

Fehlentwicklungen und Fehlerkultur in der Psychotherapie

„*Psychoanalyse ist doch fehlerfrei!*“

Prof. Dr. med. Dr.phil. Horst Kächele

www.horstkaechele.de

1

Es irrt der Mensch, so lang er strebt



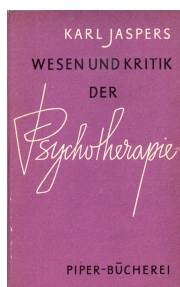
2004: zum 50. Geburtstag von Angela Merkel trägt der Hirnforscher Wolf Singer seine Thesen zur <Irrtumskultur> vor.

Die versammelten Politiker zeigen sich wenig einsichtig.

Im Lande der Null-Fehler-Kultur gilt das Eingestehen von Irrtümern und Fehlern offenbar als ein Fehler.

S. 9

Stimme aus dem Off



.... Wer sich in psychotherapeutische Behandlung begeben will, sollte wissen, was er tut und was er zu erwarten hat.

Basel im Dezember 1953

Auszug aus der „Allgemeinen Psychopathologie“ 6. Auflage 1953

Mikro – versus Makroperspektive

4

Anfänger-Fehler ?

Junger Analytiker



Prominente Patientin

5

Der (junge) Analytiker behandelte vor etlichen Jahren eine junge, äußerst attraktive und erfolgreiche Musikerin, der er sich von Anfang an sehr zugetan fühlte.

Er spürte bewusst eine erotische Anziehung, aber auch eine narzisstische Aufwertung, dass gerade diese schöne und begabte Frau ihn als Analytiker gewählt hatte.

Die eigentliche Arbeit mit der Patientin war dagegen durch die sich entwickelnde Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik, aber auch die erheblichen Schwierigkeiten der Patientin in ihrem Beziehungsleben verwickelt;

mehrfache Versuche, ein analytisches Setting (höhere Stundenfrequenz und das Couch-Sessel-Arrangement) zu etablieren, wurden von der Patientin abgewiesen.

6

Eines Tages bat der eigene Musiklehrer den Analytiker, die Unterrichtsstunde ausnahmsweise in der Musikakademie durchzuführen; ohne viel Nachdenken stimmte der Analytiker zu, obwohl er wissen konnte, dass seine Patientin auch dort unterrichtete.

In der Tat kam es bei dieser einmaligen Unterrichtsstunde zu einer Begegnung, als nämlich die Patientin zufällig in den Übungsraum hineinplatzte und so ihren Analytiker mit seinem Lehrer in „ihrer“ Welt antraf.

In der darauf folgenden Stunde sprach dies die Patientin auch kritisierend an: sie hatte zu Recht das Gefühl, der Analytiker würde in ihren Raum eindringen.

7

Einige Zeit später gab die Patientin ein großes öffentliches Konzert, das der Analytiker trotz dieser ersten Warnung auch mit seiner Frau besuchte;

wieder ohne genaues Nachdenken besorgte er sich Karten in den ersten Reihen, so dass die Patientin bei ihrem Auftritt ihn und seine Frau bemerken konnte, was sie auch in der folgenden Sitzung erwähnte.

Eine Sitzung später kündigte sie das Ende der Behandlung an und verließ diese wenige Stunden später auch endgültig.

Zwiebel, R. (2014). Behandlungsfehler, Fehlerkultur und Verantwortung in der psychoanalytischen Praxis. Ansatz für eine psychoanalytische Irrtumstheorie. Jahrbuch der Psychoanalyse, 69, @-@.

8

Unbemerkt von den meisten!!

Märtens, M. & Petzold, H. (Hrsg.) (2002).
Therapieschäden.
Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.



9



Caspar F & Kächele H (2008)

Fehlentwicklungen in der Psychotherapie.

In Herpertz S C, Caspar F, Mundt C.
Störungsorientierte Psychotherapie,
München, Urban u. Fischer, S
729-743

Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2008)
Unerwünschte und schädliche Nebenwirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht und Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut* 53: 4-16

10



Kächele H & Grundmann E (2011).
Editorial Fehlerkultur.
Psychotherapie & Sozialwissenschaft, 13(2), 5-8.

