



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter [www.klett-cotta.de](http://www.klett-cotta.de)



Bernard Schwartz / John V. Flowers

# **Was Therapeuten falsch machen**

**50 Wege, Ihre Klienten zu vergraulen**

Aus dem Amerikanischen  
von Maren Klostermann

Mit einem Vorwort von Arnold A. Lazarus

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

Die Originalausgabe erschien unter dem Titel »How to Fail as a Therapist:  
50+ Ways to Lose or Damage Your Patients« im Verlag Impact Publishers Inc.,  
Atascadero, CA

© 2010 by Bernard Schwartz, John V. Flowers

Für die deutsche Ausgabe

© 2015 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle deutschsprachigen Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Umschlag: Roland Sazinger, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von © [tournee/fotolia.com](http://tournee/fotolia.com)

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI – Clausen & Bosse, Leck

ISBN 978-3-608-94582-9

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der

Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten

sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

# Inhalt

Vorwort .....	11
Einleitung .....	14
1 Die Unfähigkeit, unsere Grenzen als Therapeuten zu erkennen .....	19
<b>I Wie Sie schon scheitern, bevor die Therapie beginnt: Der Aufnahmeprozess .....</b>	<b>24</b>
2 Sie ignorieren die Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen des Klienten .....	25
3 Sie sprechen die Erwartungen des Klienten an die Therapie nicht an .....	29
4 Sie missachten die Stufe der Veränderung des Verhaltens ( <i>Stage of change</i> ) beim Klienten oder das Ausmaß seines Engagements .....	33
5 Sie vernachlässigen die früheren Therapieerfahrungen des Patienten .....	38
6 Sie erklären nicht, welche Erwartungen Sie hinsichtlich des therapeutischen Prozesses haben .....	40
7 Sie bereiten die Klienten nicht auf die vielfältigen Gefühle vor, die durch eine Therapie ausgelöst werden können .....	42
8 Sie fördern die Erfolgserwartungen des Klienten nicht .....	44
<b>II Wie Sie unvollständige psychologische Messungen durchführen .....</b>	<b>46</b>
9 Sie messen die psychologische Reaktanz nicht .....	46
10 Sie machen keinen ausreichenden Gebrauch von klinischen Messinstrumenten .....	49

11	Sie stellen die falschen Selbstdiagnosen des Klienten nicht in Frage .....	51
12	Sie ignorieren die Möglichkeit physiologischer Ursachen oder körperlicher Erkrankungen .....	54
13	Sie erkennen nicht, wie Ihre eigenen Annahmen die therapeutische Arbeit beeinflussen .....	56
<b>III Wie Sie die Beziehung zwischen Therapeut und Klient ruinieren .....</b>		<b>60</b>
14	Sie nehmen die Technik wichtiger als den Beziehungsaufbau	61
15	Sie vermitteln zu wenig Empathie und andere Zeichen der Unterstützung .....	64
16	Sie sind überzeugt, dass Empathie und bedingungslose positive Wertschätzung bedeuten, dass man den Klienten mögen muss .....	68
17	Sie holen kein Klienten-Feedback über das Arbeitsbündnis ein .....	71
18	Sie ignorieren das verbale und nonverbale Feedback des Klienten .....	75
19	Sie reagieren mit Abwehr auf negatives Feedback vom Klienten .....	76
<b>IV Wie Sie die Zusammenarbeit mit Klienten vermeiden</b>		<b>79</b>
20	Sie bestimmen einseitig über die Ziele der Therapie .....	79
21	Sie setzen in den ersten Sitzungen keine kooperativen Ziele fest .....	82
22	Sie beziehen den Klienten nicht in die Festlegung der Sitzungsagenden ein .....	84

<b>V</b>	<b>Wie Sie wissenschaftliche Erkenntnisse ignorieren ...</b>	<b>86</b>
23	Sie ignorieren die Daten .....	87
24	Sie achten auf den Boten und nicht auf die Botschaft .....	89
25	Sie erreichen theoretische Totenstarre .....	90
<b>VI</b>	<b>Wie Sie die Grenzen zwischen Therapeut und Klient falsch setzen .....</b>	<b>93</b>
26	Sie überidentifizieren sich mit dem Patienten .....	94
27	Sie lassen ein unangemessenes Ausmaß körperlicher Nähe zu .....	96
28	Sie setzen zu starre Grenzen .....	99
29	Sie neigen zu unangemessenen Formen der Selbstoffenbarung .....	101
30	Sie setzen keine Grenzen für Kontakte außerhalb der Sitzungen .....	103
<b>VII</b>	<b>Wie Sie sicherstellen, dass Ihre Klienten garantiert keine »therapeutischen Hausaufgaben« machen .....</b>	<b>106</b>
31	Sie legen die »außertherapeutischen« Aktivitäten einseitig fest .....	107
32	Sie bereiten den Klienten unzureichend auf die »Hausaufgaben« vor .....	110
33	Sie geben dem Klienten keine Backup-Unterstützung für eine aktive Mitarbeit .....	112
<b>VIII</b>	<b>Wie Sie negative Einstellungen verschlimmern .....</b>	<b>114</b>
34	Sie bereiten den Klienten nicht auf einen Einstellungswandel vor .....	116
35	Sie vertrauen auf passive Lernstrategien .....	118

36	Sie vernachlässigen die Grundüberzeugungen des Klienten .....	120
37	Sie erklären nicht, dass Einstellungen keine festen Charaktereigenschaften sind .....	122
<b>IX</b>	<b>Wie Sie Konfrontationen aus dem Weg gehen .....</b>	<b>125</b>
38	Sie reagieren passiv auf unproduktive Verhaltensweisen des Klienten .....	126
39	Sie reagieren auf aggressive oder unsensible Art .....	128
<b>X</b>	<b>Wie Sie Klienten dazu bringen, keine Medikamente zu nehmen .....</b>	<b>131</b>
40	Sie bereiten den Klienten im Vorfeld nicht auf die Möglichkeit einer medikamentösen Behandlung vor .....	132
41	Sie sind nicht auf Einwände, Bedenken oder Widerstände der Klienten gegen eine medikamentöse Behandlung vorbereitet .....	133
<b>XI</b>	<b>Wie Sie den Abschluss der Therapie in den Sand setzen .....</b>	<b>137</b>
42	Sie reden am Anfang nicht vom Ende .....	138
43	Sie halten das nötige Abschluss-Prozedere nicht ein .....	141
44	Sie verwechseln Beenden und Verlassen .....	143
45	Sie sind nicht darauf vorbereitet, sich mit der Mär von der zeitlich begrenzten Therapie (Time-Limited Therapy, TLT) auseinander zu setzen .....	145
<b>XII</b>	<b>Wie Sie als Therapeut ein Burnout erreichen .....</b>	<b>148</b>
46	Sie verlieren das eigene Wohlbefinden aus dem Blick .....	149
47	Sie sorgen nicht für ein ausgewogenes Verhältnis von Beruf und Freizeit .....	151

