

# Vom Studium negativer Effekte zur Pflege einer Fehlerkultur

*Horst Kächele & Franz Caspar*

Die Situation der Psychotherapie im medizinischen Versorgungssystem der BRD hat sich seit der Einführung in die Regelversorgung einerseits dramatisch verbessert, andererseits wird doch immer wieder – von angeblich berufener Seite – der skeptische Hinweis auf ihre international einzigartige, recht umfängliche Ausgestaltung in der BRD geäußert. Manchmal hört man die Ansicht, es sei dies ein Negativum, da die meisten anderen Länder in der Regel sehr zurückhaltend mit der Kostenübernahme für Psychotherapie sind (Kächele & Pirmoradi 2009). Kein Wunder, dass die psychotherapeutische Profession den wissenschaftlich belegten Nutzen von Psychotherapie immer wieder in den Vordergrund rückt – und eine Diskussion über Fehlentwicklungen, negative Verläufe von Behandlungen, nicht begeistert vorantreibt.

## *Negative Effekte*

Dass Psychotherapie im Wesentlichen unproblematisch verlaufe, gehört zu ihren Mythen (Kiesler 1966). Die erste Veröffentlichung zu negativen Effekten durch Psychotherapie stammt von dem Therapieforscher A. E. Bergin aus Utah. Dieser machte auf die regelhaft festzustellende Varianzerweiterung von Messgrößen nach einer Psychotherapie aufmerksam (Bergin 1963). Psychotherapie ist im Großen Ganzen recht wirksam, wie man dem aktualisierten, international fast als verbindlich geltenden Handbuchbeitrag von Lambert und Ogles (2004) eindeutig entnehmen kann. Dort heißt es allerdings ebenfalls: Therapie kann auch schaden. Bei wirksamen Behandlungen gibt es praktisch immer Patienten, denen sie nützt, und andere, denen sie nichts nützt oder gar schadet. Varianzerweiterung von Messgrößen weist auf Nicht- oder Fehlentwicklungen bei einem Teil der Patienten hin. Dieses Faktum anzuerkennen steht am Anfang der Etablierung einer Fehlerkultur in der Psychotherapie. Der bekannte Leitspruch aus der Welt des Qualitätsmanagements:

„Jeder Mangel ist ein Schatz“, sollte mit in die Etablierung einer Fehler-orientierten Diskussionskultur einfließen (Kordy & Lutz 1995; Noll-Hussong 2012).

Es scheint offenkundig, dass eine Sensibilität für solche Fragen im Wachsen ist (Hoffmann et al. 2008; Caspar & Kächele 2008); eine verantwortliche Berufspolitik kann sich diesen belastenden Aspekten nicht entziehen. Eine Anfang des Jahres 2011 erschienene Ausgabe der Zeitschrift *Integrative Therapie* titelt: „Wo viel Licht, dort ist auch Schatten“ (Leitner 2011).

### *Fehlerbewusstsein*

Was macht es schwierig für den einzelnen Therapeuten, Frau oder Mann, sich und anderen offen einzugestehen, dass nicht alle Behandlungen glücklich verlaufen und dass manche einen sogar an den Rand der Verzweiflung bringen? Warum ist das Eingeständnis des Scheiterns gleich eine narzisstische Katastrophe, die zu verheimlichen dem Selbstschutz geschuldet zu sein scheint? Warum kann eine unerwünschte, negative Entwicklung nicht kritisch durchdacht und mit dem Patienten sogar noch gemeinsam reflektiert werden? Haben wir denn das Freud'sche Diktum vergessen, dass erfolgreiche Fälle wenig wissenschaftlichen Gewinn bringen und dass die nicht-erfolgreichen Verläufe uns produktiv anregen können, unseren Verstehensprozess zu vertiefen?

Eine Schwierigkeit beim Erkennen von Fehlentwicklungen in der Psychotherapie ist generell, dass Wirkungen oft nicht sofort erfolgen, je nach Therapieansatz auch nicht allzu schnell erwartet werden. Nicht nur bei Therapien, die sich schließlich als erfolglos erweisen, auch bei sehr erfolgreichen muss die Verbesserung nicht kontinuierlich erfolgen. Phasen der Stagnation fordern das individuelle Fallverständnis des Therapeuten bei der Beurteilung heraus. Zudem gibt es Patienten, bei denen die Art der Störung oder andere Umstände nahelegen, mit einer Verhinderung von Verschlechterungen zufrieden zu sein, wobei man sich dann oft auch an der Grenze dessen bewegt, was als Psychotherapie zu bezeichnen ist.

Das Problem weist vielfältige Facetten auf. Schon die Definition eines Misserfolgs muss differenziert erfolgen und zeigt erhebliche Variation: als Abwesenheit von

Fortschritt (z. B. Schulz 1985 als darüber hinausgehende, dauerhafte Schädigung des Patienten (z. B. Fischer-Klepsch et al. 2000), usw.

