

276144 Zeichen (mit Leerzeichen) Stand 1.8.11

Inhalt

Horst Kächele & Esther Marie Grundmann

Fehlerkultur / Editorial

Marie-Luise Haupt & Michael Linden

Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie. Das ECRS-ATR-Schema

Markus Fähr

Wenn Psychoanalytiker Fehler machen – Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytischen Fehlerkultur

Hans-Peter Seidler & Karin Schneider-Willnow

Therapeutische Fehler in der körperorientierten Psychotherapie und der Beitrag der Forschung für die Entwicklung einer Fehlerkultur

Esther Marie Grundmann

TherapeutInnen als PatientInnen. Wenn TherapeutInnen über ihre eigene Behandlung berichten

Joerg Fegert, Ute Ziegenbain, Heiner Fangerau

Fehlerprävention in der Kinderpsychiatrie

Horst Kächele

Einige (abschließende) Gedanken zum Fehler-Bewusstsein der Profession

Fehlerkultur, *Editorial*

Mühsal der Besten

›Woran arbeiten Sie?‹ wurde Herr K. gefragt.

Herr K. antwortete: ›Ich habe viel Mühe, ich
bereite meinen nächsten Irrtum vor.‹

(Bertolt Brecht: Geschichten vom Herrn Keuner)

Ein Themenheft zur Fehlerkultur in der Psychotherapie zu gestalten, ist ein anspruchsvolles und problembeladenes Unterfangen. Fehler – die eigenen wie die der anderen – bereiten naturgemäß erst einmal Unbehagen. Fehler in einer Psychotherapie (sowie bei anderen Therapien) können darüber hinaus Leben beschädigen oder schlimmstenfalls sogar gefährden. Angesichts dieses Wissens fällt es schwer, die Souveränität und Klarsicht aufzubringen, mit denen der Brecht'sche Herr K. seinen potentiellen Irrtümern resp. Fehlern begegnet: Das Wissen um die Fehler-Anfälligkeit menschlichen Denkens und Handelns führt hier nicht in die Resignation, sondern zu einem selbstbewussten und selbstkritischen Umgang mit Defiziten.

Was bedeutet der Begriff Fehlerkultur? Ein Blick in die Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie (Mittelstraß 1995) verrät, dass der Begriff der Kultur traditionsgemäß als „*Ausbildung der leiblichen, seelischen und geistigen Fähigkeiten verstanden [wird]: Wie der Boden nur dann ertragreich wird, wenn man ihn bearbeitet, so kann sich auch der Mensch nur dann entfalten und ‚Früchte tragen‘, wenn seine natürlichen Anlagen besonders gepflegt werden.*“ (S. 508)

Ziel dieses Themenheftes ist es, über einen konstruktiven Umgang mit Fehlern in der Psychotherapie nachzudenken. Eine Fehlerkultur soll Möglichkeiten und Konzepte vorstellen, um Fehler besser erkennen zu können, deren Ursachen zu verstehen und damit den Umgang zum Nutzen der PatientInnen konstruktiv gestalten zu können.

In den letzten Jahren hat sich vereinzelt ein zunehmendes Bewusstsein für Risiken und Schäden im Kontext von Psychotherapie entwickelt. Der schon 2002 erschienene Reader von Märtens & Petzold (2002): *Therapieschäden* hätte im deutschsprachigen Raum wegweisend sein können; er wurde jedoch längst nicht überall so rezipiert wie er verdient hätte. Es bleibt zu hoffen, dass wir eine Wende im Umgang mit Risiken und Fehlern in der Psychotherapie hin zu einer offenen und konstruktiven Fehlerkultur erleben können. Eine Veränderung, die zunächst und vor allem den Patienten/innen zugute kommen muss; darauf verpflichtet schon das Berufsethos; eine Veränderung, die aber auch die Helfer und Helferinnen unterstützen muss. Allen, die in psychosozialen Berufen tätig sind, wissen, welchen Belastungen sie Tag für Tag ausgesetzt sind, in einer Gesellschaft, die elementare psychosoziale Aufgaben: Pflege, Therapie, Erziehung an einzelne Institutionen (und deren Beschäftigte) delegiert hat. Die ›hilflosen Helfer‹ sind häufig Opfer überzogener gesellschaftlicher Erwartungen, oft aber auch Opfer eigener unrealistischer

Selbstansprüche (resp. verinnerlichter gesellschaftlicher Erwartungen). Wohltuend wirkt da der Hinweis von Brühlmann-Jecklin (2002), die sich auf Winnicotts Konzept der ›hinreichend guten Mutter‹ bezieht und der daraus abgeleiteten Konsequenz für das therapeutische Selbstverständnis: »Das bedeutet davon abzusehen ›vollkommene TherapeutInnen‹ sein zu müssen. Weil dieser Anspruch ohnehin nicht erfüllt werden kann, begnügen wir uns damit ›hinreichend gute TherapeutInnen‹ zu sein. Dies nimmt uns nicht nur einen ungesunden Leistungsdruck weg, sondern wird unsern Blick objektivieren und wird zulassen, dass wir unserer Arbeit zwar selbstbewusst, aber auch selbstkritisch gegenüberstehen können.« (Brühlmann-Jecklin, 2002, S. 334.)

Grundsätzlich scheint es sinnvoll zu sein, zwischen verschiedenen Fehlertypen zu unterscheiden:

1. strukturell bedingte Fehler (z.B. Überforderung wegen chronischen Personalmangels, bspw. in Kliniken)
2. Bedingungen und Risiken, die methodenspezifisch sein können (vgl. Märtens & Petzoldt 2002)
3. singuläre Fehler, die situations- oder personenspezifisch sind, z.B. eine Fehleinschätzung des Therapeuten oder ein Dismatching zwischen Patient/in und Therapeut/in (vgl.: Pfäfflin & Kächele, 2004)
4. Fehler, die aus dem Zusammentreffen verschiedener Fehlertypen entstehen.

Wenn nun mit diesem Heft ein weiterer Versuch gemacht wird, das Nachdenken über eine Fehlerkultur zu fördern, so ist es bis zu einer Institutionalisierung noch ein weiter Weg (vgl. Caspar & Kächele (2008), Hoffmann et al. (2008), Noll-Hussong (2011)). So sind z.B. Schlichtungsstellen im Gespräch, die versuchen im Konfliktfällen zwischen Psychotherapeut und PatientIn zu vermitteln.

In diesem Heft liegt der Schwerpunkt auf methodenspezifischen Fehlerquellen; die einzelnen Beiträge stammen in den meisten Fällen aus spezifischen therapeutischen Arbeitsfeldern. Marie-Luise Haupt und Michael Linden führen in eine mögliche Systematik ein von unerwünschten Wirkungen in der Psychotherapie. Eine begriffliche Differenzierung z.B. zwischen Kunstfehlern einerseits und unerwünschten Nebenwirkungen andererseits sei erforderlich, um Behandlungsfehler richtig diagnostizieren zu können. Im Fokus des Beitrags stehen Nebenwirkungen und ihr Kontext; zur Erfassung dieser Korrelation wird abschließend ein Klassifikationsmuster vorgeschlagen.

Markus Fäh zeichnet Behandlungsprobleme in der Psychoanalyse; er unterscheidet vier Formen von Behandlungsfehlern: 1. Verletzung ethischer Behandlungsregeln, 2. strategische Behandlungsfehler, 3. taktische Behandlungsfehler, 4. alltägliche Verhaltens- und Interventionsfehler. Für eine offene Fehlerkultur in der Psychoanalyse fordert Fäh eine Ent-Tabuisierung und Ent-Stigmatisierung von Behandlungsfehlern sowie eine sorgfältige Fehleranalyse. Authentische Falldarstellungen sollten einer kollegialen und intersubjektiven Betrachtungsweise zugänglich gemacht werden. Hans-Peter Seidler und Katrin Schreiber-Willnow analysieren spezifische Risiken für das Tätigkeitsfeld Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT). Auf der Grundlage empirischer Studien zu Misserfolgen in der KBT fordern

sie eine stärkere therapeutische Selbstreflexion. Esther Marie Grundmann untersucht die Möglichkeit aus Berichten von Therapeuten, die eigene Erfahrungen als Patient/in in Psychiatrie und Psychotherapie dokumentiert haben, zu lernen. Im Mittelpunkt steht die Frage, ob die doppelte Kompetenz - nämlich als Behandler/in einerseits und als Patient/in andererseits – zu neuen Erkenntnissen und Konsequenzen in Theorie und Praxis führen. Jörg Fegert und sein/e Mitverfasser/in, Ute Ziegenhain und Heiner Fangerau, zeigen Möglichkeiten des Risikomanagements und der Fehleranalyse im Kinderschutz auf. Sinnvoll und weiterführend sei es, Fehler als Lücken im System zu verstehen: Im Vordergrund stehe nicht die Fehlerverfolgung, sondern das Erkennen (und Vermeiden) von Risikosituationen. Last not least widerspricht Horst Kächele Fontanes Empfehlung (ach lass Luise) mit einigen Nachgedanken zur fehlerrelevanten Bewusstseinslage der Profession. In diesem das Heft abschließenden Beitrag werden Möglichkeiten von 'Lug und Trug' in der Psychotherapie und im weiten Feld zwischen Dichtung und Wahrheit nicht ohne Augenzwinkern vorgestellt.

Noch ein Bedenken wollen wir anregen: Klinische Themen leben von guten Beispielen. Die Notwendigkeit der ärztlichen Schweigepflicht gebietet es, hier erhöhte Sorgfalt walten zu lassen. Die damit verbundenen Probleme haben die Autoren/innen so zu lösen versucht, dass sie nichts unverändert gelassen haben, was dem Leser die Identifikation eines Patienten ermöglichen könnte. Zudem wurden die Autoren/innen darauf hingewiesen, dass sie die Einwilligung der Patienten/innen zur Veröffentlichung benötigen. Im Falle, dass Patienten/innen nicht mehr erreicht werden konnten, sollten die Beispiele so weit chiffriert bzw. typisiert werden, dass sich auch die Betroffenen selbst nicht mehr wieder erkennen würden. Die subjektiven Daten von Psychotherapiepatienten sind besonders schutzwürdig, betonen Reimer und Rüger (2006); in diesem hochsensiblen Bereich komme der eigentlich selbstverständlichen Wahrung von Intimität besondere Bedeutung zu (S. 410). Es liegt in der Verantwortung der beitragenden Autoren/innen dieses Heftes, entsprechende Maßnahmen ergriffen zu haben.

Literatur:

- Brecht, B. (1971): *Geschichten von Herrn Keuner*. 1. Auflage. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Brühlmann-Jecklin, E. (2002): Mangelnde Selbstreflexion als Hauptursache von Fehlern in der psychotherapeutischen Arbeit. In: M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.) (2002) *Therapieschäden*. (S. 333-354). Mainz: Matthias-Grünwald Verlag.
- Caspar, F. & Kächele, H. (2008): Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In: S.C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.) (2008). *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 729-743). München: Urban & Fischer.
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2008) Unerwünschte und schädliche Nebenwirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht und Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut* 53, 4-16.
- Mittelstraß, J. (Hrsg.) (1995). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*. Bd. 2. Korr. Nachdruck. Metzler, Stuttgart/Weimar.
- Märtens, M. & Petzold, H. (Hrsg.) (2002): *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Matthias-Grünwald Verlag.
- Noll-Hussong, M. (2011) Primum non nocere, secundus opinio vulnero. Psychotherapie im Fokus des klinischen Risikomanagements. *Psychotherapeut* DOI 10.1007/s00278-011-0805-8

- Pfäfflin, F. & Kächele, H. (2005). Sollten nicht nur Patienten, sondern auch Psychotherapeuten diagnostiziert werden. In O. F. Kernberg, B. Dulz, J. Eckert. (Hrsg.) *WTR: Psychotherapeuten über sich selbst*. (S. 470-483). Stuttgart: Schattauer Verlag.
- Reimer, C., Rüger, U. (2006) Ethische Aspekte der Psychotherapie. In: C. Reimer & U. Rüger (Hrsg.) *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien*. (S. 391-412). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.

Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie. Das ECRS-ATR-Schema.

Marie- Luise Haupt^{1,2}, Michael Linden^{1,2},

¹ Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin

² Institut für Verhaltenstherapie Berlin

Zusammenfassung

Während die Wirksamkeit von Psychotherapie gut belegt ist, werden unerwünschte Wirkungen nur randständig diskutiert, obwohl in 5-10 Prozent der Behandlungsfälle mit Nebenwirkungen zu rechnen ist. In diesem Beitrag werden Gründe für die Vernachlässigung des Themas Nebenwirkungen in der Psychotherapie diskutiert, wie z.B. fehlende Klassifikationssysteme, Probleme mit der Kausalitätsbestimmung oder auch die Haftbarkeit des Therapeuten. Anschließend wird der Kontext beschrieben, in denen sich Nebenwirkungen entwickeln und nach der begrifflichen Klärung ein System (Ereignis-Kontext-Relation-Schwere, ECRS-ATR) zur Erfassung und Dokumentation vorgeschlagen. Abschließend wird der Einsatz des ECRS-ATR Systems in der Praxis, Forschung und Ausbildung diskutiert.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen, Behandlungsfehler

Abstract

While the efficacy of psychotherapy is well documented, little emphasis has been laid on the discussion of unwanted effects. Yet one has to expect negative therapy outcomes in 5-10 percent of all cases. In this article reasons for the negligence of side effects in psychotherapy are discussed, such as insufficient conceptualization of side effects, the question of causality, or the liability of the therapist. Subsequently we describe the context in which side effects evolve and offer a definition that enables a systematic research on unwanted phenomena. A system for detection and documentation of side effects in psychotherapy (event-context-relation-severity, ECRA-ATR) is presented and its application in practice, research and training discussed.

Key words: psychotherapy, unwanted effects, side effects, therapeutical malpractice

Nebenwirkungen als »Stiefkind« der Therapieforschung

Psychotherapie gilt heute als empirisch gut fundiertes Therapieverfahren (Smith et al., 1980; Roth & Fonagy, 1996; Shadish et al., 1997; Lambert & Ogles, 2004; Lundeen, 2005; Fonagy, 2010). Dies betrifft jedoch vorrangig die Wirksamkeitsbelege, während die systematische Betrachtung und Diskussion von Misserfolgen, Fehlentwicklungen oder gar Therapieschäden vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit gefunden hat (Jacobi, 2001; Caspar & Kächele, 2008; Hoffmann & Strauß, 2008; Lieberei & Linden, 2008; Berk & Parker, 2009). Die Vernachlässigung von Nebenwirkungen im Bereich der Psychotherapie steht in deutlichem Kontrast zur Bedeutung in der Pharmakotherapie (Grohmann et al., 1993; Gunnell, Saperia & Ashby, 2005). So wird beispielsweise in der S3-Leitlinie zur Versorgung der unipolaren Depression (DGPPN et al., 2009) in dem Absatz *Pharmakotherapie* explizit über mögliche Nebenwirkungen und Risiken informiert, ein Drug Monitoring empfohlen und die Erstellung einer Kosten-Nutzen-Analyse gefordert, während im Abschnitt *Psychotherapie* Hinweise auf potenziell unerwünschte Begleiterscheinungen vollständig fehlen. Es könnte der Eindruck entstehen, Psychotherapie sei eine weitgehend nebenwirkungsfreie Behandlungsmethode, da ja „nur geredet wird“ (Nutt & Sharpe, 2008).

Im Folgenden soll diskutiert werden, (a) mit welcher Häufigkeit an Nebenwirkungen in der Psychotherapie zu rechnen ist, (b) warum sich die Psychotherapieforschung mit Nebenwirkungen schwer tut, (c) wie Psychotherapienebenwirkungen zu definieren sind, (d) wie sie entstehen können und (e) wie man sie systematisch erfassen kann.

Häufigkeit von Psychotherapie-Nebenwirkungen

Seit den 60iger Jahren ist das Varianzerweiterungsphänomen bekannt, wonach sich ein Teil der Patienten bessert und ein anderer verschlechtert, während der Gruppenmittelwert dadurch möglicherweise sogar unverändert bleibt (Bergin, 1963). Demnach gibt es eine nicht zu vernachlässigende Gruppe von Patienten, die sich im Verlauf einer Psychotherapie verschlechtern (Bergin, 1966; Kernberg, 1973). In den Metaanalysen von Smith et al. (1980) und Shapiro und Shapiro (1982) waren zum Beispiel 9-11% der ermittelten Effektstärken negativ. Empirische Untersuchungen zur Rate der Nebenwirkungen von Psychotherapie sprechen dafür, dass es bei 3% bis 15% der Behandlungsfällen zu relevanten unerwünschten Wirkungen kommt (Werch & Owen, 2002; Rhule, 2005; Moos, 2005; Jarrett, 2007; Lilienfeld, 2007; Hoffmann et al. 2008; Berk & Parker, 2009; Dimidjian & Hollon, 2010; Barlow, 2010). Damit läge die Rate von Nebenwirkungen in der Psychotherapie in derselben Größenordnung wie in der Pharmakotherapie. Nach Lambert und Ogles (2004) sollte über alle Formen von Psychotherapie hinweg von einer Basisrate von 5-10 % mit negativen Therapiefolgen ausgegangen werden.

Eine systematische Betrachtung der Prävalenz, Qualität und Intensität von Nebenwirkungen ist durch die bisherigen Forschungsarbeiten aber kaum möglich. Unerwünschte Therapieergebnisse wurden

selten geplant beobachtet, sondern aus Verschlechterungen der im Fokus stehenden Symptomatik rekonstruiert. Die Ergebnisse aus Anekdoten und Einzelfallanalysen lassen sich nur begrenzt auf andere Therapien übertragen und einige der Berichte über nachteilige Auswirkungen stammen zudem nicht aus dem Hauptanwendungsbereich der Psychotherapie. Wenn explizit die Verschlechterung von Patienten untersucht wurde, beschränken sich die Berichte zumeist auf die primäre Symptomatik. Dabei ist es durchaus notwendig, vielfältigere Variable als die Leitsymptome der psychischen Störung zu betrachten. Lilienfeld (2007) betont, dass es sich bei der Untersuchung von Schäden durch Psychotherapie um ein multidimensionales Problem handelt. Demnach ist es unausweichlich, bei der systematischen Untersuchung von Nebenwirkungen alle Funktionsbereiche des Patienten zu betrachten. Psychotherapie könnte demnach auch negative Auswirkungen auf unbehandelte Partner (Hessler & Lamprecht, 1986) und Familiensysteme haben (Szapocznik & Prado, 2007).

Nebenwirkungen können sich auch unmittelbar in der Patient-Therapeut-Beziehung niederschlagen (Klug et al., 2008). Ein Beispiel sind innertherapeutische sexuelle Beziehungen. Nach konservativen Schätzungen haben etwa 10% der männlichen und 2,5 % der weiblichen Therapeuten sexuellen Kontakt zu ihren Patienten aufgenommen (Fischer & Becker-Fischer, 2005; Bachmann & Ziemert, 1995). Gleichmaßen können auch sehr charismatische oder konfrontative und zur Selbstöffnung auffordernde Psychotherapeuten zu negativen Wirkungen für den Patienten führen (Mohr, 1995; Yalom & Lieberman, 1971).

Es gibt eine Reihe von Forschungsbemühungen, die versuchen herauszufinden, was erfolgreiche von den weniger erfolgreichen Therapeuten unterscheidet (Okiishi et al., 2003). Demografische Variablen der Therapeuten, wie z.B. Geschlecht, Alter, Berufserfahrung oder theoretische Orientierung, scheinen keinen Einfluss auf die Therapieergebnisse zu haben (Beutler et al., 2004). Es lässt sich an dieser Stelle aber auch diskutieren, ob die Bildung von Rangreihen mit »besten und schlechtesten« Therapeuten zur Entstehung einer offenen und konstruktiven Fehlerkultur förderlich ist.

Probleme der Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie

Obwohl Nebenwirkungen in der Psychotherapie nach den vorliegenden Daten durchaus häufige und ernsthafte Ereignisse sind, ist die geschilderte Datenlage nicht befriedigend. Es gibt eine Reihe von Gründen, warum sich Praktiker und Forscher mit Nebenwirkungen psychotherapeutischer Methoden schwer tun:

a) *Unzureichende Begriffsklärung und fehlende Systematik*

Bislang gibt es keine anerkannte Klassifikation, geschweige denn Methodik zur Erfassung von Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Um Nebenwirkungen zu erkennen, zu dokumentieren und gegebenenfalls durch adäquate Gegenmaßnahmen zu vermeiden, bedarf es zunächst einer klaren Definition des Gegenstandes. Bis heute ist aber nicht geklärt, was unter Nebenwirkungen von Psychotherapie konkret zu verstehen ist. Ebenso fehlt es an standardisierten Verfahren, die eventuelle

Fehlentwicklungen psychotherapeutischer Behandlungen erfassen und diese zur Verbesserung der Methoden einsetzbar machen.

b) *Was sind erwünschte und unerwünschte Wirkungen?*

In der Psychotherapie ist es besonders schwierig, zwischen positiven und negativen Therapiewirkungen zu unterscheiden. So bedarf es zusätzlicher Annahmen, um entscheiden zu können, ob eine Scheidung im Kontext einer Psychotherapie eine erwünschte oder unerwünschte Wirkung ist. Dabei ist zu beachten, dass ein Ereignis in vielen Fällen keine positive oder negative Bedeutung an sich hat, sondern in erster Linie durch die Bewertung dieser Ereignisse durch ein Individuum zu emotionalen Konsequenzen und entsprechendem Verhalten führt (Ellis, 1962). Unerwünschte Wirkungen sind daher nur unter Bezug zu Therapiezielen, Grundbedürfnissen, Lebensregeln oder Lebenszielen des Patienten zu beschreiben. Dabei sind unterschiedliche zeitliche Zusammenhänge zu berücksichtigen, d.h. kurzfristige und langfristige positive wie negative Wirkungen zu unterscheiden.

a) *Kausalität – Welches Problem ist therapiebedingt?*

In der Psychotherapie ist es in vielen Fällen schwierig, zwischen von der Therapie unabhängigen Lebensentwicklungen, unabwendbaren Krankheitsentwicklungen und durch die Therapie verursachten unerwünschten Effekten zu unterscheiden. So kann beispielsweise ein Misserfolg auf eine nicht aufzuhaltende Entwicklung einer psychischen Störung zurückzuführen sein, eine Folge einer ordnungsgemäßen Behandlung, d.h. eine Nebenwirkung sein oder durch Fehlverhalten des Behandlers entstehen, d.h. eine Kunstfehlerfolge sein.

b) *Abgrenzung von Nebenwirkungen und Kunstfehlern*

Nebenwirkungen sind unerwünschte Folgen einer korrekt angewandten Therapie. Unerwünschte Folgen einer inkorrekt durchgeführten Therapie sind hingegen auf Kunstfehler zurückzuführen, die nicht der Therapie an sich angelastet werden können. Mit Blick auf diese Unterscheidung wäre also bei Feststellung einer Nebenwirkung zunächst zu klären, ob die durchgeführte Psychotherapie korrekt war. Dazu fehlen aber auf weite Strecken klare Standards, so dass es im Einzelfall schwierig ist zu entscheiden, ob ein bestimmtes Vorgehen fachgerecht war oder nicht. Auch die Entscheidung, welche Methode zu einem bestimmten Zeitpunkt in der aktuellen Lebenssituation des Patienten unter Berücksichtigung seiner Ressourcen, seiner Komorbidität und seiner Veränderungsmotivation und unter dem Eindruck der Tragfähigkeit der Therapiebeziehung indiziert ist, den größten Effekt und das geringste Risiko hat, ist schwer zu fällen (Caspar & Kächele, 2008). Dies erschwert die Feststellung, ob unerwünschte Wirkungen unausweichlich waren oder bei anderem therapeutischen Vorgehen durchaus hätten vermieden werden können.

c) *Haftbarkeit - Verantwortlichkeit des therapeutischen Handelns*

Nebenwirkungen von Psychotherapie können auf therapeutische Interventionen, das Handeln des Therapeuten und seine Person zurückgeführt werden. Dies ist eine grundlegende Unterscheidung zur medikamentösen Behandlung, in der sich die Wirkung eines Präparats relativ unabhängig vom

verschreibenden Arzt entfaltet. Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie hingegen ergeben sich potenziell aus persönlich zu verantwortenden Handlungen des Therapeuten und können somit auch strafrechtlich verfolgt werden (siehe für einen Überblick: Packmann & Cabot, 1994). Es ist von daher verständlich, dass Therapeuten wenig geneigt sind negative Folgen eigenen Verhaltens zu diskutieren. Nebenwirkungen können auch schnell in eine Kunstfehlerdiskussion münden, was es Therapeuten aus haftungsrechtlichen Gründen geradezu verbietet, Nebenwirkungen öffentlich anzusprechen. Daraus könnte sich eine Neigung entwickeln, Nebenwirkungen zu übersehen, nicht zu thematisieren, umzuinterpretieren oder externen Gründen zuzuschreiben.

d) *Mangelndes Problembewusstsein und Attributionsbias*

Märtens & Petzold (2005) gehen davon aus, dass die Einstellungen von Therapeuten zu Nebenwirkungen ihrer Arbeit deren Erforschung erschweren. Sie berichten von einer Untersuchung, in der die Therapeuten bei erfolgreich verlaufender Behandlung in 56% der Fälle die eingetretene Änderung auf ihre Arbeitsweise zurückführten, während sie dies bei nicht erfolgreicher Therapie nur zu 26% taten. Die Therapeuten scheinen Misserfolge external und Erfolge als zu ihrer Person und Methode zugehörig zu attribuieren. Daraus könnte man schließen, dass die Therapeuten Nebenwirkungen ihrer eigenen Arbeit unterschätzen, genauso wie sie die positiven Effekte ihres eigenen Verhaltens überschätzen (Freyberger, 2007).

Definition von Nebenwirkungen

Wenn Nebenwirkungen mehr Beachtung finden sollen, dann bedarf es, wie bereits ausgeführt, zunächst einer konzeptionellen und terminologischen Klärung. Jacobi (2001) schlägt vor, Nebenwirkungen als eine spezielle Form von Misserfolg der Psychotherapie anzusehen. Hoffmann et al. (2008) unterscheiden zwischen *Misserfolgen* (unzureichende oder ganz fehlende Erreichung der in der Therapie explizit und implizit angestrebten Ziele), *Nebenwirkungen* (alle unerwünschten Wirkungen, das Auftreten anderer und dabei nachteiliger Effekte als der angestrebten Therapieziele) und *Therapieschäden* (das Auftreten unerwarteter anhaltender und für den Patienten erheblich nachteiliger Auswirkungen der Therapie). Diese Definitionen und Klassifikationen sind nur begrenzt hilfreich, da auch eine Psychotherapie, die ihre Therapieziele erreicht, Nebenwirkungen verursachen kann. Psychotherapie-Nebenwirkungen müssen also unabhängig vom Therapieergebnis als eigenständiges Phänomen betrachtet werden. Ebenso muss, wie bereits dargelegt, auch zwischen Nebenwirkungen und Folgen inadäquater Therapie unterschieden werden, wozu die Unterscheidung von Therapieschäden und Nebenwirkung weder theoretisch noch klinisch hilfreich ist.

Nimmt man Bezug auf die Nebenwirkungsforschung in der Pharmakotherapie (Kalachnik, 1999), dann gilt nach dem »Gesetz über den Verkehr von Arzneimitteln (AMG, §4)«, dass Nebenwirkungen »die beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines Arzneimittels auftretenden schädlichen unbeabsichtigten Reaktionen« sind. Diese Definition kann auf die Psychotherapie übertragen werden. Danach sind

Nebenwirkungen von Psychotherapie alle »Ereignisse, die als Folge einer indizierten und korrekt ausgeführten Psychotherapie auftreten und sich negativ für den Patienten auswirken.«

Kontext und Nebenwirkungen

Die vorgenannte Definition zeigt, dass die Feststellung einer Nebenwirkung voraussetzt, dass ein unerwünschtes Ereignisses auf einen therapeutischen Kontext bezogen werden kann. Die Verschlechterung einer Erkrankung im Rahmen eines natürlichen Krankheitsverlaufes, ist keine Nebenwirkung, während eine Verschlechterung als Folge einer therapeutischen Intervention als Nebenwirkung zu gelten hat. Daher müssen therapeutische Prozesse und Rahmenbedingungen beschrieben werden, die zu Nebenwirkungen führen können.

Dies ist auch wichtig, um Nebenwirkungen von Kunstfehlerfolgen zu unterscheiden, die nicht der Therapie als solcher zugerechnet werden dürfen. Berk und Parker (2009) z.B. sprechen von Nebenwirkungen, wenn eine nicht indizierte Psychotherapie durchgeführt wurde und es deswegen zu einem unbefriedigenden Krankheitsverlauf kommt. Dies ist nach der hier vorgestellten Definition nicht im engeren Sinne als Nebenwirkung zu verstehen. Auch die Folgen einer nicht fachgerechten Durchführung einer indizierten Behandlung durch den Therapeuten (Hoffmann et al. 2008), die Folgen einer unprofessionellen Ausübung der Behandlung, oder Schädigung durch unethisches Verhalten des Therapeuten gehören nicht in den Bereich der Nebenwirkungen. Im Folgenden sollen einige typische Psychotherapieprozesse beschrieben werden, in deren Kontext auch bei adäquater Therapiedurchführung negative Folgen für den Patienten entstehen können. Dabei wird vorrangig auf verhaltenstherapeutische Interventionen Bezug genommen. Prinzipiell gelten die folgenden Ausführungen jedoch auch für andere therapeutische Ansätze.

Nebenwirkungen in der Folge der Therapiezielwahl

Psychotherapeuten sind gefordert, bei Problemen ihrer Patienten nach den psychischen Bedingungen und psychotherapeutischen Ansatzpunkten zu fragen. Viele psychische Symptome können jedoch multiple Ursachen haben. Wenn ein Patient über Überforderung am Arbeitsplatz, Müdigkeit und schlechte Stimmung berichtet, dann ist es korrekt nach Belastungen am Arbeitsplatz zu fragen, diese herauszuarbeiten und Bewältigungsstrategien einzuüben. Dies kann dazu führen, – insbesondere, wenn die so eingeleitete Therapie zu einer Besserung führt – dass die Symptomatik sich derart ändert, dass Hinweise auf eine möglicherweise zugrunde liegende Multiinfarktdemenz nicht mehr oder erst sehr viel später erkannt werden können. Dem Patienten kann dadurch Schaden entstehen, weil eine frühe spezifische Therapie, die die Progredienz hätte verhindern können, nicht eingeleitet wurde. Im Gegensatz zu einem diagnostischen Kunstfehler, gilt in diesem Beispiel, dass gerade eine erfolgreiche und indizierte Therapie letztlich eine weiterführende Diagnostik verhindert hat.

Nebenwirkungen als Folge theoretischer Modelle

Psychotherapeuten betrachten ihre Patienten und die beklagten Symptome im Lichte ihrer professionellen Theorien und theoretischen Modelle. Wenn ein Therapeut beispielsweise nach dem schematherapeutischen Modell von der Vorstellung geleitet wird, dass die Mutter wesentlich an der Entstehung einer Persönlichkeitsstörung beteiligt war und deswegen die Beziehungsprobleme zwischen Patient und Mutter in den Fokus der Therapie rückt, dann kann dies zu einer Verschärfung von Konflikten zwischen Patient und Mutter in der Gegenwart führen, bis hin zum Verlust einer wichtigen Bezugsperson.

Ein solcher theoretischer Fokus kann analog zu den vorgenannten diagnostisch bedingten Nebenwirkungen auch dazu führen, dass andere relevante Aspekte in den Hintergrund treten und damit wichtige alternative Therapieansätze nicht genutzt werden.

Schließlich kann es über derartige Theoriemodelle zu Belastungen der Beziehung zwischen Patient und Therapeut kommen. Derartiges passiert, wenn ein Patient dem vom Therapeuten eingeschlagenen Konzept nicht folgen kann, weil Krankheitskonzepte und Theoriemodelle vom Patienten falsch verstanden werden, gegen dessen Wertvorstellungen verstoßen oder eigenen psychischen Erklärungen widersprechen.

Nebenwirkungen als Folge dysfunktionaler Interpretationen

Von den durch die theoretische Orientierung bedingten Nebenwirkungen sind psychotherapiebedingte dysfunktionale Interpretationen abzugrenzen. Durch eine psychotherapeutische Anamneseerhebung können Zusammenhänge hergestellt werden, die zu negativen Folgen führen. Wenn einem Patient auf Grund psychotherapeutischer Nachfragen bewusst wird, dass er seinen Herzinfarkt am Arbeitsplatz bekommen hat und daraus eine kausale Verknüpfung ableitet, dann kann dies in eine Arbeitsplatzphobie münden, selbst wenn kein Zusammenhang bestand.

Nebenwirkungen als Folge der Induktion von Fehlerinnerungen

Ein Sonderproblem im Kontext der psychotherapeutischen Diagnostik ist die Induktion von Fehlerinnerungen. Durch eine theoriegeleitete Anamneseerhebung können nicht nur unproblematische Ereignisse aus der Vorgeschichte problematisiert werden, sondern es kann sogar zu Erinnerungen an Ereignisse kommen, die nie bestanden haben. Ein Beispiel sind falsche »Diagnosen« von sexuellem Missbrauch in der Kindheit mit allen unerwünschten Konsequenzen, die daraus erwachsen können.

Nebenwirkungen im Kontext von Problemerinnerungen

In jeder Psychotherapie wird über Probleme gesprochen, über Schwierigkeiten im Leben des Patienten oder eigene Insuffizienzen. Die Erinnerung und das Reden über derartige Probleme müssen zwingend zu einer Stimmungsbeeinträchtigung führen. Nach der »Mood-State-Hypothese« werden daraufhin dann noch weitere negative Kognitionen generiert (Miranda & Persons, 1988). Man muss daher davon ausgehen, dass jegliche Psychotherapie ihrer Natur nach zunächst einmal mit Nebenwirkungen beginnt.

Nebenwirkungen im Kontext von Sensitivierungsprozessen

Erinnerungen können sich schließlich auch verselbstständigen und Sensitivierungsprozesse einleiten. Wenn ein Patient beispielsweise einen Unfall erlitten hat und dann in der Therapie dieser Unfall in allen Details immer wieder neu durchgesprochen und visualisiert wird, dann kann durch dieses kognitive Rehearsal die Erinnerung und damit die Angstreaktion immer lebhafter werden, statt abzuklingen. Letztlich führt die wiederholte Durcharbeitung eines erlebten oder sogar nur visualisierten Ereignisses zu überdauernden Einstellungsänderungen und emotionalen Reaktionen. Dies erklärt zum Beispiel die erhöhte Rate überdauernder emotionaler Probleme nach zu frühem »debriefing« nach Katastrophenerlebnissen. Erinnerungen und Visualisierungen können schaden und zu vermehrter Angst führen.

Nebenwirkungen im Kontext einer wirksamen Behandlung

Es gilt der Grundsatz, dass jede Therapie die wirkt, genau deshalb auch Nebenwirkungen produzieren kann. Bei einem Patienten, der über Probleme am Arbeitsplatz klagt, kann es eine sinnvolle Intervention sein, im Rahmen eines Trainings der sozialen Kompetenz zu üben »nein zu sagen«. In der Anwendung kann dies jedoch dazu führen, dass der Patient an der falschen Stelle oder zu häufig »nein« sagt, sodass die Repressalien infolge der Therapie eher zu- denn abnehmen. Außerdem können in den sozialen Beziehungen außerhalb des Arbeitsplatzes Probleme entstehen, wenn das Umfeld des Patienten mit seiner neuen Durchsetzungsfähigkeit nur schwer zurechtkommt.

Nebenwirkungen im Kontext von Enthemmungsphänomenen

Psychotherapie arbeitet darauf hin, Probleme besser herauszuarbeiten, zu beschreiben und entsprechende Problemlösungen herbeizuführen. Wenn dieser Prozess nicht vollständig gelingt, kann es auf dem Weg dorthin zu Patientenfehlverhalten kommen. Wird beispielsweise mit einem Patienten seine eheliche Situation analysiert und wird für den Patienten erstmals deutlich, dass die Beziehung irreparabel

am Ende ist, während sich der Patient bis dahin noch Hoffnung gemacht hatte, dann könnte es bei nicht ausreichender emotionaler Verarbeitung zu einer Kurzschlussreaktion im Sinne einer übereilten Trennung oder sogar zu Gewalttaten gegen den Partner kommen.

Nebenwirkungen im Kontext technischer Komplikationen

Psychotherapeutische Interventionen, z.B. eine Expositionsübung, können technisch auf verschiedene Art umgesetzt werden. Eine hundertprozentige Steuerung ist nur bedingt möglich. Dadurch kann es zu therapeutisch-technischen Schwierigkeiten und in der Folge zu negativen Entwicklungen kommen. Wenn es beispielsweise im Rahmen einer Panikstörung bei einer Expositionsbehandlung nicht gelingt, mit dem Patienten eine Reaktionsexposition durchzuführen und stattdessen eine Stimulusexposition vorgenommen wird (was für einen Unkundigen nahezu identisch aussieht), dann könnte dieses technisch ungünstige Vorgehen nicht zu einem Nachlassen von Angst sondern zu einem Angstlernen führen. Der Patient hat nach der Therapie deutlich mehr Angst als vorher.

Nebenwirkungen im Kontext der therapeutischen Beziehung

Es ist eine wichtige Aufgabe jeder Psychotherapie eine gute Therapeut-Patient-Beziehung herzustellen. Die Patienten erleben im Rahmen der Behandlung häufig zum ersten Mal, dass sich ihnen jemand unvoreingenommen zuwendet, ihnen zuhört und ihnen Wertschätzung entgegen bringt. Wenn diese gute Beziehung nun dazu führt, dass der Patient meint, ohne den Therapeuten nicht mehr leben zu können und damit Angst vor einem Therapieende entwickelt, dann ist dies als Nebenwirkung anzusehen. Eine besonders »gute« therapeutische Beziehung kann also Ausdruck einer Nebenwirkung sein.

Ebenso ist eine beziehungsabhängige Nebenwirkung, wenn der Therapeut sich durch den Patienten angegriffen fühlt oder der Patient beim Therapeuten eigene problematische psychische Reaktionen auslöst, sodass er dann in der Folge den Patienten ablehnt oder keine Distanz mehr zur Psychopathologie des Patienten halten kann.