11

Nebenwirkungen - ein neues Thema

Side Effects in Psychotherapy: The UE-ATR Checklist

Table 1. Definition of side effects different from treatment failure, deterioration and malpractice

Side effects	Definition
Unwanted event (UE)	All negative events that occur parallel or in the wake of treatment
Treatment-emergent reactions (TER)	Any UE that is caused by the treatment
Adverse treatment reactions (ATR)	Any UE that is probably caused by correct treatment
Malpractice reaction (MPR)	Any UE that is probably caused by incorrect or improperly applied treatment
Treatment non-response (TNR)	Lack of improvement in spite of treatment. It is a UE; it can be or cannot be an ATR or an MPR
Deterioration of illness (DOI)	Worsening of illness during therapy or any other time in the course of illness. It is not necessarily a UE; it can be a UE and can be or cannot be an ATR or an MPR
Therapeutic risk (TR)	All ATRs that are known. Patients have the right to be informed about severe or frequent or impairing TR as this is the basis for giving their informed consent for treatment
Contraindications	Conditions of the individual case, which make severe ATR highly probable. An ATR of treatment in spite of given contraindications are one form of MPR

Linden M (2012) How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 20(4) 286-296

Unmittelbar unerwünschte Wirkungen u. Schäden

- # Verschlechterung bestehender Symptomatik
- # Chronifizierung bestehender Symptomatik
- # Auftreten neuer Symptome
- # aufkommende Suizidalität
- # Missbrauch der Therapie durch den Patienten
- # Überforderung des Patienten durch irrealer Ziele
- # Vertrauensverlust durch Enttäuschungen
- # Bleibende nachteilige Persönlichkeitsveränderungen

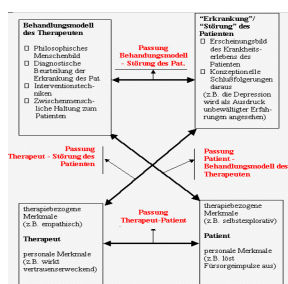
13

Fehlendes Angebot von PT

- Fehlendes Angebot (regionale Versorgung)
- Selektive Indikation (geeignet vs. ungeeignet Patient)
- Fehlende Therapiemethode (z.B. Borderline-Behandlung)
- Falscher Selbst-Ausschluß von Patienten

14

Multiple Passungen



15

Interaktive Passung

- Therapeut: dominant-direktiv
- Patient: submissiv-angepasst
- Patient: feindselig - dominant
- Therapeut: feindselig - vermeidend

16

Die Sicht der Klienten

- „Die berichteten Therapiemisserfolge lassen sich unabhängig vom jeweiligen Therapieansatz am besten durch ein *verhängnisvolles Zusammenspiel* erklären lassen,
- in welchem Erwartungen oder individuelle Denk- und Beziehungsmuster der Klienten auf ein therapeutisches Angebot treffen, das zu diesen eine ungünstige Passung aufweist“.

• Conrad A, Auckenthaler A (2010) Therapiemisserfolge in ambulanter Einzelpsychotherapie: Die Sicht der Klienten. Psychotherapie und Sozialwissenschaften 12: 7-41

17

eigene belastende Lebenserfahrungen

- Auswirkung eigener belastender Lebenserfahrungen (z.B. Scheidung, Suizid eines Angehörigen)

• Engel, G. L. (1975): The death of a twin. The International Journal of Psychoanalysis, 56, 23-40.

• Buchheim, A. & Kächele, H. (2007): Nach dem Tode der Eltern. Bindung und Verlust. Forum der Psychoanalyse, 23, 149-160.

18

Fehlentwicklung durch Mangel an Anpassung

- A-Priori Präferenz für bestimmte Ansätze und Vorgehensweisen
- **Mängel in der individuellen Fallkonzeption**
- Mängel in der Aus- und Weiterbildung

19

Altersunterschiede als spezielles Problem

- Generell wenig Auswirkung auf die Passung
- aber
- Jüngere Therapeuten berücksichtigen oft nicht spezifische Erfahrungen der älteren Generation
- Therapeutischer Pessimismus bei Älteren

20

Kulturelle Passung und Migration

- Mangelnde Kenntnisse der Lebenswelt der Patienten
- Fehlende Berücksichtigung kultureller Einschränkungen
- Sprach - und Verständigungsprobleme
- Subkulturelle Fehl-Erwartungen von Patienten (Esoterik-Kunden)

21

Gegenübertragung in situ

- Unkontrollierte Aktivierung persönlicher Muster des Therapeuten
- Unreflektierte Übernahme der Rolle des Heilers - Schamanistische Versuchung
- Therapeutische Tätigkeit als narzisstische Verführung (bei schwachem Selbstwertgefühl)

22

Überraschung !!

An einem Tag, an dem der Analytiker Sperrmüll zum Abholen bereitgestellt hatte, begrüßte ihn der 24-jährige Patient, ein Student, freundlicher als sonst und fragte noch im Hinlegen: „Kann ich die drei Holzkisten vor Ihrer Haustür mitnehmen?“ Der Analytiker reagierte spontan mit „ja, natürlich.“ Darauf fragte der Patient: „Kann ich noch mehr davon haben, weil ich damit meine Bude gut aufmöbeln kann?“ Der Analytiker sagte: „Ich habe noch zwei weitere, die Sie haben können.“ Erst später in der Stunde ging dem Analytiker auf, dass er auf der realen Ebene gehandelt hatte.

Narzisstischer Missbrauch

- Vorlebens eines schlechten Modells im Umgang mit eigenen Schwächen und Unzulänglichkeiten
- Einseitige Zuschreibung von Fehlern und Schwierigkeiten
- Mangelnde Empathie
- Zu eingeeengte Handhabung von Regeln

24

Autoritär-narzisstische Bedürfnisse

Die 35-jährige Ärztin T. litt unter wechselnden psychosomatischen Beschwerden mit Selbstunwerterleben.
Nach einer zweijährigen Analyse bei einem Analytiker wechselte sie berufsbedingt in eine andere Stadt. Dort musste sie in ihrer Klinik viele Überstunden machen, sodass ein regelmäßiger Therapieablauf für sie schwierig war.
Dennoch gelang es ihr, mit einem Psychoanalytiker dieser Stadt eine weitere Analyse mit festen Terminen zu vereinbaren.

Autoritär-narzisstische Bedürfnisse

.Nach dreimonatiger regelmäßiger Analyse wollte sie acht Tage Urlaub machen. Ihr Therapeut war nur mit dem (zu bezahlenden) Ausfall von zwei Stunden einverstanden, sodass die Patientin zum dritten Termin vorzeitig aus ihrem Urlaub zurückkam.

Ihr Analytiker war jedoch zum Termin nicht da.

Autoritär-narzisstische Bedürfnisse

Auf seinem Anrufbeantworter äußerte die Patientin ihre Wut über sein Wegbleiben.

Am nächsten Tag meldete sich der Analytiker telefonisch und teilte Frau T. mit, dass durch ihre wütenden Worte auf dem Anrufbeantworter das therapeutische Bündnis zerstört sei.
Er verweigerte ihr jeden weiteren Termin zur Klärung.

Materieller Missbrauch

- Ungerechtfertigte materielle Leistungen (größere Geschenke, Erbe)
- Weiterbezahlung nach Ende der Kassenleistung (???)
- Dienstleistungen aller Art

Sexueller Missbrauch

- Entwickelt sich meist Schritt um Schritt (Termine abends, Wochenende)
- Sondierende Äußerungen als Vorbereitungshandlungen
- Wechsel von Therapie - zu Partnerbeziehung geht meist schief (nicht immer!)



29

Suboptimales Vorgehen

- Keine Pflege einer „Fehlerkultur“
- Ungenügende Berücksichtigung von Leitlinien-Empfehlungen
- Überbewertung des eigenen Verfahrens bei nicht hinreichender Kenntnis und projektiver Abwertung alternativer Verfahren

30

Lernen aus Erfahrung

Fehlentwicklungen erkennen durch
Eigen- und Fremdsupervision –Intervision

„Maxime“

**Verhalte Dich so, dass stets ein Dritter
anwesend sein könnte**

31

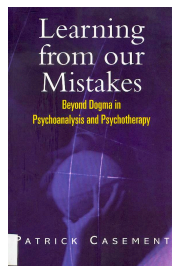
Fehlentwicklungen verhindern

- Kenntnisse zu Interventionen und deren Wirksamkeit
- Individuelle Fallkonzeption
- Kontinuierliche Qualitätssicherung
- Fehlerkultur pflegen d.h. Offenheit und Durchlässigkeit gegenüber Kollegen

• Caspar, F. & Kächele, H. (2008): Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In: Herpertz, S. C., Caspar, F. und Mundt, C. (Hrsg.) Störungsorientierte Psychotherapie: Urban u. Fischer. München, 729-743.

32

Fehlerthema in der Psychoanalyse 1

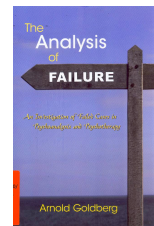


Casement, P. (2002).
Learning from our Mistakes. Beyond Dogma in Psychoanalysis and Psychotherapy.
Hove: Brunner-Routledge.

Reppen, J., Schulmann, M. (Eds.) (2003) *Failures in Psychoanalytic Treatment.*
International Universities Press, Madison, CT

Fehlerthema in der Psychoanalyse 2

Goldberg, A. (2012).
The Analysis of Failure: An Investigation of Failed Cases in Psychoanalysis and Psychotherapy.
New York: Routledge.



Allgemeines professionelles Handeln

- die Standards allgemeinen professionellen Handelns gelten auch für Psychoanalytikerinnen.
- Behandlungsfehler können als Abweichung oder Nicht-Einhaltung der allgemeinen Standards angesehen werden.
- (Zwiebel 2014)

35

Individuelles psychoanalytisches Handeln

- Für die spezifische Arbeitsweise des Analytikers, die der Dynamik von Gelingen und Scheitern unterliegt, kann man zwar auch von „Täuschungen, Irrtümern und Fehlern“ sprechen, sie sind aber der analytischen Arbeitsweise inhärent oder konstituieren sie geradezu.
- (Zwiebel 2014)

36

Fehlerbeispiele

Exzerpt aus

Ruff W, Ekesparre DV, Grabenstedt Y, Kaiser-Livne M, Längl W & Nagell W (2011)
Behandlungs- und Kunstfehler in der
Psychoanalyse.
Forum der Psychoanalyse 27 (1): 43-60

Fehler beim Setting

- fehlerhafte Indikationsstellung im Hinblick auf die Therapiemethode,
- unzureichende therapeutische Kompetenz,
- grobe und nichtreflektierte Verletzungen des Rahmens,
- Inszenierungen und Rollenübernahmen aufgrund von unreflektierten Gegenübertragungen
- oder Nichtpassung zwischen Therapeut und Patient,
- rigides Festhalten an einer Technik (z. B. bei maligner Regression des Patienten),
- Abschotten der analytischen Dyade durch zunehmende inzestuöse Inhalte.

Fehler bei Therapeuten

- dauerhafte Verleugnung von Fehlern,
- Fixierung auf ein Verhalten, das andere stört,
- mangelndes Verantwortungsbewusstsein,
- fehlendes Reflektieren der Gegenübertragung,
- Vermeiden von eindeutigen Rahmenabsprachen bzw. mangelndes Einhalten des Rahmens,
- vom Patienten häufig beklagtes Willkürverhalten,
- andauernde Rettungsfantasien im Hinblick auf den Patienten,
- Mitteilung eigener Bedürftigkeit aufgrund eigener privater Belastungen oder
- Suche nach narzisstischer Gratifikation.

Ein nie abgeschickter Brief

Ich hatte den Eindruck und das Gefühl – und darauf sollten wir uns doch verlassen – dass Sie auf dem genannten 60. Geburtstag, auf dem ich Sie nach über 25 Jahren zum ersten Mal wieder traf, in unverändert herablassender Einstellung mit mir sprachen. Diese Haltung gipfelte in der Bemerkung, ich sähe gut aus (würde ich so etwas zu Ihnen sagen?) und Sie hätten gehört, dass ich noch in jüngster Zeit promoviert hätte.

(Tatsächlich hatte das Geburtstagskind in seiner Ansprache an die Gäste mich als seine Promovendin zitiert – ein wohl der totalen Überanstrengung geschuldeter Irrtum, sie hatte ja auch verschiedene Namen Ihrer Gäste nicht aussprechen können!!!).

Sie werden gemerkt haben, dass ich schockiert war. Sollte es Ihnen wirklich entgangen sein, dass ich Anfang Januar 1979 meine Dissertation bei Prof.XXX abgegeben hatte und schon Ende Januar 1979 von ihm die Rückmeldung erhalten hatte, die Arbeit sei ausgezeichnet. (Im Herbst des Jahres 79 habe ich dann mit summa cum laude promoviert).

Erst im April 1979 beendete ich die Analyse bei Ihnen, es gab also noch drei Monate Zeit für Sie wahrzunehmen, was ich geleistet hatte, wenn Sie es bis dahin nicht getan hatten, denn die Dissertation in Verbindung mit meiner Mitarbeiterinnenstelle am Fachbereich Soziologie an der Uni **begleitete die gesamte Analyse.**

41

Fehler aufgrund „blinder Flecken“

Als die 29 Jahre alte Psychiaterin K. ihre Analyse begann, sehnte sie sich nach jemandem, der sie verstehe, sich aber nicht durch die Intensität ihrer Gefühle durcheinander bringen ließe. Ihr Analytiker schien ihr das zu bieten: Er war intellektuell klar, schien auch Nuancen zu hören, war emotional warm und akzeptierte Unkonventionelles. Er trug auch seine Assoziationen und Metaphern, die aus seiner Malerei stammten, bei. Die Analysandin glaubte, nach Jahren innerer Einsamkeit einen Seelengefährten gefunden zu haben. Sie äußerte immer wieder ihre Wünsche und Sehnsüchte an ihn, die er *unterstützte, ohne sie zu deuten*. „Es schien, als ob er meine Erfahrung, in ihm jemand Einzigartigen und Besonderen gefunden zu haben, als Tatsache akzeptierte.“ Er versicherte ihr, dass sie die Fähigkeit zur unbewussten Kommunikation mit ihm besitze (zit. nach Gabbard und Lester 1995, S. 130 ff.).

Fehler nach der Behandlung

Vier Wochen nach dem Ende einer 300-stündigen psychoanalytischen Behandlung traf die 39-jährige Analytikerin ihre um fünf Jahre jüngere Patientin und lud sie zu einem Kaffee zu sich nach Hause ein. Dort traf die Analysandin überraschend auf den Lebenspartner ihrer Analytikerin, einen gut aussehenden Vierziger. Sie war verwirrt und suchte sich nach dem Trinken einer Tasse Kaffee mit einer Entschuldigung sofort zu verabschieden. An das Gespräch konnte sie sich schon gleich danach nicht mehr erinnern. Sie träumte in der Nacht, mit jenem Mann in einem Boot auf einem See zu sitzen: Sie sieht ihn an, während er rudert, und spürt den Blick ihrer Analytikerin in ihrem Nacken.

Fehlerhafte Indikation

Die 22-jährige Verkäuferin, die unter starken selbstdestruktiven Impulsen mit häufigen Selbstverletzungen litt, hatte mit 16 Jahren begonnen, Drogen (u. a. Heroin) zu nehmen und nur unter deren Einfluss war es ihr möglich gewesen, sexuelle Beziehungen einzugehen. Nach einem Suizidversuch hatte sie einen stationären Drogenentzug in der Psychiatrie gemacht und war anschließend sechs Monate lang in einer psychosomatischen Klinik behandelt worden. Dort war die Indikation zu einer Psychoanalyse gestellt worden, ohne dass ein Drogen-Screening gemacht worden war. Ihr Psychoanalytiker verließ sich auf die Indikationsstellung der Kliniktherapeuten. In der folgenden zweijährigen Analyse waren Drogen kein Thema mehr, obwohl dem Analytiker auffiel, wie „flach“ die Analysestunden verliefen. Nach einem erneuten Suizidversuch wurde in der Psychiatrie die weiter bestehende Drogenabhängigkeit der Patientin festgestellt.

Unzureichende therapeutische Kompetenz

Der 42-jährige Krankenpfleger A., der unter rezidivierenden mittelschweren Depressionen auf Borderline-Niveau litt und deswegen mehrfach psychoanalytisch und psychotherapeutisch behandelt worden war, begann eine zweite analytische Behandlung mit vier Wochenstunden, als er wegen seiner erneut auftretenden depressiven Arbeitsstörungen berufsunfähig zu werden drohte.

In der elften Stunde erlitt der Patient auf der Couch einen schweren Angstzustand, den er versuchte, seiner Analytikerin gestisch als Überwältigtwerden zu vermitteln, die dazu aber schwieg.

Nachdem der Angstzustand abgeklungen war, meinte die Analytikerin trocken: „Das haben Sie schön inszeniert.“

Ähnlich reagierte sie in der Folgezeit häufig, ohne die Angst des Patienten vor Desintegration und Fragmentierung, die vor dem Hintergrund schwerer Traumatisierungen in seiner Familie verständlich gewesen wäre, zu beachten. Stattdessen forcierte sie durch regressionsfördernde Deutungen den analytischen Prozess und eine idealisierende Übertragung auf sich.

