

Wenn Analytiker publizieren ...

Ethische Aspekte bei wissenschaftlichen Veröffentlichungen in der Psychoanalyse

Gebhard Allert und Horst Kächele

Jahrhundertlang sind Tagebuchschreiber der Empfehlung Mephistos gefolgt: »Das Beste darfst Du den Buben doch nicht sagen.« Je eher die Verfasser von Tagebüchern bereits beim Schreiben an eine spätere Veröffentlichung dachten, umso deutlicher lässt sich dies hinterher auch nachweisen (vgl. Hocke 1963). Schon im Mustertraum der Psychoanalyse, dem Irma-Traum, findet sich eine bewusste oder aber auch nicht-bewusste Ausblendung, die der Freud-Biograf Clark (1981) als »Lücke von der Größe eines Grand Canyon« beschreibt (S. 177). Wir nehmen zu Freuds Gunsten an, dass der Verfasser des Traumbuches absichtlich seine »privacy«, seine damals hochaktuelle Wertschätzung der Beziehung zu W. Fliess, geschützt hat. Aber: Was muss und was darf der Verfasser wissenschaftlicher Veröffentlichungen psychoanalytischer An- oder Einsichten im Interesse des Patienten und/oder in seinem eigenen Interesse dem interessierten Leser vorenthalten? Gilt »nihil nisi bene« und ist es nicht ein konstitutives Element der Publikation psychoanalytischer Befunde, dass der Vertrauensschutz, die viel zitierte »confidentiality« (vgl. Levin et al. 2003), über allem zu stehen hat? Doch wer entscheidet dabei, was vertraulich zu bleiben hat?

Schon 1976 wies Wallerstein in seinem Beitrag zu einem Symposium über *Ethics, moral values and psychological interventions* auf die »unentwirrbare Vernetzung von wissenschaftlichem Bemühen mit ethischen und moralischen Voraussetzungen und Implikationen« (S. 369) hin. Gilt dies für alle Felder klinisch-wissenschaftlichen Arbeitens in gleicher Weise, oder gibt es gute Gründe anzunehmen, dass dies gerade im Bereich der Psychotherapie und Psychoanalyse ein besonders gravierendes Problem darstellt? Sicherlich ist festzuhalten, dass innerhalb des psychotherapeutisch-psychoanalytischen Feldes Fragen des Vertrauensschutzes und der Anonymität nicht nur im Kontext der Forschung und diesbezüglicher, wissenschaftlicher Publikationen, sondern vor allem auch im Zusammenhang mit Supervision, Intervision und dem Report von Fallberichten in der psychoanalytischen Aus- und Weiterbildung eine zentrale Bedeutung besitzen. Die Frage, ob dabei eine entsprechende Verfremdung von Fallvignetten und teils umfassenden Behandlungsgeschichten ausreicht, oder aber ob hier das Prinzip des »informed consent«, das heißt der umfassenden Information, Aufklärung und Zustimmung bei der Verwendung entsprechenden Fallmaterials heute unbedingt erforderlich erscheint – davon wird im Folgenden zu reden sein.

Das Thema von »informed consent« und damit auch die Frage nach der Wahrung des Selbstbestimmungsrechtes und der Patientenautonomie wird heute insgesamt in der Medizin, wie auch in der Psychotherapie und Psychoanalyse in einem sehr viel weiteren Rahmen, nämlich im Kontext einer generellen Professionalisierungsdebatte, abgehandelt (vgl. Parzeller et. al. 2007; Levin et al. 2003).

Angeregt durch eine wachsende Einmischung gesellschaftlicher, juristischer und medizinischer Institutionen in psychotherapeutische Tätigkeitsfelder, wie in das therapeutische Handeln überhaupt, ist heute grundlegend zu diskutieren, ob es überhaupt erlaubt sein kann, dass Analytiker sich schreibend über ihre Patienten äußern.¹ Gerichtsverfahren in den USA und England gaben Anlass neu zu durchdenken, ob ein Analytiker gezwungen werden kann, sich als sachverständiger Zeuge zu äußern. Noch

¹ Patienten, die sich über ihre Erfahrungen mit Analytikern und ihren Analysen schriftlich äußern, werden von Grundmann (in diesem Band) vorgestellt.

entschiedener wird gefragt, ob ein prinzipieller Unterschied zwischen Rechtsanwälten, Ärzten und Therapeuten einerseits sowie Psychoanalytikern andererseits gemacht werden muss, wie Forrester (2003) die Diskussion radikalisiert.

So gerät das Thema der »Confidentiality« und des Vertrauensschutzes zum Schibboleth einer Psychoanalyse, die sich strikt von anderen psychotherapeutischen Richtungen glaubt abgrenzen zu müssen. Für jedermann sichtbar steht nach Bollas (2003) schon längst das mahnende Menetekel an der Wand: Eine Praxisrichtlinie für klinisch tätige Psychologen in den Vereinigten Staaten (USA) verpflichtet diese, bei einem Patienten, von dem sie annehmen, dass sein Verhalten eventuell gerichtsnotorisch werden könnte (a candidate for civil action), Aufzeichnungen zu führen, die vor Gericht verwendet werden können. Ein Psychologe, der zugleich Psychoanalytiker *der American Psychoanalytic Association (APsA)* ist, gerät so in einen direkten Konflikt mit der jüngsten Empfehlung der APsA, keine schriftlichen Aufzeichnungen zu führen (Bollas 2003, S. 203). Die Einführung des Psychologischen Psychotherapeuten in der BRD im Rahmen einer staatlich kontrollierten Ausbildung dürfte ähnliche Fragen über kurz oder lang, das heißt spätestens mit dem ersten diesbezüglichen Prozess, auch bei uns aufwerfen.

Steht also die Zusicherung der Verschwiegenheit und des besonderen Vertrauensschutzes als Grundpfeiler psychoanalytischen Denkens und Handelns zur Disposition?

Eissler (1974) bezieht hinsichtlich der psychoanalytischen Situation eine eindeutige Position:

»As far as I can see, only two societal factors must be fulfilled: first, the confidentiality of the analysts' communications must be guaranteed beyond any doubt – that is to say, no government power must be given the right to force an analyst to testify in matters concerning his patient (this possibly makes the practice of psychoanalysis under a dictatorship impossible). Secondly, a certain level of self-observational ability must have been reached within society« (S. 99).

Allerdings wird zugestanden, dass auch die Psychoanalyse gleichzeitig Mittel und Wege finden muss, wie trotzdem Aus- und Weiterbildung konstruktiv betrieben werden können:

»We can not transmit new insights and improvements in technique, unless we can pass on what we know and what we learn. We need also structures of recognition – journals and professional organizations – in which true expertise can be recognized, and a class of teachers selected to impart knowledge to the next generation« (Lear 2003, S. 4).

Die Notwendigkeit, klinische Erfahrungen weiterzugeben, kollidiert jedoch mit dem Prinzip des Vertrauensschutzes. In einer Reihe von Interviews mit US-Analytikern, die Autoren von Veröffentlichungen mit klinischen Illustrationen waren, beschrieb Kantrowitz (2004a, b und c, 2005a und b) eine erhebliche Bandbreite von therapeutischen Implikationen bezüglich der Intention eines Analytikers, über seine Patienten zu schreiben. Einige Analytiker berichten über Konflikte von Patienten durch die Intrusion der Forschungsperspektive in eine Situation, die eigentlich ausschließlich zum Wohle des Patienten gedacht ist. Zudem werden erhebliche Bedenken geäußert, ob man überhaupt eine Zustimmung erfragen soll, und wenn ja, wann und wie? Die Bedeutung der manifesten Zustimmung im Kontext der therapeutischen Beziehung sei schwer auszumachen, wie Kantrowitz festhält. Gleiches gilt aber auch für die unhinterfragte Akzeptanz der Zustimmung des Patienten durch den Analytiker. Zudem besteht hier auch die Gefahr, dass das Thema einer wissenschaftlichen Arbeit die gleichschwebende Aufmerksamkeit in der klinischen Arbeit beeinträchtigt. Kurzum, das traditionelle Modell des Junktims, das heißt des Klinikers, der zugleich Wissenschaftler und Verfasser ist, enthält beachtliche Probleme, die jedoch oft weitgehend unberücksichtigt bleiben. Bucci (2007, S. 625) weist zu Recht darauf hin, dass gegenwärtig die Gewähr der »Vertraulichkeit« durch keine konsistenten und etablierten Prozeduren bei der

Veröffentlichung klinischen Materials in psychologischen, psychiatrischen oder psychoanalytischen Schriften geschützt wird. Immerhin versuchte ein Editorial des International Journal of Psychoanalysis (Gabbard/Williams 2001) Richtlinien zu formulieren; dabei gibt es bis heute keine verbindlichen Publikationsrichtlinien. Vielmehr wird die diesbezügliche Entscheidung dem einzelnen Analytiker überlassen, der sich dabei nach den individuellen Gegebenheiten der klinischen Situation richten soll.

Hilft das Konzept des »informed consent« hier weiter?