Vorgehen beim Erfassen von Nebenwirkungen

Aus den vorgenannten Überlegungen ergibt sich die methodische Frage, wie man nun solche Nebenwirkungen von Psychotherapie erfassen kann. Zunächst müssen negative Ereignisse registriert werden, sie müssen in Zusammenhang mit einer laufenden oder stattgefundenen Psychotherapie gebracht werden und es muss letztlich auch unterschieden werden zwischen Nebenwirkung und Kunstfehler. In der Psychopharmakotherapie stellt sich das gleiche Problem. Hier gibt es eine Reihe von Erhebungsinstrumenten für Nebenwirkungen (Kalachnik, 1999), in denen Urteile zu den vorgenannten

Punkten abgefragt werden. Es wird dabei zwischen unerwünschtem Ereignis (»adverse event«, AE) und unerwünschter Wirkung des Medikaments (»adverse drug reaction«, ADR) unterschieden. Letzteres wird häufig synonym mit dem Begriff Nebenwirkung verwendet. Und es wird stets nach der Art der Behandlung gefragt, da ein Todesfall nach einer Überdosierung natürlich anders zu beurteilen ist als nach ordnungsgemäßer Anwendung eines Arzneimittels. Im Folgenden soll in Anlehnung an dieses Prinzip ein Modell zur Erfassung und Quantifizierung von Psychotherapie Nebenwirkungen vorgestellt werden (Linden, 2012).

Das Ereignis-Context-Relation-Schwere Schema (ECRS-ATR)

Auch bei der Erfassung von Nebenwirkungen von Psychotherapie muss zunächst einmal unterschieden werden zwischen »unerwünschten Ereignissen« (UE) und unerwünschten Wirkungen, die durch die Therapie verursacht werden (»adverse treatment reaction«, ATR). Unerwünschte Ereignisse sind alle negativen oder nicht erwünschten Vorkommnisse in zeitlichem Zusammenhang mit einer Therapie.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über Typen von unerwünschten Ereignissen, wie sie aus der klinischen Praxis, der Analyse der oben geschilderten Entstehungsprozesse und der wissenschaftlichen Literatur abgeleitet werden können. Dies umfasst ein unzureichendes Therapieergebnis, das Erfordernis einer Therapieverlängerung, Non-Compliance des Patienten, Auftreten neuer Symptome, Symptomverschlechterung, Unwohlsein des Patienten, Spannungen in der Patient-Therapeut-Beziehung, außerordentlich gute Patient-Therapeut-Beziehung, Probleme in den familiären Beziehungen, Änderungen in familiären Beziehungen, Probleme im Beruf, Änderungen in der Berufssituation, Arbeitsunfähigkeit des Patienten, Probleme in sonstigen Sozialbeziehungen, sonstige Änderungen in der Lebenssituation des Patienten oder Soziale Stigmatisierung. Wichtig ist, dass auch vordergründig positive Ereignisse Anlass zu einem kritischen Hinterfragen sein können, wie beispielsweise eine außerordentlich gute Therapeut-Patient-Beziehung.

#Tab. 1 PDF etwa hier einfügen (oder am Ende des Dokuments zu finden)

Tabelle 1: Erfassungs- und Ratingbogen für Nebenwirkungen von Psychotherapie

Derartige unerwünschte Ereignisse sind zunächst einmal zu erfassen, ohne dass bereits ein Bezug zur Therapie oder Vorstellungen über deren Genese vorliegen. Ein Ereignis ist dann als unerwünscht zu klassifizieren und zu erfassen, wenn für den Patienten daraus negative Folgen entstehen, seine Therapieziele, Lebensziele oder Grundbedürfnisse gefährdet werden. Solche UEs sollten auch dann erfasst und benannt werden, wenn zunächst klar scheint, dass es sich nicht um ein durch die Therapie hervorgerufenen Ereignis handelt, da sich ein solcher Primäreindruck durchaus bei näherer Überprüfung ändern kann. So ist beispielsweise eine Scheidung im Kontext von Psychotherapie immer ein negatives bzw. unerwünschtes Ereignis, auch wenn sie therapeutisch als unvermeidlich angesehen oder sogar angestrebt wurde oder völlig unabhängig von der Therapie erfolgte. Die UE-Liste der Tabelle 1 kann als

Checkliste zur Erfassung unerwünschter Ereignisse dienen und vom Behandler in Form eines Interviews abgefragt oder evtl. auch dem Patienten direkt vorgelegt werden.

Bis zum Beweis des Gegenteils sollten UEs als Nebenwirkungen verstanden werden. Im nächsten Schritt ist daher zu klären, dass es sich nicht um eine Nebenwirkung (ATR) handelt. Dazu ist zu prüfen, ob die Entwicklung des unerwünschten Ereignisses in einen Bezug zur laufenden Psychotherapie gebracht werden kann. Dies geschieht indem nach dem therapeutischen Kontext gefragt wird, in dem das unerwünschte Ereignis aufgetreten ist. Tabelle 1 zeigt eine Liste von Entwicklungskontexten wie diagnostisches Vorgehen, theoretische Orientierung, Wahl des Therapiefokus, Therapieintervention, Sensitization Prozesse, Enthemmungsprozesse, Therapiewirkungen oder Therapeut-Patient-Beziehung.

Auf diesem Hintergrund ist dann in einem dritten Schritt zu beurteilen, ob das identifizierte UE als ATR anzusehen ist. Ein derartiges Urteil kann meist nicht mit letzter Eindeutigkeit für »ja« oder »nein« erfolgen, sondern bleibt ein Wahrscheinlichkeitsurteil. Von daher macht Tabelle 1 einen Vorschlag, wie ein solches Wahrscheinlichkeits-Rating gestuft werden kann, von »eindeutig kein Bezug« bis »eindeutig therapiebedingt«. Ein unerwünschtes Ereignis soll nur dann als »ohne Bezug zur Therapie« klassifiziert werden, wenn sich gute Argumente für die Unabhängigkeit von der Therapie finden lassen.

Im vierten Schritt ist dann noch die Schwere der Nebenwirkung zu beurteilen. Die Schwere von Nebenwirkungen leitet sich aus ihren negativen Folgen und Belastungen für den Patienten ab. Ein Maßstab für diese Einschätzung kann sein, welche Konsequenzen aus dem UE folgen. Nebenwirkungen, die keine weiteren Konsequenzen haben, kann man als leicht ansehen, solche die zu subjektivem Leiden führen, sind schon schwerer, und solche die möglicherweise zu wesentlichen Änderungen in der Lebenssituation des Patienten oder im Extremfall gar zum Tode führen, sind als schwer oder besonders schwer einzustufen.

Erfolgt eine Erfassung und Dokumentation von Nebenwirkungen nach dem ECSR-Schema im Rahmen von Studien, dann ist auch noch festzuhalten, welche Maßnahmen ergriffen wurden, um die Nebenwirkungen im besten Falle rückgängig zu machen oder zumindest zu mildern. Durch die systematische Erfassung mit Hilfe des ECSR-ATR Schemas lassen sich viele interessante Fragestellungen untersuchen. Welche Nebenwirkungen treten in der Psychotherapie auf und wie häufig oder wie schwerwiegend sind sie?

Bei direkter Erfragung unerwünschter Therapiewirkungen ist mit einer weitaus höheren Rate von Nebenwirkungen zu rechnen, als wenn nur auf Spontanberichte Bezug genommen wird, was aus der Arzneimitteltherapie hinreichend bekannt ist (Sheftell et al., 2004).

Psychotherapie-Nebenwirkungen in der täglichen Praxis und Supervision

In der Therapie gilt seit jeher eine verpflichtende Regel für Therapeuten „*nil nocere*“, d.h. nicht zu schaden. Jegliche Therapie sollte daher nebenwirkungsgeleitet erfolgen. Bevor man einen positiven Therapieeffekt anstrebt, muss zunächst sichergestellt werden, dass der Patient keinen bedeutsamen Risiken und Nebenwirkungen ausgesetzt wird. Von daher sollten Behandlungspläne grundsätzlich auch unter dem Aspekt der »Nebenwirkungsorientierung« konzipiert werden.

Da Nebenwirkungen vermutlich ein alltägliches Phänomen in der Verhaltenstherapie sind, müssen Therapeuten eine Sensibilität für unerwünschte Wirkungen, deren Erfassung und gegebenenfalls erforderliche therapeutische Gegenmaßnahmen entwickeln. Es kann als Grundsatz gelten: »Wenn ein Therapeut keine Nebenwirkungen seiner eigenen Behandlung sieht, dann ist das beunruhigend, weil er sie übersehen hat! « Also sollte jeder Therapeut stets bemüht sein zu klären, welche Nebenwirkungen im konkreten Fall zu erwarten bzw. aufgetreten sind. Dabei werden zwei Ziele verfolgt. Zum einen ist es wichtig Fehlentwicklungen einer laufenden Therapie zu erkennen, um Korrekturen vorzunehmen und das Erreichen der Therapieziele sicherzustellen. Zum anderen ist es wichtig aus zurückliegenden Therapien für folgende zu lernen. Nur so kann die Verhaltenstherapie ihrem Anspruch an ständige Weiterentwicklung gerecht werden. Eine systematische und gezielte Beschäftigung mit Misserfolgen, eine aktive Suche nach Hinweisen auf Nebenwirkungen und eine offene Auseinandersetzung mit eigenen Fehlern kann die Therapeuten unterstützen, die Methoden verbessern und den Patienten damit die bestmögliche Behandlung gewährleisten.

Um zu lernen mit kritischen Hinweisen konstruktiv umzugehen, muss das Nebenwirkungsassessment und -management früh gelernt und gelehrt werden (Castonguay et al., 2010). Studien zeigen, dass Psychotherapeuten zunächst schlecht erkennen, wenn sich ein Patient nachteilig entwickelt. Erhalten sie jedoch ein Feedback über den negativen Verlauf können sie sehr gut reagieren und das Therapieergebnis positiv beeinflussen (Lambert et al., 2001; Lambert et al., 2002). Die Berücksichtigung von Nebenwirkungen in der Behandlungsplanung, die Nebenwirkungserkennung und die Einleitung von gebotenen Gegenmaßnahmen muss daher auch in der Ausbildung der Verhaltenstherapeuten und in der Supervision eine angemessene Rolle spielen. Bei Ausbildungssupervisionen sollte daher die Checkliste der Tabelle 1 routinemäßig eingesetzt werden, um die heranwachsenden Therapeuten von Beginn an in dieser Richtung zu sensibilisieren und ihnen professionelle Kompetenzen an die Hand zu geben, wie mit diesem Problem umzugehen ist.

In einer offenen Fehlerkultur muss es auch keine bedrohliche Erkenntnis sein, dass manche Therapeuten »besser« sind als andere (Luborsky et al., 1985). Im Gegenteil, eine offene Diskussion könnte zur Weiterentwicklung der Profession beitragen, von der alle Beteiligten profitieren. Es sollte demnach eine Selbstverständlichkeit für jede professionelle Psychotherapie sein, Nebenwirkungen zu erwarten, Nebenwirkungen frühzeitig zu erkennen und adäquate Gegenmaßnahmen einzuleiten. Aber auch mit dem Patienten gemeinsam kann über Vor- und Nachteile von anzustrebenden Verhaltensänderungen und dem Weg dorthin diskutiert werden. Patienten könnten davon profitieren sich kritisch mit ihren Veränderungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen und eine realistische Einschätzung ihrer Möglichkeiten

zu erlangen (McEvoy & Nathan, 2007). Genauso könnte es für Therapeuten entlastend sein, die Grenzen des Machbaren kennen zu lernen.

Fazit

Psychotherapeuten und Wissenschaftler sollten der Vermeidung von Nebenwirkungen ebenso viel Bedeutung beimessen wie dem Erreichen von Therapiezielen. Es bedarf weiterer Forschungsbemühungen, um einen Überblick über Art, Häufigkeit und Schwere der Nebenwirkungen von Verhaltenstherapie und Psychotherapie allgemein zu gewinnen. Denn durch eine systematische Erforschung von Nebenwirkungen kann das Therapieangebot weiter verbessert werden. Wenn Therapeuten lernen Fehlentwicklungen frühzeitig wahrzunehmen und darauf entsprechend zu reagieren, ließen sich die Therapieergebnisse ihrer Patienten noch optimieren.

Darüber hinaus besitzen Psychotherapeuten eine Aufklärungspflicht gegenüber ihren Patienten. In den ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (2005, S.19 bzw. 20) wird beispielsweise gefordert: »Bei heilkundlichen Behandlungen haben sie auf ggf. bestehende Risiken und Alternativbehandlungen hinzuweisen« und »Psychologen, die erkennen, dass eine Fortsetzung der heilkundlichen Behandlung zu keiner weiteren Gesundung oder sogar zu einer Gesundheitsgefährdung von Patienten führen kann, müssen die Behandlung abrechnen«. Nur wer die Risiken kennt, kann im Sinne der guten Praxis solche auch erkennen und versuchen Schaden abzuwenden

Literatur

- Bachmann, K. M. & Ziemert, B. (1995). Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie. Möglichkeit einer epidemiologischen Quantifizierung. *Nervenarzt*, 66 (7), 550–553.
- Barlow, D. H. (2010). Negative Effects from psychological treatments. A perspective. *American Psychologist*, 65 (1), 13–20.
- Bergin, A. E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Consulting Psychology*, 10 (3), 244–250.
- Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71 (4), 235–246.
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43 (9), 787–794.
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (2005). Ethische Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. und des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. [PDF-Datei]. Verfügbar unter: http://www.bdp-verband.org/bdp/verband/clips/BDP_Ethische_Richtlinien_2005.pdf [30.11.2010].
- Beutler, L. E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T. M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th edn., pp. 227–306). New York: Wiley & Sons.

- Bundesministerium der Justiz (2005). Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S.3394), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 28. September 2009 (BGBl. I S. 3172, (3578)) geändert worden ist. Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/amg_1976 [30.11.2010.]
- Caspar, F., & Kächele, H. (2008). Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.) *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 729-743). München: Elsevier Verlag, Urban & Fischer.
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R. & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65 (7), 34-49.
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF - Berlin, Düsseldorf 2009. Internet: www.dgppn.de, www.versorgungsleitlinien.de, www.awmf-leitlinien.de.
- Dimidjian, S. & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65 (1), 21-33.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Fischer, G. & Becker-Fischer, M. (2005). Folgetherapie nach sexuellem Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. In U. T. Egle, S. O. Hoffmann & P. Joraschky (Hrsg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (3. Aufl., S. 608–620). Stuttgart: Schattauer.
- Fonagy, P. (2010). Psychotherapy research: do we know what works for whom? *The British Journal of Psychiatry*, 197 (2), 83–85.
- Freyberger, H. J. (2008). Ethik in der Psychotherapie. In S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.) *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 721-727). München: Elsevier Verlag: Urban & Fischer.
- Grohmann, R., Ströbel, C., Rüther, E., Dirschedl, P., Heimchen, H., Hippus, H., Müller-Oerlinghausen, B., Schmidt, L. G. & Wolf, B. (1993). Adverse psychic reactions to psychotropic drugs. A report from the AMÜP study. *Pharmacopsychiatry*, 26 (3), 84-93.
- Gunnell, D., Saperia, J. & Ashby, D. (2005). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *British Medical Journal*, 330 (7488), 385-390.
- Hessler, M. & Lamprecht, F. (1986). Der Effekt stationärer psychoanalytisch orientierter Behandlung auf den unbehandelten Partner. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36 (6), 173–178.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G., & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53 (1), 4-16.
- Jacobi, F. (2001). Misserfolgsvorschau in der Verhaltenstherapie. In R. Dohrenbusch und F. Kaspers (Hrsg.) *Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin* (S. 323-346). Lengerich: Pabst.
- Jarrett, C. (2007). When therapy causes harm. *Psychologist*, 21 (1), 10-12.
- Kalachnik, J. E. (1999). Measuring side effects of psychopharmacologic medication in individuals with mental retardation and developmental disabilities. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 5, 348–359.
- Kernberg, O. F. (1973). Summary and conclusions of psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *International Journal of Psychiatry*, 11 (1), 62-77.
- Klug, G., Henrich, G., Kächele, H., Sandell, R. & Huber, D. (2008). Die Therapeutenvariable. Immer noch ein dunkler Kontinent? *Psychotherapeut*, 53 (2), 83–91.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Auflage, S 139–193). New York: Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Smart, D. W., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L. & Hawkins, E. J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11 (1), 49–68.

- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Vermeersch, D. A., Smart, D.W., Hawkins, E. J., Nielsen, S. L. & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: a replication. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9, 91–103.
- Lieberei, B. & Linden, M. (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102 (9), 558-562.
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives of Psychological Sciences*, 2 (1), 53-70.
- Linden, M. (2012). How to define, find, and classify negative treatment effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions by ratings on the context relation and severity. Submitted.
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. E., O'Brien, C. P. & Auerbach, A. (1985). Therapists' success and its determinants. *Archive of General Psychiatry*, 42 (6), 602-611.
- Lundeen, E. (2005). EBT and EVT: Can we please stop? *Independent Practitioner*, 25, 1–3.
- Märtens, M. & Petzold, H. (2002). Einführung: Die schwierige Entdeckung von Nebenwirkungen. In M. Märtens und H. Petzold (Hrsg.) *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 16-39). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- McEvoy, P. M. & Nathan, P. (2007). Perceived costs and benefits of behavioral change: Reconsidering the value of ambivalence for psychotherapy outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (12), 1217–1229.
- Miranda, J. & Persons, J. B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (1), 76-79.
- Mohr, D.C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 1–27.
- Moos, R. H. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100 (5), 595-604.
- Nutt, D. J., Sharpe, M. S. (2008). Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 22 (1), 3-6.
- Okiishi, J. Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361–373.
- Packman, W. L. & Cabot, M. G. (1994). Malpractice arising from negligent psychotherapy: Ethical, legal, and clinical implications of Osheroff v. chestnut lodge. *Ethics and Behavior*, 4 (3), 175-197.
- Rhule, D. M. (2005). Take care to do no harm: Harmful interventions for youth problem behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (6), 618–625.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Shadish, W. R., Matt, G. E., Navarro, A. M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M. D., Jorm, A. F., Lyons, L. C., Nietzel, M. T., Prout, H.T., Robinson, L., Smith, M. L., Svartberg, M. & Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 355-365.
- Shapiro, D. A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92 (3), 581–604.
- Sheftell, F. D., Feleppa, M., Tepper, S. J., Rapoport, A. M., Ciannella, L. & Bigal, M. E. (2004). Assessment of adverse events associated with triptans – Methods of assessment influence the results. *Headache*, 44, 978-982.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Szapocznik, J. & Prado, G. (2007). Negative effects on family functioning from psychosocial treatments: a recommendation for expanded safety monitoring. *Journal of Family Psychology*, 21 (3), 468-478.
- Werch, C. E. & Owen, D. M. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (5), 581-590.

Yalom, I. D. & Lieberman, M. A. (1971). A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry*, 25 (1), 16-30.

Autorenvita:

Michael Linden, Prof. Dr. med., Facharzt für Neurologie, Psychiatrie und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychologischer Psychotherapeut.

Leitender Arzt des Rehabilitationszentrums Seehof der deutschen Rentenversicherung Teltow/ Berlin.
Leiter der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin.

Kontakt: michael.linden@charite.de, Lichterfelder Allee 55, 14513 Teltow/Berlin

Marie-Luise Haupt, Dipl.-Psych., Studium der Psychologie an der Humboldt-Universität zu Berlin, in Ausbildung zur psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie) am Institut für Verhaltenstherapie Berlin,

Kontakt: Marie-Luise.Haupt@web.de, Nöldnerstraße 25, 10317 Berlin

Rating Unerwünschter Ereignisse bei Psychotherapie

Patient:

Rater:

Datum:

UE	Kontext	Schwere	Therapiebezug
unzureichendes Therapieergebnis			
Therapieverlängerung			
Non-Compliance des Patienten			
Auftreten neuer Symptome			
Symptomverschlechterung			
Unwohlsein des Patienten			
Spannungen in der Patient-Therapeut-Beziehung			
außerordentlich gute Patient-Therapeut-Beziehung			
Probleme in den familiären Beziehungen			
Änderungen in familiären Beziehungen			
Probleme im Beruf			
Änderungen in der Berufssituation			
Arbeitsunfähigkeit des Patienten			
Probleme in sonstigen Sozialbeziehungen			
sonstige Änderungen in der Lebenssituation des Patienten			

Ratingstufen		
Kontext der Entstehung	Schwere	Beziehung zur Therapie
1. Diagnostik	1. leicht, keine Konsequenzen	1. ohne Bezug
2. theoretische Orientierung	2. mittel, belastend	2. wahrscheinlich ohne Bezug
3. Wahl des Therapiefokus	3. schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich	3. eher keine Therapiefolge
4. Therapieintervention	4. sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz	4. eher eine Therapiefolge
5. Sensitization Prozesse	5. extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	5. wahrscheinliche Therapiefolge
6. Enthemmungsprozesse		6. eindeutige Therapiefolge
7. Therapiewirkungen		

8. Therapeut-Patient- Beziehung		
------------------------------------	--	--

Unerwünschte Ereignisse (UE)		S	Therap
		chwere	ontext iebezug
Unzureichendes Therapieergebnis			
Therapieverlängerung			
Non-Compliance des Patienten			
Auftreten neuer Symptome			
Symptomverschlechterung			
Unwohlsein des Patienten			
Spannungen in der Patient-Therapeut-Beziehung			
Außerordentlich gute Patient-Therapeut-Beziehung			
Probleme in den familiären Beziehungen			
Änderungen in familiären Beziehungen			
Probleme im Beruf			
Änderungen in der Berufssituation			
Arbeitsunfähigkeit des Patienten			
Probleme in sonstigen Sozialbeziehungen			
Sonstige Änderungen in der Lebenssituation			
Soziale Stigmatisierung			
Ratingstufen			
Kontext der Entstehung	Beziehu ng zur Therapie	Schwere	
1. Diagnostik	1. ohne Bezug	1. leicht, keine Konsequenzen	
2. theoretische Orientierung	2. wahrscheinlich ohne Bezug	2. mittel, belastend	
3. Wahl des Therapiefokus	3. eher keine Therapiefolge	3. schwer, Gegenmaß- nahmen erforderlich	
4. Therapieintervention	4. eher eine Therapiefolge	4. sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz	
5. Sensitization Prozesse	5. wahrscheinliche Therapiefolge	5. extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	
6. Enthemmungsprozesse	6. eindeutige Therapiefolge		
7. Therapiewirkungen			
8. Therapeut-Patient-Beziehung			

Wenn Psychoanalytiker Fehler machen – Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytischen Fehlerkultur

Markus Fähr

Zusammenfassung:

Der Autor untersucht die Fragestellung, ob und wie in der Psychoanalyse sinnvoll eine Fehlerkultur betrieben werden kann. Der gegenwärtige Stand und die Mängel des heutigen individuellen und kollektiven Umgangs mit Behandlungsfehlern in der Psychoanalyse werden erörtert, Zielvorstellungen einer neuen offenen Fehlerkultur vorgestellt, Widerstände gegen eine solche Entwicklung analysiert. Klinische Beispiele illustrieren die verschiedenen Fehlerkategorien.

Schlüsselwörter:

Fehlerkultur, Behandlungsfehler, Psychoanalyse, Psychoanalytische Therapie

Abstract:

The author explores the chances and limits of maltreatment culture in psychoanalysis. The current qualities and shortcomings of the individual as well as collective coping with treatment errors are reviewed, aims of an open and effective maltreatment and failure culture in psychoanalysis are formulated. Resistances against individual and collective progress are analyzed. Clinical examples illustrate the different error categories and the author's considerations.

Keywords:

Psychoanalysis, psychoanalytic therapy, maltreatment, failure, treatment error, quality and failure culture

Ein großer Fehler: dass man sich mehr dünkt, als man ist, und sich weniger schätzt, als man ist.

(Johann Wolfgang von Goethe, 1981, S. 288)

Jeder Berufsmann, jede Berufsfrau macht Fehler. Doch wo ein hohes Gut wie die Gesundheit auf dem Spiel steht, ist der gesellschaftliche Druck besonders groß, Fehler zu vermeiden und zu minimieren. Behandlungsfehler können eingeklagt und juristisch belangt werden. Auch ist durch die internetbedingte Demokratisierung des Wissens der Status der ärztlichen und therapeutischen Experten relativiert, und die Unterwerfung des Gesundheitswesens unter die Marktlogik (Rychner, 2006) unterminiert die traditionelle therapeutische Autorität. Die Forderung nach Qualitätssicherung hat die Psychotherapie und damit auch die psychoanalytische Therapie erreicht.

Während in der Grawe-Debatte der Neunziger Jahre (Grawe et al., 1994; Fischer & Fähr, 1998; Tschuschke & Kächele, 1998) noch die Ergebnisqualität die Hauptrolle spielte, kommt nun immer mehr die Prozessqualität ins Visier: Der gesamte Behandlungsprozess wird evaluiert, und damit auch alles, was der Therapeut tut oder lässt. Entsprechen seine Strategien, Taktiken und Interventionen dem Ziel der Therapie, oder macht er Fehler? Diese Arbeit will die Fehlerkultur in der Psychoanalyse auf ihre Mängel,

Möglichkeiten und Grenzen untersuchen und für einen neuen offenen Umgang der PsychoanalytikerInnen mit eigenen Fehlern plädieren.

Machen Psychoanalytiker überhaupt Fehler?

Freud gab in seinen technischen Schriften (Freud, 1912, 1913, 1915) der wachsenden jungen psychoanalytischen Gemeinschaft Orientierungspunkte im psychoanalytischen Handwerk. Seine Anweisungen waren z. T. konkret verhaltensbezogen (z.B. in Fragen des Settings), oder strategisch und taktisch ausgerichtet (etwa im Umgang mit der Übertragungsliebe) und im Sinne genereller Leitlinien formuliert. Greenson (1967) systematisierte die behandlungstechnischen Regeln in einem didaktisch durchkomponierten Lehrbuch, räumte den Behandlungsfehlern aber keinen besonderen Raum ein. Auch in anderen Lehrbüchern zur psychoanalytischen Technik (Loch, 1993; Cremerius, 2008; Etchegoyen, 1992) findet sich nur z.T. eine explizite und vor allem keine systematische Auseinandersetzung mit Behandlungsfehlern.

Die Behandlungsnovellen in der psychoanalytischen Literatur bieten einen reicheren Fundus: Bei der Behandlung des Wolfsmannes (Freud, 1918; Mack-Brunswick, 1928; Gardiner, 1972; Obholzer, 1980; Hoffmann, 2002) lassen sich aus heutiger Sicht Behandlungsfehler nachweisen: U.a. drängte Freud den Patienten zu einer neuerlichen Analyse, obwohl dieser fürchtete, sein Vermögen in Russland zu verlieren, wenn er sich in Wien aufhielte (was dann tatsächlich eintraf), er verführte den Patienten, indem er ihn real von sich abhängig machte (z.B. durch finanzielle Unterstützung), und er schickte ihn schließlich weg statt die negative Übertragung (und negative therapeutische Reaktion) – und wie man annehmen muss, seine eigene Gegenübertragung – zu analysieren.

Die von Psychoanalytikern über ihre eigene Arbeit mit einem Patienten verfassten Behandlungsnovellen scheinen mehrheitlich didaktischen oder theoretischen Zwecken zu dienen. Man findet keine Beispiele, die das Scheitern der Behandlung mit eigenen Behandlungsfehlern in einen nachvollziehbaren Zusammenhang bringen, es findet sich eher die Tendenz, Fehler nur unter dem Gesichtspunkt letztlich nützlicher Gegenübertragungsreaktionen zu diskutieren (z.B. in Henseler & Wegner, 1993). Erst in jüngster Zeit setzt eine Auseinandersetzung mit Kunst- und Behandlungsfehlern in der Psychoanalyse ein (Zwettler-Otte, 2007; Ruff et al., 2011).

Im Praxis-Band des Lehrbuchs von Thomä & Kächele (2006, S. 351) findet sich ein knapp fünf Seiten langer Abschnitt über »Alltägliche Fehler«, in dem die Autoren zu folgender Definition gelangen: »Als behandlungstechnischen Fehler bezeichnen wir alle Abweichungen des Analytikers von einer mittleren Linie, die sich in der jeweiligen Dyade gebildet hat und die sich von Stunde zu Stunde idealiter ohne erhebliche Ausschläge fortsetzt.« Damit beschränken die Autoren den Fehlerbegriff auf die Ebene konkreter singulärer Verhaltensweisen oder Äußerungen. Ich möchte den Fehlerbegriff weiter fassen und darunter sämtliche Abweichungen von der psychoanalytischen lege-artis-Behandlungstechnik subsumieren, d.h. ethische, strategische, taktische und alltägliche Fehler.

Psychoanalytiker scheinen in ihren Veröffentlichungen wenig daran interessiert, im Nachgang ihrer Behandlungen eigene Fehler offen zu legen und zu reflektieren und sich damit auf ein realistisches menschliches Maß, auf einen »true status« (A. Freud, 1954) herabzustufen. Die belletristischen Texte von Yalom (1998, 2002, 2005) zeigen im Kontrast dazu einen erfrischenden (und satirisch überspitzten) Einblick in den offenen Umgang mit Behandlungsfehlern.

Ehemalige Patienten sind offener in der Darstellung ihrer eigenen Erfahrungen mit Fehlern ihrer Analytiker. Sie rechnen entweder völlig mit ihrer Analyse ab und beschreiben detailliert das Fehlverhalten und die therapeutisch fragwürdigen Äußerungen ihrer Analytiker (z.B. Kaiser, 1997; Drigalski, 2003; Akoluth, 2004), oder sie weisen auch bei überwiegend positivem Gesamteindruck auf Abweichungen von der *lege artis* Behandlungstechnik hin.

In diesem Zusammenhang taucht ein grundsätzliches Problem auf, dem sich Cremerius in seinem zweiten Band über das psychoanalytische Handwerk (Cremerius, 2008) widmet: Er stellt bei Freud eine enorme Diskrepanz fest zwischen seinen technischen Schriften und dem, was er in seinen Behandlungen wirklich tat. Freud verletzte die Abstinenz- und Neutralitätsregel, erzählte Privates, hielt mit persönlichen Meinungen nicht zurück und war in vielen Fällen offen und aktiv in der Technik, im Gegensatz zu der von ihm in den technischen Schriften empfohlenen Zurückhaltung und Passivität. Er zögerte nicht, die Patienten seiner Sympathie zu versichern und gab ihnen Geschenke.

Waren das nun Behandlungsfehler? Oder waren die technischen Schriften zu rigide, d.h. die *lege artis* vorgegebene und auch offiziell weiter tradierte Behandlungstechnik falsch? Cremerius zieht die Schlussfolgerung, dass Freud in seiner Arbeit seiner eigenen Theorie der Technik voraus war und die technischen Modifikationen im Umgang mit der Grundstörung im Sinne von Balint (1970) vorwegnahm. Auch wenn uns diese Pauschalerklärung etwas gar beschönigend klingt und Freud einen Generalpardon erteilt, ändert sich nichts am dadurch evident werdenden Grundproblem: Behandlungsfehler können nur in Beziehung zur impliziten oder kodifizierten Theorie der Technik definiert werden, d.h. die Feststellung eines Fehlers besteht immer in der Feststellung einer Abweichung von einem ausgesprochenen oder unausgesprochenen Kanon einer als richtig definierten und sanktionierten Behandlungstechnik. Und sie können oft erst nachträglich zu Fehlern erklärt werden, unter Einbezug des weiteren Behandlungsverlaufs. Es gibt nicht zwei gleiche Psychoanalysen und demzufolge streng genommen auch nicht zwei gleiche Interventionen, auch wenn sie isoliert betrachtet aus den gleichen Worten oder Handlungen bestehen. Fehler sind in der Psychoanalyse also immer etwas Relatives, relativ zum zu Grunde gelegten behandlungstechnischen Ideal, das wiederum wesentlich von der theoretischen Orientierung des Psychoanalytikers abhängt, und auch relativ zum Behandlungsziel. Ein klassischer Freudianer der französischen psychoanalytischen Schule wird etwas anderes als Behandlungsfehler ansehen als Ich-psychologische Kollegen, Lacanianer oder Kleinianer.

Ich gehe im Folgenden von der Grundannahme aus, dass es einen *common ground* an psychoanalytischer Theorie der Technik gibt, der die Arbeit mit dem dynamischen Unbewussten, dem Widerstand und der Übertragung (und Gegenübertragung) umfasst. Eine weitere Einschränkung ist, dass

gute psychoanalytische Arbeit mehr umfasst als Fehlerfreiheit in Bezug auf das behandlingstechnische Ideal. Wesentliche Fähigkeiten eines Psychoanalytikers im Umgang mit dem Unbewussten lassen sich nicht objektiv beobachten und kodifizieren.

Dass die Auseinandersetzung mit Behandlungsfehlern innerhalb der psychoanalytischen Community ein Tabu ist, zeigt sich auf verschiedenen Ebenen: In der institutionellen Schwierigkeit, mit Verstößen von Psychoanalytikern gegen die allgemein gültigen Ethik-Regeln umzugehen; in der mangelnden innerpsychoanalytischen fachlichen Auseinandersetzung mit scheiternden Behandlungen und Behandlungsfehlern; in der Verbannung des Eingeständnisses eigener Behandlungsfehler in den privaten Kontext oder zumindest in die intime Klausur des Supervisions-/Intervisionsverhältnisses.

Psychoanalytiker verhalten sich oft wie Ärzte allgemein: Fehler werden oft erst eingestanden, wenn das Eingeständnis nicht mehr zu vermeiden ist, bzw. wenn ein Fehler nachgewiesen werden kann, und sie werden tendenziell der spezifischen Störung des Patienten und nicht der mangelnden Kompetenz des Psychoanalytikers zugeschrieben.

Eine nachträgliche historische Aufarbeitung einer gescheiterten psychoanalytischen Behandlung und der in ihr begangenen Behandlungsfehler findet sich in den aktuellen Arbeiten über die Analyse von Marilyn Monroe durch Ralph Greenson (Schneider, 2006; Jacke, 2005; Green, 2010). Greenson verschrieb der Patientin Medikamente, nahm sie immer wieder zur Krisenintervention in seine Wohnung und Familie auf, benutzte seine Tochter als Betreuerin, wenn die Patientin suizidal war, intervenierte bei den Filmproduzenten – um nur einige der größten Setting- und Abstinenzverletzungen zu erwähnen –, es entwickelte sich eine »folie à deux«, in der die Monroe total regredierte und völlig von Greenson abhängig wurde, dieser wiederum sich offenbar ihrem Einfluss nicht entziehen und keine Grenzen setzen konnte.

In letzter Zeit rückten die grundsätzlichen Schwierigkeiten und Grenzen psychoanalytischer Arbeit bei einigen Autoren mehr ins Blickfeld. Green (2006) setzt sich mit den Erwartungen und Enttäuschungen in der psychoanalytischen Kur auseinander. Zwiebel (2007, 2010) erörtert die Aporien psychoanalytischen Arbeitens und die Unvermeidbarkeit von Fehlern und betont damit die Notwendigkeit einer feinmaschigen Sensibilität und Auseinandersetzung mit den eigenen Abweichungen von der psychoanalytischen Position. In eine ähnliche Richtung zielt auch Schneider (2006): Der Psychoanalytiker kann gar nicht immer als Psychoanalytiker funktionieren, er tut es zu einem viel geringeren Umfang als wir das alle gern hätten, seine Hauptarbeit besteht gewissermaßen darin, sich der grundsätzlichen Schwierigkeiten, als Psychoanalytiker zu funktionieren, bewusst zu werden, die prinzipielle Unmöglichkeit der Erreichung des Ideals zu ertragen und es doch immer wieder zu versuchen. All diese Beiträge tragen viel dazu bei, die Tätigkeit des Psychoanalytikers zu entmystifizieren, sie bleiben aber mehrheitlich im Allgemeinen stecken und klammern die Auseinandersetzung mit alltäglichen konkreten Fehlern in der Arbeit des Psychoanalytikers weitgehend aus.

Auf einen grundlegenden Fehler in der Haltung von Psychoanalytikern hat Lacan (1961) mit seinem Konzept des »sujet supposé savoir«, des Subjekts, dem das (überlegene) Wissen unterstellt wird bzw. das wissen soll, hingewiesen (siehe dazu Fink, 2005, S. 53f.): Unsere Patienten übertragen auf uns von Anfang

den infantilen Glauben an unser überlegenes Wissen, was wir fälschlicherweise dazu benutzen können, dem Analysanden unser angebliches Wissen über ihn mitzuteilen anstatt so zu intervenieren, dass der Analysand *seiner* unbewussten Wahrheit auf die Sprünge kommt.

Unsere Fehler machen sich oft nicht in objektiv fassbaren Schäden bemerkbar; sie verweben sich mit der Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamik und mit der Störung des Patienten. Der infantile gläubige Teil unserer Patienten will unsere Fehler oft nicht bemerken, er möchte uns als idealisierten Elternteil erhalten.

Ich muss wegen einer anderen Verpflichtung die reguläre Analyse-Stunde eines Analysanden verschieben, ich vergesse aber diesen Verschiebungstermin und versetze den Patienten. Ein alltäglicher typischer Fehler – Agieren in der Gegenübertragung – der gemäß heutigem Verständnis wichtige Erkenntnisse erbringt, sofern sich der Analytiker auf den second look einlässt. Der bewusst wahrgenommene, als solcher erkannte und nicht geleugnete Fehler liefert die nötige Irritation des Analytikers, aktiviert seinen »inneren Analytiker« (Zwiebel, 2007). Der Fehler kann zusammen mit neuem Material zu einem gegebenen Zeitpunkt einen »selected fact« (Bion, 1992, S.5) ergeben und zu einem Aha-Erlebnis des Analytikers führen, im Falle dieses Analysanden zur Erkenntnis, dass es sich um eine Rache des Analytikers für subtile Kränkungen durch den verächtlichen Spott des Analysanden während der Sitzungen handelt.

Das Beispiel unterstreicht das psychoanalytische Prinzip der Nachträglichkeit. Ein Fehler kann im Rahmen einer psychoanalytischen Behandlung nie isoliert betrachtet werden. Erst nachträglich, z.B. wenn sich ähnliche Fehler unbegriffen wiederholen, wird ein kleiner potenziell therapeutisch gewinnbringender Fehler zum größeren Prozessbehindernden Fehler. Umgekehrt sind oft mehrere einzelne Fehler nötig, um nachträglich einen Handlungsdialog (Klüwer, 1983) zu begreifen. Die Mine der (unbegriffenen) Gegenübertragung lässt sich, da diese prinzipiell unbewusst ist, nicht umgehen, aber sie lässt sich in der nachträglichen Selbstanalyse, und in Super- und Intervisionen, erkennen und entschärfen.

