte ein Psychotherapeut über jede Eitelkeit, Arroganz und Imponiersucht erhaben sein, andererseits darf er nicht vernachlässigen zu betonen, dass er gut, lebenserfahren und stark ist, um im therapeutischen Umgang mit dem Patienten die Wirkkraft des Modells und des Modelllernens auszunutzen.

Kurz und einfach verständlich: Der Psychotherapeut muss, um effektiv zu sein, beliebt und anerkannt sein beim Patienten. Er muss zu einem Vorbild werden, auf dessen Meinung der Patient großen Wert legt. Dann kann ein Psychotherapeut auf dem einfachen Weg der verbalen Kommunikation den Patienten in die gewünschte Richtung lenken durch Lob und alle anderen Formen der Zustimmung und Anerkennung.

Die Autoren nennen ein Beispiel: Therapeut und Patient suchen beide in der Stunde nach einer geeigneten Hausaufgabe, einer treffenden Übung. Der Patient schlägt etwas vor, woran der Therapeut selbstverständlich auch schon gedacht hatte. Trotzdem sagt er: „Donnerwetter! Das ist ja noch besser, als woran ich gedacht hätte!“

In diesem Zusammenhang ist an Fehler Nr. 1 zu erinnern, dass Demut wichtiger ist als Hochmut: Der Psychotherapeut muss die schmale Gratwanderung schaffen, sich selber einerseits ohne Hochmut und Eitelkeit als Autorität und als Respektsperson beim Patienten zu etablieren, andererseits aber auch den Patienten Hochachtung zu zollen und ihn als gleichwertig zu respektieren.

**Fehler Nr. 21****Der Fehler, nicht genügend Verständnis (Empathie) und andere Formen von Unterstützung dem Patienten gegenüber zu äußern:**

Ein typischer schlimmer Fehler in dieser Hinsicht ist es, wenn man im Behandlungszimmer ein Telefon hat und der Therapeut sich während der Behandlung durch Telefonate ablenken lässt. Umgekehrt achten Patienten gerne auf Anzeichen von Respekt und Achtung, wie z.B. wenn der Therapeut sich länger Zeit nimmt als anfangs verabredet, wenn er körperliche Zuwendung zeigt wie Händeschütteln, direkter Augenkontakt usw.

**Fehler Nr. 22**

**Der Fehler, die eigene „Gegenübertragung“ nicht zu verstehen und zu glauben, dass „Empathie“ und „bedingungslose Wertschätzung“ als psychotherapeutische Grundhaltungen schon damit gleichzusetzen sind, dass der Therapeut den Patienten schätzt, gut leiden kann und glaubt, ihm auch gut helfen zu können:**

Hiermit wollen die Autoren Flowers & Schwartz uns offensichtlich beibringen, dass zum Therapieerfolg nötig ist, dass Therapeuten ihre Patienten gut leiden können müssen. Was offensichtlich besonders zum Problem wird, wenn die Krankheitssymptomatik des Patienten (z.B. bei Sexualstraftätern und Suchtkranken) unsympathisch, asozial und verachtenswert ist.

**Fehler Nr. 23**

**Der Fehler, sich gar nicht oder nicht regelmäßig vom Patienten Feedback geben zu lassen zu dessen Zufriedenheit und Mitwirkung bei der Therapie:**

Gut und wichtig ist es, sich zu Anfang einer jeden Behandlungsstunde zu erkundigen, wie für den Patienten die zurückliegende letzte Sitzung war, ob der Patient sich noch weitere Gedanken dazu gemacht hat, woran er sich noch erinnert, was geschah und besprochen wurde. Gut und wichtig ist es, sich zum Ende einer jeden Behandlungsstunde zu erkundigen, wie die aktuelle Sitzung für den Patienten war.

