

Über Nebenwirkungen, destruktive Prozess und negative Ergebnisse in psychoanalytischen Psychotherapien: Warum fällt es Psychoanalytikern schwer, Behandlungsfehler einzuräumen und zu thematisieren?¹

Horst Kächele und Joseph Schachter

Zusammenfassung.

Nebenwirkungen, unerwünschte Behandlungsreaktionen und unzureichende Behandlungsergebnisse sind innerhalb der breiten klinischen Literatur zu psychoanalytischen Psychotherapien relativ ausgeblendete Themenfelder. Dieser Artikel diskutiert zahlreiche, hier wirksame Bestandteile und fokussiert dabei auf den Therapeuten als Faktor. Wir zeigen Definitionen auf, fassen den aktuellen Stand der Ergebnisforschung zusammen und erwähnen insbesondere die hohe Abbruchrate in Psychotherapie und Psychoanalyse. Faktoren mit nachgewiesenermaßen ungünstigen Einflüssen sind beispielsweise eine fehlerhafte Diagnosestellung, nachteilige äußere Bedingungen, konstitutionelle Faktoren und Modifikationen des Ichs. Wir arbeiten besonders die Rolle von Gegenübertragung und anderen Therapeutenfaktoren heraus. Der Artikel schließt mit einer klinischen Perspektive, die die Frage nach der ethischen Verantwortung des Therapeuten aufwirft, neue Patienten über die Möglichkeit von Nebenwirkungen, schädlichen Folgen, sowie unvollständige und negative Behandlungsergebnisse zu informieren.

Schlüsselwörter:

Therapieabbruch, negative Therapieergebnisse, negative Therapeutenfaktoren, Gegenübertragung, positive Therapiergebnisse, ethische Verantwortung zu informieren

Einführung

„I am invisible, understand, simply because people refuse to see me When they approach me they see only my surroundings, themselves, or figments of their imagination. – indeed, everything except me“ (S. 3-4) schrieb Ralph Ellison (1952), ein schwarzer Mann in den von Weißen geprägten Vereinigten Staaten. Schwarze Männer wurden von vielen Weißen als bedrohlich angesehen und erschienen unsichtbar. Auf noch anschaulichere Weise waren viele deutsche Juden nicht in der Lage, die tödlichen Absichten der Nazis zu „sehen“ und blieben in

¹ Kächele H, Schachter J (2014) On side effects, destructive processes and negative outcomes in psychoanalytic therapies – Why is it difficult for psychoanalysts to acknowledge and address treatment failures? *Contemporary Psychoanalysis* 50, Nos. 1-2: 233-258

Übersetzt von M. Graf, F von Wrede & H. Kächele (International Psychoanalytic University Berlin)

Deutschland, bis es zu spät war. Auch Freud „sah“, bis seine Tochter kurzzeitig verhaftet worden war, nicht die Notwendigkeit Wien zu verlassen.

Psychotherapeutische und psychoanalytische Fehlleistungen sind für viele Therapeuten, die sich weigern dies zu sehen, größtenteils unsichtbar. Behandlungsfehler werden von Therapeuten womöglich als bedrohlich angesehen, weil diese aus ihrer Sicht die Effektivität ihrer therapeutischen Rolle untergraben. Psychotherapeutische und psychoanalytische Misserfolge sind ein gewichtiges klinisches Problem, das Beachtung finden sollte, damit die empirische Forschung sich ihm widmen kann. Bisherige Forschungsbemühungen sind dadurch begrenzt, dass theoretische Konzeptionen fehlen, mit deren Hilfe Nebenwirkungen und negative Therapieresultate definiert, klassifiziert und beurteilt werden können. Für dieses Vorhaben wird die Mitarbeit von Klinikern und Forschern dringend benötigt.