In einem von der institutionell organisierten Psychoanalyse ganz verschiedenen, universitären Umfeld hatte sich die Ulmer Arbeitsgruppe unter der Leitung von Helmut Thomä, bezogen auf den damaligen »state of the art«, sehr früh für Tonbandaufzeichnungen stark gemacht.

Thomä und Rosenkötter berichteten 1970 über die Verwendung audiovisueller Hilfsmittel in der psychotherapeutischen Ausbildung. Zeitgleich war ein DFG-gefördertes Projekt zur »Psychoanalytischen Verlaufsforschung« in Gang gekommen. Ethische Aspekte der Verwendung von Tonbandprotokollen mussten bei der damaligen Antragsstellung bei der DFG noch nicht extensiv formuliert werden. Eine universitäre medizinische Ethik-Kommission, die unser Vorhaben hätte begutachten können, bestand damals noch nicht². Ulmer Internisten haben im Rahmen der damals noch sehr riskanten Knochenmark-Transplantationsstudien erstmals 1982 zu psychologischen Gesichtspunkten des »informed consent« Stellung genommen (Köhle et al. 1982).

Erst Jahre später haben wir uns zu den ethischen Aspekten der neuen Technologie geäußert (Kächele et al. 1988):

»Wenn ein Psychoanalytiker offiziell einen Patient um seine Zustimmung für die Verwendung eines Tonbandgeräts bittet, nennt man das »informed consent«, der auch schriftlich hinterlegt werden muss. Er setzt den Patienten damit auch in Kenntnis, dass die Grenzen der Privatheit (privacy) auf einen Personenkreis ausgeweitet werden, der dem Patient nicht bekannt ist. Er umschließt jene Personen, die die Bänder abhören, transkribieren, kontroll-hören und Texte und Aufzeichnungen archivieren. Des weiteren gibt es einen noch viel größeren Personenkreis, noch unbestimmter als die bisher genannten, der später, irgendwann einmal die Möglichkeit bekommt, dieses Material zu wissenschaftlichen oder didaktischen Zwecken zu nutzen.

Innerhalb dieses Rahmens übernimmt der Analytiker die Verpflichtung die Vertraulichkeit zu wahren³. ...Wir glauben, dass die Offenheit der Haltung des Analytikers, die im Akt des Einholens des »informed consent« verkörpert ist, signifikant zu einer therapeutischen Allianz beitragen kann, die auf dem Umstand beruht, dass beide, Patient und Analytiker, von anderen beobachtet werden, dass in dieser Hinsicht beide »im gleichen Boot« sich befinden.

Ohne Zweifel sehen manche Patienten und Analytiker dies als eine unerträgliche Intrusion in ihre Privatheit an, doch es könnte auch sein, dass es andererseits nicht nur als erträglich betrachtet, sondern als befreiend erlebt wird« (S. 192; deutsche Übersetzung von HK).

In einer weiteren Arbeit über behandlingstechnische und ethische Aspekte von Tonbandaufnahmen in der Psychotherapie haben wir ausführlicher dargelegt, dass das Tonband auch als »Dritter im Bunde« wirken kann (Allert et al. 2000). Es kann dabei, wie die anderen Parameter des psychoanalytischen Settings auch, jederzeit psychodynamisch wirksam werden, und seine Bedeutung ist so immer wieder neu zu reflektieren.

² Richtlinien der Deutschen Forschungsgemeinschaft erschienen erst 1973.

³ Die Transkriptionsregeln der Ulmer Textbank, die eine vollständige Anonymisierung sicherstellen, wurden erst 1996 veröffentlicht (Mergenthaler 1996).

Wir formulierten:

»Es ist gut zu wissen, dass die therapeutische Dyade in einem triadischen Kontext konzeptionalisiert werden muss. Die Maxime, verhalte Dich immer so, dass ein Dritter dabei sein könnte, gilt sowohl für Patient wie für Therapeut. Das Tonband ist eine Konkretisierung dieser grundlegenden behandlungstechnischen Maxime« (S. 67).

Nun gehört das Verfassen und Veröffentlichen von Krankengeschichten und Behandlungsberichten zu den vornehmen Aufgaben einer Profession, die sich um eine wissenschaftliche Fundierung ihres Handelns bemüht (Thomä 1978). Wenn man nicht in einem alchemistischen, mittelalterlichen Professionsverständnis stecken bleiben will, sondern sich einer neuzeitlichen Empirieauffassung verpflichtet fühlt, ist die Notwendigkeit zur Kommunikation, zum Austausch von Beobachtungen und Erfahrungen zwangsläufig (Galatzer-Levy 2003).