Ich teile unter dem technischen Gesichtspunkt die Behandlungsfehler in zwei Gruppen ein: In Verletzungen des Settings und der psychoanalytischen Haltung der Abstinenz und Neutralität einerseits und in versäumtes oder falsches Merken, Erkennen oder Begreifen andererseits. Unter dem Aspekt der Schwere und des potenziellen Schadens möchte ich wie folgt gliedern:

1. *Verletzung ethischer Behandlungsregeln:* Darunter fallen alle Arten grundlegender Verletzungen des psychoanalytischen Berufskodexes, insbesondere narzisstische und sexuelle Missbräuche des Behandlungsverhältnisses, das Aufgeben der Abstinenz, Passivität und Neutralität als Grundhaltung des Analytikers (Saegesser, 1993, 1995), aber auch die Missachtung basaler berufsethischer Grundsätze wie Vertraulichkeit und Wahrhaftigkeit. Dazu gehören auch Verführungen, den Patienten durch Realbefriedigung abhängig zu machen, seine Autonomie durch psychischen Druck einzuschränken, sowie ihn verächtlich oder abwertend zu behandeln.
2. *Strategische Behandlungsfehler:* Dazu gehören alle Behandlungsfehler, die sich durch das Einschlagen und Verfolgen sowie Nicht-Korrigieren einer falschen Behandlungsstrategie

ergeben. Diese strategischen Behandlungsfehler haben oft mit diagnostischen Fehleinschätzungen und/oder unbegriffenen charakter- oder gegenübertragungsbedingten, ideologischen oder technisch problematischen Fehlhaltungen des Analytikers gegenüber einem Patienten zu tun, die sich mit der vom Patienten induzierten Übertragung/Gegenübertragung in unerkannter Weise verzahnen und zu einer potenziell chronischen und irreversiblen Entgleisung oder zumindest Stagnation des Behandlungsprozesses aufschaukeln.

3. *Taktische Behandlungsfehler:* Diese Behandlungsfehler machen das Gros jener Fehler aus, die uns im Behandlungsalltag unterlaufen. Es sind die typischen Fehler, über die wir in Inter- und Supervision reden: Die Abwehr des Erkennens einer schwierigen, lästigen, schmerzhaften, bedrohlichen Gegenübertragung, das Agieren solcher Gegenübertragungen, die dadurch entstehenden unbegriffenen bedrohlichen Verstrickungen zwischen Analytiker und Analysand, Fehler im Umgang mit dem Setting und im Umgang mit der psychoanalytischen Haltung (Mangelnde Abstinenz, mangelnde Neutralität, Fixierung in der Position des »sujet supposé savoir«, zu starke oder mangelnde emotionale Resonanz, zu starke oder mangelnde Abgrenzung, Über-Ich-Intropressionen, Theoriefixierung, ungenügendes Realisieren der frei schwebenden Aufmerksamkeit), die Fehler im Umgang mit dem Widerstand und der Übertragung (Nicht-Erkennen, nicht oder unangemessen deuten) (Fäh, 2001).

4. *Alltägliche Verhaltens- und Interventionsfehler:* Diese Fehler umfassen all jene, die einerseits mit unserer Tagesform zu tun haben (Unaufmerksamkeit, kleinere Nicht-Beachtungen der Abstinenzregel, Preisgeben von Privatem z.B.) und für sich allein genommen keine gravierende Auswirkung auf den Behandlungsverlauf haben, da sie in das üblicherweise gute Funktionieren des Analytikers und sein adäquates Verständnis des Patienten eingebettet sind, die jedoch – vor allem im Wiederholungsfalle und im Kontext anderer Signale – wichtige Indizien für die Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamik sein können. Falls sie ignoriert werden, bilden sie den Nährboden für schwerer wiegende taktische Behandlungsfehler, z.B. das Entstehen einer unbegriffenen negativen Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamik.

Ich beschränke mich auf einige Beispiele zur Illustration.

Verletzung ethischer Behandlungsregeln

Eine Studentin, 27, suchte Hilfe bei einem Psychoanalytiker wegen ihren Arbeitsstörungen und ihrer Anorgasmie. Die Patientin erzählte dem Analytiker ausführlich von ihren sexuellen Fantasien und Masturbationspraktiken und ihrer Unfähigkeit, zum Orgasmus zu kommen. Die Patientin appellierte eindringlich an den Analytiker, ihr doch konkret zu helfen, wie sie zu einem Orgasmus kommen könne. Der Analytiker gab die analytische Haltung der Abstinenz auf und riet der Patientin zu bestimmten Masturbationspraktiken. Die Analysandin sagte, es klappe immer noch nicht, wenn sie zuhause übe, ob sie nicht auf der Couch masturbieren dürfe. Der Analytiker ermunterte sie dazu. Die Patientin hatte auf der Couch zum ersten Mal einen Orgasmus. Kurz darauf brach sie die Analyse ab.

Offensichtlich wurde hier die spezifische analytische Ethik verletzt. Der Analytiker beschränkte sich nicht darauf, gemeinsam mit der Patientin ihre innere Welt und ihre das volle sexuelle Gefühl verhindernden inneren Vorgänge zu untersuchen, sondern wechselte in eine handelnde Position, mit der Rationalisierung, verhaltens- und sexualtherapeutische Elemente gehörten in eine gute Analyse. Er wurde vom Diener zum Verführer (Saegesser, 1993). Er gab das Setting und die analytische Abstinenz auf und pervertierte die Analyse zu einem Ort der agierten und phantasmatisch beiderseitigen masturbatorischen Triebbefriedigung, statt die aggressive Erotisierung der Patientin als Widerstand gegen das analytische Arbeiten zu begreifen. Dass die Patientin die Analyse abbrach, deutet auf die Enttäuschung darüber hin, dass der Analytiker die Grenzen nicht aufrechterhalten und ihre Übertragung nicht verstehen konnte.

Falsche Strategie

Vera kam vor vier Jahren wegen einer schweren sexuellen Missbrauchsthematik zu mir. Ihre Symptome waren ausufernde Promiskuität, Unfähigkeit zu geregelter Arbeit, mittelschwere wiederkehrende Depressionen. Ich schlug ihr eine dreistündige psychoanalytische Therapie im Sitzen vor, da ich daran zweifelte, dass sie einer Analyse im Liegen zum jetzigen Zeitpunkt gewachsen war. Vera entwickelte schnell eine intensive und ambivalent-unsicher getönte Arbeitsbeziehung. Sie ertrug die Pausen zwischen den Stunden kaum, klagte über große Ängste und Suizidalität. Sie begann mir E-Mails zu schreiben. Ich tolerierte dies, legte aber Grenzen fest und sagte, ich könne mich nicht verpflichten, ihre E-Mails zu lesen und zu beantworten. Sie benutzte die E-Mail-Verbindung in der Folge vor allem, um schreckliche Details zu berichten, über die zu sprechen sie sich noch nicht in der Lage fühlte. Die Liebeswünsche intensivierten sich bald derart, dass sie »Authentizitätsbeweise« von mir verlangte. Sie bestand darauf, dass ich ihr »etwas Reales« aus meinem Gefühlsleben erzähle, so dass sie mich als Person spüren und besser in sich halten könne. Sie wolle mich als reale greifbare authentische Mutter und nicht als abstinente Analytiker. Auf die Versagung durch das Setting reagierte sie mit einer massiven negativen Übertragung, wurde akut depressiv, arbeitete kaum noch und kam in massive Geldprobleme. Sie inszenierte die Situation des armen abhängigen Kindes mit leeren Händen, das dem Missbraucher seine Liebe und seinen Körper anbietet, um Aufmerksamkeit zu bekommen. Die Frustration durch das Setting wurde für Vera subjektiv unerträglich und war nicht mehr zu bearbeiten. Wir beendeten die Behandlung in der übereinstimmenden Einschätzung, dass sie durch die analytische Abstinenz überfordert war und sich nicht von der Überzeugung lösen könne, dass sie die Liebe, die sie als Kind vermisst habe, als Erwachsene doch noch bekommen könne.

Was habe ich falsch gemacht? Ich denke, dass der strategische Fehler möglicherweise darin bestand, mit der Patientin eine hochfrequente Psychotherapie im Sitzen durchzuführen, die trotz des sitzenden Settings eine intensive Regression und Übertragung provozierte, der ich nicht mehr Herr werden konnte. Die Idee, der Ich-Regression mit Hilfe des Verzicht auf die Couch etwas entgegenzusetzen, erwies sich im Nachhinein als ebenso illusionär wie falsch (weil auch das sitzende Setting wegen des Verführungscharakters und der sinnlichen Exponiertheit bei gleichzeitiger Frustration jeglicher körperlicher Wünsche regressionsfördernd war), genauso wie auch die Versuche, die fehlende Sicherheit und Objekt Konstanz durch das Übergangsobjekt der E-Mails zu kompensieren, weil diese Befriedigungen ihrerseits wiederum die Regression und die Liebesabhängigkeit förderten.

Was wäre richtig gewesen? Die Patientin liegend vierstündig zu behandeln und kein Agieren zwischen den Stunden zuzulassen? Wäre die Patientin damit nicht in eine suizidale Krise geraten und hätte womöglich hospitalisiert werden müssen? Wäre das falsch gewesen? Aus klassischer Sicht nicht, denn ich hätte die analytische Position und den Rahmen für die weitere Analyse streng verteidigt. Möglicherweise hätte sie sich aber auch suizidiert oder die Behandlung früher abgebrochen. Die Patientin in eine niederfrequente Therapie nehmen? Damit hätte die Regression vermieden werden können, gleichzeitig wäre damit aber vermutlich einer gründlichen Bearbeitung des Traumas der Riegel geschoben worden. Das Beispiel verdeutlicht, wie die Beurteilung von Fehlern, die nicht in die Kategorie der klar fassbaren und krassen Entgleisungen fallen, relativ zu den Folgen ist.¹ Ein Scheitern der Therapie sollte jedoch immer zur selbstkritischen Suche nach eigenen möglichen Behandlungsfehlern führen. Und vielleicht sollten manchmal auch alternative, nicht-psychoanalytische Therapieformen in Erwägung gezogen werden.

Falsche Taktik

Zeno, ein 24-jähriger Student, kam vor fünf Jahren wegen massiven Arbeitsstörungen, Drogenmissbrauch, akuten depressiven Verstimmungen, sich wiederholenden unglücklichen Liebesbeziehungen und einer ziemlichem Vervahrlosung zu mir. Wir begannen eine psychoanalytische Therapie, zwei Stunden pro Woche, face to face. Als er sich stabilisierte und einer analytischen Arbeit zugänglich erschien, wechselten wir das Setting zu einer Analyse mit drei Wochenstunden im Liegen. Zeno war der ältere von zwei Söhnen. Seine Mutter hatte sich, als er drei Jahre alt war, vom Vater getrennt und sich mit einem anderen Mann zusammengetan, mit dem sie zwei Jahre später nochmals ein Kind, Zenos jüngeren Bruder, hatte. Auch die zweite Liaison ging kurz darauf in die Brüche, und Zeno wuchs ab dem Alter von sieben Jahren zusammen mit seinem Halbbruder bei der Mutter auf. In der Übertragung manifestierte sich bald eine große Sehnsucht nach einer starken und verlässlichen Vaterfigur. Er idealisierte mich, wurde immer passiver in den Sitzungen, schwieg und wartete auf Interventionen meinerseits. Er provozierte mich, die Rolle eines strengen Erziehers zu übernehmen (er bezahlte die Rechnungen zu spät, kam regelmäßig zu spät und oft bekißte in die Sitzungen). Er entwickelte eine starke Über-Ich-Übertragung, die ein massiver Widerstand gegen das freie Assoziieren darstellte. Er wertete meine Äußerungen als nutzlos ab und entzog sich der gemeinsamen analytischen Arbeit und der gefühlsmäßigen Nähe. Ich deutete sein Verhalten als Appell an mich, homosexuelle Wünsche zu erfüllen, als potenter Vater zu fungieren und ihn heftig anzupacken. Ich deutete auch seine neidische Rivalität. Die negative Übertragung verschärfte sich, er verböhte mich in den Stunden derart, dass ich massiv mit Impulsen kämpfen musste, ihn wegzuschicken. Er schaffte es immer wieder, mich so zu verärgern, dass eine gewisse Gereiztheit in meine Deutungen einfluss. Ich fühlte mich deswegen schuldig, was meine Gegenübertragungsaggression

¹

Siehe dazu die Kontroverse über die therapeutische Haltung gegenüber Borderline-Patienten: Ich habe wohl mehr eine Haltung im Sinne Winnicotts (2006, S. 316ff.) eingenommen und versucht, die Patientin zu »halten« und das Risiko einer regressiven Idealisierung (und Entidealisierung in der negativen Übertragung) in Kauf genommen. Gemäß den Leitlinien der »Kernberg-Schule« (Clarkin et al. 2008) hätte ich nicht gewährend sein sollen, d.h. keine E-Mails zulassen, sondern dieses Anliegen als Idealisierung und Liebeswunsch und ihr Insistieren darauf als Widerstand gegen die analytische Arbeit deuten sollen, um so durch die Frustration und die Bearbeitung der Aggression auf eine Stärkung des Ich hinzuarbeiten. Dieses Beispiel verdeutlicht vielleicht, dass es nicht so leicht ist, strategische Fehler eindeutig als solche zu erkennen und im Nachhinein dingfest zu machen. Es bleibt ein gewisser Interpretationsspielraum, was als Fehler betrachtet werden kann.

verschärft. Wir kamen nicht vom Fleck, ich fühlte mich resigniert und war seiner überdrüssig. Ich kam mir mit meinen Deutungen der homosexuellen passiven Wünsche und Kastrationsängste schematisch und lieblos vor. Ich hatte das Gefühl, mit ihm in einer Sackgasse zu stecken.

Was machte ich falsch? In einer Stunde, in der er mich wieder unter Beschuss nahm und mich als Behälter für seine hilflose überbordende Aggression brauchte und ich mich missbraucht und in die Enge getrieben fühlte, kam ich innerlich in Kontakt mit dem Bild einer überforderten jungen Mutter, die schon während der Schwangerschaft ihrem Kind gegenüber tief ambivalent gewesen war und wegen ihren Schuldgefühlen sich immer wieder anstrengte, eine besonders gute Mutter zu sein. Ich realisierte, dass ich komplementär mit diesem inneren Objekt, einer unberechenbaren ambivalenten und von Schuld, Verzweiflung und Resignation geplagten Mutter, identifiziert war und begann, seine Aggressivität weniger als triebhafte Aggression (Sadismus, Rivalität) denn als eine abgewehrte Depression zu begreifen oder jedenfalls als Teil einer unsicheren und ambivalenten verinnerlichten Objektbeziehung. Als ich dies anlässlich einer neuerlichen Attacke von seiner Seite zu verstehen gab und zu ihm sagte, dass er möglicherweise Angst habe, mich zu verlieren, weil er mich, wie als kleiner Junge seine Mutter, als innerlich abwesend und unberechenbar erlebe und mit seinen Provokationen einerseits versuche mich zu erreichen, aber auch Angst- und Verlassenheitsgefühlen zuvorkomme, änderte sich die Atmosphäre in der Analyse. Er blieb still und begann leise zu weinen. Nach einer Weile sagte er: »Schön, das hat etwas...aber ich weiß immer noch nicht, was ich damit anfangen soll. Irgendwie scheinen Sie von mir zu erwarten, dass ich out of the blue eine Idee habe, mein Leben zu verändern...«. Ich sagte: »Drücken Sie mit diesem überraschenden Einfall out of the blue nicht etwas aus, was hinter Ihrer Feindseligkeit steckt, ihre Angst vor einer großen Leere, vielleicht einer Hilflosigkeit und Depression, von der Sie Angst haben, dass Sie sie nicht aushalten könnten, die so schrecklich sein könnte wie die Einsamkeit in Ihrer Kindheit?« Er kam in der Folge in Kontakt mit seiner Verzweiflung und Isolation, die Analyse nahm einen guten Fortgang.

Mein taktischer Fehler war, dass ich mich zu stark auf die Deutung der passiven homosexuellen Wünsche fixierte (zur Thematik depressiver Borderline-Patienten siehe Rohde-Dachser, 2010). Die Trieb- und Abwehrdeutungen, die auf sein Wunsch- und Angsterleben statt auf sein subjektives Erleben des Analytikers fokussiert waren, verfehlten die depressive Thematik und steigerten seine Verfolgungs- und Intrusionsängste, weil ich patienten-zentrierte statt analytiker-zentrierte Deutungen gab (siehe dazu Steiner, 1998). Der taktische Fehler bestand auch darin, dass ich eine komplementäre Identifizierung im Sinne von Racker (1981) nicht erkannt und zu lange agiert hatte.

Alltagsfehler

Didier ist seit sechs Jahren wegen einer ihn in seinem Liebesleben massiv behindernden Perversion in Analyse. Die Analyse kam nach jahrelangen Anfangsschwierigkeiten, in denen sich der Analysand in einer intellektuell brillanten und gleichsam gefügigen aber emotional unerreichbaren Haltung eingemauert hatte, um seine Perversion und die damit zusammenhängenden Fantasien und Gefühle zu schützen, besser in Gange. Seit einiger Zeit jedoch realisierte ich, dass ich die Stunden oft einige Minuten zu spät begann, schob aber die Auseinandersetzung damit von mir weg. Erst als ich ihn einmal zehn Minuten zu spät aus dem Wartezimmer holte, begann ich über meine Gefühle und die Dynamik nachzudenken. Auch wenn Didier die Stunde wie üblich damit anfang, einige Minuten zu schweigen und dann zu erzählen, beschäftigte mich jetzt meine Verspätung. Zwischen der Aufmerksamkeit auf meine Gefühle und seinen Einfällen oszillierend, hörte ich ihn sagen:

»Ich möchte schon den ganzen Tag Leute ermorden. Wenn zwei miteinander reden, brenne ich vor Eifersucht, ich kann kaum noch denken vor Wut. Niemand liebt mich, wenn die Leute mich wirklich kennen würden, würden sie sich mit Abscheu abwenden. 'Jetzt konnte ich seine Einfälle mit meinen bis anhin abgewehrten Gefühlen verknüpfen, mein Gegenübertragungsagieren verstehen und für eine Deutung verwenden: Ich hatte mich mit Abscheu vor seinen perversen und gewalttätigen Wünschen und seiner gegen mich gerichteten Aggression abgewandt und ihn deshalb zu spät empfangen.

Dieses Beispiel veranschaulicht, dass ein Alltagsfehler der beste Freund des Analytikers ist, wenn er eine entsprechende individuelle Fehlerkultur entwickelt, d.h. einen wachsam inneren Supervisor zur Verfügung hat. Diese Art von Fehlern, d.h. die unbewussten Fehlleistungen des Analytikers, sind der Königsweg der Gegenübertragungsanalyse. Nur durch eine entsprechende Toleranz, solche Fehlleistungen nicht zu verurteilen, sondern sie als normale und notwendige Störungen seiner grundlegenden empathischen und rezeptiven analytischen Haltung des Zuhörens zu akzeptieren und für die Gegenübertragungsanalyse zu nutzen, kann der Analytiker eine stabile und verlässliche Haltung der permanenten Lernbereitschaft aufrechterhalten.

Die psychoanalytische Fehlerkultur – Ist und Soll

Zur Grundlage einer neuen offenen Fehlerkultur gehört die Bereitschaft zu akzeptieren, dass psychoanalytisches Arbeiten meistens suboptimal ist und immer verbessert und vervollkommen werden kann (Das japanische Prinzip des Kai-Zens). Es ist zwischen der individuellen Fehlerkultur des einzelnen Therapeuten und der offiziellen Fehlerkultur der psychoanalytischen Gruppen und Institutionen zu unterscheiden. Beide Aspekte stehen natürlich in einem engen Zusammenhang und wirken aufeinander ein. Die grundsätzlich skeptische, fragende und forschende Grundhaltung mit dem Fokus auf Übertragung und Gegenübertragung fordert vom Psychoanalytiker im Alltag geradezu, permanent fehler-sensitiv zu sein. Entsprechende »Routinen« werden in der psychoanalytischen Ausbildung eingeübt: Selbstanalyse der Gegenübertragung, Gleichschwebende Aufmerksamkeit gegen außen wie gegen innen, Offenheit für Irritationen, Aushalten des Nicht-Verstehens (negative capacity), Triangulierung (second look) im Falle von Gegenübertragungsproblemen und Agieren. Die Notwendigkeit von lebenslanger Intervision bzw. Supervision wird nicht bestritten. Die meisten Analytiker besprechen ihre Probleme und Fehler im Kreis von Kollegen, von denen sie sich akzeptiert fühlen und von denen sie keine Verurteilung und Beschämung befürchten müssen, wenn sie nicht dem »Analytiker-Ideak« entsprechen.

Je mehr sich aber die Fehlerkultur vom intimen Umgang des Analytikers mit sich selbst bzw. im engen vertrauten Kreis von Intervision und Supervision entfernt und in den Bereich fachöffentlicher psychoanalytischer Gruppen und Institutionen bewegt, desto häufiger ist die Tendenz zu beobachten, dass auch in Fallbesprechungen oder Fallvorstellungen und -diskussionen mehr einem fehlerfreien Analytiker-Ideal gehuldigt wird, anstatt dass offen über eigene Schwächen gesprochen wird. Zu groß scheint die Angst zu sein, sich mit authentischen Darstellungen dessen, was man wirklich in den Analysestunden sagt und macht, zu demaskieren und unmöglich zu machen. Dass diese Zurückhaltung auch einem gesunden Anteil von Diskretion und des verständlichen Schutzes der analytischen Dyade geschuldet ist, mögen wir gerne gelten lassen; ein nicht zu vernachlässigender problematischer Faktor scheinen uns jedoch die

narzisstische Verletzlichkeit und die damit zusammenhängenden Ängste zu sein. Wie sonst ist es erklärbar, dass in Fallvignetten kaum Einblick in die wirklichen Aussagen von Analysand und Analytiker gewährt wird? Wie sonst sind die mit theoretischen Konzepten gleichsam zubetonierten Fallvorstellungen an vielen psychoanalytischen Kongressen zu verstehen? Dass damit die Über-Ich-Angst weiter gefördert wird, muss nicht besonders betont werden.

Es ist also bei den Psychoanalytikern die gleiche Zwiespältigkeit gegenüber einer offeneren Fehlerkultur zu beobachten, die sie auch gegenüber einer kritischen Untersuchung ihrer eigenen Methode zunächst an den Tag legen. Im engen privaten Kreis und in der eigenen Psychohygiene ist man offener, nach außen schließt man die Wagenburg. Aufgrund dieser nur im intimen Kreise, aber nicht fachöffentlich gepflegten Fehlerkultur fehlt bislang auch eine wissenschaftliche und systematische Auseinandersetzung mit dem Thema. Wir stoßen gewissermaßen ins Niemandsland vor, wenn wir Zielvorstellungen einer Selbstbewusstären und offeneren und damit wirksameren psychoanalytischen Fehlerkultur entwickeln.

Die folgenden Leitgedanken sind vom einzelnen Analytiker im Rahmen seines persönlichen Umgangs mit Fehlern wie auch von psychoanalytischen Gruppen und Institutionen zu beherzigen.

1. Enttabuisierung von Behandlungsfehlern:

Sowohl die psychoanalytischen Gruppen und Institutionen als auch die einzelnen Analytiker müssen den Mythos des fehlerfreien übermenschlichen Analytikers überwinden. Die Schere zwischen offiziellem »Heiligenbild« und der Realität der Alltagspraxis muss geschlossen werden. So wie Heimann (1950) den Mythos des über den eigenen Gefühlen stehenden objektiven und neutralen Psychoanalytikers offiziell demontrierte, müssen wir heute den Mythos des perfekt funktionierenden Gegenübertragungsanalyse-Athleten überwinden. Selbst wenn wir einigermaßen über unsere Komplexe im Bild sind und die psychoanalytische Behandlungsethik verinnerlicht haben, stolpern wir von Fehler zu Fehler, von Irrtum zu Irrtum. Fehler-Akzeptanz ist keine Laissez-Faire-Toleranz im Sinne eines leichtsinnigen Generalpardons (Irren ist menschlich, machen wir uns keinen Kopf, das Leben geht weiter), der zum Vergessen und Bagatellisieren der Fehler einlädt, sondern eine kritische und fordernde Toleranz: Fehler dürfen nur in der Haltung akzeptiert werden, dass man aus ihnen lernen und sich ernsthaft mit ihnen auseinandersetzen will. Auch im Umgang mit ethisch schwerwiegenden Behandlungsfehlern muss eine Kultur geschaffen werden, die nicht dem heute oft gängigen Verschweigen Vorschub leistet, sondern es jedem Psychoanalytiker ermöglicht, solche Entgleisungen in geeignetem Rahmen offen zu legen. Die psychoanalytischen Institutionen haben hier, zusammen mit ihren Ethik-Kommissionen, eine große Verantwortung. Psychoanalytiker klammern sich an ein Ideal, das in der Öffentlichkeit gar nicht eingefordert wird. So zeigt z.B. die amerikanische Fernseh-Serie »In Treatment« ungeschminkt die Alltagsfehlerhaftigkeit und menschlichen Schwächen eines Therapeuten auf, ohne grundsätzlich am Wert der Psychotherapie zu rütteln (Leuzinger-Bohleber, 2011). Zeugt die verzweifelte Bemühung, nach außen ein unrealistisches Übermenschensbild

unserer Alltagspraxis zu vermitteln, von einer immer noch gepflegten Abwehrhaltung, den »Feinden« der Psychoanalyse nicht in die Hände zu arbeiten? Schüren wir aber nicht gerade dadurch die Angst noch mehr, man würde seinen Ruf vernichten, wenn man zu seinen wirklichen, unspektakulären, manchmal lächerlichen und stümperhaften Interventionen stehen würde?

2. *Authentische Falldarstellungen:*

Die hermetisch abgeriegelten Falldarstellungen müssen der Vergangenheit angehören. Die Psychoanalytiker müssen eine Kultur des Sicht-Zeigens in ihren Falldarstellungen entwickeln. Die zurückhaltende Haltung als Bestandteil des analytischen Settings darf nicht in die interkollegiale Kommunikation ausgedehnt werden. Die Basis jeglicher theoretischer Fallkonzeptualisierung besteht in der authentischen Darstellung des in der Analyse Geschehenen. In noch zu schaffenden Fehlerkultur-Zirkeln könnte dies eingeübt werden.

3. *Intersubjektive Betrachtungsweise:*

Der intersubjektive Ansatz (Baranger & Baranger, 2009; Ferro, 2003) bietet fruchtbare Ansatzpunkte für die psychoanalytische Fehlerkultur. Ferro plädiert dafür, das analytische Material hinsichtlich der folgenden drei wichtigsten Lesarten zu verstehen: Erstens als Aussagen über das vergangene Leben, die frühen Objektbeziehungen, die Wünsche an die Eltern und Geschwister usw. usf. Zweitens als Ausdruck der gegenwärtigen Übertragungs-/Gegenübertragungsdynamik und der darin enthaltenen unbewussten Fantasien, drittens als unbewussten Kommentar des Analysanden über den aktuellen Zustand und das gegenwärtige Funktionieren des analytischen Paares. Wenn ein Analysand sich in einer Stunde empört über seinen Chef beschwert, der ihn schon seit Monaten immer wieder unnötig belehrt und bevormundet, kann der Analytiker dies als einen Hinweis darauf verstehen, dass der Analysand im Moment den Analytiker als zu belehrend erlebt, und seinen eigenen Interventionsstil kritisch hinterfragen. Umgekehrt kann er den Einfall einer Analysandin, dass sie ein bis anhin sehr kritischer Geschäftspartner zu Beginn eines Meetings spontan umarmt und ihr gesagt habe, dass er sie sehr möge, als Bestätigung dafür auffassen, dass die Analysandin sich vom Analytiker sehr akzeptiert fühlt, nachdem sie ihn offenbar längere Zeit als zu kritisch erlebte. Solche Einfälle sollten nicht gedeutet, sondern als Anlass genommen werden, den eigenen Interventionsstil und allfällige Fehler zu reflektieren und daraus die Konsequenzen zu ziehen und die Einstellung bzw. das Verhalten zu ändern.

4. *Ent-Stigmatisierung und Normalisierung von Behandlungsfehlern:*

Den Umgang mit den kleineren alltäglichen und taktischen Fehlern, so wird erwartet, löst ein Psychoanalytiker im Alleingang, größere strategische Behandlungsfehler sind nur den Anfängern vorbehalten, und ethische Behandlungsfehler führen zur sozialen Vernichtung des

betreffenden Psychoanalytikers. Abweichungen von diesem Ideal werden stigmatisiert. Dies führt zu einem Widerstand, sich überhaupt mit Fehlern zu befassen.

Darum muss dieser Stigmatisierung entschlossen begegnet werden, individuell wie in den psychoanalytischen Institutionen. Es geht darum, eigene Fehler zu erkennen, dazu zu stehen, daraus zu lernen und die psychoanalytischen Fähigkeiten stetig zu verbessern, und nicht darum, einzelne PsychoanalytikerInnen zu ächten.

5. *Gründliche Fehler-Analyse:*

Selbstverständlich muss parallel zur Normalisierung der Fehlerkultur auch eine Kultur der gründlichen und sorgfältigen nachträglichen Fehleranalyse, nicht nur im privaten Kreis und in der in-group, sondern auch in der psychoanalytischen Öffentlichkeit, gefördert und gelebt werden. Gerade die sorgfältige Aufarbeitung eines Behandlungsfehlers ermöglicht es dem Analytiker, ein Expertenwissen zu generieren, auf das er bei ähnlich gelagerten Problemen in Zukunft zurückgreifen kann.

Als hauptsächliches innerpsychisches Hemmnis der Realisierung einer offenen psychoanalytischen Fehlerkultur erachte ich die Projektion einer archaischen Mutter-Imago und eines strafenden Über-Ichs auf die Psychoanalyse und ihre Institutionen. Diese Unterwerfungsbereitschaft ihrerseits wird von den in den psychoanalytischen Institutionen tonangebenden und herrschenden Kräften, Personen und Gremien durch infantilisierende und einschüchternde Machtausübungsrituale (z.B. im Rahmen der Ausbildung und Zertifizierung der angehenden Psychoanalytiker) befriedigt. Dies führt zu einer inneren Notwendigkeit, die psychoanalytische reine Lehre, die Idealvorstellung eines fehlerfreien und über jeden Zweifel erhabenen Psychoanalytikers (das Subjekt, dem das Wissen unterstellt wird!) und die sie vertretenden Institutionen zu idealisieren und den Verlust der Anerkennung durch sie zu fürchten. Die psychoanalytische Gruppe und die sie vertretende Institution werden damit zu einer Selbstgefühl stabilisierenden und gleichzeitig mit tödlichem Liebesentzug drohenden allmächtigen Autorität. Die Abwehr der Angst, von ihr fallengelassen und verfemt zu werden, führt zu einer unbewussten Identifikation mit dem Aggressor, zu Selbstzensur und zur Verinnerlichung von Verboten, neue und eigene Gedanken zu denken und die eigene psychoanalytische Praxis kritisch zu hinterfragen.

Zudem sind die Psychoanalytiker durch ihre Arbeit permanent affektiv destabilisiert. In einer zwanghaft ausbalancierenden Gegenbewegung stehen sie allem Neuen, grundsätzlicher Selbstkritik und einer offenen Fehlerkultur skeptisch gegenüber, da sie sich von weiterer Destabilisierung bedroht fühlen. Sie reagieren mit einem konservativen Reflex. Von daher auch die behagliche Freude vieler Psychoanalytiker an der Beschränkung auf Freud-Exegese.

Gibt es einen anderen Umgang mit diesen inneren Hemmnissen? Wie kann eine neue kreative Fehlerkultur individuell wie institutionell aufgebaut und verbessert werden?

Wie immer in jeder Entwicklung, in einer individuellen wie in einer institutionellen, verläuft der Entwicklungsprozess der Angst entlang. Die Devise kann nur heißen: Die Ängste vor einem neuen offenen Umgang mit eigenen Fehlern nicht abwehren, sondern aushalten und sie analysieren, sich von den Ängsten nicht terrorisieren lassen, sondern an ihnen wachsen und sie überwinden.

Die Etablierung einer neuen offenen Fehlerkultur bettet sich ein in alle anderen Bemühungen, die Psychoanalyse und die Psychoanalytiker in einer sich verändernden Welt lebendig und kreativ zu erhalten.

Literatur:

- Akoluth, M. (2004). *Unordnung und spätes Leid. Bericht über den Versuch, eine misslungene Analyse zu bewältigen*. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Balint, M. (1970). *Therapeutische Aspekte der Regression*. Stuttgart: Klett.
- Baranger, M. & Baranger, W. (2009). *The work of confluence. Listening and interpreting in the psychoanalytic field*. London: Karnac.
- Bion, W. (1992). *Cogitations*. London: Karnac.
- Clarkin, J.F., Yeomans, F.E. & Kernberg, O.F. (2008). *Psychotherapie der Borderline-Persönlichkeit*. Stuttgart: Schattauer.
- Cremerius, J. (2008). *Vom Handwerk des Psychoanalytikers. Das Werkzeug der psychoanalytischen Technik, Bd. 1 und Bd.2*. Stuttgart: Frommann-Holzboog.
- Drigalski, D. von (2003). *Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse*. Berlin: Peter Lehmann Antipsychiatrieverlag.
- Etchegoyen, H. (1992). *The fundamentals of psychoanalytic technique*. London: Karnac.
- Fäh, M. (2001). Wenn Analyse krank macht. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden* (S. 109-147). Mainz: Mathias-Grünwald-Verlag.
- Fäh, M. & Fischer, G. (Hrsg.). (1998). *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung. Eine kritische Auseinandersetzung mit Aussagen und Forschungsmethoden*. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Ferro, A. (2003). *Das bipersonale Feld. Konstruktivismus und Feldtheorie in der Kinderanalyse*. Giessen: Psychosozial.
- Fink, B. (2005). *Eine klinische Einführung in die Lacansche Psychoanalyse. Theorie und Technik*. Wien: Turia und Kant.
- Freud, A. (1954). The widening scope of indications for psychoanalysis. Discussion. *Journal of the American Psychoanalytical Association*, 2, 607-620.
- Freud, S. (1912). *Ratschläge für den Arzt bei der psychoanalytischen Behandlung*, GW VIII, 375-387.
- Freud, S. (1913). *Zur Einleitung der Behandlung*, GW VIII, 455-478.
- Freud, S. (1915). *Bemerkungen über die Übertragungsliebe*, GW X, 305-321.
- Freud, S. (1918). *Aus der Geschichte einer infantilen Neurose*, GW XII, 27-157.
- Gardiner, M. (1971). *Sigmund Freuds berühmtester Fall. Erinnerungen, Berichte, Diagnosen*. Frankfurt: S. Fischer.
- Goethe, J. W. (1981). *Wilhelm Meisters Wanderjahre. Werke - Hamburger Ausgabe Bd. 8, Romane und Novellen III*, 10. Aufl., München: dtv.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Green, A. (2010). *Illusions et désillusions du travail psychanalytique*. Paris: Odile Jacob.
- Greenson, R.R. (1967). *The technique and practice of psychoanalysis*. New York: International Universities Press; dt. (1973) *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett.
- Heimann, P. (1950). On countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 31, 81-84.
- Henseler, H. & Wegner, P. (1993). *Psychoanalysen, die ihre Zeit brauchen. Zwölf klinische Darstellungen*. Opladen: Westdeutscher Verlag.
- Hoffmann, S. O. (2002). Schädliche und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Ist das Risiko bei

- störungsspezifischen Ansätzen geringer? In D. Mattke, G. Hertel, S. Büsing & K. Schreiber-Willnow (Hrsg.), *Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik* (S. 59-71). Frankfurt/Main: VAS.
- Jacke, A. (2005). *Marilyn Monroe und die Psychoanalyse*. Giessen: Psychosozial.
- Kaiser, H. (1997). *Grenzverletzung. Macht und Missbrauch in meiner psychoanalytischen Ausbildung*. Zürich: Walter.
- Klüwer, R. (1983). Agieren und Mitagieren. *Psyche*, 37 (9), 828-840.
- Lacan, J. (1961/62). *Le Séminaire. Livre VIII. L'identification*. Unveröffentlicht.
- Leuzinger-Bohleber, M. (2010). Interview auf der Website „In Treatment“.
http://blog.zdf.de/intreatment/2010/02/23/was_konnten_therapeuten_von_in/.
 Heruntergeladen 26. Mai 2011.
- Loch, W. (2003). *Deutungs-Kunst*. Tübingen: edition diskord.
- Mack-Brunswick, R. (1928). A supplement to Freud's 'history of an infantile neurosis'. *International Journal of Psychoanalysis*, 9, 439-476.
- Obholzer, K. (1980). *Gespräche mit dem Wolfsmann*. Reinbek: Rowohlt.
- Racker, H. (1981). *Übertragung und Gegenübertragung*. München: Reinhardt.
- Rohde-Dachser, C. (2010). Schermer als Objekt. Über Struktur und Inhalt der Borderline-Depression, *Psyche*, 64 (9/10), 862-889.
- Ruff, W., Ekesparre, D., Grabenstedt, Y., Kaiser-Livne, M., Längl, W. & Nagell, W. (2011). Behandlungs- und Kunstfehler in der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 27, 43-60.
- Rychner, M. (2006). *Grenzen der Marktlogik – Die unsichtbare Hand in der ärztlichen Praxis*. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Saegesser, B. (1993). Leporello und Don Giovanni – Psychoanalytische Haltung und Verführen. *Bulletin der Schweizerischen Gesellschaft für Psychoanalyse*, 35, 19-27.
- Saegesser, B. (1995). Was verführt zum Verführen? – Psychoanalytische Überlegungen zum machtmässigen, finanziellen und sexuellen Missbrauch. *Szondiana/Schriftenreihe aus dem Szondi-Institut Zürich*, 3, 106-117.
- Schneider, G. (2006). Ein »unmöglicher« Beruf« (Freud) – zur aporetischen Grundlegung der psychoanalytischen Behandlungstechnik und ihrer Entwicklung. *Psyche*, 60 (9), 900-931.
- Schneider, M. (2006). *Marilyn. Dernières séances*. Paris: Editions Grasset.
- Steiner, J. (1998). *Orte des seelischen Rückzugs*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Thomä, H. & Kächele, H. (2006). *Psychoanalytische Therapie. Band 2 Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Tschuschke, V. & Kächele H. (1998). Was leistet Psychotherapie? Zur Diskussion um differentielle Effekte unterschiedlicher Behandlungskonzepte. In M. Fähr & G. Fischer (Hrsg.), *Sinn und Unsinn in der Psychotherapieforschung* (S. 137-161). Giessen: Psychosozial-Verlag.
- Winnicott, D.W. (1949). Hate in the countertransference. *International Journal of Psychoanalysis*, 30, 69-74.
- Winnicott, D.W. (2006). *Reifungsprozesse und fördernde Umwelt*. Giessen: Psychosozial Verlag.
- Yalom, I. (1998). *Die rote Couch*. München: btb Verlag.
- Yalom, I. (2002). *Der Panama-Hut oder Was einen guten Therapeuten ausmacht*. München: btb Verlag.
- Yalom, I. (2005). *Die Schopenhauer-Kur*. München: btb Verlag.
- Zwiebel, R. (2007). *Von der Angst, Psychoanalytiker zu sein. Das Durcharbeiten der phobischen Position*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Zwiebel, R. (2010). *Der Schlaf des Analytikers. Die Müdigkeitsreaktion in der Gegenübertragung*. Stuttgart: Klett-Cotta, 3. Auflage.
- Zwettler-Otte, S. (Hrsg.) (2007). *Entgleisungen in der Psychoanalyse. Berufsethische Probleme*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.