Die Nebenwirkungen einer Intervention (ob nun Medikament oder Psychotherapie) können positiv oder negativ ausfallen. In jedem Fall müssen die Haupteffekte einer Behandlung legitimiert und der Patient über die Häufigkeit von Nebenwirkungen aufgeklärt werden. Linden (2012) hat kürzlich ein Modell zur Definition, Klassifikation und Bewertung von Nebenwirkungen einer Psychotherapie vorgelegt. Nicht alle *unwanted events* (UE) müssen zwangsläufig als *adverse treatment reaction* (ATR) gesehen werden, man müsste dazu zunächst einen kausalen Zusammenhang nachweisen, um ein ungewolltes Ereignis als Nebenwirkung begreifen zu können (siehe Tabelle 1).

Negative Prozesse während einer andauernden Behandlung können auch am selbststeuernden Verlauf einer Störung liegen, wie es häufig im Fall einer schweren Anorexia Nervosa vorkommt. Diese negativen Prozesse können auch als Problem des Patienten aufgefasst werden, die Behandlung zu einem spezifischen Zeitpunkt zu nutzen, oder auch, wie mit dem Phänomen der „negativen therapeutischen Reaktion“ bereits konzeptualisiert wurde, als chronische Tendenz einiger Patienten, jegliche Behandlung zu sabotieren. Thomä und Kächele (2006a) haben jedoch vorgeschlagen, dass der Blick auf den Anteil des Therapeuten hier den größten Erkenntnisgewinn bringen kann. Wirklich destruktive Prozesse ereignen sich in Psychoanalysen und Psychotherapien hauptsächlich im Kontext von Überschreitungen der Abstinenzregel (Gabbard 1989).

Fehler sind in psychoanalytischen Psychotherapien und Psychoanalysen, wie in jedem anderen medizinischen Unterfangen auch, ein stabil und häufig auftretendes Phänomen. Jedoch fällt ins Auge, dass Psychotherapeuten und Psychoanalytiker generell daran scheitern, dieses schwerwiegende klinische Problem anzugehen. Die elektronische Datenbank PEP, in der tausende Referenzen vorgehalten werden, zeigt beispielsweise lediglich vier Treffer zu „psychoanalytic failure“ an, während „psychoanalytic theory“ 648 Referenzen hervorbringt.

Nur fünf von den hunderten publizierter psychoanalytischen Fachbüchern aus dem anglo-amerikanischen Raum fokussieren auf Behandlungsfehler: *Success and Failure in Psychoanalysis and Psychotherapy* (Wolmaan 1972); *Why Psychotherapists Fail* (Chessik 1983); *The Prison House of Psychoanalysis* (Goldberg 1990); *Failures in Psychoanalytic Treatment* (Reppen u. Schulman 2002); und *The Analysis of Failure: An Investigation of Failed Cases in Psychoanalysis and Psychotherapy* (Goldberg 2012). In *The Primordial Mind in Health and Illness* berichtet Robbins (2011) über Fälle, in denen er keine erfolgreiche Behandlung durchführen konnte.

Tabelle 1

Definition von Nebenwirkungen Abweichend von Scheitern der Behandlung, Verschlechterung und Kunstfehlern (Linden 2012)

Nebenwirkungen	Definition
Unwanted Event (UE)	Alle negativen Ereignisse, die parallel oder infolge einer Behandlung auftreten
Treatment-emergent reactions (TER)	Jedes UE, das von der Behandlung verursacht wird
Adverse treatment reactions (ATR)	Jedes UE, das durch sachgemäße Behandlung ausgelöst wird
Malpractice reaction (MPR)	Jedes UE, das wahrscheinlich durch unsachgemäße oder unangemessene Behandlung ausgelöst wird
Treatment non-response (TNR)	Mangelnde Verbesserung trotz Behandlung; ist UE, kann nicht ATR oder MPR sein
Deterioration of illness (DOI)	Verschlechterung der Krankheit während der Therapie oder dem gesamten Krankheitsverlauf; muss nicht unbedingt ein UE sein; es kann UE sein, kann aber auch ATR oder MPR sein
Therapeutic risk (TR)	Alle bekannten ATRs. Patienten haben das Recht über häufige und schwere TRs informiert zu werden, als Grundlage ihrer informierten Zustimmung zur Behandlung
Contraindications	Bedingungen des Einzelfalls, die schwere ATRs sehr wahrscheinlich machen. Eine Form von MPR ist ein ATR aus einer Behandlung, die trotz Kontraindikationen gegeben wird.