Insofern als in eine nicht erfolgreiche Therapie Ressourcen einschließlich der Lebenszeit von Patient und Therapeut investiert werden und sie auch einer anderen Therapie, die vielleicht erfolgreicher hätte sein können, im Wege steht, kommt es bei Nicht-Erfolg auch zu einem Schaden. Das Ausbleiben einer eigentlich möglichen Entwicklung ist auch eine Fehlentwicklung. Insofern liegen die Definitionen von Misserfolg und Fehlentwicklung gar nicht so weit auseinander. Das Thema des Misserfolgs war lange ein Stiefkind der fachlichen Diskussion, wird in den 2000er Jahren aber endlich häufiger zum Gegenstand von Artikeln und Buchveröffentlichungen (z.B. Märtens & Petzold 2002). Wir bevorzugen den Zugang zu diesem Themenkomplex über die Fehlentwicklungen: Hier gerät von Anfang an stärker der Prozessaspekt in den Blick, das rechtzeitige Erkennen und Korrigieren, statt des Feststellens, wenn es zu spät ist – auch wenn eine Beschäftigung mit Misserfolg sich natürlich nicht darauf beschränken muss.

Weiter sei darauf hingewiesen, dass auch Therapeuten als Personen und Professionelle sich fehlentwickeln oder nicht-entwickeln können. Dies kann auch die Grundlage der Fehlentwicklung in einzelnen Therapien sein.

Bei Fehlentwicklung als Ausbleiben einer positiven Entwicklung ist jede Variable relevant, die mit Therapieerfolg assoziiert ist, vom Abstimmen von Zielen und Aufgaben in der Psychotherapie über diverse Patienten- und Therapeutenvariablen und Genderfragen bis hin zu frühen Indikatoren von Therapieerfolg und -misserfolg im Prozess. Eine solche Auffassung ist natürlich unpraktikabel breit, eine Diskussion unter Beschränkung auf die eklatantesten Fehlentwicklungen erscheint uns jedoch zu eingeschränkt.

Dass man sich in der psychotherapeutischen Profession nach langen Jahren der Vernachlässigung dieser Themen vermehrt mit Misserfolgen und Fehlentwicklungen beschäftigt, kann als Reifezeichen verstanden werden (Reinecker 2005). Hinter der Reifung stehen sicherlich weitere Faktoren, unter anderem die generelle Zunahme der gesellschaftlichen Beschäftigung mit Grenzen der Machbarkeit, aber auch die vermehrte Beschäftigung mit schwierigen Patientengruppen in der Psychotherapie.

### *Misserfolg*

Mit wie vielen Misserfolgen ist im Durchschnitt zu rechnen? Die schon lange zurückliegende Meta-Analyse von Smith, Glass und Miller (1980) zeigte Verschlechterung bei rund 12% der Patienten. In einer neueren Meta-Analyse zählt Mohr (1995) in einem Überblick über viele Studien bei 5–10 % der Patienten Verschlechterungen, bei 15–25% keine messbare Verbesserung.

Doch was wird gemessen in diesen Studien? Symptomatische Besserung oder auch strukturelle oder soziale Veränderungen? In dieser Perspektive gilt, dass „beauty resides in the eyes of the beholder“ oder was dem einen seine Eule, ist dem anderen seine Nachtigall. Eine differenzierende Betrachtungsweise könnte Therapeuten damit versöhnen, dass Teilerfolge auch positiv gewertet werden können. Es geht nicht um „alles oder nichts“, sondern um eine bilanzierende Bewertung, die möglichst zusammen mit dem Patienten getroffen werden sollte. Beispiele für solche gemeinsamen Rückblicke finden sich noch selten in Veröffentlichungen; Thomä und Kächele (2006b) haben sie in ihrem Lehrbuch mit einbezogen.

### *Der dunkle Kontinent*

Wenig bearbeitet ist die Frage, ob es Therapeuten gibt, die konsistent Fehlentwicklungen provozieren, und andere, die sie erfolgreich vermeiden? Die erste einschlägige Veröffentlichung hierzu stammt aus der Arbeitsgruppe von Luborsky, die 1985 die Determinanten erfolgreicher Therapeuten thematisierte (Luborsky et al. 1985). Okiishi et al. (2003) untersuchten die Therapeuten von 2000 Klienten an einer Beratungsstelle für Studierende, die mit mindestens 15 Klienten in der Studie beteiligt (aber eher unerfahren) waren: Die erfolgreichsten Therapeuten hatten zehnmal größere Effekte als die am wenigsten erfolgreichen (bei denen Klienten sich verschlechterten). Die Wirkung war relativ konsistent über alle Klienten und nicht abhängig von Art und Umfang der Ausbildung, Orientierung und Geschlecht: Also müssen andere Variablen verantwortlich sein. Ähnlich offensiv analysierte Sandell (aus Stockholm) die Daten der groß angelegten STOPP-Studie (Sandell et al. 2006,

2007). Unter dem herausfordernden Titel „Die Menschen sind verschieden – auch als Patienten und Therapeuten“ berichtete er auf den DGPT-Kongress in Dresden über dramatisch zu nennende Unterschiede in der Fähigkeit von Therapeuten, Behandlungen unterschiedlicher Frequenz zu einem günstigen Ende zu führen (Sandell 2007). Die Messgröße war die symptomatische Belastung der Patienten zu Beginn und während des sechs-jährigen Beobachtungszeitraums (Messgrößen SCL-90, GSI über den Zeitraum von sechs Jahren).