**Fehler Nr. 24**

**Der Fehler des Therapeuten, das verbale und nonverbale Feedback des Patienten zu ignorieren:**

Vor allem in der Anfangsphase einer psychotherapeutischen Behandlung kann dem Therapeuten leicht entgehen, dass das Patient-Therapeut-Verhältnis keineswegs so oder so gut ist, wie vom Therapeuten angenommen. Indirekte Beispiele solchen Feedbacks können sein, wenn der Patient Sitzungen versäumt, zu spät kommt, ständig auf die Uhr guckt, selber sein Mobiltelefon anlässt und bei Anrufen rangeht. Selbstverständlich auch die Sorgfalt oder Missachtung bei der Ausführung von „Hausaufgaben“.

**Fehler Nr. 25**

**Der Fehler des Therapeuten, verständnislos oder gar ärgerlich zu reagieren, wenn der Patient negatives Feedback gibt, speziell wenn der Patient den Therapeuten kritisiert ( identisch mit Fehler Nr. 39 und Fehler Nr.1 ):**

Sicher hat ein Psychotherapeut dabei die beste Gelegenheit, eigene Größe, Autorität und Beziehungsfähigkeit damit unter Beweis zu stellen, dass er souverän mit der Kritik des Patienten umgeht und dadurch nicht die Beziehung gefährdet.

Grundsätzlich sollte es jeden Psychotherapeuten aufhorchen lassen, wenn ein Patient ihn kritisiert. Allein weil dies ja Zeichen von Stärke und Selbstbewusstsein sind, die nicht grade sehr typisch für psychisch Kranke sind. Gewarnt sei besonders vor solchen Patienten, die hochgradig manipulativ sind und versuchen, durch systematisch abwechselndes Loben und Kritisieren den Therapeuten in den Griff zu bekommen und gefügig zu machen.

## **Kapitel VI**

### **Zur falsche Abgrenzung im Therapeuten-Patienten-Verhältnis:**

#### **Fehler Nr. 26**

##### **Der Fehler des Therapeuten, sich mit dem Patienten zu überidentifizieren:**

Etwas grob und provokativ ausgedrückt sollte gelten, dass ein Psychotherapeut sich außerhalb der Praxis und der Behandlungsstunde nicht mit seinen Patienten beschäftigt. Wenn er merkt, dass er noch abends an einen Patienten denkt, nachts etwa von ihm träumt, dann liegt zweifellos eine falsche Abgrenzung, eine unguete Identifizierung vor. Erst recht, wenn der Psychotherapeut ähnliche oder gleiche Symptome entwickelt, wegen denen die Patienten die Behandlung suchen.

Das Burn Out Syndrom ist zweifellos ganz besonders Folge einer schlechten Abgrenzung zum Patienten und dessen Schicksal. Dieser Fehler gehört deswegen schon nicht in diese Liste, weil es ein Fehler ist, mit dem sich der Therapeut selber, aber nicht unbedingt den Patienten fertig macht.

#### **Fehler Nr. 27**

##### **Der Fehler des Therapeuten, sich auf unangemessene körperliche Intimitäten einzulassen:**

#### **Fehler Nr. 28**

##### **Der Fehler des Therapeuten, sich zu rigide vom Patienten abzugrenzen:**

#### **Fehler Nr. 29**

##### **Der Fehler des Therapeuten, sich selber persönlich und privat dem Patienten gegenüber einzubringen und zu offenbaren (self disclosure):**

Was nur dann allerdings ein Fehler ist, wenn es zu früh und allgemein zum falschen Zeitpunkt geschieht, wenn es zu viel Raum einnimmt, wenn der Therapeut seine eigenen Gefühle nicht beherrscht und wenn die Selbstoffenbarung des Therapeuten thematisch nicht passt. Absolut unpassend bis untherapeutisch sind Selbstoffenbarungen, die vor allem eigene Stärken und Vorteile des Therapeuten beinhalten und dem Patienten vermitteln sollen, dass der Therapeut Krisen und Probleme besser beherrscht als der Patient.

Zu gut ausgewählten besonderen Anlässen kann und darf es sehr wohl angebracht sein, dass sich der Therapeut dem Patienten auch persönlich und privat offenbart. Dann ist Self Disclosure einer der schwierigsten, dabei aber auch potentesten Therapie-Instrumente, um Veränderungen beim Patienten zu erzielen.

