

# Wenn Psychoanalytiker Fehler machen – Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytischen Fehlerkultur

*Markus Fäh*

## *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 & Fäh, 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 Psychoanalytiker/-innen 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 ichpsychologische 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 behandlungstechnische 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 Ethikregeln 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-/interventionsverhältnisses. 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 Analysestunde 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-Introversionen, 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 verhandelnden 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, sodass 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 mithilfe 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 Objektkonstanz 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.<sup>1</sup> 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 ziemlichen Verwahrlosung 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 bekiffte 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 verhöhnte 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 verschärfte. 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*

<sup>1</sup> 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.

*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 anstrebte, 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 patientenzentrierte statt analytikerzentrierte 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-Ideal‹ 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 legten. 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 Selbstbewusstseins- 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 demontierte, 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. Fehlerakzeptanz 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 Fernsehserie »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 Sich-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. *Entstigmatisierung 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 Psychoanalytiker/-innen zu ächten.

5. *Gründliche Fehleranalyse:*

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 (Hg.), 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