

EINE KRITIK (NICHT NUR) DER VERHALTENSTHERAPIE AUS DER SICHT EINES VERHALTENSTHERAPEUTEN

COMMENTS ON (NOT JUST) BEHAVIOR THERAPY BY A BEHAVIOR THERAPIST

Peter Fiedler

Zusammenfassung

Es werden einige zentrale Probleme der Verhaltenstherapiepraxis angesprochen, die in der Verhaltenstherapieforschung eher selten im Mittelpunkt stehen. Die wenigen dazu vorliegenden Forschungsbefunde werden aus Sicht der Patienten dargestellt und diskutiert. (a) Wünsche und Erwartungen der Patienten an eine Psychotherapie. (b) Nebenwirkungen und Schäden psychotherapeutischen Handelns. (c) Der Therapieabbruch: Warum Patienten vorzeitig die Therapie verlassen. (d) Die Angst der Forscher, die Eigenarten durchweg schlechter Therapeuten genauer zu untersuchen. Als Schlussfolgerung für die Verhaltenstherapieforschung und -praxis wird empfohlen zukünftig ein verstärktes und sensibles Interesse für konkrete Wünsche und Vorstellungen zu entwickeln, die Patienten mit der Psychotherapie verbinden.

Schlüsselwörter

Verhaltenstherapie – Psychotherapie – Therapieabbruch – Therapeut-Patient-Beziehung – Dosis-Wirkung-Effekt

Summary

In this paper some important - but oftentimes neglected - issues for the practice of Behavior Therapy are addressed. Research results of these issues are scarce. Available findings are discussed from a patient's perspective: (a) wishes and expectations about psychotherapy (b) side effects and possible harm of psychotherapeutic interventions (c) dropout why patients end psychotherapy prematurely (d) the reluctance of researchers to examine attributes of psychotherapists who deliver consistently bad services. The main conclusion drawn for psychotherapy research and practice is to strengthen the interest and sensitivity for patients's needs and wishes.

Keywords

Behavior Therapy – Psychotherapy – Dropout Rates – Therapist-Patient-Interaction – Dose-Effect Relationship

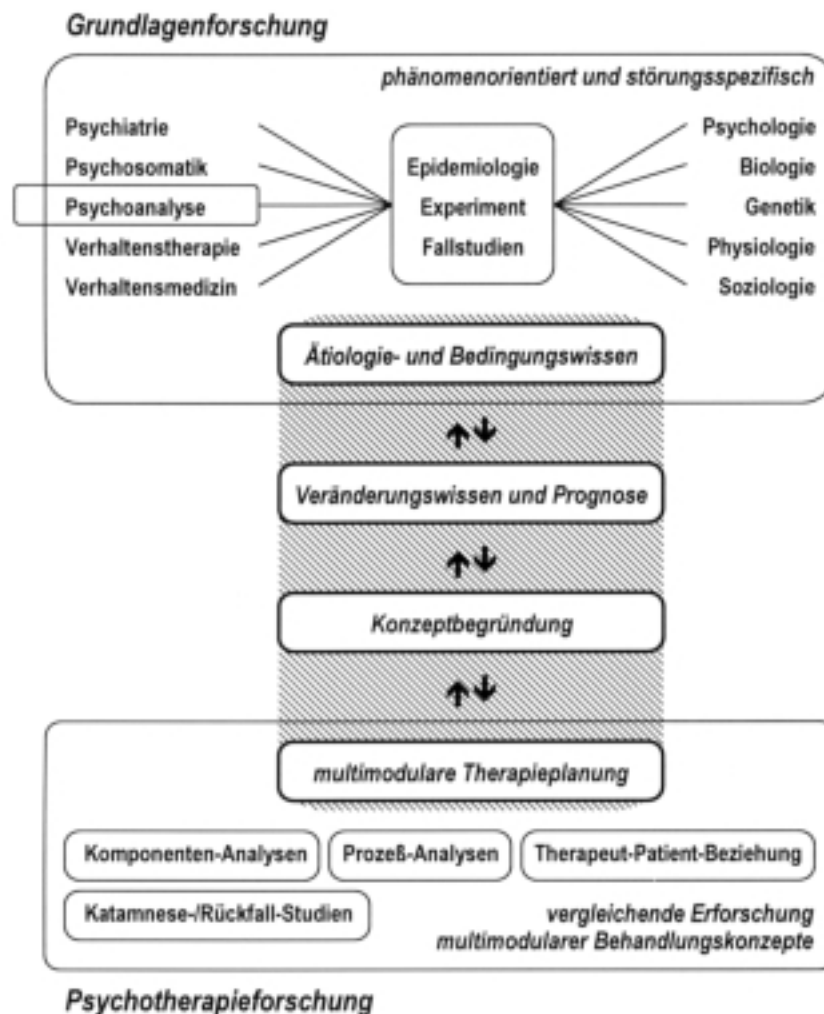
Einleitung

Offensichtlich hatte ich mich etwas vorschnell dazu bereit erklärt, einen kritischen Vortrag zu jenem Verfahren zu halten, dem ich selbst jetzt seit mehr als 25 Jahren einen Großteil meiner praktischen und forscherschen Tätigkeit gewidmet habe. Ich war immer schon und bin nach wie vor sehr stolz auf eine Reihe von Vorteilen, die die Verhaltenstherapie in meiner Sicht von anderen Therapieschulen positiv unterscheidet, zuvorderst das Forschungsprogramm, das sich immer schon durch eine prinzipielle "Offenheit in alle Richtungen" auszeichnete. Anfangs spielte für mich natürlich auch eine Rolle, dass Verhaltenstherapeuten ein empirisch orientiertes Behandlungskonzept vertraten, das sich ausdrücklich als Alternative zum hermeneutisch orientierten Vorgehen der Psychoanalytiker verstand.

Die Verhaltenstherapeuten wendeten sich in der Gründerzeit jedenfalls vehement gegen die damalige psychoanalytische Ansicht, dass in jeder Therapie der Weg der Veränderung neu gefunden oder erfunden werden müsse. Hingegen wurden in der Verhaltenstherapie wissenschaftliche Erkenntnisse über psychisches Funktionieren und über psychische Störungen nicht als das Ziel, sondern *als Voraussetzung für therapeuti-*

sches Handeln und für therapeutische Flexibilität betrachtet. Das fand ich faszinierend; denn genau dieser Anspruchsetzung folgend setzt die Verhaltenstherapie Erklärungs- und Behandlungssakzente, die gelegentlich weit über die Zweierbeziehung als Ort der Theoriebildung und Behandlung hinausreichen. Und das war mir besonders wichtig. Eine dieser Perspektiven besteht in einer stärkeren Beachtung und Gewichtung *sozialpsychologisch-gesellschaftlicher Determinanten* psychischer Störungen. Das Spektrum reicht von den unmittelbaren Bedingungen der Kommunikation und Interaktion (in Familie, Partnerschaft) über allgemeinere sozialpsychologische und soziale Faktoren (wie z.B. Einstellungen, Haltungen, Etikettierungsprozesse) bis hin zu gemeindepsychologischen, soziologischen und ökopsychologischen Bedingungen. Gleichzeitig findet sich eine strikte Beachtung *biologischer Determinanten* psychischer Störungen, die in der heute so bezeichneten *Verhaltensmedizin* zusätzlich zu den psychischen Störungen (Angst, Depression, Schizophrenie usw.) eine Auseinandersetzung auch mit den psychologischen Aspekten und Folgen bei *körperlichen Erkrankungen* (Krebs, Aids, Rheuma, Hauterkrankungen etc.) in Gang setzte (Abb. 1).

Abbildung 1: Das Forschungsprogramm der Verhaltenstherapie (vgl. Fiedler, 1997; 2002)



Für die moderne Verhaltenstherapie ist es typisch, das empirische und theoretische Wissen, das aus der Anwendung empirisch gesicherter Theorien und Methoden in der gesamten Psychologie und ihren Nachbarwissenschaften (z.B. Biologie, Physiologie, Soziologie) resultiert, systematisch zur Erklärung, Therapie, Prävention und Rehabilitation psychischer Störungen und körperlicher Erkrankungen einzusetzen.

Dieses Vorgehen stellt die Herleitung therapeutischer Ziele, Strategien und Methoden ausdrücklich in einen theoretischen Begründungszusammenhang. Bezug und Rahmen für die Begründung therapeutischer Maßnahmen ist das breite Spektrum vorhandenen Grundlagenwissens (Abb. 1). Ganz ähnlich sieht dann auch die Therapieplanung in jeder einzelnen Verhaltenstherapie aus: Nach Diagnosestellung und Phänomenanalyse werden in der konkreten Abstimmung mit dem Patienten weitere, induktiv zu generierende methodische Konkretisierungen notwendig (Fiedler, 1997a, b).

Was gibt es also an einem solchen Konzept zu kritisieren? Vielleicht, dass die Verhaltenstherapie – bei aller Offenheit ihrer Anspruchssetzung – auf einem Auge recht blind geblie-

ben ist (wie man dies in der Abbildung unschwer an dem kleinen Rahmen oben links erkennen kann). Bei allem Anspruch der Bezugnahme zu bestehenden Wissensbeständen ignorieren Verhaltenstherapeuten einen wichtigen Bereich, nämlich den, zu dem sie von Anfang an und zu dem auch heute noch viele meiner Kollegen auf größere Distanz gegangen sind ... nämlich den Fundus an Wissensbeständen, wie dieser jetzt ebenfalls über mehr als einhundert Jahre in der Psychoanalyse zusammengetragen wurde. Nun, das wäre sicherlich eine "Kritik der Verhaltenstherapie" wert gewesen, einmal der Frage nachzugehen, was die Verhaltenstherapeuten alles außer Acht lassen, weil sie sich nach wie vor weigern, einmal vorurteilsfrei die Perspektive der Psychoanalytiker und tiefenpsychologisch orientierten Forscher und Praktiker einzunehmen. Aber dazu hatte ich – zum Zeitpunkt der Vortragsanfertigung jedenfalls – (noch) keine Lust. Diese Frage wurde auf später vertagt. Schließlich sollte ich einen Vortrag über die Verhaltenstherapie halten und nicht darüber, was die Verhaltenstherapeuten von den Psychoanalytikern lernen könnten. Also kam ich ins Grübeln, ob es nicht weitere bedenkenswerte Kritikpunkte gäbe, die ich hier und heute den Verhaltenstherapeuten ins Stammbuch schreiben könnte.

Randphänomene in der (Verhaltenstherapie-) Forschung: Zentrale Probleme in der Praxis

Die wichtigsten Ansatzpunkte fand ich, als ich damit begann, in Unterlagen herumzublättern, die ich als Supervisor über meine Beratungsstunden mit praktisch arbeitenden Kollegen gebündelt in mehreren Aktenordnern aufgehoben hatte. Dabei schälte sich einige Themenkomplexe heraus, die mit alltäglichen Schwierigkeiten in der Umsetzung von Verhaltenstherapie in der Praxis zusammenhängen.