Da nach unserem Wissen keine entsprechenden Daten vorhanden sind, ist die Einnahme einer vergleichenden Perspektive auf die psychoanalytischen Therapien der verschiedenen Schulen, Ich-Psychologie, Relationale Therapie oder Kleinianische Ansätze, nicht möglich. Obwohl wir glauben, dass psychoanalytische Psychotherapie und Psychoanalyse mehr als nur einfache Nachbarn sind (siehe dazu Grant u. Sandell 2004), erhalten wir die Unterscheidung aus didaktischen Gründen in unserer Diskussion aufrecht.

Der Stand der Ergebnisforschung

Zunächst soll ein Blick auf den Stand der Ergebnisforschung im Allgemeinen geworfen werden. Aufgrund zahlreicher Studien können wir aus einer sicheren Position heraus sagen, dass Psychotherapie Patienten eher hilft, als dass sie ihnen schadet. Die allgemeinen Effektstärken, ein statistisches Maß zum Vergleich verschiedener Interventionen in Medizin, Psychologie und Pädagogik, sind bemerkenswert. Diese Effekte sind genauso groß oder sogar größer als diejenigen, die bei Gabe von Antidepressiva berichtet wurden und sie sind größer als jene, die durch die typischerweise in Medizin und Erziehung genutzten verschiedenen Methoden erzielt werden (Lambert u. Ogles 2004).

Diese Erkenntnisse spiegeln jedoch Durchschnittswerte wieder. Veränderungen, die sowohl in Experimental- und Kontrollgruppen auftreten zeigen einen signifikanten Anstieg in der Kriteriumsvielfalt, was bei der Nachuntersuchung am Ende der Behandlung in den Experimentalgruppen zu Tage tritt. Dies impliziert, dass einige Behandlungsfälle Verbesserung

zeigten, während sich andere verschlechterten und damit eine Streuung der Ergebnisse verursachen. Das Phänomen der Verschlechterung ist, obwohl den Klinikern gut bekannt, innerhalb der Behandlungsforschung ein vernachlässigtes Feld geblieben, obwohl es Bergin (1963) schon vor mehr als 50 Jahren hervorgehoben hat. Die Problemstellung ist also dramatisch: Psychotherapie erzeugt nicht nur signifikante Veränderungen über Gruppen hinweg, sondern sie ist auch eine wirksame Intervention, die signifikant positive und negative Effekte hat, noch über sogenannte spontanremissionsbedingte Faktoren hinaus.

Abbruch in Psychotherapie und Psychoanalyse

Therapieabbruch durch den Patienten ist ein allgemeines klinisches Phänomen. Ein Forschungsüberblick (Garfield 1986) berichtet, dass sich mehr als 50% der Patienten vor der achten Stunde zurückzogen (Staker 1968; Bakelund u. Lundwall 1975; Reder u. Tyson 1980). Bakelund und Lundwall haben festgehalten, dass auf lange Sicht der Patient, der die Behandlung verlässt, eher die Regel sei, als der, der in Behandlung verbleibt (siehe Tabelle 2). In einer späteren Meta-Analyse von 125 Studien über Psychotherapieabbruch (Wierzbicki u. Pekarik, 1993), lag die durchschnittliche Abbruchrate bei 47%. „Remarkably . . .“ stellten Barrett et al. (2008) fest „clients continue to disengage from mental health services at a rate comparable to that more than 50 years ago“ (Rogers 1951, S. 247). Barrett et al. fügen hinzu: „More than 65% of clients end therapy before the 10th session (Garfield 1994), with most clients attending fewer than 6 or 8 sessions“ (Phillips 1985, S. 248). Abweichende Definitionen von Abbruch haben die Forschungsergebnisse beeinflusst. Barrett et al. fassen die Daten wie folgt zusammen: „Of 100 prospective clients contacting a mental health clinic, only 50 will attend the initial evaluation, 33 will attend the first treatment session, 20 will remain by Session 3, and fewer than 17 will remain by Session 10“ (S.253).

Tabelle 2

Abbruchraten von Psychotherapien

Autoren	Datum	Abbruchrate	Zeitintervall
Garfield	1986	50%	Erste acht Sitzungen
Lorion u. Fellner	1986	47%	Undefiniert
Sledge et al.	1990	32%	Zeitlich begrenzt
Sledge et al.	1990	67%	Kurzzeittherapie
Wierzbicki u. Pekarik	1993	47%	Undefiniert
Garfield	1994	47%	Undefiniert
Elkin et al.	1999	50%	Erster Monat
Sparks et al.	2003	47%	Undefiniert

Bei Afro-Amerikanern und anderen Minderheiten sowie weniger gut ausgebildeten Patienten mit geringem Einkommen war die Abbruchrate höher. Piper et al. (1999) verglichen 22 Patienten, die eine zeitliche begrenzte Psychotherapie vorzeitig verlassen hatten mit 22 entsprechenden Teilnehmern einer Psychotherapie, die bis zum Ende dabeigeblichen waren. Keiner der Prä-Therapieprädiktoren unterschied die Gruppen signifikant voneinander. Barrett et al. (2008) diskutierten eine Vielzahl von Strategien, den Therapieabbruch zu reduzieren:

Rolleneinführung, motivierendes Interviewen, aktives Involviertsein mit dem Klienten, Therapeutenfeedback und Verbesserung der therapeutischen Beziehung.

Es ist nicht überraschend, dass Borderline-Patienten im Vergleich zu anderen Patienten eine sehr hohe Abbruchrate vorweisen. Borderline-Patienten bilden intensive und instabile Beziehungen. Skodol et al. (1983) berichteten für Borderlinepatienten eine Abbruchrate von 67% nach drei Monaten Psychotherapie. Waldinger und Gunderson (1987) fanden eine Abbruchrate von 46% nach sechs Monaten vor. Nur ein Drittel ihrer Stichprobe schloss die Behandlung überhaupt ab. Entsprechend berichteten Gunderson et al. (1989), dass 52% der Borderlinepatienten die Behandlung nach sechs Monaten vorzeitig verlassen hätten. Smith et al. (1993) stellten für Borderliner eine Abbruchrate von 31% und 36% nach drei, bzw. sechs Monaten fest. Jedoch führte die Anwendung des Selbst-psychologischen Ansatzes zu einer reduzierten Abbruchrate der Borderlinepatienten von nur noch 16% während drei Monaten (Stevenson u. Meares 1992).

Die ähnlich hohen Abbruchquoten von Patienten in Psychoanalysen sind weniger beachtet als die Zahlen zu Therapieabbruch bei Patienten in Psychotherapie. Die in der verfügbaren Literatur veröffentlichten klinischen Beispiele decken einen Zeitraum von mehr als einem halben Jahrhundert ab. Ungefähr 30-60% von Patienten in einer Psychoanalyse verlassen diese Behandlung bevor eine einvernehmliche Beendigung vereinbart wurde (siehe Tabelle 3).