Ein gutes Beispiel möchte ich selber beitragen: Therapeut und Patient sind etwa gleichen Alters und der Patient ist wegen sexueller Probleme gekommen. Dabei taucht die Frage auf, wie oft normaler Weise andere Menschen Sex haben? Dazu gab der Therapeut die dazu gehörigen wissenschaftlichen Erkenntnisse aus den Lehrbüchern bekannt. Dennoch fragte der Patient nach einem kurzen Grübeln: „Und darf ich Sie mal was Privates fragen: „Wie ist das denn bei Ihnen?“ Die Entscheidung, ob man als Therapeut eine solche Frage beantwortet oder nicht, ist sehr schwierig. An zwei Grundregeln könnte man sich halten:

1. Es muss zuvor ein stabiles vertrauensvolles Verhältnis zwischen Therapeut und Patient hergestellt sein. 2. Ein solches stabiles vertrauensvolles Verhältnis wird sich eher später als früher im Verlauf einer Therapie einstellen, d.h. dass **Self Disclosure** für den Anfang einer Therapie streng contra indiziert ist.

Vielleicht überflüssig zu sagen, dass bereits die Innenansicht des Arbeitsraums des Psychotherapeuten „Bände“ über den Therapeuten „spricht“. Angefangen mit dem Bild auf dem Schreibtisch. Zeigt es eine glückliche Familie? Zeigt es das Lieblingpferd? Gibt es überhaupt ein Bild auf dem Schreibtisch des Therapeuten? Weiter mit dem Mobiliar: Ist der Therapieraum eher dick mit Technologie und Apparaten oder eher mit Kunstwerken und Dekor gefüllt, z.B. wie bei der jahrzehntelang so beliebten buddhistisch-hinduistischen Kulisse.

## **Fehler Nr. 30**

### **Das Versäumnis, Regeln festzulegen für den Umgang mit einander außerhalb von Praxis und Therapiestunde:**

Jeder Psychotherapeut muss auf die Frage vorbereitet sein, ob er im Notfall auch privat und zu Hause erreichbar sei.

Jeder Psychotherapeut muss auf die Frage vorbereitet sein, ob er mit seinem Patienten einen Kaffee trinken geht oder lieber nicht. Jeder Psychotherapeut muss auf Absichten der Patienten vorbereitet sein, den Kontakt und die Beziehung auch nach der Therapie aufrecht zu erhalten. Um es hier kurz zu machen: Es gibt kein Leben außerhalb der Therapie und es gibt kein Leben nach der Therapie! Alles andere wäre von übel. Vor allem muss der Therapeut sich vor der Gefahr schützen, sich am Patienten auch außerhalb und nachträglich privat zu bereichern. Die Antwort ist einfach: Da der Therapeut in der Regel einer Psychotherapie eine Beziehung zum Patienten herstellt, die auf Abhängigkeit beruht, darf auf keinen Fall diese „Abhängigkeit“ missbraucht werden, um daraus etwa finanziellen oder anderweitigen Vorteil (z.B. Sex) zu ziehen. Die Regel heißt: Während der Therapie und nach der Therapie gibt es keinen privaten Kontakt. Auf immer und ewig!

**Kapitel VII****Wie man als Therapeut die Mitarbeit des Patienten (Compliance, Noncompliance) bei „Hausaufgaben“ verdirbt ( vgl. Überschneidung mit Kapitel IV):****Fehler Nr. 31**

**Der Fehler des Therapeuten, bei der Planung und Verabredung von Therapieübungen und Hausaufgaben den Patienten nicht angemessen mit einzubeziehen:**  
Weitgehend identisch mit den o.a. Fehlern Nr.2 und Nr.17,18 und 19!

