Psychotherapeut 2021 · 66:288–298
<https://doi.org/10.1007/s00278-021-00510-9>
 Angenommen: 15. März 2021
 Online publiziert: 21. April 2021
 © Der/die Autor(en) 2021

Bernhard Strauß

Institut für Psychosoziale Medizin, Psychotherapie und Psychoonkologie, Universitätsklinikum Jena, Jena, Deutschland

Scheitern in der Psychotherapie – der aktuelle Wissensstand

Every psychotherapy course is a failure and almost every psychotherapy course is a success. (Bugental 1988)

Der Herausgeber einer Sonderausgabe des *Journal of Clinical Psychology: In Session* zum Thema „Failure in psychotherapy“ (Lampropoulos 2011) konstatierte einleitend, dass sich Psychotherapeuten in der Praxis ungern dem Geruch der „Schmutzwäsche“ („dirty laundry“) therapeutischen Scheiterns aussetzen wollen, stattdessen tatsächlich den Prozentsatz von Nonrespondern in der Psychotherapie deutlich unterschätzen und primär auf ihren Erfolg „fixiert“ seien.

„Dirty laundry“ – Berücksichtigung von „Scheitern“ in der Psychotherapieforschung

In der Tat ist die Debatte um Scheitern in der Psychotherapie innerhalb der Psychotherapieforschung noch nicht sonderlich alt. Immer wieder wurden in der „Frühgeschichte“ der Psychotherapie v. a. in der psychoanalytischen Literatur durchaus Gründe für das Scheitern von Behandlungen erörtert, die entweder aufseiten der Patienten (Freud 1937c; Wolman 1972) oder aufseiten der Therapeuten, bezogen auf deren Gegenübertragungsreaktion zu suchen waren (Übersicht bei Gorkin 1987). Auch Rogers (1954) berichtete über einen gescheiterten Fall (des „Mr. Bebb“), dessen Therapie aber interessanterweise von einem anderen Therapeuten als Erfolg gewertet wurde, was zeigt, dass die Definition von Scheitern ein schwieriges Unterfangen sein kann.

Erste systematische Überlegungen finden sich in den 1960er-Jahren (z. B. Rayner und Hahn 1964). Der eingangszitierte Bugental (1988) stellte die Frage nach der Definition von Scheitern und illustrierte diese mit einer Reihe von Fällen aus seiner eigenen Praxis, für die er kritisch hinterfragt, was er selbst hätte anders machen können. Er kommt zu dem Schluss, dass er in den häufigsten Fällen, für die er selbst ein Scheitern konstatiert, als Therapeut nicht genügend investierte, um die verborgenen Bedürfnisse der Patienten zu erfüllen. Eine weitere Quelle des Scheiterns sieht Bugental in der Tatsache, dass manche Therapeuten ihre Klienten zu sehr „objektifizieren“, d. h., diese Patienten primär als „Symptome, Typen, Probleme oder diagnostische Kategorien“ und nicht als Personen behandeln, die ein ganzes höchst individuelles Leben mitbringen.

Eine erste empirische Untersuchung von Scheitern („failure“) in der Psychotherapie erfolgte vermutlich in den sog. Vanderbilt-Psychotherapie-Studien, die der Deutsch-Amerikaner Hans Hermann Strupp bereits beginnend in den 1950er-Jahren initiierte. Strupps – wie er selbst sagte – *Leitmotiv* seiner Forschung war die Frage, wie sich die persönliche Einstellung eines Therapeuten gegenüber dem Patienten auf den Behandlungsverlauf und das Behandlungsergebnis auswirkt. Er glaubte, beobachtet zu haben, dass bereits die ersten Reaktionen eines Therapeuten auf einen Patienten seine grundlegende Einstellung diesem Patienten gegenüber reflektieren, dass diese relativ stabil zu sein schien und damit zu einer sich selbst erfüllenden Prophezeiung für den Fortgang der Therapie würde. Tatsächlich

konnten Strupp und Kollegen zeigen, dass die Qualität der Arbeitsbeziehung von Patienten und Therapeuten relativ schnell (zum Ende der 3. Sitzung) erkennbar war und sich als wichtiger Prädiktor für das Therapieergebnis nach 25 Sitzungen erwies (Strupp 2000). Auf Strupps Beobachtungen zum Scheitern wird weiter unten eingegangen.

Nachdem die Untersuchungen der Vanderbilt-Gruppe nur begrenzte Resonanz erhielten, scheint für die weitere Entwicklung eine von Lilienfeld (2007) veröffentlichte Arbeit über Psychotherapien, die potenziell schädigend sind, von Einfluss gewesen zu sein. In dieser Arbeit prägt Lilienfeld (2007) als Pendant zu den „empirically supported treatments“ (EST) den Begriff der „potentially harmful treatments“ (PHT). Unter anderem beschreibt Lilienfeld die falsche Indikation, ein „critical incident stress debriefing (CISD)“ (d. h., Gruppen unmittelbar nach einem traumatischen Ereignis dazu zu ermutigen, besonders und intensiv über ihre negativen Emotionen zu sprechen, um sie für Symptome einer posttraumatischen Belastungsstörung [PTBS] zu sensibilisieren) anzuwenden. Es wurde gezeigt, dass gerade durch das CISD Symptome einer PTBS erst entstehen können bzw. ein häufig zu beobachtender natürlicher Prozess der Erholung und Genesung gestört oder unterbrochen wird. Der Autor bezog sich zum einen auf randomisierte kontrollierte Studien, in denen gewissermaßen das Gegenteil eines theoretisch angenommenen positiven Outcome gefunden wurde, was darauf hinweist, dass Patienten durch die Behandlung Schaden nehmen. Neben dem CISD zeigte dies Lilienfeld (2007) auch für einige

Abb. 1 ◀ Klassifikation unerwünschter Ereignisse in der Psychotherapie. (Nach Linden und Strauß 2018)

Gruppentherapieprogramme für sozial auffällige und süchtige Adoleszente. Eine zweite Quelle für die Evidenz potenziell schädlicher Therapien, auf die er sich stützte, waren diverse Fallberichte. Ein Beispiel, das Lilienfeld aufführt, war die Untersuchung von „Rebirthing“-Techniken bei Kindern (bei denen Kinder sehr intrusiv in Tücher gewickelt und wiederholt gedrückt werden, um einen Geburtsprozess zu simulieren), über die Mercer et al. (2003) berichteten und in denen es tatsächlich sogar zu einigen Todesfällen kam.

Den PHT setzten Castonguay et al. (2010) Methoden, die *unter bestimmten Umständen* schädlich sein können, unter bestimmten Umständen aber durchaus hilfreich sind, wie beispielsweise Entspannungstechniken, gegenüber: Entspannung dient nicht nur in der Verhaltenstherapie als wirksame Methode, um frühe Zeichen von Beunruhigung durch eine antagonistische Reaktion zu ersetzen, was in vielen Angsttherapien positiv genutzt werden kann. Gleichermassen gibt es aber auch Hinweise darauf, dass bei manchen Patienten, etwa mit generalisierten Angststörungen, die Entspannung die Angst geradezu erst induziert, was man als schädliche Wirkung dieser Methode bezeichnen könnte, die dann auch zum Scheitern der Therapie führen kann.

Die viel beachtete Veröffentlichung von Lilienfeld (2007) hat offenbar innerhalb der Scientific Community die Sensibilität für negative Folgen von Psychotherapie mehr geschärft, was sich beispielsweise daran zeigt, dass verschiedene Fachzeitschriften sich in den letzten Jahrzehnten immer wieder mit dem Thema Scheitern und negative Effekte von Psychotherapie befassen. Zu nennen sind neben dem *Journal of Psychotherapy Integration* (Stricker 1995a, b, c), das sich schon vor Lilienfelds Veröffentlichung mit dem Thema auseinandersetzte, „special issues“ der Zeitschriften *Cognitive and Behavioral Practice* (Dimidjian und Hollon 2011), des *American Psychologist* (Barlow 2010; Dimidjian und Hollon 2010) und des *Journal of Clinical Psychology: In Session* (Lampropoulos 2011).

