

309. Pfaefflin F, Kächele H (2000) Müssen Therapeuten diagnostiziert werden. *Persönlichkeitsstörungen 4*: 88-94

Friedemann Pfäfflin und Horst Kächele

Müssen Therapeuten diagnostiziert werden?

Bei der Überweisung von Patienten an andere ärztliche oder psychologische Psychotherapeuten fließen, selbst wenn sich der Überweisende darüber bewußt keine Rechenschaft ablegt, regelmäßig diagnostische Überlegungen ein. Natürlich spielt primär eine Rolle, an welcher Störung der Patient in welchem Ausmaß leidet, wo er wohnt, wie er versichert ist und ob die Kollegin oder der Kollege, an die überwiesen wird, die notwendige fachliche Kompetenz hat. Ferner fragt sich der Überweisende, ob der Patient und der neue Behandler zusammenpassen, ob sie gut miteinander kooperieren werden, ob man dem Kollegen den neuen Patienten, aber auch, ob man dem Patienten den Kollegen zumuten kann. Man weiß aus eigener Erfahrung mit ihm oder aus Berichten früher dorthin überwiesener Patienten, daß er manchmal kurzangebunden und cholerisch ist und Patienten dadurch verprellt; oder daß er arrogant und eitel ist, so daß ein Patient schon ein ziemlich dickes Fell haben muß, um sich dort zu behaupten; daß er zu autoritär und zwanghaft ist und daher den unsicheren und unkonturierten Patienten nicht ertragen wird, oder zu desorganisiert, um dem agierenden Patienten ausreichend Halt zu geben; schließlich daß er selbst zu depressiv und bedürftig ist und daher zu befürchten steht, daß sich die suizidalen Tendenzen des Patienten in der Zusammenarbeit mit ihm nur noch verstärken werden.

Es sind Projektionen, Vorurteile und diagnostische Urteile, die in Sekundenbruchteilen zu bestimmten Empfehlungen führen. Auch wenn sie wissenschaftlich nie überprüft werden, gehen die meisten Überweiser davon aus, daß sie treffsicher urteilen. Das gilt für den Überweisungsbetrieb in der somatischen Medizin ebenso wie in der Psychotherapeutischen Medizin. Einmal getroffene kritische Bewertungen sind nur noch selten offen für positiver getönte Revisionen, während der enttäuscht oder empört klingende Bericht eines differenzierteren Patienten über den Kollegen, an den überwiesen wurde, dazu geeignet ist, das bisherige eigene positive Bild von diesem Kollegen nachhaltig zu

erschüttern. Offen ist, ob die Treffsicherheit der auf diese Weise gestellten Diagnosen in der Psychotherapeutischen Medizin größer ist als in der somatischen Medizin. Die Frage, ob Therapeuten diagnostiziert werden müssen, kann vorläufig dahingehend beantwortet werden, daß sie es in einem vorwissenschaftlichen Sinne unvermeidlich ohnehin werden.

Aus dem Interesse berufsgruppenspezifischer Qualitätssicherung und Integrität gibt es in praktisch allen Berufen definierte Zulassungsvoraussetzungen, die neben der fachspezifischen Kompetenz auch die Beurteilung der "persönlichen Eignung" umfassen. Wer Beamter werden will, hat sie zum Beispiel durch die Merkmale Zuverlässigkeit und Verfassungstreue in der Zeit der Beamtenanwärterschaft unter Beweis zu stellen. Die verschiedenen psychotherapeutischen Schulen haben unterschiedliche Zulassungsbedingungen, die z. B. in Auswahlinterviews geprüft werden. Doch selbst innerhalb eines einzelnen Fachverbandes, wie z. B. der Internationalen Psychoanalytischen Vereinigung, ist die Prüfung der Eingangsvoraussetzungen nicht einheitlich. Während in der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung drei am psychoanalytischen Erstinterview (Argelander 1970) orientierte und damit auch diagnostische Interviews am Anfang stehen, ist es in südamerikanischen und frankophonen Schwestergesellschaften üblich, erst im Laufe einer therapeutischen Analyse gemeinsam mit dem Therapeuten die Frage zu klären, ob man für den Beruf des Analytikers geeignet ist und vice versa. Darüber hinausgehend wird in den diversen nationalen Teilverbänden mit den Erkenntnissen aus der Lehranalyse unterschiedlich umgegangen. Nach dem innerhalb der Britischen Psychoanalytischen Vereinigung üblichen reporting system beteiligt sich der Lehranalytiker an Entscheidungen des Dozententeams über die Eignung des Kandidaten, während dies nach den Regeln der Deutschen Psychoanalytischen Vereinigung tabu ist.

Die Auswahlinterviews dienen verschiedenen Zwecken, die man im weitesten Sinne als diagnostisch bezeichnen kann, auch wenn es in ihrem Rahmen strikt vermieden wird, ICD-10- oder DSM-IV-Diagnosen zu vergeben oder gar jene Batterien psychodiagnostischer Tests anzuwenden, mit denen Patienten in vielen Kliniken belastigt werden. Erstens will man den Fachverband, den Berufsstand und Patienten schützen vor Kollegen, die aller Voraussicht nach Schaden anrichten könnten. In zweiter Linie will man auch die Bewerber schützen, sich auf eine kostspielige und zeitaufwendige Ausbildung einzulassen,

obwohl man Anhaltspunkte dafür zu haben glaubt, daß diese Bewerber für den Beruf des Psychotherapeuten ungeeignet sind. Die Frage ist allerdings, wie gesund oder krank ein Bewerber vor Beginn der Ausbildung sein darf bzw. vielleicht sogar sein muß, um als geeigneter Kandidat in die engere Wahl gezogen zu werden.

Der Normopath ist in der Regel kein beliebter Kandidat. Man traut ihm nicht zu, sich empathisch auf psychoneurotische Patienten einlassen zu können. In der internen Diskussion des Ausbildungsausschusses wird kommentiert: "Das Schlimmste, was man über ihn sagen kann, ist, daß eigentlich nichts gegen seine Zulassung spricht." Man traut ihm kein hinreichendes Konfliktbewußtsein zu, sondern sieht nur den Charakterpanzer. Natürlich will man auch keinen psychopathischen Kandidaten mit einer der in der ICD-10 aufgeführten spezifischen Persönlichkeitsstörungen zulassen. Das könnte dem Bild des Psychotherapeutenberufs, der innerhalb des medizinischen Fächerkanons ohnehin nicht den besten Stand hat, abträglich sein.

Über Jahrzehnte wurden sich offen zu homosexuellem Verhalten bekennende Bewerber und Bewerberinnen nicht zur Ausbildung zugelassen. Solange homosexuelle Handlungen zwischen erwachsenen Männern noch unter der Androhung von Zuchthausstrafe standen, mochte das noch hingehen. Nachdem der entsprechende Schandparagraph des Strafgesetzbuches aber gefallen war, klangen die hilfsweise bemühten Begründungen für diesen Ausschluß zunehmend lächerlicher. Inzwischen wird die Frage bei transsexuellen Bewerbern analog gestellt und die Befürchtung artikuliert, daß ein transsexueller Psychotherapeut seinen Patienten doch mit hoher Wahrscheinlichkeit auch nicht genügend symbolischen Raum zur Konfliktbewältigung wird eröffnen können, wenn er für sich selbst so radikale somatische Behandlungsmaßnahmen wie genitalverändernde Eingriffe in Anspruch genommen hat. Wie sieht es darüber hinausgehend aus mit lispelnden und stotternden Psychotherapeuten oder mit Psychotherapeuten, die selbst unübersehbare Behinderungen haben, z. B. Glasaugen, Arm- oder Beinprothesen? Werden solche Faktoren nicht auf die Übertragungsprozesse ihrer späteren Patienten einen so starken Sog ausüben, daß alle anderen Konfliktbereiche davon weggeschwemmt und damit der Bearbeitung unzugänglich werden?

Wie man von entsprechenden Beispielen weiß, schließt keiner der genannten markanten Faktoren aus, daß jemand ein erfolgreicher Psychotherapeut werden kann. Das spricht dafür, daß die therapeutische Ausbildung nicht ganz unwirksam ist. Auch weiß man von entsprechenden Beispielen, daß Psychotherapeuten ihre bisherige Tätigkeit in gleich effektiver Weise fortsetzen können, sollte sie erst während der Berufstätigkeit eine wie auch immer geartete massive Behinderung treffen. Fehlen solche markanten Faktoren, ist umgekehrt noch lange nicht garantiert, daß der Kandidat später ein tauglicher Psychotherapeut wird. Nicht selten trifft man im übrigen auf tüchtige Psychotherapeuten, die bei den Auswahlinterviews in einem Fachverband als ungeeignet beurteilt und deshalb nicht zugelassen worden waren, die ihr Ziel aber nicht aus den Augen verloren und den Weg dorthin über andere Fachverbände gefunden haben.

Es ist ganz offensichtlich, daß die Auswahl- und Zulassungsprozeduren letztlich nicht verhindern, daß auch für den Beruf des Psychotherapeuten ungeeignete Bewerber zugelassen wurden und werden. Wäre dem durch bessere Diagnostik bei der Auswahl von Bewerbern abzuhelfen, etwa durch zusätzliche standardisierte Verfahren zur Persönlichkeitsdiagnostik? Ernsthaft wird dies niemand erwarten. Selbst in zeitlichen Intervallen von z. B. fünf Jahren durchgeführte Wiederholungsdiagnostik dürfte hier kaum weiterhelfen. Allenfalls mag man von regelmäßig applizierten Instrumenten des Qualitätsmanagements Anhaltswerte für die Qualität einzelner Psychotherapeuten erhalten, doch sollte man solche Daten auch nicht überschätzen, da sie oft nur sehr vordergründige Faktoren zu erfassen vermögen.

Verfolgt man mit einer positiven Antwort auf die in der Überschrift gestellte Frage das Ziel, den Berufsstand der Psychotherapeuten ganz generell vor Versagern und Querschlägern zu schützen, jagt man vermutlich einer Illusion nach, die den eigenen Beruf idealisiert, und man möchte nicht wahrhaben, daß es dort ebenso menschlich zugeht wie in allen anderen Berufen. Dennoch macht es Sinn, danach zu fragen, welchen Anteil Faktoren wie die Persönlichkeit des Therapeuten, seine Qualifikation und die Qualität seiner Arbeit an einem günstigen Therapieausgang haben. Darauf soll zunächst eingegangen werden. Die in der Titelfrage implizierte Kritik an Therapeuten fokussiert speziell auf durch Therapeuten verursachte destruktive therapeutische Prozesse, ein Gegenstand, der im Anschluß daran diskutiert werden soll.

Wirksamkeit von Psychotherapie

Festzuhalten ist zunächst ganz allgemein, daß die in der Regel positive Wirksamkeit von Psychotherapie in vielen Tausend kontrollierten Studien nachgewiesen wurde. Die errechneten Effektstärken von 0.50 bis 1.50 sind beeindruckend und können mit jenen antidepressiver Medikation mithalten. Teilweise liegen sie sogar darüber, und sie sind höher als bei vielen in der Medizin und im Bildungswesen üblicherweise angewandten Methoden. Allerdings handelt es sich dabei um gemittelte Änderungsmaße, gewonnen im Vergleich zwischen Experimental- und Kontrollgruppen, wohingegen sich bei Nachuntersuchungen im klinischen Feld eine viel größere Variabilität in den Bewertungsscores zeigt. Insbesondere finden sich dann sowohl Besserungen wie Verschlechterungen bei Patienten, wie dies in eindrucksvoller Weise in der in der ersten Auflage des Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (Bergin u. Garfield 1971, S. 248) nachgedruckten Abbildung aus Bergins (1966) Originalarbeit dargestellt ist.

Nach Orlinskys (1993, 1994) Generic Model of Psychotherapy tragen zu den therapeutischen Veränderungen das psychotherapeutische Versorgungssystem bzw. der Behandlungsrahmen, Patienten- und Therapeutenmerkmale, die Interaktion zwischen Patient und Therapeut (Therapieprozeß) sowie externe, auf die Behandlung einwirkende Ereignisse bei.

Der Therapeut als Wirkfaktor

Positive Wirkungen

In einem Zirkumplexmodell mit den Achsen objektive vs. subjektive Merkmale und situationsunabhängige Traits vs. therapiespezifische States lassen sich Forschungsdaten einordnen, die den Einfluß von Alter, Geschlecht und Ethnizität, beruflichen Hintergrund, therapeutischen Stilen und Interventionen, therapeutischer Beziehung, sozialen Einflüsse, Therapieerwartungen, therapeutischer Schulrichtung und schließlich auch Persönlichkeit und Copingmustern, subjektivem Wohlbefinden, Werten und Haltungen von Therapeuten in Effektstärkemaßen angeben (siehe Beutler et al. 1994, S. 248, 258). Von den

zahlreichen Einzelfaktoren mit positiver Effektstärke sind hervorzuheben die Persönlichkeit und die Copingmuster von Therapeuten (ES .38), die therapeutische Beziehung (ES .26), der Ausbildungshintergrund gemessen an therapeutischer Schulrichtung und der Schwerpunkt des Settings, in dem in der Ausbildung gearbeitet wurde (ES .13 bis .68), das angewandte Therapiesetting (ES .10 bis .68) und schließlich der Aspekt, ob mit Manualen gearbeitet wird (ES .38). Da diese Autoren vor allem an positiven Wirkfaktoren interessiert sind, überrascht der Befund nicht, daß sich in ihrer Auflistung nur ein einziger Faktor mit negativer Effektstärke (Directiveness, ES -.45, a.a.O. S. 258) findet.