Sandells Beitrag öffnet die Augen für die verwirrende Vielfalt von Verläufen, die zunächst einmal die wahre Varianz unserer Bemühungen erkennen lässt; dies wurde durch eine „latent class analysis“ vereinfachend aufbereitet, die Typologien von erfolgreichen und weniger ansprechenden Verläufen über die sechsjährige Beobachtungszeit erkennen lässt. Die aufrüttelnde Botschaft an die psychoanalytische Berufsgemeinschaft hätte sein können, dass eine nüchterne Betrachtung der Frage geboten ist: Wer behandelt wen, mit welcher Technik, in welchem Setting und mit welcher Intensität mit welchem Ergebnis? Bedeutsam für das Therapieergebnis – und hier wäre eine bundesdeutsche Replikation angezeigt – war die Rolle der therapeutischen Haltung, wie diese in dem von Sandell entwickelten Fragebogen Therapeutic Attitude Scales (TASC; Sandell et al. 2004) erfasst werden kann.<sup>1</sup> Der langjährige Beobachtungszeitraum in der STOPP zeigt an, mit welch dramatischen Unterschieden bei der Verbesserung symptomatischen Befindens zu rechnen ist.

Solche Befunde sollten die Entwicklung einer Fehlerkultur beflügeln, und man könnte auf recht spannende Dialoge hoffen. Vermutlich gibt es Fehlentwicklungen, die vom Berufsstand als solche übereinstimmend identifiziert werden; da jedoch in einem Berufsstand verschiedene therapeutische Orientierungen vertreten sind, darf es nicht überraschen, wenn therapeutische Entwicklungen je nach Therapierichtung unterschiedlich beurteilt werden. Darüber hinaus werden Behandlungen zu finden sein, bei denen auch der beste Therapeut, auch mit einer detaillierten individuellen Fallkonzeption und selbst in intensiver Beratung mit Fachkollegen, nicht beurteilen kann, ob es sich um eine Fehlentwicklung handelt, oder eine solche nicht abwenden werden kann.

---

<sup>1</sup> Die Brauchbarkeit einer deutschen Fassung der TASC wurde von Klug et al. (2008) aufgezeigt.

Ohne dies hier extensiv zu verhandeln, dürfte klar sein, dass die allgemeinen Prinzipien einer therapeutisch-medizinischen Ethik – dies sind Respekt vor der Autonomie des Patienten, Schadensvermeidung, Handeln zum Wohle des Patienten und das Prinzip der Gerechtigkeit und Fairness (Beauchamp & Childress 1994) – einer Diskussion von Fehlentwicklungen vorgelagert sind (Reimer 1999; Freyberger 2008). Ethische Maximen können bei der Beurteilung von kritischen Sachverhalten hilfreich sein, aber sie werden Fehlentwicklungen nicht verhindern können, weshalb auch in der Medizin ethische Beratungsinstanzen oft nur nachträglich tätig sind.

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

1. strukturell bedingte Fehler (z.B. Überforderung wegen chronischen Personalmangels, beispielsweise in Kliniken; mangelnde Ausstattung),
2. Bedingungen und Risiken, die methodenspezifisch sein können (Märtens & Petzold 2002; Fäh 2002; Haupt & Linden 2011),
3. singuläre Fehler, die situations- oder personenspezifisch sind, z. B. eine Fehleinschätzung des Therapeuten oder eine fehlende Passung zwischen Patient und Therapeut (Pfäfflin & Kächele 2005).

Es ist allerdings selten, dass nur eine Ursache im Vordergrund steht; oft geht es um eine Konstellation von Aspekten, etwa ein Nicht-Passen der psychotherapeutischen Technik zur Störung des Patienten. Als Fazit einer qualitativen Interview-Studie mit 20 ehemaligen Patienten, die verschiedene Behandlungen negativ bewertet haben, ziehen Conrad und Auckenthaler (2010) folgendes Fazit:

„Die berichteten Therapiemisserfolge **lassen** sich unabhängig vom jeweiligen Therapieansatz am besten durch ein *verhängnisvolles Zusammenspiel* erklären, in welchem Erwartungen oder individuelle Denk- und Beziehungsmuster der Klienten auf ein therapeutisches Angebot treffen, das zu diesen eine ungünstige Passung aufweist“ (S.7).

So werden Patienten auf die Couch gebeten, die sich vor der Einseitigkeit dieses Settings fürchten; es werden depressive Patienten in Verhaltenstherapie zu Übungen angehalten, denen sie motivational nicht gerecht werden können, und anderes mehr. Ob mit 20 Interviewpartnern das Feld schon wirklich ausgelotet ist, und die

Saturiertheit des Datensatzes angenommen werden kann, ist auch den Autorinnen suspekt. Folgt man einer ausführlicheren Veröffentlichung (Caspar & Kächele 2008), wo eine Reihe von allgemein vorfindlichen, typischen Fehlentwicklungen aufgezeigt und diskutiert wurde, wird deutlich, dass umfangreiche, komplexe, qualitative und quantitative Vorgehen verbindende Studien angezeigt sind.