In der Tradition von Strupp und anderen Arbeitsgruppen, die die Thematik negativer und unerwünschter Effekte in Therapien erstmalig systematisiert und spezifiziert haben, steht ein späterer Versuch von Linden und Schermuly-Haupt (2014), unerwünschte Effekte von Psychotherapie weiter zu klassifizieren und das Konzept der *Nebenwirkungen von Psychotherapie* einzuführen. Zu diesen zählen die Autoren neben den von Strupp genannten auch (im Sinne unerwünschter Effekte) eine Verlängerung der Behandlung, Non-Compliance,

Belastungen der Patient-Therapeut-Beziehung, aber auch eine therapeutische Abhängigkeit, negative Folgen einer Behandlung für die familiären und arbeitsbezogenen Beziehungen, einschneidende Veränderungen in den Lebensumständen der Patienten und therapiebedingte Stigmatisierung.

Auf der Basis dieser Klassifikation entstand das in **Abb. 1** gezeigte Schema unerwarteter und unerwünschter Effekte, die in Psychotherapien zu beobachten sind und die unterschiedliche Ursachen innerhalb und außerhalb der Therapie haben können (Linden et al. 2018). Diese unerwünschten Effekte sind *keineswegs gleichbedeutend* mit einem Scheitern der Psychotherapie, sie können aber u. U. mit einem Scheitern einhergehen. Auch dies macht die Definition des Scheiterns so schwierig.

In **Abb. 1** sind auch unsachgemäß durchgeführte Behandlungen (im Sinne von Behandlungsfehlern, aber auch unethischem Verhalten, zu dem schädigendes und missbräuchliches Therapeutenverhalten gehört) aufgelistet, die naturgemäß eine Ursache von Scheitern in der Psychotherapie darstellen. Da diese Thematik, die mittlerweile zunehmend mehr beforscht wird, glücklicherweise nicht zur klinischen Routine gehört, soll sie in dieser Übersicht zum Thema „Scheitern“ ausgespart bleiben. Hierzu wird z. B. auf einige Beiträge aus einem Schwerpunkt-

heft der vorliegenden Zeitschrift zum Thema Grenzüberschreitungen verwiesen (Schleu 2019; Stuhler et al. 2019; Kontny et al. 2019).

Definitionen von Scheitern („failure“) in der Psychotherapie

Schon in der Arbeitsgruppe von Strupp (z. B. Strupp 1993) wurde versucht, negative Effekte von Psychotherapie zu systematisieren, was damals in der Entwicklung der nach wie vor attraktiven, allerdings sehr selten angewendeten Vanderbilt Negative Indicators Scale (VNIS), einem Fremdbeurteilungsinstrument zur Bewertung von negativen Indikatoren auf Patienten-, Therapeuten- und Beziehungsseite, mündete (z. B. Strauß et al. 1992). Die VNIS hat sich als sehr praktikabel erwiesen, da keine aufwendige Schulung der Skala nötig ist (Strauß 2021). Strupp und Hadley (1979) unterschieden als Indikatoren für ein mögliches Scheitern einer Therapie negative Effekte wie die Verschlimmerung von Symptomen, das Auftreten neuer Symptome, den Missbrauch der Therapie durch den Patienten sowie Patienten, die sich überschätzen und eine Desillusionierung gegenüber der Behandlung zeigen. Die Arbeitsgruppe meinte, die negativen Effekte seien assoziiert mit unzureichender Diagnostik, spezifischen Qualitäten aufseiten der Beteiligten, technischen oder Beziehungsproblemen oder aber auch Problemen mit einem spezifischen Therapieansatz.

Castonguay et al. (2010) sehen im Einvernehmen mit Lilienfeld (2007) eine *Verschlechterung* oder aber das *Ausbleiben einer Veränderung* (also den Umstand, dass die Therapie verhindert, dass es den Patienten besser geht) als Zeichen eines Scheiterns einer Therapie, wobei diese Phänomene direkt mit der Therapie in Verbindung stehen müssen. Analog werten die Autoren aber auch die Zuweisung zu einer Therapie, die unnötig lange dauert, wenig hilfreich ist und an deren Stelle eine hilfreichere und ggf. auch „sparsamere“ Behandlung hätte indiziert werden können, als Scheitern. Falsche Einschätzungen der Effektivität einer Therapie sind auch die Quelle von Schaden und Scheitern (Barlow 2010).

Psychotherapeut 2021 · 66:288–298 <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00510-9>
© Der/die Autor(en) 2021

B. Strauß

Scheitern in der Psychotherapie – der aktuelle Wissensstand

Zusammenfassung

Das Scheitern von Psychotherapien taucht als Thema in der Psychotherapieforschung zwar immer wieder auf, wird aber erst in jüngster Zeit intensiver beforscht, u. a. im Hinblick auf die Frage, wie Scheitern zu definieren ist, wie häufig es vorkommt und welche Variablen Scheitern vorhersagen können. In dieser Übersicht folgt auf eine historische Übersicht mit starkem Bezug auf die Untersuchungen von Hans H. Strupp eine Zusammenfassung systematischer und fallorientierter Betrachtungen von Scheitern in der Psychotherapie. Es werden Studien

berichtet, zu den Determinanten und Risikofaktoren von Scheitern sowie zu der Frage, wie der aktuelle Wissensstand zum Scheitern in der psychotherapeutischen Praxis sowohl im klinischen Alltag wie auch in der Aus- und Weiterbildung von psychotherapeutischen Tätigen nutzbar gemacht werden kann.

Schlüsselwörter

Unerwünschte Nebenwirkungen · Risikofaktoren · Behandler-Patient-Beziehung · Klinische Kompetenz · Ausbildung

Failure in psychotherapy—Current state of knowledge

Abstract

The issue of failure of psychotherapy recurrently appears in the literature on psychotherapy research but has only recently been investigated more intensively with respect to the definition of failure, its prevalence and variables that can predict psychotherapeutic failure. This narrative review is based on some historical reflections related to the work of Hans H. Strupp and summarizes case-oriented as well as systematic studies of failure in psychotherapy. The article also reviews studies dealing with

determinants and risk factors of failure and discusses how the current state of knowledge can be utilized in the psychotherapeutic practice both in the clinical routine as well as in the training and advanced training of psychotherapists.

Keywords

Adverse effects · Risk factors · Professional-patient relationship · Clinical competence · Training

Zu Recht wird darauf hingewiesen, dass der Verlauf von Psychotherapien natürlich sehr unterschiedlich und oft nicht immer erwartungskonform ist, was nicht unbedingt heißen soll, dass die Therapie letztendlich schädlich sein muss. Es wird auch konstatiert, dass der Fokus auf spezifische Ergebniskriterien (meist geht es ja um Symptome bzw. den psychischen Befund), oft allzu sehr im Vordergrund steht, Behandlungen aber auch Auswirkungen auf Bereiche haben können (beispielsweise die Partnerschaft, das Berufsleben), die gar nicht primär im Blickpunkt einer Intervention stehen. Oftmals werden diese Bereiche in Therapiestudien – aber durchaus auch in der klinischen Praxis – vernachlässigt und bleiben unbeachtet.

Grundsätzlich erscheinen negative Veränderungen/Verschlechterungen in

Psychotherapien unvermeidbar: Bergin (1963) publizierte einen heute noch als Klassiker geltenden Artikel im *Journal of Abnormal Psychology*: „Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice“. Eine Schlussfolgerung von Bergin war, dass Psychotherapie (wie andere Interventionen) dazu führt, dass sich Menschen zum Besseren *und* zum Schlechteren verändern, verglichen mit Personen, die keine Behandlung erfahren. Tatsächlich fasste Bergin zahlreiche Psychotherapiestudien zusammen und konnte auf dieser Basis einen Verschlechterungseffekt beschreiben, der quasi das Resultat einer „Spreizung der Varianz“ in einer Verteilung von Merkmalen reflektiert, die durch das Setzen einer psychotherapeutischen Intervention entsteht. Bergin hat auch in späteren Jahren belegen können, dass der Anteil

verschlechterter Patienten infolge von psychotherapeutischen Interventionen immer höher ist als der Anteil von Verschlechterungen in Kontrollgruppen.

Zusammengefasst finden sich in der wissenschaftlichen Literatur Auffassungen, wonach Scheitern einen „Drop-out“, d.h. eine vorzeitige/einseitige Beendigung, keine oder eine nur teilweise oder sehr langsame Veränderung, Verschlechterung und negative Effekte sowie – im späteren Verlauf – Rückfälle umfassen kann. Der Therapieabbruch bzw. die vorzeitige Beendigung von Therapie stellt in der Psychotherapieforschung ein besonderes Thema dar, da ein Abbruch vielerlei Bedeutung haben kann (Lopes et al. 2017). Er kann durch viele Faktoren bedingt sein. Die mit Abbrüchen zusammenhängenden Therapeutenmerkmale wurden erst kürzlich von Gries et al. (2020) zusammengefasst. Jonathan Swift ist in der Literatur zur Psychotherapieforschung ein wesentlicher Autor, der sich seit vielen Jahren mit dem Drop-out-Phänomen unter differenzialpsychologischen Gesichtspunkten und dem Zusammenhang mit Metaanalysen und systematischen Übersichten befasst hat (z. B. Swift und Greenberg 2014).

Die Einschätzung von Scheitern ist eindeutig von der Perspektive abhängig (Klient, Therapeut, externer Beobachter) und auch von der Art und Weise, wie Therapieerfolg definiert wird. Eine ganze Fülle von Fragen ist noch nicht ausreichend beantwortet, wie z. B.:

- Ist ein vorzeitiges Ende einer Psychotherapie notwendigerweise mit einem Scheitern gleichzusetzen?
- Sind therapiebegleitende, vielleicht vom Patienten ursprünglich nicht erwartete einschneidende Veränderungen in den Lebensumständen unbedingt immer negativ und somit auch ein Indiz für ein Scheitern oder können sie – zumindest langfristig – sogar einen Erfolg der Therapie symbolisieren?

Angaben zu Häufigkeiten von Scheitern und negativen Effekten von Psychotherapie

In einer Einleitung zu einem Special issue der Zeitschrift *Journal of Psychotherapy*

Integration gibt Stricker (1995a) an, dass nach der Auffassung von Bergin (1971) die Rate eines Scheiterns in der Psychotherapie (im Sinne ausbleibender Veränderungen) mit etwa einem Drittel und die Rate von Patienten, die sich gegenüber dem Ursprungszustand sogar verschlechtern, auf ca. 10 % zu beziffern seien. Lambert und Ogles (2004) bezifferten die Verschlechterungsraten mit 5–10 %. Die genannten Raten würden in psychotherapeutischen Fallberichten nicht deutlich, die nach außen eher so wirken, dass Psychotherapien im Großen und Ganzen doch immer sehr erfolgreich enden und die Therapeuten in der Handhabung von potenziellen Schwierigkeiten geradezu perfekt sind.

Lampropoulos (2011) fasst zusammen, dass der mittlere Prozentsatz einer einseitigen Beendigung der Therapie (einschließlich Drop-out) als ein möglicher Aspekt von Scheitern auf etwa 47 % geschätzt wurde (z. B. Wierzbicki und Pekarik 1993). Gleichzeitig meint Lampropoulos, dass durchschnittliche Raten für eine klinische Verbesserung, die zwischen 57 und 67 % beziffert werden, auch signalisieren, dass ein großer Prozentsatz von Patienten sich eben nicht verbessert. In naturalistischen Studien mit gemischten Stichproben würden die Besserungsraten noch sehr viel geringer ausfallen. Er zitiert Hansen et al. (2002), die berichten, dass nur 14 % der Patienten geheilt werden, 21 % verbessern sich, 57 % zeigen keine Veränderung und 8 % verschlechtern sich.

Lambert (2011), der selbst mehrere Übersichten über Verschlechterungen und Nonresponse mitverantwortet, verweist auf eine eigene Untersuchung, in der Besserungsraten in 89 verschiedenen, überwiegend aus verhaltenstherapeutischen (VT-)Ansätzen bestehenden Therapiestudien zwischen 57 und 67 % sowie die Verschlechterungsraten zwischen 5 und 10 % variierten. In mehr als 6000 Fällen, die in klinischen Routinekontexten behandelt wurden, wurde die Besserungsrate auf nur 35 % beziffert, die Verschlechterungsraten schwanken zwischen 3 und 14 % (im Schnitt 8 %), wobei es einige Hinweise gibt, dass die Verschlechterungsraten (z. B. bei Warren et al. 2010) mit 15–24 % bei Kindern

und Jugendlichen deutlich höher sind (und dort auch Familieneinflüsse eine Rolle spielen; Young 1991). Im Endeffekt kommt Lambert zu dem Schluss, dass auch bei empirisch gestützten Behandlungen noch extrem viel „Spielraum für Verbesserung“ bliebe.

Ursachen von Scheitern in der Psychotherapie

A man who has committed a mistake and does not correct it is committing another mistake. (Konfuzius [2021])

In einer der ersten umfassenden Übersichten über negative Ergebnisse in der Psychotherapie kam Mohr (1995) zu dem Schluss, dass das Risiko für eine Verschlechterung durch Psychotherapie nach den zusammengefassten Befunden besonders hoch sei, bei Patienten mit einer Borderline- oder zwanghaften Struktur, bei Menschen mit schwerwiegenden interpersonellen Schwierigkeiten, die gering motiviert sind und die erwarten, dass eine Psychotherapie „schmerzlos“ verläuft. Auf der Therapeutenseite machte Mohr (1995) als „Risikofaktoren“ für ein negatives Outcome Empathiemangel, eine Unterschätzung der Schwere der Problematik der Patienten, negative Gegenübertragungen, technische Probleme und eine überstarke Fokussierung auf Übertragungsdeutungen aus. Zusätzlich nennt er Diskrepanzen mit dem Patienten bezüglich des Therapieprozesses. In der Übersicht von Mohr (1995) wurde konstatiert, dass Gestalttherapien eine höhere Verschlechterungsrate zeigten als andere Therapien, wobei versucht wurde, dies mit der Einschätzung zu relativieren, dass alle Psychotherapien ein Potenzial für negative Veränderungen und Scheitern bergen.

In einem Rückblick auf seine oben genannten Studien (Strupp 1993, 1998) konstatierte Strupp bereits mit Blick auf seine erste Vanderbilt-Studie, in der ausgebildete Psychotherapeuten mit als „warm und empathisch“ empfundenen Hochschullehrern im Hinblick auf deren Beratungserfolg verglichen wurden: „We appear to be on the threshold of realizing, that the relatively poor showing of psychotherapy as a generic treatment

modality may largely be a function of a collective failure to recognize its limitations“ (Strupp 1998, S. 23). In einer Serie von Fallstudien versuchte er, Fälle mit positivem und schlechtem Ergebnis aus beiden oben genannten Gruppen zu kontrastieren (Strupp 1980a, b, c, d). Anhand der Fallbeispiele zeigte er auf, dass „Failure“ das Resultat einer mangelnden Passung zwischen Patient und Therapeut sowie der unflexiblen Anwendung spezifischer psychotherapeutischer Techniken darstellte. Strupp (1980a) war einer der ersten, die zeigen konnten, dass das Therapieergebnis in starkem Maße systematisch von Merkmalen der Patientenpersönlichkeit, einschließlich seiner Ich-Organisation, Reife, Motivation und seiner Fähigkeit, aktiv in die Therapie involviert zu bleiben, abhängt. Strupp (1980a) meinte, dass Patienten mit extrem destruktiven Beziehungserfahrungen es naturgemäß sehr viel schwerer haben dürften, in einer Psychotherapie ein positives Ergebnis zu erreichen. Umso wichtiger sei es, diesen Patienten eine „nährende Umgebung“ bereitzustellen, in der therapeutische Lernprozesse überhaupt erst aufgebaut werden können.

In einer Fallbeschreibung hob Strupp (1980d) auf die Problematik der Gegenübertragung ab und konstatierte, dass kein Therapeut immun bleiben kann, gegenüber negativen (aggressiven) Reaktionen, die – unterdrückt oder verdrängt – im Kontakt mit Patienten (insbesondere bei jenen mit mittelschweren bis schweren Beeinträchtigungen) auftreten. Letztlich war es auch in der Folgezeit Strupps Credo, dass Psychotherapie nur dann erfolgreich sein kann, wenn es den Therapeuten gelingt, diese Tendenzen frühzeitig zu erkennen und ihnen entgegenzuwirken.

In einer späten Rückschau auf die Vanderbilt-Studie resümierte er: „Wichtig war der Befund, dass eine anfänglich negative oder ambivalente therapeutische Beziehung im Therapieverlauf selten geändert werden konnte. Somit begegnen wir hier wieder dem bereits erwähnten Leitmotiv, nämlich den Schwierigkeiten von Therapeuten, Feindseligkeit – sowohl auf Patienten- als auch auf Therapeutenseite – adäquat handzuhaben

und den verheerenden Effekten dieses Problems für das Behandlungsergebnis. Professionelle Therapeuten reagierten häufig negativ und antitherapeutisch auf Feindseligkeiten der Patienten, obwohl sie eigentlich vertraut sein sollten mit den Konzepten der Übertragung und der Gegenübertragung“ (Strupp 2000, S. 6).

Wichtig an Strupps Forschung – und dies zeigte er später auch im Kontext seiner eigenen Folgestudien zu den zyklisch maladaptiven Beziehungsmustern – war die Erkenntnis, dass Therapeuten „erstaunlich häufig subtil ihre Patienten kontrollierend anklagten, was gewöhnlich durch die Patienten komplementär beantwortet wurde mit feindseliger Unterwürfigkeit“. Schließlich meint er: „Komplexe Kommunikation, also solche Kommunikation, die gemischte Botschaften enthielt im Hinblick auf Zuneigung und Abneigung, war in den Fällen mit schlechtem Therapieergebnis relativ verbreitet, aber in den Therapien mit gutem Erfolg bei ein- und demselben Therapeuten kamen sie so gut wie nicht vor“ (Strupp 2000, S. 7; Zitat v. Autor leicht modifiziert).

Eine empirische Analyse von von der Lippe et al. (2008), in der jeweils 14 therapeutische Dyaden systematisch untersucht wurden, die für einen negativen bzw. für einen positiven Ausgang von Psychotherapien standen, wurden Interaktionssequenzen in 3 ausgewählten Sitzungen mithilfe der strukturalen Analyse sozialen Verhaltens (SASB) von Benjamin (Tress 2003) akribisch analysiert. Die Autoren kommen – passend zu der Beobachtung von Strupp – zu dem Schluss, dass die Therapien mit negativen bzw. ausbleibenden Veränderungen durch eine stabile feindselige Komplementarität gekennzeichnet waren. Zwar folgten Therapeuten Einladungen von Klienten, feindselig zu reagieren, am häufigsten nicht, zeigten aber dennoch Interaktionen mit ihren Klienten, die – in der Terminologie des SASB – eher auf „Ignorieren und Kleinhalten“ („ignoring and belittling“) hindeuteten, was die Autoren als ein Indiz für eine subtile Feindseligkeit werten. Auf Patientenseite schienen in dieser Studie Zurückweisungen der Interventionen des Therapeuten

am häufigsten mit negativen Outcomes assoziiert, wobei dieses Muster über die Zeit eskalierte. Interpretiert wird dies damit, dass Skeptizismus aufseiten der Klienten dazu führt, dass sich Therapeuten doch angreifbar und inadäquat fühlen könnten und auf diese Art und Weise – wenn nicht therapeutisch darauf reagiert wird – feindselige Reaktionen auf Therapeutenseite entstehen können.

Castonguay et al. (2010) greifen die von Strupp beschriebenen Mechanismen auf und fassen zusammen, dass Feindseligkeit in Psychotherapien oftmals in der Biografie der Therapeuten begründet sein können, und zwar dann, wenn diese mit sich selbst feindselig umgehen. Dies ist möglicherweise so, weil sie auch von anderen in entscheidenden Entwicklungsjahren so behandelt wurden und dann unbewusst gegenüber ihren Klienten feindselig auftreten, auch wenn sie sorgfältig darin ausgebildet sein sollten, besondere Aufmerksamkeit auf negative interpersonale Prozesse zu legen.

Dies ist auch empirisch nachgewiesen, beispielsweise in den Studien von Hilliard, einem Schüler Strupps, et al. (2000). Diese konnten zeigen, dass eine negative Wahrnehmung der eigenen Eltern während der Kindheit auf Therapeutenseite mit negativen interpersonellen Prozessen in Sitzungen verbunden war, und dass diese interpersonellen Prozesse wiederum eine negative Auswirkung auf das Therapieergebnis hatten. Henry und Strupp (1994, S. 66) konstatierten ... „a theoretically coherent link between early actions by parents toward the therapist, the therapist's adult introject state, vulnerability to countertherapeutic process with their patients, and differential outcome“.

Weitere fallorientierte Diskussionen von Scheitern

In der wissenschaftlichen Literatur ist ein beliebter Zugang zum Thema des Scheiterns bzw. negativer Effekte in Psychotherapien die Sammlung von prototypischen Fallbeispielen, wie dies in den oben bereits erwähnten Zeitschriften aus dem Feld der klinischen Psychologie erfolgte.

In dem Schwerpunktheft des *Journal of Psychotherapy Integration* (Stricker

1995a, b, c) wurden insgesamt 6 Fallbeispiele dargestellt, die deutlich machen, dass ein Scheitern in allen möglichen Therapien, bei allen möglichen Settings und Störungsbildern auftreten kann. Bohart (1995a, b) zeigt dies für eine humanistische Therapie, Hollon und Devine (1995) für eine kognitive-behaviorale, Davison (1995a, b) für eine „klassische“ Verhaltenstherapie, Powell (1995a, b) für eine Hypnotherapie und Gold (1995a, b) für eine psychodynamische Behandlung. Der Herausgeber des Hefts, George Stricker, versucht, diese Fälle zusammenfassend zu bewerten und kommt z. B. zu dem Schluss, dass es in allen beschriebenen Fällen zu einem Kontrast zwischen dem präsentierten Problem und jenem Problem, das „eigentlich“ behandelt werden sollte, gab. Die Therapeuten scheinen auf das Präsentiersymptom reagiert zu haben, was er als absolut angemessen und üblich bezeichnet, dabei aber übersehen zu haben, dass das nichtpräsentierte Problem letztendlich die Behandlung dominierte. Bei den Überlegungen, was in den Therapien denn schiefgelaufen sei, gruppiert Stricker (1995c) die Fehler in „errors of commission“ vs. „errors of omission“. Zu Ersteren zählt er fehlerhafte diagnostische Einschätzungen und Formulierungen sowie inadäquate oder unangemessene Techniken im Therapieverlauf, die dann auch zu iatrogenen Problemen führen können und die Symptomatik verstärken. Unterlassungsfehler zeigen sich in erster Linie daran, dass die Therapeuten Bedürfnisse oder Bedenken, die der Patient geäußert hat, nicht adäquat aufgreifen bzw. darauf reagieren.

In dem Schwerpunktheft des *Journal of Clinical Psychology: In Session* werden 5 Beispiele für ein Scheitern von Psychotherapien dargelegt, die ebenfalls verschiedene Verfahren bzw. Ansätze umfassen. Im Hinblick auf eine Kindertherapie beispielsweise führen Rey et al. (2011) neben der Symptomschwere, kognitiven Faktoren, einer ausgeprägten Komorbidität, erschwerend aber auch die Psychopathologie der Eltern und das elterliche Verhalten bzw. andere Familienfaktoren, die auf Dysfunktionalität hindeuten, auf. Schließlich ist auch hier Schei-

tern an bestimmten Therapieverläufen erkennbar, einschließlich der grundlegenden Motivation des zu behandelnden Kindes. Hopko et al. (2011) beschreiben das Scheitern einer Verhaltenstherapie, in der bei einer depressiven Patientin eine Verhaltensaktivierung fehlgeschlug. Die Autoren führen dies u. a. darauf zurück, dass die Patientin das Therapierational nicht nachvollziehen konnte, die Methodik des Kontingenzmanagements offenbar fehlindiziert war und auf das Versäumnis, sich aversiven Umwelteinflüssen und Faktoren zu entziehen, die die Depression geradezu verstärkten. Für die humanistische Therapie nennt Watson (2011) als entscheidende Gründe für ein Scheitern klientenbezogene Faktoren, wie eingeschränkte Fähigkeiten, emotionale Prozesse zu verarbeiten, Scham, sehr begrenzte Möglichkeiten, Narrative zu entwickeln, aber auch Therapeutenfaktoren wie einen Mangel an empathischer Einstimmung und Inflexibilität. Ravitz et al. (2011) beschreiben das Scheitern im Kontext der interpersonalen Therapie und sind letztendlich der Auffassung, dass dieser therapeutische Ansatz möglicherweise für manche Fälle in seiner „reinen Form“ ungenügend erscheint und dementsprechend individualisiert werden muss. Dies wird an 2 Fallbeispielen demonstriert. Schließlich thematisieren Gold und Stricker (2011) das Scheitern in der psychodynamischen Therapie und greifen dabei die lange übliche Haltung auf, dass in psychodynamischen Therapien Scheitern anders definiert wurde, d. h. nicht über die Veränderung von Symptomatik oder gar deren Verschlechterung, da psychodynamische Therapeuten andere Therapieziele (z. B. Einsicht) höher werteten. Gold und Stricker weisen darauf hin, dass mittlerweile (und glücklicherweise) auch in der psychodynamischen Welt subjektive Veränderungen in der Symptomatik als ein wichtiges Therapieziel gelten. In ihrem eigenen Beitrag demonstrieren sie an einem Fall, was sie als die häufigste Ursache des Scheiterns psychodynamischer Therapie sehen, nämlich dass der Therapeut den Patienten nicht voll und ganz verstanden hat und dadurch auch nicht in der Lage ist, einen zentralen therapeutischen Fokus zu definieren. Aus diesem Problem

resultiert eine Beeinträchtigung der therapeutischen Beziehung, die sich in ihren zahlreichen Brüchen widerspiegelt.

In dem von Dimidjian und Hollon (2011) herausgegebenen Sonderheft von *Cognitive and Behavioral Practice* waren die Autoren aufgefordert, über das eigene Scheitern in ihren jeweiligen psychotherapeutischen Arbeitsbereichen zu reflektieren. Die Herausgeber suchten Autoren, mit denen ein breites Spektrum an Störungen (in diesem Fall Depression, Angst, Essstörung und Persönlichkeitsstörung) sowohl bei Erwachsenen als auch bei Jugendlichen Patienten abgedeckt werden sollte. Das vorrangige Behandlungsmodell in dieser Zeitschrift war naturgemäß die kognitive Verhaltenstherapie. Die Autoren wurden gebeten, einen exemplarischen Fall ausführlich darzustellen und das Scheitern aus eigener Sicht zu beschreiben. Entsprechend der Konzeption wurden die Autoren dann gebeten, über verschiedene Kategorien im Kontext des Scheiterns zu reflektieren, nämlich die potenziellen Klientenfaktoren, die zum Scheitern beitrugen, die Behandlungsfaktoren (z. B. Begrenzungen von Behandlungskomponenten, der Dosis oder der Behandlungsfrequenz) und Faktoren, die auf die Durchführung der Therapie gerichtet waren. Hier wurden auch Aspekte der Arbeitsbeziehung und die Beiträge der Therapeuten – beispielsweise die unzureichende Motivation – subsumiert. Ein weiterer Aspekt der in diesem Heft Platz fand, war die Diskussion von Problemen beim Transfer von Behandlungsansätzen aus kontrollierten klinischen Studien in ein natürliches klinisches Setting. Die in dem Heft publizierten Beiträge stellen ein interessantes Material dar, das tatsächlich eine Grundlage für eine Sammlung von Fällen bieten könnte, die unter dem Gesichtspunkt problematischer Psychotherapieverläufe oder eines Scheiterns speziell für die Ausbildung (s. unten) von großer Bedeutung sein könnte. Es soll hier verwiesen werden, auf die Beiträge von Arch und Craske (2011; Scheitern einer Therapie bei Panikstörung), Brozovich und Heimberg (2011; soziale Phobie), Echiverri et al. (2011; PTSD), Newman (2011; Depression), Eisen-drath et al. (2011; behandlungsresistente

Depression), McCauley et al. (2011; Depression bei Jugendlichen), Cooper und Fairburn (2011; Essstörung) und Rizvi (2011; DBT bei Borderline-Störung).

Lambert (2011) kam in diesem Sonderheft die Aufgabe zu, quasi die Quintessenz aus den beschriebenen Fallbeispielen zusammenzufassen, geleitet von der Frage, was sich aus den Berichten über das Scheitern empirisch unterstützter Behandlungsmethoden eigentlich lernen lässt. Lambert meint, dass Verschlechterungen sehr viel häufiger mit Scheitern in Verbindung gebracht werden als das Ausbleiben einer positiven Veränderung. Er verweist auf eigene Studien (z.B. Lambert et al. 1977), in denen Verschlechterungen mit Abstand am häufigsten mit interpersonellen Aspekten zusammenhängen, insbesondere bezogen auf Gegenübertragungsreaktionen, Zurückweisungen, Desinteresse, geringes Empathie-Level, mangelnde Wertschätzung, Feindseligkeit etc. Auf all jene Faktoren haben beispielsweise Strupp et al. mehrfach und ausführlich hingewiesen. In der damals noch ungewöhnlichen Übersicht von Lambert et al. (1977) waren es selten technische Fehler oder Fehlindikationen, wobei in den 1970er-Jahren in der wissenschaftlichen Literatur die psychodynamischen Psychotherapien noch vorherrschten. Lambert nimmt auch auf das Setting Bezug und zeigt, dass die Raten für Verschlechterungen in Paar-, Gruppen- und Einzeltherapien nicht unterschiedlich waren. Seinerzeit scheint es noch einige Studien gegeben zu haben, die auf etwas höhere Verschlechterungsraten in Gruppen hinwiesen, die Lambert aber auch weniger mit dem Setting, sondern mit den Einstellungen und Verhaltensweisen spezifischer Gruppenleiter in Verbindung bringt, die ebenfalls wieder unter dem Label einer ausgeprägten Aggressivität subsumiert werden müssen.

Bei einer Zusammenfassung der Einflussfaktoren bezüglich des Scheiterns kommt Lambert (2011) zu dem Schluss, dass es auf Patientenseite der Mangel an Motivation, die Kompliziertheit der Probleme und Widerstand seien, die für das Scheitern verantwortlich sind. Bezüglich der therapeutenbezogenen Faktoren

scheint es u. a. ein zu striktes Festhalten an einem Behandlungsmanual zu sein, was sich beispielsweise in den beschriebenen Fallbeispielen daran zeigt, dass Flexibilisierungen der Methodik oder der Rückgriff auf Methoden aus anderen Feldern dazu geeignet erschienen, ein Scheitern zu verhindern.

Schlussfolgerungen aus der Forschungsliteratur für die psychotherapeutische Praxis

Failure is only the opportunity to begin again more intelligently. (Henry Ford)

Barlow (2010) forderte für die Zukunft eine verstärkte Fokussierung auf negative Effekte von Psychotherapien, zumal die Anzahl der Studien zur Evaluation unterschiedlichster Psychotherapien über die Jahrzehnte dramatisch zugenommen hat und naturgemäß auch zu Fortschritten führte. Allerdings sind unter diesen Therapien auch solche zu finden, die im Nachgang tatsächlich als schädlich bezeichnet werden können. Barlow fordert letztendlich eine Balance zwischen idio-graphischen und nomothetischen Ansätzen bei der Überprüfung von Therapieeffekten, einschließlich der bereits von Bergin und Strupp (1972) geforderten Klärung, ob negative Effekte im Therapieverlauf direkt auf therapeutische Einflüsse oder auf Lebensereignisse außerhalb der Therapie zurückzuführen sind. Hierzu wäre es notwendig, negative Effekte und Aspekte der „Patientensicherheit“ bereits in klinische Studien systematisch einzubeziehen und systematisch zu überprüfen. Dies trifft immer noch eher in Ausnahmefällen zu. Klatte et al. (2021) berichten über eine Metaanalyse, in der im ersten Schritt die Studienprotokolle von 115 Studien eingeschlossen wurden, in denen 168 Psychotherapie- und 85 Kontrollbedingungen untersucht wurden. Im Hinblick auf die Erfassung von negativen Effekten unterschieden sich die Protokolle erheblich: Nur 77 adressierten Schäden und Scheitern explizit, 62 definierten immerhin schwere „adverse events“ und weitere 39 allgemeine „adverse events (AE)“.

Auf der Basis der Umsetzung der Behandlung (das, was man im psychodyna-

mischen Aspekt eigentlich die interpersonellen Faktoren nennt) kommt Lambert (2011) in der oben bereits genannten Bewertung zu dem Schluss, dass eine mangelnde Passung zwischen der Art und Weise des therapeutischen Vorgehens aufseiten des Therapeuten und den Bedürfnissen des Patienten hauptsächlich für das Scheitern verantwortlich sei. Supervision könnte ebenso dazu genutzt werden, ein Scheitern zu verhindern, wie ein Routine-Monitoring und das Einführen von Alarmsignalen im Veränderungsprozess, wie es gerade in der Arbeitsgruppe von Lambert in vielerlei Hinsicht entwickelt und kultiviert wurde und mittlerweile von vielen Arbeitsgruppen und auch in unserem Gesundheitssystem Nachahmung fand (z. B. Lutz et al. 2011, 2006; Lambert 2017).

Innerhalb der Psychotherapieforschung wurde sich zunehmend deutlich, dass die Erfassung von potenziellen Negativentwicklungen in der Psychotherapie letztendlich einer spezifischen Methodik bedarf und vor allen Dingen auch einer regelmäßigen Überprüfung von Therapieverläufen bis hin zu gezieltem Feedback an den Psychotherapeuten, der eine Behandlung durchführt. Mittlerweile ist insbesondere im angloamerikanischen Sprachraum eindrucklich belegt, dass kontinuierliches Monitoring und entsprechendes Feedback tatsächlich die Qualität von Therapien und insbesondere das Risiko des Scheiterns minimieren (Metaanalyse von Shimokawa et al. 2010). Auf diese Art und Weise entstehen zunehmend große Datensätze, die es auch erlauben, besser zu verstehen, was ein Scheitern in der Behandlung potenziell begünstigt. Eine jüngst publizierte Arbeit von Schilling et al. (2020) zeigt beispielsweise, dass „life events“ und motivationale Probleme sowie ein erhöhtes Suizidrisiko signifikante Prädiktoren dafür waren, dass Patienten sich in eine negative Richtung entwickelten, was durch ein kontinuierliches Monitoring und entsprechendes Feedback aufgegriffen und möglicherweise dann modifiziert werden könnte.

Dimidjian und Hollon (2011) meinen, das speziell unabhängige Systeme des Monitorings von unerwünschten Effekten in der klinischen Praxis, der Bericht

von deskriptiven Studien und qualitative Forschungsansätze zur Aufdeckung von schädlichen Therapien beitragen können. Dies gilt ebenso wie die umfassende Nutzung der Möglichkeiten randomisierter Studien, in denen auch Mechanismen, Moderatoren und ein breites Spektrum an Ergebnisvariablen Berücksichtigung finden sollen. Nicht zuletzt weisen Dimidjian und Hollon darauf hin, dass wir noch viel zu selten eine umfassende und offene Diskussion in unserem Feld über schädliche Aspekte von Psychotherapien und negative Effekte führen, was beispielsweise Kächele unter dem Begriff einer „Fehlerkultur“ (heute wird der Begriff „Sicherheitskultur“ eher bevorzugt) mehrfach beschrieben hat (z. B. Kächele und Caspar 2017).

Wenn man in der Tradition Strupps davon ausgeht, dass das Scheitern von Psychotherapie im Kern vermutlich von Krisen und Problemen in der therapeutischen Beziehung abhängt, dann gilt es, in der klinischen Praxis vermehrt das Augenmerk auf das Erkennen und die Bewältigung von Krisen in der Therapiebeziehung zu legen sowie „ruptures“ (Brüche) zu „reparieren“. Das Konzept der Ruptures wurde von Safran und Muran (2000) entwickelt und ausführlich elaboriert. Gumz (2020) hat kürzlich eine sehr anschauliche Übersicht über Konzepte und Techniken für den Umgang mit Spannungen und Krisen in der Therapiebeziehung beschrieben, die in einem gewissen Maß durch die Forschung zum Scheitern von Psychotherapien, die hier zusammengefasst wurde, gespeist sind.

Sicherlich gilt es verstärkt, Maßnahmen auch in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten zu etablieren, die ein Scheitern von Psychotherapien bzw. schädigende Wirkungen verhindern. Darauf gingen Castonguay et al. (2010) ausführlich ein und schlugen eine „working list“ vor, die für die Psychotherapieausbildung empfohlen wird und die im Folgenden zusammengefasst werden soll:

Die Autoren betonen zunächst die *Vermittlung von übergreifenden Prinzipien*, wie beispielsweise die Differenzierung von schädigenden Interventionen und Behandlungsmethoden und deren Erkennen, die Vermittlung von Kompetenzen, Veränderungen sowohl im

Sinne von Verbesserungen als auch Verschlechterungen im Blick zu behalten und entsprechend eine umfassende psychologische (Verlaufs-)Diagnostik durchzuführen.

Ein zweiter Aspekt ist die *Vermittlung von Kompetenzen, eine therapeutische Arbeitsbeziehung herzustellen und aufrechtzuerhalten* sowie in empathischer Art und Weise mit unterschiedlichsten Patienten kommunizieren zu können.

Der *geschulte und angemessene Umgang mit spezifischen Techniken*, insbesondere solchen, die in Manualen von empirisch gestützten Behandlungsmethoden „vorgeschrieben“ sind, ist ein weiteres Ziel für die Ausbildung von Psychotherapeuten. Darunter verstehen Castonguay et al. (2010) auch das Wissen darum, dass spezifische Techniken (wie Exposition, Deutungen, emotionsaktivierende Techniken) nicht per se wirksam sind, sondern in eine tragfähige therapeutische Beziehung und einen zu den Interventionen passenden Prozess eingebettet sein müssen.

Ein wesentlicher Bereich, der von Castonguay u. a. in der Aus- und Weiterbildung (und Supervision) für wichtig erachtet wird, ist die *Verhinderung toxischer Beziehungsprozesse, aber auch eines toxischen Einsatzes von Techniken*. Dazu müssen Psychotherapeuten lernen, die Arbeitsbeziehung überhaupt erst zu bewerten und eigene Beiträge (wie z. B. subtile Feindseligkeit) zu erkennen, die die therapeutische Allianz beeinträchtigen. Dazu sind eine Beobachterperspektive, eine metakommunikative Perspektive und ein hohes Maß an Selbstreflexivität vonnöten (Bennemann et al. 2021; Caspar et al. 2021). So kann die unflexible Nutzung von Techniken verhindert werden, die die Allianz ebenso bedroht, wie eine mangelnde Selbstreflexion und eine mangelnde Fähigkeit, mit Gegenübertragungsgefühlen umzugehen, allzu konfrontierende Selbstöffnungen zu verhindern oder eine Insensitivität gegenüber spezifischen kulturellen oder persönlichen Hintergründen auf Patientenseite.

Die von Castonguay et al. (2010) formulierten Ziele sollten auch in der Ausbildungsforschung künftig mehr fokussiert werden, was angesichts einer zuneh-

menden Berücksichtigung von Kompetenzebenen sicher realisierbar sein wird (Rief et al. 2021; Evers 2020).

Die *richtige Wahl einer Behandlung, deren Implementierung und der Umgang mit darauf bezogenen Erwartungen*, letztendlich die Überprüfung der Passung zwischen dem Behandlungskonzept und der Aufnahmebereitschaft der Therapeuten wird als ein weiteres essenzielles Ziel genannt, um ein Scheitern von Psychotherapien und schädliche Wirkungen zu verhindern. Optimalerweise sollten sich Psychotherapeuten darüber im Klaren sein, dass es manche Patienten gibt, die beispielsweise längere oder modifizierte Therapien benötigen, die Merkmale aufweisen, die möglicherweise mit einer spezifischen Behandlungsmethode inkompatibel sind (z. B. mit eher direktiven oder eher nondirektiven Behandlungen).

Schließlich betonen Castonguay u. a., dass sich die Therapeuten darüber im Klaren sein sollten, dass es deutliche *Unterschiede in der Effektivität von Psychotherapeuten* gibt, die von ihren eigenen Merkmalen abhängig sind. So sind beispielsweise der eigene Bindungsstil sowie der eigene Umgang mit Aggression und Feindseligkeit von potenzieller Bedeutung. Dazu kommt eine ganze Reihe von Vulnerabilitäten, die in der Ausbildungsforschung als einflussreich herausgearbeitet wurden, wie beispielsweise eine Tendenz, nach Lob und Anerkennung zu gieren, die Unfähigkeit, Kritik zu ertragen, Schwierigkeiten im Ertragen negativer Emotionen etc.

Fazit für die Praxis

- Die obigen Ausführungen können dazu beitragen, zumindest die Sensibilität für Veränderungsprozesse zu schärfen, die auf ein Scheitern von Psychotherapien hinweisen. Letztendlich gilt es aber sicher aber noch sehr viel mehr, sowohl in der Wirkksamkeitsforschung von Psychotherapien, der Entwicklung von Methoden und Behandlungstechniken, aber auch der Ausbildung von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten das Thema vermehrt zu fokussieren und für die Weiterentwicklung einer

kompetenzorientierten Psychotherapie zu nutzen.

- Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten finden in der vorhandenen Literatur zum Thema Scheitern schon eine Reihe von Anregungen, beginnend mit der Aufforderung, grundsätzlich darüber zu reflektieren, was Scheitern eigentlich bedeuten und welche Hintergründe es haben kann. Dazu kommen Hinweise, dass bestimmte Patientencharakteristika (beispielsweise motivationale und erwartungsbezogene) ebenso wie Elemente der Passung auf persönlicher und auch konzeptueller Ebene sowie nicht zuletzt die, im Sinne Hans H. Strupps, „Zutaten“, die durch die Person des Therapeuten in den Prozess gelangen, im Hinblick auf den Verlauf einer Psychotherapie kontinuierlich reflektiert werden sollten.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Bernhard Strauß

Institut für Psychosoziale Medizin,
Psychotherapie und Psychoonkologie,
Universitätsklinikum Jena
Stoystr. 3, 07740 Jena, Deutschland
bernhard.strauss@med.uni-jena.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. B. Strauß gibt an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Für diesen Beitrag wurden vom Autor keine Studien an Menschen oder Tieren durchgeführt. Für die aufgeführten Studien gelten die jeweils dort angegebenen ethischen Richtlinien.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung

nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Arch JJ, Craske MG (2011) Addressing relapse in cognitive behavioral therapy for panic disorder: methods for optimizing long-term treatment outcomes. *Cogn Behav Pract* 18(3):306–315. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.05.006>
- Barlow DH (2010) Negative effects from psychological treatments: a perspective. *Am Psychol* 65(1):13–20. <https://doi.org/10.1037/a0015643>
- Bennemann B, Boyle K, Caspar F et al (2021) Förderung persönlicher Kompetenzen in der psychotherapeutischen Aus- und Weiterbildung. In: Rief W, Schramm E, Strauß B (Hrsg) *Psychotherapie*. Elsevier, München
- Bergin AE (1963) The effects of psychotherapy: negative results revisited. *J Couns Psychol* 10:244–250
- Bergin AE (1971) The evaluation of therapeutic outcomes. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley, New York, S217–270
- Bergin AE, Strupp HH (1972) Changing frontiers in the science of psychotherapy. Aldine-Atherton, Chicago
- Bohart AC (1995a) Mr. Lake. *J Psychother Integr* 5:95–106. <https://doi.org/10.1037/h0101208>
- Bohart AC (1995b) Reflections on failure cases. *J Psychother Integr* 5(2):155–158. <https://doi.org/10.1037/h0101220>
- Brozovich FA, Heimberg RG (2011) A treatment-refractory case of social anxiety disorder: lessons learned from a failed course of cognitive-behavioral therapy. *Cogn Behav Pract* 18(3):316–325. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.003>
- Bugental JFT (1988) What is “failure” in psychotherapy? *Psychotherapy* 25(4):532–535. <https://doi.org/10.1037/h0085378>
- Caspar F, Deisenhofer AK, Evers O et al (2021) Psychotherapeutische Kompetenzen. In: Rief W, Schramm E, Strauß B (Hrsg) *Psychotherapie*. Elsevier, München
- Castonguay LG, Boswell JF, Constantine M, Goldfried MR, Hill CE (2010) Training implications of harmful effects of psychological treatments. *Am Psychol* 65:34–49
- www.confuciusquote.com. Zugeriffen: 12.04.2021
- Cooper Z, Fairburn CG (2011) The evolution of “enhanced” cognitive behavior therapy for eating disorders: learning from treatment nonresponse. *Cogn Behav Pract* 18(3):394–402. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.007>
- Davison GC (1995a) A failure of early behavior therapy (circa 1966), or, Why I learned to stop worrying and to embrace psychotherapy integration. *J Psychother Integr* 5(2):107–112. <https://doi.org/10.1037/h0101209>
- Davison GC (1995b) Observations on the therapeutic failures of others. *J Psychother Integr* 5(2):159–166. <https://doi.org/10.1037/h0101214>
- Dimidjian S, Hollon SD (2010) How would we know if psychotherapy were harmful? *Am Psychol* 65(1):21–33. <https://doi.org/10.1037/a0017299>
- Dimidjian S, Hollon SD (2011) Introduction. *Cogn Behav Pract* 18(3):303–305. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.02.001>
- Echiverri AM, Jaeger JJ, Chen JA, Moore SA, Zoellner LA (2011) “dwelling in the past”: the role of rumination in the treatment of posttraumatic stress disorder. *Cogn Behav Pract* 18(3):338–349. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.05.008>
- Eisendrath S, Chartier M, McLane M (2011) Adapting mindfulness-based cognitive therapy for treatment-resistant depression: a clinical case study. *Cogn Behav Pract* 18(3):362–370. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.05.004>
- Evers O (2020) Becoming a therapist: global personal and professional competence development in psychotherapy training. Dissertation. Universität Heidelberg, Heidelberg
- Freud S (1937c) Die endliche und die unendliche Analyse. *GW XVI*, S59–99
- Gold JR (1995a) Case report of a failure in psychotherapy. *J Psychother Integr* 5(2):113–120. <https://doi.org/10.1037/h0101210>
- Gold JR (1995b) Knowing and not knowing: commentary on the roots of psychotherapeutic failure. *J Psychother Integr* 5(2):167–170. <https://doi.org/10.1037/h0101215>
- Gold J, Stricker G (2011) Failures in psychodynamic psychotherapy. *J Clin Psychol* 67(11):1096–1105. <https://doi.org/10.1002/jclp.20847>
- Gorkin M (1987) *The uses of countertransference*. Jason Aronson, New York
- Gries S, Longley M, Kästner D, Gumz A (2020) Therapeutenmerkmale und Therapieabbruch: Systematisches Review der letzten 20 Jahre. *Psychotherapeut* 65(6):425–443. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00454-6>
- Gumz A (2020) Umgang mit Spannungen und Krisen in der Therapiebeziehung: Konzepte und Techniken. *Psychotherapeut* 65(2):119–132. <https://doi.org/10.1007/s00278-020-00400-6>
- Hansen NB, Lambert MJ, Forman EM (2002) The psychotherapy dose-response effect and its implications for treatment delivery services. *Clin Psychol Sci Pract* 9:329–343
- Henry WP, Strupp HH (1994) The therapeutic alliance as interpersonal process. In: Horvath AO, Greenberg LS (Hrsg) *The working alliance: Theory, research, and practice*. Wiley, New York, S51–84
- Hilliard RB, Henry WP, Strupp HH (2000) An interpersonal model of psychotherapy: linking patient and therapist developmental history, therapeutic process, and types of outcome. *J Consult Clin Psychol* 68:125–133
- Hollon SD, Devine V (1995) Treatment failure with conventional cognitive therapy: a case study. *J Psychother Integr* 5(2):121–132. <https://doi.org/10.1037/h0101211>
- Hopko DR, Magidson JF, Lejuez CW (2011) Treatment failure in behavior therapy: focus on behavioral activation for depression. *J Clin Psychol* 67(11):1106–1116. <https://doi.org/10.1002/jclp.20840>
- Kächele H, Caspar F (2017) Fehlentwicklungen und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. In: Herpelt S, Caspar F, Lieb K (Hrsg) *Psychotherapie*. Elsevier, München, S631–644
- Klatte R, Strauss B, Flückiger Ch, Rosendahl J (2021) Defining and assessing adverse events and harmful effects in psychotherapy study

- protocols—A systematic review. *Psychotherapy* 58. <https://doi.org/10.1037/pst0000359>
- Kontny L, Strauß B, Schleu A, Stuhler H (2019) Von der Komplexität doppelter Beziehungsangebote. Eine inhaltsanalytische Untersuchung sozialer Grenzverletzungen in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 64:463–469
- Lambert MJ (2011) What have we learned about treatment failure in empirically supported treatments? Some suggestions for practice. *Cogn Behav Pract* 18(3):413–420. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2011.02.002>
- Lambert MJ (2017) Maximizing psychotherapy outcome beyond evidence-based medicine. *Psychother Psychosom* 86(2):80–89. <https://doi.org/10.1159/000455170>
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*, 5. Aufl. Wiley, New York, S139–193
- Lambert MJ, Bergin AE, Collins JL (1977) Therapist induced deterioration in psychotherapy patients. In: Gurman AS, Razin AM (Hrsg) *Effective psychotherapy: a handbook of research*. Pergamon Press, New York, S452–481
- Lampropoulos GK (2011) Failure in psychotherapy: an introduction. *J Clin Psychol* 67(11):1093–1095. <https://doi.org/10.1002/jclp.20858>
- Lilienfeld SO (2007) Psychological treatments that cause harm. *Perspect Psychol Sci* 2:53–70
- Linden M, Strauß B (2018) Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie, 2. Aufl. WMV, Berlin
- Linden M, Strauß B, Scholten S, Nestoriuc Y, Brake-meier E-L, Wasilewski J (2018) Definition und Entscheidungsschritte in der Bestimmung und Erfassung von Nebenwirkungen von Psychotherapie. *Psychother Psych Med* 68:377–382
- Linden M, Schermuly-Haupt M-L (2014) Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry* 13(3):306–309. <https://doi.org/10.1002/wps.20153>
- von der Lippe AL, Monsen JT, Rønnestad MH, Eilertsen DE (2008) Treatment failure in psychotherapy: the pull of hostility. *Psychother Res* 18(4):420–432. <https://doi.org/10.1080/10503300701810793>
- Lopes RT, Gonçalves MM, Sinai D, Machado PP (2017) Clinical outcomes of psychotherapy dropouts: does dropping out of psychotherapy necessarily mean failure? *Rev Bras Psiquiatr* 40(2):123–127. <https://doi.org/10.1590/1516-4446-2017-2267>
- Lutz W, Böhnke JR, Köck K (2011) Lending an ear to feedback systems: evaluation of recovery and non-response in psychotherapy in a German outpatient setting. *Community Ment Health J* 47(3):311–317. <https://doi.org/10.1007/s10597-010-9307-3>
- Lutz W, Lambert MJ, Harmon SC, Tschitsaz A, Schürch E, Stulz N (2006) The probability of treatment success, failure and duration—what can be learned from empirical data to support decision making in clinical practice? *Clin Psychol Psychother* 13(4):223–232. <https://doi.org/10.1002/cpp.496>
- McCauley E, Schloedt K, Gudmundsen G, Martell C, Dimidjian S (2011) Expanding behavioral activation to depressed adolescents: lessons learned in treatment development. *Cogn Behav Pract* 18(3):371–383. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.006>
- Mercer J, Sarner L, Rosa L (2003) *Attachment therapy on trial*. Praeger, Westport
- Mohr DC (1995) Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clin Psychol Sci Pract* 2(1):1–27. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x>
- Newman CF (2011) When clients' morbid avoidance and chronic anger impede their response to cognitive-behavioral therapy for depression. *Cogn Behav Pract* 18(3):350–361. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.07.004>
- Powell DH (1995a) Lessons learned from therapeutic failure. *J Psychother Integr* 5(2):175–181. <https://doi.org/10.1037/h0101217>
- Powell DH (1995b) What we can learn from negative outcome in therapy: the case of Roger. *J Psychother Integr* 5(2):133–144. <https://doi.org/10.1037/h0101212>
- Ravitz P, McBride C, Maunder R (2011) Failures in interpersonal psychotherapy (IPT): factors related to treatment resistances. *J Clin Psychol* 67(11):1129–1139. <https://doi.org/10.1002/jclp.20850>
- Rayner EH, Hahn H (1964) Assessment for psychotherapy: a pilot study of psychological test indications of success and failure in treatment. *Br J Med Psychol* 37(4):331–342. <https://doi.org/10.1111/j.2044-8341.1964.tb02001.x>
- Rey Y, Marin CE, Silverman WK (2011) Failures in cognitive-behavior therapy for children. *J Clin Psychol* 67(11):1140–1150. <https://doi.org/10.1002/jclp.20848>
- Rief W, Schramm E, Strauss B (2021) *Psychotherapie*. Elsevier, München
- Rizvi SL (2011) Treatment failure in dialectical behavior therapy. *Cogn Behav Pract* 18(3):403–412. <https://doi.org/10.1016/j.cbpra.2010.05.003>
- Rogers C (1954) The case of Mr. Bebb. In: Rogers C, Dymont RF (Hrsg) *Psychotherapy and personality change. Co-ordinated research studies in the client-centered approach*. University of Chicago Press, Chicago, S349–409
- Safran JD, Muran JC (2000) *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. Guilford, New York
- Schilling VNLS, Zimmermann D, Rubel JA, Boyle KS, Lutz W (2020) Why do patients go off track? Examining potential influencing factors for being at risk of psychotherapy treatment failure. *Qual Life Res*. <https://doi.org/10.1007/s11136-020-02664-6>
- Schleu A (2019) Spektrum von Grenz- und Abstinenzverletzungen in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 64:455–462
- Shimokawa K, Lambert MJ, Smart DW (2010) Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *J Consult Clin Psychol* 78(3):298–311. <https://doi.org/10.1037/a0019247>
- Strauß B (2021) Vanderbilt Negative Indicators Scale (VNIS). In: Linden M, Strauß B (Hrsg) *Erfassung von Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie*. WMV, Berlin
- Strauß B, Strupp HH, Burgmeier-Lohse M, Storm S, Wille H (1992) Deutsche Version der Vanderbilt Psychotherapie-Prozessskalen: Beschreibung und Anwendung in zwei Kurztherapien. *Z Klin Psychol Psychopathol Psychother* 40:411–430
- Stricker G (1995a) Failures in psychotherapy. *J Psychother Integr* 5(2):91–93. <https://doi.org/10.1037/h0101207>
- Stricker G (1995b) How do we know what is true? *J Psychother Integr* 5(2):145–153. <https://doi.org/10.1037/h0101213>
- Stricker G (1995c) The lessons of failure. *J Psychother Integr* 5(2):183–188. <https://doi.org/10.1037/h0101218>
- Strupp HH (1980a) Success and failure in time-limited psychotherapy 1. *Arch Gen Psychiatry* 37:595–603
- Strupp HH (1980b) Success and failure in time-limited psychotherapy 2. *Arch Gen Psychiatry* 37:708–716
- Strupp HH (1980c) Success and failure in time-limited psychotherapy 3. *Arch Gen Psychiatry* 37:831–841
- Strupp HH (1980d) Success and failure in time-limited psychotherapy 4. *Arch Gen Psychiatry* 37:947–954
- Strupp HH (1993) The Vanderbilt psychotherapy studies: synopsis. *J Consult Clin Psychol* 61(3):431–433. <https://doi.org/10.1037//0022-006x.61.3.431>
- Strupp HH (1998) The Vanderbilt I study revisited. *Psychother Res* 8(1):17–29. <https://doi.org/10.1093/ptr/8.1.17>
- Strupp HH (2000) Ein zeitgemäßer Blick auf die psychodynamische Psychotherapie und deren Zukunft. *Psychotherapeut* 45:1–9. <https://doi.org/10.1007/PL00006717>
- Strupp HH, Hadley SW (1979) Specific versus nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome. *Arch Gen Psychiatry* 36:1125–1136
- Stuhler H, Strauß B, Schleu A, Kontny L (2019) Von schleichenden Grenzverletzungen zu sexuellem Missbrauch. Eine systematische Auswertung von Patientenberichten. *Psychotherapeut* 64:470–475
- Swift JK, Greenberg RP (2014) A treatment by disorder meta-analysis of dropout from psychotherapy. *J Psychother Integr* 24(3):193–207. <https://doi.org/10.1037/a0037512>
- Tress W (2003) *Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens*. CIP-Medien, München
- Warren J, Nelson PL, Mondragon SL, Baldwin SA, Burlingame GM (2010) Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: community mental health vs. managed care settings. *J Consult Clin Psychol* 78:144–155
- Watson JC (2011) Treatment failure in humanistic and experiential psychotherapy. *J Clin Psychol* 67(11):1117–1128. <https://doi.org/10.1002/jclp.20849>
- Wierzbicki M, Prekarik G (1993) A meta-analysis of psychotherapy dropout. *Prof Psychol* 24:190–195
- Wolman BB (1972) *Success and failure in psychoanalysis and psychotherapy*. MacMillan, New York
- Young DW (1991) Family factors in failure of psychotherapy. *APT* 45(4):499–510. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.1991.45.4.499>

Hier steht eine Anzeige.