Der Patient geriet immer mehr in eine Abhängigkeit von seiner Analytikerin bei gleichzeitigen Schuldgefühlen, ihr nicht zu genügen. Auf seine Frage, ob ihm in seiner Verzweiflung nicht auch Antidepressiva helfen könnten, antwortete sie: „Verwechseln Sie mich nicht mit einer Droge.“

Nach der 234. Stunde besorgte sich der Patient Tabletten, um sich umzubringen, wovon ihn seine Frau abzubringen vermochte. Als er seiner Therapeutin davon berichtete, kommentierte sie: „Wenn sich jemand wirklich das Leben nehmen will, kann man ihn nicht daran hindern.“ Seine Wut über diese und ähnliche Aussagen seiner Therapeutin wagte der Patient nicht zu äußern.

Nachdem seine Analytikerin in Urlaub gefahren war, erlitt er einen schweren Herzinfarkt. Aufgrund dessen musste er mehrere Wochen kardiologisch behandelt werden, wonach er von sich aus die Analyse beenden konnte.

Ödipal-narzisstische Bedürfnisse

In der Lehranalyse eines Ausbildungsteilnehmers ging es in den letzten Jahren vor allem um seine schwierige Ehesituation. Gegen Ende der Analyse hatte der Analysand den Eindruck, dass sein Lehranalytiker seine Ehe für gescheitert hielt. Denn er intervenierte mehr und mehr im Hinblick auf die Möglichkeit eines Alleinlebens des Analysanden, der aber noch Chancen für seine Ehesituation sah und überlegte, nach der Analyse eine Eheberatungsstelle aufzusuchen.

Vier Wochen nach Beendigung seiner Analyse, in der die Eheleute vorsichtig miteinander umgingen, zog seine Frau ohne vorherige Ankündigung aus. Sie blieb für ihn wie vom Erdboden verschwunden. Ein viertel Jahr später sah er sie zufällig mit seinem früheren Analytiker. Er fand heraus, dass beide seit ihrem Auszug zusammenwohnten.

Bedürfnisse nach Idealisierung

Die 22-jährige Analysandin, die Germanistik und Kunst studierte, war aufgrund eines selbst verschuldeten Autounfalls in arge Geldnöte geraten. Ihre Verwandten waren arbeitslos oder krank und konnten nicht helfen.

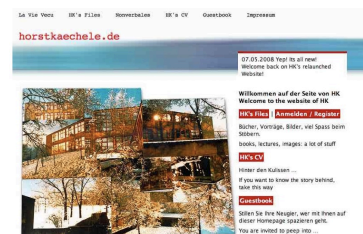
Ihre Analytikerin schlug ihr vor, gegen Entgelt ein Literaturverzeichnis für ihren Lebenspartner, der ein wissenschaftliches Buch herausgeben wollte, zu erstellen.

Die Analysandin war hoch erfreut und bedankte sich überschwänglich bei ihrer Analytikerin.

Diese wunderte sich, dass die folgenden Therapiestunden durch oberflächliche Erzählungen oder durch viel Schweigen vonseiten ihrer Analysandin gekennzeichnet waren.

Grenzüberschreitung

„Eine Linie wurde im zweiten Jahr der Analyse überschritten. Nicht die Qualität der Beziehung und die Qualität des Widerstands, diese Beziehung zu analysieren, änderte sich. Die Veränderung bestand für beide von uns in einer Wendung von der Fantasie ins Handeln.“
Anlass war der Tod des Vaters der Patientin, zu dem ihr der Analytiker kondolierte: „Ich war fassungslos, überwältigt: Mein Analytiker hatte mir Blumen geschickt mit einer Notiz in seiner Handschrift.“
An mich! Er schrieb über seine Gedanken über Tod und die Kostbarkeit des Lebens. Er teilte sein Innerstes mit.“ Eine Woche später suchte sie telefonisch bei ihm Hilfe, weil sie wegen ihres Vaters ständig weinte und nicht schlafen konnte. Er schlug ein Treffen in einem Restaurant vor, wo er ihr tröstend die Hand streichelte.



Zum Nachlesen

Name: lehrbuch

Password: psychol

www.horstkaechele.de

50