48	Sie ignorieren den »Wohlfühlfaktor« der Umwelt .....	152
49	Sie sind überspezialisiert .....	153
<b>XIII Wie Sie bei der Arbeit mit Kindern scheitern .....</b>		<b>155</b>
50	Sie vergessen, »das Dorf« in die Therapie von Kindern miteinzubinden .....	156
51	Sie sind überzeugt, dass man Kinder im Prozess der Behandlungsplanung »sehen, aber nicht hören sollte« .....	161
52	Sie reden zu viel in der Gesprächstherapie .....	164
53	Sie fangen zu früh an, starke Gefühle zu erforschen .....	169
54	Sie bringen die Kinder dazu, Ihnen nicht zuzuhören .....	172
55	Sie führen ein Verhör, kein Gespräch .....	174
56	Sie sind überzeugt, dass psychologische Tests für Kinder nicht geeignet sind .....	178
<b>XIV Ein abschließendes Wort: Die Kraft menschlicher Resilienz.....</b>		<b>183</b>
57	Die Kraft menschlicher Resilienz unterschätzen .....	183
<b>Anhang A Fragebogen zur Selbstbewertung des Therapeuten .....</b>		<b>187</b>
<b>Anhang B Psychologische Tests: Effektivität des Therapeuten .....</b>		<b>189</b>
<b>Anhang C Psychologische Tests: Klinische Probleme .....</b>		<b>206</b>
Empfohlene Literatur .....		208
Literaturverzeichnis .....		213
Die Autoren .....		220

# Vorwort

In der Wahrnehmung dessen, was zum Erfolg von Psychotherapie führt, gibt es einen »blinden Fleck«, von dem man in Graduiertenprogrammen oder an medizinischen Hochschulen fast nie etwas erfährt. Überhaupt findet dieser Schwachpunkt kaum einmal Erwähnung. Die Hauptlehrpläne in Psychologie, Psychiatrie, psychologischer Beratung oder Sozialarbeit konzentrieren sich auf verschiedene Theorien, Forschungsmethoden, Beurteilungsinstrumente, psychometrische Verfahren, Beratungsmethoden und klinische Techniken, aber haben wenig anzubieten, wenn es um wesentliche therapeutische Entscheidungen geht: Der Kunst der Gesprächsführung und dem erfolgreichen Umgang mit kleineren Fehlern oder Schnitzern, die eine Beziehung belasten können, wird nicht genug Aufmerksamkeit geschenkt.

Ich habe aufgehört zu zählen, wie viele brillante Hochschulabsolventen jahrelang studiert und in allen Kursen glänzende Noten erzielt, aber überhaupt keine Vorstellung davon haben, wie sie mit einem Klienten reden sollen. Sie eignen sich für die Untermauerung ihrer Grundannahmen ein ungeheuer umfangreiches Faktenwissen an, kennen sich in den Schriften unzähliger Experten aus, sind voll bis oben hin mit Meinungen und Überzeugungen, vor allem nachdem sie stundenlang Filme über angebliche Meistertherapeuten gesehen haben, doch was die Feinheiten des Klientenumgangs betrifft, klaffen riesige Wissenslücken. In panischem Tonfall fragen sie: »Wie fange ich das Gespräch an?« oder »Gibt es irgendwelche guten Methoden, um das Eis zu brechen?« Bernard Schwartz und John Flowers füllen diese Lücken auf fesselnde Weise mit zahlreichen Hinweisen, Strate-

gien und präzisen Interventionen, die hauptsächlich auf Forschungsergebnissen über therapeutische Effektivität und eigenen praktischen Erfahrungen beruhen.

Ich schaudere, wenn ich an das Jahr 1960 zurückdenke, als man mir als frischgebackenem Ph. D. in klinischer Psychologie die Kompetenz und Qualifikation zur Eröffnung einer privaten Praxis bescheinigt hatte und ich voller Tatendrang meine neu eingerichteten Behandlungsräume betrat, um mich der Menschen anzunehmen, die psychotherapeutische Hilfe brauchten. Wenn ich heute mit der Urteilskraft, die sich auf über vierzig Jahre Erfahrung stützt, zurückblicke, ist mir klar, dass ich damals im Grunde null Ahnung hatte. Die trockenen akademischen Knochen, die ich gesammelt hatte, oder die intellektuellen Hürden, die ich – bildlich gesprochen – übersprungen hatte, um dorthin zu gelangen, halfen mir im Behandlungszimmer herzlich wenig. Der vielleicht beste Rat, den ich erhielt, kam von einem Supervisor während meiner Assistenzzeit an einer Tagesklinik in London. »Sei du selbst«, sagte er, »aber überprüfe deine Gefühle«. Mit anderen Worten: Folge nicht sklavisch irgendeiner Theorie, kleb nicht am Buchstabenlaut; vertrau deiner Intuition, aber nicht ohne sie in Frage zu stellen, und vergiss nicht, dein Hirn einzuschalten.

Als ich die Druckfahnen dieses Buches las, fragte ich mich, wie es sich wohl auf meine Laufbahn ausgewirkt hätte, wenn ich 1960 eine Ausgabe davon erhalten hätte. Sicherlich hätte es mein therapeutisches Repertoire fast augenblicklich erweitert und mir erspart, dass ich viele Fähigkeiten, therapeutische Taktiken und Antworten auf klinische Probleme im Laufe vieler Jahre auf die harte Tour – durch Versuch und Irrtum – lernen musste. Es hätte mich befähigt, einen Kurs einzuschlagen, durch den ich viele Hindernisse umgangen und viele Fallstricke vermieden hätte. Und dasselbe gilt noch heute – dieses Buch präsentiert dem Leser schwer fassbare Stückchen therapeutischen Wissens auf einem Silbertablett. Nicht, dass ich mit allem in diesem Buch einverstanden wäre. Doch das ist das Beste daran – es regt zum Denken an! Und die Autoren selbst haben offenkundig jede Menge kreativer Denkarbeit geleistet, sehr viel gelesen und

experimentiert, um ein so hilfreiches Buch hervorbringen zu können. Wenn Sie Menschen behandeln, coachen oder beraten oder in der klinischen Supervision arbeiten, wird es Ihre Arbeit um vieles leichter und wirkungsvoller machen.