Versagen wird den Patienten angelastet

Auch in der älteren Literatur, die sich mit Therapieversagern befaßt, werden das Scheitern der Behandlung oder gar die Verschlechterung des Befindens des Patienten fast ausschließlich diesem selbst oder zumindest seinen Lebensumständen angelastet (z. B. Stein 1972). Die Schwere der Charakterstörung des Patienten und konstitutionelle Faktoren rangieren als häufig genannte Kausalitätsfaktoren; ferner niedriges Bildungsniveau, Schichtzugehörigkeit und das Gewicht von Realtraumen oder zusätzlicher körperlicher Erkrankungen; schließlich sekundärer Krankheitsgewinn, negative Übertragungen und ungünstige familiäre Konstellationen, die dazu beitragen, die neurotische oder psychotische Symptomatik des Patienten zu verstärken. Selbst Fehlindikationen für bestimmte Therapieformen werden weniger den Therapeuten zugeschrieben, sondern vielmehr als Beleg dafür genommen, daß der (z. B. schizophrene) Patient einfach nicht die erforderlichen Voraussetzungen für eine günstige Prognose mitbringe. Nur marginal werden auch ungünstige Gegenübertragungen seitens der Therapeuten erwähnt.

Negative Wirkungen

Bereits in den 60er Jahren haben Strupp et al. (1969) negative Psychotherapieeffekte im Rückblick von Patienten identifiziert. Dieses Thema wurde erneut im Jahr 1977 diskutiert. Aus Sicht der Patienten ebenso wie aus Sicht von Experten waren Symptomverschlechterungen im Verlauf von Therapien häufig auf mangelndes klinisches Urteilsvermögen und Versagen der Therapeuten

zurückzuführen (Strupp et al. 1977). Unzureichende Ausbildung, mangelnde Erfahrung und Mangel an Supervision trugen wesentlich zu technischem Fehlverhalten bei. Wenn unqualifizierte Psychotherapeuten zum Beispiel aggressives Verhalten von Patienten stimulieren, ohne dann adäquat begrenzend darauf einzugehen, kann dies insbesondere bei Borderlinepatienten zu erheblichen Verschlechterungen der Symptomatik führen. Technische Fehler wurden in vielen Untersuchungen als kausal für ungünstige Ergebnisse identifiziert (siehe z. B. Sachs 1983). Sie wirken sich negativ auf den interpersonalen Prozeß aus, wie vor allem in Strupps Vanderbilt-Programm belegt wurde: Therapeuten mit den Patienten schützender und ihn unterstützender und verstehender Haltung erzielten weit bessere Erfolge als solche Therapeuten, die ihre Patienten kritisierten, beschuldigten und kleinmachten (Henry et al. 1986).

Als zweiter wichtiger negativer Faktor auf seiten der Therapeuten fand sich ein Komplex von Ahnungslosigkeit und persönlicher Unreife, der offenbar unabhängig von der Qualität der durchlaufenen Ausbildung war. Man könnte auch sagen, daß solche Therapeuten ihre Machtposition zum Schaden der Patienten ausnutzen. Persönlichkeitszüge des Therapeuten und technisches Fehlverhalten können dabei nahtlos ineinander übergehen. Als besonders inadäquate Haltungen und Verhalten von Therapeuten fanden Strupp et al. (1977):

- Kälte und Zwanghaftigkeit nach dem Motto "solange nur analytische Deutungen gegeben werden, ist alles erlaubt"
- übermäßiger Drang, Patienten dazu zu bewegen, sich zu ändern
- untergründig feindselige Haltung gegenüber Patienten, die sich häufig dahingehend auswirkt, daß den Patienten eine besonders ungünstige Diagnose zugeschrieben wird, z. B. Borderline-Persönlichkeitsstörung oder Schizophrenie
- Verführung
- mangelndes Interesse an Patienten und mangelnde Zuwendung
- Pessimismus, Sadismus, Unechtheit
- Narzißmus des Therapeuten sowie Mangel an Selbstkritik.

Verbraucherkritik

Auch bei kritischer Lektüre finden sich vor allem in autobiographischen Psychotherapieberichten von Patienten (z. B. Anonyma 1988, von Drigalski 1979, vgl. Strupp 1982) eindrucksvolle Schilderungen dazu, wie inadäquat und ausbeuterisch sich Therapeuten zuweilen verhalten und dadurch zum Scheitern der Behandlung und zum Schaden ihrer Patienten beitragen. Striano (1987, 1988) veröffentlichte, gestützt auf ihre Dissertation, eine Fülle derartiger erschreckender Beispiele, wie sie in der Mundpropaganda unter Patienten und Therapeuten häufig verbreitet, aber früher nur selten publiziert wurden. Inzwischen gibt es dazu eine umfangreiche Literatur, unter anderem auch den gemeinsam von einem Therapeuten und einer Patientin verfaßten Bericht, in dem die Patientin über ihre negativen Erfahrungen mit Psychoanalyse und Primärtherapie berichtet (Hemminger u. Becker 1985). Die in der vergangenen Dekade stärkere Fokussierung auf sexuellen Mißbrauch in Psychotherapien (Bachmann u. Böker 1994) hat die Suche nach spezifischen Täterprofilen und Persönlichkeitsstörungen bei Therapeuten (Fischer u. Becker-Fischer 1994), die unabhängig von situativen Faktoren sind, verstärkt. Sehr differenziert sind die an kleineren Stichproben erhobenen Daten noch nicht, doch hat deren Diskussion wesentlich zu einer Änderung des Strafrechts beigetragen und zur Einführung des § 174c StGB (Sexueller Mißbrauch unter Ausnutzung eines Beratungs-, Behandlungs- oder Betreuungsverhältnisses).