**Fehler Nr. 32**

**Der Fehler des Therapeuten, den Patienten nicht richtig auf die Aufgaben und Übungen vorzubereiten:**

Selbstverständlich ist auch hier wichtig, den Patienten mit einzubeziehen. In der Zielsetzung genauso wie in der Ausführung. Das geht aber immer nur bis zu einem gewissen Grad: Im Zweifelsfall wird hier ein schriftlicher Vertrag, ein Therapievertrag, weiter helfen, der genau und präzise beschreibt, was gemacht werden soll und welche die Folgen des Vertragsbruchs sind.

In der vielfach angewandten und gut bewährten Konfrontationstherapie bei Angsterkrankungen kann der Therapeut von kaum etwas anderem ausgehen, als dass der Patient sich vor dieser Therapiestunde genauso fürchtet wie jemand, der zum Zahnarzt geht. Auch die für die Verhaltenstherapie typischen In Vivo Konfrontationsübungen werden immer angsterregend und deshalb beim Patienten unbeliebt sein.

Hier geht es um die Kunst, den Patienten für die Therapie zu gewinnen.

**Fehler Nr. 33**

**Das Versäumnis, Unterstützung von außerhalb zu arrangieren, um die Mitwirkung (Compliance) des Patienten an den Hausaufgaben zu steigern:**

Im einfachsten Fall gewinnt der Therapeut die Mitwirkung des Partners bzw. der Partnerin, der bzw. die den Patienten gewissermaßen ständig in den Augen behalten können. Ganz evident bei Suchtkranken und bei allen schädlichen Verhaltensweisen, die durch Selbstkontrollmethoden umlernen sollen.

**Kapitel VIII****Zur Kognitiven Therapie: Wie man schlechte Einstellungen noch schlechter macht.**

„Kein psychologisches Problem kann gelöst werden, kein helfender Prozess kann in Gang gesetzt werden, ohne Änderung von Meinungen und Einstellungen“ (D.Johnson,1980).

**Fehler Nr. 34****Das Versäumnis, den Patienten auf die Einstellungsänderung vorzubereiten:**

Oberste Grundregel: Nie versuchen, dem Patienten, wie man so schön sagt, etwas auszureden. Also auf keinen Fall Meinungsänderung erzielen wollen durch Frontalangriffe: Wer etwas hässlich oder ekelhaft findet (z.B. Sex), möchte sich nicht anhören müssen, wie schön und lecker es doch „in Wirklichkeit“ sei.

**Fehler Nr. 35****Der Fehler des Therapeuten, sich allein auf passives statt aktives Lernen zu verlassen:**

Einer der häufigsten Fehler dieser Art mag wohl leider auch in der Bequemlichkeit um nicht zu sagen Faulheit begründet sein, dass 1 Behandlungsstunde am „grünen Tisch“ in der Praxis für den Therapeuten weniger schwere Arbeit macht, als eine In-Vivo-Konfrontationsübung „vor Ort“. Ein weiterer Grund liegt daran, dass die Veränderung kognitiver Funktionen und Prozesse, hier als Einstellung bezeichnet, methodisch sehr schwierig ist.

Ein gutes Beispiel aus meiner eigenen beruflichen Erfahrung: Der Großteil der an Depressionen erkrankten Patienten wird psychotherapeutisch mit der sogenannten Kognitiven Therapie, auch Kognitive Verhaltenstherapie genannt, behandelt. Dabei spielt die Veränderung von Einstellungen eine besonders bedeutsame Rolle. Diese Einstellungsveränderung soll erreicht werden durch neuartige Verhaltensvorschläge („Hausaufgaben“), die zu positiven neuen Erlebnissen und Erfahrungen und am Ende zur gewünschten Einstellungsveränderung führen. Die allgemeine Erfahrung unter Psychotherapeuten ist aber, dass dies so nicht funktioniert. Ich meine zu wissen warum: Entscheidend wichtiger ist eine Vorgehensweise des Therapeuten, bei der er ausdrücklich und im Sinne des Behandlungsplans versucht, den Patienten zum Lachen zu bringen.

Welche Therapiestunde ist besser oder gar die einzig brauchbare: Die Stunde mit Beratung und Vorschlägen von alternativem Verhalten und der Verabredung von „Hausaufgaben“? Oder die Stunde, in der Patient und Therapeut spontan und authentisch herzlich über etwas lachen (wodurch auch immer provoziert)? Die selbstverständliche Antwort ist: Das Lachen in der Therapie, als Lachtherapie offiziell anerkannt, ist wichtiger. Die Verabredung von „Hausaufgaben“ ist aber ebenfalls unverzichtbar.

Dahinter steckt eine Thematik, die wirklich als schwer wiegende Fehlerquelle aufgedeckt werden müsste: Dass es tatsächlich möglich ist, innerhalb einer verhaltenstherapeutischen Vorgehensweise grundsätzliche Fehler zu begehen, die innere Indikation, nämlich die richtige Zuordnung der richtigen Einzel-Methode zur passenden Indikation. Da ist dann keineswegs die Frage: Ist hier Verhaltenstherapie grundsätzlich angebracht? Und: Welche Einzelmethode kommt in Frage? Das führt zu Konsequenzen, nämlich zu der Erkenntnis, dass klassisch konditioniert erworbene Symptome sich nur mit Methoden des Klassischen Konditionierens wieder lösen lassen. Und operant konditionierte Symptome nur mit Mitteln des Operanten Konditionierens. Denn wenn Schwartz und Flowers von passivem und aktivem Lernen reden, dann reden sie höchst wahrscheinlich im Kern von der richtigen Differenzierung von Klassisch Konditioniertem und Operant Konditioniertem. Alle weiteren nötigen Ausführungen bleiben hier aus Raumgründen unerwähnt.

**Fehler Nr. 36**

**Der Fehler nicht gut genug aufzupassen, was die Grundwerte und Grundeinstellungen des Patienten sind:**

Bei Themen, die Menschen und damit auch unseren Patienten „heilig“ sind, sollte man als Therapeut aufpassen, dass man nicht schon mit unbedachten, erst recht nicht mit bedachten Äußerungen den Patienten derart beleidigt, dass eine weitere Therapie ungut bis unmöglich wird. Sicher ist das heiligste Thema nach wie vor Religion. Es kann aber auch Politik sein oder ein Fußballverein, erst recht ein Fußballstar.

Ganz übel dran war da eine chilenische junge Frau, die einen Psychotherapeuten aufsuchte wegen ihrer Probleme mit ihrem türkischen Freund. Der Psychotherapeut war ein Psychoanalytiker. Zugegeben, nachdem ich die Therapie übernommen hatte, merkte ich bald, dass sich beide trotz Multikulti immer noch irgendwie landestypisch verhielten, was zum Problem natürlich beitrug. Chile ist kulturell spanisch stämmig. Und in Spanien ist zur Zeit eine schwangere Frau Verteidigungsministerin. Das sagt schon alles. Außer dass man sich natürlich noch fragen kann, ob in der Türkei eine schwangere Frau als Verteidigungsministerin möglich wäre.

Was mich allerdings wirklich erstaunte, war dass der zuerst aufgesuchte Analytiker es fertig brachte, die junge Chilenin direkt schon in der ersten Sitzung, zu welcher der türkische Freund mitgekommen war, mit frauenfeindlichen Bemerkungen zu beleidigen. Und ihn mit fremdenfeindlichen („Ja, sind Sie den dumm, mit einem Türken geht das niemals gut!“).

**Fehler Nr. 37**

**Der Fehler des Therapeuten, dem Patienten nicht überzeugend genug erklärt zu haben, dass Einstellungen („attitudes“) veränderbar sind:** Dieser Fehler ist mehr oder Weniger identisch mit Fehler Nr. 34!

Die Autoren lösen mit ihren Vorschlägen meines Erachtens leider nicht das Problem, wie Gedanken und Einstellungen verändert werden können. Wohl gemerkt, hier geht es um Gedanken und Einstellungen, und nicht um Verhalten. Solche Prozesse, die wir als kognitiv bezeichnen, sind sehr schwer beeinflussbar. Wir müssen auch erkennen, dass es eine große Bandbreite gibt von kognitiven Prozessen und Zuständen, die sich grob gesagt am Grad der Verfestigung von Denkmustern definieren und damit auch über die Erfolgsaussicht, ob Veränderung noch möglich oder nicht, mit entscheiden. Die Extremform von Verfestigung eines Denkmusters finden wir im sogenannten Vorurteil. Vorurteile sind automatisierte Denkmuster und so schwer beeinflussbar als seien sie angeboren.

**Kapitel IX****Wie man versäumt, Patienten zu konfrontieren:**

Die Autoren gehen davon aus, dass der Therapeut bei Diskrepanzen methodisch richtig so reagieren muss, dass er den Patienten konfrontiert.

Als solche Diskrepanzen gelten: a) zwischen dem, was der Patient jetzt sagt und was er früher gesagt hat; b) zwischen dem, was der Patient verbal und nonverbal ausstrahlt; und c) zwischen der Ansicht des Patienten und der des Therapeuten darüber, was das Problem ist und was geschehen muss.

### **Fehler Nr. 38**

#### **Der Fehler des Therapeuten, zu permissiv mit Nachlässigkeit und Widerstand von Patienten umzugehen:**

Hier wird es vor allem um die Erfüllung und Bewältigung der zuvor verabredeten „Hausaufgaben“ gehen und wie der Therapeut damit umgeht, wenn der Patient seine Hausaufgaben nicht macht oder nur teilweise macht. Hier muss meines Erachtens der Psychotherapeut sehr fein unterscheiden können, was wirklich aus Nachlässigkeit und was tatsächlich aus Unvermögen entsteht.

Die Botschaft des Fehlers Nr. 38 ist die, dass man als Therapeut nicht zu lieb und geduldig sein darf, erst recht nicht wenn es aus eigener Konfliktscheu kommt.

Die gegenteilige oder ergänzende Botschaft zum Thema Konfrontation ergeht aus dem folgenden Fehler Nr. 39 und ist eigentlich selbstverständlich, genauso wie der vorherige Fehler.

### **Fehler Nr. 39**

#### **Der Fehler des Therapeuten, aggressiv zu werden (vgl. Fehler Nr.25):**

Hier geht es um einen Vorgang, der in der traditionellen Psychotherapie als „Gegenübertragung“ bezeichnet wird. Gegenübertragungen müssen dem Psychotherapeuten bewusst sein und müssen kontrolliert werden. Unkontrollierte Gegenübertragungen müssen verhindert werden, vor allem aggressive. Das bedeutet: In der Regel darf ein Psychotherapeut nicht böse werden auf seinen Patienten. Auf keinen Fall darf er ihm Vorwürfe machen, auf keinen Fall darf er ihn beleidigen. Sogar auf seinem Recht zu bestehen, wäre falsch. Non Nocere ! Auf keinen Fall darf der Therapeut dem Patienten schaden. Zur Veranschaulichung ein Beispiel, das sich oft in den Anfangssitzungen abspielt, wenn der Therapeut merkt, dass ihm ein Patient unsympathisch ist. Daraufhin merkt der Patient, dass er dem Therapeuten unsympathisch ist, zumindest fürchtet er es. Deshalb erklärt der Patient dem Therapeuten, dass er nicht mit dessen Art als Therapeut zurechtkommt und sich lieber noch mal wo anders umsehen möchte. Daraufhin denkt sich der Therapeut seinen Teil und hält den Mund.

Und für den Fall, dass der Psychotherapeut doch mal seinen Mund nicht halten kann und seinem Patienten kritisch, grob oder böse kommen muss, empfehlen die Autoren Schwartz und Flowers eine witzige Methode (Seite 86 unten): Sie heben das Gespräch auf die Metaebene, die nur verbal und kognitiv ist und deshalb eher ohne Kränkung akzeptiert werden kann. Zum Beispiel so: „Zur Zeit habe ich das Gefühl, dass ich Ihnen am liebsten in den Hintern (wahlweise den Arsch) treten möchte!“ Eine solche Therapeutenaussage halte

ich in gut ausgesuchten Ausnahmen für möglich, grundsätzlich aber eher doch für falsch. Ich selber bevorzuge eine ähnliche Methode, wenn der grobe Hammer mal ran muss. Ich erzähle, dass ich jemanden kenne, der wiederum jemanden kennt, der neulich auf einer Party zu einem anderen Gast sagte: "Was Sie da grade gesagt haben, hat mir überhaupt nicht gefallen. Am liebsten würde ich Ihnen dafür in den Hintern treten!"

### Kapitel X

#### Wie man versagt, den Patienten vom Nutzen von begleitender medikamentöser Behandlung zu überzeugen:

##### **Fehler Nr. 40**

**Das Versäumnis des Therapeuten, den Patienten frühzeitig auf die eventuell nötige Medikamenteneinnahme z.B. mit einem Antidepressivum hinzuweisen:**

##### **Fehler Nr. 41**

**Das Versagen, auf die Bedenken und Sorgen des Patienten gegen Medikamente vorbereitet zu sein:**

### Kapitel XI

#### Wie man am besten nicht eine Psychotherapie beendet.

##### **Fehler Nr. 42**

**Das Versäumnis des Therapeuten, das Ende der Therapie anzusprechen:**

Der Rat der Autoren ist einfach und eindeutig. Ginge es nach ihnen, sollte eigentlich bereits in der Anfangsstunde das Thema Therapieende angesprochen werden. Und es sollten auch die genauen Umstände besprochen werden, unter denen korrekt beendet wird.

Ich frage mich, ob es überhaupt ratsam ist, zu Anfang einer Therapie bereits über das Ende zu sprechen

Ratsam ist allerdings sehr wohl, möglichst bereits zu Beginn einer Behandlung die Spielregeln festzulegen, u.a. eben auch sehr deutlich, was der Therapeut vom Patienten erwartet (vgl. Fehler Nr.4).

Vielleicht ist dies die wichtigste Regel, die der Therapeut gleich zu Anfang seinen Patienten klar machen sollte: Es gibt keinen einseitigen Therapieabbruch, weder vom Patienten noch vom Therapeuten. Es gehört zur notwendigen Vorabinformation, dass der Patient weiß, dass ein einseitiger Therapieabbruch von seiner Krankenkasse sanktioniert werden könnte. Und dass es immer zumindest noch ein Abschlussgespräch geben muss.

### Fehler Nr. 43

#### **Der Fehler des Therapeuten, das Ende der Therapie nicht richtig zu erkennen:**

Dieser Fehler hält sich in unserer deutschen Patientenversorgung in Grenzen alleine schon dadurch, dass psychotherapeutische Behandlungen von den Krankenkassen in Portionen von z.B. 25 Stunden, 45 Stunden oder 60 bis maximal 80 genehmigt werden und dass diese Portionen von Patienten wie Therapeuten meistens auch so eingehalten werden. Die Dauer einer psychotherapeutischen Behandlung richtet sich weit eher nach dieser Vorgabe als nach der Einschätzung des Therapeuten. Merkwürdig oder nicht: Die meisten Therapien gehen mit der letzten der bewilligten Stunden zu Ende und nicht etwa damit, dass der Patient irgendwann sagt: „Jetzt geht es mir wieder gut, jetzt bin ich wieder gesund!“ Und auch kaum je damit, dass der Therapeut den Patienten überzeugen muss, dass er gesund sei und zu gehen habe.

Viele alt eingesessene und berufserfahrene Psychotherapeuten sind von der leidigen Berichterstattung an den Gutachter beim Erstantrag befreit. Da offensichtlich grade für Psychotherapeuten das Schreiben von schriftlichen Anträgen ein Gräuel ist, versuchen die Befreiten gerne, ihre Patienten auch ja mit Ende der zunächst bewilligten gutachterfreien Kurzzeittherapie zu Ende zu therapieren. Damit der gefürchtete Umwandlungsantrag nicht geschrieben werden muss.