Arnold A. Lazarus, Ph. D., ABPP

Distinguished Professor Emeritus of Psychology, Rutgers University  
Executive Director of the Lazarus Institute, Skillman, New Jersey

# Einleitung

*In einem kürzlich erschienenen Buch wurden »Meistertherapeuten« gebeten, ein Beispiel für einen therapeutischen Fehler zu nennen, den sie in ihrer Laufbahn gemacht hätten. Ein renommierter Therapeut räumte ein, dass es nahezu unmöglich sei, nur ein einziges Beispiel zu nennen, da er jeden Tag zahlreiche Fehler mache.*

*W. Glasser (2002)*

*Je nachdem, welche Studie man liest, kommen zwischen 20 und 57 Prozent der Patienten nach der ersten Sitzung nicht wieder zur Therapie zurück. Weitere 37 Prozent brechen nach der zweiten Sitzung ab.*

*D. W. Cross und C. E. Warren (1984)*

Also eine hohe Zahl von Therapieabbrechern einerseits und ein häufiges Vorkommen von Therapeutenfehlern andererseits ... Man braucht keinen Dokortitel in klinischer Psychologie, um einen Zusammenhang zwischen diesen beiden Faktoren zu vermuten. Tatsächlich geben Klienten häufig die Unzufriedenheit mit ihrem Therapeuten als Grund für eine vorzeitige Beendigung der Therapie an (Acosta, 1980; Cross & Warren, 1984; Hynan, 1990). Außerdem zeigen Klienten, die früh abbrechen, schlechte Behandlungsergebnisse, nehmen das psychosoziale Gesundheitswesen überdurchschnittlich stark in Anspruch und demoralisieren Therapeuten. Das ergibt schon

ein recht schönes Flussdiagramm – von Klientenunzufriedenheit zu Therapieabbruch, zu schlechten Ergebnissen und zu demoralisierten Therapeuten, die möglicherweise selbst eine Therapie brauchen ...

Noch schlimmer – laut einer Follow-up-Studie über Klienten, die die Therapie einseitig beendeten (der englische Fachausdruck lautet *unilateral terminator*), hatten die meisten Therapeuten keine Ahnung, warum ihre Patienten die Therapie abgebrochen hatten, oder hielten sie für zufriedene Aussteiger. Ihre Klienten hingegen konnten ganz konkrete »therapeutische Fehler« oder Defizite beschreiben, zum Beispiel, dass sie sich beim Gespräch mit dem Therapeuten unwohl fühlten (Hynan, 1990). Daraus lässt sich schließen, dass wir Therapeuten genauso talentiert in Sachen Verleugnung, Selbsttäuschung und Rationalisierung (je nach Denkschule) sind wie unsere Klienten.

Jetzt die gute Nachricht (Therapie soll schließlich optimistisch sein): Es gibt eine Reihe von gut erforschten Strategien, die erwiesenermaßen die Abbruchraten senken und positive Behandlungsergebnisse fördern. Einer Untersuchung zufolge resultierte zum Beispiel ein simpler Telefonanruf, mit dem der Therapeut den ersten Termin des Klienten bestätigte, in einem Rückgang der Abbruchrate um zwei Drittel. Leider ist es häufig arbeitsintensiv, die relevanten Forschungsergebnisse ausfindig zu machen und auszuwerten, weil sie über die gesamte Literatur verstreut sind – ein Zeitschriftenartikel hier, ein Buchkapitel dort. Und leider messen die meisten psychosozialen Fachkräfte, ob mit oder ohne Dokortitel, dem Lesen von Forschungsliteratur einen sehr geringen Stellenwert bei.

Von daher bestand eine Hauptaufgabe bei der Abfassung dieses Buches darin, die umfangreichen Arbeiten, die sich mit der therapeutischen Wirksamkeit befassen, zu sammeln, zu ordnen und zusammenzufassen. Wir sind zutiefst überzeugt, dass Behandlungsentscheidungen auf den besten verfügbaren Forschungsergebnissen basieren sollten. Allzu oft ist dies in der Vergangenheit nicht der Fall gewesen. So sind etwa während des letzten Jahrhunderts einige recht »berühmte« Experten zu dem Schluss gekommen, dass Mütter für

eine Fülle psychischer Störungen bei Kindern verantwortlich seien: Autismus wurde angeblich durch distanzierte »Kühlschrank«-Mütter verursacht, Asthma durch Mütter, die ihre Kinder »ersticken«, und Schizophrenie durch Mütter, die »Double-bind«-Botschaften aussenden.

Diese Ideen entbehrten jeglicher wissenschaftlicher Untermauerung und beruhten allein auf persönlicher Erfahrung, dem guten alten »gesunden Menschenverstand« und einer ordentlichen Portion Größenwahn – mit dem Ergebnis, dass zahllose Eltern jahrzehntelang unter unnötigen Schuldgefühlen litten, bis die Forschung die physiologischen Ursachen dieser und einer Reihe anderer psychischer Störungen aufdeckte.

Wir beginnen unsere Exploration der »50+« häufigsten therapeutischen Fehler, indem wir uns den frühen Phasen der Therapie zuwenden. In Teil I, »Wie Sie schon scheitern, bevor die Therapie beginnt: Der Aufnahmeprozess«, befassen wir uns damit, dass Therapeuten es häufig versäumen, die Erwartungen ihrer Klienten zu untersuchen, und legen dar, warum dies zu negativen therapeutischen Ergebnissen führt. In Teil II, »Wie Sie unvollständige psychologische Messungen durchführen«, erörtern wir oft übersehene klinische Faktoren wie die »psychologische Reaktanz« des Patienten, die von großer Bedeutung für Behandlungsentscheidungen sind.

Einer der am besten erforschten Bereiche in der Psychotherapie betrifft den Aufbau des therapeutischen Bündnisses, einer »Arbeitsallianz« zwischen Therapeut und Klient. In Teil III, »Wie Sie die Beziehung zwischen Therapeut und Klient ruinieren«, und Teil IV, »Wie Sie die Zusammenarbeit mit Klienten vermeiden«, untersuchen wir die therapeutischen Fehler, durch die viele Klienten sich unbeachtet oder vernachlässigt fühlen, obwohl der Therapeut sich alle Mühe gibt, Wärme und Empathie zu zeigen. Außerdem beschreiben wir verbreitete Fehler, die dem Beratenden unterlaufen, wenn er ein Feedback vom Klienten über die therapeutische Beziehung einholen will und darauf reagiert. In Teil V, »Wie Sie wissenschaftliche Erkenntnisse ignorieren«, identifizieren wir verschiedene Faktoren, die

Therapeuten davon abhalten, sich auf wissenschaftlich erforschte Behandlungsleitlinien zu stützen. Teil VI, »Wie Sie die Grenzen zwischen Therapeut und Klient falsch setzen«, befasst sich mit Fehlern bei der Grenzsetzung wie zum Beispiel Überidentifikation oder Verschmelzung mit dem Patienten, zu starren Grenzen oder unangemessenen Selbstenthüllungen seitens des Therapeuten.

In den Teilen VII bis XI untersuchen wir therapeutische Schnitzer, die während des eigentlichen Behandlungsprozesses auftreten. Dazu gehören: »Wie Sie sicherstellen, dass Ihre Klienten garantiert keine ›therapeutischen Hausaufgaben‹ machen«, »Wie Sie negative Einstellungen verschlimmern«, »Wie Sie jede Konfrontation beim Umgang mit Klienten vermeiden«, »Wie Sie Klienten dazu bringen, keine Medikamente zu nehmen«, und »Wie Sie den Abschluss der Therapie in den Sand setzen«.

Teil XII, »Wie Sie als Therapeut ein Burnout erreichen«, beschreibt die »innere Welt« des Therapeuten und die Notwendigkeit angemessener Selbstfürsorge für Angehörige helfender Berufe. Therapeuten vertiefen sich mitunter so sehr in das Leben anderer, in ihre »Hoffnungen, Vorstellungen, Ziele, Erwartungen, Leiden, Ängste, Verzweiflung und Wut ...« (Skovholt, 2011), dass sie die eigenen Bedürfnisse aus dem Blick verlieren. Und ohne angemessene Selbstfürsorge ist es unwahrscheinlich, dass Therapeuten so geduldig, fördernd und positiv sind, wie sie sein sollten. Wie Carl Rogers, der Vater der humanistischen Psychologie, am Ende seiner Berufslaufbahn sagte: »Ich habe für andere immer besser gesorgt als für mich selbst und mich mehr um andere gekümmert als um mich selbst. Aber in den letzten Jahren habe ich da doch Fortschritte gemacht« (Rogers, 1995).

Teil XIII, »Wie Sie bei der Arbeit mit Kindern scheitern«, befasst sich mit den sieben häufigsten Irrtümern in der therapeutischen Arbeit mit Kindern. Wie bei Erwachsenen ist auch die Abbruchrate bei Kindern (und ihren Eltern) extrem hoch, was die Tatsache widerspiegelt, dass Kinder einer Therapie in der Regel skeptisch gegenüberstehen, psychologischen Beratern mit Misstrauen begegnen und nicht über persönliche Angelegenheiten sprechen wollen. Von daher

besteht die vordringlichste Aufgabe für den Therapeuten darin, sich selbst von den anderen »Erwachsenen« zu unterscheiden, die Kindern immer sagen, was sie tun und wie sie denken sollen.

In dem Kapitel »Sie reden zu viel in der Gesprächstherapie ...« konzentrieren wir uns schließlich auf den häufigsten Fehler, den wir bei der Supervision von Therapeuten beobachtet haben. Kinder sind eher »Macher« als »Redner«, und das gilt insbesondere, wenn man versucht, sie zum Reden über Dinge zu bewegen, über die sie nicht reden wollen – schlechtes Benehmen, traumatische Erlebnisse, peinliche Erfahrungen. Deshalb stellen wir in diesem Abschnitt einige unserer liebsten »unkonventionellen« Interventionen vor, die eher aufs Handeln als aufs Reden ausgerichtet sind.

In Teil XIV zeigen wir, wie wichtig es ist, die Kraft der menschlichen Resilienz zu erkennen. Wenn Menschen eine Krise durchlaufen, haben Therapeuten sehr häufig instinktiv das Gefühl, dass eine Krisenintervention erforderlich ist. Demgegenüber haben jedoch einige jüngere Untersuchungen gezeigt, dass Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen die Probleme verschlimmern kann. Als Therapeuten müssen wir erkennen, dass die meisten Menschen die Herausforderungen des Lebens gut bewältigen, wenn man ihnen den Raum lässt, um ihre eigenen inneren Heilungskräfte zu aktivieren.

Im Zusammenhang mit therapeutischen Fehlern beschrieb Arnold Lazarus, einer der wichtigsten Erneuerer auf dem Gebiet, seine Arbeit mit Postdoktoranden: »Wir diskutieren häufig die groben Schnitzer, die uns unterlaufen sind, warum wir sie nicht verheimlichen sollten und was wir aus diesen Fehlern lernen können« (Lazarus, 2002). Leider sind viele Therapeuten nicht bereit, ihre Fehlbarkeit zu akzeptieren, geschweige denn darüber zu reflektieren. Deshalb stellen wir zum Schluss dieser Einleitung den unserer Ansicht nach größten und fundamentalen therapeutischen Fehler vor, nämlich die Unfähigkeit, unsere Grenzen als Therapeuten zu erkennen. (Auf jeden in diesem Buch beschriebenen therapeutischen Fehler folgt ein Abschnitt mit dem Titel: »Den Fehler vermeiden«, der praktische Strategien zur Verbesserung der therapeutischen Wirksamkeit aufzeigt.)

## Fehler Nr. 1

### Die Unfähigkeit, unsere Grenzen als Therapeuten zu erkennen

*Erkenne deine Grenzen oder sie werden dich tyrannisieren.*

M. Cooley (1996)

*Unser Ego zu bändigen ist eine Herausforderung, die viele von uns nie ganz meistern werden. Angesichts unserer Diplome, Titel und sorgsam eingerichteter Gremien und Kammern fällt es uns schwer, uns selbst nicht zu wichtig zu nehmen.*

J. Kottler (2003)

Nachdem wir jahrelang studiert, umfassende Examen abgelegt, Supervision durchlaufen und sämtliche Zulassungsprüfungen bestanden haben, um im psychosozialen Gesundheitswesen zu arbeiten, haben wir verständlicherweise das Gefühl, dass wir alle Antworten auf therapeutische Fragen kennen (oder kennen sollten) – dass uns keine Fehler unterlaufen dürfen. Wenn dann Patienten Zweifel an den Fortschritten der Therapie äußern oder – schlimmer noch – wenn sie abrechen oder ihr Zustand sich unter unserer Obhut verschlechtert, besteht die Angewohnheit, die Verantwortung für einen möglichen – therapeutischen – Fehler weit von sich zu weisen. Es ist leichter, mit dem Finger anderswohin zu deuten: »Vielleicht waren die Probleme zu gravierend; der Patient war zu einer Veränderung noch nicht bereit oder willens; das Problem hatte physiologische Ursachen«. Diese Erklärungen, auch wenn teilweise zutreffend, schützen uns davor, uns auf einen Prozess der Selbstreflexion einzulassen und genau nachzuforschen, was in einem konkreten Fall falsch gelaufen ist.

Es ist zweifellos leichter für Therapeuten, die Schuld für die hohe Abbruchrate so weit wie möglich von sich zu schieben. Doch es gibt ein ärgerliches Faktum, das stark darauf hindeutet, dass zumindest

ein Teil der Verantwortung beim Therapeuten liegt, nämlich die Tatsache, dass einige von uns wesentlich besser darin sind, ihre Klienten lange genug in der Therapie zu halten, um ihnen zu helfen. Diese Therapeuten müssen irgendetwas anders machen als diejenigen, bei denen ein höherer Prozentsatz der Klienten vorzeitig das Weite sucht. Auf einem Seminar, bei dem diese Information präsentiert wurde, widersprach ein Teilnehmer: »Vielleicht sind die Therapeuten mit niedrigen Abbrecherzahlen von vornherein wählerischer, wenn es darum geht, wen sie annehmen« – mit anderen Worten, sie nehmen nur Klienten, mit denen sich leichter arbeiten lässt. Netter Versuch, aber es gibt keine Daten, die diese These stützen. Die Liste möglicher Rationalisierungen für die Gründe, aus denen wir Klienten verlieren, ist offenbar endlos. Unserer Ansicht nach liegt ein wesentlicher Grund für die niedrigen Abbruchraten bei einigen Therapeuten darin, dass sie ihre Grenzen und ihre Fehlbarkeit bereitwilliger akzeptieren:

Eine Gruppe angehender Psychotherapeuten wurde aufgefordert, einen Fall zu beschreiben, bei dem einer ihrer Klienten die Therapie frühzeitig beendete – bevor das Problem, für das er Hilfe gesucht hatte, gelöst war. Einer schilderte den Fall eines Zehnjährigen, der von seinem Lehrer überwiesen worden war, weil der Junge nach der Trennung seiner Eltern sehr niedergeschlagen wirkte. Während der ersten Sitzung fragte der Praktikant seinen jungen Klienten, wie sich die Trennung auf ihn auswirke. Der Junge reagierte sehr emotional und versuchte, das Thema zu wechseln. Als der Praktikant hartnäckig weiterbohrte, stand der Junge auf, es flossen Tränen, und er weigerte sich anschließend, noch einmal zur Therapie zu gehen. Der Supervisor reagierte auf die Fallbeschreibung, indem er hervorhob, wie wichtig es sei, dass Therapeuten während der ersten Sitzungen sehr vorsichtig vorgehen, insbesondere, wenn sie schwieriges Material zu entlocken versuchen. Noch ehe der Supervisor in seinen Ausführungen sehr weit gekommen war, unterbrach ihn der Nachwuchstherapeut:

»Ich bespreche diesen Fall bereits mit meinem anderen Supervisor«, erklärte er. »Es ist besser, wenn ich nur von einer Seite Input dazu erhalte« – womit er klar zum Ausdruck brachte, dass er sich nicht mit der Möglichkeit auseinander setzen wollte, dass er den Fall vielleicht nicht so vorsichtig behandelt hatte, wie er es hätte tun sollen.

Dieses Buch geht von der Voraussetzung aus, dass wir alle bei unserer Arbeit mitunter die Erfahrung des Scheiterns machen. Einige Patienten werden die Therapie unerwartet abbrechen, andere werden sich zu Recht über mangelnde Fortschritte beklagen, wieder andere werden uns vor Rätsel stellen. Vielleicht kommen wir auch zu spät zu einer Sitzung, machen einen Fehler bei der Rechnungsstellung oder vergeben eventuell sogar denselben Termin an zwei verschiedene Klienten. Es führt scheinbar kein anderer Weg an unserer Fehlbarkeit vorbei, als sie zu verleugnen – und wir als Therapeuten wissen, welche Folgen das hat.

Unsere Fehlbarkeit zu akzeptieren hat mehrere positive Effekte. Es lässt uns bescheiden bleiben, weil es uns daran erinnert, dass wir nicht alle Antworten kennen. Die Wahrnehmung unserer Schwächen kann uns auch dazu motivieren, unsere Fähigkeiten zu verbessern, indem wir uns auf dem neuesten Stand der Forschungsliteratur halten, uns mit Kollegen beraten und an Workshops teilnehmen, und zwar weil wir wissbegierig sind, nicht nur um Fortbildungspunkte zu sammeln. Die Akzeptanz befreit uns zudem von mehreren Belastungen: Wir müssen uns nicht länger komplizierte Ausreden für Schnitzer ausdenken (der Klient oder die Umstände sind schuld), wir müssen uns nicht mehr mit Schuldgefühlen herumplagen (wir müssen nicht perfekt sein) und wir können unsere Fehler vor uns selbst, vor Kollegen und Klienten eingestehen.

## Den Fehler vermeiden

1. Nutzen Sie das »Scheitern« als Chance, um Ihre therapeutischen Fähigkeiten auszufeilen. Arnold Lazarus hat geschrieben, dass er, wenn Klienten die Therapie vorzeitig abbrechen, nicht darüber spekuliert, warum sie dem Heer »der Entschwundenen« beigetreten sind. Stattdessen schickt er ihnen einen freundlichen Brief und bietet ihnen an, noch einmal zu einer kostenlosen Beratung zurückzukommen, um darüber zu sprechen, welche Aspekte der Therapie hilfreich waren und welche nicht. Außerdem betont Lazarus, wie wichtig es ist, die eigenen Fallnotizen regelmäßig zu überprüfen, um zu erkennen, welche Klienten gute Fortschritte zu machen scheinen und welche nicht. Das gibt uns Gelegenheit, über die schwierigeren Fälle nachzudenken und nach Möglichkeiten zu suchen, um die Behandlungspläne entsprechend abzuwandeln.
2. Setzen Sie dieselben kognitiven Interventionen bei sich selbst ein, die Sie bei einem Klienten anwenden würden. Wenn ein Klient zum Beispiel die Therapie vorzeitig beendet, fühlen Sie sich anfangs vielleicht schrecklich. Sie könnten Ihre »Abbrecherrate« jedoch mit der Norm vergleichen, die, wie schon erwähnt, bis zu 50 Prozent erreichen kann. Wenn Sie alle Daten berücksichtigen, Ihre Misserfolge ebenso wie Ihre Erfolge, werden Sie hoffentlich feststellen, dass Ihre Erfolgsrate besser als der Durchschnitt ist. Wenn nicht, dann wäre es vielleicht gut, wenn Sie eines oder mehrere der Selbsteinschätzungs-Tools anwenden, die in diesem Buch beschrieben werden. Mit Hilfe dieser Beurteilungsinstrumente, die im nächsten Abschnitt besprochen werden, können Therapeuten bestimmte Problembereiche ermitteln, die bekanntermaßen positiven therapeutischen Ergebnissen entgegenwirken.
3. Informieren Sie einen guten Kollegen, wenn Sie das Gefühl haben, einen Fehler bei einem Klienten begangen zu haben. Die Preisgabe eigener Schwächen wird mit der Zeit leichter und reduziert deren Macht, und Sie werden feststellen, dass Ihre Ehrlichkeit und Selbstreflexion Ihnen den Respekt Ihrer Kollegen einbringen.