### *The State of the Art*

Die Bereitschaft, zu akzeptieren, dass jede Therapie verbesserungsfähig ist, erscheint uns als Grundlage für eine "Fehlerkultur", in der eine Wachsamkeit für Anzeichen suboptimalen Vorgehens und eine ständige Bereitschaft zum Überdenken und Verändern desselben wachsen könnte.

Ein verbreitetes Abweichen vom optimalen Vorgehen hängt oft mit Unkenntnis des gegenwärtigen Wissensstandes zu einer Behandlungsform unter den gegebenen Konditionen ab. Damit sind auch, aber nicht nur, störungsspezifische Vorgehensweisen gemeint. Wie auch in der Medizin hinkt die Aufnahme und Umsetzung des aktuellen Wissens seinem Gewinn und seiner Publikation naturgemäß hinterher. Leitlinien, die von verschiedenen Institutionen und Gesellschaften herausgegeben werden, machen deutlich, wie schwierig das Ableiten von gültigen Behandlungsregeln aus der externen, empirischen Evidenz für den Einzelfall ist (Kächele & Strauß 2008).

Je nach den Voraussetzungen des Einzelfalls besteht ein beträchtlicher Spielraum für die Festlegung des "idealen" Vorgehens, und selbst wenn dieses eindeutig definierbar wäre, wäre es völlig normal, dass ein tatsächliches Vorgehen nie vollständig dem "Ideal" entspricht. Das darf aber nicht als Entschuldigung für gröbere Fehlentwicklungen herhalten, wie sie aus Unkenntnis oder Vernachlässigung des State of the Art in der Behandlung von Patienten mit bestimmten Voraussetzungen entstehen können. Solche Fehlentwicklungen sind eindeutig vermeidbar und schwer entschuldbar, wenn sie auf blinde Flecken der Therapeuten zurückgehen. Der Gesetzgeber sieht denn auch vor, dass nur Behandlungen auf wissenschaftlicher Basis durchgeführt werden sollen.

Ein Problem stellt zweifellos die Überbewertung des eigenen Behandlungsverfahrens dar, verknüpft mit einer "nicht hinreichenden Kenntnis und projektiven Abwertung alternativer Behandlungsverfahren – zum Schaden des betroffenen Patienten" (Freyberger 2008, S. 722). Ein weiteres Problem liegt im unreflektierten Übertragen dessen, was einem selber in der eigenen Lehrtherapie geholfen hat, auf Patienten, bei denen die Voraussetzungen ganz anders sind.

### *Fehlentwicklungen durch die und in der Forschung*

In der Forschung gibt es Trends. Diese sind jeweils verbunden mit dem Hervorheben bestimmter und dem Vernachlässigen anderer Perspektiven. In dem Maße, in dem wissenschaftliche Ergebnisse die Praxis beeinflussen, können Fehlentwicklungen im Feld auch durch einseitige oder fehlerhafte Forschungsstrategien begünstigt werden.

Jahrzehntelang wurde ein nüchternes Betrachten der Wirksamkeit von Psychotherapien mit angemessenen Forschungsmethoden zu wenig gepflegt und es wurde de facto zu wenig vollzogen, was Kiesler (19 in seinem Aufruf gegen die "uniformity myths" vor langer Zeit gefordert hatte. Dies trug dazu bei, dass Patienten nicht optimal wirksame Therapien erhielten. In Bezug auf Wirksamkeitsfragen haben wir stark aufgeholt. Die Übertragung von experimentellen Ergebnissen auf den Einzelfall in der Praxis wirft dagegen neue Fragen der ökologischen Validität auf.

Gegenwärtig wird die Bedeutung der "technischen" und der störungsspezifischen Aspekte übertrieben. Wenn ein Anspruch der Wissenschaft ist, alle Aspekte, die zu Erfolg versus Misserfolg einer Therapie beitragen, nüchtern zu berücksichtigen, dann muss das Ausblenden anderer Aspekte als unwissenschaftlich bezeichnet werden. So kann beispielsweise bereits das vorhandene Wissen zu Aspekten der therapeutischen Beziehung dem Praktiker helfen, und es ist dringend weiter auszubauen. Dass Beziehungsaspekte oft "aus dem Bauch heraus" oder aufgrund empirisch wenig fundierter Konzepte berücksichtigt werden, ist nicht nur dem jeweiligen Praktiker, sondern auch der Wissenschaft anzulasten.

Mittlere Effekte von bestimmten Vorgehensweisen sind ein unbestritten wichtiger Aspekt. Eine überstarke Ausrichtung darauf kann aber zu einer Vernachlässigung



von Aspekten, führen, die besser am Einzelfall nachvollzogen werden können und andere Designs voraussetzen. Dazu gehören Fehlentwicklungen und Misserfolge. Eine Therapieforschung, die dazu wenig Raum lässt, muss sich die Frage gefallen lassen, ob sie nicht selbst eine Fehlentwicklung darstellt (Orlinsky 2008).

### *Lernen aus Erfahrung und Umgang mit Fehlentwicklungen*

Lernen aus Misserfolgen ist gar nicht so einfach. Es ist ja nicht so, dass auf schlechte Interventionen einfach Fehlentwicklungen oder Misserfolge folgen und vice versa. Zum Glück können manche Patienten manchmal auch Therapien nützen, die zumindest nach gängigen Kriterien keine gute Therapien sind, und nicht jedes gute therapeutische Handeln ist von Erfolg gekrönt.