Allerdings sind wir nicht länger im Stand der Unschuld. Die Erfahrungen mit den Freudschen Krankengeschichten, von denen praktisch jede aufgrund sorgfältiger medizinhistorischer Forschung ent-anonymisiert wurde (für »Dora« siehe z.B. Decker 1982), belegen, dass größere Umsicht vonnöten erscheint (vgl. Stein 1988a und b). Die Zeiten, in denen analytisches Material nur in kleinen Gruppierungen zirkulierte und in denen die begrenzten Auflagen der psychoanalytischen Zeitschriften nur einen sehr hoch spezialisierten Leserkreis hatten, sind in Zeiten des Internets und der PEP-Datenbasis endgültig vorüber.

Die Geschichten um enttarnte Subjekte von Krankengeschichten sind selten amüsant, eher zumindest ärgerlich, häufig aber auch tragisch.

Ein informatives Beispiel berichtete der Literaturwissenschaftler Berman (1985):

Der Analytiker Kleinschmidt (1967) veröffentlichte einen Artikel im *American Imago*, in dem sich der bekannte Schriftsteller Philipp Roth ohne Mühe wiedererkannte. In Roths *My life as a man* (1974) entdeckt der junge Schriftsteller, dass sein Analytiker nicht nur einen Fallbericht über ihn veröffentlicht hat, sondern er bezieht auch mit ein, dass der Analytiker in seinem Fallbericht auch mitteilen musste, dass dieser fiktive Patient im *New Yorker* – einem weithin bekannten Magazin – einen fiktiven Lebensbericht veröffentlicht hatte, was ziemlich genau den Tatsachen entsprach.

Kann man deshalb beruhigt die oft gebrauchte Formel »what they don't know won't hurt them« unbedenklich weiter verwenden? Galatzer-Levy (2003) rät dringend von dieser Position ab, zumal diese Haltung auch leichtfertig die Auswirkungen beabsichtigten wissenschaftlichen Schreibens auf die analytische Arbeit unterschlägt.

Die Frage, ob es grundsätzlich aus ethischen Gründen zwingend ist, den Patient als potenzielles Subjekt einer Veröffentlichung zu informieren – wobei zunächst offen bleibt, wann dies zu geschehen habe –, wurde vom *Committee on Scientific Activities* der *American Psychoanalytic Association* schon 1984 folgendermaßen beantwortet:

»The analyst is ethically free to publish clinical records without the patient's knowledge, provided their publication has no effect on the patient, his relatives, or associate and provided they contain no confidential material relating to the patient.

While absolute certainty is impossible, the analyst can and must know that it is extremely unlikely that the material he reports will be connected to the patient. If it cannot be so connected and if the material contains no secret material of public or business policy that the patient might possess, there is no barrier to the analyst's freedom to publish.«

Erstaunlicherweise wurde diese Empfehlung jedoch bislang nicht ratifiziert (American Psychoanalytic Association 2002). Sie lässt zudem vieles offen, unter anderem ob der schreibende Analytiker selbstständig die notwendigen Entscheidungen treffen kann und soll oder ob ihm interne Review-Boards assistieren sollen. Vielfältige Erfahrungen zeigen, dass

der Analytiker in der Regel unterschätzt, welche Lecks drohen und wie leicht scheinbar nebensächliche Details oft doch eine Dekodierung ermöglichen. Die bei vielen Autoren beliebten Modifikationen der persönlichen Merkmale, wie geografische Angaben, Berufsbezeichnungen oder Familienstand, sind nur begrenzt dafür geeignet, die erforderliche Anonymisierung sicherzustellen. Je detaillierter einzelne Vignetten beziehungsweise je umfangreicher Fallberichte sind, umso mehr wächst die Wahrscheinlichkeit, dass nicht nur der Patient, sondern zum Beispiel auch Angehörige darin ausreichende Angaben zur Identifizierung finden können.

Wie wir es schon zu Beginn der Ulmer Tonbandprojekte formuliert hatten, meinen wir daher bis heute, dass die Herstellung eines »informed consent« dringend notwendig und erforderlich ist. Die zunehmende Fokussierung auf das Selbstbestimmungsrecht und die Autonomie des Patienten in der medizinethischen Diskussion der letzten Jahre, hat die Bedeutung und Notwendigkeit eines diesbezüglichen Aushandlungsprozesses eindrücklich bestätigt. Die bereits in der Nürnberger Erklärung 1946 herausgestellten Grundelemente von »informed consent« gelten dabei in gleicher Weise auch für den Bereich der Psychotherapie und Psychoanalyse. Dies heißt, dass neben der umfassenden Informationsvermittlung auch gegeben sein muss, dass der Patient diese verstehen kann, dass er sich frei entscheiden kann und dass er aufgrund seiner psychischen Fähigkeiten zu einer autonomen Entscheidung und Einwilligung fähig ist (vgl. Vollmann 1999, S. 995 sowie Noll/Rosen 1982). Zudem ist zu berücksichtigen, dass es sich dabei um einen Prozess handelt, innerhalb dessen immer wieder thematisiert werden muss, was der ausgehandelte »informed consent« im Einzelnen für den Patienten und die jeweils gegebene Situation bedeutet (vgl. Wear 1993; Allert et al. 2000, S. 71).

