



Noyon • Heidenreich

2. Auflage

# Schwierige Situationen in Therapie und Beratung

30 Probleme und Lösungsvorschläge

**BELTZ**

Noyon, Heidenreich

**Schwierige Situationen in Therapie und Beratung**



Alexander Noyon • Thomas Heidenreich

# Schwierige Situationen in Therapie und Beratung

30 Probleme und Lösungsvorschläge

2., erweiterte Auflage

**BELTZ**

*Anschriften der Autoren:*

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

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

Dieses E-Book ist auch als Printausgabe erhältlich  
(ISBN 978-3-621-28089-1)

Das Werk und seine Teile sind urheberrechtlich geschützt. Jede Nutzung in anderen als den gesetzlich zugelassenen Fällen bedarf der vorherigen schriftlichen Einwilligung des Verlages. Hinweis zu § 52 a UrhG: Weder das Werk noch seine Teile dürfen ohne eine solche Einwilligung eingescannt und in ein Netzwerk eingestellt werden. Dies gilt auch für Intranets von Schulen und sonstigen Bildungseinrichtungen.

Haftungshinweis: Trotz sorgfältiger inhaltlicher Kontrolle übernehmen wir keine Haftung für die Inhalte externer Links. Für den Inhalt der verlinkten Seiten sind ausschließlich deren Betreiber verantwortlich.

2., erweiterte Auflage 2013  
1. Auflage 2009

© Beltz Verlag, Weinheim, Basel 2013  
Programm PVU, Psychologie Verlags Union  
<http://www.beltz.de>

Lektorat: Dr. Svenja Wahl  
Herstellung: Sonja Frank  
Umschlaggestaltung: Federico Luci, Odenthal  
Umschlagbild: Fotolia, New York, USA  
Satz: Beltz Bad Langensalza GmbH, Bad Langensalza

E-Book

ISBN 978-3-621-28111-9

# Inhalt

<b>Vorwort</b>	7
<b>Einführung</b>	11
1 Abbruch der Behandlung durch den Klienten	19
2 Abschluss von Beratung und Therapie	24
3 Abweichende Wertvorstellungen und Ziele	31
4 Abwertendes und überkritisches Verhalten	36
5 Aggressives Verhalten und Gewalt	41
6 Antriebslosigkeit	50
7 Beratungsanliegen im persönlichen Kontext	54
8 Intellektualisieren	61
9 Kurzfristige Terminabsage oder Nicht-Erscheinen des Klienten	64
10 Machtkampf	71
11 Mangelnde Veränderungsmotivation	76
12 Negative Gefühlsäußerungen und exzessives Jammern	83
13 Nicht-Einhalten von Absprachen	88
14 Persönliche Einladungen von Klienten sowie weitere Angebote zur Veränderung des Settings	95
15 Persönliche Fragen von Klienten	100
16 Plaudermodus bei Klienten	107
17 Schweigen und „Ich weiß nicht“	115
18 Ständiges Reden („Logorrhoe“)	122
19 Strafbare Handlungen von Klienten	127
20 Suizidalität	135
21 Therapeutische Vorprägung	149
22 Umgang mit Tod und Sterben	155
23 Ungünstige Arbeitsbedingungen	169
24 Verliebtsein bei Klienten	179

<b>25</b>	Verliebtsein von Behandlern	187
<b>26</b>	Wenig Eigenverantwortung	195
<b>27</b>	Zerstrittenheit bei Paaren	202
<b>28</b>	Zufällige Begegnungen mit Klienten im privaten Kontext	207
<b>29</b>	Zwangskontexte	216
<b>30</b>	Zweifel von Klienten an Behandlern	224
	<b>Fazit: Kompetenzen für den Umgang mit schwierigen Situationen</b>	232

## **Anhang**

### **Musterformulare**

<b>A1</b>	Muster Behandlungsvertrag	237
<b>A2</b>	Musteranschreiben 1 – Ausfallstunde	240
<b>A3</b>	Musteranschreiben 2 – Ausfallstunde Mahnung	241
<b>A4</b>	Muster Notfallplan bei Suizidalität	242
<b>A5</b>	Muster Schweigepflichtentbindung	243
	<b>Literatur</b>	245
	<b>Sachwortverzeichnis</b>	251

## Vorwort zur ersten Auflage

Jede Beraterin (und jede Psychotherapeutin, jeder Psychotherapeut und jeder Berater) kennt diese (oder eine ähnliche) Situation: Der Terminkalender offenbart, dass als nächstes Herr M. zum Gespräch erscheinen wird. „Oh nein“, denkt die Beraterin, „Der schon wieder! Dem muss ich jede Stunde immer wieder jeden einzelnen Wurm aus der Nase ziehen. Das ist so anstrengend!“

Wir alle haben in unseren Praxen, Beratungsstellen und Kliniken – oder wo auch immer wir als Helfende tätig sind – Situationen, mit denen wir sehr gut zurechtkommen, und solche, die uns Kopfzerbrechen bereiten. Oft haben wir den Eindruck, dass gerade der Kontakt zu einzelnen „speziellen“ Klienten besonders schwierig ist. In diesem Buch wird ausdrücklich auf spezifische Situationen und konkrete Verhaltens- und Erlebnisweisen fokussiert. Wir sprechen nicht von generell „schwierigen Klienten“ und beschreiben die entsprechenden Verhaltensweisen nicht in Termini von „Persönlichkeitsstörungen“. Es ist eine interessante Diskussion, ob die Stellung einer solchen Diagnose im jeweiligen Einzelfall angemessen ist, aber da diese Frage hier nicht Thema dieses Buches sein soll, verweisen wir den Leser an dieser Stelle auf die hierzu lesenswerte Literatur (Fiedler, 2007; Lieb, 1998; Sachse, 2004).