Es geht immer um zwei Ziele: Fehlentwicklungen zu erkennen, um in einer laufenden Therapie Korrekturen vorzunehmen, *und* aus zurückliegenden Therapien für neue zu lernen. Wichtig ist dabei ein gutes Verständnis der Wirkweise der Therapien und dass man sich überhaupt mit den Misserfolgen gezielt beschäftigt.

Deshalb plädieren wir für eine "Fehlerkultur". Im Editorial eines Heftes der Zeitschrift *Psychotherapie und Sozialforschung* haben Kächele und Grundmann (2011, S. 5) zunächst geklärt, was der Begriff Fehlerkultur bedeuten kann. Ein Blick in die Enzyklopädie *Philosophie und Wissenschaftstheorie* (Mittelstraß 1995) verrät, dass der Begriff der Kultur traditionsgemäß als „Ausbildung der leiblichen, seelischen und geistigen Fähigkeiten verstanden [wird]: Wie der Boden nur dann ertragreich wird, wenn man ihn bearbeitet, so kann sich auch der Mensch nur dann entfalten und ‚Früchte tragen‘, wenn seine natürlichen Anlagen besonders gepflegt werden“ (Mittelstraß 1995, S. 508)<sup>2</sup>.

Ziel der Entwicklung einer Fehlerkultur sollte sein, über einen konstruktiven Umgang mit Fehlern in der Psychotherapie nachzudenken. Eine Fehlerkultur soll Möglichkeiten und Konzepte vorstellen, um Fehler besser zu erkennen, deren Ursachen zu verstehen und damit den Umgang zum Nutzen der Patienten konstruktiv gestalten zu können.

---

<sup>2</sup> Dieses Zitat verdanken wir E. M. Grundmann.

Dabei sollen natürlich nicht Fehler gezüchtet werden, sondern im Gegenteil eine Kultur der offenen Auseinandersetzung mit Problemen und Fehlern entstehen. Therapeuten müssen möglichst früh lernen, mit kritischen Hinweisen *umzugehen* und daraus angemessene Konsequenzen zu ziehen, sie sollten sogar noch darüber hinaus aktiv nach Hinweisen auf ungünstige Interventionen suchen. Wenn Therapeuten sich zu stark an feste Vorgaben, wie z.B. Manuale, anpassen, können sie ihre Flexibilität verlieren und sogar Problemverhalten von Patienten wie das Kontrollieren des Therapeuten durch Herstellen von Spannung oder das Kontrollieren des Themas durch willkürliche Themenwechsel verstärken. Eine optimale Einstellung erinnert an das alte handlungstheoretische Konzept des "stabil-flexiblen" Verhaltens, das (zumindest bei etwas schwierigeren Patienten) nur gelingt, wenn der Therapeut sich auf eine gute individuelle Fallkonzeption stützen kann.

Ein einfaches Rezept zum Vermeiden von Fehlentwicklungen gibt es nicht, wohl aber ein Rezept, um ihre Wahrscheinlichkeit zu reduzieren. Hilfreich ist die Frage: Könnte es auch anders sein? Oder etwas ausdifferenziert: Könnte es sein, dass meine erste Diagnose, meine interpersonale Einschätzung, meine Indikation, mein konkretes Vorgehen nicht ganz optimal sind? Könnte es sein, dass meine Sicht- und Vorgehensweise mehr von eigenen Mustern und Bedürfnissen als von denen des Patienten bestimmt sind? Könnte es sein, dass die therapeutischen Sicht- und Vorgehensweisen, die ich gelernt habe und deren Anwendung ich bevorzuge, für diesen Patienten in dieser Situation nicht optimal sind? – Es geht um eine immer wieder hinterfragende Haltung, die jedoch nicht die Handlungsfähigkeit beeinträchtigen sollte.

### *Fehlerkultur in der psychoanalytischen Praxis*

Hinsichtlich der psychoanalytischen Therapien lässt sich im Rückblick gut erkennen, dass die psychoanalytische Therapieforschung sich erstens nicht gerade stürmisch entwickelt hat – obwohl es die von Fenichel präsentierte Retrospektive des Berliner Instituts aus dem Jahre 1930 nahegelegt hätte (Fenichel 1930) – und dass sich zweitens die psychoanalytische Therapiewelt lange als gefährdet gesehen hat, was möglicherweise mit der heftigen Philippika des deutsch-britischen Psychologen

Hans-Jürgen Eysenck aus dem Jahre 1952 zusammenhängen könnte. Damals wurde die Position der Psychoanalyse erstmals massiv bedroht, und trotz der kritischen Stellungnahme des ersten psychoanalytischen Therapieforschers, Lester Luborsky (1954), hat sich dieser Text bis heute in den Lehrbüchern der Klinischen Psychologie gehalten. Immerhin haben Dührssen und Jorswieck (1962) – leider nur im deutschen Sprachraum bekannt – ebenfalls korrigierend zu Eysencks Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse geäußert. Der erste Psychoanalytiker, der ein Buch zum Thema *Erfolg und Misserfolg* verfasst hat, dürfte der New Yorker B. Wolman (1972) sein. Zeitgleich diskutierte A. Dührssen (1972) in ihrem Lehrbuch der Analytischen Psychotherapie „sine ira et studio“ Gelingen und Misslingen der moderat-intensiven analytischen Behandlungen. Im Rahmen der ersten abschließenden Berichterstattung des Menninger Psychotherapy Research Projektes (Kernberg 1973) wurde ebenfalls nicht versäumt, das heikle Thema zu beleuchten.