4. Denken Sie an die Maxime von Carl Gustav Jung: »Perfektion ist der Feind des Guten.« Um einem perfektionistischen Denken entgegenzuwirken, wenn es um Fehler geht, fragen Sie sich selbst: »Was wird aufgrund dieses Fehlers höchstwahrscheinlich geschehen?« Sie können auch Arnold Lazarus' »Sechsmonatsregel« anwenden, indem Sie sich selbst fragen: »Werde ich mich in sechs Monaten überhaupt noch an dieses Ereignis erinnern?«

Als wir die Literatur über die Eigenschaften von »Meistertherapeuten« gesichtet haben, haben wir festgestellt, dass ein Merkmal, das sie offenbar teilen, eine gewisse Bescheidenheit ist – die Anerkennung der eigenen Grenzen. Wie ein angesehener Therapeut es formulierte: »Schlechte Therapeuten wissen nicht, was sie *nicht* wissen« (Jennings, Sovereign & Bottorf, 2005). Wir hoffen, dieses Buch wird als Erinnerung daran dienen, dass unsere Entwicklung nie abgeschlossen, sondern immer noch »in Arbeit« ist.

## KAPITEL I

# Wie Sie schon scheitern, bevor die Therapie beginnt: Der Aufnahmeprozess

*Je weniger wir während des therapeutischen  
Prozesses in diagnostischen Kategorien und Etiketten  
denken, desto besser.*

*I. Yalom (1997)*

Ein unvollständiges Einführungsgespräch mit dem Klienten ist eine der sichersten Methoden, um die therapeutische Effektivität zu verringern. In unserer Zeit der kassenärztlichen »Durchschleuse«-Therapie stehen Kliniker häufig unter dem Druck, sofort zur Sache zu kommen und die Probleme, mit denen der Klient vorstellig wird, umgehend zu lösen. Viele Klienten, die wir sehen, werden wegen vermeintlich klar erkennbarer Schwierigkeiten überwiesen – Defizite bei den elterlichen Fähigkeiten, im Umgang mit Wut, Drogenmissbrauch oder verarmte soziale Beziehungen – Problemlagen, die relativ eindeutig scheinen. Nachdem wir die erforderlichen entwicklungsbezogenen und klinischen Hintergrundinformationen gesammelt haben, stürzen wir uns auf das Problem und bieten dem Klienten angemessene, bewährte Interventionen, therapeutische »Hausaufgaben«, Lesestoff und eine Liste mit den relevanten Unterstützungsgruppen.

Leider resultiert dieses überstürzte Handeln allzu häufig in sehr schlechten therapeutischen Ergebnissen für die Patienten. Tatsächlich haben Untersuchungen gezeigt, dass nur zwanzig Prozent der

Klienten, die sich in Behandlung begeben, zu einer handlungsorientierten Therapie zur Inangriffnahme ihrer Probleme bereit sind. Interveniert man bei seinen Klienten, ohne diesen Umstand zu berücksichtigen, beträgt die Erfolgsrate lediglich sechs Prozent. Was müssen wir also sonst noch über Klienten wissen, abgesehen von ihrer klinischen Vorgeschichte und einer Beschreibung des »Wer, Was, Wann und Wo« des dargestellten Problems? In diesem Teil untersuchen wir einige Bereiche, die Kliniker häufig nicht berücksichtigen, wenn sie einen Behandlungsplan erstellen, die jedoch zu einem vollständigen und umfassenden Aufnahmeprozess dazugehören sollten.

## Fehler Nr. 2

### **Sie ignorieren die Stärken, Fähigkeiten und Ressourcen des Klienten**

Auf dem Gebiet der Psychotherapie ist der Begriff »die Bibel« zu einem Synonym für die Publikation mit dem Titel *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (Text Revision) (DSM-IV-TR)* geworden. Dieses ultimative Handbuch psychischer Störungen wurde erstmals 1952 veröffentlicht. Seither hat das *DSM-IV-TR* zahlreiche Überarbeitungen erfahren (vier umfassende und mehrere kleinere Revisionen) und ist um neue diagnostische Kategorien erweitert worden (zum Beispiel Schlafstörungen). Außerdem hat es im Laufe der Jahrzehnte ordentlich an Umfang gewonnen und ist von ursprünglich 138 Seiten auf mehr als 800 in seiner jüngsten Bearbeitung angewachsen.

Zur Zeit muss jeder Studierende der Bereiche Psychiatrie, Psychologie, Sozialarbeit oder psychologische Beratung das *DSM-IV-TR* praktisch auswendig lernen. Von daher haben die Vertreter unseres Fachgebietes ihre Wissensgrundlagen in Bezug auf Diagnosekriterien, Demographie und Prognostik bei psychischen Störungen erheblich erweitert. Leider hat dieser Fortschritt auch eine Kehrseite. Er hat zu einer Überbetonung des Pathologischen und dem nahezu gänz-

lichen Ausschluss all dessen geführt, was an Gesundheit, Resilienz und Fähigkeit in unseren Klienten steckt.

Parallel zur zunehmenden Differenzierung der Diagnose- und Beurteilungsbereiche entwickelte sich auch eine alternative Sichtweise des menschlichen Potenzials. Theoretiker wie Carl Rogers, Abraham Maslow und Victor Frankl gehörten zu den frühesten geistigen Vätern eines Ansatzes, bei dem man den Klienten eher ganzheitlich betrachtet, über die Pathologie hinausblickt und das menschliche Vermögen ins Auge fasst. Milton Erickson, der in seinen Arbeiten das Gewicht auf die Stärken des Klienten legte, zählte zu den Wegbereitern dieser neuen Herangehensweise.

Andere Kliniker und Forscher sind Ericksons Beispiel gefolgt und haben die Idee aufgegriffen, dass man die Stärken des Klienten als Ressource in der Behandlung psychischer Probleme nutzen könnte. Die narrative Therapie vermeidet den exklusiven Fokus auf Probleme und Pathologisches und erforscht stattdessen alternative Geschichten der Klienten – Situationen, in denen sie gesunde, produktive Verhaltensweisen gezeigt haben und nicht die üblichen kontraproduktiven Reaktionen.

In dem Buch *Narrative Counseling in Schools* (Winslake & Monk, 2006) verhilft eine alternative Geschichte einem Kind zu der Entdeckung, dass sein häufiges schlechtes Benehmen einfach eine von vielen Seiten seiner Persönlichkeit ist.