Ricks' Studie

Eine der frühen und nach wie vor besten Studien über schädliche Therapeutenvariablen stammt von Ricks (1974). Seine Untersuchung war angeregt worden durch drei etwa gleichzeitig entstandene kritische Bewegungen, nämlich erstens Goffmans (1961) Kritik der totalen Institution mit dem Nachweis negativer Folgen langjähriger psychiatrischer Hospitalisierung, zweitens die von Bergin (1966, 1971) vorgelegten Belege unerwünschter Wirkungen von Psychotherapie und drittens die von Eysenck (1966) erhobene Forderung, psychopathologische Entwicklungen in der lebensgeschichtlichen Langzeitperspektive zu untersuchen.

Gründlich recherchierte er die Ergebnisse einer jugendpsychiatrischen Einrichtung in staatlicher Trägerschaft, in der Daten über die Betreuung von circa 15000 Patienten archiviert waren. Dort extrahierte er eine Teilstichprobe von 196 Patienten, von denen Verlaufsdaten über einen Zeitraum von 20 Jahren erhoben werden konnten. In dieser Teilstichprobe von $N = 196$ wurden ungünstige Verläufe mit späterer Hospitalisierung wegen gesicherter Diagnose einer Schizophrenie (57 %) günstigen Verläufen (43 %) gegenübergestellt, obwohl sich die Ausgangsbedingungen der Kinder, gemessen an soziodemographischen Daten und Schweregrad der Störung zur Zeit der zwanzig Jahre zurückliegenden ersten Konsultationen, statistisch nicht voneinander unterschieden. Anhand der in den Akten dokumentierten Verläufe der anfänglichen Behandlung wurden die Behandlungsstile und Haltungen der Therapeuten evaluiert. An den Erstbehandlungen waren viele verschiedene Therapeuten beteiligt, darunter zwei mit analytischem Hintergrund, die größere Kontingente hatten und deren Patienten sich trotz gleicher Ausgangsbedingungen im weiteren Verlauf extrem unterschiedlich entwickelten, sofern es sich um schwergestörte Jungen handelte. Bei den leichteren Fällen waren beide gleichermaßen erfolgreich.

Von den schwergestörten Patienten von Therapeut B entwickelten 85% im weiteren Verlauf das Vollbild einer Schizophrenie und mußten zum Teil dauerhospitalisiert werden, wohingegen dies nur auf 27 % der von Therapeut A behandelten zutraf.

Bei der Analyse des therapeutischen Verhaltens der zwei Behandler fand sich, daß Therapeut A in Kontrast zu seinem Kollegen, der sich genau umgekehrt verhielt, den schwerstgestörten Kindern weitaus mehr Zeit widmete als den weniger gestörten, mit den Patienten und ihren Angehörigen direkt, klar und entschieden kommunizierte, Ressourcen außerhalb der unmittelbaren Therapiesitzungen mehr nutzte, Problemlösungsverhalten und Autonomiebestrebungen förderte und eine gute therapeutische Beziehung mit den Kindern hatte. Mit seinem optimistischen, an unmittelbarer Problemlösung orientierten Verhalten setzte er ein nachahmenswertes Beispiel und wurde dafür von den Kindern mit dem Spitznamen Supershrink geehrt.

Therapeut B dagegen schien vor den schwierigeren Fällen Angst zu haben und zog sich von ihnen zurück. Wiederholt klagte er darüber, wie schwierig die

Patienten seien. Sollte er einen als prognostisch ungünstig eingeschätzten neuen Patienten übernehmen, reagierte er depressiv. Von den depressiven Gefühlen der Jungen ließ er sich ebenso anstecken wie von ihrer Hoffnungslosigkeit und verstärkte damit das selbstentwertende Verhalten der Kinder sowie deren Gefühle von Vergeblichkeit. In der unmittelbaren Arbeit mit den Kindern verstand er es zwar, deren Ängste, Depressivität und pathologische Phantasien zur Sprache kommen zu lassen, ohne jedoch darauf adäquat eingehen zu können.

Die Studie belegt, daß Therapeuten nicht nur durch einzelne Interventionen, sondern auch durch ihre Haltung und möglicherweise durch das, was man global ihre Persönlichkeit nennen mag, auf bestimmte Patientengruppen einen nachhaltig ungünstigen Einfluß ausüben können. Sie fordert ferner dazu heraus, zukünftig gezielter zu untersuchen, welcher Therapeut zu welchem Patienten paßt und vice versa, was schon Kantorowitz (1986) empfahl.

Schwedische Psychotherapiestudie

Eine Fülle von Therapeutenvariablen erfaßten Sandell et al. (1999) in einer groß angelegten schwedischen Untersuchung der Wirksamkeit psychoanalytischer und psychodynamischer Therapien. Um eine Vorstellung davon zu bekommen, in welchem therapeutischen Milieu sich die untersuchten Behandlungen abspielten, erhielten 313 Psychotherapeuten und Analytiker, deren Patienten sich an dem Forschungsprojekt beteiligten, einen eigens dafür entworfenen Fragebogen zur therapeutischen Identität, mit dem Daten zu Ausbildung, Lehranalyse, Lehrtherapie, therapeutischer Orientierung und Berufserfahrung erhoben wurden. Drei weitere Abschnitte dieses Fragebogens enthielten zusammen 75 Items, anhand derer die Therapeuten sich selbst einschätzen sollten bezüglich (1) ihren Vorstellungen über Wirkfaktoren der Psychotherapie, (2) ihres psychotherapeutischen Arbeitsstils und (3) ihrer Grundauffassungen von Psychotherapie und intrapsychischen Prozessen.

Zur Standardisierung dieses Fragebogens zur Therapeutischen Identität (TherId) wurde er außerdem einer Zufallsstichprobe von 325 zugelassenen Psychotherapeuten vorgelegt. Aus den Daten wurden faktorenanalytisch neun interpretierbare Faktoren extrahiert. Unter Zugrundelegung der von den einzel-

nen Therapeuten erreichten Werte konnten in einer Clusteranalyse vier Typen von Therapeuten bzw. Analytikern identifiziert werden, die sich nicht nur bezüglich ihrer Haltungen, sondern auch hinsichtlich ihrer Behandlungserfolge statistisch deutlich unterschieden. Ein Cluster von Therapeuten zeichnete sich dadurch aus, daß sie die Faktoren Mastery, Unterstützung, Freundlichkeit und Offenheit vergleichsweise gering bewerteten, Einsicht und Neutralität dagegen besonders hoch. Sandell et al. bezeichnen dieses Cluster als das "klassisch psychoanalytische". Während es sich in hochfrequenten Psychoanalysen als sehr wirksam erwies, zeigten niederfrequent behandelte Patienten von Therapeuten mit diesem Cluster fast keine Symptomreduktion im Zeitverlauf.

Gegenübertragung

Therapeuten sprechen selten über ihre eigene Persönlichkeit, allenfalls über ihre Arbeitsleistung oder über ihre "Gegenübertragungen". Seitdem das Thema Gegenübertragung vom Aschenputtel der Psychoanalyse zur Prinzessin avanciert ist (Thomä u. Kächele 1985, Kap. 3), spielt es aber eine zuweilen so exponierte Rolle (vgl. z. B. Hinshelwood 1999, Jacobs 1999), daß die Gefahr besteht, daß der Patient in seiner Eigenheit gar nicht mehr wahrgenommen, sondern nur noch zum Projektionsfeld der Persönlichkeit des Therapeuten wird.

Ein sehr früher Beleg für die unheilsame Verquickung von Übertragung und Gegenübertragung findet sich bereits in Elisabeth Zetzels Konzept von der sogenannten "guten Hysterikerin" (Zetzel 1968). Am Psychoanalytischen Institut in Boston wurde eine Untersuchung durchgeführt, wie Patient und Therapeut zusammenpassen. Hysterische Patienten seien, so wird dort lapidar festgestellt, insbesondere wenn es sich um erste Ausbildungsfälle unter Supervision handelt, entweder sehr gute oder sehr schlechte Patienten (Knapp et al. 1960, S. 472). Gegenübertragungen können daher auch zu destruktiven Prozessen führen, zu einem Schrecken ohne Ende, anstatt zu einem Ende (der Behandlung) mit Schrecken (Thomä u. Kächele 1988, Kap. 3).

Passungen und Mismatches

Wenn eine ältere Patientin zusammen mit einer jungen Therapieanfängerin den Konflikt bearbeiten soll, daß sie womöglich, ja sogar wahrscheinlich nie in ihrem Leben einen Partner finden wird, und die junge Therapeutin in ihr unrealistische Hoffnungen weckt und eigenen Retterphantasien huldigt, dürfte dies einen antitherapeutischen Effekt zeitigen.

Wenn der Therapeut in einer gemischt- oder gleichgeschlechtlichen therapeutischen Dyade ständig unbewußte Wünsche nach einer Partnerschaft zu eruieren sucht, dürfte auch dies unrealistische Hoffnungen nähren und die Gefahr des Abgleitens in Verführung mit sich bringen.

Überhaupt ist eine zu genaue Kenntnis der familiären Situation des Therapeuten oder der Therapeutin insbesondere dann hinderlich für die Durcharbeitung von Übertragungswünschen, wenn Patient(in) und Therapeut(in) vom Alter, sozialen Status, Familienstand und persönlichen Unglück allzugut zusammenpassen und zwischen sozialer Realität und neurotischen Komponenten nicht mehr unterscheiden können.

Agieren von Patienten gegen Partner und andere Familienangehörige resultiert nicht selten aus einer unbewußten oder bewußten Parteinahme des Therapeuten, die letztlich dem Patienten die Gelegenheit zur konstruktiven Bewältigung seiner unvermeidlichen Enttäuschungen vorenthält.

Suiziddrohungen im Verlauf von Therapien können den Therapeuten dazu verleiten, dem Patienten mehr Aufmerksamkeit und Sympathie zu gönnen, als auf Dauer aufrechtzuerhalten sind. Der als Retter agierende Therapeut übernimmt mehr und mehr reale Hilfs-Ich-Funktionen und verhindert dadurch ebenfalls die Durcharbeitung der aggressiven Impulse des Patienten in der Übertragungsbeziehung.

Gespeist werden solche antitherapeutischen Verläufe auch aus Schuldgefühlen über die Grenzen therapeutischer Möglichkeiten. Der Therapeut kann dem Patienten dessen Leid nicht abnehmen. Im besten Fall kann er es verstehen und dadurch für den Patienten erträglicher machen. Glaubt er aber, mehr bieten zu können, täuscht er sich und den Patienten.

Aus klinischer Beobachtung und Alltagswissen ist bekannt, daß sich gleich und gleich gerne gesellen. Von daher überrascht nicht, wenn depressive Therapeuten gerne depressive Patienten in Behandlung nehmen oder zwangsneurotische Charaktere unter Patienten und Therapeuten sich wechselseitig anziehen. Zwar muß der Therapeut nicht jede Störung am eigenen Leib erfahren haben, um sie behandeln zu können, doch kann zu viel Gesundheit auch zum Empathiehindernis werden. Goldberg (1995, 1998) meint, daß man Persionen nur schlecht psychotherapeutisch behandeln kann, wenn man selbst keinerlei Zugang zu entsprechenden Phantasien hat.

In Semesterbesprechungen von Ausbildungskandidaten in Psychotherapien wird immer wieder ganz beiläufig bemerkt, daß ein Patient bei einem bestimmten Kandidaten deshalb noch keine größeren Fortschritte in der Behandlung gemacht hat, weil der Kandidat mit seiner eigenen Entwicklung noch nicht weit genug vorangekommen ist. Insofern haben viele Patienten manches auszuhalten, und das kostet sie manchmal große Umwege und viel Geld. Es steht außer Frage, daß nicht nur Patienten von Therapeuten profitieren können, sondern auch Therapeuten von Patienten, real und psychisch. Einzelne Therapeuten sind aber sicher unbehandelbar, und insofern lohnt es sich, rechtzeitig zu diagnostizieren und gegebenenfalls auch noch später zu intervenieren, wenn die Pathologie bei der Erstdiagnostik noch nicht hinreichend erkannt worden war.

Schlußfolgerungen

Zusammenfassend läßt sich sagen: Faktisch werden Psychotherapeuten von ihren Kollegen und meist auch von ihren Patienten laufend diagnostiziert, wenn auch in einer vorwissenschaftlichen Art und Weise. Formale Diagnostik von Therapeuten, z. B. im Kontext von Interviews bei der Zulassung zur Ausbildung, ist ein sinnvoller, jedoch unzureichender Filter, da er offensichtlich nicht alle Therapeuten erfaßt, die zum Schaden ihrer Patienten wirken. Umgekehrt gilt: Auch aus zunächst problematisch erscheinenden Bewerbern können später brauchbare Psychotherapeuten werden.

Wenn Therapeuten ihren Patienten schaden, liegt dies entweder an Mängeln ihrer beruflichen Kompetenz im Sinne therapietechnischen Versagens, an ihren den Therapiezielen abträglichen Haltungen und Einstellungen oder schließlich

an Charakterstörungen im weitesten Sinne, die ebenso wie bei anderen Berufsgruppen selbst kriminelles Verhalten nicht ausschließen.

Nicht alle Störungen des Erlebens und der sozialen Interaktion sind therapeutisch aufzufangen, und auch nicht alle gestörten Psychotherapeuten sind heilbar. Zwar lädt der Beruf Anbieter und Verbraucher zu Idealisierungen ein, doch sensibilisiert er auch gegen Idealisierungen. Von Therapeuten verursachtes Therapieversagen wird vielfach verleugnet oder bagatellisiert. Es zu diagnostizieren, ist der erste Schritt zur Abhilfe. Nur selten werden die weiteren Schritte im engeren Sinne therapeutische sein.

Literatur

- Anonyma (1988) Verführung auf der Couch. Freiburg i. Br.: Core
- Argelander H (1970) Das Erstinterview in der Psychotherapie. Darmstadt: Wissenschaftliche Buchgesellschaft
- Bachmann KM, Böker W (eds) (1994) Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. Bern: Huber
- Bergin AE (1966) Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology* 71: 235-246
- Bergin AE (1971) The evaluation of therapeutic outcomes. In: Bergin AE, Garfield SL (eds) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 1st ed. New York: Wiley, 217-270
- Bergin AE, Garfield SL (eds) (1971) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 1st ed. New York: Wiley
- Bergin AE, Garfield SL (eds) (1994) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4th ed. New York: Wiley
- Beutler LE, Machado PP, Allstetter Neufeldt S (1994) Therapist variables. In: *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 4th ed. Bergin AE, Garfield SL (eds). New York: Wiley; 229-269
- Drigalski Dv (1979) Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse. Frankfurt a. M.: Ullstein
- Eysenck HJ (1966) *The Effects of Psychotherapy*. New York: International Science Press
- Fischer G, Becker-Fischer M (1994) Gibt es 'Täterprofile'? In: Bachmann KM, Böker W (eds) *Sexueller Mißbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie*. Bern: Huber; 91-104
- Goffman E (1961) *Asylums*. Garden City, N.Y.: Doubleday
- Goldberg AJ (1995) *The Problem of Perversion. The View from Self Psychology*. New Haven: Yale University Press
- Goldberg AJ (1998) Perversion aus der Sicht psychoanalytischer Selbstpsychologie. *Psyche* 52: 709-730

- Hemminger H, Becker V (1985) Wenn Therapien schaden. Kritische Analyse einer psychotherapeutischen Fallgeschichte. Reinbek: Rowohlt
- Henry W, Schacht T, Strupp HH (1986) Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process of differential psychotherapeutic outcome. *Journal Consulting and Clinical Psychology* 54: 27-31
- Hinshelwood RD (1999) Countertransference. *International Journal of Psychoanalysis* 80: 797-818
- Jacobs T (1999) Countertransference past and present: A review of the concept. *International Journal of Psychoanalysis* 80: 575-594
- Kantorowitz J (1986) The role of the patient-analyst "match" in the outcome of psychoanalysis. *Annual of Psychoanalysis* 14: 273-279
- Knapp O, Lenin S, McCarter R, Wener H, Zetzel E (1960) Suitability for psychoanalysis: A review of 100 supervised cases. *Psychoanalytic Quarterly* 29: 459-477
- Ricks DF (1974) Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In: Ricks DF, Thomas A, Roff M (eds) *Life History Research in Psychopathology*. Minneapolis: University of Minnesota Press; Bd 3, 276-297
- Sachs JS (1983) Negative factors in brief psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51: 557-564
- Sandell R, Blomberg J, Lazar A, Schubert J, Carlsson J, Broberg J (1999) Wie die Zeit vergeht. Langzeitergebnisse von Psychoanalysen und analytischen Psychotherapien. *Forum der Psychoanalyse* 15: 327-347
- Stein A (1972) Causes of failure in psychoanalytic psychotherapy. Wolman B (ed) *Success and Failure in Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: Macmillan; 37-52
- Striano J (1987) *How to Find a Good Psychotherapist*. Santa Barbara: Professional Press
- Striano J (1988) *Can Psychotherapists Hurt You?* Santa Barbara: Professional Press
- Strupp HH (1982) Psychoanalytic failure. Reflections on an autobiographical account. *Contemp Psychoanal* 18: 235-258; dt (1984) Psychoanalytisches Versagen. Reflexionen über einen autobiographischen Bericht. *Psy-Info* 23: 34-55
- Strupp HH, Hadley SW, Gomes-Schwartz B (1977) *Psychotherapy for Better or Worse*. New York: Aronson
- Strupp HH, Fox R, Lessler K (1969) *Patients View their Psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins
- Thomä H, Kächele H (1985) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd. 1 Grundlagen. Berlin: Springer
- Thomä H, Kächele H (1988) *Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie*. Bd. 2 Praxis. Berlin: Springer
- Zetzel E (1968) The so-called good hysteric. *International Journal of Psychoanalysis* 49: 256-260