Wir möchten mit dem vorliegenden Buch einen Beitrag dazu leisten, im therapeutischen und beraterischen Alltag mit schwierigen Situationen besser fertig zu werden. Seit mehreren Jahren werden wir im psychotherapeutischen Ausbildungskontext regelmäßig mit Fragen von Supervisanden bzw. Workshopteilnehmern zu schwierigen Situationen konfrontiert – zusätzlich zur eigenen Erfahrung als Therapeuten in solchen Situationen. Im Lehrkontext der Sozialen Arbeit sind wir darüber hinaus im Laufe der letzten Jahre einer Reihe vergleichbarer, jedoch auch eigener schwieriger Situationen begegnet. Als schwierige Situationen begreifen wir dabei im weitesten Sinne problematisches Verhalten und Erleben von Behandlern und Klienten im Rahmen professioneller Kontakte. Es hat sich eine Fülle charakteristischer und durch bestimmte Merkmale ausgezeichneter Situationen ergeben, die wir hier nun systematisch darstellen möchten, um Beratern und Psychotherapeuten jeden Wissensstandes Angebote zu machen, wie man in einer kritischen Situation reagieren kann. Dabei sind einzelne der dargestellten Situationen klar setting-spezifisch, andere beziehen sich auf typische Verhaltens- und Erlebnisweisen von Klientinnen (etwa die Neigung, im Gespräch zu schweigen) und wiederum andere haben etwas mit uns selbst zu tun (etwa wenn Gefühle der Verliebtheit gegenüber Klienten auftreten).

Therapie und Beratung lassen sehr viel Raum für unterschiedliche Meinungen, und deshalb haben wir hier nicht die Möglichkeit oder gar den Anspruch, „richtige“ Reaktionen auf spezifische Problemsituationen zu vermitteln. Der Le-

ser sei an dieser Stelle ausdrücklich darauf hingewiesen, dass die im Folgenden zusammengestellten Interventionsvorschläge dem Erfahrungsschatz der Autoren und unzähligen Gesprächen mit Kollegen und Supervisanden entstammen und keinerlei Anspruch auf wissenschaftliche Korrektheit erheben. Da es in Therapie und Beratung nicht *ein* Paradigma oder *ein* Menschenbild gibt, kann keine Möglichkeit bestehen, auch nur eine einzige Intervention vorzuschlagen, die in der therapeutischen Gemeinde ausschließlich Zuspruch und keinerlei Ablehnung erfährt. In diesem Sinne sind sich die Autoren der Tatsache bewusst, dass manche der im Folgenden vorgeschlagenen Interventionen oder Betrachtungen möglicherweise befremden oder auch Widerspruch beim Leser auslösen. Wir sehen uns mit dem Dilemma konfrontiert, in einem Bereich, in dem es keine „Wahrheiten“ gibt, mit sehr konkreten Hilfestellungen dienen zu wollen.

Der Leser ist somit gehalten, die hier präsentierten Ideen für sich und seine Klienten sehr kritisch zu prüfen, sie als Anregung und nicht als Handlungsanweisung im Sinne eines Therapiemanuals zu verstehen. Unsere Ausbildungskandidaten, Supervisanden und Teilnehmer verschiedener Theorie-Praxisgruppen bewerteten unsere im Rollenspiel vorgebrachten wörtlichen Interventionen fast immer als hilfreich und instruktiv, weshalb wir auch hier solche sehr konkreten Vorschläge in wörtlicher Rede angeben. Selbstverständlich ist es stets erforderlich, den Vorschlag der eigenen Sprache, dem konkreten Patienten usw. anzupassen.

Noch ein Wort zur gender- und berufsgruppengerechten Schreibweise: Da wir das vorliegende Buch sowohl für Beraterinnen und Berater als auch für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten konzipiert haben, die mit Klienten, Klientinnen, Patienten und Patientinnen arbeiten, resultiert eine kaum noch verständliche gender- und berufsgruppengerechte Sprachregelung. Wir haben uns deshalb dafür entschieden, wann immer möglich von „Behandlerinnen“ bzw. „Behandlern“ statt Therapeuten/Beratern zu sprechen. Wir werden sowohl das Geschlecht als auch das jeweilige Setting (Beratung vs. Therapie) im Laufe der Kapitel permutieren und bitten die geneigte Leserin bzw. den geeigneten Leser, sowohl auf der Seite der Behandlerinnen und Behandler als auch auf der Seite der Klientinnen und Klienten jeweils beide Geschlechter „mitzudenken“.

Mannheim und Esslingen, im Frühjahr 2009

Alexander Noyon  
Thomas Heidenreich

# Vorwort zur zweiten Auflage

Liebe Leserin, lieber Leser,

seit dem Erscheinen der ersten Ausgabe des vorliegenden Buches sind vier Jahre vergangen, in denen wir gemäß unseres Wunsches an Sie, uns weitere schwierige Situationen bzw. Aspekte von Situationen mitzuteilen, viele Zuschriften von Ihnen erhalten haben. Wir möchten uns bei den Kolleginnen und Kollegen, die sich an uns gewandt haben, herzlich bedanken! Die Zuschriften waren durchgehend positiv formuliert und drückten Wertschätzung für unsere sehr praktisch gehaltene Herangehensweise aus. Gleichzeitig erhielten wir auf diesem Weg Hinweise auf eine Reihe weiterer schwieriger Situationen, die in der ersten Auflage nicht enthalten, oder auch besondere Spielarten von Situationen, die in den von uns behandelten Fallvignetten nicht abgedeckt waren. Wir haben Ihre Zuschriften möglichst direkt und im Format unseres Buches beantwortet und neben sechs neu hinzugenommenen Situationen auch in den einzelnen Kapiteln versucht, durch Ergänzungen von Lesern gestellte Fragen zu beantworten. Darüber hinaus haben wir uns in den zurückliegenden Jahren intensiver mit existenziellen Themen in der Psychotherapie beschäftigt (Noyon & Heidenreich, 2012), so dass uns eine grundlegende Überarbeitung des Kapitels „Umgang mit Tod und Sterben“ sinnvoll erschien.