Interessant und zielführend für das Problemfeld erscheint ein differenzieller Ansatz, wie er im Rahmen der DPV-Katamnesestudie verfolgt wurde. An einer Teilstichprobe von 154 nachuntersuchten, ehemaligen, nieder- und hochfrequent behandelten Patienten (von 400 behandelten Patienten insgesamt) wurden basierend auf psychometrischen Daten folgende Untergruppen identifiziert (Stuhr et al. 2002, S. 154):

Untergruppe 1: die therapeutisch Erfolgreichen mit dem speziellen Fokus: Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, aber dem „gemeinen Leiden“ an der Sexualität;

Untergruppe 2: die therapeutisch Erfolgreichen mit dem Fokus auf Zufriedenheit;

Untergruppe 3: die noch Belasteten, die nur durchschnittlich zufrieden sind;

Untergruppe 4: die therapeutisch Erfolgreichen mit dem Fokus auf finanzielle Zufriedenheit;

Untergruppe 5: die auf der ganzen Linie therapeutisch Erfolgreichen;

Untergruppe 6: die noch belasteten Unzufriedenen;

Untergruppe 7: die extreme Kleingruppe der therapeutisch relativ am wenigsten erfolgreichen Patienten.

Mit einer solchen typologischen Betrachtungsweise wird die Dichotomie von erfolgreich versus nicht erfolgreich überwunden und der Blick geöffnet für eine Diversifizierung. Dies trägt dem bedeutsamen Beitrag qualitativer Studien Rechnung, jenseits vereinfachter Messmethodik je spezielle, für den Patienten relevante Veränderungsdimensionen herauszuarbeiten (Falkenstroem et al. 2007).

Generell ist festzuhalten, dass der überwiegende Teil von Fehlentwicklungen in psychoanalytischen Therapien von den in der Psychotherapieliteratur diskutierten Gründen abgedeckt werden dürfte. Technische Rigidität könnte in speziellen Formen gegenwärtiger psychoanalytischer Praxis eine größere Rolle spielen als in anderen Formen der analytischen Behandlung. Man muss nicht relationaler Psychoanalytiker sein, um der therapeutischen Beziehungspflege gerecht zu werden. „So viel Alltagsdialog als notwendig, so viel analytischer Dialog wie möglich“, so die therapeutische Maxime des Ulmer Lehrbuches (Thomä & Kächele 2006a), dürfte in jedem Fall vernünftig sein.

Im Praxis-Band des Lehrbuchs von Thomä und Kächele findet sich ein knapp fünfseitiger 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“ (Thomä & Kächele 2006b, S. 351).

Diese Beschränkung des Fehlerbegriffs auf die Ebene konkreter singulärer Verhaltensweisen oder Äußerungen erscheint Fähr (2011) nicht ausreichend und er fasst den Fehlerbegriff weiter. Er subsumiert darunter sämtliche Abweichungen von der psychoanalytischen lege-artis-Behandlungstechnik subsumieren, das heißt ethische, strategische, taktische und alltägliche Fehler. Ob wir allerdings gegenwärtig

von dem Konstrukt „lege artis“ vernünftigerweise noch ausgehen können, zeigen die Debatten um technische Konzepte wie „self-disclosure“ (Hanly 1998).

Fäh findet allerdings wenig 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“ (Fäh 2011, S. 34). Immerhin findet eine Auseinandersetzung mit Kunst- und Behandlungsfehlern in der Psychoanalyse ein wachsendes Interesse wie neuere Veröffentlichungen zeigen (Zwettler-Otte 2007; Ruff et al. 2011).

Mehr Offenheit für problematisches Verhalten ist gefragt. Für den Umgang mit fehlerhaften Verhaltensweisen brauchen wir die Bereitschaft zur verantwortlichen, empathischen, sensiblen Diskussion. Dies betrifft auch den Umgang mit problematischen, nicht immer vermeidbaren therapeutischen Konstellationen.

Therapeutische Fehler werden oft nicht als Fehler aus Unvermögen gesehen, sondern als moralische Fehler, das heißt als Nicht-Einlösen des expliziten oder impliziten Versprechens an einen Patienten, ihn optimal zu behandeln. Da kommt schnell der Vorwurf auf (oder wird befürchtet), man habe sich persönlich zu wenig entwickelt, zu wenig weitergebildet, sei zu bequem gewesen sich ordentlich vorzubereiten, habe sich aus persönlichen Gründen zu wenig mit dem Thema der Misserfolge oder therapeutischer Fehler auseinandergesetzt etc. Es sollte aber zwischen technischen Fehlern und moralischen Zuschreibungen unterschieden werden.