Besondere Probleme stellen insbesondere für jüngere Therapeuten Rückfälle oder Verschlechterungen während der laufenden Therapie dar; dies insbesondere dann, wenn sich Therapeuten fragen, ob sie einen Rückfall persönlich mit zu verantworten haben oder nicht. Problembehaftet scheint es in der Praxis weiter zu sein, angemessen mit Drop-out-Patienten umzugehen, also mit Patienten, die von sich aus die Therapie abbrechen. Gelegentlich stürzt es wenig erfahrene Therapeuten sogar in „mittlere Krisen“, wenn Patienten plötzlich wegbleiben bzw. ohne Angaben von Gründen ihre Therapie aufkündigen. Schließlich bekunden einzelne Patienten ihren Therapeuten gegenüber (manchmal ziemlich direkt), dass ihnen die Therapie mehr geschadet als genützt habe: kann das stimmen?

Mir wurde klar, dass es sich bei diesen Supervisionsfragen um sträflich vernachlässigte Bereiche in der Verhaltenstherapie-Forschung handelt. Um echte Stiefkinder gelegentlich, was man z.B. daran sehen kann, dass Patienten, die vorzeitig ihre (Forschungs-)Therapie verlassen, in der Darstellung von Forschungsergebnissen zumeist ausgeklammert bleiben. Könnte es nicht sein, dass sich die seit Jahren etwas stagnierenden Erfolgs- oder Rückfallzahlen (nicht nur) in der Verhaltenstherapie endlich mehr zum Positiven hin verändern ließen, wenn die Forscher (wie Praktiker) diesen Bereichen mehr Aufmerksamkeit schenken würden? Für den Vortrag ausgewählt habe ich schließlich vier Bereiche, die ich im Folgenden kurz näher ausführen möchte.

- Was betrachten Patienten in einer Psychotherapie eigentlich als „veränderungsrelevant“?
- Schäden und Nebenwirkungen der Psychotherapie
- Drop-out-Patienten: Warum beenden Patienten vorzeitig ihre Therapie?
- Das Phänomen der „individuellen Erfolgskonstanz“ einzelner Therapeuten

Zu diesen vier Bereichen möchte ich jeweils einige der nach wie vor leider eher spärlichen Ergebnisse aus der Psychotherapieforschung mitteilen und diese gern mit Blick auf einige Konsequenzen diskutieren, die sich daraus auch heute schon für die Verhaltenstherapie-Forschung wie -Praxis ergeben könnten.

Mehr Kundenorientierung in der Psychotherapie? oder: Was Patienten in einer Psychotherapie als veränderungsrelevant betrachten

Seit Mitte der achtziger Jahre des vergangenen Jahrhunderts fragen wir gelegentlich Therapeuten, ob sie mit ihren Patienten zusammen Interesse hätten, an einer Untersuchung über sog. *veränderungsrelevante Episoden* teilzunehmen. Der Untersuchungsaufbau ist denkbar einfach (vgl. z.B. Fiedler

und Rogge, 1989). Die Therapiesitzungen werden auf Video aufgezeichnet. In der Zeit zwischen zwei Sitzungen müssen sich Therapeut und Patient getrennt mit einem Interviewer hinsetzen und sich die Aufzeichnung nochmals ansehen. Das Video wird jeweils gestoppt, wenn Therapeut bzw. Patient der Ansicht sind, dass gerade etwas Relevantes passiert (ist), sei es mit Blick auf die angestrebten Therapieziele bzw. erhofften Therapiewirkungen oder auch mit Blick auf wünschenswerte Veränderungen im Prozess.

So einfach der Aufbau, so wenig groß ist leider die Bereitschaft von Therapeuten, sich mit ihren Patienten einer solchen Prozedur zu unterziehen. Dennoch haben sich glücklicherweise in den letzten 15 Jahren zehn Patienten und ihre Therapeuten in ambulanten und stationären Kontexten bereit gefunden, an dieser Untersuchung zu veränderungsrelevanten Episoden teilzunehmen, so dass wir nunmehr in der Lage sind, erste Ergebnisse mitzuteilen. Bevor wir an eine ernsthafte Publikation denken, wollen wir die Zahl der untersuchten Behandlungen jedoch weiter steigern (interessierte Therapeuten sind hierzu gern nach Heidelberg eingeladen). Zur ersten Eindrucksbildung sind die vorläufigen Befunde dennoch aufschlussreich.

Bei den zehn Therapien handelt es sich um 6 Verhaltenstherapien und um 4 psychodynamisch orientierte Kurzzeittherapien. Die Länge der Behandlungen variierte zwischen 12 und 25 Sitzungen. Folgende Ergebnisse sind im Zusammenhang mit diesem Vortrag von Interesse.

Psychotherapeuten und Patienten haben in den vorliegenden 10 Therapien mit insgesamt 180 Sitzungen 541 veränderungsrelevante Episoden gemeinsam oder getrennt angegeben. Im Durchschnitt werden von Patienten zwei bis drei relevante Episoden pro Sitzung gekennzeichnet. Therapeuten kommen auf etwa die doppelte Anzahl von Episoden. Es gibt jedoch immer mehrere Sitzungen pro Behandlung, in denen Therapeut und/oder Patient keine Episoden angeben möchten. Diese Sitzungen ohne Episoden können dennoch von Patient und Therapeut (als Gesamtepisode betrachtet) als wichtig und bedeutsam eingeschätzt werden. Es bleibt also zu beachten, dass die einzelnen veränderungsrelevanten Episoden innerhalb einer Sitzung nur teilweise etwas darüber aussagen, was Therapeuten und Patienten in der jeweiligen Behandlung als wichtig erachten. Manchmal werden nämlich die Gesamtsitzungen als wichtiger betrachtet als einzelne Episoden – wie auch umgekehrt.

Interessantes erstes Ergebnis betrifft die Tatsache, dass die Therapeuten 93 Prozent (!) jener 301 Episoden, die von Patienten angegeben werden, ebenfalls als relevant ansehen. Das sind 281. Therapeuten bemerken also fast immer, wenn Patienten in der Therapie etwas als für sich bedeutsam erfahren oder erleben. Von den Therapeuten werden zusätzlich 240 Episoden (44 Prozent) als relevant angegeben, die von Patienten *nicht* als relevant gekennzeichnet werden. Die Therapeuten erachten also vieles in der Therapie als veränderungsrelevant, was die Patienten als solches nicht ausdrücklich so sehen. Das muss jetzt nicht heißen, dass die von Therapeuten allein angegebenen Episoden nicht doch wichtig sind. Hier geht es vielmehr um die Frage: Was finden Patienten an einer Therapie wichtig? Und das Interessante an unseren Befunden ist, dass dies in 93 Prozent der Fälle die Therapeuten ebenfalls

als wichtig erachten (oder zumindest die Bedeutsamkeit für Patienten bemerken und dann ebenfalls eine Kennzeichnung vornehmen).

(a) Von Therapeuten und Patienten gemeinsam als veränderungsrelevant gekennzeichnete Episoden

Platz 1: Konkrete Beratung

(43 Prozent der gemeinsam gekennzeichneten Episoden)

Gemeint sind damit zumeist plausible Erklärungen und Vorschläge zur Behandlung und Selbstbehandlung der jeweiligen Symptome und Störungen sowie zu den damit zusammenhängenden weiteren Problemen; auch gemeint sind allgemeine Informationen über Erfolgsprognose und Rückfallrisiken sowie über die Möglichkeiten, letztere zu vermeiden. Interessanter Befund: Es gibt kaum Unterschiede zwischen Verhaltenstherapien (41 Prozent der Episoden) und psychodynamischen Therapien (45 Prozent), obwohl wir eher Gegenteiliges erwartet hatten. Das betrifft übrigens auch den folgenden Punkt.

Platz 2: Information und Aufklärung

(29 Prozent der gemeinsamen Nennungen)

Gemeint sind damit klare Informationen über das Störungsbild und die psychologische Störungsdynamik, eine gute Begründung der Diagnose, plausible Erklärungen zur Ätiologie, auch als relevant erachtete Informationen zur Verbreitung der Störung in der Bevölkerung wurden hier eingeschlossen. Interessant wiederum: Hinsichtlich relevanter „Information und Aufklärung“ unterscheiden sich die Verhaltenstherapien (mit 28 Prozent) kaum von den psychodynamisch Behandlungen (30 Prozent).

Platz 3: Lebenspraktische Beratung

(13 Prozent der gemeinsamen Episoden)

Dieser Bereich ist deshalb interessant, weil es hier um Beratungsaspekte geht, die nicht unmittelbar mit dem ursprünglichen Dienstauftrag zur Therapie zusammenhängen (also mit den Symptomen bzw. Störungen). Wir haben hier sehr heterogene Dinge zusammenfassen müssen, wie Fragen zu Alltagsbeziehungen innerhalb der Familie (z.B. Kindererziehung, Umgang mit einem alkoholabhängigen Großvater) sowie im Beruf (Umgang mit dem Chef oder mit Kollegen; Laufbahnberatung etc.) (Verhaltenstherapie: 12 Prozent; psychodynamische Therapie: 13 Prozent).

Platz 4: Transparenz des Therapeuten

(11 Prozent der gemeinsamen Episoden)

In dieser Kategorie haben wir als relevant erachtete Mitteilungen des Therapeuten über sich selbst zusammengefasst. Die häufigsten betreffen klärende Ausführungen zum eigenen therapeutischen Handeln (Warum verhalte ich mich Ihnen gegenüber so oder so? Warum habe ich dies oder jenes so gemacht?). Aber auch recht häufig werden Mitteilungen des Therapeuten über eigene Werthaltungen und Grundüberzeugungen als relevant angesehen, die wir hier ebenfalls zugeordnet haben. „Transparenz“ wird von Patienten und Verhaltenstherapeuten gemeinsam in 13 Prozent der Fälle als

wichtig eingestuft, von Patienten und ihren Psychoanalytikern in 8 Prozent der Fälle.

Die restlichen 4 Prozent gemeinsam angegebener Episoden verteilen sich auf jene Kategorien, die wir jetzt besprechen werden, denn es handelt sich dabei um Aspekte, die vorrangig von den Therapeuten allein angegeben werden:

(b) Von Therapeuten vorrangig allein als veränderungsrelevant gekennzeichnete Episoden

Von den Therapeuten allein (und nicht gleichzeitig von ihren Patienten) wurden 240 Episoden angegeben; davon beziehen sich die meisten auf zwei besondere Formen therapeutischer Intervention:

Platz 1: “Beziehungsarbeit”

(49 Prozent der von Thp allein gekennzeichneten Episoden)

Unter dieser Bezeichnung haben wir vorrangig Feedback und Rückmeldungen der Therapeuten zum von ihnen erlebten Interaktionsverhalten der Patienten zusammengefasst, die sie selbst bei der Video-Analyse häufig als “Konfrontation” oder „Übertragungs-Deutungen” gekennzeichnet haben. Diese Art Intervention kennzeichnen immerhin in 45 Prozent der Fälle die Verhaltenstherapeuten und in 54 Prozent der Fälle die psychodynamisch arbeitenden Therapeuten als relevant – beachtenswert jedoch: die Patienten nicht ausdrücklich.

Platz 2: “Gefühlsarbeit”

(23 Prozent der von Thp allein gekennzeichneten Episoden)

In dieser Kategorie finden sich recht unterschiedliche Formen therapeutischer Interaktion, denen thematisch gemeinsam ist, dass die Patienten häufig mit Hilfe therapeutischer Stützung in einen aktualisierten Prozess emotionalen Erlebens geraten (vorrangig Betroffenheit oder Weinen der Patienten, aber auch z.B. mutistisch anmutendes Schweigen oder (selten) Ärgerreaktionen). Das Gemeinsame ist, dass die Therapeuten als Kategorie in diesen Fällen “Gefühlsarbeit” auf dem Interviewbogen als eigene Strategie angekreuzt haben. Diese Interventionsform kennzeichnen in 25 Prozent der Fälle die Verhaltenstherapeuten und in 21 Prozent der Fälle die psychodynamisch arbeitenden Therapeuten als relevant – beachtenswert wiederum: die Patienten jedoch nicht!

Die restlichen veränderungsrelevanten Episoden, die Therapeuten allein angegeben haben, verteilen sich auf die oben bereits angegebenen (“gemeinsamen”) Kategorien (15 Prozent) sowie auf Übungen oder Bewältigungsaspekte im Prozess (4 Prozent).

Patienten allein haben noch 20 Episoden verteilt über die 180 Sitzungen angegeben. Das sind nur sieben Prozent, und sie lassen sich zumeist den beiden Kategorien “Information” bzw. „Beratung” zuordnen.

Zusammengefasst stellt sich natürlich die hochinteressante Frage, warum die Patienten (übrigens nur in 3 Prozent der Fälle) kaum oder besser: nicht die Episoden gekennzeichnet haben, die aus Sicht der Therapeuten als “Gefühlsarbeit” oder “Beziehungsarbeit” hohe Veränderungsrelevanz besitzen. Antworten dazu können wir mit Hilfe der vorliegenden kleinen Studie (noch) nicht geben. Vielleicht erschließen sich uns einige Antworten mittelbar, wenn wir uns nun den nächsten Fragen zuwenden.

Nebenwirkungen und Schäden: Varianzerweiterung und Deterioration als schaler Beigeschmack in der (Verhaltens-)Therapieforschung

Der *Varianzerweiterungs-Effekt* besagt, dass sich die Streuung von Erfolgsparametern (z.B. das Ausmaß der psychischen Probleme) vom Beginn bis zum Ende einer Therapie erweitert (vgl. Abb. 2). Von Varianzerweiterung wird also gesprochen, wenn, vom Streubereich der Ausgangswerte aus betrachtet, eine größere Zahl von Patienten *sehr profitiert*, eine weitere größere Anzahl von Patienten *wenig, aber auch noch profitiert* und eine weitere, zumeist geringere Zahl von Patienten *nicht profitiert* bzw. *sich sogar verschlechtert*. Insgesamt verändern sich in solchen Studien die Mittelwerte deutlich in positive Richtung. Entsprechend gern werden von Autoren in Grafiken die Mittelwertveränderungen wiedergegeben, um den augenscheinlichen Erfolg der Therapiestudien zu dokumentieren, nicht jedoch – wie in unserer Abbildung – die Varianzen.

Wenig Beachtung finden in der Darstellung solcher Forschungsergebnisse also jene Patienten, die in den Projekten nicht oder wenig profitieren. Fast immer werden nur die „durchschnittlichen“ Erfolgsangaben interpretiert und mit den „durchschnittlichen“ Erfolgswerten von Kontrollgruppen verglichen. Begründet wird dies damit, dass die Zahl der Patienten, die nicht profitieren, sehr gering ist und sie deshalb zu vernachlässigen seien. Interessanterweise ist es jedoch so, dass die Anzahl derjenigen Patienten, die wenig oder nicht von Psychotherapien profitieren oder die sich gar im Verlauf der Behandlung verschlechtern, umso größer ausfällt, je sorgsamer die Binnenvarianz der Änderungen untersucht wurde und je genauer damit dieser Varianzeffekt anhand vorliegender guter Kontrolldaten beurteilbar wird. Im Durchschnitt liegt der Anteil der Patienten, die nicht profitieren oder sich verschlechtern, bei 7 Prozent, in manchen besser kontrollierten Studien sogar bei 30 Prozent (vgl. Grawe und Mezenen, 1985; in den Analysen von Grawe et al., 1994, findet sich der Varianzerweiterungseffekt gar in 40 Prozent der Studien, die solche Effekte überhaupt mitteilen). Dabei ist gelegentlich sogar beobachtbar, dass die Varianzerweiterungen in unbehandelten Kontrollgruppen nicht festzustellen sind. Folglich lassen sich in diesen Studien die Ursachen möglicher Misserfolge in den

untersuchten therapeutischen Konzepten oder in den Eigenarten und Verhaltensweisen der Therapeuten oder im therapeutischen Vorgehen vermuten.

Bei den erwähnten Zahlen etwa aus *methodischen* Erwägungen von einer vernachlässigbaren Größe zu sprechen, ist natürlich nicht akzeptierbar. Selbst bei nur ganz wenigen Fällen von Verschlechterung wäre es zwingend erforderlich, nach den Gründen für diese therapeutischen Misserfolge zu suchen, zumal es sein kann, dass sich dahinter gravierende Mängel des Therapieverfahrens oder aber auch ungünstige Therapeutenvariablen verbergen. Schon Mitte der sechziger Jahre wurde dies von Bergin gefordert, der dann auch für die regelhaft in Therapien beobachtbaren Verschlechterungen von Patienten den Begriff *Deterioration-Effekt* einsetzte (Bergin, 1966, 1971). Leider wird dieser Forderung viel zu selten entsprochen, und entsprechend gering sind bis heute substantielle Aussagen darüber möglich, woran es liegt, dass Patienten in der Psychotherapie Schaden nehmen. Die dazu vorliegenden Untersuchungen rechtfertigen es dennoch, dass beide Effekte hier in Erinnerung gebracht werden, weil sich daraus in der Tat wichtige Schlussfolgerungen für die Psychotherapiepraxis ableiten lassen.

Besonders krass fallen die Varianzerweiterung und der Deterioration-Effekt in Studien aus

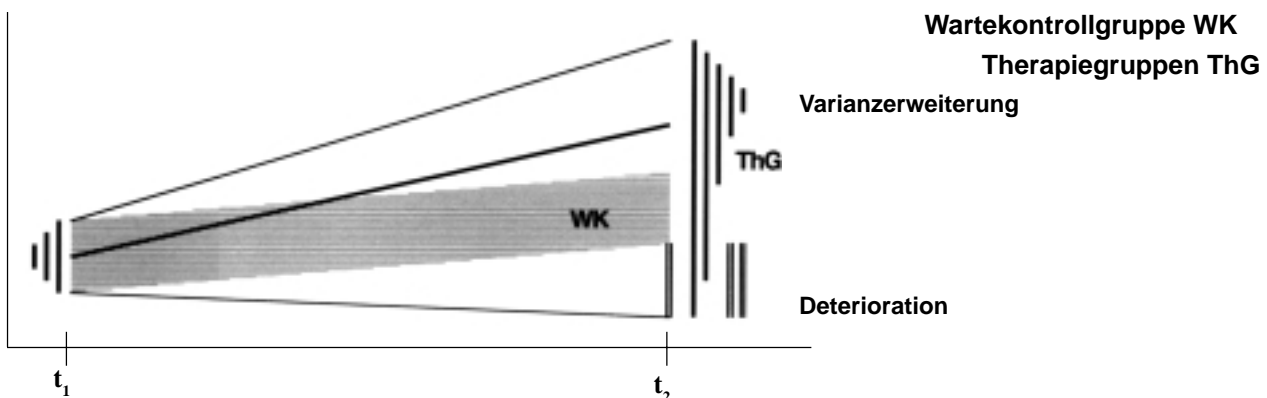
- (a) über Gruppentherapiekonzepte (hierzu Fiedler, 1996),
- (b) über Behandlungskonzepte bei Borderline-Patienten (hierzu Fiedler, 2000a) und
- (c) über Therapieansätze bei dissozialen Persönlichkeiten im Gefängniskontext.

Auf Einzelbefunde zum letzten Bereich, der therapeutischen Behandlung krimineller Menschen in Gefängniskontexten, möchte ich jetzt kurz eingehen.

(a) Beispiel: Kriminelle Personen im Gefängnis

Kriminelle Menschen (evtl. mit dissozialer Persönlichkeitsstörung) gelten als besonders schwer zu behandeln. Sie sind zumeist wenig motiviert, und den meisten von ihnen ist es schlicht egal, was andere von ihnen halten oder von ihnen wollen, einschließlich der therapeutisch motivierten Absich-

Abbildung 2: Beispiel für Varianzerweiterung und Deteriorationseffekt (Schadenswirkung) in der Erforschung einer psychotherapeutisch behandelten Patientengruppe (ThG), während sich die unbehandelte Wartekontrollgruppe üblicherweise ohne nennenswerte Varianzerweiterung und Schadenswirkung entwickelt (Erläuterungen im Text)



ten aller möglichen Institutionen, Berater oder Therapeuten, die nichts weiter im Sinn zu haben scheinen, als sie möglichst bald wieder auf die rechte Bahn zu bringen. Was zumeist nicht gelingt.

Nimmt man nun die Ergebnisse zum globalen Behandlungserfolg (also jene Erfolgszahlen, die sich einstellen, wenn professionelle Behandler sich intensiv mit den Betroffenen in therapeutischen Gesprächen auseinander gesetzt haben), so findet sich bis heute recht konvergent, dass *etwa bis zu 45, höchstens 50 Prozent* aller in Gefängnissen psycho- bzw. sozialtherapeutisch behandelten Menschen innerhalb von drei Jahren *nicht* wieder rückfällig werden und *nicht* erneut eingewiesen bzw. verurteilt werden (vgl. Dolan und Coid, 1993). Finden keine psychotherapeutischen Maßnahmen statt, liegt der dreijährige Erfolg üblicher Inhaftierungsmaßnahmen nur etwa bei höchstens bis zu vierzig Prozent. Gemeint sind hier, wie gesagt, Kriminelle mit dissozialer Persönlichkeitsstörung, zumeist untersucht: Männer.

Der Mehrerfolg psychotherapeutischer Hilfe in diesem Feld liegt also bei etwa 10 Prozent. *Das ist sehr viel!* Denn um die Bedeutung dieser Unterschiede richtig einzuschätzen, muss man klar vor Augen haben, dass kriminelle Menschen mit dissozialer Persönlichkeitsstörung der Gesellschaft enorm viel Geld kosten. Mit den eingesparten Kosten für ein oder zwei erfolgreich behandelte Wiederholungstäter könnte man gut die Stelle eines Therapeuten oder Beraters finanzieren.

Die bisher genannten Zahlen sind jedoch nur Durchschnittswerte. Viel interessanter ist die Beobachtung, dass die berichteten Erfolgszahlen der Therapeuten über Zeitperioden hinweg und regional *außerordentlich schwanken*. Manche psychotherapeutisch arbeitenden Institutionen bringen es zeitweilig auf weit über 50, bis gelegentlich 60 Prozent Behandlungserfolg – letzteres insbesondere bei jungen Straftätern (vgl. auch Stelly und Jürgen, 2001). Das ist beträchtlich, wenn man bedenkt, dass einige andere Psychotherapeuten mit ihren Maßnahmen nur 30 Prozent schaffen, sonst ergäbe sich allgemein kein Durchschnitt von etwa 50 Prozent.

Und um dies Problem sogleich zu verschärfen: Im Vergleich mit jenen möglichen 40 Prozent Erfolgen ohne Behandlung schaffen jene Therapeuten mit nur 30 Prozent Erfolg offensichtlich sogar noch eine Verschlechterung (Deterioration). Diese mehr Schaden als Gewinn bringenden Therapeuten vermehren also die Kosten der Gesellschaft um beträchtliche Summen, kosten mit ihrem Tun schließlich sogar das Mehrfache von dem, was Staat und Gesellschaft zuvor bereits als Gehalt oder Honorar für sie hinblättern müssen. Genau deshalb ist es so wichtig, sich mit den Ursachen für diese enormen Erfolgsunterschiede genau auseinander zu setzen. Das haben verschiedene Forschergruppen getan und nach Prädiktoren gesucht (vgl. Palmer, 1992; Dolan und Coid, 1993, Marshall et al., 1999).

(b) Ursachensuche

Zunächst wurden die Psychotherapeuten der wenig erfolgreichen Maßnahmen gefragt, warum ihre Behandlungen so wenig erfolgreich verlaufen. Von den befragten Therapeuten wurden und werden zumeist die „schlechten gesellschaftlichen Rahmenbedingungen“ sowie „schwer behandelbare

Persönlichkeitsstörungen“ als Erstes genannt. Als Zweites verweisen die wenig erfolgreich oder gar schädigenden Therapeuten gern auf die unbefriedigenden bis schlechten Arbeitsbedingungen im Strafvollzug. Nun, beides wurde geprüft. Ergebnis: Mit den Rahmen- und Arbeitsbedingungen lassen sich die Erfolgsunterschiede nicht erklären. Die Rahmenbedingungen der erfolgreichen und wenig erfolgreichen Institutionen gleichen sich.

Als Zweites könnte man vermuten, dass es an den Behandlungskonzepten liegen könnte, also daran, ob die Psychotherapeuten zum Beispiel tiefenpsychologisch oder verhaltenstherapeutisch orientiert denken und handeln. Aber auch das ließ sich nicht bestätigen. Denn grob betrachtet ist es so, dass auch die konzeptuelle Grundorientierung der Therapeuten nur wenig Einfluss auf diese Unterschiede in den Erfolgszahlen hatte.

Die Forscher standen eine Zeit lang wie vor einem Rätsel. Was kann man noch untersuchen? Irgendwann kam eine Forschergruppe auf die Idee, etwas andere Fragen zu stellen. Und mit den neuen Fragen fand man eher zufällig, jedoch recht konvergent zwei zentrale Erfolgsprädiktoren, die sich seither wiederholt bestätigt haben. Es lohnt sich in der (Verhaltenstherapie-)Forschung also sehr, zukünftig beide Prädiktoren auch in Therapieprojekten zu anderen psychischen Störungen zwecks Varianzaufklärung nebenher mit zu untersuchen.

Erfolgreiche Therapeuten: Der erste Erfolgsprädiktor besagt: Hohe Erfolgszahlen bei den ansonsten schwierigsten zu behandelnden Patienten scheinen in erheblichem Maß davon abhängig zu sein, wie sehr ein Therapie-Optimismus von den Therapeuten in den jeweiligen sozialtherapeutischen Kontexten und Gefängnissen nach innen und außen vertreten wird. Herrscht ein Therapiepessimismus vor, liegen die Erfolgszahlen eindeutig niedriger. Kurz: Wenn die Therapeuten selbst am Erfolg ihrer Tätigkeit zweifeln, sind sie weniger effektiv. Oder noch etwas pointierter formuliert: Glauben Therapeuten nicht an der Erfolg ihrer Behandlung, glauben über kurz oder lang auch die Patienten, dass ihnen psychotherapeutisch nicht zu helfen ist.

War dieser Prädiktor gefunden, konnte man endlich die Tätigkeit optimistischer versus pessimistischer Therapeuten genauer untersuchen und vergleichen. Dabei fand man noch ein zweites globales Merkmal, das offensichtlich eng mit dem Erfolg optimistischer Therapeuten zusammenhängt. Diese versuchten nämlich *nicht primär* die Betroffenen zu verändern. Sie versuchten vielmehr – trotz der zum Teil brutalen Kriminalität der Betroffenen – so etwas wie eine Haltefunktion hinzubekommen. Dies versuchten sie dadurch zu erreichen, dass sie die Kriminellen motivierten, mit ihnen zusammen *auf einer Seite zusammenzuarbeiten* – und das heißt: gemeinsam *gegen* widrige Lebensumstände, gemeinsam *gegen* zwischenmenschliche Krisen, gemeinsam *gegen* kriminelle Handlungen – was etwas anderes ist, als gegen eine etwa personenabhängige Kriminalität, und damit gegen die Person des Straftäters, zu arbeiten. Entsprechend verstanden sich einige Therapeuten sogar eher als Anwalt, vielfach auch noch als Coach oder Trainer der Straftäter (zu dieser Einstellung und Haltung vgl. auch Heilemann und Fischwasser-von Proeck, 2001).

Nicht erfolgreiche Therapeuten: Nun zu den wichtigen Interventionsmerkmalen und Zielen der weniger erfolgreichen und pessimistischen Therapeuten: Sie lehnen auffällig häufig "negative Personeneigenarten" ab, schließen nicht gerade selten von Negativ-Handlungen auf den Charakter und die Person. Es ist gut nachvollziehbar, dass sie mit einer solchen Haltung den Eindruck bekommen, in subjektiver Sicht häufig „gegen die Person“ des Patienten arbeiten zu müssen. Eine der wesentlichen Therapiestrategien dieser Therapeuten lag in Interventionen, die als „Beziehungsarbeit“ beschrieben werden können: Interaktions-Feedback und Konfrontation der Straftäter mit unangemessenen Interaktionseigenarten. Mit „konfrontierender Beziehungsarbeit“ wollen diese Therapeuten offensichtlich die „Einsicht“ der Patienten in „Übertragungsprozesse“ und in problematische Interaktionsformen verbessern. Entsprechend häufig (erwartungsgemäß?) zeigen sich in der Folge diese Therapeuten wegen der Uneinsichtigkeit vieler Patienten (Widerstände gegen Beziehungsarbeit?) frustriert, weshalb sie gelegentlich von sich aus die Behandlung beendeten. Ähnlich kontraproduktive Wirkungen konfrontativer Beziehungsarbeit finden sich in Behandlungsstudien mit Sexualstraftätern, die von Marshall et al. (1999) zusammengestellt wurden.

Ganz im Unterschied dazu nochmals die optimistischen und häufiger erfolgreichen Therapeuten: *Nicht* Einsicht der Straftäter in die eigenen Unzulänglichkeiten war das Ziel der Behandlung, sondern die konstruktive Entwicklung neuer Lebensperspektiven und Handlungsmuster, die dann systematisch eingeübt wurden, weil sie hoffen lassen, dass kriminelle Handlungen zukünftig überflüssig werden (vgl. auch Stelly und Jürgen, 2001). Als Berater, Coach und Supervisor der Straftäter und mit diesen auf einer Seite zusammen: gemeinsam *gegen* widrige Lebensumstände, gemeinsam *gegen* zwischenmenschliche Krisen, gemeinsam *gegen* kriminelle Handlungen – was (um es nochmals zu sagen) etwas anderes ist, als gegen eine etwa personenabhängige Kriminalität, und damit gegen die Person des Straftäters, zu arbeiten.

Genau das übrigens ist jene Haltung, die sich unter der Bezeichnung „Ressourcenorientierung“ oder auch „Empowerment“ gegenwärtig ganz allgemein im Psychotherapiesektor zunehmend und glücklicherweise durchzusetzen beginnt: Der Psychotherapeut als kompetenter Anwalt, Berater, Trainer und Supervisor des Patienten (vgl. Nestmann, 1997; Fiedler, 2000c). Nur in der Praxis scheint sich eine solche Auffassung von Therapie nur sehr schleppend durchzusetzen. Dort bevorzugen die Therapeuten insbesondere bei Persönlichkeitsstörungen vornehmlich das Modell der zumindest bei den dissozialen Kriminellen offenkundig wenig erfolgreichen Therapeuten, nämlich das der „Beziehungsarbeit“ zwecks Vermittlung von Einsicht in die eigenen Unzulänglichkeiten. Dazu auch später noch einiges mehr.

Der Therapie-Abbruch: Warum verlassen Patienten vorzeitig und spontan die (Verhaltens-) Therapie?

Auch die Patienten, die von sich aus die Therapie abbrechen, sind – wie Varianzerweiterung und Deterioration – vielen Forschern in gewisser Hinsicht ein Dorn im Auge (sog. Drop-out-

Problem). Zumeist werden Daten dieser Patienten bei der Darstellung der Forschungsbefunde nur sehr peripher berücksichtigt. Mitgeteilt werden häufig die Ursachen und Anlässe, die die *Therapeuten* oder *Forscher* als Hintergrund für einen Abbruch vermuten. Gründe und Ursachen *aus Sicht der Patienten* werden selten nachuntersucht und mitgeteilt. Glücklicherweise gibt es immer wieder Forschergruppen, die dieses Problem nicht so leicht nehmen und gezielt Nachbefragungen bei Patienten durchführen, wenn diese vorzeitig die Therapie beenden (erstmalig z.B. Lieberman, Yalom und Miles, 1973, in ihrer bekannten Gruppenstudie).

Auf Grundlage der bisherigen Erkenntnisse kommen für eine Beurteilung des Drop-out-Problems heute zwei unterschiedliche Perspektiven in Betracht, die von Therapeuten zwingend beachtet und unterschieden werden sollten:

- (a) Patienten sind mit ihrer Behandlung nicht zufrieden und beenden deshalb die Psychotherapie.
- (b) Patienten sind mit ihrer bisherigen, nur sehr kurz dauernden Behandlung bereits sehr zufrieden und beenden deshalb recht früh eine Therapie.

Nur im ersten Fall sprechen die Forscher von "Drop-out". Beiden Aspekten ist jedoch gemeinsam, dass sie Therapeuten häufig großes Kopfzerbrechen bereiten und/oder Therapeuten sehr verunsichert sind, wie sie sich einem echten oder vermeintlichen Drop-out-Patienten gegenüber verhalten sollen. Das ist auch der Grund, weshalb es geboten erscheint, dem Abbruch-Phänomen in der Verhaltenstherapie-Forschung weiterhin größere Aufmerksamkeit zu widmen.

(a) Patienten sind mit der bisherigen Behandlung nicht zufrieden und beenden spontan die Psychotherapie

Dieses Problem gilt, was die Einschätzung solcher Fälle *durch die Therapeuten* angeht, inzwischen als gut untersucht: z.B. durch Analysen von Krankenakten und Aufzeichnungen der Therapeuten, in denen sie Drop-out-Patienten „abschließend“ beurteilen. Seltener – wie gesagt – liegen *Nachbefragungen der Patienten* vor. Aber es gibt sie vereinzelt; und wenn man nun beide Seiten einander gegenüberstellt, ergeben sich zumeist zwei völlig unterschiedliche Richtungen, in die die Antworten der Psychotherapeuten einerseits und die der Patienten andererseits gehen (vgl. die zahlreichen Literaturhinweise im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change: Bergin und Garfield, 1986; 1994; für Drop-outs in Gruppen: Fiedler, 1996).

Psychotherapeuten kommen überzufällig häufig zu dem Schluss, dass die Ursachen für den Abbruch *beim Patienten* liegen, also z.B. in seinen Abwehrhaltungen oder in fehlender Einsicht bzw. mangelnder Motivation. Beides wird in den vergangenen Jahren übrigens zusätzlich begründet mit der Diagnose oder Vermutung einer Persönlichkeitsstörung. Mir drängt sich hier der unangenehme Eindruck auf, als seien „Persönlichkeitsstörungen“ nicht nur Diagnostik und Litorientierung in der Behandlung. Vielmehr werden sie offensichtlich als „Erklärungshilfe“ für schwierige Therapieentwicklungen missbraucht. „Ursache“ für einen Therapieabbruch ist dann eine „**Persönlichkeitsstörung**“, und damit „die Person des Patienten“, was für Therapeuten offensicht-

lich erleichternd ist, brauchen sie danach nicht mehr so zwingend über die eigene Beteiligung an dem Abbruch nachzudenken. Auch die Frage, ob das eigene therapeutische Vorgehen oder das Therapieverfahren Mängel besitzt, kann bei "Persönlichkeitsstörung als vermeintliche Ursache" schnell in den Hintergrund treten.

Nun, man muss etwas differenzieren. Denn fast gleich häufig wie "Persönlichkeitsstörungen" werden auch noch die schwierigen Lebensumstände und gesellschaftlichen Bedingungen, unter denen die Patienten leben, in den Akten als Drop-out-Gründe angeführt – und wo dies vorkam, war es aus Sicht der Behandler so, dass die unterstellten schwierigen gesellschaftlich-sozialen Bedingungen sich offensichtlich nicht ändern ließen. Andererseits war es in einigen dieser Fälle dann oft wiederum so, dass zusätzlich den Patienten die "Schuld" für das Scheitern der Therapie zugeschrieben wurde, weil es diese eben wegen ihrer bereits konstatierten persönlichkeitsbedingten Uneinsichtigkeit partout nicht hätten einsehen wollen, dass sie unter schwer oder nicht veränderbaren Lebensbedingungen weiterleben müssten.

Patienten: Welche Gründe geben nun die Patienten an, die von Forschern zu den Hintergründen ihres Therapieabbruchs befragt wurden? Die Antworten der befragten Drop-out-Patienten fallen in aller Regel ebenfalls recht eindeutig aus. Nur liegen die Ursachen für den Abbruch in deren Augen in den allermeisten Fällen nicht bei eigenen Problemen, sondern bei Problemen, die sie mit ihren Psychotherapeuten hatten. Die meisten von ihnen geben an, dass sie von Anfang an oder zunehmend Zweifel an der Fachkompetenz ihrer Therapeuten entwickelt hätten, was sie schließlich zum Abbruch bewogen habe.

Beachtenswert weiter sind auch noch folgende Hinweise, die von deutlich mehr als einem Drittel der Drop-out-Patienten gegeben werden. Diese geben an, dass sie auch deshalb die Therapie verlassen hätten, weil sie zunehmend mit versteckten oder sogar offenen Ärgerreaktionen der Therapeuten und mit zum Teil verletzenden Hinweisen auf ihre Unzulänglichkeiten "konfrontiert" worden seien. Einige Therapeuten hätten sie mit Hinweis auf (noch) bestehende Unzulänglichkeiten offenkundig überreden wollen, länger in der Therapie zu bleiben. Einige Patienten geben an, in der Folge regelrechte Unsicherheiten und Ängste vor der weiteren Therapie entwickelt zu haben. Und schon wieder bekomme ich allmählich damit ein Problem, ob die hier erneut im Hintergrund stehende Interventionsform "Beziehungsarbeit" wirklich eine angemessene Form der Therapiearbeit darstellt, Patienten eine Einsicht in eventuell bestehende psychische Probleme zu vermitteln. Man sollte sich angesichts dieser divergierenden Ansichten von Therapeuten und Patienten zur Beurteilung eines Therapieabbruchs wirklich einmal ernsthaft folgende Frage stellen:

Haben nun die Therapeuten Recht oder die Patienten? Denn auch diese Frage lässt sich ansatzweise gut untersuchen. Insbesondere in Forschungsprojekten, in denen die Therapien auf Video oder Tonband aufgezeichnet werden, kann man nämlich gut nachvollziehen, was in den Sitzungen vor dem Therapieabbruch wirklich passiert ist. Leider wird auch

das viel zu selten untersucht, was sich zwingend ändern sollte! Einige Forschergruppen haben dies gemacht (vgl. zusammenfassend z.B. Garfield, 1986, 1994), und es findet sich relativ konstant eine Beobachtung, die man als "Teufelskreis der Beziehungsgestaltung bei drohendem Therapieabbruch" bezeichnen könnte. Einer der Forscher, der dieser Frage systematischer nachgegangen ist, hat diesen Teufelskreis bereits 1978 folgendermaßen beschrieben (Lothstein, 1978; ganz ähnliche Beobachtungen berichten zuvor: Lieberman et al., 1973; und später wiederum: Tracey, 1986; Garfield 1994): "Obwohl die Absicht, zu droppen, von Patienten mit Unzufriedenheit über Konzept, Dauer und geringen persönlichen Gewinn begründet wird, beginnen die meisten Therapeuten zunehmend kritisch die psychodynamischen Hintergründe eines angekündigten Therapie-Abbruchs auszuleuchten. Sie steigen auf die Beziehungsebene und möchten Patienten zum Weitermachen motivieren, in dem sie versuchen, ihnen Einsicht in die vermeintliche Problematik ihrer Abbruch-Absichten zu vermitteln. Die Patienten jedoch, die einen Drop planen, möchten mit dem Therapeuten z.B. über ihre Therapievorbehalte oder auch über Zeitprobleme und nicht über mangelnde Motivation oder über die Psychodynamik ihres Tuns diskutieren. Da sie sich, wie es in der Sicht der Therapeuten sinnvoll und notwendig wäre, nicht auf sich selbst zurückweisen lassen, werden sie von ihren Therapeuten zunehmend als nicht einsichtig, widerständig bis feindselig beschrieben. Dem wiederum widersetzen sich die Patienten, womit sich die bei Therapeuten bestehenden Hypothesen nur mehr weiter verfestigen" (Lothstein, 1978, S. 1494 f; vgl. auch den untenstehenden Kasten).

Nur so ein Gedanke beim Ausarbeiten dieses Vortrags ...

Was machen Sie eigentlich als Patient, wenn Sie beim Zahnarzt den Eindruck bekommen, die „Beziehung“ stimme nicht?

- ... und der Zahnarzt würde auch bemerken, dass die „Beziehung“ nicht stimmt, und er würde dann damit beginnen, intensiver mit Ihnen an der „Beziehung“ zu arbeiten ...
- ... nur damit Sie im Zahnarzt-Stuhl sitzen bleiben ...

Was würden Sie tun, wenn Sie einigermaßen klar denken?

Sie gingen vermutlich nicht wieder hin, würden also „droppen“, und sich einen besseren Zahnarzt suchen, oder ...?

Sehr vernünftig!

Und genau das machen Patienten, die der Kunst ihrer Psychotherapeuten zunehmend misstrauen.

Ach so:

Zahnarztbehandlung ist keine Psychotherapie! Ach ja ... Sorry, war nur so'n Gedanke ...

(b) Patienten sind mit der Behandlung schon nach einer oder mit nur wenigen Sitzungen sehr zufrieden. Therapeuten sehen darin häufig einen Therapieabbruch. Ist das berechtigt?

Dem Aspekt einer sinnvollen und tatsächlichen Dauer psychotherapeutischer Behandlung sind in den vergangenen Jahren zahlreiche Forschungsarbeiten und Diskussionen der Therapieforscher gewidmet gewesen. Fast alle Autoren der „Bibel der Therapieforscher“ (dem *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*; Bergin und Garfield, 1994) äußern sich zu diesem Punkt, der in der Forschung häufig unter dem Stichwort „Dosis-Wirkung-Effekt“ abgehandelt wird: Wie umfangreich muss die Dosis „Psychotherapie“ angesetzt werden, um von einem positiven Ergebnis sprechen zu können? Es ist wiederum Garfield (1994, S. 195), der in besonders eindrücklicher Weise darauf hinweist, insbesondere junge und unerfahrene Therapeuten zwingend mit den Ergebnissen der „Dosis-Wirkung-Forschung“ vertraut zu machen, weil viele insbesondere zu Beginn ihrer Laufbahn in der Gefahr stünden,

- (a) entweder positive Wirkungen, die bereits nach einer oder nur wenigen Therapiesitzungen erreichbar sind, zu unterschätzen;
- (b) oder leichtfertig dazu zu neigen, mehr Probleme bei Patienten zu suchen, als diese selbst in der Therapie behandelt haben möchten.

Insbesondere Letztere sehen sich dann möglicherweise in der Situation, den gerade beschriebenen Teufelskreis der Beziehungsgestaltung bei vermeintlich „vorzeitig“ drohendem Therapieende ausgesetzt zu sein. Im Dosis-Wirkung-Effekt spiegelt sich nämlich eine Tatsache wider, mit der sich insbesondere Kollegen, die in der niedergelassenen Praxis arbeiten, zunächst nur sehr schwer anfreunden können, dass nämlich die meisten Patienten die von der Krankenkasse mindestens bewilligten 20 bis 25 Sitzungen gar nicht ausschöpfen wollen oder brauchen! Bei den meisten frühzeitig beendeten Therapien handelt es sich also *nicht* um ein Dropout-Problem, sondern um bereits *erfolgreiche* Behandlungen! Dabei kommen die wiederholt dazu durchgeführten Untersuchungen immer wieder zu recht ähnlichen Befunden, egal, ob man die positiven Effekte mittels objektiver und standardisierter Erhebungsinstrumente untersucht oder ob man die Patienten nach ihrer persönlichen Meinung zum Erfolg der Behandlung befragt (zusammengefasst: Lambert und Bergin, 1994; zuvor bereits: Howard et al., 1986).

Der Dosis-Wirkung-Effekt ermittelt mit objektiven/standardisierten Erhebungsinstrumenten:

- (a) 15 bis 20 Prozent der Patienten profitieren bereits von einer oder zwei Therapiesitzung(en), und zwar signifikant;
- (b) bis zu 50 Prozent der Patienten (einschließlich [a]) profitieren von 5 bis 8 Sitzungen signifikant;
- (c) ungefähr bis zu 75 Prozent der Patienten (einschließlich [a] und [b]) sind mit bis zu 25 Sitzungen signifikant erfolgreich.

Der Dosis-Wirkung-Effekt ermittelt durch Befragungen der Patienten:

- (d) Bis zu 35 Prozent der Patienten sind nach eigener Auffassung mit ein oder zwei Therapiesitzungen hinreichend zufrieden;

- (e) bis zu 50 Prozent der Patienten (einschließlich [a]) beurteilen eine Therapiedauer von bis 8 Sitzungen für sich selbst als hinreichend;

- (f) danach steigt die Zufriedenheit mit zunehmender Dauer der Therapie kontinuierlich, wobei etwa zwei Drittel der Patienten (einschließlich [a] und [b]) mit bis zu 25 Sitzungen subjektiv zufrieden sind.

Dass Patienten bereits frühzeitig die Therapie beenden möchten, ist also nicht ungewöhnlich. Dies sollte man zukünftig strikt beachten, auch wenn insbesondere für frei niedergelassene Therapeuten daraus gewisse finanzielle Nachteile erwachsen könnten, wenn sie etwa selbst mit längeren Therapien kalkulieren. Bis zu 50 Prozent der Patienten (!) jedenfalls haben objektiv wie subjektiv gute Gründe, es bei einer kürzeren Behandlung mit bis zu höchstens 10 Sitzungen (!) zu belassen. Und Therapeuten sollten es tunlichst vermeiden, hinter der Absicht, die vielleicht ursprünglich von der Krankenkasse zugebilligten 25 Sitzungen nicht voll auszuschöpfen, weitere versteckte oder gar behandelnswerte Probleme der Patienten zu vermuten. Ken Howard, ein bekannter und kürzlich verstorbener amerikanischer Psychoanalytiker, hat dies dann auch in einer Internetdiskussion (9. Juni 2000) provokativ auf den Punkt gebracht: „Ich vermute, dass viele Therapeuten in Unkenntnis des Dosis-Effektes dazu neigen, den Patienten vorschnell neue Probleme zuzuschreiben, womit sie erheblich dazu beitragen, dass es den Patienten im Laufe ihrer Behandlung schlechter geht, als noch vor Therapiebeginn.“

Individuelle Erfolgsraten einzelner Therapeuten - oder: Die Angst der Forscher, die Eigenarten durchweg schlechter Therapeuten genauer zu untersuchen

Dass ich diesen letzten, etwas heikel anmutenden Aspekt, der sich nicht unbedingt aus der Supervisionstätigkeit erschließt, auch noch in diesen Vortrag eingebaut habe, ergab sich aus der Befundlage, wie ich sie bis hier dargestellt habe. Etwas überspitzt ausgedrückt, haben einige Therapeuten wiederholt Probleme mit uneinsichtigen, widerständigen oder persönlichkeitsgestörten Patienten, die sich trotz offenkundiger Probleme auch noch die Freiheit nehmen, eine Therapie von sich aus zu beenden. Diese Probleme haben einige andere Therapeuten nicht. Gibt es etwa Therapeuten, die ihr Handwerkzeug besser als andere verstehen? Gibt es vielleicht sogar Therapeuten, die durchgängig gute Ergebnisse erzielen?

Um diese Frage ernsthaft zu beantworten, müsste sich in der Therapieforschung ebenfalls eine radikale Änderung der Fragestellungen durchsetzen. Denn zumeist werden neue Verfahren oder Verfahrensaspekte aus guten ökonomischen Gründen immer gleichzeitig mit mehreren Therapeuten bei mehreren Patienten untersucht. Bei solchen Durchschnitts-Untersuchungen tritt die Frage, wie stark der einzelne Therapeut (seine Expertise, seine Kompetenz, seine Persönlichkeit) am Erfolg beteiligt ist, deutlich in den Hintergrund. Dabei könnte man vermutlich erheblich zur Verbesserung therapeutischer Verfahren beitragen, wenn man insbesondere den durchweg guten Therapeuten genau über die Schulter schaute. Denn es

gibt sie wirklich, wie gleich gezeigt wird. Die Forscher drücken sich jedoch immer noch um diese Frage, weil andererseits auch herauskommen könnte, dass es durchgängig schlechte Therapeuten gibt.

Denn dass sich die individuellen Erfolgsraten einzelner Psychotherapeuten erheblich voneinander unterscheiden, wurde in einer Reihe von Studien bestätigt, wenn man – wie gesagt – die Behandlungsergebnisse auf der Basis der jeweils durch einzelne Therapeuten behandelten unterschiedlichen Patienten ermittelt (z.B. Ricks, 1974; Luborsky et al., 1985, 1986; Lambert, 1989; Shaw und Dobson, 1988; zusammenfassend: Bastine, 1992; für Gruppen: Fiedler, 1996, 2002). Danach zeigt sich,

- einige Therapeuten erreichen durchgängig gute bis sehr gute Verbesserungen;
- einige andere Therapeuten erreichen bei ihren Patienten durchgängig nur mäßige Verbesserungen, bis gelegentlich hin zu Verschlechterungen.

... in der Tat, und zwar ...

- unabhängig von der Therapieschule;
- egal, ob jung und unerfahren oder älter und erfahren;
- egal, ob Mann oder Frau.

Diese Differenzen lassen sich übrigens nicht auf eine gelenkte Auswahl der Patienten zurückführen, weil Patienten und Therapeuten in den meisten Studien zu dieser Frage einander zufällig zugeordnet waren.

Vielleicht liegt die Ignoranz der Forscher, sehr individuelle Erfolgsraten von Therapeuten genau zu untersuchen, daran, dass die erfolgreichen Therapeuten nicht ganz dem Bild der Therapeuten entsprechen, das in den Therapieschulen gelegentlich vermittelt wird. In den genannten Studien zeigt sich nämlich recht zweifelsfrei, dass vielleicht sogar jene Vorstellung von einem kompetenten Therapeuten aufgegeben werden müsste, die besagt, dass man diesem in der Therapie möglichst freie Hand lassen sollte, damit er seine Fähigkeiten voll entfalten kann. Zur Überraschung zeigte sich nämlich wiederholt:

Durchgängig sehr erfolgreiche Therapeuten halten sich im Unterschied zu weniger erfolgreichen Therapeuten besonders strikt an die Anweisungen und Vorgaben ihres Behandlungskonzeptes bzw. ihres Therapieverfahrens. Besonders erfolgreich sind Therapeuten, die sich **an therapeutischen Manualen** orientieren, und dies gilt nicht nur für Verhaltenstherapeuten (Schulte et al., 1991), sondern auch für interpersonell orientierte Psychotherapeuten (z.B. in der Depressionsbehandlung: Rounsaville et al., 1988) und schließlich zum Erstaunen vieler Forscher offensichtlich in gleicher Weise auch für psychodynamisch arbeitende Therapeuten, für die inzwischen ebenfalls spezielle Manuale entwickelt und in den entsprechenden Untersuchungen eingesetzt wurden (Luborsky und DeRubeis, 1984; Luborsky et al. 1985, 1986; Strupp et al., 1988). Erklärungen für den Erfolg dieser Therapeuten gehen vor allem in eine Richtung: Therapeuten, die sich an klaren Vorgaben und Manualen orientieren, können von Anfang an die gegebenen Möglichkeiten der Behandlung klarer formulieren, gelangen leichter zu gemeinsamen Zielformulierungen mit Patienten, stärken auf diese Weise das Vertrauen in die Behandlung und erfüllen auf diese Weise recht

diszipliniert den im Hintergrund stehenden Dienstauftrag des Patienten.

Durchgängig wenig erfolgreiche Therapeuten bewirken die beobachtbaren unerwünschten Wirkungen durch einen nicht unproblematischen persönlichen Anspruch, möglichst viele Probleme der Patienten möglichst umfassend behandeln zu wollen. Dies ist offensichtlich nicht nur ein unrealistischer Anspruch, der häufig sogar den Wünschen der Patienten zuwiderläuft. Zu ungünstigen Entwicklungen jedenfalls kann es kommen, je mehr Interventionen relativ ungezielt erfolgen, wenn Therapeuten ihre Behandlungsziele recht häufig aufgrund vermeintlicher aktueller Entwicklungen wechseln und je unklarer sie in der Begründung ihres therapeutischen Vorgehens bleiben (hierzu auch Hoffmann, 2002).

Besonders eindrücklich sind bis heute *an die Person einzelner Therapeuten gebundene* Therapiefehler in Gruppentherapien untersucht und wiederholt dokumentiert worden (Lieberman et al., 1973; Mohr, 1995): Dort sind bestimmte Therapeuten besonders ineffektiv, wenn sie die Gruppenprozesse derart unkontrolliert laufen lassen, dass es wiederholt zu wechselseitigen Aggressionen kommt. Dies hat besonders ungünstige bis schädigende Auswirkungen vor allem bei üblicherweise schwerer gestörten psychiatrischen Patienten (Beutler et al., 1984). Letztgenannte Autoren ziehen aus ihrer Studie sogar den Schluss, dass mit Psychiatriepatienten grundsätzliche *keine* einsichts- und psychodynamisch orientierten Gesprächsgruppen durchgeführt werden sollten, weil es selbst erfahrenen Therapeuten kaum angemessen gelingt, in frei laufenden Gruppeninteraktionen sehr schwer gestörter Patienten die für Gruppentherapien unverzichtbare Gruppenkohäsion aufrechtzuerhalten. Die Empfehlung von Beutler et al. (1984) geht eindeutig in die Richtung, im Psychiatrie-Kontext *manualorientierte Gruppentherapie-Angebote* bei – was die Störungen angeht – möglichst homogenisierter Patientenzuordnung zwingend zu bevorzugen (Fiedler, 2002b).

Da mein Vortrag inzwischen nicht mehr nur eine Kritik der Verhaltenstherapie ist, sondern schon über sie hinausreichende Perspektiven eingenommen hat, scheue ich mich auch nicht mehr, diesen zuletzt vorgetragenen Aspekt mit den Worten eines Psychoanalytikers zusammenzufassen (Hoffmann, 2002, S. 69): „Die gesamte Datenlage ... zeigt eine eindeutige Tendenz, dass überall da unerwünschte Wirkungen von Psychotherapie abnehmen, wo konkrete Behandlungsziele, die mit dem Patienten vereinbart wurden, Gegenstand der Therapie sind und bleiben. ... Insofern ist die Spezifizierung des Therapieziels bei Orientierung am bewussten Auftrag des Patienten selbstverständlich immer eine Limitierung der Möglichkeiten von Psychotherapie, zugleich aber auch eine Begrenzung ihres Schadenspotenzials.“

Schlussfolgerungen für die (Verhaltenstherapie) Forschung und (Verhaltenstherapie-)Praxis

Wenn man die bis hier dargestellten Aspekte und Befunde kritisch Revue passieren lässt, dann besteht offensichtlich ein mittelgroßes Problem vieler Psychotherapeuten im praktischen Umgang mit vermeintlich „schwierigen“, „uneinsichtigen“

und „widerständigen“ Patienten mit andauernd „geringer Compliance“ und (offensichtlich zunehmend) mit „Persönlichkeitsstörungen“.

Vielleicht handelt es sich aber gar nicht um Probleme der Patienten. Fakt ist vielmehr auch, dass die Erfolgszahlen in der Therapieforschung stagnieren und dass die Rückfallzahlen nach wie vor als enorm anzusehen sind. Vielleicht liegt eines der Hauptprobleme schlicht darin begründet, dass es uns schwer fällt, anzuerkennen, dass unsere heutigen therapeutischen Möglichkeiten nach wie vor sehr begrenzt sind. Was sich mir beim Ausarbeiten dieses Vortrages immer wieder als unguter Eindruck aufgedrängt hat, ist die Möglichkeit, dass sich Therapeuten vielleicht vorschnell dazu verleiten lassen, die Ursache für faktisch gegebene Begrenzungen therapeutischen Handelns vorschnell *beim Patienten* zu vermuten.

Leider wird eine solche Sicht durch einige Leitfiguren in der Psychotherapieszene in fast schon unverantwortlicher Weise mit befördert, wie zum Beispiel von Kernberg (1991), der sich bei schweren Persönlichkeitsstörungen gelegentlich dazu hinreißen lässt, regelrechte Kontraindikationen bei „schwierigen Patienten“ zu begründen:

„Die Patienten belügen den Therapeuten, wobei ihnen voll bewusst ist, dass sie lügen. Sie verstehen die ‚moralischen‘ Forderungen der äußeren Realität, denen sie Lippendienst erweisen müssen, aber sie verstehen nicht, dass diese Forderungen ein authentisches Moralsystem repräsentieren, das andere Menschen internalisiert haben. Statt dessen empfinden sie die moralischen Forderungen, die die Umwelt stellt, als konventionell akzeptiertes ‚Warnsystem‘, das dazu da ist, dass die Korrupten (wie sie selbst) es ausbeuten und die Naiven und die Schlaunen sich ihm unterwerfen. ... Soziale Umstände, die die Manifestation primitiver Aggression und Grausamkeit erleichtern, schaffen einen natürlichen Unterschlupf für diese Persönlichkeitsstrukturen. Bestehen keine außergewöhnlichen Umstände, dann ist eine psychotherapeutische Behandlung in diesen Fällen kontraindiziert“ (Kernberg, 1991, S. 400 f.; Hervorhebungen: P.F.).

Solche Ansichten sind m. E. gefährlich, weil sie die Ursachen für Schwierigkeiten in der Therapiebeziehung fast ausschließlich *beim Patienten* suchen. Sozial-gesellschaftliche Bedingungen werden bei einem solchermaßen eingegengten Interesse an der „Psychodynamik“ häufig nicht mehr als eigentlicher Kern des Problems (und der Behandlung) in Betracht gezogen. Die „Psychodynamik“, und damit die „Person des Patienten“, wird nur mehr als die Basis für „parasitäres Handeln“ ausgegeben, das dann offensichtlich wie „Unkraut“ bekämpft werden muss, weil es selbst einer „Psychotherapie“ nicht mehr zugänglich erscheint.

Schwierigkeiten in der Psychotherapie ausschließlich bei schwierigen Patienten zu vermuten kann viel zu leicht dazu verführen, dass Therapeuten ihre Patienten als „Gegner“ betrachten. Und dieser Eindruck drängt sich mir in letzter Zeit gelegentlich auf, wenn ich Therapeuten über „schwierige Patienten“ sprechen höre. Sie verlieren dabei zugleich leichtfertig auch noch aus dem Blickfeld, was Patienten **juristisch** sind: nämlich Auftraggeber der Therapie und damit Abnehmer eines Dienstleistungsangebotes „Psychotherapie“, dass sie zudem freiwillig annehmen, aber auch kritisieren und ablehnen können – und das gilt auch für Menschen mit diszialer Persönlichkeitsstörung.

Und die völlig unsinnige Ansicht, dass für schwer gestörte Persönlichkeiten „Psychotherapie“ kontraindiziert ist, kann man übrigens nur vertreten, wenn man engstirnig ausschließlich psychodynamisch-einsichtsorientierte Psychotherapie als „Psychotherapie“ betrachtet. „Einsichtsorientierte Beziehungsarbeit“, wie sie Kernbergs psychodynamische Therapie vorrangig nahe legt, scheint – wie in den vorausgegangenen Abschnitten gezeigt wurde – in der Tat wenig erfolgreich bei persönlichkeitsbedingter Devianz und Kriminalität. Das liegt dann möglicherweise aber nur am Verfahren oder an den schwierig behandelbaren Lebensumständen und nur mittelbar am Patienten.

Sorry, wenn ich an dieser Stelle in meiner Kritik von der Verhaltenstherapie zur Kritik der Konkurrenz übergewechselt bin. Das habe ich nur vordergründig getan, denn *auch Verhaltenstherapeuten* sind häufig geneigt, in der sog. Beziehungsarbeit mit dem Patienten vorschnell und unbedacht ihren psychodynamisch arbeitenden Kollegen über die Schulter zu schauen und es gleichermaßen häufig (siehe Episodenstudie) mit „Patienten-Konfrontation“ und „Interaktionsfeedback“ zu versuchen, obwohl diese im Kern keine originär verhaltenstherapeutischen Techniken darstellen. Auf jeden Fall sollte nicht nur von psychodynamischer Seite endlich zur Kenntnis genommen werden, dass es alternative Strategien und Techniken zur „Beziehungsarbeit“ und „Konfrontation“ gibt, die ebenso gut oder vielleicht sogar besser, weil erfolgreicher, als „psychologische Psychotherapie“ bezeichnet werden können!

Interventionen wie *Beratung, Supervision, Training* und *Coaching* sowie die *Übernahme von Anwaltsfunktionen für den Patienten* als zentrale Strategien einer Ressourcenorientierung lehnen viele Therapeuten häufig nur deshalb ab, weil diese vermeintlich die „Beziehung zum Patienten“ außer Acht lassen. Das ist falsch und sollte sich zwingend ändern! Vielleicht stellt nämlich diese neue Art „Ressourcenorientierung“ sogar die angemesseneren Grundlagen für eine *erfolgreiche Beziehungsgestaltung* in der Psychotherapie dar, als ständig nach Widerspiegelungen der Realität in der Therapeut-Patient-Beziehung zu suchen. Die in diesem Vortrag dazu vorgetragenen Ergebnisse scheinen dies jedenfalls gut zu belegen.

Für die Psychotherapiepraxis – egal welcher Schule man sich offensichtlich zugehörig fühlt – bleibt nach den vorgelegten Aspekten also zwingend zu beachten:

Bitte zukünftig nicht mehr vorschnell die nach wie vor gegebenen begrenzten Möglichkeiten des psychotherapeutischen Handelns mit vermeintlichen „Schwierigkeiten“, „Widerständen“ oder gar „Persönlichkeitsstörungen“ der Patienten „erklären“ oder sogar versuchen, diese vermeintlichen Patientenprobleme „weg-zu-behandeln“ – oder sie als „notorische Lügner“ hinzustellen und dann gar nicht mehr zu behandeln! Denn: Unbedachte „Beziehungsarbeit“

- etwa zur Förderung von „Einsicht in Unzulänglichkeiten“
- oder zur Beeinflussung „sinkender Motivation“,
- oder gar als „Ärger von Therapeuten“ über Patienten mit geringer Compliance

... das genau ist – wie ich aufzuzeigen versucht habe – ein ziemlich sicherer Weg in Richtung:

- vorzeitiger Therapieabbruch und/oder
- Misserfolg.

Anstelle von unbedachter „Beziehungsarbeit“ sollten Psychotherapeuten zukünftig häufiger zusätzlich zum gelernten Handwerkszeug jene Interventionsformen einsetzen, die uns in den vergangenen Abschnitten wiederholte Male begegnet sind:

Konkrete Absprachen!

Diese sollten in der Form eines konsensuell erarbeiteten Dienstvertrages Angaben über mittel- und langfristige Ziele der Therapie enthalten. Und diesen „Dienstvertrag“ mit dem Patienten sollten Therapeuten möglichst kontinuierlich und strikt einhalten! Auf keinen Fall sollten sie von sich aus eine Ausweitung der Probleme vornehmen, wenn Patienten mit dem Erreichten zufrieden sind!

Aufklärung und Patientenschulung!

Es geht darum, klar und unmissverständlich Informationen über das Störungsbild, die Störungsdynamik und die Ätiologie zu liefern und zu erläutern, sowie häufig daraus ableitbar zu erklären, wie konkrete Ziele mit der gewählten Therapieform konzeptuell begründet (!) erreichbar sind. Patienteninformation und Patientenberatung ist etwas, was in unseren Episodenstudien die höchste Wertigkeit bekommen hat. Gut informierte Patienten sind zufriedener mit der Behandlung, haben mehr Vertrauen in den Therapeuten und weniger Ängste vor der Therapie, und sie arbeiten in der Regel hochmotiviert mit (hierzu ergänzend: Fiedler, 2002a).

Transparenz und Klarheit!

Kontinuierliche Erklärungen zum konkreten Vorgehen werden von Patienten ebenfalls sehr geschätzt und als hilfreich erlebt. Psychotherapie ist keine geheime Kunst und hat ihre Grenzen! Entsprechend sollten Patienten über Rückfallkrisen und Rückfallursachen genauestens informiert sein, damit sie mit dem Therapeuten zusammen prophylaktisch tätig werden können.

Beratung und Supervision von Patienten ...

sowie wiederholt auch **direktes Training und Coaching** der Patienten sollten von Therapeuten vermehrt zur konkreten Bewältigung psychischer Störungen und damit zusammenhängender Alltagsprobleme eingesetzt werden.

Insbesondere dieser letzte Punkt bereitet vielen Therapeuten nach wie vor besondere Probleme. Es kann hier jedoch uneingeschränkt festgehalten werden, dass diese Verfahren zu den bevorzugten Strategien optimistischer wie gleichermaßen erfolgreicher Therapeuten zählen. Zudem eröffnen Patientensupervision und Beratung völlig neue Gestaltungsspielräume (Fiedler, 2000b). Sie erfordern nämlich und ermöglichen zugleich *die aktive Partizipation des Therapeuten* an der Neugestaltung von Lebenslagen.

In einer psychotherapeutischen Beratung wird sich sogar, wie immer schon von uns gewünscht, das Machtgefälle verschieben, weg vom kompetenten Behandler persönlicher Probleme hin zum *Solidarpartner des Patienten*, nämlich im *gemeinsamen* kooperativen Kampf gegen widrige Lebensumstände, wie wir dies übrigens bereits Anfang der achtziger Jahre programmatisch gefordert haben (Fiedler, 1981). Und mit dieser Strategie hat man sich deutlich von der mit unseren Befunden kritisierbaren Perspektive entfernt, etwa nur im Patienten selbst die Ursachen für seine Probleme zu sehen und zu vermuten.

Gelegentlich ist es dann auch gar nicht mehr weit bis hin zum Bild eines Therapeuten, der als kompetenter und fachkundiger Anwalt des Patienten im Rahmen einer so genannten gemeinsamen *sozialen Aktion* gegen widrige Lebensumstände auftritt – eine Therapeutenrolle übrigens, die Psychotherapeuten in anderen Behandlungs-Kontexten schon längst und ohne schlechtes Gewissen als Handlungsmodell gewählt haben: bei der Scheidungsmediation – oder – in Frauenhäusern – oder – zur Unterstützung von Menschen, die als Arbeitnehmer in Betrieben gemobbt oder gebosst werden.

Kurz: Ressourcenorientierte und ressourcenaktivierende Patientenberatung und Patientensupervision sollten als weitere neben vielen Psychotherapiemethoden auf der Grundlage einer guten Therapieausbildung zukünftig zwingend dazugehören!

Und in Richtung (Verhaltens-)Therapieforschung ergeht meine Empfehlung, sich zukünftig weit mehr als bisher jenen vermeintlichen „Randphänomenen“ zu widmen, wie wir sie in dieser Ausarbeitung erneut in den Mittelpunkt gerückt haben, weil sie nämlich in Wirklichkeit gar keine „Randphänomene“ sind, sondern zur Pflichtübung der Therapieforscher dazugehören sollten, also:

- ein verstärktes Interesse für konkrete Wünsche und Vorstellungen, die Patienten mit einer Psychotherapie verbinden;
- eine über das Bisherige hinausreichende Untersuchung der Ursachen und Folgen spontaner Therapieabbrüche durch Patienten (oder auch durch Therapeuten);
- eine kontinuierliche Weiterbeschäftigung und Untersuchung der möglichen Schäden und Nebenwirkungen therapeutischen Handelns;
- eine vorurteilsfreie und ungeschönte Analyse der personen- gebundenen Eigenarten und Kompetenzen dauerhaft erfolgreicher versus dauerhaft nicht erfolgreicher Therapeuten.

Klare Antworten auf diese Fragen könnten meines Erachtens schließlich sogar dazu beitragen, auch auf dem integrativen Weg zur Überwindung des engen Schuldenkens in der Psychotherapie erheblich voranzukommen, weil man damit beginnen könnte, „alte Zöpfe“ abzuschneiden oder zumindest erheblich zu kürzen – wie z.B. die prinzipielle Vorordnung einer „Beziehungsarbeit mit schwer gestörten Patienten“ vor Beratung, Training und Supervision. Ich jedenfalls bin fest überzeugt, dass letztgenannte Strategien bei schwierigen Patienten oder bei Patienten in schwierigen Lebenslagen erfolgreicher sind.

Literatur

- Bastine R: Psychotherapie. In: Bastine R (Hrsg.): Klinische Psychologie. Bd. 2. Stuttgart: Kohlhammer, 1992, 179-308
- Bergin AE: Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *J Abnorm Psychol* 1966;75:300-302
- Bergin AE: The evaluation of therapeutic outcome. In: Bergin AE, Garfield SL (eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 2nd ed. New York: Wiley, 1971, 217-270
- Bergin AE, Garfield SL (eds.): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4th ed. New York: Wiley, 1994
- Beutler LE, Frank M, Schieber SC, Calvert S, Gaines J: Comparative effects of group psychotherapies in an short-term inpatient setting: An experience with deterioration effects. *Psychiatry* 1984;47:7-77

- Dolan B, Coid J: Psychopathic and antisocial personality disorders. Treatment and research issues. London: Gaskell - The Royal College of Psychiatrists, 1993
- Fiedler P (Hrsg.): Psychotherapieziel Selbstbehandlung. Grundlagen kooperativer Psychotherapie. Weinheim: edition psychologie im VCH-Verlag, 1981
- Fiedler P: Verhaltenstherapie in und mit Gruppen. Psychologische Psychotherapie in der Praxis. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 1996 (inzwischen auch als Taschenbuch erhältlich)
- Fiedler P: Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Von der allgemeinen zur phänomen- und störungsspezifischen Behandlung. In: Reinecker H, Fiedler P (Hrsg.): Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Lengerich: Pabst, 1997a, 1-27
- Fiedler P: Die Zukunft der Verhaltenstherapie lag immer schon ziemlich genau in der Mitte zwischen Phänomen- und Störungsorientierung. In: Reinecker H, Fiedler P (Hrsg.): Therapieplanung in der modernen Verhaltenstherapie. Lengerich: Pabst, 1997b, 131-159
- Fiedler P: Verhaltenstherapeutische Beratung. In: Margraf J (Hrsg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1, 2. Aufl. Heidelberg: Springer, 1999, 585-596
- Fiedler P: Integrative Psychotherapie bei Persönlichkeitsstörungen. Göttingen: Hogrefe, 2000a
- Fiedler P: Beratung in der Psychotherapie? Ein Beitrag zur Diskussion am Beispiel der Behandlung einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung. Beratung aktuell 2000b;1:52-68
- Fiedler P: Klinischen Psychologie und Psychotherapie 2000. Warum eigentlich keine professionelle Beratung und Supervision für Patienten. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis 2000c; 32:223-230
- Fiedler P: Verhaltenstherapie: störungsspezifisch oder allgemein? In: Matke D, Hertel G, Büsing S, Schreiber-Willnow K (Hrsg.): Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften, 2002a, 25-37
- Fiedler P: Wann und warum Patienten in Psychiatriegruppen Schaden nehmen. In: Richter G, Grüner W von (Hrsg.): Angermünder Psychiatrie 1992 – 2002. Lengerich: Pabst-Verlag, 2002, 252-269
- Fiedler P, Rogge KE: Zur Prozeßuntersuchung psychotherapeutischer Episoden. Z Klin Psychol 1989;18:45-55
- Garfield SL: Research on client variables in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. 3rd ed. New York: Wiley, 1986, 213-256
- Garfield SL: Research on client variables in psychotherapy. In: Garfield SL, Bergin AE (eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York: Wiley, 1994, 190-228
- Grawe K, Mezenen U: Therapeutische Mißerfolge im Spiegel der empirischen Forschung. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 1985;4:355-377
- Grawe K, Donati R, Bernauer F: Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen: Hogrefe, 1994
- Heilemann M, Fischwasser-von Proeck G: Gewalt wandeln. Hamelner Anti-Aggressivitäts-Training. Lengerich: Pabst-Verlag, 2001
- Hoffmann SO: Schädliche und Nebenwirkungen von Psychotherapie – Ist das Risiko bei störungsspezifischen Ansätzen geringer? In: Matke D, Hertel G, Büsing S, Schreiber-Willnow K (Hrsg.): Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik. Frankfurt: Verlag für Akademische Schriften, 2002, 59-71
- Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE: The dose-effect relationship in psychotherapy. Am Psychol 1986;41:159-164
- Kernberg OF: Schwere Persönlichkeitsstörungen. Theorie, Diagnose, Behandlungsstrategien. 3. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta, 1991
- Lambert MJ: The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. Clin Psychol Rev 1989 ;9:469-485
- Lambert MJ, Bergin AE: The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (eds.): Handbook of psychotherapy and behavior change. 4th ed. New York: Wiley, 1994, 143-189
- Lieberman MA, Yalom ID, Miles MB: Encounter groups: First facts. New York: Basic Books, 1973
- Lothstein LM: The group psychotherapy dropout phenomenon revisited. Am J Psychiatry 1978;135:1492-1495
- Luborsky L, DeRubeis RJ: The use of psychotherapy manuals: A small revolution in psychotherapy research styles. Clin Psychol Rev 1984;4:5-14
- Luborsky L, McLellan AT, Woody GE, O'Brian CP, Auerbach A: Therapist success and its determinants. Arch Gen Psychiatry 1985;42:602-611
- Luborsky L, Crits-Christoph P, McLellan AT, Woody G, Piper W, Liberman B, Imber S, Pilkonis P: Do therapists vary much in their success? Findings from four outcome studies. Am J Orthopsychiatry 1986;56:501-512
- Marshall, WL; Anderson, Fernandez YM: Cognitive behavioral treatment of sexual offenders. Chichester, UK: Wiley 1999
- Mohr DC: Negative outcome in psychotherapy: A critical review. American Psychological Association 1995;12:1-27
- Nestmann F (Hrsg.): Beratung. Bausteine für eine interdisziplinäre Wissenschaft und Praxis. Tübingen: dgvt-Verlag, 1997
- Palmer T: The reemergence of correctional intervention. Newbury Park: Sage, 1992
- Rounsaville BJ, O'Malley S, Foley S, Weissman MM: The role of manual guided training in the conduct and efficiency of interpersonal psychotherapy for depression. J Consult Clin Psychol 1988;56:681-688
- Ricks DF: Supershrinks: Methods of therapists judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In: Ricks DF, Thomas A, Roff M (eds.): Life history research in psychopathology. Vol. 3. Minneapolis: University of Minnesota Press, 1974, 275-297
- Schulte D, Künzel R, Pepping G, Schulte-Bahrenberg T: Maßgeschneiderte Psychotherapie versus Standardtherapie bei Behandlung von Phobikern. In: Schulte D (Hrsg.): Therapeutische Entscheidungen. Göttingen: Hogrefe, 1991, 15-42
- Shaw BF; Dobson KS: Competency judgements in the training and evaluation of psychotherapists. J Consult Clin Psychol 1988;59:666-672
- Stelly W, Jürgen T: Einmal Verbrecher – immer Verbrecher? Wiesbaden: Westdeutscher Verlag, 2001
- Strupp HH, Butler SF, Rosser C: Training in psychodynamic therapy. J Consult Clin Psychol 1988;56:689-695
- Tracey TJ: Interactional correlates of premature termination. J Consult Clin Psychol 1986;54:784-788

Prof. Peter Fiedler

Psychologisches Institut der Universität Heidelberg
Hauptstr. 47-51
D-69117 Heidelberg
Tel. 06221-547293 • Fax 06221-547348
E-Mail: peter.fiedler@psychologie.uni-heidelberg.de