Autor:

Markus Fähr, Dr. phil. (Jg. 1958), Psychoanalytiker IPA/SGPsa in eigener Praxis. Lehrbeauftragter an der Sigmund-Privatuniversität Wien, Dozent am Freud-Institut Zürich. Veröffentlichungen zur Psychotherapieforschung, sexuellen Identität, Paarbeziehung, Film und Psychoanalyse. Neuste Buchpublikation: Frenzel, Y., Fähr, M. (2010). *Cinépassion – eine psychoanalytische Filmrevue*. Giessen: Psychosozial. Kontakt: Dr. phil. Markus Fähr, Theaterstrasse 4, CH-8001 Zürich, info@markusfaeh.com.

Therapeutische Fehler in der körperorientierten Psychotherapie und der Beitrag der Forschung für die Entwicklung einer Fehlerkultur

Klaus-Peter Seidler, Karin Schreiber-Willnow

Zusammenfassung

Ausgehend von der Auffassung, dass jedes therapeutische Verfahren spezifische Grenzen und Unzulänglichkeiten aufweist, werden spezifische Risiken der Körperpsychotherapie im Allgemeinen aufgeführt. Daran anschließend wird anhand einiger Ergebnisse von empirischen Studien zur Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) verdeutlicht, wie Forschung einen wichtigen Beitrag für Therapeuten liefern kann, ihre therapieschulenspezifische Überzeugungen zu reflektieren und kritisch in Hinblick auf mögliche Fehlentwicklungen der eigenen therapeutischen Praxis zu hinterfragen. Ein solches Hinterfragen ist der Entwicklung einer Fehlerkultur dienlich, was abschließend am Beispiel der KBT-Forschungswerkstatt dargelegt wird.

Schlüsselwörter

Körperpsychotherapie, Konzentrative Bewegungstherapie, therapeutische Fehler, Psychotherapieforschung, Fehlerkultur

Abstract

Therapeutic mistakes in body oriented psychotherapy and the contribution of research for the development of an error culture

Based on the view that every psychotherapeutic approach has its own specific boundaries and shortcomings specific risks of body oriented psychotherapy in general are listed. It is argued that research can make a significant contribution for psychotherapists to reflect their therapeutic convictions and therapeutic practice. The discussion of empirical studies concerning the Concentrative Movement Therapy (KBT) illustrates how research results provide hints on potential undesirable developments in therapeutic practice. Regarding the development of an error and failure culture psychotherapists can benefit from the scientific attitude to challenge theoretical assumptions. This is illustrated by the example of the KBT research workshop.

Keywords

Body oriented psychotherapy, concentrative movement therapy, therapeutic mistakes, psychotherapy research, error culture

Für körperorientierte Psychotherapeuten stellt es eine besondere Herausforderung dar, sich mit therapeutischen Fehlern und Unzulänglichkeiten zu beschäftigen. Aufgrund ihres Außenseiterstatus in der Scientific Community sehen sie sich herausgefordert, belegen zu müssen, dass Patienten von ihrer speziellen Art psychotherapeutischer Arbeit profitieren (Röhrich, 2009). Die (öffentliche) Auseinandersetzung mit Gefährdungen oder Fehlentwicklungen, die mit dem eigenen therapeutischen Handeln verbunden sind oder sein könnten, fällt bei einem solchen Legitimationsdruck nicht leicht. Angesichts des psychisch »invasiven« Charakters einzelner dieser Interventionsmethoden, wie das verstärkte Atmen (Teegen, 1985), das Einnehmen körperlicher Stresspositionen (Sebastian, 1985) oder der körperlichen Berührung z.B. im Rahmen von Massage (Rolf, 2000), sind körperorientierte Psychotherapeuten aber insbesondere herausgefordert, ihr Handeln zu reflektieren und mögliche »Fallstricke« ihres therapeutischen Vorgehens zu erkennen.

Mit »Fallstricke« sind hier verfahrensspezifische Risiken gemeint, die jedes Psychotherapieverfahren aufweisen dürfte. So birgt z.B. die »Deutungshoheit« des Psychoanalytikers die Gefahr der Entwicklung einer untherapeutischen asymmetrischen Beziehungsgestaltung mit Abhängigkeit auf Seiten des Patienten oder Machtmissbrauch auf Seiten des Therapeuten. Dagegen tun sich Gesprächspsychotherapeuten in ihrem Bemühen um Empathie und unbedingte Wertschätzung möglicherweise schwer, aggressive (Gegenübertragungs-)Gefühle in der Beziehung zum Patienten in therapeutisch konstruktiver Weise zu nutzen. Und Verhaltenstherapeuten sind in ihrem therapeutischen Handeln, das insbesondere an den Symptomen des Patienten orientiert ist, gefährdet, die Dynamik in der therapeutischen Beziehung nicht ausreichend zu berücksichtigen.

Im Folgenden sollen die Fallstricke der Körperpsychotherapie erörtert werden. Zunächst werden die in der Literatur genannten Risiken der Körperpsychotherapie aufgeführt und an einem klinischen Fallbeispiel verdeutlicht. Anschließend soll anhand einiger Ergebnisse von empirischen Studien zur Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) dargelegt werden, wie Forschung einen wichtigen Beitrag für Therapeuten liefern kann, ihre therapieschulenspezifische Überzeugungen zu reflektieren und kritisch in Hinblick auf mögliche Fehlentwicklungen der eigenen therapeutischen Praxis zu hinterfragen. Ein solches Hinterfragen ist der Entwicklung einer Fehlerkultur dienlich (Caspar & Kächele, 2008), was abschließend am Beispiel der KBT-Forschungswerkstatt dargelegt wird.

Risiken der Körperpsychotherapie

Wir kennen vier verfahrensspezifische Risiken der Körperpsychotherapie (s.d. Young 2006). Diese stehen jeweils in Zusammenhang mit spezifischen theoretischen Konzepten:

1. Das Risiko der Retraumatisierung: Es wird in einigen Richtungen der Körperpsychotherapie das Konzept vertreten, dass ein Trauma nur dadurch aufgelöst werden kann, dass der Patient in das

Trauma »hineingeht« und die dann aufkommenden Gefühle sich »entladen« können, so dass ein natürlicher Heilungsprozess einsetzt. Ein solches »Entladungskonzept«, das sich z.B. bei Janov (1982) findet, führt zu einem therapeutischen Vorgehen, bei dem die Auflösung von Blockaden, die Umgehung von Widerständen oder deren Zusammenbrechen angestrebt wird. Es hat sich aber gezeigt, dass ein »mittleres« Erregungsniveau in der therapeutischen Arbeit an Traumata nicht überschritten werden darf, da es sonst zu einem Wiederentflammen des traumatischen Stresszustands kommt. In der Folge ist dann häufig eine maligne Entwicklung in der Behandlung zu verzeichnen.

2. Schädigung durch missbräuchliche Berührung: Berührungen durch den Therapeuten stellen in einigen der verschiedenen körpertherapeutischen Richtungen eine zentrale Interventionsform dar. Wenn dabei z.B. mit Bezug auf das therapeutische Konzept des Reparentings eine Auffassung vertreten wird, dass jede Berührung besser ist als gar keine Berührung, kann dies zu einer unreflektierten und letztlich missbräuchlichen Anwendung körperlicher Berührungen führen. Hingegen muss der therapeutische Einsatz von Berührungen von einer sehr klaren, wohl definierten und professionellen Intention begleitet werden.

3. Schädigung infolge eines »Durchbrechens der Abwehr«: Eine therapeutische Arbeit, die auf einem Konzept der somatischen Charakterpanzerung basiert, wie es z.B. in den reichianischen Richtungen der Körperpsychotherapie zu finden ist, wird in ihrem Vorgehen vor allem darauf abzielen, dass die Abwehr des Patienten »durchbrochen« wird. Erfolgt dann aber keine (ausreichende) therapeutische Arbeit an der »Reintegration«, bedeutet dies, dass dem Patienten seine bisherigen Coping-Strategien im Umgang mit Stress genommen werden, ohne dass ihm neue zur Verfügung stehen. In der Folge führt eine solche therapeutische Arbeit zu hochgradig labilisierten Patienten.

4. Schädigung durch unangemessene oder maligne Regression: Eine Orientierung am Konzept der Befriedigung emotionaler Defizite führt in der Therapie dazu, dass die Regression des Patienten als bedeutsam für den Heilungsprozess angesehen wird. Dies kann verschiedene problematische Entwicklungen in der Therapie zur Konsequenz haben: Der Therapeut nimmt eine omnipotente Rolle ein, komplementär ist der Patient mit seinem regressiven Zustand (»inneres Kind«) identifiziert. In der Folge flüchtet der Patient davor, Verantwortlichkeit für die Gestaltung seines Lebens zu übernehmen. Oder es werden aggressive Impulse auf Seiten des Patienten in der symbiotisch-regressiven Therapiebeziehung abgewehrt oder negiert und bleiben so unbearbeitet.

Da Körperpsychotherapie im klinischen Kontext häufig im Rahmen eines gruppentherapeutischen Settings zur Anwendung kommt (Seidler et al., 2002), sind auch Risiken zu beachten, die sich daraus ergeben. Die therapeutische Fokussierung auf den Körper und das Körpererleben kann insbesondere für Patienten mit schweren Körperbildstörungen eine große Bedrohung und im Rahmen von Gruppentherapie eine Überforderung darstellen. Im Vergleich zur Einzeltherapie können

Körperpsychotherapeuten im Gruppensetting ihre therapeutischen körperbezogenen Angebote weniger auf die individuellen Möglichkeiten der Patienten hin anpassen. Die Therapeuten müssen zudem mehr als in psychodynamischer Gruppentherapie einen direktiven Arbeitsstil realisieren, indem sie der Gruppe Angebote machen, sich in bestimmter Weise dem Körpererleben zuzuwenden, oder indem sie Patienten bei körperbezogenen Übungen anleiten. Diesbezügliche Übertragungsreaktionen der Gruppe sind in der therapeutischen Arbeit zu berücksichtigen, können aber im Gegenübertragungserleben von Körperpsychotherapeuten eine besondere Herausforderungen darstellen und Anlass für therapeutische Fehler sein. Dies soll anhand eines klinischen Fallbeispiels illustriert werden.

In der psychosomatischen Klinik wurde Frau A. vom Team in das Therapie-Setting mit zweimal 100 Minuten psychodynamische Gruppentherapie und zweimal 100 Minuten KBT-Gruppenbehandlung bei mir (K. S.-W.) pro Woche eingeteilt. Im KBT-Vorgespräch äußerte sie mir gegenüber große Skepsis gegenüber therapeutischen Gruppen, in denen sie sich wie vergewaltigt fühlen würde. Sie möchte einerseits offen sein, andererseits wolle sie sich aber nichts von anderen anhören müssen. In den ersten drei Gruppenstunden lässt sie sich auf die körperbezogenen therapeutischen Angebote ein, fühlt sich aber schnell überwältigt von den heftigen Affekten bei sich und in der Gruppe. Zu Beginn der vierten Stunde kommt sie zu mir und flüstert mir zu, dass es ihr schlecht gehe und sie die Gruppe verlassen möchte. Ich gehe nicht auf ihren Wunsch ein, sondern lade sie ein, zu bleiben und in der Gruppe für sich zu sorgen, z.B. sich einen Platz in der Ecke einzurichten. Sie lässt sich darauf ein zu bleiben. In der Befindlichkeitsrunde, mit der die Gruppenstunde üblicherweise beginnt, will sie dann jedoch nichts von sich mitteilen. Ich entscheide mich für ein gestalterisches Angebot mit Gegenständen, auf das sich der Rest der Gruppe einlässt. Jeder wählt sich acht Gegenständen als „Spielsteine“, die der Reihe nach auf dem Teppich als Spielfeld gesetzt werden. Später können noch „Züge“ gemacht werden. Beziehungen in der Gruppe lassen sich so symbolisch darstellen und die Einzelnen können ihren eigenen „Standpunkt“ zur bzw. innerhalb der Gruppe verdeutlichen. Die Gruppe ist konzentriert und ruhig dabei. Frau A. macht nicht mit, sitzt aber im Kreis der Mitpatienten neben mir auf einem 50 cm hohen Schaumstoffwürfel, auf dem sie immer mehr in sich zusammensackt. Nach etwa einer halben Stunde, am Spielende, verlässt Frau A. kurz den Raum, um dann wiederzukommen und endgültig mit den Worten „das hier ist nichts für mich - ich kann mich hier nicht öffnen, nicht einlassen.“ zu gehen. Im anschließenden Gespräch der Gruppe wird viel Ärger auf mich spürbar. Mir wird vorgeworfen, eine Standardintervention gemacht zu haben und nicht auf Frau A.'s individuelle Not eingegangen zu sein. Es sei ihr doch immer schlechter ergangen, und alle seien dadurch auch abgelenkt gewesen. Einem Mitpatienten wird übel; er wirft mir vorwurfsvoll an den Kopf: „Wenn Sie wüssten, wie schlecht es der Mitpatientin geht, hätten sie nicht so herzlos gehandelt.“

Meine damaligen Überlegungen, nachdem mir Frau A. zu Beginn der Gruppenstunde ihren Wunsch mitgeteilt hatte, die Gruppe verlassen zu dürfen, waren folgende gewesen: Ich hatte extra ein spielerisch-gestaltendes Angebot gewählt, das nicht so regressiv oder direkt konfrontativ mit anderen war, sondern mehr Abstand zuließ, um es für Frau A. leichter zu machen, im Kontakt mit der Gruppe zu bleiben. In der Folge habe ich, als sie neben mir saß, ihr „Zusammensacken“ nicht wahrgenommen, vielleicht auch nicht wahrnehmen wollen, habe mich den anderen Gruppenteilnehmern zugewandt und Frau A.'s nonverbalen Hilferuf, den ich dramatisierend empfand, übergangen. In einem Krisengespräch nach der Gruppenstunde konnte Frau A. dann beschreiben, dass sie sich in der KBT-Gruppe noch schlechter als in den Gesprächsgruppen fühle. Sie würde sich dort schnell durch heftige negative Emotionen „in den Boden gedrückt“ fühlen. So würde es ihr auch in der

Beziehung zu ihrem Ehemann ergeben. Sie hätte sich von mir Hilfe gewünscht, diese aber nicht erhalten. Stattdessen hätte ich mich abgewendet und um die Gruppe gekümmert. Nach einem vom therapeutischen Team beschlossenen Wechsel des Therapie-Settings nahm Frau A. nicht mehr an der KBT-Gruppe teil, sondern besuchte stattdessen die Kunsttherapiegruppe, in der sie sich gut einfindet, ihr inneres Erleben gestalten und über Bilder ausdrücken konnte.

Was war mein therapeutischer Fehler? Ich wollte Frau A. in der Gruppe halten, sie blieb zwar, aber weigerte sich zu sprechen. Ich habe sie dann „links liegen“ gelassen, als sie ihre Not und ihre Wünsche in Szene setzte. Als ich nicht für sie sorgen wollte, verließ sie die Gruppe. Die Balance zwischen fürsorglichem Umgang und konfrontativer Anforderung zu finden, war mir bei dieser Patientin in der Gruppe nicht gelungen.

Die im Folgenden dargelegten Forschungsergebnisse weisen auf weitere verfahrensspezifische Fallstricke körperorientierter Psychotherapie hin. Sie beziehen sich zwar nur auf die KBT, können sicherlich aber auch Therapeuten anderer körpertherapeutischer Richtungen anregen, zu überprüfen, inwieweit die dargestellten Befunde und davon abgeleiteten Überlegungen ebenfalls für sie relevant sind.²

Gibt es Misserfolge in der KBT?

Die vorliegenden Therapieevaluationsstudien zur KBT belegen, dass Misserfolge in der KBT, wie bei den etablierten Therapieverfahren auch (Lambert et al., 2002; Lambert und Ogles, 2004), keine vernachlässigbare Ausnahmererscheinung darstellen:

·In einer randomisierten kontrollierten Studie konnte keine Wirksamkeit der KBT bei orthopädischen Patienten mit chronischen Schmerzen nachgewiesen werden (Röper et al., 2002).

·Ebenfalls zeigte sich keine Wirksamkeit der KBT in Einzelfalluntersuchungen zur stationären Behandlung von Patienten mit schwerer chronischer Depression (Bauer-Petersen, 2002).

·Im Urteil älterer Patienten stationärer psychosomatischer Behandlung wird der gruppentherapeutischen Behandlung mit KBT von 15% der Patienten eine geringe oder negative Bedeutung zugesprochen (Baumann 1994). Möglicherweise tun sich ältere Patienten eher mit der KBT schwer, denn in einer anderen Studie beurteilten dagegen nur 3% der Patienten stationärer Psychotherapie die KBT als »nicht genügend« (Gathman, 1990).

·Im Kontext von (teil-)stationärer Psychotherapie sehen KBT-Therapeuten bei 13% ihrer Patienten keine Veränderungen durch die KBT-Behandlung; bei 1% der Patienten stellen sie eine

² In Folgendem wird der besseren Lesbarkeit halber weitgehend auf die Angabe statistischer Kennwerte oder anderer Zahlen verzichtet. Diese sind in den jeweils aufgeführten Veröffentlichungen zu finden.

Verschlechterung fest. Bei einem nicht unerheblichen Anteil der Patienten konstatieren sie Schwierigkeiten, sich auf die KBT-Behandlung einzulassen: 17% der Patienten werden als wenig bzw. gar nicht »erfahrungsbereit« eingeschätzt und 33% der Patienten als sich wenig bzw. gar nicht auf das therapeutische Gespräch einlassend (Schreiber-Willnow et al., 2006).

Im ambulanten Setting haben sich nach drei Monaten Behandlung mit KBT (überwiegend als Einzeltherapie) 3% der Patienten in ihrem Beschwerdeerleben verschlechtert; bei 42% der Patienten sind keine Veränderungen zu verzeichnen (Seidler, 2005). Da es sich hierbei um noch nicht abgeschlossene Behandlungen handelt, bleibt offen, ob diese Patienten im weiteren Behandlungsverlauf nicht doch noch positive Veränderungen aufweisen. Deutlich ist jedenfalls, dass eine Kurzzeitbehandlung mit KBT für viele der Patienten im ambulanten Bereich nicht ausreichend würde.

Die dargestellte Befundlage zeigt, dass die Wirksamkeit der KBT ihre Grenzen hat. Leider liegt bislang kaum empirisches Wissen darüber vor, inwieweit es sich hierbei um verfahrensspezifische Grenzen handelt oder ob diese Grenzen in ähnlicher Weise auch für andere psychotherapeutische Verfahren bei den hier aufgeführten Patientengruppen gelten würden. Dennoch werfen die Untersuchungsergebnisse folgende Frage auf: Mit welchen Patienten unter welchen therapeutischen Rahmenbedingungen (z.B. Einzel- vs. Gruppentherapie, Kurz- vs. Langzeittherapie) kommen KBT-Therapeuten nicht so gut zurecht?

Machen KBT-Therapeuten das, was effektiv ist?

Die Grenzen der Wirksamkeit eines Verfahrens mögen auch darin begründet sein, dass Interventionen, die tatsächlich wirksam sind, von den Therapeuten aufgrund therapietheoretischer oder -praxeologischer Vorbehalte nur wenig angewendet werden. Hinweise zur unterschiedlichen Wirksamkeit der verschiedenen Interventionen in der KBT finden sich in einer Studie, in der u.a. untersucht wurde, welche Interventionsschwerpunkte KBT-Therapeuten in der Gruppenbehandlung verfolgen und ob das Erleben der Patienten in einzelnen Gruppenstunden davon abhängt, welche Interventionsschwerpunkte vom KBT-Therapeuten jeweils verfolgt wurde (Seidler, 2002): 26 KBT-Therapeuten gaben für insgesamt 105 Gruppenstunden ambulanter und stationärer Therapiegruppen an, in welchem Ausmaß sie bestimmte Interventionsschwerpunkte verfolgt hatten. Es zeigte sich, dass KBT-Therapeuten in der Gruppenarbeit vor allem die Selbstwahrnehmung, die Wahrnehmung des Beziehungsverhaltens und -erlebens sowie den Selbst-Ausdruck fokussieren. Eine offene Angebotsformulierung, die dem Einzelnen bzw. der Gruppe Freiraum gibt, Eigenes zu entwickeln, wird nicht so häufig vorgenommen. Ebenso zielen KBT-Angebote weniger häufig auf eine Differenzierung der Körperwahrnehmung und des Körperschemas sowie auf die Wahrnehmung des eigenen körperlichen Ausdrucks bzw. des körperlichen Ausdrucks anderer Gruppenteilnehmer, d.h. der Körper selbst ist häufig gar nicht Zentrum des therapeutischen Bemühens.

Dieser empirische Befund belegt, dass sich die KBT in ihrer Methodik von ihren bewegungs-
pädagogischen und -therapeutischen Grundlagen hin zu einem erlebnisorientierten
Psychotherapieverfahren weiterentwickelt hat. Aber ist durch solch eine Entwicklung das spezifische
therapeutische Potenzial der »Körperarbeit« aus dem Blick geraten?

Hierzu geben die Ergebnisse zum Zusammenhang von Interventionsschwerpunkt und Erleben der
Gruppenteilnehmer Hinweise: Für 35 Gruppenstunden lagen sowohl die Angaben des jeweiligen KBT-
Therapeuten zum Interventionsschwerpunkt sowie die Angaben der Gruppenteilnehmer zu ihrem
Erleben in der jeweiligen Gruppenstunde anhand eines standardisierten Fragebogens vor. Es zeigte sich,
dass keiner der oben genannten Interventionsschwerpunkte, die von KBT-Therapeuten häufig verfolgt
werden, einen Zusammenhang dazu aufweisen, dass Patienten bedeutsame Erfahrungen in der
Gruppenstunde machen. Hingegen berichten Gruppenteilnehmer vermehrt von bedeutsamen
Körpererfahrungen, wenn in der Gruppenstunde vor allem KBT-Angebote zur Differenzierung der
Körperwahrnehmung und des Körperschemas oder zur Wahrnehmung des eigenen körperlichen
Ausdrucks oder desjenigen der anderen Gruppenteilnehmer im Vordergrund standen. Dies bestätigt die
Annahme der KBT, dass über die Förderung der Körperwahrnehmung bedeutsame Körpererfahrungen
ermöglicht werden. Umso erstaunlicher ist deshalb der oben aufgeführte Befund, dass KBT-Therapeuten
diesen Interventionsschwerpunkt gar nicht mehr in ihrer Arbeit so stark verfolgen. KBT-Therapeuten
mögen von daher gut beraten sein, sich wieder vermehrt auf ihre bewegungstherapeutischen und -
pädagogischen Grundlagen zu besinnen. Interessant ist auch der Befund, dass die Beschäftigung mit dem
Körperausdruck ebenfalls förderlich dafür ist, dass Patienten bedeutsame Körpererfahrungen machen.
Dieser therapeutische Zugangsweg zur Körpererfahrung, der insbesondere in der Tanztherapie Beachtung
findet, könnte in der Arbeit von KBT-Therapeuten weiter elaboriert werden. Als weiteres Ergebnis fand
sich, dass Gruppenteilnehmer weniger körperliches Unbehagen erleben, wenn zum einen die KBT-
Angebote eher offen formuliert sind, so dass dem Einzelnen Freiraum gegeben ist, Eigenes zu entwickeln,
oder zum anderen vor allem das Ausprobieren neuer Umgangsweisen mit sich selbst, mit anderen
Gruppenmitgliedern oder mit Gegenständen angeregt wird. Die Förderung des Explorationsverhaltens
von Patienten, welches - gemäß KBT-Theorie - mit der Entwicklung von »Erfahrungsbereitschaft«
einhergeht, erweist sich somit als eine gute therapeutische Methode, um einer ungünstigen Fixierung auf
ein negatives Körpererleben entgegenzuwirken, steht aber ebenfalls nicht im Zentrum des
therapeutischen Bemühens der KBT-Therapeuten.

So ergibt sich ein paradoxes Fazit: Einiges, was KBT-Therapeuten machen, scheint dem Erleben
der Gruppenteilnehmer nach tatsächlich effektiv zu sein - aber gerade dies machen die KBT-Therapeuten
am wenigsten.

Welche Überzeugungen sind für KBT-Therapeuten handlungsleitend?

In einer Fragebogenstudie (Seidler et al., 2003b) zum beruflichen Erfahrungshintergrund und zur beruflichen Praxis machten 91 KBT-Therapeuten unter anderem Angaben dazu, welche therapeutischen Ziele sie in ihrer Arbeit verfolgen und welche Vorstellungen zur Gestaltung der therapeutischen Beziehung bestehen. Bezüglich Letzterem gaben sie Auskunft darüber, welche Art therapeutischer Beziehungsgestaltung von ihnen angestrebt wird und inwieweit der tatsächliche Beziehungsstil von diesem angestrebten Ideal abweicht. Der Vergleich mit einer großen Stichprobe von über 2000 Psychotherapeuten anderer Verfahren ermöglichte, KBT-spezifische Eigenheiten zu bestimmen.

Es zeigte sich nun, dass die von KBT-Therapeuten als wichtig genannten Therapieziele in dieser Kombination ebenso von Therapeuten mit psychoanalytischer oder humanistischer Orientierung häufig genannt werden:

- (a) Ein starkes Selbstwert- und Identitätsgefühl zu haben,
- (b) unterdrückte oder abgetrennte Aspekte der Erfahrung zu integrieren und
- (c) den Mut zu entwickeln, sich auf neue oder bisher vermiedene Situationen einzulassen.

In der therapeutischen Beziehungsgestaltung streben KBT-Therapeuten mehr als andere Therapeuten gegenüber ihren Patienten sowohl eine *beschützende* als auch *kritische* Haltung an. Weniger als andere Therapeuten hingegen halten KBT-Therapeuten eine *rezeptive* Haltung für wichtig. Interessanterweise ergeben sich zudem Überschneidungen zu den Idealvorstellungen der psychoanalytischen und humanistischen Therapeuten einerseits und den verhaltenstherapeutischen und systemischen Therapeuten andererseits: Mit Ersteren teilt man die Beziehungs- und Emotionsorientierung (*beteiligter* und *intuitiver* Arbeitsstil), mit Letzteren die Handlungsorientierung (*berausfordernder* und *fordernder* Arbeitsstil in Verbindung mit *freundlicher* Zugewandtheit).

Im Vergleich zum angestrebten Ideal sehen KBT-Therapeuten ihren tatsächlichen Beziehungsstil durch eine zu stark *fordernde*, *pragmatische* und *rezeptive* Beziehungsgestaltung sowie eine zu geringe *kritische* Haltung gekennzeichnet. Bei den Psychotherapeuten anderer Verfahren hingegen ist der tatsächliche Beziehungsstil im Vergleich zum Ideal-Selbstbild durch geringere *Effizienz*, *Geschick* und *Feinsinnigkeit* und mehr *Permissivität* und *beschützendes* Verhalten geprägt. Während bei Therapeuten anderer Verfahren sich somit im Vergleich von Ideal- und Real-Selbstbild u.a. Zweifel hinsichtlich der eigenen therapeutischen Technik (Effizienz, Geschick und Feinsinnigkeit) abzeichnet, spielt dies für KBT-Therapeuten keine Rolle. Letztere scheinen eher mit einer inneren Ambivalenz bezüglich einer fordernd-kritischen Haltung in der therapeutischen Beziehungsgestaltung beschäftigt zu sein.

Was lässt sich aus alledem ableiten? In ihrem Selbstverständnis weisen KBT-Therapeuten zum einen große Gemeinsamkeiten mit psychoanalytischen und humanistisch orientierten Therapeuten auf. Da es KBT-Therapeuten auch ein großes Anliegen ist, den Patienten in seiner Handlungsfähigkeit zu fördern,

ergeben sich zum anderen auch Gemeinsamkeiten mit den verhaltenstherapeutischen und systemischen Verfahren. Es erscheint gerade diese Konfiguration zu sein, die die Identität der KBT ausmacht: das therapeutische Anliegen, Patienten in ihrem Selbstgefühl in der Weise zu stärken, dass sie sich zum einen besser verstehen und zum anderen wieder als handlungsfähig erleben können. Aus diesem umfassenden Anliegen im therapeutischen Selbstverständnis ergeben sich aber möglicherweise auch typische Gefährdungen für das Identitätserleben der KBT-Therapeuten: Das Erfahren von Beschränkungen im therapeutisch Machbaren und damit der eigenen therapeutischen Wirksamkeit muss vielleicht von daher eher ausgeblendet werden. Auch führt das Verfolgen der verschiedenen therapeutischen Anliegen offenbar häufig dazu, dass KBT-Therapeuten zwischen kritisch-fordernder versus beschützend-freundlicher Beziehungsgestaltung schwanken, womit sich eine besondere Anforderung an Integrationsleistung für das eigene Identitätserleben und die therapeutische Arbeit ergibt. Insbesondere für KBT-Therapeuten in der Ausbildung dürfte dies eine große Herausforderung darstellen. Schwierigkeiten, eine geeignete Balance von kritisch-fordernder und beschützend-freundlicher Beziehungsgestaltung zu finden, könnten bei ihnen ein häufiges Supervisionsanliegen darstellen.

Wie reflektieren KBT-Therapeuten ihre Arbeit?

In der im vorherigen Abschnitt erwähnten Fragebogenstudie wurden von den 91 KBT-Therapeuten auch Angaben dazu gemacht, welche verschiedenen Schwierigkeiten sowie Bewältigungsstrategien in der therapeutischen Arbeit erlebt werden. Auch hier erfolgte ein Vergleich mit den Angaben einer großen Stichprobe von mehr als 2000 Psychotherapeuten anderer Verfahren (Seidler et al., 2004). In der Rangreihe der erlebten Schwierigkeiten geben KBT-Therapeuten - ähnlich wie andere Psychotherapeuten - an, dass sie vor allem mit Zweifeln, wie in der Behandlung ihrer Patienten am besten vorzugehen ist, beschäftigt sind oder dass sie schmerzlich berührt sind von ihrer Machtlosigkeit gegenüber tragischen Lebenssituationen. Sehr stark ähneln sich auch die primären Bewältigungsstrategien der KBT-Therapeuten und Psychotherapeuten anderer Verfahren: Probleme aus einer anderen Perspektive zu betrachten oder diese mit Kollegen zu besprechen.

Interessant ist nun, wo sich Unterschiede zwischen den KBT-Therapeuten und den Psychotherapeuten anderer Verfahren zeigten: KBT-Therapeuten erleben in geringerem Ausmaß die Schwierigkeit, wenig Vertrauen darauf zu haben, dass man einen günstigen Einfluss auf den Patienten hat. Während bei anderen Therapeuten die Bewältigungsstrategie, alleine zu überlegen, wie das jeweilige Problem in der Therapie entstanden ist, von großer Bedeutung ist, spielt dies bei KBT-Therapeuten dagegen eine deutlich geringere Rolle. KBT-Therapeuten erscheinen somit gegenüber anderen Therapeuten als unbekümmerter bezüglich ihres therapeutischen Einflusses und sie halten das Nachdenken für sich alleine über Probleme in der therapeutischen Arbeit als Bewältigungsstrategie in geringerem Ausmaß für geeignet.

Wie lassen sich diese gefundenen Unterschiede interpretieren? Denkbar wäre, dass durch das »Handeln« der Patienten in der KBT die Therapeuten unmittelbare Rückmeldung darüber erhalten, was sie bei ihren Patienten bewirken, so dass sie weniger Zweifel hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu haben brauchen. Da die Therapietheorie der KBT eine eher lösungsorientierte Perspektive im Umgang mit Problemen im Therapieprozess vorsieht (Becker, 2002), neigen KBT-Therapeuten zudem bei Problemen in der Behandlung vielleicht wenig dazu, sich alleine Gedanken darüber zu machen, wie diese entstanden sind. Eine kritische Interpretation dieser Befunde könnte diese aber auch als Beleg dafür ansehen, dass KBT-Therapeuten dazu neigen, sich zu wenig bezüglich ihres Einflusses auf ihre Patienten zu hinterfragen und von daher auch weniger Probleme in der Therapie für sich alleine reflektieren mögen.

Die Beschäftigung mit Forschung als Anstoß für die Entwicklung einer hinterfragenden Haltung

Auf der Grundlage der angeführten empirischen Befunde lassen sich einige pointierte Fragen formulieren, die KBT-Therapeuten herausfordern, sich über die Fallstricke ihrer therapeutischen Methode und ihres therapeutischen Handelns Gedanken zu machen:

- KBT erscheint nicht besser wirksam als andere Psychotherapieverfahren und hat auch ihre (möglicherweise eigenen) Grenzen - wie können diese erkannt werden und lassen sich diese erweitern?
- KBT-Therapeuten tun gut daran, sich auf ihre bewegungstherapeutischen Wurzeln zu besinnen und ihren bewegungstherapeutischen Horizont zu erweitern - aber wollen KBT-Therapeuten dies überhaupt?
- Neigen KBT-Therapeuten zu Omnipotenz-Phantasien in Hinblick darauf, welche Ziele sie in der Therapie verfolgen?
- Stellt die »ausbalancierte« Beziehungsgestaltung von kritisch-fordernder und beschützend-freundlicher Haltung für KBT-Therapeuten eine »Sollbruchstelle« ihres Verfahrens dar?
- Neigen KBT-Therapeuten dazu, sich zu wenig selbstkritisch zu hinterfragen und Probleme in der Therapie zu reflektieren?

All diesen Fragen ist gemeinsam, dass therapeutische Überzeugungen und Selbstgewissheiten hinterfragt werden in dem Sinne der allgemeinen Frage: »Könnte es auch anders sein?« Gemäß Caspar und Kächele (2008) ist eine solche Frage, in der sich eine hinterfragende Haltung manifestiert, hilfreich, um die Wahrscheinlichkeit für Fehlentwicklungen in der therapeutischen Praxis zu reduzieren. Eine solche Frage ist ebenso wesentlich für die Haltung, mit der Wissenschaftler ihre Forschungsprojekte konzipieren (sollten): Forschung nähert sich seinem Gegenstand immer aus einer Haltung heraus, etwas noch nicht richtig zu wissen bzw. bisherige Annahmen einer kritischen Überprüfung unterziehen zu wollen. Insofern könnte man Wissenschaftler, die empirisch arbeiten, als Experten für die Entwicklung einer hinterfragenden Haltung betrachten. Psychotherapeuten lernen in ihrer Ausbildung hingegen, sich eine bestimmte Sichtweise auf die Komplexität psychischen Geschehens anzueignen, die dann ihre

therapeutische Identität ausmacht. Wenn diese Identität, wie bei Körperpsychotherapeuten aufgrund ihres Außenseiterstatus teilweise zu beobachten, zudem einen gewissen defensiven Charakter z.B. im Sinne einer »splendid isolation« aufweist, kann das Hinterfragen der im langen Lernprozess angeeigneten Überzeugungen zumindest als ungewohnt wenn nicht gar als bedrohlich erlebt werden. Es stellt sich insofern die Frage, ob Forschung mit ihrem Impetus etwas zu hinterfragen, überhaupt bei (Körper-)Psychotherapeuten auf offene Ohren stoßen kann.

Dass dies sehr wohl möglich ist, lässt sich anhand der KBT-Forschungswerkstatt belegen, die jährlich seit 1999 stattfindet. Veranstalter ist der Deutsche Arbeitskreis für Konzentrierte Bewegungstherapie (DAKBT) in Zusammenarbeit zunächst mit der Abteilung Psychotherapie und Psychosomatische Medizin der Universität Ulm und seit 2005 mit der Rhein-Klinik Bad Honnef, Krankenhaus für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie. Organisiert wird die Forschungswerkstatt von der Forschungsgruppe des DAKBT, deren Mitglieder die Autoren sind.³ Teilnehmer der Forschungswerkstatt sind überwiegend praktisch tätige KBT-Therapeuten. Eingeladene Referenten aus dem Kreis des DAKBT und Experten aus dem universitären Bereich halten Vorträge zu dem Thema, unter dem die jeweilige Forschungswerkstatt steht. Einen breiten Raum nimmt zudem die Diskussion aktueller Forschungsprojekte zur KBT ein.

Die Diskussionen auf den ersten Forschungswerkstätten waren dadurch geprägt, dass die KBT-Therapeuten von der Wirksamkeit und Wirkungsweise ihrer Methode überzeugt waren und von der Forschung bzw. den Forschern erwartet wurde, dies nun auch belegen zu können. Ergebnisse aus der Säuglingsforschung oder den Neurowissenschaften wurden als Bestätigung eigener Überzeugungen angeführt, ohne dass reflektiert wurde, dass sich andere therapeutische Methoden ebenfalls auf diese berufen. Zudem bestand die Befürchtung, dass Forschung generell ein reduktionistisches Therapieverständnis zugrunde liegt, so dass die Eigenarten und die Komplexität des eigenen therapeutischen Handelns nur unzureichend erfasst werden können.