Haupt und Linden (2011) weisen darauf hin, dass sich Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie potenziell aus persönlich zu verantwortenden Handlungen des Therapeuten ergeben; diese können somit auch strafrechtlich verfolgt werden. Es sei von daher verständlich, dass Therapeuten wenig geneigt sind, negative Folgen eigenen Verhaltens zu diskutieren. Eine einschlägige Illustration hierzu gibt der Bericht von Akoluth (2004) über ihren Versuch, eine misslungene Analyse zu bewältigen.

Umso bedeutsamer ist es deshalb, schon in der Aus- und Weiterbildung Seminare zu dem vernachlässigten Thema »Nebenwirkungen« anzubieten und der verständlichen Neigung entgegenzutreten, diese zu übersehen, nicht zu thematisieren,

umzuinterpretieren oder externen Gründen zuzuschreiben. – Tatsächlich gibt es wenig gute Gründe, sich dem alten Briest aus Fontanes Roman anzuschließen: »Ach, Luise, lass ... das ist ein weites Feld« (dazu auch Kächele 2011).

## **Literatur**

- Akoluth, M. (2004) Unordnung und spätes Leid. Bericht über den Versuch, eine misslungene Analyse zu bewältigen. Königshausen und Neumann, Würzburg
- Beauchamp, T.L., Childress, J.F. (1994) Principles of biomedical ethics. Oxford University Press, New York
- Bergin, A.E. (1963) The effects of psychotherapy: Negative results revisited. Journal of Consulting Psychology 10: 244-250.
- Caspar, F., Kächele, H. (2008) Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In S. C. Herpertz, F. Caspar, C. Mundt (Hrsg.) Störungsorientierte Psychotherapie. München-Jena, Urban u. Fischer, S. 729-743
- Conrad, A., Auckenthaler, A. (2010) Therapiemisserfolge in ambulanter Einzelpsychotherapie: Die Sicht der Klienten. Psychotherapie und Sozialwissenschaften 12: 7-41
- Dührssen, A. (1972) Analytische Psychotherapie in Theorie, Praxis und Ergebnissen. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Dührssen, A., Jorswieck, E. (1962) Zur Korrektur von Eysenck's Berichterstattung über psychoanalytische Behandlungsergebnisse. Acta Psychotherapeutica 10: 329-342
- Eysenck, H.J. (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. Journal of Consulting Psychology 16: 319-324.
- Fäh M (2002) Wenn Analyse krank macht. Methodenspezifische Nebenwirkungen psychoanalytischer Therapien. In: Märtens M, Petzold H (Hrsg) Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Matthias Grünewald Verlag, Mainz, S 109-147

- Fäh, M. (2011) Wenn Psychoanalytiker Fehler machen - Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytischen Fehlerkultur. Psychotherapie und Sozialwissenschaft Heft 2, S. 32-55
- Falkenstrøm, F., Grant, J., Broberg, J., Sandell, R. (2007) Self-analysis and post-termination improvement after psychoanalysis and long-term psychotherapy. Journal of the American Psychoanalytic Association 55: 629-674
- Fenichel, O. (1930) Statistischer Bericht über die therapeutische Tätigkeit 1920-1930. In: Radó S, Fenichel O, Müller-Braunschweig C (Hrsg) Zehn Jahre Berliner Psychoanalytisches Institut. Poliklinik und Lehranstalt. Internationaler Psychoanalytischer Verlag, Wien, S 13-19
- Fischer-Klepsch, M., Münchau, N., Hand, I. (2000) Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Springer, Berlin, S.191-203
- Freyberger, H.J. (2008) Ethik in der Psychotherapie. In S.C. Herpertz, F. Caspar, C. Mundt (Hrsg.) Störungsorientierte Psychotherapie. Urban u. Fischer, München-Jena, S. 721-727
- Hanly, C. (1998) Reflections on the analysts' self-disclosure. Psychoanalytic Inquiry 18: 550-565
- Haupt, M-L., Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie. Das ECRS-ATR-Schema. Psychotherapie und Sozialwissenschaft, Heft 2, S. 10-31
- Hoffmann, S.O., Rudolf, G., Strauß, B. (2008) Unerwünschte und schädliche Nebenwirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht und Entwurf eines eigenen Modells. Psychotherapeut 53, 4-16.
- Kächele, H. (2011) Einige (abschließende) Gedanken zum Fehler-Bewusstsein der Profession. Psychotherapie & Sozialwissenschaft Heft 2, S. 131-138
- Kächele, H., Grundmann, E.M. (2011) Editorial: Fehlerkultur. Psychotherapie und Sozialwissenschaft Heft 2, S. 5-9
- Kächele, H., Pirmoradi, S. (2009) Psychotherapy in European Public Mental Health Services. International Journal of Psychotherapy 13: 40 - 48
- Kächele, H., Strauß, B. (2008) Brauchen wir Richtlinien oder Leitlinien für psychotherapeutische Behandlungen? Psychotherapeut 53: 408-413