Die positive Rezeption der ersten Auflage hat uns gefreut und teilweise überrascht. Wir hatten das Buch in erster Linie für Therapie- und Beratungskontexte konzipiert und stellten sowohl aufgrund von Rezensionen als auch anderen Rückmeldungen fest, dass der Bereich, in dem das Buch eingesetzt wurde und wird, breiter ist als von uns ursprünglich gedacht – das Buch wird z. B. im Kontext der Unternehmensberatung ebenso eingesetzt wie in Mediationsausbildungen ... Durch den großen Anwendungsbereich wurde auch schnell deutlich, dass das Format dazu geeignet ist, „in Serie“ zu gehen – aktuell existiert z. B. schon ein Buch „Schwierige Situationen in der Therapie von Kindern und Jugendlichen“ (Borg-Laufs, Gahleitner & Hungerige, 2012).

Wie bereits in der ersten Auflage würden wir uns freuen, wenn Sie uns weiterhin Anmerkungen, kritische Stellungnahmen oder noch fehlende „schwierige Gesprächssituationen“ mitteilen (unter [A.Noyon@hs-mannheim.de](mailto:A.Noyon@hs-mannheim.de) bzw. [thheiden@hs-esslingen.de](mailto:thheiden@hs-esslingen.de)).

Mannheim und Esslingen, im Frühjahr 2013

Alexander Noyon  
Thomas Heidenreich



# Einführung

Bevor wir auf einzelne konkrete schwierige Situationen in Beratung und Therapie eingehen, möchten wir ein paar aus unserer Sicht allgemeine und für das Verständnis sämtlicher Situationen sinnvolle und notwendige Informationen liefern. In der verfügbaren Literatur gibt es zwar viele gute Empfehlungen für den Umgang mit schwierigen Situationen – diese sind jedoch weit verstreut, und es ist teilweise nicht einfach, möglichst schnell Informationen zu einer aktuell belastenden Situation zu finden. Eine nennenswerte Ausnahme ist ein in der Zeitschrift „Psychotherapie im Dialog“ erschienener Artikel „Grenzliches: Schwierige Situationen im therapeutischen Alltag“ (Fliegel & v. Schlippe, 2005), der erfahrenen Psychotherapeuten jeweils eine Standardsituation vorgibt und die unterschiedlichen Antworten protokolliert. Lesenswert ist hier aus unserer Sicht vor allem, wie vielfältig die therapeutischen Antworten ausfallen.

Im Folgenden wollen wir zunächst einige Charakteristika schwieriger Situationen herausarbeiten und dann eine kurze Übersicht zu Ansätzen geben, denen wir uns verpflichtet fühlen.

## I. Merkmale schwieriger Situationen

Möglicherweise haben Sie sich gefragt, weshalb wir uns in diesem Buch dafür entschieden haben, die schwierigen Situationen in alphabetischer Reihenfolge darzustellen. So scheint es zwar plausibel, dass das „Schweigen“ (Kap. 17) direkt vor dem „Ständigen Reden“ (Kap. 18) kommt – weniger plausibel ist allerdings die Folge von „Zerstrittenheit bei Paaren“ (Kap. 27) und „Zufällige Begegnungen mit Klienten im privaten Kontext“ (Kap. 28). Die alphabetische Reihung erfolgt schlicht aus pragmatischen Gründen – alle Versuche, eine wie auch immer geartete „Ordnung“ entlang klarer Dimensionen zu etablieren, erwiesen sich als unmöglich. Gleichzeitig ermöglichten uns diese Überlegungen, uns der Vielfalt an Anwendungsbereichen klarer zu werden:

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

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

### **Schwierige Situationen sind *schwierig!***

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

**Auch hier: Vorbeugen ist besser als Heilen und „first things first“.**

So sehr wir im vorigen Absatz betont haben, dass schwierige Situationen in Beratung und Therapie nie vollständig vermieden werden können (was wir auch nicht für sinnvoll halten würden!), sind wir doch der Meinung, dass wir eine Menge tun können, um die Wahrscheinlichkeit des Eintretens solcher Situationen zu erhöhen oder zu vermindern. Um einige Beispiele zu nennen: Ein durch Unkonzentriertheit und Überdruß geprägter Beratungs- oder Therapiestil wird mit hoher Wahrscheinlichkeit „schwierige“ Situationen produzieren. Solche Situationen wären dann – aus Sicht der Klienten – auch durchaus gesund, da diese sich gegen eine problematische Behandlung wehren. Auch eine problematische Sequenzierung einzelner Beratungs- und Therapieelemente wird mit hoher Wahrscheinlichkeit zu schwierigen Situationen führen: Zu Beginn einer jeden Behandlung steht immer eine sich über kürzere oder längere Zeit hinziehende Beziehungsaufnahme mit einer Klärung des Settings (selbst wenn es sich um eine nur einstündige Beratung handelt!) gefolgt von einer Betrachtung der Anliegen, des Anlasses der Beratung oder Therapie sowie möglicher Ziele und Werte (sog. „Ziel- und Wertklärung“; auch dies, je nach Behandlungskontext von deutlich unterschiedlicher Dauer) etc. Insbesondere eine zu frühe Einführung „therapeutischer Strategien“ wird völlig zu Recht Reaktanz und Widerstand bei Klienten auslösen – was auf Seiten der Behandler dann wiederum als „schwierige Situation“ erlebt wird. Wir plädieren demnach für die Haltung, einerseits zu versuchen, Beratung und Therapie möglichst „gut genug“ zu gestalten, und sich andererseits offen und möglichst unverkrampft auf schwierige Situationen einzulassen. Häufig zeigen sich solche Situationen im Rückblick als besonders wertvoll für die therapeutische Beziehung und auch für die Veränderungen bei Klienten (auch therapeutische und beraterische Krisen können zu einer Weiterentwicklung führen).

**Ruhe bewahren! Überhastet reagieren ist fast nie günstig.**

Sind Sie mit einer schwierigen Situation konfrontiert, dann ist es in den meisten Fällen günstig, sich erst einmal zurückzulehnen und tief durchzuatmen. Problematische Situationen lassen sich meist nicht automatisch lösen, und deshalb wird eine automatische und voreilige Reaktion oft nicht zum gewünschten Erfolg führen. Versuchen Sie trotz der Schwierigkeit der Situation, sich nicht unter Druck setzen zu lassen. Machen Sie sich das Leben nicht zusätzlich mit Gedanken wie „Ich müsste als guter Behandler jetzt *sofort* wissen, was zu tun ist!“ schwer. Sich „zurückzulehnen“ ist hierbei übrigens wörtlich gemeint: Wenn Sie eine innere Anspannung bei sich selbst wahrnehmen – und schwierige Situationen lösen dies natürlich häufig aus! –, dann fangen Sie auf der körperlichen Ebene an, sich zu entspannen und lehnen Sie sich in Ihrem Sessel zurück. Das hilft Ihnen auch dabei, zu der aktuellen Situation eine Distanz herzustellen, die Sie handlungsfähiger macht. In der Regel wird es auch hilfreich sein, aus einer achtsamen und distan-

zierten Perspektive die eigenen Gedanken zu beobachten – dies gegebenenfalls nach der Bitte um eine kurze Pause.

Natürlich gibt es auch Ausnahmen für diese Empfehlung. Wenn Ihr Patient soeben agitiert aufgesprungen ist und mit glaubhaften Suiziddrohungen das Zimmer zu verlassen beginnt, dann ist schnelles Reagieren angesagt. Darauf werden wir im entsprechenden Kapitel noch eingehen (Kap. 20).

**Es geht um jeweils konkrete Situationen,  
nicht um Persönlichkeitseigenschaften!**

Dieses Buch führt schwierige Situationen in alphabetischer Reihenfolge auf und unterscheidet sich demnach von einem typischen Lehrbuch der Psychiatrie und auch der Klinischen Psychologie, da in diesen nach einer Einführung typischerweise unterschiedliche Störungsbereiche bzw. psychische Krankheiten vorgestellt werden. Dabei wird in der Regel von einzelnen Symptomen (z. B. „Klient äußert sich abfällig über Behandler“) auf ein etwas weitergehendes Syndrom (z. B. „Klient weist eine überhöhte Meinung von sich auf“) und von dort auf eine Diagnose (z. B. „narzisstische Persönlichkeitsstörung“) geschlossen. So wertvoll dieser Ansatz für die Akkumulation von Störungswissen ist, so wenig hilfreich ist er häufig in einzelnen schwierigen Situationen: Diese treten bei einer Vielzahl von Klienten mit unterschiedlichsten Problemen auf (als Beispiel sei der plötzliche Abbruch der Behandlung genannt), und manche Situationen sind so weit verbreitet, dass in spezialisierten Büchern kaum etwas darüber steht.

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

**Beziehen Sie den Kontext in Ihre Betrachtung ein.**

Ein altes Sprichwort besagt „Ein Unglück kommt selten allein“, und fast wären wir versucht, etwas Ähnliches auch für schwierige Situationen zu postulieren.

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

### **Kollegialer Austausch: Supervision und Intervision!**

Bleiben Sie nicht alleine mit Ihren schwierigen Situationen, sondern besprechen Sie diese mit Kollegen. Das hat mehrere günstige Effekte: Zum einen werden Sie erleben, dass auch andere Behandler solche schwierigen Situationen kennen und um ein Patentrezept verlegen sind, was sich positiv auf etwaige dysfunktionale Gedanken im Sinne von „Ich bin ein schlechter Berater, wenn ich damit Schwierigkeiten habe“ auswirkt. Zum anderen bietet die Diskussion schwieriger Situationen zusammen mit Kollegen natürlich die Möglichkeit, ein Problem aus verschiedensten Blickwinkeln zu betrachten und somit auch auf Lösungsideen zu kommen, die einer alleine nicht so gut zu finden vermag.

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

### **Achten Sie auf Ihre eigene Balance.**

Es ist leicht nachvollziehbar, dass schwierige Situationen dann noch schwieriger sind, wenn Sie als Beraterin oder Berater nicht „im Lot“ sind. Um das eingangs genannte Bild vom Tischler noch einmal aufzugreifen: In unseren Beratungen und Therapien sind wir in der Regel Werkbank, Säge und Maßband in Personalunion; und besondere Verantwortung liegt darin, dass jeder unserer Klienten ein „Unikat“ ist, für das wir keine Probeversion machen können. Wir möchten

hier nicht für einen therapeutischen Allstar plädieren, der stets vollständig ausgeglichen, mit sich selbst im Reinen und gut gelaunt ist (auch Berater und Therapeuten haben wie alle anderen Menschen ihre Höhen und Tiefen), aber sehr wohl für einen guten Umgang mit sich selbst. Diese „Selbstfürsorge“ ist nicht nur eine Voraussetzung für den Erhalt unserer Arbeitsfähigkeit als Berater und Therapeuten, sondern auch die Basis für ein glückliches (Berufs-)Leben. Eine gut lesbare und sehr praxisnahe Ausarbeitung dazu findet sich bei Hoffmann und Hofmann (2012), auch Potreck-Rose und Jacob (2012) liefern nicht nur für Klienten hilfreiche Anregungen.

### **Jede Behandlung unterliegt dem Spannungsfeld von Akzeptanz und Veränderung.**

Behandler sind in der Regel veränderungsorientiert und messen den Erfolg ihres Handelns an den Veränderungen, die sich im Leben ihrer Klienten ergeben haben. So wichtig diese Veränderungen sind, können sie doch auch den Blick darauf verstellen, dass in vielerlei Hinsicht zunächst Akzeptanz vonnöten ist. Linehan (1994, S. 73) bezeichnet Veränderung und Akzeptanz als die „zentrale Dialektik der Psychotherapie“ und bringt darin zum Ausdruck, dass nur bei hinreichender Realisierung beider Elemente eine erfolgreiche Behandlung möglich ist: Ein Übermaß an Veränderungsinitiative wird in der Regel dazu führen, dass Klienten sich in ihrem Leiden nicht ernst genommen fühlen („Der will gleich, dass ich xy mache; offensichtlich versteht er gar nicht, wie schlecht es mir geht“). Auf der anderen Seite kann auch eine zu starke Betonung der Akzeptanz zu Problemen führen („Jetzt sagt er schon die siebte Sitzung in Folge, *wie* gut er versteht, dass es mir bei dieser Lebensgeschichte mies geht, aber was bringt mir das?“). Die Balance dieser beiden zentralen Prinzipien wird also einen wichtigen Anteil an der Bewältigung schwieriger Situationen haben.

## **2. Theoretische Hintergründe**

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

Im Bereich Psychotherapie und Beratung ist es auf den ersten Blick nicht leicht, sich Rechenschaft über die Beschaffenheit dieser „Riesen“ zu verschaffen – zu unterschiedlich sind häufig die theoretischen Vorstellungen und zu stark waren historisch die Anfeindungen und Auseinandersetzungen zwischen verschiedenen therapeutischen Schulen. Wir sind der Meinung, dass ein reiner **Methoden-Purismus**, der auf den Erhalt und die „Reinhaltung“ einer wie auch immer gearteten Lehre besteht, hoch problematisch ist und in vielen – gerade schwierigen – Situationen zu einer gewissen „Betriebsblindheit“ führen kann. Ein **eklektischer Ansatz**, der die „passenden“ Elemente in jeweils angemessenen Situationen verwendet, erscheint auf den ersten Blick vielversprechender – allerdings birgt auch dieser Ansatz seine Probleme: Nämlich immer dann, wenn Elemente eines weniger vertrauten Ansatzes in die eigene Arbeit integriert werden sollen (und nicht immer die entsprechende Kompetenz dafür vorhanden ist). **Integrative Ansätze** schließlich, wie sie beispielweise von Prochaska, DiClemente und Norcross (1992) sowie Grawe und Caspar (2011) vorgeschlagen wurden, bieten aus unserer Sicht die besten Perspektiven – auch wenn eine der Gefahren solcher Integrationen ist, dass die charakteristischen Merkmale der einzelnen Ansätze verlorengehen.

Zweifellos verdanken wir den wichtigen „Klassikern der Psychotherapie“ mittelbar oder unmittelbar die meisten der in diesem Buch genannten Anregungen. Gerade an dieser Stelle kann es nicht unser Ziel sein, auch nur die wichtigsten Autoren und Autorinnen zu nennen. Für eine systematische Übersicht verweisen wir auf Kriz (2007). Ohne einen Anspruch auf Vollständigkeit zu erheben, wollen wir wesentliche Quellen nennen. Der personzentrierten Therapie und insbesondere **Carl Rogers** sind wir verpflichtet, weil aus unserer Sicht in seiner Konzeption einer durch Empathie, Wertschätzung und Kongruenz geprägten Beraterischen und therapeutischen Beziehung unabdingbare Qualitäten für eine erfolgreiche Behandlung benannt sind. Um es sehr salopp auszudrücken: Der kunstvolle Einsatz dieser Elemente stellt eine der wichtigsten Möglichkeiten dar, schwierige Situationen in Therapie und Beratung so weit wie möglich zu verhindern und so konstruktiv wie möglich zu bewältigen. **Fred Kanfer** sei als Repräsentant einer für uns kaum überschaubaren Anzahl an Kolleginnen und Kollegen aus der kognitiv-behavioralen Tradition genannt. Neben seinen bis heute unschätzbaren Arbeiten zur Analyse problematischer Verhaltensweisen sind wir ihm und vielen Kollegen vor allem dadurch verpflichtet, dass sie Beratung und Therapie als empirisch zu begründende und zu untersuchende Gegenstände begriffen haben – ein Unterfangen, das in Jahrzehnten empirischer Psychotherapie- und Beratungsforschung mittlerweile zu einem beachtlichen Korpus an Erfahrungswissen geführt hat. Der tiefenpsychologischen Tradition in der Folge der Arbeiten **Sigmund Freuds** schulden wir Anerkennung für ihre grundlegenden Analysen zu Phänomenen der Übertragung und Gegenübertragung, die wir auch im Rahmen der hier genannten Situationen für äußerst bedeutsam halten. Kolleginnen und Kollegen aus dem Bereich systemischer Forschung, für die hier stellvertretend

**Helm Stierlin** genannt werden soll, sind wir für die sorgfältige Analyse menschlicher Kommunikation in ihrer Bedeutung für die Probleme, die uns in Therapie und Beratung ständig beschäftigen, dankbar. Aus der existenziellen Perspektive möchten wir **Viktor Frankl** und **Irvin Yalom** nennen: Beide haben uns geholfen, das in Beratung und Therapie allgegenwärtige Leid in einer diesem Gegenstand angemessenen Perspektive zu sehen: der Existenz des Menschen mit all ihren grandiosen Möglichkeiten und all ihren harten Prüfungen. **William Miller** sind wir dankbar für seine Vorschläge zur Förderung der Motivation, die uns nicht nur im Suchtbereich, wo diese am häufigsten eingesetzt werden, sondern auch in praktisch allen anderen Beratungs- und Therapiesituationen sinnvoll erscheinen. **Jon Kabat-Zinn** möchten wir als Vertreter für Kolleginnen und Kollegen nennen, die das Wagnis eingegangen sind, Elemente aus meditativen Traditionen in den Bereich „westlicher“ Beratung und Therapie einzuführen.

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

## Abbruch der Behandlung durch den Klienten

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

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

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

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

### Abbruch mit Kontakt

Unseren wesentlichen Wunsch nach Klärung werden wir natürlich dann am besten verfolgen können, wenn uns der Klient seinen Entschluss persönlich mitteilt, wir somit die Möglichkeit der direkten Reaktion haben. Es bietet sich dann bei-

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

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

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

### **Abbruch ohne Kontakt**

Häufig wird es auch so sein, dass ein Klient zu einem vereinbarten Termin einfach nicht erscheint und die Behandlung bei Ihnen auf diese Art und Weise abbricht. Damit wäre der Fall gegeben, den wir im Kapitel über kurzfristige

Terminabsagen oder Nicht-Erscheinen des Klienten ausführlich beschreiben (s. Kap. 9, Abschnitt „Absagen und Nicht-Erscheinen beim niedergelassenen Therapeuten – Termin wird nicht abgesagt“). Prinzipiell läuft es, wie dort beschrieben, darauf hinaus, angemessene Versuche des Erreichens des Klienten zu unternehmen, diese dann aber auch beizeiten zu beenden. Die genaue Vorgehensweise findet sich im angegebenen Kapitel.

### **Abbruch in einer Krisensituation**

Mitunter kommt es vor, dass Klienten die Behandlung zum aus Behandlersicht ungünstigst möglichen Zeitpunkt beenden, beispielsweise dann, wenn sie suizidal gefährdet sind. Der Abbruchwunsch entspringt in diesem Falle häufig einer generellen Hoffnungslosigkeit. In diesen Fällen dürfen wir den Abbruch natürlich nicht so ohne Weiteres akzeptieren, wie dies in den bislang geschilderten Fällen möglich war. Wenn akute Selbst- und/oder Fremdgefährdung gegeben sind, müssen wir unsere akzeptierende und respektierende Grundhaltung aufgeben und dem Klienten unmissverständlich deutlich machen, dass wir dem Behandlungsabbruch aus fachlicher Sicht nicht zustimmen können. Der Grund ist dabei klar zu benennen: „Unter normalen Umständen würde ich Ihren Wunsch nach Abbruch der Behandlung natürlich akzeptieren. Aber im Moment ist mir das so nicht möglich, weil ich mir sehr starke Sorgen darum mache, dass Sie sich etwas antun könnten. Wir haben in den letzten Stunden viel an Ihren Suizidgedanken gearbeitet, aber diese sind nach wie vor sehr präsent.“ Die weitere Situation ist dann so zu gestalten, wie wir dies im Kapitel über suizidale Klienten beschreiben (Kap. 20).

### **Auswirkungen von Behandlungsabbrüchen auf den Behandler**

Viele Berater und Therapeuten verbinden mit einem Abbruch der Behandlung eine Kritik an der eigenen Person bzw. dem jeweiligen Vorgehen. In manchen Fällen mag dies auch gerechtfertigt sein. Behandler sind auch „nur Menschen“, und als solche machen sie Fehler, und diese Fehler können sich unter anderem auch so auswirken, dass Klienten den Kontakt abbrechen. Wir möchten betonen, dass das prinzipielle Problem nicht im Begehen eines therapeutischen Fehlers besteht – von sehr schwerwiegenden Fehlern einmal abgesehen. Wirklich ungünstig wird es erst, wenn im Anschluss kein professioneller Umgang mit einem solchen Fehler möglich ist – entweder dadurch, dass sich die Klienten wirksam dem Einfluss des Behandlers entziehen (und somit eine weitere Bearbeitung nicht zulassen), oder dadurch, dass sich die Behandler selbst aufgrund ihrer Kränkung auf eine Verteidigungsstrategie konzentrieren, statt einen professionellen Umgang mit dem eigenen Fehlverhalten zu versuchen. Wir Behandler sollten auch und gerade im Umgang mit eigenen Fehlern und Schwächen als Vorbilder und gute Modelle auftreten, um unseren Klienten zu verdeutlichen, dass durch einen Fehler die Welt nicht untergeht und auch ein Kontaktabbruch nicht nötig ist. Wenn das gelingt, dann kann ein Behandlungsfehler im Endeffekt sogar sehr gute

Folgen haben, da er auf der Beziehungsebene wichtige Lernprozesse ermöglicht („Wir sind alle nur Menschen, und Menschen machen Fehler, die man wieder gutmachen kann, und anschließend kann alles wieder weitergehen.“). Zu diesem Denkprinzip finden sich gerade in der klinischen Psychologie viele Analogien: Bei einem Angstpatienten ist nach der Therapie nicht das neuerliche Aufkommen von Angst das Hauptproblem, sondern ein möglicher vermeidender Umgang damit; bei einem Suchtpatienten ist nach längerer Abstinenz nicht ein erstes Wiedertrinken („Vorfall“) die Katastrophe, sondern diese wird erst durch die häufige „Jetzt ist alles egal“-Haltung samt ungebremstem Trinken („Rückfall“) eingeleitet. Gerade solchen Klienten können wir somit durch einen professionellen Umgang mit eigenen Fehlern verdeutlichen, dass mit einem Fehler alleine noch längst nicht alles entschieden ist. Insofern sollten Behandler sich nicht krampfhaft und übermäßig um die Vermeidung von Fehlern bemühen – denn diese können trotzdem passieren –, sondern sich vor allem einen kompetenten Stil im Umgang mit eigenen Fehlern angewöhnen. Und dieser besteht im Ansprechen, Klären, Zugeben, ggf. Entschuldigen (ohne übertriebene Selbstkasteiung) und Korrigieren.

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

Diese Ausführungen machen deutlich, wieso der Versuch der Klärung eines Abbruchs auch aus der Sicht des Behandlers notwendig ist: Sie sollten sich darum bemühen, die konkreten Gründe eines Abbruchs zu erfahren, um zu wissen, ob diese Gründe überhaupt mit Ihnen zu tun haben. In Fällen, in denen das so ist, sollte dann ein persönlicher Umgang mit dem gefundenen Fehler erfolgen, wie wir ihn oben schon beschrieben haben. Wenn Sie vom Klienten keine Angaben mehr erhalten können, weil dieser auf Ihre Kontaktangebote einfach nicht mehr reagiert, so ist ein angemessen selbstkritischer Auseinandersetzungsprozess mit der Behandlung nötig. Das wesentliche Wort in diesem Satz ist dabei das Wort „angemessen“! Selbstkritischsein bedeutet nicht, in unklarer Lage einseitig von

einem eigenen Fehler auszugehen. Am besten sprechen Sie die konkreten Ereignisse mit einem Kollegen oder Supervisor Ihres Vertrauens durch, um durch diese externe Unterstützung einen klareren Blick auf den Sachverhalt bekommen zu können. Sollten Sie dabei keine klaren Hinweise auf eigenes Fehlverhalten finden können, so ist das auch zu akzeptieren. Erinnern Sie sich an die 50 %-Regel, die wir in der Einleitung beschrieben haben: Sie kontrollieren nur die Hälfte des Geschehens, der Klient kontrolliert mindestens die andere Hälfte. Sie können alles noch so richtig machen, und trotzdem kann es zu einem negativen Behandlungsverlauf oder einem Abbruch kommen.

<b>Dos</b>	<b>Don'ts</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Gründe für den Abbruchwunsch klären, wenn das möglich ist</li> <li>▶ Grundsätzliches Respektieren des Abbruchwunsches</li> <li>▶ Angemessen selbstkritische Reflexion des eigenen Verhaltens im Verlauf der Behandlung</li> <li>▶ Angemessene Versuche der Kontaktaufnahme mit dem Klienten, falls der Abbruch nicht persönlich erfolgt (ein bis zwei Anrufversuche, ein abschließender Brief)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Gekränkt und beleidigt reagieren</li> <li>▶ Jeden Abbruch grundsätzlich auf sich selbst beziehen und in Selbstvorwürfen versinken</li> <li>▶ Den Abbruch nicht akzeptieren und den Klienten fortgesetzt zu kontaktieren versuchen</li> </ul>

## 2 Abschluss von Beratung und Therapie

Über eineinhalb Jahre lang haben Sie und Ihre Klientin Frau S. nun an ihrer depressiven Problematik gearbeitet, und es war ein sehr erfolgreiches Jahr. Frau S. geht es wieder gut, sie ist schon seit geraumer Zeit wieder stabil, auch über Rückfallprophylaxe haben Sie schon gesprochen, und somit ist klar, dass die Behandlung sehr bald beendet werden kann. Es sind vom Therapiekontingent noch fünf Stunden übrig, und Sie spüren, dass sich Frau S. darüber sorgenvolle Gedanken macht. Doch sie spricht es nicht offen an, und Sie fragen sich, wie Sie nun mit der Situation umgehen sollen.

### **Abschluss der Behandlung in verschiedenen Therapieschulen**

Die unterschiedlichen „Therapieschulen“ widmen dem Abschluss einer Behandlung sehr unterschiedliche Aufmerksamkeit. Wir möchten hier illustrierend auf zwei wesentliche Perspektiven eingehen: In der Verhaltenstherapie wird das Therapieende häufig als relativ einfach angesehen. So sagt Hautzinger im Lehrbuch „Psychotherapie“ von Reimer, Eckert, Hautzinger und Wilke (2007): „Die Beendigung einer Verhaltenstherapie ist selten ein Problem“ (Hautzinger, 2007, S. 221). Das Therapieende wird auf insgesamt einer guten Achtelseite beschrieben, wobei wie für die Verhaltenstherapie kennzeichnend vor allem auf das „Ausschleichen“ der Therapiesitzungen verwiesen wird. Dieses steht im Interesse des Selbstmanagement-Ansatzes der Verhaltenstherapie, da vergrößerte Abstände zwischen den Sitzungen es dem Klienten erlauben, immer stärker seine Selbständigkeit zu entfalten.

In demselben Lehrbuch befasst sich der tiefenpsychologisch orientierte Experte mit dem Ende der Therapie mehr als vier Seiten lang (Reimer, 2007, S. 110–114). Auch wenn dieser Vergleich in seinem reinen Fokus auf Quantität natürlich nur begrenzt bedeutsam ist, gibt er gut wieder, wie unterschiedlich Beziehungs- und Prozessmerkmale von den verschiedenen Richtungen teilweise noch gesehen werden.

Wir vertreten diesbezüglich eine mittlere Position, die vor allem von der Länge und Intensität der Behandlung ausgeht. Natürlich ist die Variationsbreite enorm: Bei sehr umgrenzten und spezifischen Beratungsfragen kann das Ziel der Klienten möglicherweise schon mit einem oder wenigen Gesprächen erreicht werden. In diesen Fällen wird der „Abschluss“ lediglich die letzten Minuten oder Teile einer Stunde betreffen. Auch bei mittellangen Behandlungen mit spezifischen Behandlungsaufträgen ist es häufig so, dass der Behandlungsbeziehung kein herausragender Stellenwert zukommt, sondern vor allem die Arbeit an konkreten Problemen im Vordergrund stand. In beiden genannten Fällen vertreten wir die oben nach Hautzinger (2007) zitierte Position, dass das Ende einer solchen

Behandlung vermutlich wenig Probleme verursachen wird und insbesondere Aspekte wie Rückfallprophylaxe, Warnsignale, Risikomerkmale, Vertiefung des Selbstmanagements usw. im Vordergrund stehen. Hierfür finden sich insbesondere in verhaltenstherapeutischen Therapiemanualen viele Hinweise, welche Inhalte bedeutsam sind (vgl. z. B. die Reihe „Fortschritte der Psychotherapie“ des Hogrefe-Verlags oder die Reihe „Praxismaterialien“ des Beltz-Verlags). Im Gegensatz dazu ist es in der stark auf zwischenmenschliche Interaktionen ausgerichteten „Interpersonellen Therapie“ (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984; Schramm, 2009) üblich, das Therapieende als einen typischen interpersonellen Belastungsfaktor auch bei relativ kurzer Therapiedauer – üblich sind 16 Sitzungen – ausführlich zu thematisieren.

Insbesondere bei tiefgreifenden Therapien ist es nicht ungewöhnlich, dass der gesamte Prozess mitunter mehrere Jahre dauert (auch in der Verhaltenstherapie). Es ist wichtig, sich in solchen Fällen vor Augen zu führen, dass der Klient eine für ihn sehr wichtige Bezugsperson verliert, die ihn eine bedeutsame Strecke lang begleitet hat. Je länger ein Behandlungsprozess angedauert hat, umso wichtiger und intensiver wird in aller Regel die Behandlungsbeziehung für den Klienten sein. Wenn das so ist, dann sollten Sie davon ausgehen, dass der Abschluss nicht ein Moment, sondern vielmehr ein Prozess ist, für den Zeit eingeräumt werden muss. Nur in diesen Fällen wird ein Behandlungsabschluss eine „schwierige Situation“ sein, weshalb wir uns diesem Bereich (unter anderem unter Rückgriff auf Reimer, 2007) nun noch etwas vertieft widmen.

### **Bedeutung für den Klienten**

Unser Hauptaugenmerk beim Behandlungsabschluss gilt natürlich dem Klienten. Dieser verliert wie bereits angedeutet eine Person, die für ihn für längere Zeit sehr wichtig war. Bei verschiedenen Störungsbildern kann es ohne Weiteres sein, dass der Klient gar *die* wichtigste Person der letzten Zeit verliert, und zwar immer dann, wenn der Klient außerhalb der therapeutischen Beziehung nur wenige oder keine Sozialkontakte unterhalten hat. Unter anderem deshalb sollte eine gut geplante Therapie bei solchen Klienten auch immer eine Aktivierung im sozialen Bereich als eines der – notfalls vom Therapeuten einzubringenden – Ziele enthalten. Ist es gelungen, im Verlauf der Behandlung gute und stabile Sozialkontakte aufzubauen, so ist dies natürlich in allererster Linie für das gesamte Leben des Klienten von besonderer Bedeutung; als Begleiteffekt wird aber auch das Therapieende für den Klienten erträglicher werden, da er nicht in die Einsamkeit fällt.

Doch auch in diesen Fällen sollte damit gerechnet werden, dass das Therapieende für den Klienten eine schwere Zeit ist, denn Verlust bleibt Verlust. Reimer (2007) geht so weit zu sagen, dass problematische Gründe vorliegen müssen, wenn das Ende einer tiefenpsychologischen Therapie nur ruhig verläuft. Wir stimmen dieser Einschätzung auch für sehr intensive Verhaltenstherapien zu. Es sollte als normal erachtet werden, dass ein Klient dem Ende seiner langjährigen Behandlung mit Sorge, Trauer, Ärger oder anderen negativen Gefühlen entgegen