Die Diskussion solcher Themen wie »Therapieziele«, »Prozessdiagnostik« oder »störungsorientierte Therapie« führte dann u.a. zu einem Nachdenken über die Wesensmerkmale der KBT als therapeutische Methode und wie diese genauer begrifflich gefasst und auch operationalisiert werden können. So konnten beispielsweise verfahrensbezogene Prozess-Skalen entwickelt werden (Seidler et al., 2003a). Anhand der Diskussion der Forschungsprojekte zur KBT entstand im Verlauf bei den KBT-Therapeuten ein Verständnis für die hinterfragende Perspektiveneinnahme von Forschung. Diese wurde zunehmend nicht mehr als bedrohlich oder inadäquat sondern als anregend erlebt, da sich dadurch neue Sichtweisen auf die eigene Praxis ergaben. Die Forschungsprojekte der Forschungsgruppe des DAKBT fanden und finden eine hohe Akzeptanz bei den KBT-Therapeuten, was sich in deren reger Teilnahme an den

³ Weitere Mitglieder der Forschungsgruppe des DAKBT sind bzw. waren Alexandra Epner, Swantje Grützmaker, Dr. Anke Hamacher-Erbguth und Martin Pfäfflin.

Untersuchungen manifestiert. Diese Entwicklung dürfte einen fruchtbaren Boden dafür bieten, dass eine Fehlerkultur gedeihen kann. Es zeigt sich aber auch, dass ein solches Gedeihen offenbar Zeit braucht und in kleinen Schritten erfolgt. So plante die Forschungsgruppe des DAKBT für das Jahr 2007, die Forschungswerkstatt unter das Thema »Therapeutische Fehler und Misserfolge« zu stellen. Bei der Suche nach Referenten aus dem Kreis der KBT-(Lehr-)Therapeuten stießen wir auf eine große Zurückhaltung bei den von uns angesprochenen Personen. Es wurden jeweils subjektiv plausible Gründe angegeben, weshalb man als Referent zu diesem Thema gerade nicht zur Verfügung stand. Die Forschungsgruppe nahm letztlich Abstand von ihrer Tagungsidee, da sie den Eindruck gewann, dass für die Beschäftigung mit diesem heiklen Thema die Zeit doch noch nicht reif war. Inzwischen hat auf den Forschungswerkstätten und im Verband eine angeregte Diskussion darüber begonnen, wie sich die KBT und der sie vertretende Verband in der Zukunft weiter entwickeln können und müssen (Seidler, 2008). Unterentwickelte Aspekte der therapeutischen Praxis, wie eine fehlende elaborierte, systematische Eingangsdiagnostik, wurden in diesem Zusammenhang diskutiert und ein diesbezüglicher Entwicklungsbedarf anerkannt (indem z.B. eine Arbeitsgruppe zur Entwicklung einer standardisierten Eingangsdiagnostik gegründet wurde). Insofern darf man gespannt sein, ob es demnächst doch noch eine KBT-Forschungswerkstatt zum Thema therapeutische Fehler und Misserfolge geben wird.

Literatur

- Bauer-Petersen, K. (2002). *Konzentrierte Bewegungstherapie bei depressiven Patienten im stationärem Rahmen*. Unveröff. Diplom-Arbeit, Psychologisches Institut, Universität Tübingen.
- Baumann, J. (1994). Körperbezogene Gruppenpsychotherapie in der 2. Lebenshälfte. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 44, 337-345.
- Caspar, F. & Kächele, H. (2008) Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In S. C. Herpertz, F. Caspar, & C. Mundt, (Hrsg.). *Störungsorientierte Psychotherapie*. (S. 729-743). München: Urban u. Fischer.
- Gathmann, P. (1990). *Pathologie des psychosomatischen Reaktionsmusters*. Berlin: Springer.
- Becker, S. (2002). Die Bedeutung des Widerstands in der Konzentrierten Bewegungstherapie. In Stolze, H. (Hrsg.), *Die Konzentrierte Bewegungstherapie: Grundlagen und Erfahrungen* (3., erg. Aufl., S. 203-209). Berlin: Springer.
- Janov, A. (1982). *Der Urschrei. Ein neuer Weg der Psychotherapie*. Frankfurt a. M.: Fischer.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (5. Auflage, S. 139-193). New York: Wiley & Sons.
- Lambert, M. J., Hawkins, E. J. & Hatfield, D. R. (2002). Empirische Forschung über negative Effekte in der Psychotherapie: Befunde und ihre Bedeutung für Praxis und Forschung. In M. Märtens, & H. G. Petzold, H. G. (Hrsg.), *Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 40-59). Mainz: Matthias Grünewald Verlag.
- Röhrich, F. (2009). Body oriented psychotherapy. The state of the art in empirical research and evidence-based practice: A clinical perspective. *Body, Movement and Dance in Psychotherapy*, 4 (2), 135-156.
- Rolf, I. (2000). *Rolfing im Überblick. Physische Wirklichkeit und der Weg zu innerem Gleichgewicht*. Paderborn: Junfermann.
- Röper, R., Schaus, B. & Damhorst, F. (2002). *KBT bei PatientInnen mit chronischen Rückenschmerzen: Ergebnisse der KBT-Studie der Klinik für Rehabilitation, Bad Salzflun*. Unveröff. Vortragsmanuskript, Klinikum für Rehabilitation, Bad Salzflun.
- Schreiber-Willnow, K., Hamacher-Erbguth, A. & Seidler, K.-P. (2006). Therapieziele und Behandlungsergebnisse der KBT in der (teil-)stationären Psychotherapie. Erste Ergebnisse einer Pilotstudie mit dem KBT-Dokumentationsbogen (KBT-DoBo). *Konzentrierte Bewegungstherapie*, 28, 70-75.
- Sebastian, U. (1985). Bioenergetische Analyse nach Lowen und Reich. In W. Toman (Hrsg.), *Psychotherapie*.

- Ein Handbuch, Bd.1* (S. 152-164). Stuttgart: Kohlhammer.
- Seidler, K.-P. (2002). Die Gruppenstunde in der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) im Spiegel des Erlebens der Gruppenteilnehmer und des Gruppenleiters. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 38, 71-88.
- Seidler, K.-P. (2008). KBT 2018 - Visionen für die Zukunft. *Konzentrierte Bewegungstherapie*, 30, 50-53.
- Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Hamacher-Erbguth, A. & Pfäfflin, M. (2002). Die Praxis der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT). Frequenz - Dauer - Setting - Behandelte Störungsbilder. *Psychotherapeut*, 47, 223-228.
- Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Hamacher-Erbguth, A. & Pfäfflin, M. (2003a). Bedeutsame Merkmale der Prozessdiagnostik in der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT). *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 39, 361-376.
- Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Hamacher-Erbguth, A. & Pfäfflin, M. (2003b). Sind Körperpsychotherapeuten anders? Therapeutisches Selbstverständnis von Therapeuten für Konzentrative Bewegungstherapie (KBT). *Psychotherapeut*, 48, 117-121.
- Seidler, K.-P. (2005). Veränderungen unter KBT in der ambulanten Therapie. Erste Ergebnisse der DAKBT-Studie. *Konzentrierte Bewegungstherapie*, 27, 76-77.
- Seidler, K.-P., Schreiber-Willnow, K., Hamacher-Erbguth, A. & Pfäfflin, M. (2004). Ausgebrannt oder angeregt? Beruflicher Erfahrungshintergrund von Körperpsychotherapeuten am Beispiel von Therapeuten für Konzentrative Bewegungstherapie (KBT). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 54, 224-229.
- Teegen, F. (1985). Verstärkte Atmung. In H. Petzold (Hrsg.), *Leiblichkeit* (S. 499-545). Paderborn: Junfermann.
- Young, C. (2006). Körperpsychotherapie und ihre Risiken. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 617-624). Stuttgart: Schattauer.

Autorenvita

Klaus-Peter Seidler, Prof. Dr. phil. (Jg. 1956), Diplom-Psychologe und psychologischer Psychotherapeut, Leiter der Sozialpsychiatrischen Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover.

Kontakt: Prof. Dr. Klaus-Peter Seidler, Sozialpsychiatrische Tagesklinik der Medizinischen Hochschule Hannover, Podbielskistr. 160 A, D-30177 Hannover,
seidler.klaus-p@mh-hannover.de

Karin Schreiber-Willnow, Dr. rer. medic. Dipl.-Math. (Jg. 1953), Therapeutin für Konzentrative Bewegungstherapie und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Rhein-Klinik, Krankenhaus für Psychosomatik und Psychotherapie, Bad Honnef.

Kontakt: Dr. Karin Schreiber-Willnow, Rhein-Klinik, Luisenstr. 3, D-53604 Bad Honnef,
karin.schreiber-willnow@johanneswerk.de

TherapeutInnen als PatientInnen. Wenn TherapeutInnen über ihre eigene Behandlung berichten⁴

Esther Marie Grundmann

Zusammenfassung

Im vorliegenden Aufsatz untersuche ich fünf Berichte von Therapeuten/innen, die eine Zeit lang selbst in psychoanalytischer, psychotherapeutischer oder psychiatrischer Behandlung waren und ihre Erfahrungen in Texten festgehalten haben: Piet C. Kuiper (1991); Helmut Junker (1993); Tilmann Moser (2004); Margret Osterfeld (2006); Arnhild Lauveng (2008). Im Zentrum steht die Frage, ob die Ergänzung der Dritte-Person-Perspektive (die Sicht des Therapeuten/der Therapeutin) durch die Erste-Person-Perspektive (die Sicht des Patienten/der Patientin) zu neuen oder modifizierten Erkenntnissen führt bzgl. der institutionellen Rahmenbedingungen, der Behandlungstechnik und des Behandlungsverlaufs. Abschließend werden mögliche Konsequenzen für Theorie und Praxis angesprochen.

Schlüsselwörter: Perspektivenwechsel, Erste-Person-Perspektive, Dritte-Person-Perspektive, Institutionen, Behandlungstechnik, Behandlungsverlauf

Abstract

In this essay I explore five reports by therapists who were in a psychoanalytic, psychotherapeutic or psychiatric treatment and who later reported their experiences: Piet C. Kuiper (1991); Helmut Junker (1993); Tilmann Moser (2004); Margret Osterfeld (2006); Arnhild Lauveng (2008). The core question in this paper is whether the third-person-perspective (the perspective of therapist) leads to a new or modified understanding in combination with the first-person-perspective (the perspective of patient) – in respect to institutions, to method of treatment, and to process of treatment. Finally possible consequences for theory and practice are discussed.

Keywords: Change of perspective, first-person-perspective, third-person-perspective, institutions, method of treatment, process of treatment

Zur Einführung

Therapieberichte stellen eine wichtige Quelle dar, um Erfolge oder Probleme von Therapieprozessen zu verstehen und zu erörtern (vgl. dazu: Kächele & Pfäfflin, 2009). Wenn TherapeutInnen Verläufe dokumentieren, handelt es sich in der Regel um Behandlungsberichte, bzw. wenn diese zu gezielten Lehr- oder Forschungszwecken verfasst werden, um eine Fallgeschichte. Über die Fallgeschichte, die von Freud selbst zu wissenschaftlichen Zwecken eingesetzt und empfohlen wurde, gibt es inzwischen umfangreiche Forschungsliteratur (vgl. dazu: Stuhr & Deneke, 1993; Thomä & Kächele, 2006, Kap. 3). Wissenschaftlich wenig untersucht wurden bislang Texte, die PatientInnen über Therapien verfasst haben. Sie stellen eine wichtige, bislang wenig genutzte Quelle dar, auf Fehler und Risiken einer Behandlung aufmerksam zu machen, und sind für eine Fehlerkultur in der Psychotherapie von großer Bedeutung (vgl. Grundmann, 2009).

Der vorliegende Aufsatz beschäftigt sich mit einer spezifischen Teilgruppe von Patiententexten, die sowohl Einblick in die Patientenperspektive als auch in die Therapeutenperspektive gewähren.⁵ Es handelt

⁴ Mein Dank gilt der Stiftung *Gesundheitszentrum Bad Laer. Stiftung zur Förderung des Gesundheitswesens*, die meine Arbeit über Patientenberichte unterstützt hat.

sich um Berichte von Therapeuten/innen, die selbst – vor oder während ihrer Berufstätigkeit – zu PatientInnen wurden und ihre eigene psychotherapeutische oder psychoanalytische Behandlung nun aus Patientensicht darstellen. Diese Texte sind deshalb von besonderem Interesse, weil hier – so lässt sich zumindest vermuten – zwei Perspektiven in *einem* Text kombiniert werden: die kompetente Patientenperspektive mit der kompetenten Behandlerperspektive. Es wird zu untersuchen sein, inwieweit diese Perspektiven Ähnlichkeiten aufweisen oder sich ergänzen, inwieweit sie konvergieren oder divergieren und welche weitergehenden Fragen sich daraus möglicherweise ergeben.

Ich wurde auf fünf⁶ solcher Texte aufmerksam, wobei ich mich bei der Recherche auf die letzten 30 Jahre beschränkt habe und nur Texte zugrunde gelegt habe, die auf deutsch oder in deutschsprachiger Übersetzung zugänglich waren. Die VerfasserInnen stammen aus den Niederlanden, aus Norwegen und aus Deutschland.

Angeregt wurde ich dabei insbesondere von zwei Büchern, die in den letzten Jahren erschienen sind: Zum einen von dem Buch *Seitenwechsel* (2006), herausgegeben von Sibylle Prins und von Arnhild Lauvengs Buch *Morgen bin ich ein Löwe*, das 2008 aus dem Norwegischen übersetzt worden ist. Das Buch von Sibylle Prins enthält zehn Interviews von Personen, die als Arzt/Ärztin oder Pfleger/in im psychiatrischen Dienst tätig sind, die aber in einer bestimmten Lebenssituation den psychiatrischen Dienst auch als Patient/in erlebt haben. Die Idee, die Prins' Buch zugrunde liegt, ist, dass die Betroffenen in doppelter Weise kompetent sind, indem sie eine therapeutische Institution in zweifacher Weise erfahren haben. Dieser Erfahrungszuwachs wird in allen Gesprächen deutlich: die möglichen Schwierigkeiten und Konflikte, die damit verbunden sind, aber auch die Chancen, die sich daraus ergeben können, beide Perspektiven miteinander zu konfrontieren und die neu gewonnenen Impulse für Theorie und Praxis zu nutzen. Ich habe aus dieser Textsammlung das Interview mit der Psychiaterin Margret Osterfeld ausgewählt, weil es mit Blick auf Thema und Fragestellungen den anderen von mir hier untersuchten Texten am nächsten kam. Osterfeld erkrankte während ihrer Berufstätigkeit; sie wurde teils ambulant, teils stationär psychiatrisch behandelt und kehrte nach ihrer Genesung in ihren Beruf zurück.

Kritisch-konstruktiv und ermutigend ist auch das Buch von Arnhild Lauveng: *Morgen bin ich ein Löwe*. Die Autorin erkrankte als Jugendliche an Schizophrenie. Die Diagnose und Prognose, die von verschiedenen Ärzten/Ärztinnen attestiert wird, gibt wenig Anlass zur Hoffnung. Zehn Jahre lang unterzieht sie sich verschiedener – meist stationärer – Therapien. Trotz der schlechten Prognose erfolgt unter großem Einsatz aller Beteiligten, der auch den Rückschlägen standhalten kann, mit Mitte zwanzig die Heilung. Mit Unterstützung ihrer Familie und verschiedener psychosozialer Dienste gelingt Lauveng eine Rückkehr in die »Normalität«. Sie holt ihren Schulabschluss nach, studiert Psychologie und arbeitet heute erfolgreich als klinische Psychologin. Das Buch ist aber nicht nur lohnend wegen des ermutigenden Krankheits- und Therapieverlaufs, sondern vor allem wegen der kritischen und sehr reflektierten Form der Auseinandersetzung. Die drei weiteren Bücher, die dieser Arbeit zugrunde liegen, dürften in Fachkreisen

⁵ Die Beschränkung auf diese Teilgruppe erfolgte auch im Bestreben, das weite und noch wenig untersuchte Feld von Therapiegeschichten besser eingrenzen zu können.

⁶ Das eben erst erschienene Buch von M. Leonhardt (2011), in dem die Autorin und Psychotherapeutin über ihre Depression und Genesung schreibt, konnte aus Zeitgründen nicht mehr berücksichtigen.

bereits bekannter sein: Piet C. Kuipers *Seelenfinsternis* (1991⁷), Helmut Junkers: *Nachanalyse* (1993) und Tilmann Mosers *Bekenntnisse einer halb geheilten Seele* (2004).

Die fünf Texte, die ich im Folgenden genauer untersuchen und auswerten möchte, sind nicht nur in unterschiedlichen biographischen Situationen entstanden (Alter, Herkunft, Geschlecht, Zeitpunkt der Erkrankung), sondern auch an unterschiedlichen Orten und in historisch unterschiedlichen Situationen. Und natürlich ist ebenso mein Blick auf diese Texte *perspektivisch*. Unter hermeneutischen Gesichtspunkten wäre es wünschenswert, wenn eine größere Anzahl von Personen diese Texte gemeinsam lesen und auswerten würden, um verschiedene Lesarten miteinander zu vergleichen und eine größtmögliche perspektivische Variabilität zu erzielen. In der Praxis ist dies meistens nicht möglich. Es würde das Problem auch nicht lösen, wohl aber eingrenzen. So bleibt es den Leser/innen vorbehalten, die vorgestellten Texte selbst zu lesen und den eigenen Blick auf sie zu richten. Interesse für diese Texte zu wecken ist sicherlich *ein* Ziel dieses Beitrags.

Mir wurde bei der Arbeit deutlich, dass es sinnvoll ist, jeden Text zunächst aus sich selbst heraus zu verstehen und erst anschließend – mit der gebotenen Vorsicht – zu allgemeineren vergleichenden Fragestellungen zu kommen. Aus Gründen der besseren Darstellbarkeit und Lesbarkeit habe ich mich trotzdem entschieden, nicht erst alle Texte einzeln vorzustellen und in einem zweiten Schritt unter bestimmten Gesichtspunkten zu untersuchen, sondern sie gleich unter bestimmten Fragestellungen einzuführen, d.h. in der Darstellung den ersten und den zweiten Schritt miteinander zu verbinden. Das erwies sich auch deshalb als sinnvoll, weil nicht alle Texte alle Aspekte in gleichem Umfang behandeln. Die Aspekte betreffen Fragen der Praxis, der Forschung und der Lehre. Es sind Aspekte, die ich als Leserin (im Sinne des Gadamer'schen Horizonts) an die Texte herangetragen habe, die aber auch in den Texten selbst mal mehr, mal weniger Raum einnehmen, nämlich:

- Patient/in und Therapeut/in *in einer* Person
- institutionelle Rahmenbedingungen
- Behandlungsverlauf und therapeutische Konzepte
- Konsequenzen der Autoren/innen für Theorie und Praxis
- Bedeutung des Schreibens

Patient/in und Therapeut/in in *einer* Person

Texte von Therapeuten und Therapeutinnen, die selbst erkrankten und die diese Erfahrungen – dankenswerterweise – zu Papier gebracht haben, sind sehr selten. Was diese Texte besonders wertvoll macht, ist der Perspektivenwechsel: vom Therapeuten zum Patienten (oder, bei der mir vorliegenden Textauswahl, noch seltener: vom Patienten zum Therapeuten). Der scheinbar objektive, der

⁷

Ich zitiere im Folgenden nach der 8. Aufl. 2003.

therapeutische Blick, die Dritte-Person-Perspektive wird mit der Erste-Person-Perspektive, dem Blick des Erlebenden konfrontiert.

Alle Autoren/innen, die hier vorgestellt werden sollen, haben es gelernt, Symptome und Befunde aus der Dritte-Person-Perspektive zu beschreiben. In der Regel haben sie zunächst die klinische Perspektive eingenommen (Kuiper, Junker), und sind zu einem späteren Zeitpunkt mit einer eigenen Diagnose konfrontiert werden. Ausnahme ist die Autorin Lauveng, die den umgekehrten Werdegang erlebt. Komplizierter verhält es sich bei Moser. Er hat schon früh mit Schreiben begonnen; bereits die *Lehrjahre auf der Couch* (1974) sind ein Selbstzeugnis, das eigentlich über einen Teil der Ausbildung handelt, nämlich seine Lehranalyse; Mosers Verständnis nach stellt aber seine Lehranalyse auch einen Genesungsversuch dar. Das ist sehr interessant, weil hier gewissermaßen nicht entschieden werden kann, welche der beiden Perspektiven vorherrscht: Moser changiert in seinen autobiographischen Büchern immer zwischen der Erste- und der Dritte-Person-Perspektive.

Es dürfte schon an dieser Stelle deutlich geworden sein, dass es nicht nur *eine* Betroffenen-Perspektive gibt, sondern ähnlich viele, wie es Betroffene gibt. Dazu Lauveng:

»Ein Betroffener, der die Psychiatrie in Anspruch nimmt, ist per Definition jeder, der über kurz oder lang einen der Dienste in Anspruch nimmt, die das System anbietet. Das heißt, betroffen sein kann etwa eine erwachsene Frau, die schon länger unter Angstzuständen leidet, verheiratet ist, Haus und Familie hat, krankgeschrieben ist und eine Beratungsstelle in der Kommune nutzt. Ein Betroffener kann auch ein junger Mann sein, der Drogenprobleme hat, an einer Persönlichkeitsstörung leidet, kriminell ist und im Gefängnis psychologisch betreut wird. Oder der Vorstandsvorsitzende, der eine Gesprächstherapie in der Poliklinik macht, weil er sich am Ende fühlt, ausgebrannt und deprimiert ist. Oder jemand, der in einer betreuten WG wohnt, bei dem seit 35 Jahren eine Psychose diagnostiziert ist und der Hilfe vom psychiatrischen Team und immer wieder neue Medikationen aus der Poliklinik braucht.« (Lauveng, 2008, S. 120)

Und natürlich gilt dies in gleicher Weise für die Perspektive der Therapeut/innen, die gleichfalls immer auch autobiographisch geprägt, von der eigenen Lebenssituation, von persönlichen Erfahrungen von bestimmten Positionen, Einschätzungen und der spezifischen Ausbildung abhängig ist (und von vielem mehr). Das zu sehen ist wichtig und soll nicht nivelliert werden. Andererseits aber gibt es *einen* Aspekt, der gerade konstitutiv ist für den Unterschied zwischen Patient/in und Behandler/in: In dem einen Fall ist jemand auf Hilfe, Heilung, Fürsorge angewiesen, in dem anderen Falle ist jemand durch seine Rolle dafür vorgesehen eben diese Hilfe, Heilung, Fürsorge im Rahmen der Möglichkeiten zu gewährleisten. Dieser Unterschied und die spezifischen Rollenerwartungen, die daraus erwachsen, finden ihren Niederschlag in den institutionellen Bedingungen. Sie rücken bei Patienten/innen in dem Maße in den Vordergrund, in dem die persönliche Not und die daraus resultierende Abhängigkeit besonders groß sind. Das wird in den Berichten von Arnhild Lauveng und Piet C. Kuiper besonders deutlich.

Die institutionellen Bedingungen

Gesellschaftliche Institutionen haben die Aufgabe, allgemeine Regelungen und Handlungsweisen zur Verfügung zu stellen, um Sicherheit, Kontinuität und Voraussagbarkeit zu gewährleisten. Im Falle von klinischen Einrichtungen geht es um eine flächendeckende Versorgung von Kranken. Die Verallgemeinerung führt naturgemäß zu dem Problem, dass individuelle Ausprägungen und Bedürfnisse

nur begrenzt berücksichtigt werden können, was im Falle von psychischen Erkrankungen sicherlich ein besonders großes Problem darstellt, da es ja hier gerade auch darum gehen muss, den Einzelnen in seiner Individualität zu unterstützen. Es stellt sich also die grundsätzliche Frage, ob die gesundheitlichen Versorgungssysteme, wie sie derzeit strukturiert sind, diesem Anspruch überhaupt genügen können (vergleichbare Fragen lassen sich auch für das Bildungssystem u.ä. stellen).

Nimmt man die aktuellen Bedingungen als gegeben hin, kann man ganz praxisbezogen auch fragen: Wie werde ich ein guter Behandler/eine gute Behandlerin und wie werde ich ein guter Patient/eine gute Patientin? Das heißt: Unter welchen Bedingungen kann ich optimal versorgen bzw. versorgt werden?

Lauvengs Haltung ist kritisch und differenziert: Sie problematisiert die Bedingungen in der gegenwärtigen Psychiatrie angesichts mangelnder finanzieller und personeller Ressourcen, die nicht zur Verfügung stehen oder nicht zur Verfügung gestellt werden. Eine individuelle Betreuung, die dem Einzelnen gerecht würde, ist so eher unwahrscheinlich, eigentlich ein Glücksfall (wenn der Patient zufällig eine passende Störung mitbringt, die dem gegenwärtigen Versorgungssystem entspricht oder aber wenn er das große Glück hat, wie im Falle Lauveng, schließlich doch noch auf Betreuer/Therapeuten zu treffen, die die Hoffnung nicht aufgeben und das Unwahrscheinliche möglich machen). Wenn dies aber nicht eintritt – was nach Lauveng wohl der weitaus häufigere Fall ist –, dann sind die aktuellen Bedingungen dazu angetan, dass unerwünschte Nebenwirkungen auftreten, die die aktuellen Mängel noch verstärken: der Patient lernt z.B., dass überforderte Betreuer nur auf sein Bedürfnis nach Aufmerksamkeit eingehen, wenn er die »Notbremse« zieht, nämlich z.B. auffällig oder gewalttätig wird. Damit aber werden sozial unerwünschte, hier: autoaggressive oder fremdaggressive Verhaltensweisen verstärkt, das Personal ist einmal mehr überfordert und kann den Patienten/innen nicht gerecht werden, der Teufelskreis scheint vorprogrammiert. Es gibt jedoch auch Ausnahmen, Nischen, die genutzt werden können. Lauveng gelingt es, diese von ihr erlebten Beispiele eindrücklich darzustellen:

»Manchmal braucht es nur so wenig. Eine Schwester kam jeden Abend, wenn sie Nachtschicht hatte, zu mir ins Zimmer, stellte sich mitten in den Raum, beugte sich vor, bis der Oberkörper waagrecht war, streckte ein Bein gerade nach hinten aus und legte die Arme elegant zur Seite. In dieser Stellung machte sie ein paar einfache Flugbewegungen mit den Armen, bevor sie sich wieder aufrichtete. Wenn man sie fragte, was sie da machte, antwortete sie immer wieder: »Ich fliege bloß ein bisschen für Arnbild, weil sie das Fliegen so vermisst.« Ihr waren die Zeichnungen in meinem Zimmer aufgefallen, auf denen ich notiert hatte: »Nur die Vögel im Käfig sehnen sich nach etwas, freie Vögel fliegen.« Sie sah, dass mir das Fliegen fehlte und dass mich der Käfig quälte. Sie wusste, dass ich konkret dachte und dass Handlungen für mich eine große symbolische Bedeutung haben konnten. Deshalb begann sie ihre Wache damit, für mich zu fliegen. Sie brauchte dafür ungefähr eine Minute. In dieser Minute gab sie mir zu verstehen, dass sie mich sah, meine Träume und Sehnsüchte akzeptierte, meine Ausdrucksweise billigte und mir helfen wollte, meine Träume am Leben zu halten.« (Lauveng, 2008, S. 179)

Das pantomimische Spiel der Schwester bedeutet für die Patientin sehr viel und gibt Hinweis auf die hohe Kompetenz, Aufmerksamkeit, Einfühlung und Kreativität, die hier zum Einsatz kommen. Offensichtlich gelingt der Nachtschwester eine höchst individuelle Abstimmung auf die Patientin; darüber hinaus findet sie den richtigen Ausdruck und die Form, dies zu vermitteln, und nicht zuletzt gelingt es auch der Patientin, die symbolische Darstellung als für sich passend und hilfreich anzunehmen. Ein wunderbares Matching also, das ermutigt, aber wohl auch als Glücksfall betrachtet werden muss.

Lauvengs Bericht enthält weitere positive Beispiele über hilfreiche Begegnungen und Behandlungsmaßnahmen in der Psychiatrie:

Ein Pfleger »war kein ausgebildeter Krankenpfleger, sondern machte Nachtwachen, weil er arbeitslos war. Daneben besuchte er noch irgendeinen Kurs für Medien und Journalistik. Er lehrte mich, die zehn Eigenschaften einer guten Nachricht zu erkennen. ›Eine Neuheit muss aktuell sein, relevant für den Empfänger, unerwartet ...‹ Ich muss zugeben, ich erinnere mich nicht mehr an alle. Aber damals kannte ich sie, und ich erinnere mich auch noch gut daran, wie er mich in seine Wirklichkeit zurückholte, wenn ich begann, unruhig, ruhelos und psychotisch zu werden: ›Arnhold, los, komm, zähl mir die zehn Kennzeichen einer guten Nachricht auf!‹ Wenn ich dann nicht antwortete, sondern weiter mit meinen Stimmen kommunizierte oder mich kratzte oder sonst etwas tat, bedrängte er mich weiter: ›Jetzt hör mit dem Blödsinn auf, Arnhold, ich weiß, dass du dich erinnerst! Eine gute Nachricht muss...‹ Und dann vollendete ich unsere Regel: ›eine gute Nachricht muss aktuell sein, relevant für den Empfänger...‹, während ich mich langsam durch diesen festgelegten und eigentlich vollkommen uninteressanten Katalog der Eigenschaften wieder unserer gemeinsamen Welt näherte. Das wirkte natürlich nicht jedes Mal. Aber oft. Manches davon lag wohl in der Einfachheit des Katalogs begründet, dem Regelmäßigen und darin, dass mir eine Hilfestellung gewährt wurde, auf ein neutrales Thema zu fokussieren, dass sich konkret und sicher außerhalb meiner selbst befand. Diese Regeln hatte ich damals so verinnerlicht, dass es keine Chance gab, einen Fehler zu machen, wobei mir das Thema so vollständig gleichgültig war, dass es keine Bedrohung darstellte und somit zu einem sicheren und leicht zugänglichen Haltepunkt im Leben wurde. Aber einiges lag wohl auch an meinem Lehrer. Ich mochte ihn. Er war nett zu mir, brachte mir etwas bei, er nahm mich ernst und war ruhig und sicher.« (Lauveng, 2008, S. 110f.)

Allerdings gibt es bei Lauveng auch andere Beispiele, die Hinweis auf Zwang und Gewalt geben, die Teil des Psychiatrie-Alltags sind. Gewaltmaßnahmen, die manchmal den Status der therapeutischen Intervention haben (z.B. Zwangsmedikation oder Fixierung), aber auch Formen der Gewalt, die auf aktuelles Versagen oder auf Entgleisungen zurückzuführen sind. Auch hierzu ein Beispiel von Lauveng. Die Situation: In der Klinik, in der Lauveng als Patientin ist, findet ein Fachkongress über Psychosen statt, natürlich ohne Patienten. Aber es gibt ein gemeinsames Kaffeetrinken im Aufenthaltsraum, an dem auch Lauveng, zu ihrem Erstaunen, teilnehmen soll. Denn normalerweise darf sie nur in Ausnahmesituationen und nur unter bestimmten Auflagen (Pappgeschirr statt Porzellan, denn Glas und Porzellan zerbricht sie sofort) am Nachmittags-Kaffeetrinken teilnehmen:

»Ich hatte im Speisesaal mit meiner Begleitung Karten gespielt, und als ich in den Aufenthaltsraum gebracht wurde, sah ich, dass die anderen Patienten, das Personal und ein paar Gäste bereits gekommen waren. [...] [Ich nahm] mein Glas, warf es zu Boden und war bestrebt, mir so schnell wie möglich eine Scherbe zu greifen und mich damit zu schneiden, ehe sie dazwischengingen. Mir gelang ein relativ guter Schnitt, ehe das Personal mich packte, mir die Scherbe aus den Händen riss und mich über den Flur fortzog. [...] Mir graute vor dem Kampf, der kommen würde, und ich schämte mich dafür, dass mich diese Fremden so gesehen hatten. [...]

Wir kämpften uns über den Flur und kamen zu meinem Zimmer. Als das Personal die Tür öffnete, taumelte ich in den Raum, bereit, das Erstbeste zu ergreifen, um nicht wehrlos dem Lärm und dem Chaos gegenüberstehen zu müssen. Aber das Zimmer war beinahe leer. Stühle und Bücher waren weggeräumt, und es gab nichts, das ich packen konnte. Das Zimmer war gerupft. Und plötzlich schoss mir ein eiskalter, glasklarer Gedanke durch den Kopf. Sie hatten gewusst, dass es so kommen würde. Es war alles geplant gewesen. Der Tisch, auf dem die Gläser standen, die Einladung. Und dann kam der nächste Gedanke, ebenso eiskalt wie der erste: die Gäste. Die Konferenzteilnehmer – war das ihnen zu Ehren? Eine kleine praktische Demonstration der vorhersagbaren Reaktion des Falles Arnhold auf einen mit Gläsern gedeckten Tisch? Ich wurde wütend. [...]

Jetzt, beim Schreiben, denke ich: Das kann nicht stimmen, das kann nicht so geplant gewesen sein, das können sie mir nicht angetan haben, nur um mein Verhalten zu demonstrieren, schließlich war das eine Klinik, und so grausam können Ärzte nicht sein. Es kann nicht so gewesen sein. Aber die Wahrheit ist, dass ich die Wahrheit nicht kenne und nicht weiß, welche Pläne und Motive sie hatten. Ich weiß, wie ich es erlebt habe, aber ich weiß auch, dass ich sehr verwirrt war und manches fehlgedeutet haben kann. Das Problem ist nur, dass ich mich auch an die realen Umstände erinnern kann. Ich finde auch jetzt noch keine andere Erklärung dafür, dass mein Zimmer ausgeräumt war, als dass sie davon ausgegangen sind, ich würde während des Kaffees unruhig werden. Und wenn sie das erwartet hatten – warum hätten sie sich dann die Mühe gemacht, mein Zimmer auszuräumen, statt zu verhindern, dass eine solche Situation überhaupt erst entsteht. [...] [...] trotz

meiner Krankheit reagierte ich vollkommen normal darauf, manipuliert und hintergangen worden zu sein. Es tat weh. Und es tat auch weh, dass sie meinen Schmerz vorbergesehen und nicht das Geringste getan hatten, um ihn zu mildern, sondern statt dessen nur ihren eigenen Aufwand verringert hatten. Das war vielleicht der größte Verrat von allen. [...]

***Vielleicht dachten sie, ich sei so krank, dass ein bisschen mehr oder weniger keinen Unterschied machte und ich es kaum merken und mich gewiss nicht so darum kümmern würde wie andere Menschen.** Vielleicht dachten sie, ich würde keinen Schmerz empfinden, weder physisch noch psychisch, **nicht so wie sie**, oder dass mir die Demütigung nichts ausmachte, weil ich es gewohnt war, gedemütigt zu werden.*» (Lauveng, 2008, S. 94ff; alle Hervorhebungen von EG)

Im Rahmen dieser Arbeit musste ich die Darstellung der Situation und auch die anschließende Reflexion kürzen. Es spricht für die große Empathie Lauvengs, dass sie im Folgenden auch noch versucht, »gute Gründe« für die Inszenierung zu finden:

»Ich könnte es sehr gut verstehen, wenn sie nach Wochen der Plackerei das Bedürfnis verspürt hätten, jemandem von außerhalb vorzuführen, mit was sie täglich zu kämpfen hatten und wie schwierig ihre Arbeit war.« (Lauveng, 2008, S. 97f.)

Jeder, der in Institutionen arbeitet, weiß, welche Risiken und Nebenwirkungen sie produzieren. Die Vermittlung zwischen Zwängen und Erfordernissen, die sich in der Praxis ergeben einerseits und den Instanzen, die über Gelder und Ressourcen zu entscheiden haben andererseits, gelingt in den wenigsten Fällen problemlos, ja wirkt oft geradezu zynisch (man denke an die Absurditäten, die sich aus der Berechnung von Pflegestufen und Pflegeleistungen ergeben) und es ist naheliegend – wenn auch erschreckend – dass dieser Zynismus sich gelegentlich auch im Umgang mit Patienten/innen widerspiegelt.

Hilfreich und weiterführend scheint Lauvengs Überlegung zu sein, dass neben der Überforderung des Personals auch die mangelnde Empathie für die spezifische Störung eine Rolle spielen könnte. Der andere (hier: die Patientin) wird erlebt als jemand, der »nicht so wie sie« ist und Schmerz »nicht so [...] wie andere Menschen« erlebt. Die Rollenverteilung: Patient/in – Behandler/in, die ursprünglich zu einer Professionalisierung führen sollte, zu der zumindest nach einer in unserem Kulturkreis etablierten Auffassung auch eine Distanzierung gehört, verkehrt sich dann in ihr absurdes Pendant: Opfer – Täter/in.

Auch hier stellt sich die Frage, ob nicht Institutionen, die auf dieser Rollenverteilung bestehen, qua Struktur Gewalttätigkeiten befördern. (Erinnert sei hier an den englischen Psychiatrie-Kritiker Laing, der in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts auf die Probleme aufmerksam machte, die eine Hierarchie und Dichotomie zwischen Arzt und Patient aufwerfen. Laing (1960) berichtet über seine alternative Klinik, in der externe Personen oft nicht zwischen Patient/innen und Ärzten/innen unterscheiden konnten.)

Lauveng fasst ihre Klinikerfahrung folgendermaßen zusammen:

»[...] Menschen sind nie Menschen ganz allein. Menschen sind immer Bestandteil irgendeines Systems. Sie können diese Systeme ändern, aber die Systeme können auch die Menschen ändern.« (Lauveng, 2008, S. 89)

Auch der holländische Psychiater Piet Kuiper war auf intensive Behandlung und Betreuung in der Psychiatrie angewiesen. Er erkrankte 1982, im Alter von 63 Jahren, an einer psychotischen Depression. Die Krankheit dauert drei Jahre, die Kuiper über weite Strecken in Kliniken verbringt. Die üblichen

Antidepressiva, die zum Einsatz kommen, schlagen nicht an. Erst eine Behandlung mit MAO-Hemmern führt zur Genesung. Der Krankheitsbericht ist einer der beklemmendsten Darstellung über den Verlauf einer Depression. Erschreckend ist vor allem, dass dem Patient Kuiper über einen langen Zeitraum nicht geholfen werden kann. Er erlebt über drei Jahre das Leben als Hölle und zwar in einem wörtlichen Sinn. Er ist davon überzeugt, große Schuld auf sich geladen zu haben, für die er nun in der Hölle büßen muss.

