

Plädoyer für eine Fehlerkultur in der Psychotherapie¹

Horst Kächele und Franz Caspar

Die Situation der Psychotherapie im medizinischen Versorgungssystem hat sich einerseits dramatisch verbessert; andererseits wird doch immer wieder von Vertretern der Kassen die Notwendigkeit von Psychotherapie bezweifelt, oder mit dem Hinweis auf die einzigartige Ausgestaltung in seinem Umfang in Frage gestellt. Kein Wunder, dass die psychotherapeutische Profession den wissenschaftlich belegten Nutzen von Psychotherapie in den Vordergrund rückt – und eine Diskussion über Fehlentwicklungen, negative Verläufe von Behandlungen, nicht begeistert vorantreibt.

Dass Psychotherapie im Wesentlichen unproblematisch verlaufe, gehört zu den Mythen der Psychotherapie (Kiesler 1966). Die erste Veröffentlichung zu negativen Effekten durch Psychotherapie – sieht man von der Philippika Eysencks aus dem Jahre 1952 einmal ab – stammt von dem Therapieforscher A. E. Bergin aus Utah. Dieser machte auf die regelhaft festzustellenden Varianzerweiterung von Messgrößen nach einer Psychotherapie (Bergin 1963) aufmerksam. Psychotherapie ist wirksam, wie man Lambert u. Ogles (2004) eindeutig entnehmen kann, aber Therapie kann auch schaden: Bei wirksamen Behandlungen gibt es praktisch immer Patienten, denen sie nützt, 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 Qualitätsmanagement-Welt: „Jeder Mangel ist ein Schatz“ sollte mit in die Etablierung einer fehlerorientierten Diskussionskultur einfließen (Kordy 1992).

¹ Überarbeitetes Manuskript eines Vortrages auf dem 5. Psychotherapeutentag der Berliner Kammer.

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 können? 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 analysiert, kritisch durchdacht, und mit einem Patienten sogar noch gemeinsam reflektiert werden? Haben wir denn das Freudsche Diktum vergessen, dass erfolgreiche Fälle wenig wissenschaftlichen Gewinn bringen und dass die nicht-erfolgreichen Verläufe uns produktiv anregen können, unseren Verstehensprozess zu vertiefen?

Die Aufforderung im Rahmen des 5. Psychotherapeutentages der Berliner Kammer, über diese Fragen zu reflektieren, indiziert, dass eine Sensibilität für solche Fragen gewachsen ist, und dass eine verantwortliche Berufspolitik sich diesen belastenden Aspekten nicht entziehen kann.

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. Lange 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 nahe legen, 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. Allein die Definition "Was ist ein Misserfolg?" kann nur differenziert erfolgen. Das Thema "Misserfolg" war lange ein Stiefkind der fachlichen Diskussion. Misserfolg wird dabei auch unterschiedlich definiert: Als Abwesenheit von Fortschritt (z.B. Schulz, 1984) oder als darüber hinausgehende, dauerhafte Schädigung des Patienten (z.B. Fischer-Klepsch et al., 2000). Insofern, als in eine nicht erfolgreiche Therapie ja auch Ressourcen einschließlich Lebenszeit investiert werden, und sie i.a. auch einer anderen

Therapie, die vielleicht erfolgreicher hätte sein können, im Wege steht, entsteht bei Nicht-Erfolg (wie immer definiert) ohnehin auch ein Schaden. Das Ausbleiben einer eigentlich möglichen Entwicklung ist auch eine Fehlentwicklung. Insofern stehen, genau besehen, die Definitionen gar nicht so weit auseinander.

Misserfolg wird endlich häufiger thematisiert, in Artikeln und Buchveröffentlichungen (z.B. Märtens & Petzold 2002) und das ist gut so. Wir bevorzugen den Zugang zu diesem Themenkomplex über das Thema der Fehlentwicklungen: Er weist von Anfang an stärker auf den Prozessaspekt hin, auf 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 Person und Professionelle sich fehlentwickeln oder nicht-entwickeln können. Dies kann auch die Grundlage der Fehlentwicklung in einzelnen Therapien sein, auf die sich dieser Beitrag im Übrigen konzentriert.

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, uns würde aber eine Diskussion unter Beschränkung auf die eklatantesten Fehlentwicklungen andererseits zu wenig weit gehen.

Dass man sich in der Domäne der Psychotherapie nach langen Jahren der Vernachlässigung vermehrt mit Misserfolgen und Fehlentwicklungen beschäftigt, kann als Reifezeichen verstanden werden (Reinecker 2005). Dahinter stecken hinter der Reifung sicherlich weitere Faktoren, u.a. die generelle Zunahme der gesellschaftlichen Beschäftigung mit Grenzen der Machbarkeit, aber auch die vermehrte Beschäftigung mit schwierigen Patientengruppen in der Psychotherapie.

Mit wie vielen Misserfolgen ist im Durchschnitt zu rechnen? Die alte Meta-Analyse von Smith und Glass (1980) zeigte Verschlechterung bei rund 12% der

Patienten. Mohr (1995) zählt in einem Überblick über viele Studien bei 5-10 % der Patienten Verschlechterungen, bei 15-25% keine messbare Verbesserung. Interessanter erscheint uns ein differentieller Ansatz, wie ihn die DPV-Katamnese studie berichtet (Stuhr et al. 2002, S. 154). An einer Teilstichprobe von 154 (von 400) nachuntersuchten ehemaligen Psychoanalyse-Patienten wurden basierend auf psychometrischen Daten folgende Untergruppen identifiziert:

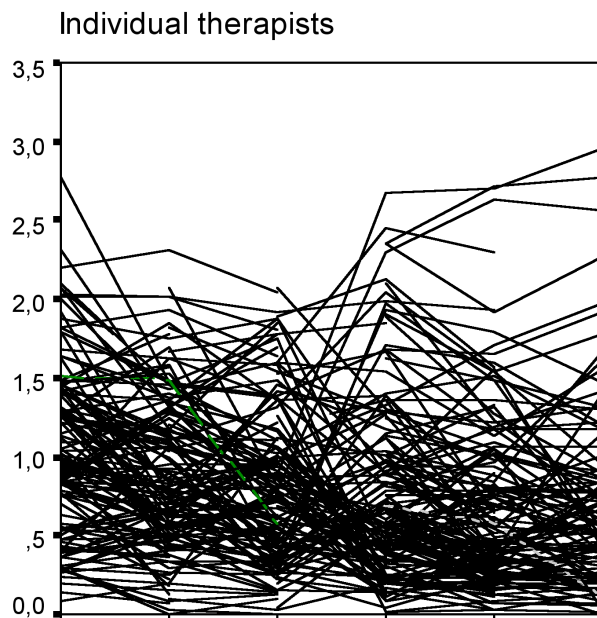
- Untergruppe 1:** Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem speziellen Fokus: Zufriedenheit mit der eigenen Gesundheit, aber dem ‚gemeinen Leiden‘ an der Sexualität
- Untergruppe 2:** Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem Fokus auf Zufriedenheit
- Untergruppe 3:** Die noch Belasteten, die nur durchschnittlich zufrieden sind
- Untergruppe 4:** Die therapeutisch Erfolgreichen mit dem Fokus auf finanzielle Zufriedenheit
- Untergruppe 5:** Die auf der ganzen Linie therapeutische Erfolgreichen
- Untergruppe 6:** Die noch belasteten Unzufriedenen
- Untergruppe 7:** Die extreme Kleingruppe der therapeutisch relativ am wenigsten erfolgreichen Patienten

Clusteranalytische Identifizierung von Untergruppen (N=154)

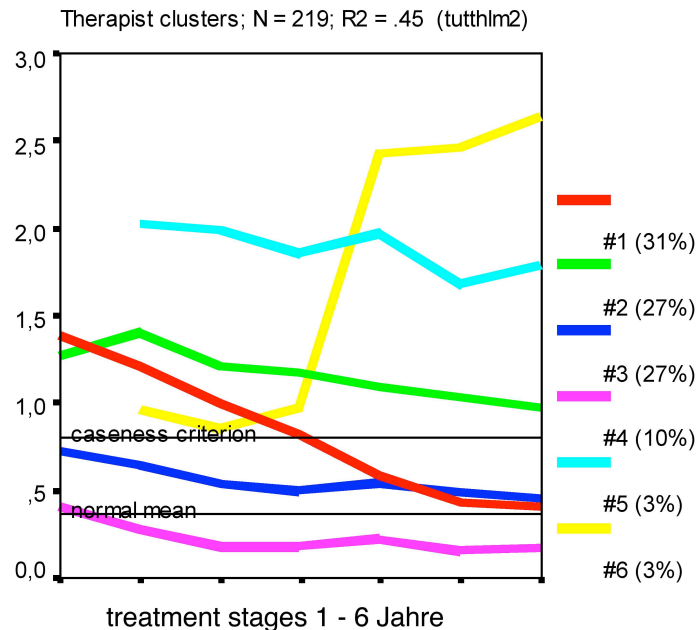
In dieser Perspektive gilt, dass „beauty resides in the eyes of the beholder“ – oder was dem einen seine Eule, ist dem anderen seine Nachtigall. Eine solch differenzierende Betrachtungsweise könnte Therapeuten damit versöhnen, dass Teilerfolge auch positiv gewertet werden können. Es geht nicht um ‚Alles oder Nichts‘, sondern um eine bilanzierende Bewertung, die möglichst mit dem Patienten getroffen werden sollte. Beispiele für solche gemeinsamen Rückblicke finden sich noch selten in Veröffentlichungen; Thomä u. Kächele (2006) haben in ihrem Lehrbuch solche Stellungnahmen von Patienten einbezogen.

Wenig bearbeitet ist die Frage, ob es Therapeuten gibt, die konsistent Fehlentwicklungen provozieren und andere, die sie erfolgreich vermeiden? Die erste einschlägige Veröffentlichung stammt aus der Arbeitsgruppe von Luborsky, die 1985 die Determinanten erfolgreicher Therapeuten thematisierten (Luborsky et al. 1985). Okiishi et al. (2003) untersuchten die Therapeuten von 2000 Patienten an einer Studentenberatung, die mit mindestens 15 Patienten in der

Studie beteiligt (aber relativ unerfahren) waren: Die erfolgreichsten Therapeuten hatten 10 x grössere Effekte als die am wenigsten erfolgreichen (bei denen Pat. sich verschlechterten!). Die Wirkung war relativ konsistent über alle Patienten und nicht abhängig von Art und Umfang der Ausbildung, Orientierung und Geschlecht: also müssen andere Variablen verantwortlich sein! Ähnlich offensiv analysierte Sandell (2007) aus Stockholm die Daten einer grossangelegten Studie. Unter dem herausfordernden Titel „Die Menschen sind verschieden - auch als Patienten und Therapeuten» berichtet er über dramatisch zu nennende Unterschiede in der Fähigkeit von Therapeuten, Behandlungen zu einem günstigen Ende zu führen. Die Messgröße ist die symptomatische Belastung der Patienten am Beginn und in drei-jährigen Beobachtungszeitraum (Messgrößen SCL-90, GSI über den Zeitraum von drei Jahren):



Diese verwirrenden Vielfalt von Verläufen ließ sich durch eine latent class analysis reduzieren:



Der langjährige Beobachtungszeitraum zeigt an, mit welchen Unterschieden im in der Verbesserung symptomatischen Befindens zu rechnen ist.

Solche Befunde können, ja müssen 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, dürfte es nicht überraschend sein, dass therapeutische Entwicklungen je nach Therapierichtung unterschiedlich beurteilt werden. Darüber hinaus werden Behandlungen zu finden sein, bei denen 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 kann.

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 – einer Diskussion von Fehlentwicklungen vorgelagert sind (Reimer 1999; Freyberger 2008). Doch

ethische Maximen können bei der Beurteilung von Sachverhalten hilfreich sein, aber sie werden diese nicht verhindern können, weshalb auch in der Medizin ethische Beratungsinstanzen oft nur nachträglich tätig sind.

Es gibt Aufteilungen von Gründen für das Scheitern von Therapien, z.B. nach

- psychotherapeutischer Technik,
- Persönlichkeit des Psychotherapeuten,
- Störung / Persönlichkeit des Patienten
- Umgebung / Beziehungen.

Es ist allerdings selten, dass nur eine Ursache im Vordergrund steht; oft geht es um eine Konstellation von Aspekten, z.B. ein Nicht-Passen der psychotherapeutischen Technik zur Störung des Patienten. In einer ausführlichen Veröffentlichung (Caspar u. Kächele 2008) haben wir eine Reihe von therapieorientierungs-übergreifende Reihe von typischen Fehlentwicklungen aufgezeigt und diskutiert.

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

Ein verbreitetes Abweichen vom optimalen Vorgehen hängt mit Unkenntnis des ‚State of the Art‘ der Behandlung unter den gegebenen Konditionen ab. Damit sind auch, aber nicht nur störungsspezifische Vorgehensweisen gemeint. Wie auch in der Medizin (Antes 2003) hinkt die Aufnahme des aktuellen Wissens und dessen Umsetzung durch Praktiker naturgemäß hinterher. Leitlinien, die von verschiedenen Institutionen und Gesellschaften herausgegeben werden, machen deutlich, wie schwierig das Ableiten von gültigen Behandlungsregeln aus der empirischen Evidenz für den Einzelfall ist.

Je nach den Voraussetzungen des Einzelfalls besteht ein beträchtlicher Spielraum für die Festlegung des "idealen" Vorgehens und es selbst wenn dieses eindeutig definierbar wäre, wäre es völlig normal, dass ein tatsächliches Vorgehen nie 100% dem "Ideal" entspricht. Das darf aber nicht als

Entschuldigung für größere Fehlentwicklungen erhalten, 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 verknüpft mit "nicht hinreichenden Kenntnis und projektiven Abwertung alternativer Behandlungsverfahren – zum Schaden des betroffenen Patienten" dar (Freyberger 2007). Ein weiteres Problem ist ein unreflektiertes Übertragen dessen, was einem selber 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 freiwillig oder gezwungenermaßen die Praxis durch wissenschaftliche Ergebnisse beeinflusst wird, können Fehlentwicklungen auch durch Einseitigkeiten, wenn nicht gar Fehler in der Forschung hervorgebracht 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 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.

Derzeit 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 z.B. 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 bestimmter Vorgehensweise 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 Misserfolg. Eine Therapieforschung, die dazu wenig Raum lässt, muss sich die Frage gefallen lassen, ob sie nicht selber eine Fehlentwicklung darstellt.

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 werden Patienten manchmal auch in Therapien gesund, 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 vorzunehmen		turen
dabei ein gutes Beispiel		n. Wichtig ist
überhaupt nicht		man sich
Deshalb plant		nicht Fehler
gezüchtet werden		stand eine
Kultur der offenen		herapeuten
müssen möglich		und daraus
angemessen		über hinaus

aktiv nach Hinweisen für nicht so gut gelaufene Interventionen suchen. Wenn Therapeuten sich zu stark anpassen, können sie die Linie verlieren und allenfalls sogar Problemverhalten von Patienten, wie Kontrollieren des Therapeuten durch Herstellen von Spannung oder des Themas durch Hüpfen auf ein scheinbar wichtiges neues Thema verstärken. Diese Gratwanderung erinnert an das alte handlungstheoretische Konzept des "stabil-flexiblen" Verhaltens, und das gelingt (zumindest bei etwas schwierigeren Patienten) nur, wenn der Therapeut sich auf eine gute individuelle Fallkonzeption stützen kann.

Zum Schluss:

Ein einfaches Rezept zum Vermeiden von Fehlentwicklungen gibt es nicht, aber ein Rezept, um ihre Wahrscheinlichkeit zu reduzieren. Das 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?"

Eine immer wieder hinterfragende Haltung, die nicht die Handlungsfähigkeit beeinträchtigen sollte, möchten wir allen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ans Herz legen.

Antes, G. (2003) Evidenzbasierte Medizin zwischen Anspruch und Wirklichkeit. Vortrag auf dem Kongress der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Freiburg.

Bergin, A. E. (1963) The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Consulting Psychology* 10: 244-250.

Caspar, F. M. (2007) Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. Bern, Huber

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

- Eysenck, H. J. (1952) The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16: 319-324.
- Fischer-Klepsch, M., Münchau, N., Hand, I. (2000) Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Band 1. Berlin, Springer, S.191-203
- Freyberger, H. J. (2008) Ethik in der Psychotherapie. In S. C. Herpertz, F. Caspar, C. Mundt (Hrsg.) *Störungsorientierte Psychotherapie*. München-Jena, Urban u. Fischer, S. 721-727
- Kiesler, D. J. (1966) Some myths of psychotherapy research and the search for a paradigm. *Psychological Bulletin* 65: 110-136.
- Kordy, H. (1992) Qualitätssicherung: Erläuterungen zu einem Reiz- und Modethema. *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* @ : 310-324.
- 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*. New York Chichester Brisbane, Wiley, S. 139-193.
- 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*. Mainz, Matthias-Grünwald-Verlag.
- Mohr, D. C. (1995) Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Psychotherapy: Science and Practice* 2: 1-27
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Nielson, S. L., et al. (2003) Waiting for the supershrink: An empirical analysis of therapists' effects. *Journal of Clinical Psychology* 10: 361-373.
- Paul, G. (1967) The strategy of outcome research in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 31: 109-118.
- Reimer, C. (1999) Ethische Probleme bei Psychotherapie. In H. H. Studt, E. Petzold (Hrsg) *Psychotherapeutische Medizin. Psychoanalyse - Psychosomatik - Psychotherapie. Ein Leitfaden für die Praxis*. Berlin, de Gruyter, S. 418-420
- Reinecker, H. (2005) Misserfolg in der Psychotherapie. In F. Petermann and H. Reinecker (Hrsg) *Handbuch der Psychologie. Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Göttingen, Hogrefe, S. 726-737
- Sandell, R. (2007) Die Menschen sind verschieden - auch als Patienten und Therapeuten. Aus der psychoanalytischen Forschung. In A. Springer, K. Münch, & D. Munz (Hrsg.) *Psychoanalyse heute?! Giessen, Psychosozial-Verlag*, S. 461-481

- Schulz, W. (1985) Therapeutische Misserfolge. Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie 4:@ @-@ @.
- Smith, M. L., Glass, G. V., & Miller, T. I. (1980) The benefits of psychotherapy. Baltimore, Johns Hopkins University Press.
- 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. Stühr, Beutel M. (Hrsg), "Forschung und Heilen" in der Psychoanalyse. Ergebnisse und Berichte aus Forschung und Praxis. Stuttgart, Kohlhammer, S. 154-179
- Thomä H, Kächele H (2006) Psychoanalytische Therapie. Band 2: Praxis. Heidelberg, Springer Medizin Verlag

Prof. Dr. Horst Kächele
International Psychoanalytic University
Ehem. Universitätsklinik Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Ulm
e-mail : horst.kaechele@ipu-berlin.de
www.horstkaechele.de