Dabei ist allerdings auch zu beachten, dass die Einholung von »informed consent« bezüglich der Verwendung von Fallmaterial in klinischen Seminaren, in Publikationen und in Forschungsprojekten die Akzentsetzung vom unbedingten Schutz der Patienten-Identität zugunsten des potenziellen Verlustes dieser Privatheit als Folge der Veröffentlichung verschieben kann. »Informed consent« beinhaltet immer auch die Aufklärung und das Einverständnis bezüglich möglicher negativer Auswirkungen einer Maßnahme. Dieser Aspekt wird bislang in der psychoanalytischen Therapiepraxis wenig gesehen – wohl auch deshalb, weil der Kenntnisstand über das Wohl und Wehe, über negative Auswirkungen psychoanalytischer Therapie, innerhalb und außerhalb der Fachwelt noch sehr begrenzt ist (vgl. Fäh 2002; Kächele/Buchheim 2007). Die hinreichende Thematisierung und Problematisierung möglicher Risiken mit dem Patienten dürfte ein erster Schritt in die richtige Richtung zu sein. Ein konkreter Textvorschlag zur Aufklärung von psychotherapeutischen und psychoanalytischen Patienten, der von den Landesorganisationen der BRD getragen wird, liegt unserer Kenntnis nach bislang jedoch nicht vor.

Die psychoanalyseinterne Diskussion um »informed consent« ist stattdessen mehr mit der Auswirkung einer Zustimmung auf den analytischen Prozess beschäftigt. In der Tat: Weder Patient noch Analytiker können gerechterweise voraussehen, welche günstigen oder ungünstigen Auswirkungen eine eventuelle spätere Veröffentlichung auf die Behandlung hat. Dass während einer laufenden Behandlung umfangreiche Veröffentlichungen eher schaden als nützen, versteht sich (fast) von selbst.

Soll man nun vor einer Behandlung die Zustimmung erfragen oder aber während beziehungsweise erst nach Abschluss einer Behandlung? Hierüber lässt sich klinisch vortrefflich streiten – eine empirische gewonnene Grundlage gibt es allerdings bislang nicht (Kantrowitz 2004a und b).

Wir meinen jedoch, dass für die Entwicklung einer empirisch begründeten Psychoanalyse – und dies gilt für alle Psychotherapieformen – das Interesse der Allgemeinheit so hoch einzuschätzen ist, dass wir hierzu bereits früher folgendes geschrieben haben:

»Wir glauben, dass ein Analytiker nicht nur die negative Verpflichtung hat, seinen Patienten nicht zu schaden – nihil nocere – sondern dass er auch die positive

Verpflichtung hat, alle vernünftigen Schritte zu unternehmen, die ein besseres und gründlicheres Verständnis seiner Patienten befördern und dadurch seine Wirksamkeit als Therapeut verbessern« (Kächele et al. 1988, S. 193; deutsche Übersetzung von HK).

Explizit muss dabei allerdings auch gesagt werden, dass das Interesse des jeweils individuellen Patienten weder mit dem Publikations- und Forschungsinteresse noch mit dem Interesse künftiger Patienten immer übereinstimmt beziehungsweise damit unmittelbar kompatibel ist (vgl. Ehl et al. 2005). Die Aufklärung bei der Durchführung von Therapie-Studien muss daher deutlich machen, dass eventuelle Erkenntnisse oft erst der nächsten Generation von Patienten nutzen können (Taubner et al. 2007).

Dabei stellt sich immer wieder die schwierige Frage der Güterabwägung, die wir als Kliniker, Unterrichtende, Schreibende und Therapieforscher zu beantworten haben. Können wir belegen, dass angemessene Berichterstattung die Qualität unseres therapeutischen Arbeitens so nachhaltig verbessert, dass damit andererseits gerechtfertigt erscheint, den notwendigen Vertrauensschutz des Patienten zu belasten? Wir meinen, dass dafür die Herstellung von »informed consent« heute auch im Bereich der Psychotherapie und Psychoanalyse der adäquate Weg ist.