- Kernberg, O.F. (1973) Summary and conclusions of psychotherapy and psychoanalysis. Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 41: 62-77
- Kiesler, D. J. (1966) Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin* 65: 110-136.
- Klug, G., Henrich, G., Kächele, H., Sandell, R., Huber, D. (2008). Die Therapeutenvariable – Immer noch ein dunkler Kontinent? *Psychotherapeut* 53: 83-91
- Kordy, H., Lutz, W. (1995) Das Heidelberger Modell: Von der Qualitätskontrolle zum Qualitätsmanagement - stationärer - Psychotherapie durch EDV-Unterstützung. *Psychotherapie Forum* 3:197-206
- Lambert, M.J., Ogles, B. (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy, in M.J. Lambert (Hrsg.) *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 5. Edition. Wiley & Sons, New York Chichester Brisbane, , S. 139-193.
- Leitner, A. (2011) Editorial "Wo viel Licht, dort ist auch Schatten". *Integrative Therapie* 37: 3-5
- Luborsky, L. (1954) A note on Eysenck's article "The effects of psychotherapy: An evaluation". *British Journal of Psychology* 45: 129-131
- Luborsky, L., McLellan, A. T., Woody, G. B., et al. (1985) Therapists' success and its determinants. *Archives of General Psychiatry* 42: 602-611.
- Märtens, M., Petzold, H. (Hrsg.) (2002) *Therapieschäden*. Matthias-Grünwald-Verlag, Mainz
- Mittelstraß, J. (Hrsg.) (1995). *Enzyklopädie Philosophie und Wissenschaftstheorie*. Bd. 2. Korr. Nachdruck. Metzler, Stuttgart/Weimar
- Mohr, D. C. (1995) Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2: 1-27
- Noll-Hussong, M. (2012) Primum non nocere, secundus opinio vulnero. *Psychotherapie im Fokus des klinischen Risikomanagements*. *Psychotherapeut* 57: 50-54
- Okiishi, J. C., Lambert, M.J., Nielson, S. L., et al. (2003) Waiting for the supershrink: An empirical analysis of therapists' effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 10: 361-373.



- Orlinsky, D. (2008) Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung - Eine Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychother Psychol Med* 58: 345-354
- Pfäfflin, F. & Kächele, H. (2005). Sollten nicht nur Patienten, sondern auch Psychotherapeuten diagnostiziert werden. In O. F. Kernberg, B. Dulz, J. Eckert. (Hrsg.) *WIR: Psychotherapeuten über sich selbst*. Schattauer Verlag, Stuttgart, S. 470-483
- Reimer, C. (1999) Ethische Probleme bei Psychotherapie. In H. H. Studdt, E. Petzold (Hrsg) *Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse - Psychosomatik - Psychotherapie. Ein Leitfaden für Klinik und Praxis*. de Gruyter, Berlin, S. 418-420
- Reinecker, H. (2005) Misserfolg in der Psychotherapie. In F. Petermann and H. Reinecker (Hrsg) *Handbuch der Psychologie. Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Hogrefe, Göttingen, S. 726-737
- Ruff, W., Ekesparre, D. v., Grabenstedt, Y., Kaiser-Livne, M., Längl, W., Nagell, W. (2011) Behandlungs- und Kunstfehler in der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse* 27: 43-60
- Sandell, R. (2007) Die Menschen sind verschieden - auch als Patienten und Therapeuten. Aus der psychoanalytischen Forschung. In A. Springer, K. Münch, und D. Munz (Hrsg.) *Psychoanalyse heute?! Psychosozial-Verlag*, Giessen, S. 461-481
- Sandell, R., Carlson, J., Schubert, J., Broberg, J., Lazar, A., Blomberg, J. (2004) Therapists attitudes and patient outcome. I. Development and validation of the Therapeutic Attitude Scales (TASC II). *Psychotherapy Research* 14: 469-484
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlson, J., Schubert, J., Broberg, J. (2006) Therapists' attitudes and patient outcomes: III A latent class (LC) analysis of therapies. *Psychology & Psychotherapy* 79: 629-647
- Sandell, R., Lazar, A., Grant, J., Carlson, J., Schubert, J., Broberg, J. (2007) Therapists' attitudes and patient outcomes: II Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychotherapy Research* 17: 201-211
- Schulz, W. (1985) Therapeutische Misserfolge. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, Hrsg. Heft 4
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980) *The benefits of psychotherapy.*, Johns Hopkins University Press, Baltimore

- Stuhr, U., Höppner-Deymann, S., Oppermann, M. (2002) Zur Kombination qualitativer und quantitativer Daten - "Was nur erzählt werden kann". In M. Leuzinger-Bohleber, B. Rüger, U. Stuhr, Beutel M. (Hrsg.) "Forschung und Heilen" in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Kohlhammer, Stuttgart, S. 154-179
- Thomä, H., Kächele, H. (2006a) Psychoanalytische Therapie. Band 1: Grundlagen. 3. Auflage. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Thomä H, Kächele H (2006b) Psychoanalytische Therapie. Band 2: Praxis. 3. Auflage. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Wolman, B.B. (Hrsg.) (1972) Success and failure in psychoanalysis and psychotherapy. Macmillan, New York
- Zwettler-Otte, S. (Hrsg) (2007) Entgleisungen in der Psychoanalyse. Berufsethische Probleme. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen