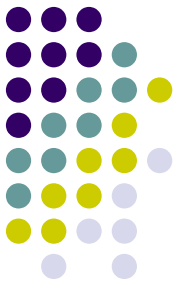




**Der Beginn des Therapeuten-Patienten-
Kontakts, Arbeitsbündnis, Therapievertrag
und Beendigung der Behandlung**

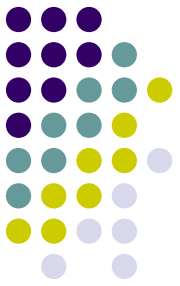
**Dr. phil. Hans-Ulrich Dombrowski
Psychotherapeutische Praxis, Lippstadt**



„Das Wichtigste in der Gestaltung der therapeutischen Beziehung zu Beginn einer Therapie ist, dass der Patient wiederkommt.“

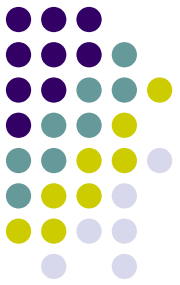
Frederick Kanfer

Agenda



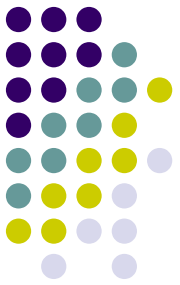
- 10.00 – 11.30 Grundlegendes zur Therapeuten-Patienten-Beziehung
- 11.45 – 13.00 Die psychotherapeutische Praxis: Erstgespräch und probatorische Phase
- 13.00 – 14.00 Mittagspause
- 14.00 - 15.30 Widerstand, Missbrauch und Grenzverletzungen, eigene Belastung
Kleingruppenarbeit, Diskussion

Entsprechende Pausen finden statt. Zeitliche Verschiebungen der einzelnen Themen können sich ergeben.



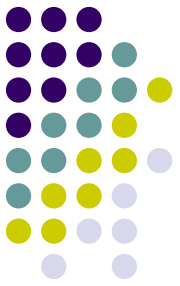
Grundlegendes zur Therapeuten- Patienten- Beziehung

Therapeut-Patient-Beziehung



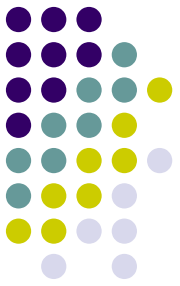
- ... ist eine grundlegende Voraussetzung für die Arbeit an den Problemen / Symptomen des Patienten
- ... stellt ein notwendiges – nicht aber bereits hinreichendes – Mittel für einen gewünschten Therapieerfolg dar
- ... ist insofern von elementarer Bedeutung (Notwendigkeit eines angemessenen Beziehungsaufbaus in der Eingangsphase und dessen weitere Aufrechterhaltung im Laufe der Verhaltenstherapie)

Therapeut-Patient-Beziehung



- ... kann als „**therapeutische Allianz**“ verstanden werden im Sinne einer kommunikativen Interaktion zwischen einem Psychotherapeuten und einem Patienten.
- ... ist ein **Arbeitsbündnis** und insofern
 - ... zweckgerichtet
 - ... zeitlich begrenzt
 - ... beinhaltet spezifische Rollenverteilungen.

Therapeut-Patient-Beziehung



- ... verändert sich in der Art und Intensität der Beziehungsgestaltung über die Verhaltenstherapie hinweg.
- Zu Beginn Suche nach einer tragfähigen Basis für die weitere Zusammenarbeit.
- Danach Schwerpunktverlagerung hin in Richtung Problemlöseprozess unter Beibehaltung der Arbeit an der Beziehungsebene.
- Gegen Ende Verstärkung der Autonomie und Unabhängigkeit des Patienten von der Therapie und dem Therapeuten.

Mögliche Erwartungen des Patienten



- ... Erwartung, dass der Therapeut als **Autorität und Experte** auftritt (kognitives Schema einer orthodox-medizinischen Arzt-Patienten-Rollenverteilung) und aktiv wird, um die Probleme *für ihn* zu lösen. Patient selbst erlebt sich in passiver Erwartung ohne große Eigeninitiative.
- ... Erwartung einer **Freundschaftsbeziehung**, die auch über den therapeutischen Kontext (Ort, Zeit) hinausgeht.
- ... Erwartung eines **bedingungslosen Akzeptierens** (egal, was der Pat. sagt oder tut).
- ... Erwartung einer **intensiven emotionalen Beziehung** zwischen Therapeut und Patient (z.B. im Sinne eines Elternteils oder Liebhabers). PA: Übertragungsreaktion.

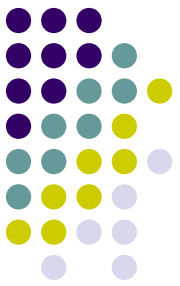
Daraus resultierende Konsequenzen:



Frühe Klarstellung der Rollenverteilung und des therapeutischen Settings. D.h.