Tabelle 3
Abbruchraten in Psychoanalysen

Autoren	Datum	Abbruchrate	Zeitintervall
Glover	1955	55%	Undefiniert
Hamburg et al.	1967	43%	Undefiniert
Hendrick	1967	40%	Undefiniert
Sashin et al.	1975	31%	Undefiniert
Erle	1979	38%	Undefiniert
Erle u. Golberg			
Studie I	1984	27%	Undefiniert
Studie II	1984	44%	3 Jahre
Weber et al.	1985	55%	Undefiniert
Kantrowitz	1993	60%	Undefiniert
Cooper et al.	2004	29%	Undefiniert
Hamilton et al.	2009	31%	6 Monate
Cogan u. Porcerelli	2008	39%	18 Monate

Wie können wir das offensichtliche Scheitern der meisten Psychoanalytiker verstehen, dieses weit verbreitete Problem von Abbrüchen zu beachten und anzugehen? Wir bieten hier eine Hypothese an. Eine Beobachtung ist, dass viele - wahrscheinlich sogar die meisten - Lehranalytiker widerstrebend bzw. unwillig sind, ihre eigenen Behandlungsfälle ihrem eigenen Institut oder sogar einem Konferenzpublikum vorzustellen. Eine weitere zugehörige Beobachtung ist, dass viele - wahrscheinlich sogar die meisten - Analytiker keine Erlaubnis

zur Beforschung ihrer Behandlungen geben wollen, weder für aktuelle, noch für ehemalige Patienten. Aufgrund dieser Beobachtungen könnte man schließen, dass viele Analytiker eine unterschwellige Unsicherheit oder mangelndes Zutrauen haben, dass die Behandlung ihrer Patienten tatsächlich effektiv ist. Wir schlagen vor, dass es ihre Angst vor mangelnder Effektivität der Patientenbehandlungen ist, die wahrscheinlich unbewusst dazu führt, dass dem vielfach belegten Scheitern von Behandlungen mit Ignoranz begegnet wird.

In deutlichem Kontrast dazu stehen die Daten von *psychoanalytisch-arbeitenden Patienten*, die zu 80% bis zu einem einvernehmlichen Ende in der Behandlung verbleiben (Schachter et al. 2013), sowohl bei Behandlung durch einen Analytiker in Ausbildung, als auch bei fertig ausgebildeten Psychoanalytikern. Nur 20% beenden vorzeitig. Die hier betrachtete Kohorte von Analytikern in Psychoanalyse bestand aus bereits ausgebildeten Analytikern und beinhaltet deshalb nicht jene, die eine Lehranalyse abgebrochen haben. Uns liegen keine Daten zu Abbruchquoten bei Lehranalysen vor, es kann davon ausgegangen werden, dass dies nur von wenigen vollzogen wurde. Wir stimmen Marmors (1986) Vorschlag zu, dass der Unterschied der Beendigungsquote unter beidseitigem Einverständnis von 80% bei Analytikern in Psychoanalyse vs. 50% für nicht-Analytiker, in dem größeren professionellen Engagement von Analytikerpatienten liegt, begründet in einer größeren persönlichen Identifikation mit der Psychoanalyse. Das Anerkennen einer gescheiterten Behandlung psychoanalytisch-arbeitender Patienten würde ihre getroffene Berufswahl wahrscheinlich in den Grundfesten erschüttern. Wir glauben, dass sich die Problemstellungen gescheiterter psychoanalytischer Behandlungen von Analytikern grundsätzlich von denen bei nicht-analytisch arbeitenden Patienten unterscheiden. Es ist nach wie vor interessant zu erfahren, was 75 Psychoanalytiker in ihrer eigenen Analyse als hilfreich und schmerzhaft einschätzen (Curtis et al. 2004).

Seit Bergins 1963 veröffentlichtem Aufsatz „The Effects of Psychotherapy: Negative Results Revisited“, ist eine Anzahl von Faktoren identifiziert worden, die zu den nachteiligen Resultaten beitragen. Liest man einen konventionellen Text zu den Faktoren, die zu allgemeinem Scheitern in einer Psychotherapie führen, findet man wahrscheinlich die folgende Liste (wiedergegeben aus Stein 1972):