Ryan wurde von seinen Lehrern als »unverbesserlich« beschrieben. Er verbrachte genauso viel Zeit im Büro des Direktors wie im Klassenzimmer. Meistens ging es bei seinen Regelverstößen um aggressive und tyrannisierende Verhaltensweisen. Ryans Berater wandte einen narrativen Ansatz an, indem er Ryan zunächst nach seiner »Problemgeschichte« befragte – nach den Dingen, die ihm Ärger einbrachten. Dann gaben sie seiner Problemgeschichte einen Namen: »Mr. Trouble«. Der Berater sammelte die hässlichen Details von Ryans schlechtem Benehmen, fragte ihn dann aber auch nach Gelegenheiten, bei denen ein anderer Ryan, ein freund-

licherer Ryan auftauchte. Schon die Frage an sich schien den Zehnjährigen zu schockieren. Doch nach einigem Nachdenken gestand er ein, dass er sich manchmal schon fürsorglich gegenüber seinem jüngeren Bruder verhalten hatte, wenn dieser krank war oder sich allein fühlte und einen Spielkameraden brauchte. Der Berater stellte dann Folgefragen, um zu erforschen, wie der »Freundliche Ryan« sich fühlte, wenn er nett zu seinem Bruder war.

»Was hast du über dich selbst gedacht, als du deinem Bruder geholfen hattest?«

»Wie hat dein Bruder auf deine Hilfe reagiert?«

»Was haben deine Eltern von dir gedacht?«

»Was sagt es über dich aus, dass du dich deinem Bruder gegenüber fürsorglich verhältst?«

Der nächste Schritt in der narrativen Therapie besteht darin, dem Klienten bei der Verstärkung der alternativen Geschichte zu helfen. Im Fall von Ryan bedeutete dies, ihm bei der Suche nach mehr Ausdrucksmöglichkeiten für seine Freundlichkeit zu helfen, sowohl zu Hause als auch in der Schule, und alternative Verhaltensweisen für seine Problemgeschichte zu finden. »Der freundliche Ryan« hat »Mr. Trouble« nie vollständig ersetzt – aber die »alternative Geschichte« wurde das dominantere Thema in Ryans Leben.

Dass man sich für die Stärken eines Klienten anstatt für seine Defizite interessiert, mutet zunächst vielleicht verwirrend an. Schließlich kommen Klienten ja zur Therapie, weil sie sich auf das konzentrieren wollen, was sie falsch machen, und nicht auf das, was sie richtig machen, oder? Vielleicht. Andererseits wollen sie sich aber auch kompetent fühlen und auf ihre Veränderungsfähigkeit vertrauen. Albert Banduras Forschungen zur Selbstwirksamkeit haben klar gezeigt, dass bei Patienten, die von ihren eigenen inneren Stärken überzeugt sind, eine wesentlich höhere Wahrscheinlichkeit für positive Therapieergebnisse besteht. Das stellt den Therapeuten vor ein großes Dilemma: Wie kann Therapie zielfokussiert, problemzentriert, an Fähigkeits-

defiziten orientiert und auf eine Korrektur kognitiver Verzerrungen ausgerichtet sein und gleichzeitig das Gefühl der Selbstwirksamkeit beim Patienten aufbauen?

Um den allzu häufigen Fehler der ausschließlichen Konzentration auf Problembereiche und Schwächen zu vermeiden, ist es von wesentlicher Bedeutung, dass wir bei unserer Suche nach den Stärken unserer Patienten ebenso methodisch vorgehen wie bei der Suche nach der korrekten klinischen Diagnose.

### Den Fehler vermeiden

1. Ermitteln Sie früh in der Therapie bestimmte Gelegenheiten, bei denen der Klient erfolgreich war und Aufgaben gemeistert hat, die den in der Therapie angestrebten Zielen gleichen. Wenn Alkoholabstinenz das Ziel ist, sollten Klienten zum Beispiel nicht nur aufzeichnen, wie oft sie trinken, sondern auch, wie oft sie dem Drang widerstehen und nicht zur Flasche greifen (Horvath, 2003). In einem anderen Fall wurde eine Klientin, die darüber klagte, dass es ihr trotz aller Bemühungen nie gelinge, schwierige Aufgaben zu bewältigen, daran erinnert, wie erfolgreich sie ein Selbstverteidigungstraining absolviert hatte, das sie anfangs als »zu große Herausforderung« eingeschätzt hatte.
2. Erkennen und feiern Sie innerhalb der Therapiesitzung alle Leistungen, die in Richtung des Therapieziels liegen. Viele Klienten zum Beispiel, die ihre »therapeutischen Hausaufgaben« nicht konsequent erledigen, machen trotzdem einen bestimmten Teil davon oder wandeln die Aufgabe so ab, dass eine Erledigung möglich wird.

Alice, die sich entschlossen hatte, eine langjährige gewalttätige Beziehung zu beenden, schaffte es nicht, Recherchen über sichere Unterkünfte in ihrer Gegend anzustellen. Sie rechnete damit, dass ihr Therapeut enttäuscht sein würde, als sie erklärte: »Ich habe in dieser Woche keine der Aktivitäten ausgeführt, über die wir

gesprochen haben.« Anstatt auf dem Misserfolg herumzureiten, führte der Therapeut ein Gespräch, bei dem sich herausstellte, dass sie zum ersten Mal mit ihrem Vater über ihre Situation gesprochen hatte. Sich der Missbilligung ihres Vaters zu stellen war ein wesentlich größerer Erfolg als die ursprüngliche Aufgabe, und dieser »Erfolg« wurde dann ihr Bezugspunkt, um ihre Fähigkeit zur Meisterung weiterer Herausforderungen zu erkennen.

### Fehler Nr. 3

## Sie sprechen die Erwartungen des Klienten an die Therapie nicht an

Eine Klientin mit Panikattacken wurde gefragt, wie viel Zeit es ihrer Ansicht nach erfordern würde, das Problem zu lösen. Mit einem tiefen Seufzer antwortete sie: »Ich hoffe, es wird nicht allzu viele Jahre dauern.« Als der Therapeut erklärte, dass solche Probleme typischerweise nach einigen Monaten gelöst sind, machte sie große Augen.

Fast alle Therapeuten liefern ein Informationspaket, das solche Themen wie finanzielle Verpflichtungen, die Verfahrensweise bei nicht eingehaltenen Terminen, Grenzen der Vertraulichkeit und Notfallmaßnahmen umfasst. Doch genauso wichtig ist es, die vorgefassten Meinungen des Klienten über eine Therapie und deren Wirkung einzuschätzen, damit man falsche Vorstellungen aufgreifen kann. Ein Beispiel für eine recht umfassende schriftliche Patienteninformation über Praktiken und Verfahren findet sich unter [www.psychenet.de](http://www.psychenet.de) und [www.horizonscounseling.com/forms](http://www.horizonscounseling.com/forms).