Wie beschreibt Kuiper rückblickend seine Erfahrungen in der Psychiatrie? – Insgesamt hält er die Klinikaufenthalte und die Behandlungen dort für notwendig und sinnvoll. Dass er über lange Zeit nicht geheilt werden kann, führt er auf den Umstand zurück, dass er ein seltenes und schweres Krankheitsbild aufweist. Er selbst hat in seiner früheren Tätigkeit als Psychiater bestimmte Formen der Medikation (die Behandlung mit MAO-Hemmern) abgelehnt, und ist als Patient in Übereinstimmung mit seinen behandelnden Ärzten dazu erst bereit, als es keine anderen Möglichkeiten mehr zu geben scheint. Beispielhaft für dieses grundsätzliche Einverständnis sei hier die Szene angeführt, in der er zum ersten Mal (mit eigener Zustimmung) in die Psychiatrie eingewiesen wird:

»Man beratschlagte mit sehr viel Verständnis für meine Gefühle, und ich fand es auch besser, daß ich alles abgeben sollte, womit ich mir Schaden hätte zufügen können. »Füllhalter, der Gürtel von meinem Bademantel, meine Brille, das ist alles, glaube ich.« Ich erlebte, was den meisten Menschen erspart bleibt: sich zwischen vier Wänden zu befinden, die »gepolstert« sind, damit man sich den Kopf nicht einschlagen kann. Die Isolierzelle einer psychiatrischen Einrichtung hat nichts Grausames. Nicht der Aufenthalt in einer Zelle ist schrecklich, sondern die Tatsache, daß er notwendig ist. Die Dunkelheit herrscht im eigenen Innern.

Noortje [seine Frau, d. Verf.] wird wohl schon zu Hause sein, überlegte ich. Mit Hilfe der Medikation, die Van Tilburg verschrieben hatte, schlief ich ein. Hinter mir lag der Weg vom Professor der Psychiatrie zum Patienten in einer Isolierzelle.« (Kuiper, 1991, S. 99)

Es ist deutlich zu erkennen, dass der Tenor hier ein zustimmender, wenig Psychiatrie-kritischer ist. Das kann viele Gründe haben, über die an dieser Stelle nicht entschieden werden kann. Die Idee liegt nahe, dass Kuiper, der große und bekannte Psychiatrie-Professor mit besonderer Umsicht und Sorgfalt behandelt wird; dafür würde auch der persönliche Kontakt zu dem behandelnden Arzt Van Tilburg sprechen, dem er sich kollegial und freundschaftlich verbunden weiß. Aber Spekulationen sind wenig weiterführend. Aufschlussreich dagegen ist die Darstellungsweise im Text: Die Korrektheit der therapeutischen Maßnahmen wird von Kuiper sogleich bestätigt. Aus dem Text spricht ein hohes Maß an Identifikation mit seiner früheren Tätigkeit und mit der Institution. Diese große Identifikation gipfelt in der letzten Formulierung: *»vom Professor der Psychiatrie zum Patienten in einer Isolierzelle«*, hier freilich mit einer tragischen Pointe.

Zum Vergleich: Auch Lauveng hält Gewaltmaßnahmen (Isolierung oder Fixierung), die sie wiederholt erfahren hat, in Ausnahmefällen für unverzichtbar. Sie betrachtet sie aber als einen Akt der Gewalt und berichtet, dass sie noch Jahre später, lange nach ihrer Genesung, immer wieder von nächtlichen Alpträumen darüber heimgesucht wird.

Auch Tilmann Moser begab sich mehrere Male in stationäre psychiatrische oder psychotherapeutische Behandlung. In seinem Buch *Bekenntnisse einer halb geheilten Seele* schreibt Moser rückblickend über seine vielen Jahre als Patient:

»Ich schaue nicht auf dreißig Jahre Berufserfahrung zurück, sondern auf mehr als vierzig Jahre eigener Psychotherapie und Psychoanalyse als Patient.« (Moser, 2004, S. 9)

Neben vielen Formen der Psychoanalyse, Psychotherapie und Körpertherapie, die Moser bei niedergelassenen Therapeut/innen wahrgenommen hat, teils als Patient, teils zu Zwecken der Zusatzqualifikationen, – eine exakte Trennung scheint nicht immer möglich und lässt auch die institutionelle Trennung (Therapeut-Patient) einmal mehr problematisch erscheinen –, hat sich Moser zweimal für drei Monate in psychotherapeutische Kliniken einweisen lassen und zweimal für kürzere Zeit in die Psychiatrie (2004, S. 11f.) Der Fokus in Mosers Buch liegt allerdings in der Auseinandersetzung mit der (psychoanalytischen) Behandlungstechnik, ein Punkt, der unter im nächsten Abschnitt *»Behandlungsverlauf und therapeutische Konzepte«* genauer ausgeführt werden soll. Die Auseinandersetzung mit den institutionellen Rahmenbedingungen der klinischen Versorgung erfolgt eher marginal. Das mag auch daran liegen, dass er – trotz Krankheit – Handlungsspielräume hat. Er kann zwischen verschiedenen Kliniken wählen, hat spezifische Ansprüche und sein Wissen über Krankheiten und Klinikprofile erleichtert eine professionelle Wahl. Hinzu kommt: Seine Kontakte ermöglichen es ihm, in die von ihm favorisierte Klinik, die lange Wartelisten hat, bevorzugt aufgenommen zu werden. Kurzum: Moser ist ein privilegierter Patient. Auch wenn dies in vieler Hinsicht eine Erleichterung bedeutet, was wohl von Moser auch so wahrgenommen wird, bringt die Prominenz natürlich auch zusätzliche Belastungen mit sich. In einer Klinik im Allgäu, deren Konzept sehr stark auf die Gemeinschaft zwischen den Patienten/innen ausgerichtet ist, denkt das Personal sogar im Vorfeld darüber nach, Moser nur inkognito aufzunehmen (was dann als »untherapeutisch« allerdings verworfen wird). Moser selber stellt auch fest, wie schwer es ihm fällt, sich auf die Patientenrolle zu beschränken. Da fast ausnahmslos alles in Gruppen geschieht (Meditation, Gesprächstherapien, Sport, Malen, Musik, Freizeitangebote) sind für Moser (wie auch für die anderen) alle therapeutischen Maßnahmen bei allen einsehbar. So sehr Moser das Gesamtkonzept würdigt und für sich selbst auch Gewinn daraus ziehen kann, kommt er zu einem kritischen, differenzierten Gesamturteil:

»...[es gelang] mir bald, den Aufenthalt als Chance zu sehen, auch wenn ich tiefe Abgründe erlebte. Aber das Erleben verbitterter Verweigerer sozusagen am gleichen Tisch schmerzte; auch das Schicksal von schwerer Beziehungsgestörten, denen das reine Gruppenangebot nicht ausreichte, um »erreicht« zu werden, und die nahe dem sozialen Außenseitertod dahinsiechten, auch wenn dies gar nicht unbedingt auffiel; und Patienten, mit denen die Therapeuten nicht zurechtkamen und auch durch Supervision keinen Weg fanden. Dann gab es natürlich therapeutische Beziehungsabbrüche durch Urlaube, Gruppenauflösungen, Therapeutenwechsel, -erkrankung und unklare atmosphärische Störungen. Das Gelingen der Therapie ist in solch einem Betrieb auch eine statistische Größe. Was vielleicht fehlte, war die Milderung oder supervisorische Abfederung von therapeutischen Beziehungskatastrophen, die einzelne Patienten, aber auch den Therapeuten wie das Team bedrohten. [...] Eine solche Katastrophe ist aufwühlend durch die dort gegebene Nähe, und da hatte ich manchmal Mühe, nicht professionell einzugreifen oder wenigstens meine Beobachtungen ans Team weiterzuleiten, besonders wenn ich von einigen Patienten in Not darum gebeten wurde. Die Therapeuten haben mich sanft korrigiert und mich entlastet vom Retter-sein-Müssen. Ich wäre ziemlich rasch aus meinem eigenen therapeutischen Prozess herausgeflogen. Trotzdem war mein innerer Supervisor nicht immer auszuschalten, und gelegentlich wurde ein kleiner Hinweis von mir sogar dankbar aufgenommen, so daß meine professionellen Wahrnehmungen zwar nicht zum eifrigen Eingreifen wurden, aber doch auch nicht völlig entwertet waren.« (Moser, 2004, S. 258f.)

Es muss noch einmal hervorgehoben werden, dass es sich in der Darstellung um eine psychotherapeutische Einrichtung handelt und – anders als bei Lauveng und Kuiper – nicht um eine psychiatrische Klinik. Die beiden kurzen Psychiatrie-Aufenthalte werden bei Moser nur am Rande

dargestellt und zumindest in dem einem Fall als »Ort vorläufiger Sicherheit, wenn auch nicht der Geborgenheit« (2004, S. 313) von ihm wahrgenommen.

Anders beurteilt Margret Osterfeld (2006) die Erfahrungen, die sie als Patientin in der Psychiatrie gemacht hat; ihre Erzählung, die im Rahmen eines offenen Interviews stattfindet, findet sich in dem bereits erwähnten Buch von S. Prins (Hrsg., 2006). Osterfeld, Jg. 1950, arbeitet als Ärztin in der Psychiatrie. Die wachsende Arbeitsbelastung sowie Konflikte im Team führen 1998 zur Krise und Erkrankung. Weil hier die Randbedingungen schon eine wichtige Rolle spielen, Osterfeld selbst auch zu einer eigenen Einschätzung kommt, die sich nicht immer decken mit der ihres unmittelbaren Umfeldes, auch hierzu der Original-Text:

»Das alles war im November 1998. Ich hatte auch Schwierigkeiten im Team. Ich wurde angefeindet von der Psychologin, weil ich ihr »was wegnahm« in der Patientenbetreuung. Gleichzeitig wurde genau dies von oben von mir verlangt. Ich selber habe immer noch mit sehr viel Schwung versucht, Lösungsvorschläge zu machen. Dann letztlich auch mit immer mehr Druck.

Das alles habe ich kompensiert – auch außerhalb des beruflichen Kontextes – mit irgendwelchen dummen Sprüchen und Albernheiten. Letztlich war es eine blöde Bemerkung von mir gegen den leitenden Oberarzt in der Mittagspause, die ihn dazu veranlasste, zu der Chefin zu gehen und zu sagen, mit der Kollegin ist was nicht in Ordnung.

Die Chefin hat mich dann sofort zu sich gerufen und darauf bestanden, ich solle ein paar Tage frei machen.

Ich verstand das überhaupt nicht. Das Ganze war eine ungeheure Kränkung. Warum macht meine Chefin das – ohne Begründung? Als ich beim Rausgehen an der Tür stand, sagte sie noch: »Und nehmen Sie doch ein kleines bisschen Tavor.« Ich fand das unverschämte, ganz einfach unverschämte, weil sie meine Chefin war. Und mir keine Medikamentenverordnung zu machen hat. [...]« (Osterfeld, 2006, S. 55)

Die Ambivalenz zwischen Selbst- und Fremdwahrnehmung durchzieht das gesamte Interview. Die Phase, in der die Ärztin als »auffällig« erlebt wird, setzt sich fort; Szenen wie die oben dargestellte wiederholen sich. Auch die Diagnosen sind unklar: ein *Normalbefund* wird ebenso attestiert wie *Hypomanie*. Auch wenn Osterfeld rückblickend zu der Einschätzung kommt, dass eine medizinische Behandlung angemessen war, ist sie empört den Zwang und die Formen der Gewalt, die sie erlebt hat. Sie kommt (von ihrem Umfeld dazu gedrängt) in eine Klinik, weigert sich aber, Medikamente zu nehmen:

»Am Dienstag kam dann mein Mann und unterhielt sich eine Stunde mit dem Arzt. Und dann kommt der Arzt raus und sagt zu mir: »Frau Osterfeld, Sie nehmen jetzt Valproat oder ich mache ihnen eine Psych-KG.« Darauf habe ich gesagt: »Dann machen Sie mal.«

O.k., dann da ich da mit Psych-KG und dann habe ich auch Medikamente geschluckt, weil ich einfach Angst davor hatte, dass als Nächstes die Zwangsmedikation kommt. Bitte, immer noch hatte ich nichts ausgefressen im Sinne von Gefährdung.

Ich habe dann Beschwerde dagegen eingelegt. Ich habe gesagt, dass Psych-KG ist ausgestellt worden, um mich zu einer Medikation zu zwingen, und das ist nicht zulässig. Ich habe die Beschwerde später dann zurückgezogen, aber unrechtmäßig finde ich das trotzdem nach wie vor. Das Psych-KG musste ich übrigens bezahlen. 700 Schleifen. DM damals. Als Privatpatientin.

Ich habe diese ganze Diagnose – Hypomanie – durchgehend nicht eingesehen, aber ich war einfach zermürbt und zerbrochen. Ich habe dann nach der Entlassung auch die Medikamente ein Jahr brav weitergeschluckt, einfach, weil ich auf der sicheren Seite sein wollte.

Ganz mühsam bin ich dann wieder zurück in den Beruf.« (Osterfeld, 2006, S. 58)

Osterfeld, obwohl selbst in der Psychiatrie tätig, fordert die Respektierung der Menschen- und Patientenrechte in der Psychiatrie (2006, S. 69). Behandlungen müssten auf Kooperation basieren, Begriffe wie mangelnde Krankheitseinsicht findet sie obsolet ebenso wie Zwangsmedikation, die eine Körperverletzung darstelle (2006, S. 68ff.)

Eine Konsequenz, die sie für sich gezogen hat, ist, dass sie eine Patientenverfügung bzw. Vorsorgevollmacht für den Fall einer erneuten Erkrankung aufgesetzt hat. Darin ist namentlich festgelegt, wer über einen möglichen Klinikaufenthalt zu entscheiden hat: nämlich ein Psychiater, den sie lange kennt und dem sie vertraut, dann der sie behandelnde Psychotherapeut; außerdem drei psychiatrienerfahrene Personen ihres Vertrauens, denn »die haben einen ganz anderen Blick dafür zu entscheiden« (2006, S. 71). Außerdem sei bei jeder Unterbringung im Krankenhaus ihr Anwalt zu verständigen (2006, S. 71).

Behandlungsverlauf und therapeutische Konzepte

Schwerpunkt in diesem Kapitel sind das bereits im letzten Abschnitt vorgestellte Buch von Tilmann Moser: *Bekenntnisse einer halb geheilten Seele* und das Buch von Helmut Junker: *Nachanalyse* (1993).⁸

Insbesondere Junkers Buch konzentriert sich auf den psychoanalytischen Behandlungsverlauf sowie auf die Auswirkungen der Therapie bzw. den neu gewonnenen Blick, der sich im beruflichen und privaten Alltag durchsetzt. Der Autor, selbst Psychoanalytiker und Hochschullehrer, ist Mitte fünfzig, als er an Asthma erkrankt. Ähnliche Beschwerden konnten in früherer Zeit bei ihm erfolgreich behandelt werden, doch die erneute Erkrankung greift nun massiv in seinen Alltag ein. Mit Hilfe einer Medikation kann die Asthma-Erkrankung zunächst zurückgedrängt werden. Die begleitende psychoanalytische Therapie, seine *Nachanalyse*, die eine Stunde pro Woche stattfindet, ermöglicht ihm schließlich das Absetzen der Medikamente und eine körperliche Beschwerdefreiheit. Bei der Reflexion seiner Erkrankung erinnert sich Junker an Freuds Diktum, dass behandelnde Psychoanalytiker in regelmäßigen Abständen – etwa alle fünf Jahre – sich einer weiteren eigenen Analyse unterziehen sollten, um möglichen psychischen Kontaminierungen durch die Patienten/innen und Analysanden/innen entgegenzuwirken (1993, S. 7).

Junker kann auch während seiner psychosomatischen Krise seinen beruflichen Verpflichtungen nachkommen. Im Unterschied zu den anderen bislang vorgestellten Berichten, ist er zu keinem Zeitpunkt so krank, dass er stationär behandelt werden müsste. Das Buch stützt sich auf Notizen, die er allwöchentlich im Anschluss an die Sitzungen festgehalten hat. Auffallend ist, dass er in seiner Darstellung die scheinbar distanzierte Dritte-Person-Perspektive wählt. Er spricht von sich selber als »der Patient«, obwohl durch den Titel und auch durch das Vorwort dokumentiert ist, dass es sich um ein »autobiographisches Fragment« handelt. Zentral wird der Gedanke, dass die Atemnot ein Ausdruck der frühen Beziehung zur Mutter ist. Die Mutter braucht ihn als das »kranke Kind«, um nicht von ihm verlassen zu werden. Es ist hier insbesondere der Begriff der »Lungenwelt«, den der Therapeut früh ins Gespräch bringt

⁸ Sehr lohnend mit Blick auf psychoanalytische Behandlungstechniken sind außerdem die Arbeiten von H. Guntrip (1975/1997) und von M. I. Little (1994). Da es sich aber in beiden Fällen um die Darstellung der Lehranalyse und nicht um Patientenberichte handelt, konnten sie in diesen Aufsatz nicht mit aufgenommen werden.

und der von dem Patienten als hilfreich und als »sehr geglättete Wortschöpfung« (1993, S. 14) wahrgenommen wird.

Die therapeutische Arbeit, obwohl nur einstündig und für die Dauer eines Jahres, wird als sehr unterstützend erlebt, so dass Junker rückblickend zusammenfassen kann:

»Symptomfreiheit, ein beweglicheres Interesse an den Vorkommnissen seines Lebens, ein Gang, der etwas weniger gebeugt ist, ebenso wie ein lebendiges Gefühl von Erleichterung erhielten sich über die vergangenen beiden Jahre. [...]

Entsprechend einem gemeinsamen analytischen Credo, daß Objektbeziehungen eines Patienten im Erkennen und Erdenken der unbewußten Phantasien neu verknüpft werden, daß synonym zum Denken das Weiterfühlen und Ausfühlen der inneren Wunschwelt und ihrer Ausgestaltung zum Gelingen der Therapie beitragen, meint der Autor, daß sowohl die therapeutische Beziehung als auch die Deutung seiner unbewußten Konflikte zu seiner Genesung beigetragen haben.« (Junker, 1993, S. 15)

Diese eigene, positive Einschätzung der therapeutischen Wirkung steht m.E. in einem merkwürdigen Kontrast zu der befremdlichen Wirkung, die das Buch beim Lesen auszulösen vermag. Das müsste genauer untersucht werden, was aber im Rahmen dieser Arbeit nicht geleistet werden kann. Interessantes und Weiterführendes ist dazu zu finden bei Iser (1976): *Der Akt des Lesens. Theorie ästhetischer Wirkung*. An dieser Stelle wäre die vergleichende Einschätzung verschiedener Leser/innen sehr hilfreich. Obwohl der Autor-Patient für sich eine zunehmende Beweglichkeit feststellt, spiegelt sich dies in der Darstellung zumindest in meiner Lesart nicht wider; vielmehr scheint die Beschreibung stellenweise von Leid und Resignation geprägt; als Beispiel sei hier auf die Formulierung: »ein Gang, der etwas weniger gebeugt ist« (Junker, 1993, S. 19) verwiesen.

Das Buch von Junker zeigt beispielhaft die Anwendung der psychoanalytischen Objektbeziehungstheorie. Es geht aber nicht darüber hinaus und es kommt zu keiner (Selbst)Distanzierung in positiver oder negativer Abgrenzung. So ist es naheliegend, dass der Leser/die Leserin in den vom Autor erlebten und beschriebenen therapeutischen Prozess involviert wird, was zu unterschiedlichsten Reaktionen führen mag.⁹ Das scheint vom Autor intendiert zu sein; so heißt es im Vorwort:

»Im Akt des Schreibens fließen die sonst getrennt beurteilten Bereiche, das öffentliche Er und das private Ich, ineinander. Anders formuliert: Der Erwachsene trifft das Kind in sich. Das Kind begegnet dem Erwachsenen, zu dem es geworden ist. In der Therapie wechseln die Selbst-Einstellungen vom szenischen Fließen zur kritischen Reflexion. Der Text versucht, diese Verschiedenheiten lesbar zu verbinden.« (Junker, 1993, S. 9)¹⁰

Behandlungsverläufe und unterschiedliche theoretische Grundannahmen sind auch bei Moser ein zentrales Thema, vielleicht sein Lebensthema schlechthin, wenn man die Fülle an Büchern, die er darüber veröffentlicht hat, zu Grunde legt. In dem Buch *Bekenntnisse einer halb gebeulten Seele* (2004) zieht er eine Art Resümee. Die einzelnen Behandlungsformen werden rückblickend betrachtet, und er versucht ihren Stellenwert mit Blick auf seinen Werdegang und seine Genesung zu bestimmen. Das tröstliche Fazit, das er zieht, lautet:

»Die lange therapeutische Reise hat sich gelohnt. Und ich kann Patienten, wenn eine oder zwei Behandlungen in die Irre geführt haben oder nur zu halbem Ergebnis, nur raten, nicht aufzugeben.« (Moser, 2004, S. 9)

⁹ Ich teile nicht die Position von Hirsch (1995), der sich unverhohlen bissig über das Buch äußert und damit weder dem Buch als Selbstzeugnis noch seinem Erkenntniswert gerecht wird.

¹⁰ Vgl. dazu auch das Zitat in diesem Aufsatz, S. 74 unten (Junker, 1993, S. 8 f.).

Das darf nicht darüber hinwegtäuschen, dass Mosers therapeutischer Weg ein langer und mühsamer ist, von Enttäuschungen und Kränkungen ebenso intensiv geprägt wie von Idealisierungen und Hoffnungen. Schon in seiner Ausbildungszeit, seiner Lehranalyse, glaubt er an eine grundlegende Veränderung seines Lebens und seiner Persönlichkeitsstruktur durch die Lehranalyse, nachzulesen in seinem Buch *Lehrjahre auf der Couch* (1974). Der damalige hymnische, geradezu religiös geprägte Charakter seiner Darstellung wird auch von Moser selbst, zumindest im Rückblick, so wahrgenommen, und spiegelt seine großen (Heils)Erwartungen wider. Der Leser/die Leserin – sofern nicht selbst für Heilsversprechungen empfänglich – wird dem mit entsprechender Skepsis begegnen. Es lohnt sich allerdings, darüber nachzudenken, inwieweit der Psychoanalyse (in Theorie und Praxis) nicht selbst ein religiöser Kern innewohnt¹¹. Moser ist in mancher Hinsicht ein vorbildlicher Patient: Nicht gewillt, den Glauben an die Psychoanalyse aufzugeben, versucht er, das Gute und für ihn Heilsame zu bewahren, und in dem Maße, in dem die klassische Psychoanalyse nicht genügt, nach Ergänzungen und Modifikationen zu suchen. Das wird nicht von allen gerne gesehen: Die »Kirchen-Oberen« sorgen sich um die Grundsätze und die Einheitlichkeit des Vereins und reagieren häufig ganz »menschlich« und gar nicht psychoanalytisch, nämlich mit Abwehr, Schuldzuweisung und Ausgrenzung¹². Spätestens hier beginnt auch das Tragische und Problematische, das den Umgang mit Patienten/Patientinnen unmittelbar betrifft.

Nicht die möglichen Grenzen und Unzulänglichkeiten des therapeutischen Konzepts werden in der Auseinandersetzung bei orthodoxen Psychoanalytikern/innen zum Gegenstand gemacht, sondern die Grenzen und Unzulänglichkeiten des Patienten: »[...] Unfähigkeit zur Analyse, Verworfenheit, maligne Regression, bösartiger Widerstand, unüberwindlicher Neid, negative therapeutische Reaktion, schwere Borderline-Persönlichkeit. Alles bekam ich zu hören.« (Moser, 2004, S. 13)

Und das bittere Fazit: »[...] Es macht etwas mit dem Patienten, wenn er über Jahre des Leidens keine Linderung erfährt, es aber sich selbst zur Last legt und parallel zum verärgerten oder verzweifelten Fühlen und Diagnostizieren des Therapeuten eine Verschärfung der Kategorisierung vornimmt [...].« (Moser, 2004, S. 13)

Aber er begegnet auch Reformfreudigen, und da Moser nicht nur Patient, sondern selbst Analytiker ist, verfügt er über das nötige Wissen und den nötigen Zugang, um Alternativen auszuprobieren. Hier wird die Doppel-Rolle Therapeut-Patient in hohem Maße bedeutend und von Moser konstruktiv umgesetzt: Auf der Suche nach dem, was ihm selbst hilfreich sein könnte, bildet er sich selbst ständig weiter, wendet auf sich selbst an, was er dann, professionell gefiltert, an seine eigenen Patienten/innen weitergeben kann.

Mosers Hauptkritikpunkt an der klassischen Psychoanalyse ist, dass diese den Körper des Patienten vernachlässige. Spätestens mit den Ergebnissen der Traumaforschung muss auch theoretisch als gesichert gelten, was die Säuglings- und Bindungsforschung bereits wusste: Insbesondere frühe Störungen reichen soweit in das Körper-Gedächtnis des Menschen zurück, dass sie mit Worten nicht erreicht werden können, sie sind präverbal. Entsprechend kann die klassische Psychoanalyse diesen Störungen nicht

¹¹ Vgl. dazu z.B. Gay, 1988.

¹² Vgl. zu den historischen Anfängen der Psychoanalyse und ihrer straffen Struktur bei Freud auch: Illouz, E. (2009), S. 52 ff.

genügen, sie muss als kontraindiziert gelten, was aber lange nicht gewusst oder in seinen Konsequenzen bedacht wurde. Dazu Moser:

»Freud schreibt, das frühe Ich sei vor allem ein körperliches. Dann ist es das traumatisierte Ich erst recht. Aber die Psychoanalyse hat daraus lange Zeit kaum Konsequenzen gezogen, sondern zum Teil eine Psychoanalyse sogar von Traumatisierten in Übertragung und Gegenübertragung für die höchste aller Künste erklärt. Viele analytisch orientierte Traumatherapeuten denken darüber inzwischen anders, wenn sie es weder dem Analytiker noch dem Patienten zumuten wollen, daß sich das Grauen zwischen den beiden entfaltet. [...] Der Urhunger nach den vielfältigen Formen des Berührens ist nicht abzutruern, wie es die klassische Behandlungstheorie verlangt, oder in rein symbolischen Halt zu verwandeln. Dieses Programm wird als grausam erlebt, als Verweigerung, als implizite Diagnostizierung des Patienten als anormal, bockig, gierig, agierend, gefräßig, oral gestört, klammernd, ichschwach, aufdringlich, bedrängend, das Setting nicht einhaltend, nicht analysefähig und manches mehr.« (Moser, 2004, S. 110f.)

Die Grundannahmen des psychoanalytischen Konzepts korrespondieren in hohem Maße mit dem Setting in der Behandlungssituation: Der »unsichtbare« Analytiker, der zumindest in der klassischen Psychoanalyse am Kopfende hinter der Couch sitzt, kann und soll als reale Person für den Analysanden möglichst wenig präsent sein, um die freie Assoziation des Analysanden nicht zu beeinflussen. Dies kann zu einer völligen Überforderung des Patienten führen:

»Die Unsichtbarkeit des Analytikers, die auf der Ebene der Neurose und bei etablierten inneren Objekten segensreich sein kann, steigert bei früh traumatisiertem Selbst das Mißtrauen. Natürlich kann man sagen, dadurch erblühe die bereits vorhandene negative Übertragungsbereitschaft. Aber das scheint mir ein Irrtum in dem Maße, als die Übertragung allein dem Patienten zugeschoben wird. Es gibt große Quanten an settingsbedingter Steigerung des Mißtrauens und des Hasses, der destruktiven Phantasien, und sie dem Patienten als reine Eigenproduktion unterzuschieben[,] ist eine grobe Ungerechtigkeit.« (Moser, 2004, S. 116)

Schwer aushaltbar für Analytiker/in und Patient/in sind, besonders bei frühen Störungen, die negativen Übertragungsformen, die das psychoanalytische Konzept voraussetzt, denen sie aber in der Praxis nicht immer konstruktiv begegnen kann. Moser verweist auf verschiedene, scheinbar nicht auflösbare Verstrickungssituationen, die er selbst als Analysand erlebt hat, von denen aber auch Rat suchende Patienten zu erzählen wissen. Moser ist davon überzeugt, dass hier das Rollenspiel Abhilfe schaffen kann, das er im Rahmen der Gestalttherapie kennengelernt und eingeübt hat. Der Therapeut zieht sich hier in der Weise aus dem Geschehen zurück, dass der Patient im Rollenspiel mit den eigenen Introjekten (z.B. der Vater- oder Mutterfigur) die (früheren) Konfliktsituationen durchspielt. Der Therapeut/die Therapeutin fungiert in diesem Setting nur als begleitende, unterstützende Person, die (ein Stück weit) aus dem Übertragungsgeschehen heraustritt. Die Gefahr möglicher Verstrickungen ließen sich nach Moser so ein Stück weit vermeiden, zumindest aber reduzieren.

Konsequenzen der Autoren/innen für Theorie und Praxis der Psychotherapie

• Fragen zur Behandlungstechnik

Bei Moser sind die Konsequenzen, die er aus den Erfahrungen an der eigenen Person für seine eigene therapeutische Praxis zieht, offensichtlich und durchgängig auch Gegenstand in *Bekenntnisse einer*

halb geheilten Seele (2004). Es geht ihm vor allem um eine Öffnung der Psychoanalyse und um eine Integration anderer therapeutischer Methoden.

Bei Junker und Kuiper werden mögliche Konsequenzen für Theorie und Praxis der Psychotherapie nicht explizit formuliert. Sie können allenfalls indirekt erschlossen werden. Junkers Bericht zeigt beispielhaft, dass niederfrequente psychoanalytische Therapie bei Krisenbewältigung wirksam sein kann. Insofern ist sein Buch ermutigend und ein Plädoyer für die Psychoanalyse, auch und speziell für eine Nachanalyse. Die Nachanalyse, wie sie Junker erfährt, führt nicht nur zu seiner eigenen Genesung, sondern sie bedeutet auch – nach seiner eigenen Einschätzung – eine Entlastung und Bereicherung für sein persönliches Umfeld: seine Lebensgefährtin und seine beiden Töchter. Durch die analytische Fürsorge und die bessere Selbstannahme kann er sich wieder mit Kraft den »realen sozialen Wünsche[n] und Aufgaben« widmen (Junker, 1993, S. 15).

Kuiper scheint es in seinem Bericht vorrangig darum zu gehen, ein Verständnis für das Krankheitsbild der schweren Depression zu vermitteln; die Frage nach Veränderungen oder Konsequenzen für das Gesundheitssystem treten dagegen zurück. Es sind einzelne Verhaltensweisen von Ärzten/innen oder Pflegern/innen, die ihm auffallen, z.B. das uneinfühlsame Verhalten eines Pflegers (vgl. S. 111f.) oder die räumlichen Bedingungen, die eine Genesung erschweren, z.B. der Lärm auf der Station, die Pingpong-Platte vor seinem Zimmer. Eine grundsätzliche Kritik findet sich bei Kuiper nicht. Im Vordergrund steht die Dankbarkeit über seine Heilung und den Institutionen und Personen gegenüber, die dies ermöglichten.

• Krankheitsverständnis

Krankheiten und Diagnosen sind keine absoluten Größen, sondern hängen eng mit kulturellen und gesellschaftlichen Bedingungen zusammen. Speziell bei psychischen Erkrankungen erscheint es sehr fragwürdig, einen Zustand »von außen«, aus der Dritte-Person-Perspektive, mit einem Krankheitswert zu belegen; eigentlich kann dies nur der Leidende selbst, aus der Erste-Person-Perspektive, mit privilegiertem Zugang zu sich selbst.

Explizit problematisiert wird das Krankheitsverständnis bei Osterfeld und bei Lauveng. Bei Osterfeld wird der ganze Krankheitsverlauf von dieser Frage begleitet: Wann ist ein Verhalten nur sozial auffällig oder unerwünscht, wann wird es pathologisch? Und wer hat die Deutungshoheit, die dazu autorisiert, über die entsprechenden Maßnahmen zu entscheiden? Osterfeld ist es offensichtlich gelungen, einen Weg zu finden, der es ihr möglich macht, sich in kritische Distanz zu der Meinung ihres Umfeldes zu begeben, aber auch Kompromisse einzugehen, wo sie andernfalls dauerhafte Nachteile befürchtet. Sie hat darüber hinaus kluge, institutionenbezogene Vorkehrungen für sich getroffen, um im Wiederholungsfalle Risiken oder Schäden für sich zu minimieren. Der Bericht macht aber damit in indirekter Weise auch deutlich, dass es notwendig zu sein scheint, über ein hohes Maß an institutionsbezogenem Wissen zu verfügen, um im Falle einer Erkrankung nicht Verordnungen oder Anweisungen ausgeliefert zu sein, sondern weiterhin autonom und selbstbestimmt handeln zu können.

Aufgrund ihrer eigenen Erfahrungen sei sie sehr vorsichtig geworden in Beurteilung der Patienten/ innen, die sie zu diagnostizieren hat. So sagt sie:

»Ich muss immer sehen, dass ich ein gemeinsames Krankheitsverständnis finde. Ich habe mir Begriffe wie Krankheitseinsicht oder mangelnde Krankheitseinsicht einfach abgewöhnt, weil sie Quatsch sind. [...]«

Ich schreibe ganz bewusst nicht in meinem Arztbrief: »Die Behandlung war schwierig, weil der Patient keinerlei Krankheitseinsicht zeigte.« Ob ich das schreibe oder: »Es gelang während der Behandlung nicht, ein ausreichend stabiles gemeinsames Krankheitsverständnis zu entwickeln«, sind zwei verschiedene Paar Schuhe. Und das ist nicht nur Wortklauberei, sondern da steckt eine andere Haltung dahinter. Ich kann es nicht jemandem vorwerfen, dass er nicht die Einsicht von mir teilt.« (Osterfeld, 2006, S. 69)

Auch in Lauvengs Buch *Morgen bin ich ein Löwe* werden die Probleme eines an abstrakten Normen orientierten Krankheitsverständnisses diskutiert. Statistiken, Diagnosen und Manuale verfehlen ihren Sinn, wenn man sie aus ihren existenziellen Bezügen löst.

»Es ist für Arzt und Patienten gleichermaßen einfach, darauf zu vertrauen, dass die Diagnose gleichzeitig die Erklärung ist, doch das ist sie nicht. Der Kapitän [eine Wahnvorstellung, d. Verf.] fügt sich wunderbar in die ICD-10- [...] Diagnosekriterien für die »paranoide Schizophrenie«. [...]«

Aber wir wissen immer noch nicht, wer der Kapitän ist, wo er herkommt und wie wir ihn loswerden können. Viele sind der Meinung, die Antworten würden sich ergeben, hat man erst die Untersuchung beendet und die Diagnose erstellt. [...] Aber der Kapitän brüllt immer noch und die wichtigsten Fragen sind unbeantwortet. Die wichtigsten Fragen des Lebens lauten doch: wer bin ich, was will ich, was und wer ist wichtig für mich? Welche grundsätzlichen Lebensregeln habe ich, und welche davon will ich behalten? Was mag ich, und was mag ich nicht? Was erhoffe ich mir vom Leben? Und auf eine solche Frage vermag eine ICD-10-Diagnose keine Antwort zu geben.« (Lauveng, 2005, S. 49)

• Soziales Umfeld und Genesung

In allen Texten wird die Bedeutung des sozialen Umfeldes bei der Genesung und dem Wiedereinstieg in ein »normales Leben« deutlich; explizit bei Kuiper, bei Lauveng und bei Junker. Kuiper weist insbesondere darauf hin, wie wichtig die Zeit *nach* einer psychischen Erkrankung ist. Denn nicht nur die psychotische Depression stellt eine große psychische Belastung dar, sondern auch die anschließende »Trauer« über diese Erfahrung (vgl. Kuiper, 1991, S. 241f.):

»Die Verarbeitung einer so schweren Krankheit fordert viel von dem, was ich hier eher nüchtern den psychischen Apparat nennen will. Ich habe mich oft gefragt: Wie wäre es mir wohl ergangen, wenn ich, um es banal zu sagen, nicht die optimale Unterstützung meiner Frau gehabt hätte, wenn ich nicht umgeben gewesen wäre von treuen Freunden? Wie hätte ich dann die Enttäuschung verarbeitet, die Menschen einem zufügen, die offenbar argumentieren: »Einmal verrückt, immer verrückt!« Ich kann von Herzen unterschreiben, was Nolen [der behandelnde Arzt, d. Verf.] gesagt hat: Gute Kontrolle der Medikation reicht bei weitem nicht aus. Wenn man die Beziehungen des Patienten, der dabei ist, sich von einer Depression zu erholen, nicht beobachtet, die soziale Situation und die Enttäuschungen, die er verarbeiten muß, nicht gründlich durchspricht, dann ist die Gefahr groß, daß er wieder krank wird. Mißlingt die Verarbeitung der Tatsache, daß man psychisch krank gewesen ist, so wird sie zur Ursache einer neuen Erkrankung.« (Kuiper, 1991, S. 241f.)

Lauveng ist davon überzeugt, dass eine Genesung und Wiedereingliederung nicht gelungen wäre, wenn sie neben der professionellen Hilfe nicht die vehemente Unterstützung von Mutter und Schwester gehabt hätte.

Junker weiß um die »Zuwendung seiner mitleidenden und mithoffenden Lebensgefährtin« (Junker, 1993, S. 15) und sieht in ihr eine »Übertragungs-Helferin« (Junker, 1993, S. 14), ohne die eine Heilung erschwert worden wäre.

Anlass und Bedeutung des Schreibens

Ähnlich unterschiedlich wie die Lebenssituationen der Autoren/innen der hier vorgestellten Berichte sind, unterscheiden sich – zumindest äußerlich – die Anlässe und die Motive zum Schreiben bzw. Erzählen. Osterfeld wird im Rahmen einer Interviewreihe um einen Bericht gebeten. Hier handelt es sich – im Unterschied zu allen anderen Texten – um einen mündlichen Bericht, der anschließend verschriftlicht wurde.

Auch Kuiper verfasst seinen Bericht aufgrund einer Anregung bzw. Bitte seines behandelnden Psychiaters, Dr. Nolen, der den Wunsch damit verknüpft, Kuiper möge zum einen das Krankheitsgeschehen dadurch besser verarbeiten können, zum anderen aber auch anderen Patienten und deren Angehörigen zu einem besseren Verständnis der Krankheit verhelfen. Beide Absichten scheint Kuiper zu teilen. Kuiper hebt außerdem hervor, dass mit der Genesung und beim Schreiben die »frühere gewohnte Lust am Betrachten und Reflektieren zurück[kehrte]«. (Kuiper, 1991, S. 11)

Lauveng schreibt, weil sie eine wahre Geschichte, nämlich *ihre Geschichte* über ihre Erkrankung erzählen möchte. Sie legt Wert auf die Feststellung, dass Wahrheit immer nur in Geschichten vermittelt werden kann, weil es die eine, allgemeingültige Wahrheit nicht gäbe. Als sie krank war, hat sie vermisst, dass ihr niemand eine Geschichte über Schizophrenie erzählt hat, die sie ermutigt hätte:

»Als ich krank war, bekam ich nur eine Geschichte zu hören. Es hieß, ich sei krank, ein angeborenes Leiden, das mein ganzes Leben dauern würde und mit dem ich lernen müsste zu leben. Diese Geschichte stimmte in meinem Fall nicht. Sie machte mir keinen Mut und gab mir weder Hoffnung noch Kraft in einer Zeit, in der ich gerade das so gebraucht hätte. Es war keine Geschichte, die mir gut tat. Und in meinem Fall war es auch keine wahre Geschichte. Aber es war die einzige Geschichte, die ich zu hören bekam.« (Lauveng, 2006, S. 14)

Erst in ihrem Studium erfuhr sie, dass bestimmte Formen der Schizophrenie durchaus Heilungschancen haben. Geschichten über eine Heilung bekam sie als Patientin aber nie zu hören. Diesem Mangel will sie mit ihrer Geschichte begegnen.

Auch Moser will mit seinem Buch aufklären und andere Betroffene ermutigen, nach möglichen unzureichenden Behandlungen nicht aufzugeben, wie er im Vorwort festhält (vgl. Moser, 2004, S. 9). Aber er will noch anderes und darauf gibt schon der Titel: *Bekenntnisse einer halb gebeilten Seele* Hinweis. Moser erläutert:

»Der Gedanke, mir selbst und anderen darüber Rechenschaft zu geben, verbunden mit dem Versuch der Erhellung der inneren und äußeren Vorgänge, hat mich seit langem begleitet, vor allem, seit ich mir klarmachen mußte, daß die in den »Lehrjahren auf der Couch« beschriebene Analyse nur ein Teilstück, eine Teilwahrheit war und außerdem an meiner seelischen Erkrankung kaum etwas geändert hatte.« (Moser, 2004, S. 9f.)

Hier wird Schreiben also auch als Möglichkeit der Korrektur und der Selbsterforschung verstanden. Allerdings spielen bei einem Autor wie Moser, der so viel und leidenschaftlich schreibt, sicherlich eine Vielzahl von Motiven eine Rolle, die genauer zu untersuchen hier nicht möglich ist. Moser äußert aber auch in den *Bekenntnissen*, dass er Schreiben oft für ein Symptom gehalten hat – oder positiv formuliert: Schreiben ist für ihn auch ein Mittel gegen die Depression.

Junker möchte Einblick geben in psychoanalytische Prozesse. Er glaubt – darin Lauveng vergleichbar –, dass ›Wahrheit‹ immer nur im subjektiven Prozess erlebbar und aufzeigbar ist. Junker, der mit seinem Buch dem Leser/der Leserin vielleicht am meisten zumutet, hat dafür eine Begründung und will dies in den Dienst der Sache gestellt wissen:

»So mag, was dem therapeutisch kundigen Leser leicht verständlich ist, einen mehr ›literarisch‹ Lesenden befremden, wie düster und quälend der Autor seinen psychischen Lebensgrund schildert. Dieses Hervorholen des konventionell Unsichtbaren ist aber gerade seine Absicht. Sie steht im Dienste des Erkennens – und einer heilsamen Veränderung« (Junker, 1993, S. 8f.)

Ausblick

Trotz unterschiedlicher Krankheitsbilder, Einschätzungen und Positionen scheint allen Autoren/innen die Einschätzung gemeinsam zu sein, dass sie durch ihre Krankheit einen Zugewinn an Erkenntnis gewonnen haben, der über das rein theoretische Wissen nicht vermittelt werden konnte. Um auf die eingangs gestellte Frage zurückzukommen: Die Erste-Person-Perspektive ist nicht ohne weiteres über die Dritte-Person-Perspektive einholbar. Interessant ist, dass diese erkenntnistheoretische Dimension in den meisten Texten mitreflektiert wird: explizit bei Lauveng, die Wahrheit an *Geschichten* gebunden weiß. Junker betont den prozesshaften Charakter von psychoanalytischer Wahrheit und Kuiper verweist auf den Begriff der »befindlichen Wahrheit«.

Für eine Fehlerkultur in der Psychotherapie bedeutet dies, dass Therapiegeschichten, die von Patienten/innen erzählt oder geschrieben werden, in Praxis und Forschung viel stärker berücksichtigt werden sollten als bislang geschehen.

Literatur:

- Böker, H. (2004). Rezension: Piet C. Kuiper (1995): Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters. In S. Mentzos & K. Münch (Hrsg.), *Forum der psychoanalytischen Psychosentherapie. Bd. 11: Psychose und Literatur* (S. 95-98). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Brentano, M. (2006). Rezension: Tilmann Moser (2004): Bekenntnisse einer halb geheilten Seele. Psychotherapeutische Erinnerungen. *Psyche*, 60 (1), 79-81.
- Brentano, M. (2008): Rezension: Arnhild Lauveng: Morgen bin ich ein Löwe. Wie ich die Schizophrenie besiegte. *Psychotherapeut*, 53, 308-309.
- Gay, P. (1988). *Ein gottloser Jude*. Frankfurt a. M.: S. Fischer.
- Grundmann, E. (2009). Berichte und Erzählungen von PatientInnen. Ein Perspektivenwechsel. In F. Pfäfflin & H. Kächele (Hrsg.), *Behandlungsberichte und Therapiegeschichten* (S. 137-163). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Guntrip, H. (1975). Meine analytische Erfahrung mit Fairbairn und Winnicott. Wie vollständig ist das Ergebnis psychoanalytischer Therapie? *Psyche*, 51 (7), 676-699.
- Hirsch, M. (1995). Rezension: Helmut Junker (1993): Nachanalyse. Ein autobiographisches Fragment. *Psyche*, 49 (6), 595-598.
- Illouz, E. (2008). *Die Errettung der modernen Seele. Therapien, Gefühle und die Kultur der Selbsthilfe*. Frankfurt a.M.: Suhrkamp.
- Iser, W. (1976). *Der Akt des Lesens. Theorie ästhetischer Wirkung*. (Zweite, durchgesehene und verbesserte Auflage 1984). München: Fink.

- Joisten, K. (Hrsg.). (2007). Narrative Ethik: Das Gute und das Böse erzählen. *Deutsche Zeitschrift für Philosophie. Sonderband 17*. Berlin: Akademie Verlag.
- Junker, H. (1993). *Nachanalyse. Ein autobiographisches Fragment*. Tübingen: edition diskord.
- Kächele, H. (1993). Der lange Weg von der Novelle zur Einzelfallanalyse. In U. Stuhr & F.-W. Deneke (Hrsg.), *Die Fallgeschichte. Ihre Bedeutung als Forschungsinstrument* (S. 32-42). Heidelberg: Asanger.
- Kächele, H. & Pfäfflin, F. (Hrsg.). (2009). *Behandlungsberichte und Therapiegeschichten. Wie Therapeuten und Patienten über Psychotherapie schreiben*. Gießen: Psychosozial.
- Koch, H. H. & Keßler, N. (Hrsg.). (1998). *Schreiben und Lesen in psychischen Krisen. Bd. 1: Gespräche zwischen Wissenschaft und Praxis*. Neumünster: Paranus.
- Kuiper, P. C. (1988/1991). *Seelenfinsternis. Die Depression eines Psychiaters*. (Aus dem Niederländischen von Marlis Menges. 8. Aufl. 2003). Frankfurt a.M.: Fischer.
- Laing, R. D. (1960/1969). *Das geteilte Selbst. Eine existentielle Studie über Gesundheit und und Wahnsinn*. Köln: Kiepenheuer & Witsch 1994.
- Lauveng, A. (2005/2008). *Morgen bin ich ein Löwe. Wie ich die Schizophrenie besiegte*. (Aus dem Norwegischen von Günther Frauenlob). München: btb.
- Leonhardt, M. (2011). *Als meine Seele dunkel wurde. Geschichte einer Depression*. München: dtv.
- Little, M. I. (1994). *Die Analyse psychotischer Ängste. Zwei unorthodoxe Fallgeschichten*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Meyer, A.-E. (1993). Nieder mit der Novelle als Psychoanalyse-Darstellung – Hoch lebe die Interaktionsgeschichte. In U. Stuhr & F.-W. Deneke (Hrsg.), *Die Fallgeschichte* (S. 61-84). Heidelberg: Asanger.
- Moser, T. (1974). *Lehrjahre auf der Couch. Bruchstücke meiner Psychoanalyse*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp 1976.
- Moser, T. (2004). *Bekenntnisse einer halb geteilten Seele. Psychotherapeutische Erinnerungen*. Frankfurt a. M.: Suhrkamp.
- Osterfeld, M. (2006): Vor der Tatsache des Krankwerdens habe ich keine Angst mehr. Nur vor der Tatsache, so behandelt zu werden, habe ich Angst. In S. Prins (Hrsg.), *Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen* (S. 53-71). Neumünster: Paranus.
- Prins, S. (Hrsg.). (2006). *Seitenwechsel. Psychiatrieerfahrene Professionelle erzählen*. Neumünster: Paranus
- Stuhr, U. & Deneke, F.-W. (Hrsg.). (1993). *Die Fallgeschichte. Beiträge zu ihrer Bedeutung als Forschungsinstrument*. Heidelberg: Asanger.
- Thomä, H. & Kächele, H. (Hrsg.). (2006). *Psychoanalytische Therapie. Forschung*. Heidelberg: Springer..

Autorin

Esther Marie Grundmann:

Studium der Germanistik, Theologie und Philosophie. Arbeitsgebiete: Narrative Ethik; Ethische Probleme der Psychoanalyse; Der Begriff des Unbewussten in Philosophie und Psychoanalyse; Philosophie des Geistes; Sprachphilosophie

Kontakt: esther.grundmann@uni-tuebingen.de

Fehlerlernen im Kinderschutz

Jörg M. Fegert, Heiner Fangerau, Tanja Besier, Ute Ziegenbain

Zusammenfassung

In Deutschland sind im Bereich des Kinderschutzes derzeit weder ein systematisches Risikomanagement noch eine Fehlerkultur implementiert. Aus anderen Bereichen wie beispielsweise der Luft- und Raumfahrt oder der Medizin – wo eine systematische Fehleraufarbeitung längst etabliert ist – existiert Wissen über strukturelle und inhaltlich-haltungsbezogene Variablen, die für den Aufbau einer Fehlerkultur von hoher Relevanz sind. Am Beispiel einer Presseanalyse bezogen auf Berichte von Kinderschutzfällen werden hier Möglichkeiten und Grenzen der Etablierung einer Fehlerkultur im Kinderschutz aufgezeigt.

Stichworte: Kinderschutz, Fehlerkultur, Risikomanagement

Abstract

Currently, in the field of child protection no systematic risk or error management exists in Germany. Knowledge about structural or content- or attitude-specific variables can be adopted from other, more hazardous areas, such as aeronautics or medicine. Using a systematic analysis of press releases on child protection scandals as an example of error monitoring, drawbacks and opportunities of a systematic error management in the field of child protection are discussed.

Keywords: child protection, errors, risk management

Einleitung

Kinderschutzskandale, die häufig mit dem Namen der zu Tode gekommen Kinder verbunden sind, wie z. B. der Fall „Kevin“ oder Skandale in Institutionen, die eigentlich dem Kindeswohl verpflichtet sind und sich der Betreuung und Erziehung von Kindern und Jugendlichen widmen, wie der so genannte Missbrauchsskandal, der im letzten Jahr von Einrichtungen wie dem Canisius-Kolleg, der Odenwaldschule und anderen „elitären“ Erziehungseinrichtungen ausging, weisen auf Probleme und Fehler hin und zeigen die mangelnde Kooperation und Vernetzung unterschiedlicher Akteure im Kinderschutz ebenso auf, wie die „blinden Flecken“ die gerade Institutionen, die sich dem Kindeswohl verpflichtet fühlen in Bezug auf den Schutz von Kinderrechten haben. In der öffentlichen und politischen Rhetorik, werden Fehler und institutionelles Versagen eher als monströse Einzelfälle skandalisiert und gebrandmarkt. Dabei wird die Chance einer Aufarbeitung und eines systematischen Lernens aus Fehlern - und damit letztendlich einer strukturellen Veränderungen und Prävention - allzu häufig verpasst. Auffällig war unter anderem in der Debatte, die letztendlich vernünftigerweise in Deutschland zur Einführung Früher Hilfen für Eltern-Kind bzw. Mutter-Kind geführt hat, zunächst die fast schon militaristisch technokratische Rhetorik. Das am

häufigsten gebrauchte Wort, nachdem die Kanzlerin Frau Dr. Merkel in der letzten Legislatur Kinderschutz zur Chefsache erklärt hatte, war der Terminus „Frühwarnsysteme“. Gleichzeitig wurde zeitweise der Eindruck erweckt, dass bei vermehrter Aufmerksamkeit aller und bei funktionierenden Strukturen im Jugendamt menschliche Katastrophen und Fehler vermieden werden könnten. Der Druck auf einzelne Mitarbeiter in Positionen, die den Kinderschutz mit als zentrale Aufgabe zugewiesen bekommen haben, stieg erheblich an. Manche Expertinnen und Experten meinten sogar, dass durch diesen gestiegenen Druck, durch erheblich gewachsene Absicherungstendenzen etc. die Systeme fehleranfälliger geworden sind als vorher. Richtiges und fehlerhaftes Handeln im Kinderschutz bewegt sich meist auf einem dünnen Grat von Güterabwägungen. Schon in der Verfassung ist diese Balance zwischen den zu schützenden Aufgaben und Pflichten der Familie und dem staatlichen Wächteramt in Artikel 6 Grundgesetz ausgeführt. Anna Freud (aus Goldstein et al., 1982), die sich in den späten Jahren ihres Schaffens in Großbritannien im Kinderschutz eingebracht hat, hat das Dilemma sinngemäß so dargestellt, dass man im Kinderschutz immer entweder zu früh zu viel interveniert oder zu spät zu wenig gemacht habe. Interventionen zum Schutz von Kindern, wie z. B. als Extremstes die Herausnahme aus der Familie, sind natürlich selbst mit massiven Nebenwirkungen und potentiellen Schäden für Kinder verbunden. Insofern sind solche Interventionen fehleranfällig und post hoc ist eine Bewertung wie zu viel zu früh / zu spät zu wenig auch meist zu treffen, doch hinterher ist man meistens klüger. Bei solchen weit reichenden, fehleranfälligen Entscheidungen spielen persönliche Haltungen und Einstellungen ebenso eine Rolle wie die fachliche Qualifikation für die anstehende Einschätzungsaufgabe oder die zur Verfügung stehenden Ressourcen bei der Planung und Implementation einer Hilfe. Betrachtet man manche emotional verwickelten, sozial desolaten Situationen, gleicht ein Lösungsversuch oft der Quadratur des Kreises. Bei solchen schwierigen Einschätzungsaufgaben ist eine unkontrollierte Praxis, die nur einen persönlichen Stil lebt, hoch problematisch. Dies ist auch von der Politik erkannt worden. Deshalb ist schon vor Jahren im § 8a Kinder- und Jugendhilfegesetz (SGB VIII) geregelt worden, dass Fachkräfte, welche solche fallbezogenen Entscheidungen treffen müssen, sich bei ihrer Einschätzung und Interventionsplanung mit einer insofern erfahrenen Fachkraft beraten müssen. Ein Vier-Augen-Prinzip ist wenigstens in der Jugendhilfe somit als minimaler Qualitätsstandard festgelegt worden. Im Fall „Kevin“ ist z. B. eklatant hiergegen verstoßen worden, hat sich der Jugendamtsmitarbeiter allein auf seine selektive Interpretation mancher entlastender Äußerungen, z. B. durch den Drogensozialarbeiter etc, gestützt und hat höchst kritische, ja zum Teil appellative Mitteilungen, z. B. aus der Kinderklinik, ignoriert. Die Diskussion über eine Fehlerkultur im Kinderschutz scheitert häufig daran, dass die öffentliche Erwartung und die politische Vorgabe heißt „in diesem hoch sensiblen Feld dürfen keine Fehler passieren“. Insofern sind aber die Voraussetzungen und die öffentlichen Erwartungen dem Management anderer Hochrisikobereiche wie z. B. in der Raumfahrt oder in der Medizin vergleichbar.

Im Folgenden werden zunächst als Fallbeispiel historische und ethische Dimensionen der Fehleraufbereitung in der Medizin dargestellt, um daran Beispiele des Risikomanagements und der Fehleraufarbeitung im Kinderschutz aufzuzeigen. Daran an schließt sich die Darstellung der

Möglichkeiten und Grenzen systematischer Fehleranalysen. Die Ausführungen wurden dabei in Teilen aus einer Expertise der Autoren zur Fehleranalyse im Kinderschutz übernommen (Fegert et al., 2010). Als Beispiel für ein (Kinderschutz-)Monitoring oder eine Aufarbeitung wird die systematische Analyse von Presseberichten zu Kinderschutzskandalen dargestellt. Abschließend werden zentrale Faktoren zur Etablierung einer Fehlerkultur im Kinderschutz zusammengefasst.

Fehlerkultur in Geschichte und Ethik

Die im Kinderschutz aufgekommene Debatte um eine Fehlerkultur und ein Lernen aus Fehlern ist in der Medizin kein neues Phänomen. Zwar häuften sich um das Jahr 2000 und in den folgenden Jahren die (oft auch populärwissenschaftlichen) Beiträge zu dieser Thematik, auch weil Fehler entgegen einer Fehlerkultur unter den Teppich gekehrt worden waren (vgl. Gibson & Singh, 2003, Rubin & Zoloth, 2000, Sharpe & Faden, 1998), doch beziehen sich die meisten Autoren auf eine moralische Norm, aus Fehlern zu lernen, die eine lange Tradition aufweist. Die Frage der Bewertung von so genannten Kunstfehlern wurde vor allem auch in Bezug auf ihre rechtliche Bewertung diskutiert. Unter Kunstfehler wurden im ausgehenden 19. Jahrhundert dabei vor allem die Fehler verstanden, die nicht durch Fahrlässigkeit, Absicht oder Unterlassen, sondern durch im besten Wissen durchgeführte Handlungen entstanden, die sich im Nachhinein als falsch oder fehlerhaft herausstellten (Kühner, 1886). Gerade das Lernen aus solchen möglichen Fehlern für die Zukunft, die Handlungsunsicherheit der Medizin, die diese Art des Lernen notwendig mache und Einzelfallberichte von Fehlern, die in der Vergangenheit zu wesentlichen Verbesserungen in der Medizin geführt hätten, dienten als Legitimation, vor Gericht für solche Fehler nicht belangt werden zu können (Kühner, 1886, S.29-36). Beispiele aus der Geschichte der Professionalisierung der Neurochirurgie im Umfeld der sich nach dem Flexner Report neu formierenden, verwissenschaftlichten Medizin in den USA zeigen, wie sich um 1930 eine bis dahin gepflegte Kultur des aus Fehlern Lernens umkehrte und Fehler in wissenschaftlichen Publikationen verschleiert oder verschwiegen wurden (Pinkus, 2001). Hatte die Ikone der amerikanischen Neurochirurgie Harvey Cushing noch in frühen Arbeiten detaillierte Fallberichte auch von fatalen Verläufen iatrogenen Ursprungs berichtet, um eben die zukünftige Vermeidung ähnlicher Fehler zu gewährleisten, so versteckten Autoren um 1930 ihre fatalen individuellen Erfahrungen hinter technischen Details und Empfehlungen zum chirurgischen Vorgehen, ohne im Einzelnen zu berichten, auf Basis welcher falschen Handlungen sie diese Handlungsanweisungen erteilten. Eine Ursache für dieses vorsichtigere Vorgehen mag die zunehmende Sorge gewesen sein, wegen Kunstfehlern verklagt zu werden. So berichtete unter anderen das New England Journal of Medicine 1929 von zunehmenden Kunstfehlerprozessen, wobei der Autor aber eher Gier als die Suche nach Gerechtigkeit für diesen Trend verantwortlich machen zu sollen meinte (Pinkus, 2001, S.125). Schon vorher hatten in einigen Zeitschriften Debatten darum begonnen, wie Ärzte sich im Einzelnen und im Umgang miteinander verhalten sollten, um derartige Klagen zu vermeiden. So wurde u.a. davor gewarnt, vor Patienten Kommentare über die Behandlung durch andere Ärzte zu äußern. Die medizinethische Norm der Kollegialität diene als moralische Begründung für diese Vorsicht. Eine weitere Empfehlung lautete, dass im Falle einer drohenden Klage nur noch geschwiegen werden sollte (Pinkus,

2001, S.126). Hat also der Eingriff des Rechts in die Medizin eine Kultur der Vorsicht und des Schweigens hervorgebracht, die letztendlich die Möglichkeit aus Fehlern, die man natürlich vermeiden sollte, wenigstens etwas zu lernen und was hat dazu geführt, dass sich die Medizin nun wieder auf die alte Kultur des Berichtens über Fehler besinnt?

Wie in den Kinderschutzdebatten der letzten Jahre sorgte um 2000 ein besonderes Ereignis für Aufruhr und neue Aufmerksamkeit für Fehlerkulturen im Gesundheitswesen. Ein Report des Institute of Medicine der US-amerikanischen National Academies über medizinische Kunstfehler ging davon aus, dass bis zu 98000 Patienten aufgrund von Fehlern im Krankenhaus starben und Fehler zu Mehrkosten von bis zu 29 Milliarden \$ führten (Kohn et al., 2000). Dabei verlagerten die Autoren die Verantwortung für diese Kunstfehler, die sie als „failure of a planned action to be completed as intended or the use of a wrong plan to achieve an aim“ (S. 4) definierten, vom einzelnen Arzt auf das Gesamtsystem der Medizin. So ermittelten die Autoren weniger eine Epidemie individueller medizinischer Fehler einzelner Ärzte als vielmehr Systemprobleme, die dadurch entstünden, dass seine dezentralisierte fragmentierte Struktur ein Fehlerlernen oder einen Fehlerausgleich verhindere. Was die Fehlerkultur angeht, so raten die Autoren beim Festhalten an individueller Verantwortung dazu, beim Auftreten von Problemen weniger Einzelne zu beschuldigen als durch systematische Fehleranalysen das Gesamtgebäude der medizinischen Versorgung weniger fehleranfällig zu machen. Konkret empfahlen sie für die Zukunft,

- die Forschung zu Fragen der Patientensicherheit und Versorgungsqualität auf nationaler Ebene zu verstärken und dafür die entsprechende Infrastruktur zu verbessern
- ein verpflichtendes öffentliches Berichtssystem zu schaffen, um so Fehlerquellen zu identifizieren und aus Fehlern zu lernen und gleichzeitig Gesundheitsorganisationen und praktisch Tätige zu ermutigen, freiwillige Reportsysteme aufzubauen und an ihnen teilzunehmen
- Qualitätsstandards und Standards für Handlungsbewertungen zu erhöhen
- und zuletzt Sicherheitssysteme im Gesundheitswesen einzurichten, die auf praktischer Ebene zur Fehlerverminderung beitragen sollten.

Die medizinethische Begründung für eine solche Fehler- und Sicherheitskultur liegt zum einen im klassischen Gebot an individuelle Ärzte begründet, zuallererst Patienten keinen Schaden zuzufügen. Zum anderen verlangt die ärztliche Professionalität danach, Fehler nicht zu wiederholen und – wie schon im 19. Jahrhundert im apologetischen Sinne vorgebracht – aus Fehlern heraus eine bessere Medizin zu entwickeln. An der Verschiebung des Fokus vom individuellen Fehler zum Systemversagen allerdings wird deutlich, dass diese im ärztlichen Berufsethos fußenden Begründungen, die eher die individuelle Haltung des einzelnen Arztes normieren, zunehmend durch ein korporatives Ethos ersetzt werden, das auf Basis von Kosten-Nutzen-Analysen mehr und mehr einem Management Ethos ähnelt, das produktivitätsbezogene- und volkswirtschaftliche Erwägungen in den Vordergrund rückt (Cassel, 1984; Francis, 2001).

Was in der Medizin allerdings schwierig bleibt und was auch in der Frage einer Fehlerkultur des Kinderschutzes eines der Hauptprobleme darstellt, ist die Definition dessen, was überhaupt der Fehler war oder an welcher Stelle er lag. Wenn gegenseitiger Respekt, Vertrauen, Verantwortung und Wahrheit die Grundwerte sind, an denen sich die Idee orientiert, dass Fehler und Versagen zugegeben werden

müssen (Finkelstein et al., 1997), so ergibt sich zumindest in der Medizin die zentrale Schwierigkeit, die Wahrheit und die Fehlerquelle eindeutig zu definieren. Neben dem Umstand, dass medizinische Wahrheiten und Fallverläufe inzwischen probabilistisch betrachtet werden müssen, ist nicht immer eindeutig zu definieren, ob ein fataler Ausgang eines klinischen Falls seinen Ursprung auf der einen Seite in einem individuellen Versagen oder einem Systemversagen hatte oder ob der schlechte Verlauf nicht zuletzt einem pathophysiologischen Prozess geschuldet war, der unaufhaltbar und medizinisch kaum zu beeinflussen gewesen wäre. Auch die Obduktion kann hier nicht in allen Fällen Klarheit bringen (DeVita, 2001). Gerade aber diese verwobene Gemengelage aus Korrelationen und Kausalitäten, die einem klinischen Fall und der Bewertung seines Ausgangs Komplexität verleihen, verlangen nach einer Fehlerkultur, die neben den oben genannten Werten eben auch auf dem Wert der in die Zukunft gewandten Schadensvermeidung für den einzelnen Patienten fußt. Das Verständnis, dass auf Basis komplexer Fehlerprozesse die Verantwortung des Einzelnen zwar nicht aufgehoben ist, dem Einzelnen aber selten (es sei denn im Falle absichtlichen fehlerhaften Handelns) eine alleinige klassische „Schuld“ zukommt, könnte helfen, den unangenehmen und schwierigen Vorgang des Zugebens auch individuellen Versagens zu vereinfachen.

Risikomanagement und Fehleranalyse im Kinderschutz

Aufgabe des Risikomanagements ist es, systematisch mögliche Gefahrenquellen oder Risiken zu erkennen, zu beurteilen und adäquate Bewältigungsstrategien zu entwickeln, um aus den Risiken resultierende Fehlentwicklungen und negative Folgeerscheinungen möglichst zu vermeiden. Hierzu bedarf es zunächst einer systematischen Risikoidentifikation und Risiko-/Fehleranalyse, worauf sich Steuerungs- und Kontrollmechanismen zur Risikobegegnung anschließen. Die rechtzeitige Identifikation von Risikofaktoren erscheint dabei schon allein deshalb zentral, weil sie häufig eine Vorstufe zu faktischen Fehlern darstellen, welche wiederum gravierende Auswirkungen auf die beteiligten Personen und Umgebungen haben können. Auf der ersten Stufe des Risikomanagements steht demnach die Sammlung von Informationen über Fehler. Je detaillierter die Informationsbasis des Risikomanagements ist, desto besser können sich Fehler- und Risikovermeidungsstrategien entwickeln (Hart & Becker-Schwarze, 2005).

Optimalität im Sinne eines absoluten Anspruchs ist im Kinderschutz nicht möglich. Dies ist allein schon dadurch begründet, dass die Einschätzung einer möglichen Kindeswohlgefährdung letztendlich eine Prognosefrage ist. Ähnlich wie bei der forensischen Kriminalprognose reicht eine alleinige statistische Risikoabschätzung für die Gesamtgruppe nicht aus, sondern es muss aufgrund von Merkmalen des Einzelfalls eine möglichst genaue Individualprognose erstellt werden. In jedem Einzelfall müssen also Entscheidungen nach bestem wissenschaftlichen und Praxis-Standard getroffen werden.

Hier bestehen allerdings durchaus noch wesentliche Verbesserungsmöglichkeiten. In einer Analyse der Untersuchungsberichte über Fehler bei Kinderschutzentscheidungen in Großbritannien zwischen 1973 und 1994 (Child Abuse Inquiry Reports) zeigte sich, dass Fehler in der Fallarbeit keine unvorhersehbaren Katastrophen sind, sondern aufgrund von Haltungen und Arbeitsmängeln entstehen. Danach ließen sich systematische Fehlerquellen herausarbeiten. Dazu gehörten Risikobeurteilungen, die

auf jeweils zu schmaler Informations- und Datenbasis beruhten, die Vernachlässigung wichtiger Informationsquellen sowie eine zu starke emotionale Beteiligung der Fachkräfte ebenso wie ihre Unfähigkeit, Fehler und Irrtümer einzuräumen (Munro, 1999; Ziegenhain & Fegert, 2007).

Hinzu kommen auch so genannte aktive Fehler, also schuldhaftes Handeln, oder bewusste Regelverstöße, die nicht als Fehler betrachtet werden, sondern von der handelnden Person billigend in Kauf genommen werden. Tatsächlich ist es so, dass viele Routineverstöße belohnt werden, weil Sicherheit häufig langsam und teuer ist und die Umgehung von Regeln sich so lange „lohnt“, wie nichts passiert.

Gemäß Gesprächen mit Fachkräften der Jugendhilfe, die im Rahmen unserer Expertise zur Fehleranalyse im Kinderschutz durchgeführt wurden (Fegert et al., 2010), bestehen im Kinderschutz Schwachstellen bzw. Unsicherheiten insbesondere in der Risikoeinschätzung der Kindeswohlgefährdung, in Probleme in der interdisziplinären Zusammenarbeit mit anderen Hilfesystemen bzw. in der mangelnden Kooperation unterschiedlicher Behörden. Es wurden mangelnde finanzielle Ressourcen beklagt ebenso wie Reibungsverluste in den rechtlichen Vorschriften zur Datenübermittlung ausgemacht wurden. Hinzu kommen eine mangelnde Krisenprävention, eine mangelnde Fehlerkultur oder die Selbstüberschätzung der Mitarbeiter. Dies wiederum führt in der Praxis dazu, dass zu spät in das Erziehungsgeschehen in der Familie interveniert wird. Des Weiteren wird ein fehlender Zugang zu Familien (vor allem solchen mit Migrationshintergrund) beklagt oder es werden formale Probleme wie die Öffnungs- und Schließungszeiten des Jugendamts, die Personalsituation in den Verwaltungen oder Ausbildungsdefizite bei Erzieherinnen bemängelt.

Mit einer eher defizitorientierten Haltung bzw. auch überforderten Situation verbunden ist auch ein gewisser Widerstand, der sich häufig beobachten lässt, wenn nach Vorfällen von Kindeswohlgefährdung bzw. nach so genannten „Beinahe-Unfällen“, eine systematische Fehleranalyse gefordert wird. Oftmals wird eher im Sinne von so genannten „Rückschaufehlern“ nachträglich und häufig vorschnell oder fälschlich geurteilt. Attributionsfehler, nach denen bei anderen primär immer persönliche Schuld gesehen wird, während man bei sich selber eher dazu neigt, die Umstände, technische Bedingungen oder hohen Stress verantwortlich zu machen, führen zudem zu einer primär moralisch gefärbten Diskussion und zu Schuldzuweisungen. Die Konzentration auf den Fehler als Ursache und die Schuldfrage fokussiert den Einzelfall und das schuldhafte Versagen einzelner Personen. Damit bestehen kaum Chancen der Verallgemeinerung, vielmehr werden eklatante oder empörende Details des Einzelfalls diskutiert.

Um aus Fehlern zu lernen, muss akzeptiert werden, dass Irren menschlich ist und deshalb das Versagen einzelner Menschen in bestimmten Situationen nie ganz zu vermeiden sein wird. Konzentriert man sich dagegen nur auf diese persönlichen Faktoren beim letzthandelnden Schadensverursacher, wird aber dem Team erlaubt, so weiter zu machen wie bisher. Die Prozesse, Strukturen und auch sonstige Ergebnisse werden dabei nicht in Frage gestellt. Fehleranalyse ist primär eine Qualitätsfrage und adressiert deshalb Fragen der Strukturqualität, der Prozessqualität und der Ergebnisqualität. Häufig setzt nach schwierigen Ereignissen eine Distanzierung und Entsolidarisierung ein, die zu folgender Haltung führt: „Bei uns könnte so etwas nicht passieren“. Tatsächlich ist ein Lernen aus Fehlern aber nur möglich, wenn man sich den gefahrgeneigten Charakter menschlichen Handelns in der Hightech-Industrie, in der

Medizin oder auch in der Jugendhilfe vor Augen hält und sich die Frage stellt, ob es im eigenen Bereich Mechanismen gibt, die den gleichen Fehler eines Einzelnen verhindert hätten.

Es geht also darum, eine systematische Fehleranalyse durchzuführen, die nach der Entstehung von Fehlern sucht und danach fragt, wie es zu einem Vorfall kommen konnte. Dabei steht eine systemische Sicht im Vordergrund. Fehler werden als Folge von Lücken im System und nicht als Ursache betrachtet.

Eine Fehleranalyse dient dazu, Werkzeuge zu entwickeln, mit unsicheren Handlungen von Menschen zurechtzukommen. Sie besteht aus zwei Komponenten: dem Verringern des Auftretens gefährlicher Fehler und – da Fehler nie gänzlich ausgeschlossen werden können – der Schaffung von Systemen, die besser mit dem Auftreten von Fehlern umgehen und deren schädigende Effekte vermindern können (Reason, 2000). Aufgetretene Fehler werden auf ihre Ursachen und Auswirkungen hin untersucht, um aus ihnen dahingehend zu lernen, wie zukünftig solche Fehler vermieden werden können und die Sicherheit verbessert werden kann.

Systemische Fehleranalysen zeigen, dass es in der Regel in jedem System Sicherheitsbarrieren und Hürden gibt, um Unfälle zu verhindern. Diese Barrieren können verschiedene Formen annehmen, so etwa physische (z.B. Zäune), natürliche (z.B. Entfernungen), menschliche Handlungen (z.B. Überprüfungen) und verwaltungstechnische Kontrollen (z.B. Training). Erst wenn diese Grenzen ebenfalls versagen, kann es zu einem Unfall kommen. Reason (1998) und Vincent et al. (1998) haben ein dynamisches Modell der fehlerbegünstigenden Faktoren und beitragenden Faktoren, von unsicheren Handlungen, Unterlassungen, Fallmanagement, Problemereignissen und fehlerhaften Vorgängen entwickelt. An der Spitze dieser Fehlerpyramide steht dann das fehlerhafte Ereignis. Liegen die verschiedenen Schwachstellen nicht auf einer Ebene, kommt es zu einem sogenannten „Near Miss“ (Beinahe-Unfall), der letztendlich gerade noch rechtzeitig durch Schutzmechanismen, Barrieren und rechtzeitige korrigierende Intervention abgewendet wurde. Damit es zu einem Unfall kommt, müssen, wie in einem „Schweizer Käse“ an vielen Stellen Lücken vorhanden sein, die sich in dem entscheidenden Moment so aufreihen, dass sie durchlässig für Fehler sind (vgl. Fegert, Ziegenhain & Fangerau, 2010; Reason, 2000; Abb.1).

Hier Abbildung 1Fe-Fa-Zi.pdf einfügen

Auf der Basis einer systematischen Fehleranalyse lassen sich dann Implikationen ableiten, die auf andere kritische Situationen übertragbar sind. Es ist also möglich aus eigenen Fehlern und/oder den Fehlern anderer zu lernen. Dies gilt immer dann, wenn nicht primär die Schuldfrage eines Einzelnen im Vordergrund steht, sondern wenn das Prinzip verstanden wird, welches zu dem fatalen Irrtum oder Fehler geführt hat. Im Gegensatz dazu wird etwa in den Medien in der Diskussion um die schrecklichen Kinderschutzfälle häufig nur im Wege eines prinzipiell strafrechtlichen Zugangs nach einem Schuldigen gesucht, der im Sinne der Abstrafung eines Sündenbocks fungieren soll. Es ist leichter, mit dem Finger auf eine Person zu zeigen, als unangenehme Fragen über die latenten Fehler zu stellen, welche die Handlungen der einen Person erlaubt haben (Gaba, 2000).

Dabei haben sich so genannte „Critical Incident Reports“ bewährt, Berichterstattungen, die den Hergang eines Zwischenfalls systematisch nachvollziehen. Im Fall Kevin hat die Bremische Bürgerschaft einen Untersuchungsausschuss unter dem Vorsitz des damaligen Justizsenators Meurer mit der Aufklärung des Todes des Kindes beauftragt. Dieser „Bericht des Untersuchungsausschusses zur Aufklärung von mutmaßlichen Vernachlässigungen der Amtsvormundschaft und Kindeswohlgefährdung durch das Amt für Soziale Dienste“ stellt ein Novum in der Entwicklung einer Fehlerkultur im Kinderschutz in Deutschland dar (<http://www.buergerschaft.bremen.de/dateien/9fc6731510da9c66a94c.pdf>).

Ziel einer Berichterstattung ist die gründliche Untersuchung und Analyse eines Ereignisses, um für die Zukunft aus Fehlern zu lernen und somit die Sicherheit zukünftig zu erhöhen und stetig zu verbessern. Dabei scheint es müßig, in dem Berichterstattungssystem zwischen Beinahe-Fehler und Fehler zu differenzieren (Hart & Becker-Schwarze, 2007). Der Grund liegt in der Zielsetzung des Risikomanagements, die nicht in der Fehlerverfolgung, sondern im Erkennen von Risikosituationen besteht. Auf das Erkennen von Risikosituationen kommt es insbesondere deshalb an, weil sie häufig die Vorstufe von Fehlern sind (Hart & Becker-Schwarze 2007). Andererseits muss das Berichtssystem nicht auf negative Ereignisse beschränkt werden. Begreift man Zwischenfälle als unerwartete, aus der Routine herausragende Ereignisse, so gilt dies auch in der positiven Form. Auch positive Ereignisse können sicherheitsrelevant sein, wobei man aus guten Fehlern unter Umständen sogar noch besser lernt. Daher sollten Berichtssysteme auch die positiven Ereignisse erfassen und ihr Zustandekommen und ihre Replizierbarkeit systematisch analysieren (Rall et al., 2006).

Wesentlich für ein funktionierendes Berichterstattungssystem ist eine „Fehlerkultur“, welche ganz im Gegensatz zur öffentlichen Diskussion im Kinderschutz derzeit die Möglichkeit von Fehlern „akzeptiert“ und damit einräumt, dass Risiken existieren und Fehler immer passieren können. Risiken können zwar nie vollständig eliminiert, sie können aber systematisch einbezogen werden. Die Voraussetzungen für Fehler liegen nicht nur beim einzelnen Handelnden, sondern auch in Organisation, Strukturen und Prozessen.

Beispiel für ein (Kinderschutz-)Monitoring: Systematische Analyse von Presseberichten zu Kinderschutzskandalen

Wie einleitend erwähnt, wird im Folgenden ein Beispiel für Kinderschutzmonitoring bzw. die Aufbereitung von schwierigen Einzelfällen dargestellt. Die Ausführungen zur Presseanalyse sind dabei zu weiten Teilen in leicht veränderter Form dem Buch zu problematischen Kinderschutzverläufen (Fegert et al., 2010) entnommen.

Im Rahmen einer vom Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ) erstellten Expertise wurde in den Jahren 2006 und bis April 2008 eine quantitative Analyse der in der Presse dargestellten Kinderschutzfälle durchgeführt. Ziel war es, Aufschluss über die Umstände und

Hintergründe des jeweiligen Falles und die Beteiligung von Behörden und Institutionen zu erhalten und Hinweise auf mögliche Fehler von Verantwortlichen und strukturelle Probleme offenzulegen. Im Rahmen einer Internetrecherche wurde zunächst nach den Stichworten „Misshandlung“, „Vernachlässigung“, „Verwahrlosung“ und „Kindstötung“ gesucht. Zusätzlich wurden die Onlinearchive der überregionalen Tageszeitungen „Frankfurter Allgemeine Zeitung“, „Süddeutsche Zeitung“, „Bild“, „Frankfurter Rundschau“, „Die Welt“ sowie der Wochenzeitung „Die Zeit“ und der Wochenmagazine „Spiegel“, „Stern“ und „Focus“ mit den genannten Stichworten durchsucht. Zu den hierbei ermittelten Fällen, die sich in den Jahren 2007 und Frühjahr 2008 ereigneten bzw. die in diesem Zeitraum bekannt wurden, wurde dann mit individuell auf den jeweiligen Fall bezogenen Stichworten weiterrecherchiert. Für den Zeitraum vom 1. Januar 2007 bis zum 17. April 2008 wurden dabei insgesamt 133 Kinderschutzfälle erfasst, die mehr oder weniger umfangreich Beachtung in den Medien fanden. Insgesamt waren in diesen Fällen 203 Kinder von Misshandlung, Vernachlässigung oder Gewaltdelikten betroffen.

Hierbei muss kritisch angemerkt werden, dass der gewählte Zugang der Internetrecherche selbstverständlich keine vollständige Erfassung aller in den Medien rezipierter Vorgänge garantieren kann und somit die Generalisierbarkeit der erhobenen Daten signifikant einschränkt, jedoch aus praktisch-organisatorischen und zeitlichen Gründen die einzig praktikable Methode für die Presseanalyse darstellte. Auffällig waren dabei sehr deutliche Unterschiede in der Art und dem Ausmaß der fallbezogenen Berichterstattung. Während einige Fälle nur dreizeilige Meldungen umfassten, wurden wieder andere in den Medien wochenlang sehr ausführlich und breit dargestellt und skandalisiert.

Im Folgenden sind eine Reihe möglicher Fehler aufgelistet, die aus den analysierten Fällen und den in den Berichten enthaltenen Hinweisen auf Vorwürfe und Versäumnisse gegenüber den Behörden hervorgehen, wobei noch einmal zu betonen ist, dass Schuldzuweisungen auf der Basis der medialen Anhaltspunkte zu vermeiden sind und die direkte Zuordnung von (menschlichen) Fehlern zunächst einer gezielten Analyse aller verfügbaren Informationsquellen unter Einbezug von Behördenakten und Zeugenaussagen bedürfte.

Fehler durch organisatorische oder personelle Mängel

- Organisatorische Schwierigkeiten behindern einen rechtzeitigen Beginn der für notwendig erachteten Hilfen (z.B. terminliche Schwierigkeiten, Probleme bei der Beschaffung einer geeigneten Wohnung).
- Bei Wohnortswechseln arbeiten Jugendämter nicht schnell und gut genug zusammen. Es entsteht eine „Aufmerksamkeitslücke“, wenn die Zuständigkeiten noch nicht eindeutig sind (z.B. wenn der Zeitpunkt eines Umzugs unklar ist). Ein Entzug aus dem Zugriff eines Jugendamtes führt zur Bewertung eines neuerlichen Vorfalls als „Erstfall“ beim neu zuständigen Jugendamt.
- Die Dokumentation erfolgt nur mangelhaft.
- Personalmangel und Überlastung führen zu Unterlassen dringend erforderlicher Hausbesuche.

Fehler durch mangelnde Information und Vernetzung

- Informationsquellen zur Überprüfung von Hinweisen auf eine Kindeswohlgefährdung werden nur unvollständig oder oberflächlich genutzt (z.B. Erkundigungen in der Schule statt Hausbesuch, fehlende Befragung von Nachbarn).

- Die Vorgeschichte der Eltern oder Lebenspartner wird nicht ausreichend beachtet oder ein positiver Momentaneindruck von Eltern und Kind führt trotz einschlägiger Vorgeschichte zu nachlassender Kontrolle.

- Das Kind wird nicht gesehen oder nicht sorgfältig genug in Augenschein genommen. Ermittlungen beschränken sich häufig allein auf den Zustand des Haushalts, der dann für Rückschlüsse auf das Kindeswohl herangezogen wird.

- Bei Informationen über eine saubere und unauffällige Erscheinung des Kindes in der Schule oder im Kindergarten wird auf einen Hausbesuch verzichtet, obwohl Hinweise auf Vernachlässigung vorliegen.

- Wirtschaftliche Probleme und Schwierigkeiten werden nicht mit der Frage des Kindeswohls in Verbindung gebracht, mögliche Auswirkungen auf die Kinder werden nicht geprüft.

- Vorstrafen und Vorgeschichte von Eltern oder Lebensgefährten bleiben unbekannt und werden nicht berücksichtigt – die Vernetzung zur Polizei und zu anderen Stellen ist unzureichend.

- Informationen verschiedener Mitarbeiter werden nicht vernetzt und werden daher bei Entscheidungen einzeln bewertet und nicht verknüpft.

Fehler durch Fehlattribuierungen bei Wahrnehmung und Ursachenzuschreibung

- Die Behörden bleiben untätig, weil die Eltern keine Hilfe angefordert haben, obwohl ihnen dies jederzeit möglich gewesen wäre. Hier wird die Verantwortung für das Nichthandeln der Behörde den Eltern zugewiesen.

- Das Jugendamt erkennt einen Hilfebedarf, überlässt die Entscheidung, ob die Hilfe angenommen wird, aber allein den Eltern und lässt sich hinhalten. Eine ablehnende Haltung der Eltern wird zu lange akzeptiert.

- Eine Bewertung von Hinweisgebenden wird ohne Überprüfung übernommen oder nicht übernommen, auch wenn eine andere Bewertung möglich erscheint.

- Erklärungen der Eltern für die Ursache von Verletzungen wird zu leicht Glauben geschenkt.

- Bei gewalttätigen oder –verdächtigen Eltern wird fälschlich davon ausgegangen, dass Besuche in hoher Frequenz die Gefahr für das Kind bannen können.

- Hilfeleistungen werden davon abhängig gemacht, ob die Eltern Hilfe anfordern, ohne dass sich die Behörde von der neuen Situation ein eigenes Bild verschafft, nur weil es in der Vergangenheit gut funktioniert hat.

- Sehr häufige Besuche von Amtsmitarbeitern führen dazu, dass das Gefühl entsteht, alles im Griff zu haben und dass das Kind nicht mehr so genau angesehen wird.

- Aussagen von Eltern, bei denen ein akuter Hilfebedarf festgestellt wird, sie würden demnächst Unterstützung von ihrer Familie oder von Freunden erhalten, wird bereitwillig geglaubt, insbesondere wenn die Hilferufe zunächst von den Eltern selbst ausgingen.
- Vermitteln die Eltern einen kooperativen Eindruck, wird dies überbewertet und führt zu einem Nachlassen der Aufmerksamkeit und der Kontrollen.
- An einer einmal getroffenen Bewertung wird festgehalten (z.B. die unhygienischen Zustände der Wohnung sind keine Kindeswohlgefährdung), ohne dass die weitere Entwicklung überprüft wird.
- Es kommt zu Fehlbewertungen der Ernsthaftigkeit und Gefährlichkeit der psychischen Erkrankung oder von anderweitigen Problemen der Eltern und zu einer Scheu davor, überzureagieren.
- Neue Aspekte (z.B. die Geburt eines weiteren Kindes) führen nicht zu einer Überprüfung und Bewertung des Hilfebedarfes aufgrund der veränderten Umstände – Beurteilung stützt sich weiterhin auf vormalig festgestellte Kriterien.

Fehler durch die Einleitung inadäquater oder das Unterlassen notwendiger Maßnahmen

- Maßnahmen finden zu unregelmäßig statt. Und die Situation wird aufgrund fehlender ausführlicher Gespräche mit den Eltern verkannt. Eigene Hilferufe der Eltern werden so gewertet, dass sie sich noch um ihre Kinder sorgen und die Hilfe zwar nötig aber nicht dringlich ist.
- Die Wirksamkeit einmal installierter Hilfen wird nicht oder nur in zu großen Abständen überprüft.
- Bei beendeten Maßnahmen wird nicht überprüft, ob die Eltern tatsächlich auch langfristig ohne Hilfe auskommen.
- Es werden ungeeignete Maßnahmen (grobmaschige Betreuung bei akuten Gefahren für Kleinkind) installiert.

Wie bereits erwähnt gehört zu einer sorgfältigen Fehleranalyse, die ein Lernen aus problematischen Kinderschutzverläufen ermöglicht, die genaue Analyse aller Umstände eines Falles, die anhand einer Analyse von Medienberichten selbstredend nicht geleistet werden kann. Die aus den Medienberichten ermittelten Anhaltspunkte für Fehleinschätzungen, Unterlassungen, Verzögerungen, fehlende Vernetzung und Zusammenarbeit und andere Ursachen für Fehlschläge, die auf Ermittlungsergebnissen, Vermutungen, Vorwürfen, Vorurteilen, Beschuldigungen oder voreiligen Stellungnahmen beruhen können, sind dennoch eine brauchbare Ausgangsbasis für weitergehende Überlegungen zu der Frage, wie die in anderen risikoreichen und gefährträchtigen Bereichen schon vielfach etablierten Fehlermanagementsysteme auch im Kinderschutz angewendet werden können, um ein Lernen aus diesen problematischen Kinderschutzverläufen zu ermöglichen und in der Zukunft zu einer Vermeidung dieser Problemsituationen beizutragen.

Fazit: Lernen aus Fehlschlägen im Kinderschutz und systematisches Risikomanagement

Zusammenfassend lassen sich eine Reihe von Faktoren nennen, die ein Lernen aus Fehlschlägen ermöglichen und systematisieren. Sie sind gleichermaßen strukturell, inhaltlich, z.B. durch verbesserte fachliche Qualifizierung, sowie durch verbesserte Kommunikation sowie Transparenz und Vertrauen in der Zusammenarbeit begründet.

Zunächst setzt die Etablierung eines systematischen Risikomanagements die Einführung von wissenschaftlich abgesicherten Dokumentations- und Handlungsstandards voraus. Hierzu gehört auch, entsprechende Instrumente, Formulare und Hilfsmittel für die Qualifizierung der Fallarbeit bereitzustellen. Eine niedrigschwellige und breit zugängliche Form bieten in diesem Zusammenhang z.B. E-Learning-Programme, die neben der kostengünstigen Information und Distribution auch fachlich fundiertes Lernen am Fall oder systematische Risikoabschätzung ermöglichen. Unsere Arbeitsgruppe an der Ulmer Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie hat soeben einen E-Learning-Kurs, „Frühe Hilfen und frühe Interventionen im Kinderschutz“, zu dieser Thematik entwickelt und freigeschaltet. (mit Förderung des Ministeriums für Arbeit und Sozialordnung, Familie, Frauen und Senioren Baden-Württemberg; (www.eLearning-FrueheHilfen.de).

Fundierte und umfassende fachliche Kenntnisse sind eine zentrale Voraussetzung guten Risikomanagements. Dazu gehören etwa umfassende Kompetenzen im Erkennen von Risiken, profundes Wissen über Suchterkrankungen bzw. psychiatrische Erkrankungen, Wissen über die Risiken von Delinquenz bei Eltern und Auswirkungen auf deren Erziehungsfähigkeit. Hinzu kommen Wissen und Kompetenzen, die zu interdisziplinärem Handeln befähigen. Infrastrukturelle Voraussetzungen, wie die Schaffung neuer Weiterbildungs-, Fortbildungs- und Ausbildungsangebote, die Einführung eines Berichtswesens zu riskanten Vorfällen, die verbindliche Kommunikation von negativen Botschaften bzw. Fehlern oder Problemen sowie Informationen und das Wissen über den Umgang mit datenschutzrechtlichen Fragen erhöhen die Fachlichkeit und Professionalität der Akteure.

Zur Optimierung von Arbeitsvorgängen, als weiteren wesentlichen Faktor guten Risikomanagements, gehören die Vorbereitung, Strukturierung und effiziente Lenkung der relevanten Teamsitzungen und Teamentscheidungen, die Verbesserung der schriftlichen Kommunikation und des Reportings durch entsprechende Arbeitshilfen und vorgegebene Standards, die generelle Ergebnisbewertung in der Fallarbeit und die Reflexion über die eigenen fachlichen Stärken und Schwächen im Umgang mit Klienten.

Übergeordnete Managementaufgaben beziehen sich auf die Definition und Vereinbarung erreichbarer fachlicher Ziele, auf die Beseitigung von Organisationsmängeln, oder die Beendigung von Verantwortungsdiffusion. Dabei ist es wichtiges Prinzip die jeweiligen Zuständigkeiten zu klären. Gerade im Kinderschutz bzw. in der Betreuung und Versorgung von Kindern in hoch belasteten Familien und

erhöhten Gefährdungsrisiken mit Risikokonstellationen benötigen Familien gewöhnlich unterschiedliche Unterstützung und Hilfen aus unterschiedlichen Systemen. Praxiserfahrungen zeigen aber, dass insbesondere dann, wenn auch hohe interdisziplinäre Anforderungen vorhanden sind, nicht selten Reibungsverluste in der Zusammenarbeit unterschiedlicher Hilfesysteme auftreten. Hier wiederum liegen dann Gefahren, dass Kinder und ihre Familien durch Systemlücken fallen. Insofern ist eine transparente und verbindliche Zusammenarbeit zwischen den beteiligten Fachkräften aus unterschiedlichen Disziplinen wichtig. In diesem Kontext leisten lokale interdisziplinäre Kooperations- und Vernetzungsstrukturen, wie sie etwa im Rahmen des Bundesmodellprojektes „Guter Start ins Kinderleben“ entwickelt wurden, einen wichtigen Beitrag zum Kinderschutz (Ziegenhain et al., 2010).

Risikomanagement im Kinderschutz ist zudem eine politische Aufgabe. Notwendig wäre es, ein Berichtswesen und eine einheitliche statistische Erfassung von Kinderschutzfällen bzw. „Beinahe-Fällen“ zu etablieren, wie sie in anderen gefahrgeneigten Bereichen (z.B. in der Luft- und Raumfahrt) längst existieren.

Letztlich aber kann ein Lernen aus Fehlern bzw. die Umsetzung einer unbedingt notwendigen Etablierung einer systematischen Fehlerberichterstattung und eines verbesserten Risikomanagements im Kinderschutz nur gelingen, wenn eine Kultur des Umgangs mit unerwünschten Ereignissen entwickelt wird, die sich nicht auf die Suche nach einem Sündenbock konzentriert. Nur wenn Offenheit und Ehrlichkeit den Berichterstatter nicht schädigen, wird es eine Bereitschaft geben, über (Beinahe-)Fehler beziehungsweise Vorkommnisse zu berichten. Zu einer solchen Fehlerkultur im Kinderschutz gehört es zu akzeptieren, dass bei stets schwierigen Entscheidungen im Kinderschutz immer wieder von den handelnden Menschen auch Fehler gemacht werden. Was wir aus diesen Fehlern lernen und wie es uns gemeinsam gelingt, mögliche Fehler nicht zu einem großen Schadensereignis werden zu lassen, das sind die Fragen und Herausforderungen, welche uns auch weiterhin in der täglichen Arbeit begleiten werden.

Literaturverzeichnis

- Cassel, C.K. (1984). Deciding to forego life-sustaining treatment: implications for policy in 1985. *Cardozo Law Review* 6, 287-302.
- DeVita, M.A. (2001). Honestly, do we need a policy on truth? *Kennedy Institute of Ethics Journal* 11, 157-164.
- Fegert, J.M., Fangerau, H., & Ziegenhain, U., (Hrsg.). (2010). *Problematische Kinderschutzverläufe. Mediale Skandalisierung, fachliche Fehleranalysen und Strategien zur Verbesserung des Kinderschutzes*. Weinheim: Juventa.
- Finkelstein, D., Wu, A.W., Holtzman, N.A., & Smith, M.K. (1997). When a physician harms a patient by a medical error: ethical, legal, and risk-management considerations. *Journal of Clinical Ethics* 8, 330-335.
- Francis, C.K. (2001). The medical ethos and social responsibility in clinical medicine. *Journal of the National Medical Association* 93, 157-169.

- Gaba, D. M. (2000). Structural and organizational issues in patient safety: A comparison of health care to other high-hazard industries. *California Management Review* 43(1), 83-102.
- Gibson, R., & Singh, J.P. (2003). *Wall of silence: The untold story of the medical mistakes that kill and injure millions of Americans*. Washington, D.C.: LifeLine Press.
- Goldstein, J., Freud, A. & Solnit, A.J. (1982). *Diesseits des Kindeswohls*. Suhrkamp Taschenbuch Wissenschaft, Frankfurt an Main.
- Hart, D., & Becker-Schwarze, K. (2007). Risiken verringern – Sicherheit steigern: Ein Critical-Incident-Reporting-System in norddeutschen Kinderkliniken. *Gesundheitsökonomie und Qualitätsmanagement* 12, 87-95
- Hart, D., & Becker-Schwarze, K. (2005). Die juristische Sicht: Konflikt zwischen Haftungsrecht und Incident Reporting? *GesundheitsRecht* 4(1), 1-5
- Kohn, L.T., Corrigan, J.M., & Donaldson, M.S., (Hrsg.). (2000). *To err is human. Building a safer health system*. Washington, D.C.: National Academy Press.
- Kühner, A. (1886). *Die Kunstfehler der Ärzte vor dem Forum der Juristen*. Frankfurt: Knauer.
- Munro, E. (1999). Common errors of reasoning in child protection. *Child Abuse and Neglect* 23 (8), 745-758.
- Pinkus, R.L. (2001). Mistakes as a social construct: An historical approach. *Kennedy Institute of Ethics Journal* 11, 117-133
- Rall, M.; et al. (2006). Charakteristika effektiver Incident-Reporting-Systeme zur Erhöhung der Patientensicherheit. Grundlage für den Aufbau eines bundesweiten Registers für sicherheitsrelevante Ereignisse durch DGAI/ BDA. *Anästhesie und Intensivmedizin* 47, 9-19
- Reason, J. (2000). Human error: models and management. *British Medical Journal* 320, 768-770.
- Reason, J. (1998). Vorwort in: Bognor, M.S. (Hrsg.): *Human error in medicine*. Hillsdale, NJ: Erlbaum.
- Rubin, S.B., & Zoloth, L., (Hrsg.). (2000). *Margin of error: the ethics of mistakes in the practice of medicine*. Hagerstown, Md.: University Publ. Group .
- Sharpe, V.A., & Faden, A.I. (1998). *Medical harm: historical, conceptual, and ethical dimensions of iatrogenic illness*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Vincent, C., Taylor-Adams, S., & Standhope, N. (1998). Framework for analysing risk and safety in clinical medicine. *British Medical Journal* 316, 1154-1157.
- Ziegenhain, U. & Fegert J.M. (2007). *Kindeswohlgefährdung und Vernachlässigung*, 1. Auflage, München: Reinhardt.

Abb. 1

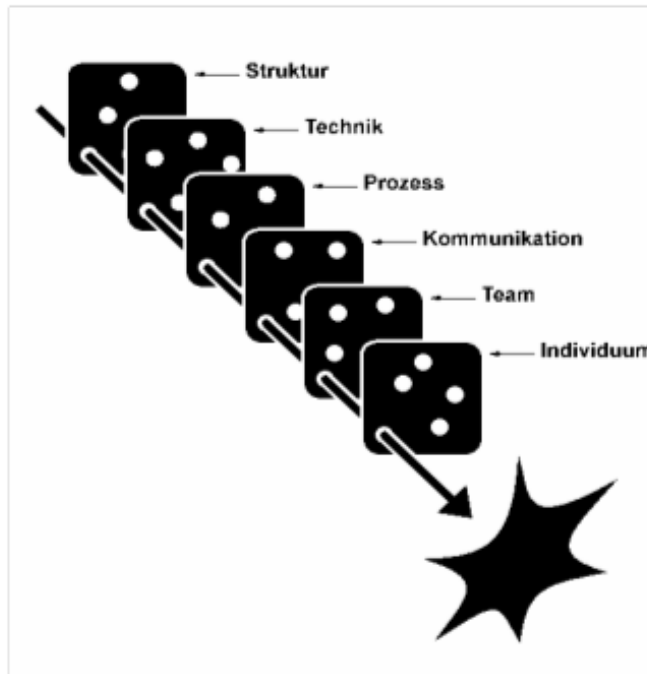


Abbildung 1: Modelle - Das "Schweizer Käse"-Model modifiziert nach Reason (2000)– Kette von Systemproblemen

Einige (abschließende) Gedanken zum Fehler-Bewusstsein der Profession

Horst Kächele

Langjährige praktische Erfahrungen in dem weiten Feld der Psychotherapie legen es nahe, über die fehler-relevante Bewusstseinslage unserer Profession nachzudenken. Meine diesbezügliche (fiktive) Umfrage bezüglich bewusster Fehlhandlungen in der Praxis bei erfahrenen Kolleginnen und Kollegen stößt zunächst einmal auf wahrhafte Entrüstung: »Bei uns gibt es so was nicht«, »Psychotherapeuten sind anständige Menschen, die können so was gar nicht« – »wenn überhaupt, dann legen uns Patienten aufs Kreuz, das ist dann halt unser berufliches Risiko«.

In der Tat, es gibt verführbare Mitglieder der Zunft.

Ein Patient, der seinen Therapeuten erfolgreich verführt hat, kam zu ihm, weil dieser in Zeiten ungetriebener Hochstimmung seine Freundin zu verprügeln pflegte. Sie stellte ihm ein Ultimatum ein, er solle sich in Behandlung begeben, sonst würde sie die Beziehung beenden. Dieser ca. 35jährige, gut aussehende Mann stellte sich also bei ihm vor: Geld habe er keines; den Laden, den er führte, gehöre seiner Freundin, da er schon zweimal Bankrott gemacht hatte, er sei nur ihr Angestellter. Im Übrigen laufe der Laden sehr gut, denn er versorge die »Oberen Zehntausend« in München mit den allerneuesten Design-Kreationen. Krankenversichert war er nicht, aber er bot an als Bezahlung ein Bild zu liefern. Deren Kaufpreis würde ein angemessener Gegenwert für ca. 30 Sitzungen Psychotherapie wohl sein.

Da dieser Therapeut eine faible für ungewöhnliche Therapiesituationen hat, stimmt er dem Handel zu – wohl wissend, dass er sich in einem ethischen Grenzbereich bewegt. Das Jahr vergeht, mal kommt der Patient und mal kommt er nicht – nun ja, den Therapeut tröstet der Ausblick auf ein schönes Bild. Immerhin seine Beziehung zur Freundin bessert sich vorübergehend, seine Einschätzung seiner prekären beruflichen Lage wird realistischer, und voller Dankbarkeit verabschiedet er sich, nicht ohne zu betonen, dass sich das Bild schon auf dem Weg befinde.

Erwähnt sei, dass das Bild nicht kam; nach einigen Anrufen in dem Laden, die den Therapeut davon in Kenntnis setzten, Herr Y sei nicht mehr dort tätig, sagte er sich: »Du hättest es wissen können, einmal ein Betrüger, immer ein Betrüger«. Im Nachhinein betont der Therapeut, es sei trotz allem eine bereichernde Erfahrung gewesen.

Vermutlich ist es ein Kennzeichen unseres Berufes, dass er Menschen anzieht, die verzweifelt an das Gute im Menschen glauben. Vielleicht haben wir als Psychotherapeuten einen Hang zum Selbstbetrug, wenn wir Kassenanträge für »heroische Indikationen« (Wallerstein, 1986) verfassen, wohl wissend, dass wir den Vorgaben der Psychotherapie-Richtlinien kaum gerecht werden – die eine optimistische Begründung verlangt, und doch ist unser Herz bei den Unglücklichen, die durch das Raster der kassenärztlichen Versorgung fallen würden, würden wir nicht ab und zu den Schweregrad der Störung etwas verharmlosen. Sind es dann ethisch gerechtfertigte, erlaubte Notlügen, zu denen uns das Regelwerk zwingt. In dubio pro reo – und die meisten von uns sind lieber Verteidiger als Staatsanwälte.

Heinrich Y, von dem Thomä u. Kächele (2006) im zweiten Band des Ulmer Lehrbuches einiges berichtet haben, würde als Exempel für eine solche heroische Indikation stehen können. Nicht dass er keinen Leidensdruck hatte, sondern

das Problem war, dass er partout umsonst behandelt werden wollte. Dramatisch zugespitzt äußerte er sich, er würde sich »lieber ersäufen als nur einen Pfennig zu bezahlen«. Dabei stand ihm als Beamter eine großzügige Regelung zur Verfügung. Wiederholte Aufnahmen wegen dramatisch ausgestalteter Suizidversuche in eine Psychiatrische Klinik führten zwar zur Diagnose einer narzisstischen Persönlichkeitsstörung, änderten aber wenig an seiner Motivation, eine ihm von dort dringend empfohlene Psychotherapie aufzunehmen. Mehrere Male war er an der Psychotherapeutischen Ambulanz zu Vorgesprächen, die aber regelmäßig an seiner Bedingung scheiterten. Erst mein Angebot, ihn solange umsonst zu behandeln, bis er verstehen könnte, warum eine Finanzierung durch die Krankenkasse geboten sei, führte zu der Aufnahme einer psychoanalytischen Behandlung. Der Fehler im System könnte verstanden werden als Folge der für diesen Patienten zu engen Behandlungsbedingung, für eine angemessene Finanzierung selbst Sorge zu tragen.

Manche praktischen Entscheidungen, die sich über die Jahre einspielen, werden zwar nicht von den Richtlinien gedeckt, doch wo kein Kläger, da auch kein Richter. Die Praxis, Doppelstunden abzuhalten, weil der Weg zu weit, oder die Patientin kleine Kinder zu versorgen hat, ist so ein Beispiel einer geduldeten Über-Ich Lakune; offensiv zu sein, rechnet sich nicht, da die Gutachter eher auf Strenge bauen denn Milde walten zu lassen.

Von einem handfesten, ökonomisch relevanten Betrug habe ich nie gehört. Behandlungen toter Patienten, die weiterhin abgerechnet werden, sind eher selten; die kassentechnische Erstattung von Sitzungen, zu denen der Patient nicht erschienen ist, - und die darum nicht abgerechnet werden dürften – zähle ich zu den lässigen Sünden. Ein solcher Sündenkatalog sollte irgendwann einmal veröffentlicht werden, so etwas wie ein Beichtspiegel der kleinen alltäglichen Verfehlungen.

Eine andere, unangenehme Sache betrifft den Umgang mit absichtlichen Täuschungen durch einen Patienten; wir erliegen einer Täuschung ohne es zu merken, und unser Patient lacht sich ins Fäustchen.

Ein Angehöriger eines technischen Dienstes wanderte wegen unklarer Fieberzustände monatelang von einer hochkarätigen medizinischen Einrichtung zur nächsten; trotz aller Bemühungen ließ sich keine erkennbare medizinische Ursache eruieren. Erst im Laufe von Wochen, durch viele biographische Gespräche gebahnt, konnte in der Ulmer Psychosomatischen Klinik Folgendes plausibel gemacht werden: Der Patient befand sich in einer äußerst prekären finanziellen Lage, in die er sich durch komplizierte familiäre Umstände während eines Auslandsaufenthalts gebracht hatte; durch die therapie-resistenten Fieberzustände konnte er eine lukrative Zusatzversicherung nutzen. Wie und auf welche Weise er diese Zustände zu begünstigen wusste, blieb schleierhaft.

Solche Täuschungsmanöver sind, wenn auch nicht gerade willkommen, aber doch Wasser auf die Mühlen der therapeutischen Arbeit. Wir können mit dem Patient zusammen irgendwann verstehen, warum es zu diesem Zeitpunkt notwendig war, uns zu täuschen. In diesem Sinne ist das Gebot der Aufrichtigkeit, das wir dem Patienten wärmstens anempfehlen, natürlich ein Wunschdenken: Wer erzählt schon alles seinem Therapeuten. Und vielleicht sind wir auch gut beraten, eher von bewussten oder unbewussten Selbsttäuschungen auszugehen, als von einer fanatischen Wahrheitsliebe, die dann doch nur defensiv unterfüttert sein dürfte.

Den Grenzbereich des chronischen Lügens hat Henseler (1968) untersucht und hat sich mit der Psychodynamik der Pseudologie befasst. Soweit will ich nicht gehen, doch es gehört zum eisernen Bestand

psychodynamischen Denkens, dass wir nicht immer und nicht über alles Bescheid wissen, was in uns vorgeht – und dies gilt erst recht für Patienten, denen ein Recht auf Selbst- und Fremdtäuschung zusteht. Deshalb müssen wir mit *unbeabsichtigten* Täuschungen rechnen. Wir täuschen uns unabsichtlich über ein klinisches Phänomen; wir nehmen für bare Münze, was sich später als Falschgeld erweist. Dabei spielen theoretische Erwartungshorizonte eine nicht unbeträchtliche Rolle. Da das Dunkel der Tiefenpsychologie nur durch ein dünnes Lichtlein erhellt wird, kann es manchmal dort recht finster sein.

Fehldiagnosen in unserem Fach sind kein ausführlich belegtes Sujet.

Vor Jahren übernahm ich einen Patienten von einem Kollegen, der an ihn sehr belastenden Kopf- und Gliederschmerzen litt. Er war in der Inneren Medizin, in der Neurologie, war in der Psychiatrie diagnostisch untersucht worden. Es gab zu dem damaligen Zeitpunkt keine Hinweise auf ein organisches Geschehen. Und als psychodynamisch geschulter Therapeut hatte ich keine Mühe, problematische Lebensbereiche zu eruieren. Trotz meiner Deutungskünste änderte sich auch bei mir nichts und der Patient beendet nach 22 Sitzungen auch diesen Behandlungsversuch. Zwei Jahre später konnte dann doch die richtige, schwerwiegende somatische Diagnose gestellt werden: Spätzustand einer syphilitischen Erkrankung.

Natürlich ist Irren menschlich; in die Psychotherapie wird jedoch zu selten darüber berichtet, dass psychogene Befunde meist nur per exclusionem zu stellen sind, und deshalb diagnostische Irrtümer nicht immer zu vermeiden sind.

Iatrogene Schäden, also Schäden, die durch grenzüberschreitendes Fehlverhalten von Therapeuten verursacht werden, sind ein besonders heikles Thema. Auch wenn wir den schwankenden Boden des Therapeuten-Induzierten »False Memory Syndrome« vermeiden, und uns mit der realen Verführung beschäftigen, stoßen wir auf ein Fehlerproblem, nämlich einem Patienten, etwas zu versprechen, was nicht zu haben ist. Das jüngste Beispiel, das von der Betroffenen Margarete Akoluth ausführlich dokumentiert und publiziert wurde (Akoluth 2004), zeigt erneut auf, dass Übertragungs-Lieben zu erwidern, sogar zu begünstigen als narzisstische Inbesitznahme eines in seinen Rettungsphantasien verstrickten Therapeuten zu kritisieren ist (Ehlert-Balzer, 1997, S. 134). In einem solchen Falle sollte nicht gelten, »tout pardonner c'est tout comprendre«.

Eine Besprechung des Akoluth'schen Therapie-Berichtes wirft folgende Fragen auf: »Welche Risiken gehen Patienten ein, wenn sie eine analytische Psychotherapie beginnen? Wie lässt sich unterscheiden, ob eine Analyse › auf dem richtigen Weg‹ ist oder ob sie Leiden nur vergrößert? Wer kann Betroffenen bei dieser Einschätzung helfen und vor allem: wer kann helfen, wenn die Therapiesituation bereits so verheerend ist, dass sich die Beteiligten nicht mehr selber aus der Verstrickung befreien können? « (Brentano, 2006, S. 248).

Wieder einmal bestätigt sich der schon lange bekannte Befund, dass missbrauchende Therapeuten eher ›beruflich erfolgreiche‹ Männer sind, dass diese nicht selten auch offizielle Funktionen in ihren Fachgesellschaften bekleiden (Gabbard, 1989). Doch eines ist beruhigend: Die Täterprofile lassen sich

nicht auf eine der Therapieschulen eingrenzen. Es wurden zwei Täterprofile herausgearbeitet: der Rachetypus und der Wunscherfüllungstypus: »Während der Rachetypus vor allem bei Trennungs- und Ablösungsbemühungen seiner Patientin zum Übergriff schreitet, verstrickt der Wunscherfüllungstypus dieselbe in ‚goldene Phantasien‘ von immer wähernder Hilfe und Gemeinsamkeit« (Fischer u. Riedesser, 2003, S. 293). Hier von lässlichen Sünden zu sprechen, wäre eine große Sünde.

Eine Diskussion über Fehlerkultur in der Psychotherapie darf und muss auch den Blick über die Grenzen tun. Was bei uns streng untersagt ist, scheint in der französischen Psychoanalyse des Öfteren anders gesehen zu werden.

So kommentiert Füchtner (1987) in seinem Kurz-Report über »Freud und Leid in der französischen Psychoanalyse« einschlägige Studien zum Wohl und Wehe der Patienten. Er zitiert z.B. die Studie von Frischer (1977), die 15 Frauen interviewte; vier hätten berichtet, dass es zum Geschlechtsverkehr gekommen sei. »Die Analytiker der von ihr befragten Frauen seien bekannte und erfahrende Analytiker gewesen. Wo das Feuer der Übertragungsliebe nichts ausrichte, wurde nachgeholfen« (Füchtner, S.1036). Den Bericht von Turkle (1978) über Interviews mit vielen Psychoanalytikern entnimmt Füchtner folgende abschließende traurige Bewertung: »Die Kosten der Popularisierung der Psychoanalyse durch den französischen Freud, wie Lacan verschiedentlich apostrophiert wird, zahlen die Patienten. Ihrer Analytiker Freud ist ihr Leid« (S.1040).

Mehr Offenheit für problematisches Verhalten dürfte vermehrt auf der Tagesordnung stehen. Sellschopp (2008, S. 190) mahnt eine »Offenheit, die Bereitschaft zur verantwortlichen, empathischen, sensiblen Diskussion« an, die für den Umgang mit Grenzüberschreitungen und -verletzungen notwendig ist. Dies sollte für alle fehlerhaften Verhaltensweisen richtungweisend sein. Mutatis mutandis dürfte dies überhaupt von dem Umgang mit problematischen, nicht immer vermeidbaren therapeutischen Konstellationen gehen. Allerdings weisen Haupt und Linden (2011) darauf hin, dass sich Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie potenziell aus persönlich zu verantwortenden Handlungen des Therapeuten ergeben; diese können somit auch strafrechtlich verfolgt werden. Es sei von daher verständlich, dass Therapeuten wenig geneigt sind, negative Folgen eigenen Verhaltens zu diskutieren. Um so bedeutsamer ist es deshalb, schon in der Aus- und Weiterbildung Seminare zu dem vernachlässigten Thema »Nebenwirkungen« anzubieten um der verständlichen Neigung entgegen zu treten, diese zu übersehen, nicht zu thematisieren, umzuinterpretieren oder externen Gründen zuzuschreiben.

Es gibt also wenig gute Gründe, sich an Fontanes Empfehlung in seinem Roman Effi Briest »Ach, Luise, lass... das ist ein ZU weites Feld« zu halten.

Literatur

- Akoluth, M. (2004). *Unordnung und spätes Leid. Bericht über den Versuch, eine misslungene Analyse zu bewältigen*. Würzburg: Königshausen und Neumann.
- Brentano, M. (2006). Besprechung: M. Akoluth: *Unordnung und spätes Leid. Bericht über den Versuch, eine misslungene Analyse zu bewältigen*. Mit einem Vorwort von Tilmann Moser und einem

- Nachwort von Siegfried Bettighofer. Würzburg: Verlag Königshausen & Neumann 2004.
Psychotherapeut 51: 248-249.
- Ehlert-Balzer, M. (1997). Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie: Eine Einführung. In: H. Richter-Appelt (Hrsg.) *Verführung - Trauma - Missbrauch*. (S. 125-146). Giessen: Psychosozial Verlag.
- Fischer, G. & Riedesser, P. (2003). *Lehrbuch der Psychotraumatologie*. 3., aktualisierte und erweiterte Auflage. München: Reinhardt.
- Frischer, D. (1977). Les analysés parlent. Paris: Stock.
- Füchtner, H. (1987). Freud und Leid in der französischen Psychoanalyse. *Psyche* 41 (11), 1034-1040.
- Gabbard, G.O. (1989). *Sexual exploitation of professional relationships*. Washington: American Psychiatric Press.
- Haupt, M-L. & Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie. Das ECRS-ATR-Schema. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft, in diesem Heft*
- Henseler, H. (1968). Zur Psychodynamik der Pseudologie. *Nervenarzt* 39, 106-114.
- Sellschopp, A. (2008). "Das Moralische versteht sich (nicht) von selbst" - Überlegungen zum dyadenspezifischen Umgang mit dem Abstinenzgebot. In: G. Schlesinger-Kipp & H. Vedder (Hrsg.) *Gefährdete Begegnung. Psychoanalytische Arbeit im Spannungsfeld von Abstinenz und Intimität*. (S. 189-208) Frankfurt a. M: Congress Organisation Geber + Reusch.
- Thomä, H., & Kächele, H. (2006). *Psychoanalytische Therapie: Bd 2 Praxis*. Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Turkle, S. (1978). *La France freudienne*. Paris: Grasset.
- Wallerstein, R.S. (1986). *Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford.

Kontakt: Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele. Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Psychoanalyse. Ehem. Ärztl. Dir. der Universitätsklinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Universitätsklinikums Ulm; jetzt International Psychoanalytic University. Stromstr. 3 10555 Berlin.
E-mail: horst.kaechele@ipu-berlin.de