Das Ende einer Psychotherapie ist m.E. in der Regel eher schwer zu erkennen. Der Therapeut darf nur in den selteneren Fällen damit rechnen, dass objektive Parameter des Erfolgs, wie wenn z.B. eine Krankheitssymptomatik deutlich und zuverlässig weg ist, das Ende einer psychotherapeutischen Behandlung anzeigt. Ich selber halte es am liebsten mit folgender Vorstellung: Mit einer Psychotherapie schiebe ich den Patienten „nur“ an, in den richtigen Lauf zu kommen. Ich helfe beim Anlauf, laufe nie bis zum Ende mit. So bin ich auch ein Befürworter des Prinzips des „minimalen therapeutischen Aufwands“.

Ein ganz dummer Fehler wäre es, wenn ein Therapeut aus persönlichen Gründen, seien sie finanziell, erotisch oder anders begründet, seinen Patienten nicht aus der Therapie entlassen möchte und deshalb mit Tricks versucht, die Therapie künstlich in die Länge zu ziehen. Dies schafft ein Therapeut hauptsächlich damit, dass er dem Patienten Angst macht wegen seiner Erkrankung.

### Fehler Nr. 44

**Der Fehler des Therapeuten, die Therapie zu beenden, „nur“ um einen leidigen Patienten loszuwerden:** Hiermit werden schwierige Fragen aufgeworfen, wie man eben überhaupt von Anfang an verhindert, „leidige“ Patienten in Therapie zu nehmen. Der gute und geübte Therapeut sollte das Spektrum seiner „Gegenübertragungen“ kennen und in der Lage sein, ungute Konstellationen im Sinne von Übertragung und Gegenübertragung schon von Anfang an, d.h. am Telefon, im Vorgespräch oder in den probatorischen Sitzungen zu erkennen. Außerdem sollte in solchen Fällen eher an einen Therapeutenwechsel als an eine Beendigung der Therapie gedacht werden. Garde hier ist die Faustregel der Heilberufe zu beachten: Non Nocere! Auf keinen Fall darf dem Patienten geschadet werden.

### **Fehler Nr. 45**

**Der Fehler des Therapeuten zu glauben, dass auch Kurzzeittherapie hilft, nur weil die Krankenkasse nicht mehr zahlt:**

### **Kapitel XII**

#### **Wie man sich als Therapeut ein Burnout zuzieht:**

### **Fehler Nr. 46 bis 49**

**Die Fehler, die ein Therapeut begeht, ein Burnout zu erleiden:**

Diese Fehler lassen sich kurz zusammenfassen: Nr. 46) das Versäumnis, auf die eigene Gesundheit aufzupassen; Nr. 47) Das Versäumnis, Arbeit und Freizeit in guter Balance zu halten; Nr. 48) Das Versäumnis, den Arbeitsort, die Praxis menschlich und lebenswert zu gestalten; und Nr. 49) Der Fehler, sich fachlich überspezialisiert zu haben.

### **Kapitel XIII**

#### **Schlusswort:**

### **Fehler Nr. 50**

**Der Fehler des Therapeuten, die Selbstheilungskräfte des Patienten nicht zu nutzen:**

„As therapists, our greatest contribution may be to enhance our patients' belief in their own inner strengths, resources, and resilience“.

Dieser Fehler Nr.50 ist mehr oder weniger deckungsgleich mit dem o.a. Fehler Nr.13 und hier eher als programmatisches Schlusswort gedacht. Trotzdem hier wie bei Fehler Nr.13 das m.E. wichtigste Instrument des Therapeuten zur Stärkung der Selbstheilungskräfte: Loben, loben, loben! Im Jargon der Verhaltenstherapie: Verstärken!

Berlin, den 20.07.2008   gez. Dr.Hermann Wendt