Das Problem ist, dass organisatorische, buchhalterische und gesetzliche Fragen zwar für alle Klienten gleich und deshalb leicht anzusprechen sind, dass Klienten aber unter Umständen die unterschiedlichsten Erwartungen hinsichtlich des therapeutischen Prozesses haben, die im Einzelfall geklärt werden müssen. Eine verbreitete

Fehlvorstellung betrifft den Zeitraum, der nach Ansicht des Klienten erforderlich ist, um sein Problem zu lösen. Wie das oben erwähnte Beispiel mit den Panikattacken zeigt, glauben manche Klienten, dass ihre Probleme viel langwieriger sind, als es normalerweise der Fall ist. Das andere Extrem bilden die übertrieben optimistischen (ein bisschen verblendeten) Patienten, die ernsthafte und komplexe Probleme haben, aber an eine rasche Lösung glauben. Das galt zum Beispiel für einen chronischen Problemtrinker, dessen Arbeitsplatz, Ehe und Gesundheit in Gefahr waren, aber der dachte, dass »ein paar Sitzungen« alles wieder in Ordnung bringen würden. Dabei dauerte es schon fast zwei Sitzungen, einfach seine Ziele der Priorität nach zu ordnen und ihn über die Art und das Tempo persönlicher Veränderungen aufzuklären.

Klienten haben mitunter auch verzerrte Vorstellungen von dem Prozess der Therapie als solchem. Von daher ist es hilfreich am Ende der ersten Sitzung nachzufragen, ob sie so verlaufen ist, wie sie erwartet haben.

Jason, 45 Jahre alt, litt in einer Vielzahl öffentlicher Situationen, zum Beispiel bei Dinnerpartys oder Geschäftstreffen, unter schweren Stressreaktionen. Besonders peinlich war ihm, dass er bei diesen Gelegenheiten stark schwitzte und rot wurde. Als er am Ende der ersten Sitzung gefragt wurde, ob seine Erwartungen an eine Therapie erfüllt worden seien, antwortete er, ihn wundere, dass der Therapeut sich nicht stärker auf seine Ursprungsfamilie konzentriere, »wo das Problem ursprünglich entstanden« sei. Nach dieser Antwort folgte ein Gespräch, in dem der Unterschied zwischen »lösungsorientierten Ansätzen« und jenen, die Probleme aus der Entwicklungsgeschichte aufarbeiten, erklärt wurde.

Jason reagierte erleichtert, als er erfuhr, dass seine Probleme relativ schnell zu lösen waren. Doch manche Klienten würden an seiner Stelle vielleicht eine andere Behandlungsoption vorziehen. In dieser Situation empfiehlt es sich, die Klienten zu fragen, ob sie eine Über-

weisung an einen Therapeuten wünschen, der eher ihren Erwartungen entspricht.

### Den Fehler vermeiden

1. Nehmen Sie das Thema Erwartungen in die Informationsbrochure auf, die Sie neuen Klienten in der ersten Sitzung aushändigen. Mit den Klienten über ihre Erwartungen zu sprechen, ist sehr wichtig, doch genauso wichtig ist es, ihnen schriftliche Informationen über den Therapieprozess zu geben.

Unser Aufnahmeformular schließt mit folgenden Aussagen:

#### Was Sie erwartet

**Die erste Sitzung:** Ihr erster Besuch hilft uns, einen allgemeinen Eindruck von Ihrer Situation zu gewinnen, um zu entscheiden, wie wir Ihnen am besten helfen können.

**Fragen:** Wir möchten Sie ermutigen, jederzeit Fragen nach Ihrer Behandlung und Ihren Fortschritten zu stellen.

**Aktive Beteiligung:** Therapie funktioniert am besten, wenn Klienten die Zeit zwischen den Sitzungen nutzen, um über das, was in der Therapie besprochen wurde, nachzudenken und daran zu arbeiten.

**Fortschritte in der Therapie:** Manchmal haben Klienten den Eindruck, gute Fortschritte zu machen, bei anderer Gelegenheit kommt es ihnen so vor, als würden sie auf der Stelle treten. Manchmal fühlt man sich im Anschluss an eine Sitzung besser, bei anderer Gelegenheit schlechter. Das ist ein normaler Bestandteil des Prozesses, durch den man persönliche Probleme löst.

2. Planen Sie genügend Zeit für das Ende der ersten Sitzung ein, um einzuschätzen, ob die Erwartungen des Klienten erfüllt wurden. Bei dieser Gelegenheit können Sie folgende Themen ansprechen:

die große Bedeutung der Zusammenarbeit von Klient und Therapeut; Ihre allgemeine Vorgehensweise beim Umgang mit der Art von Problemen, die der Klient dargelegt hat; den üblichen Zeitrahmen für die Dauer der Behandlung und den Plan, dass die Beendigung der Therapie eine gemeinsame Entscheidung von Klient und Therapeut sein sollte.

3. Wenn Klienten keine Therapieerfahrung haben, erforschen Sie, ob Therapiebeschreibungen von Freunden oder aus den Medien ihre Erwartungen beeinflusst haben. Gehen Sie auf alle unrealistischen Erwartungen ein, die der Klient möglicherweise entwickelt hat.

Ein typisches Beispiel war ein Klient, dessen erwachsene Tochter angeblich »unterdrückte traumatische Erinnerungen« wiedererlangt hatte und behauptete, als kleines Kind vom ihm missbraucht worden zu sein. Während eines umfassenden Assessments aller relevanten lebensgeschichtlichen Informationen unterbrach der Klient den Therapeuten, um zu fragen: »Werden Sie mich hypnotisieren, um herauszufinden, ob die Anschuldigungen zutreffend sind?« Offensichtlich hatte er durch Freunde oder Medienberichte bestimmte Erwartungen entwickelt, die früh in der Sitzung thematisiert werden mussten, damit Klient und Therapeut am selben Strang ziehen konnten. In diesem Fall erklärte der Therapeut, dass die Hypnose nicht unbedingt ein zuverlässiges Mittel sei, um Fakten der Lebensgeschichte zu klären. Aufgrund der Erwartungen, die dieser Klient vom Therapieverlauf hatte, sagte er den nächsten Termin ab, weil er sich einen Therapeuten suchen wollte, der Erfahrung mit Hypnose hatte.

4. Sprechen Sie das Thema Erwartungen regelmäßig an, um einzuschätzen, ob die Erwartungen sich verändert haben oder ob neue entstanden sind, die noch nicht ermittelt wurden.