- Räumlich und zeitlich feste Strukturen (z.B. 50 minütige Sitzung in der Praxis des PT).
- Kontakte beschränken sich auf die Sprechzeit.
- Körperkontakt sollte auf die sozial akzeptablen Formen begrenzt bleiben (z.B. Händeschütteln).
- Keine Familienmitglieder, Freunde, Bekannte oder Kollegen in Therapie nehmen (Gefahr: Rollenkonflikte)

Aus: Selbstmanagement-Therapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006)

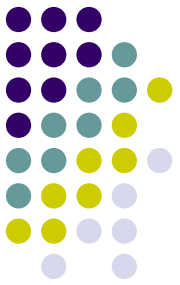


Übersicht 5. Merkmale der Klientenrolle

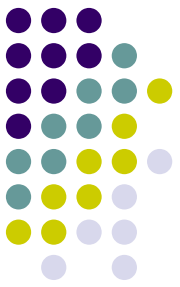
- Einhalten gewisser *Spielregeln der Therapie* (z. B.: Offenheit, aktive Mitarbeit in und zwischen den Sitzungen; Beobachten von Problemsituationen, Selbstbeobachtung, Notizen/ Aufzeichnungen anfertigen, organisatorische Vereinbarungen einhalten, Verantwortung übernehmen).
- *Kooperation* mit dem betreffenden Therapeuten.
- Akzeptieren des *Arbeitscharakters* einer therapeutischen Beziehung (z. B. neutrale, einseitige, nicht-intime, problem- und zielbezogene, zeitlich begrenzte Interaktion).
- Bereitschaft, den *therapeutischen Aktivitäten* für eine gewisse Zeit *hohe Priorität* im eigenen Leben einzuräumen.

- Bereitschaft, sich auf gewisse interne und/oder externe *Änderungen der eigenen Lebenssituation* einzulassen.
- *Überprüfen der Effektivität* eigenen Handelns an der Realität (Evaluation eigener Hypothesen analog zum empirischen Prüfen des Wissenschaftlers).
- Recht auf *Widerstand* (sich nicht zu ändern, Nein zu sagen, abubrechen etc.).

Psychotherapeutenverhalten



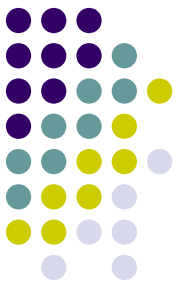
- Beachten auf Einhalten der Rollenstrukturen, insbesondere durch das Interaktionsverhalten (Techniken zur Strukturierung des Gesprächsablaufs).
- Balance zwischen Lernfortschritt (Veränderung) und Überforderung: Änderungsversuch als positive Herausforderung.
- Inadäquate Rollenstrukturierungen und / oder Fehlerwartungen von Patientenseite können zu Therapieabbrüchen führen!
- Botschaft: Veränderung ist harte Arbeit, aber: Veränderung ist möglich.



Psychotherapeutenverhalten

- Laufende Motivation. Zu Therapiebeginn eher in Richtung Kooperation, später eher in Richtung Änderungsmotivation.
- Möglicher Zielkonflikt: Beziehungsstabilisierung (Verstehen) vs. Problemveränderung (Verändern).
- Gestaltung der Beziehung hängt von den Therapiezielen, den Störungsbildern und der Patientenpersönlichkeit ab.
- Wichtig: Eigene Grenzen erkennen! Nicht jeder Therapeut kann mit jedem Patienten zusammenarbeiten.

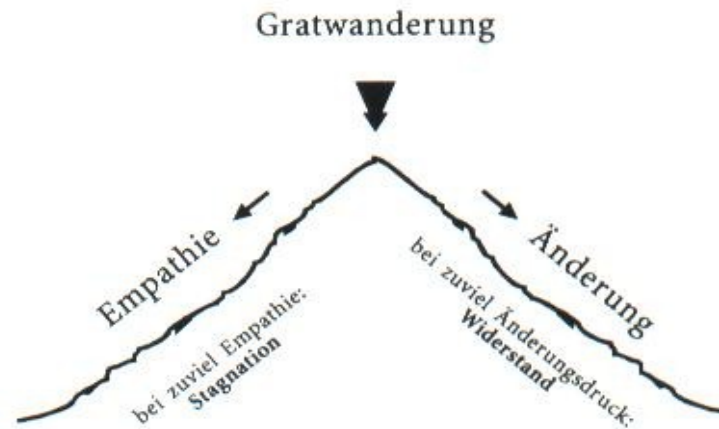
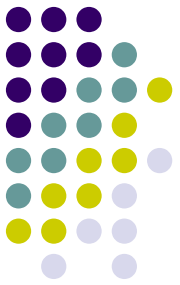
Aus: Selbstmanagement-Therapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006)



■ **Tabelle 11.** Merkmale der Therapeutenrolle (Erläuterung im Text)

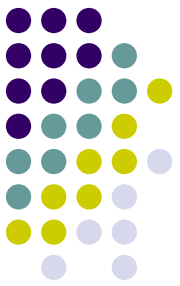
| Bereich | Merkmale |
|--------------------------|--|
| Grundlegende Ziele | <ul style="list-style-type: none">■ Therapeut als professioneller Helfer■ Hilfe zur Selbsthilfe■ Therapeut als Verbündeter des Klienten: Änderungsassistent mit Katalysator-Funktion■ Kontrollieren eigener Motive und Interessen■ Arbeit im Rahmen berufsständischer, rechtlicher und ethischer Vorgaben |
| Technologische Umsetzung | <ul style="list-style-type: none">■ Realisierung therapeutischer Basisvariablen■ unidirektionale, asymmetrische, problem- und zielbezogene, zeitlich begrenzte Interaktion; Ablegen alltäglicher Kommunikationsmuster■ Übernahme von Verantwortung für den technisch-fachlichen Ablauf des Änderungsprozesses■ maximale Transparenz des Vorgehens■ kontinuierliche Bereitschaft zum Formulieren und Überprüfen (!) von diagnostisch-therapeutischen Hypothesen■ Modell für positives Bewältigungsverhalten■ Verpflichtung zu kontinuierlicher Fort- und Weiterbildung. |

Aus: Selbstmanagement-Therapie (Kanfer, Reinecker & Schmelzer, 2006)



■ **Abb. 39.** Die therapeutische Beziehung als Gratwanderung

Zusammenfassung: Therapeuten-Patienten-Beziehung



Positiv-Merkmale:

- Zweckbestimmte, zielgerichtete Beziehung;
- Arbeitsbeziehung,
- zeitlich begrenzte Beziehung mit Variation der Schwerpunkte über die Zeit;
- spezifische Rollenverteilung (Professioneller Helfer/Hilfe suchender);
- Rahmensituation für den Einsatz spezifischer Interventionen;
- notwendige, nicht aber schon hinreichende Voraussetzung für Therapieerfolg;
- wechselseitiger Einflussprozess (z. B. Johnson & Matross, 1977) mit allerdings einseitiger Zielrichtung (Änderungen des Klienten im Mittelpunkt).

Negativ-Merkmale:

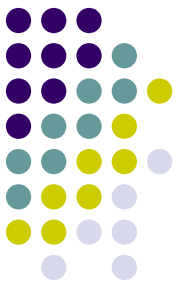
- keine alltägliche Freundschaftsbeziehung;
- keine orthodox-medizinische Arzt-Patient-Rollenverteilung;
- keine Situation völlig bedingungslosen Akzeptierens (egal, was der Klient sagt oder tut);
- kein Selbstzweck bzw. Ersatz für im Alltag fehlende soziale Beziehungen.

Bedeutung der therapeutischen Beziehung in verschiedenen Therapieformen



- **Klassische Verhaltenstherapie (Trainings, Manuale)**
 - > kaum Bedeutung
- **Kognitive Therapie**
 - > mittlerer Bereich
- **Psychoanalyse, Gesprächspsychotherapie**
 - > sehr wichtig

Bedeutung der therapeutischen Beziehung in verschiedenen Therapieformen

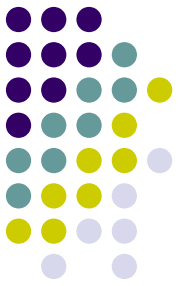


Aktive Beziehungsgestaltung ist dann besonders wichtig, wenn ...

- Patienten eine internale Perspektive einnehmen sollen
- sie sich mit problematischen, peinlichen Selbst- oder Selbstwertaspekten beschäftigen sollen
- negative (affektive) Schemata aktiviert werden
- sie sich mit diesen Schemata „auseinandersetzen“ sollen und die dabei ausgelösten negativen Emotionen klären sollen

(Sachse, 2006)

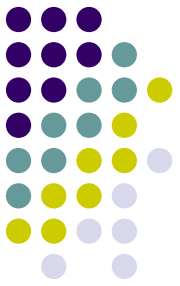
Bedeutung der therapeutischen Beziehung für die Behandlung verschiedener Störungsbilder



- Besonders wichtig bei:
Persönlichkeitsstörungen und bei einem **fehlenden Arbeitsauftrag / fehlender Compliance**
- Eher untergeordnete Rolle bei:
Angst- und Zwangsstörungen

(Sachse, 2006)

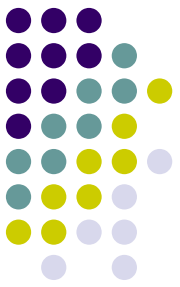
Therapeutenvariablen nach Carl Rogers



- Empathisches Verstehen
- Wärme und positive Wertschätzung
- Kongruenz

Variablen gelten als begünstigende Bedingungen psychotherapeutischer Arbeit. Sie können als therapieübergreifende Leitlinien angesehen werden.

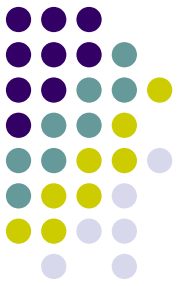
Psychotherapeutische Beziehungen, die funktionieren (nach Norcross)



Nachweislich wirksam

- Therapeutische Allianz ist von sich aus wirksam (Zusammenarbeit und Konsens)
- Empathie
- Zielkonsens und Kooperation
- Kohäsion und Gruppentherapie

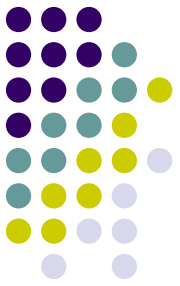
Psychotherapeutische Beziehungen, die funktionieren (nach Norcross)



Wahrscheinlich wirksam

- Wertschätzung des Patienten (erhebliche Varianz der Befunde)
- Kongruenz und Echtheit
- Feedback
- Kitten von Rissen in therapeutischen Beziehungen

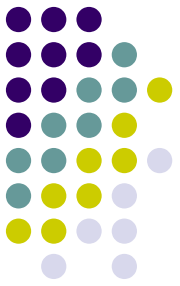
Psychotherapeutische Beziehungen, die funktionieren (nach Norcross)



Wahrscheinlich wirksam

- Persönliche Mitteilung des Therapeuten (wird kontrovers diskutiert)
- Umgang mit Gegenübertragung
- Interpretation der therapeutischen Beziehung
- Überprüfung der therapeutischen Beziehung im klinischen Alltag

Komplementäre Beziehungsgestaltung



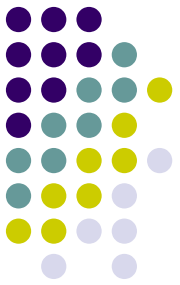
... meint, dass sich ein Psychotherapeut zu den „interaktionellen Plänen“ seines Patienten komplementär, d.h. „**bedürfnisbefriedigend**“ verhalten soll.

Dies führt dazu, dass sich der Patient gut behandelt und verstanden fühlt und der Psychotherapeut „**Beziehungskredit**“ aufbaut.

Wesentliche Beziehungsmotive sind:

- Anerkennung
- Wichtigkeit
- Verlässlichkeit
- Solidarität
- Autonomie
- Grenzen

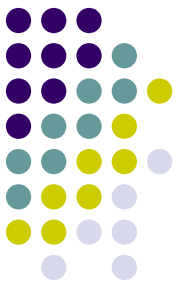
Beziehung als therapeutische Agens



- Beziehungsgestaltung an sich *kann* bei manchen Patienten therapeutische Effekte haben.
- Diese Effekte sind allerdings nicht sehr groß
- und haben aufgrund ihrer $n = 1$ – Erfahrung kaum Generalisierungstendenz.
- Daher: Höchstmaß an therapeutischer Wirkung dann, wenn auf Basis dieser Beziehung weitere therapeutische Maßnahmen umgesetzt werden.

(Sachse, 2006)

Beziehungsgestaltung und Therapieerfolg



- Aspekte der therapeutischen Beziehungsgestaltung beeinflussen den Therapieerfolg *direkt* nur schwach bis mäßig.
- Aber: hohe Korrelation zwischen therapeutischer Beziehungsgestaltung und der Art, wie konstruktiv der Patient im Therapieprozess arbeitet (Bereitschaft Probleme zu bearbeiten, Selbstexploration, Umstrukturierung von Schemata).
- Und: hohe Korrelation zwischen Indikatoren der Problembearbeitung mit Therapieerfolg.

Beziehungsgestaltung und Therapieerfolg

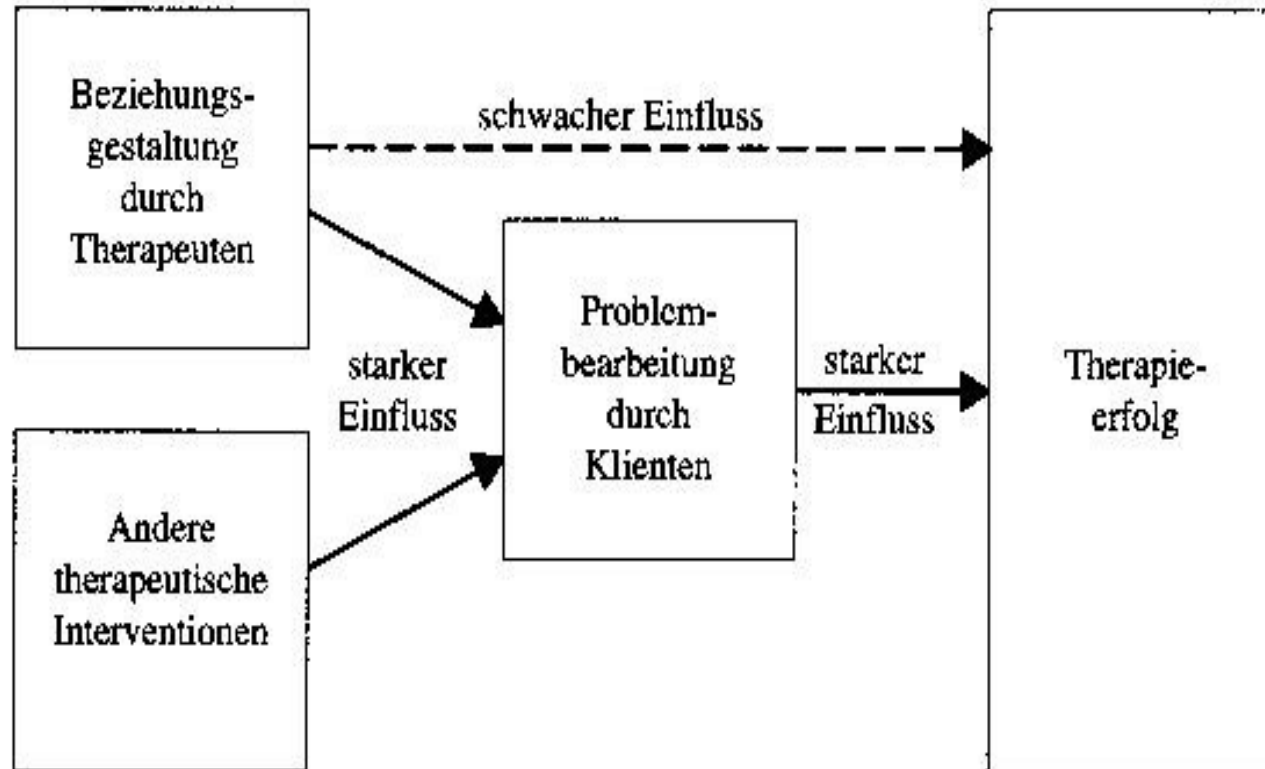
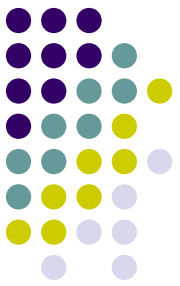
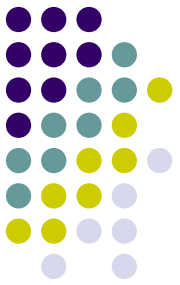


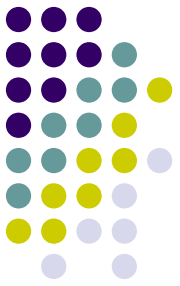
Abbildung 2: Beziehungsgestaltung und Therapieerfolg

Aspekte der Beziehungsgestaltung



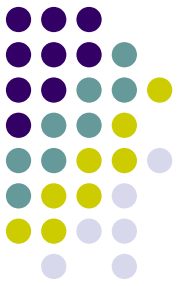
- Oberziel: Flexibilität = individuell auf den Patienten eingehen und Suche nach den jeweils individuell wirksamen therapeutischen Hilfen
- Einfühlungsvermögen
- Lebenserfahrung
- Umgang mit eigenen Emotionen und den Emotionen des Patienten
- Kenntnis eigener Schemata und eigener Grenzen

Aspekte der Beziehungsgestaltung



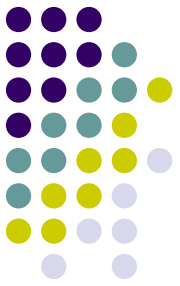
- Wahrnehmung des Beziehungsgeschehens in der Therapie
- Fähigkeit, zu strukturieren (roter Faden; nach Beck: „agenda setting“)
- Fähigkeit, Grenzen zu setzen (z.B. Verlängerung der Therapie?)
- Achtung, Höflichkeit, Pünktlichkeit
- Selbstverständnis und Selbstvertrauen als Therapeut; Glaubwürdigkeit

Aspekte der Beziehungsgestaltung



- Therapeutische Fähigkeiten
- Fähigkeit, den Patienten zu bestätigen
- Engagement
- Fähigkeit, sich auf die Probleme des Patienten konzentrieren zu können
- Fähigkeit, die Aufmerksamkeit des Patienten auf seine emotionalen Erfahrungen zu lenken

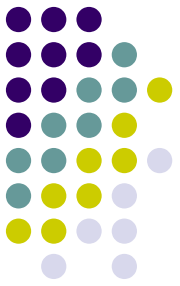
Beendigung der Behandlung



Wann kann eine Therapie beendet werden?

- Symptomatische Verbesserung
- Kompetenzzuwachs (Therapie im Sinne eines Lernprozesses, der auch nach Beendigung der Therapie weiter geht. Therapeut macht sich überflüssig)
- Internale Kontrollattribution
- Rezidivprophylaxe („Notfallkoffer“)

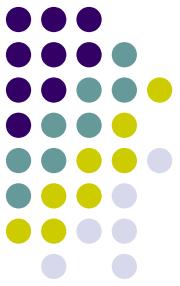
Beendigung der Behandlung



Worauf sollte geachtet werden?

- Verlust einer möglichen einmaligen Beziehung für den Patienten
- Trennungsschmerzen (Reaktivierung alter Schemata)
- Mögliches Fehlen eines sozialen Netzes (mitfühlender Gesprächspartner fehlt)
- Bilanzierung, Blick nach vorn gerichtet, Ziele

Beendigung der Behandlung



Vorbereitung des Patienten

- Psychotherapie ist eine zeitlich begrenzte Beziehung (Beck: „Empirische Kooperation“)
- Hinweis an Patienten, wie viele Sitzungen bereits realisiert worden sind
- Transfer (Übertragung des Erarbeiteten in den Alltag hinein)
- Veränderung der Gesprächsführung (von unterstützend / entlastend hin zu Eigeninitiative verstärkend)

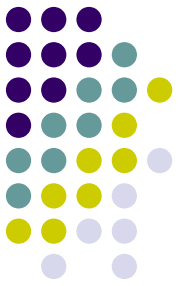
Beendigung der Behandlung



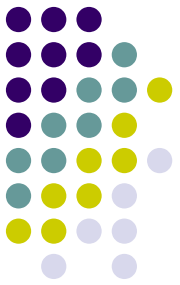
Möglichkeit des Abschlusses

- Klares Ende
- Fading Out (niederfrequente Sitzungen gegen Ende)
- Booster Sessions (fest vereinbarte Abstände, z.B. einmal im Quartal)
- Aufheben von Sitzungen
- Notfallsitzungen sind auch nach Therapieende möglich

Beendigung der Behandlung



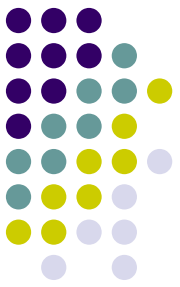
- Zwischenbilanzen ziehen: Einschätzung der bisherigen Veränderung und möglicher offener Lücken
- Die Zeit danach (Möglichkeit des Kontaktes bei Bedarf)



Die psychotherapeutische Praxis:

Erstkontakt und probatorische Phase

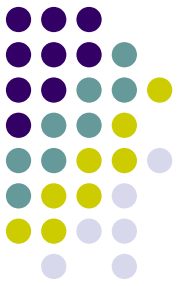
Beginn des Therapeuten-Patienten-Kontakts



Von Seiten des Patienten

- War früher bereits beim Therapeuten oder kennt ihn, z.B. von Vorträgen her
- Sucht sich selbst gezielt Therapeuten aus (z.B. Spezialisierung, Homepage)
- Kommt auf Empfehlung (Arzt, Bekannte)
- Therapeut ist einer von vielen anderen, die auf einer Therapeutenliste stehen, hat als erster einen Termin frei
- Patient kommt zufällig an der Praxis vorbei

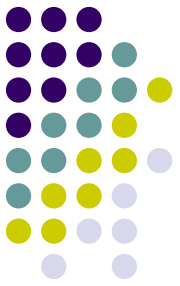
Beginn des Therapeuten-Patienten-Kontakts



Von Seiten des Therapeuten

- Therapeut kennt Patienten von früher her (vorherige Therapie, aus Klinik, aus SH-Gruppe)
- Therapeut kooperiert mit bestimmten Ärzten, Einrichtungen, SH-Gruppen usf.
- Therapeut weist Spezialisierungen aus (z.B. Weiterempfehlungen durch Dritte)
- Erreichbarkeit des Therapeuten (Wann ist ein persönlicher Kontakt mit ihm möglich?)

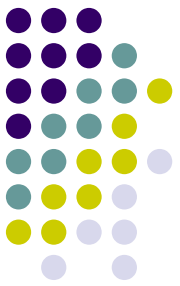
Beginn des Therapeuten-Patienten-Kontakts



Die verschiedenen Aspekte können einen Einfluss haben auf ...

- Motivation
- Beziehungsgestaltung
- Engagement des Patienten und Therapeuten
- Verlauf der Therapie / Veränderungsprozess
- Beendigung der Behandlung (Wie geht es weiter?)

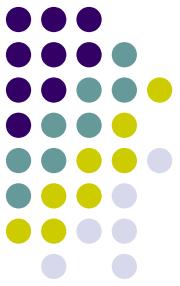
Erstgespräch



Patientenziele

- Erster persönlicher Eindruck von Therapeut und Praxis
- Wie wirkt der Therapeut? – sympathisch, vertrauenswürdig, selbstsicher, Lebens erfahren, fachlich kompetent
- Weitere mögliche Erwartungen: Alter, Typ, äußere Erscheinung, Geschlecht
- Versteht der Therapeut das Problem? Erklärung?
- Bietet er ein Behandlungskonzept an? Fühlt er sich in der Lage, meine Beschwerden zu behandeln?

Erstgespräch



Patientenziele

- Verstehe ich als Patient das Behandlungskonzept? Werde ich damit zurecht kommen?
- Welche Prognose bietet der Therapeut? Ist dieser glaubwürdig für mich?
- Wann kann die Therapie beginnen? Wie lange dauert sie? Wie oft muss ich kommen? Einzel – Gruppe? Kostenübernahme?

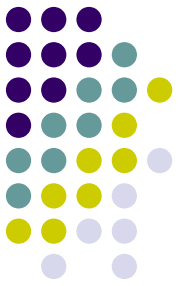
Erstgespräch



Therapeutenziele

- Gewinnen eines ersten (weiteren) Eindrucks des Patienten: Typ, Persönlichkeit, Erscheinung
- Kontakt- und Beziehungsaufbau: Ist dies leicht möglich?
- Anlass der Therapie? Von wem überwiesen?
- Leidensdruck? Veränderungsbereitschaft?
- Patientenziele? Erwartungen? Vorerfahrungen?
- Krankheitseinsicht? Veränderungsmotivation? Fähigkeit zur Selbstreflexion? Intelligenz?

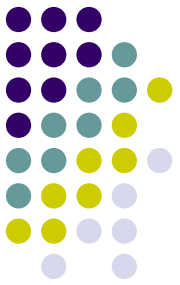
Erstgespräch



Therapeutenziele

- Ärztliche Abklärung erfolgt?
- Vorläufige Diagnose. Indikation: Ambulant möglich?
Fachärztliche Abklärung notwendig?
- Möglicher (grober) Behandlungsplan. Prognose?
- Ablauf der Verhaltenstherapie
- Organisatorische Aspekte: mögliche Wartezeit, Kostenübernahme, Termine, Absagen von Terminen, Ausfallhonorar, Therapievertrag

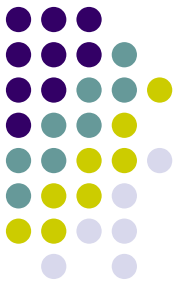
Erstgespräch



Mitgabe von ...

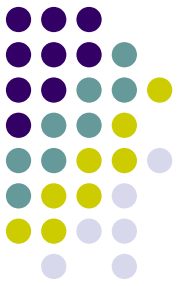
- Merkblatt zur ambulanten Psychotherapie
- Therapievertrag (incl. Regelung zum Honorarausfall)
- Informationsmaterial (z.B. über Verhaltenstherapie, Bibliothherapie)
- Ggf. Schweigepflichtsentbindung einholen (Klinik, andere Behandler)
- Fragebögen

Probatorische Phase



- Exploration der Problematik / Symptomatik
- Biografische Anamnese
- Psychischer Befund / Somatischer Befund
- Problem-, Verhaltens- und Funktionsanalyse
- Endgültige Diagnose
- Behandlungsziele, Therapiefestlegung
- Prognoseerwartung
- Antrag auf Kostenübernahme, ggf. Bericht zum Gutachten

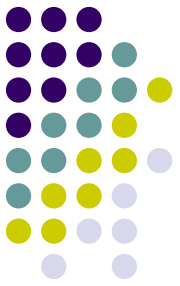
Mögliche Probleme



Patient erfüllt die Therapievoraussetzungen nicht

- ... ist nicht zum reflexiven Denken fähig
- ... hat keine ausreichende Veränderungsmotivation
- ... hat keine Krankheitseinsicht
- ... hat keine Ziele
- ... hat Probleme mit dem strukturierten therapeutischen Vorgehen
- ... ist akut abhängig, psychotisch oder emotional zu stark belastet (alternative Behandlungen)

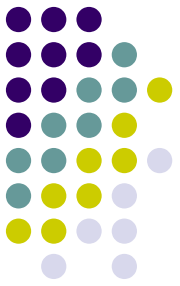
Mögliche Probleme



Patient kommt ohne oder mit unzureichend ausgefülltem Fragebogen

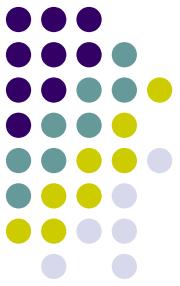
- ... unzureichende Vermittlung durch Therapeuten
- ... Patient möchte „behandelt“ werden
- ... Geringe Frustrationstoleranz und Lustprinzip
- ... Patient hat andere Präferenzstruktur
- ... Patient ist ängstlich oder misstrauisch

Zusammenfassung: Erstkontakt und probatorische Phase



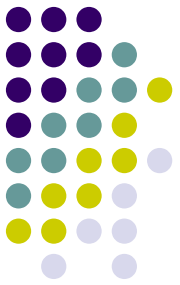
- Diagnosestellung (ICD-10)
- Aufbau einer therapeutischen Beziehung
- Anamnese / Krankheitsentwicklung
- Klärung der Therapiemotivation
- Ressourcen
- Erhebung eines psychischen Befundes (Suizidalität)
- Prognose
- Vermittlung von Informationen

Weitere wichtige Aspekte ...



- **Widerstand**
- **Risiken und Gefahren:**
Missbrauch und Grenzverletzungen
- **Belastungen durch die**
therapeutische Beziehung

Widerstand



- **Patient**

Soziokulturelle Normen, Motivation, Bedürfnis nach Autonomie, unzureichende Kompetenzen, u.a.

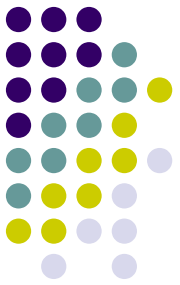
- **Therapeut**

Mangelndes Verständnis, autoritäre Expertenhaltung, unzureichende Information / mangelnde Transparenz beim therapeutischen Vorgehen, u.a.

- **Dynamik des Therapieprozesses**

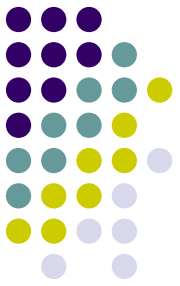
Festhalten an alten Gewohnheiten, Angst vor Veränderung, sekundärer Krankheitsgewinn, u.a.

Widerstand



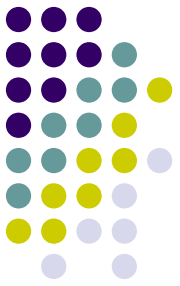
- ... als Versuch, Autonomie zu wahren („Reaktanz“)
- ... infolge eines zu starken Änderungsdruckes durch den Psychotherapeuten
- ... im Sinne einer Frustrationsintoleranz
- ... als Resultat einer Angst vor Veränderung
- ... als Folge von Wissens- und Informationsdefiziten
- ... als Folge nichthilfreicher Gesundheitsüberzeugungen („health beliefs“)
- ... als Zeichen mangelnder Motivation (Attraktivität des Ziels? Konflikthafte Ziel-Konstellationen)

Umgang mit Widerstand



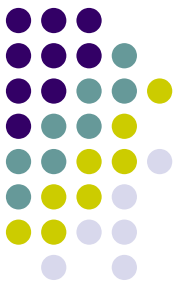
- Patienten haben ein Recht auf Widerstand und dürfen sich aktiv weigern, sich zu ändern.
- Widerstand ist ein normales Phänomen im Rahmen einer Psychotherapie.
- Widerstand sollte nicht gebrochen werden und Machtkämpfe sind therapeutisch wenig sinnvoll.
- Frage: Was habe ich als Psychotherapeut möglicherweise übersehen, missverstanden oder aus meiner Sicht überinterpretiert?

Widerstand in der REVT



... als nicht Ziel führendes Verhalten kann meist auf dysfunktionale Kognitionen zurück geführt werden. Z.B.

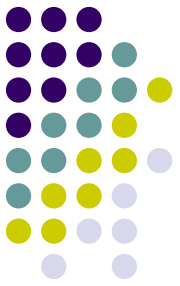
- Ich *mus*s zunächst die Ursachen meiner Störung, die in der Vergangenheit liegen, bearbeiten, sonst kann ich mich nicht ändern.
- Ich *mus*s meine Hausaufgaben perfekt machen oder gar nicht.



Widerstand in der REVT

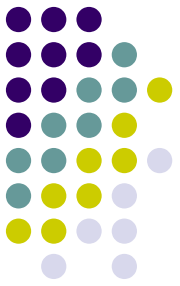
- Ich *muss* mich schnell und effektiv ändern. Ansonsten ist dies wieder ein Beweis meiner Unzulänglichkeit.
- Ich kann mich nicht ändern, da ich *immer* schon so gewesen bin.
- Veränderungen sollten *leicht und schnell* vonstatten gehen. Therapie sollte ein angenehmes Unterfangen sein.

Risiken und Gefahren: Missbrauch und Grenzverletzungen



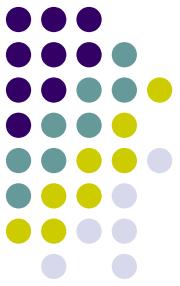
- Emotionales Missbrauchsgeschehen
 - sexuell
 - narzisstisch
 - ökonomisch
- Grenzverletzungen
 - PT lehnt Wertvorstellungen des Pat. ab

Risiken und Gefahren: Missbrauch und Grenzverletzungen



- **Sexueller Missbrauch**
 - Bis zu 10 % der befragten PT räumen sexuellen Missbrauch ein.
 - Es sind fast ausschließlich Männer und
 - in der Regel „erfahrenere Psychotherapeuten“.
 - Die emotionalen Konsequenzen für die Pat. sind verheerend.

Risiken und Gefahren: Missbrauch und Grenzverletzungen



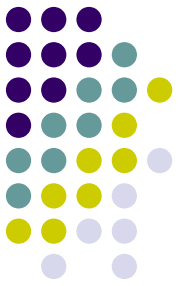
- **Narzisstischer Missbrauch**
 - meint alle Interaktionen zwischen PT und Pat., die primär dem Wunsch des PT nach eigener (narzisstischer) Gratifikation dienen
 - Entfaltungsmöglichkeiten des Pat. werden verhindert und unterminiert
 - Übergriffe sind deshalb besonders gefährlich, weil sie im Rahmen von Intimität stattfinden (Schutzlosigkeit des Pat.)
 - Auch grenzenlose Empathie, unendlich laufende Therapien und der narzisstische Rückzug stellen „narzisstische Kollusionen“ dar

Risiken und Gefahren: Missbrauch und Grenzverletzungen



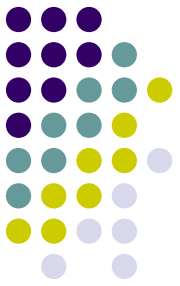
- **Ökonomischer Missbrauch**
 - Bisher nur wenig thematisiert.
 - Unnötige Verlängerung gut laufender Therapien.
 - Zu früher Abbruch von Therapien, die möglicherweise noch zum Erfolg führen könnten.
 - Ausbeutung des Versorgungssystems (GKV vs. PV)
 - Versuch dem Pat. nach der GKV finanzierten Therapie eine private Finanzierung nahe zu bringen

Risiken und Gefahren: Missbrauch und Grenzverletzungen

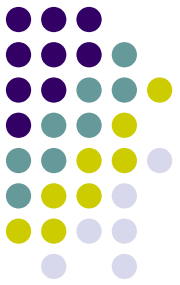


- **Grenzverletzungen**
 - PT lehnt weltanschauliche Wertvorstellungen des Pat. innerlich stark ab
 - Ideologien und Meinungen des PT werden dominant, so dass der Pat. unter Anpassungsdruck gerät, ggf. Lösungen akzeptiert, die nicht seine eigenen sind

Belastungen durch die therapeutische Beziehung



- Therapiebeziehung ist keine „Technik“, sondern ein sich ständig weiterentwickelnder gestalterischer Prozess
- Sie absorbiert eine enorme psychische Energie, u.a. durch Zurückhaltung eigener Anteile oder emotionale Forderung durch den Pat.
- Gefahr des multiplen Missbrauchs zu Befriedigung der eigenen Bedürftigkeit
- Achtsamkeit gegenüber uns selbst und unseren inneren Prozessen: Mit welchen Pat. (-typen) habe ich Probleme? Spielen Alter, Geschlecht, Einstellungen, kulturelle Aspekte etc. eine Rolle?



**Vielen Dank für
Ihre
Aufmerksamkeit!**