1. Unrichtige Diagnosestellung und deshalb Auswahl der falschen Behandlungsform;
2. Nicht zielführende äußere Bedingungen:
 - a) Wo äußere Bedingungen so schlecht sind, dass der aktuelle Gewinn krank zu bleiben größer erscheint, als die Vorteile einer guten Gesundheit;
 - b) Wo die Einstellung der Familie jegliche neurotische (oder psychotische) Manifestation des Patienten unterstützt;
 - c) Andere Wirklichkeitsfaktoren: Erziehung, Schichtzugehörigkeit, wirtschaftlicher Status und Konsequenzen aus einem Trauma wie Krankheit und Verlust;
3. Konstitutionelle Faktoren: Ausprägung der biologischen Gegebenheiten (Triebe) und Konflikte;
4. Ungünstige Ich-Veränderungen, die zu einer schweren Charakterstörung führen;
5. Übertragung und Gegenübertragung.

In der Tat sind diese Faktoren wohlbekannt und wir werden diese später kommentieren. Was hier jedoch fehlt sind Faktoren, die sich auf einen signifikanten Beitrag des Therapeuten beziehen. Nur der allerletzte Stichpunkt in der Liste - Gegenübertragung - deutet auf solche Faktoren, die in nahezu allen Arten der Psychotherapie ignoriert werden.

In seiner aktuellen kritischen Evaluation charakterisiert Goldberg (2012) verschiedene Kategorien analytischen Scheiterns:

1. Fälle, die nicht in Gang kommen oder starten
2. Fälle, die unterbrochen werden und so vom Therapeuten oder Analytiker als unvollendet empfunden werden.
3. Fälle, die schiefgehen.
4. Fälle die immer weiter und weiter laufen, ohne offensichtliche Besserung zu bringen – man verliert die Geduld.
5. Fälle, die enttäuschend sind.

Diese deskriptiven Kategorien lassen die Frage offen, warum die psychoanalytischen Behandlungen scheiterten. Deshalb diskutieren wir einige Faktoren, die sowohl für Psychotherapie, als auch eine Psychoanalyse relevant sind. Im Folgenden werden wir uns auf die Anteile des Therapeuten an konstruktiven und destruktiven Prozessen und deren Verhältnis zu den Behandlungsergebnissen konzentrieren.

Eine falsche Diagnose führt zu falscher Indikationsstellung

Die Annahme ist hier, dass eine korrekte Diagnose einen Unterschied in der Wahl der angemessenen Behandlung ausmacht und so zu einem besseren Ergebnis führt. Beispielhaft erwähnen wir hier das Aufkommen spezieller Borderlinetherapien, die die Therapienergebnisse dieser schwer zu behandelnden Patientengruppe klar verbessert haben. Die Behandlungsmanuale (z.B. DBT, TFP, MBT) arbeiten alle mit einer sorgfältigen diagnostischen Evaluation (Sandell 2012; Kächele 2013).

Weil Patientendiagnose und Grad der Einschränkung miteinander in Bezug stehen, sollte uns dieses Ergebnis nicht allzu sehr überraschen. Jedoch scheinen einige therapeutische Techniken, die auf den Zusammenbruch, das Hinterfragen oder Untergraben habitueller Abwehr hinzielen, zu einem negativen Therapieergebnis beizutragen. Studien mit psychotischen Patienten (Feighner et al. 1973), Borderlinepatienten (Weber et al. 1966; Horwitz 1974; Fonagy et al. 1996) und Studien mit seelisch beeinträchtigten Patienten in Selbsthilfegruppen (Liebermann et al. 1973) zeigen, dass eine Verschlimmerung der Patientenverfassung zeitweise vorkommt und dass wahrscheinlich therapeutische Techniken für diese Verschlechterung verantwortlich sind. Das soll nicht in Frage stellen, dass Patienteneigenschaften auch zu dieser Verschlechterung beitragen, worüber wir mehr in der Diskussion der weiteren Faktoren erfahren.

Ungünstige äußere Bedingungen

Ungünstige äußere Bedingungen können zu dem führen, was Freud als „sekundären Krankheitsgewinn“ bezeichnet hat. In einer Diskussion dieses Phänomens führen Thomä und Kächele (1994a, hier zit. aus dt. 2006a) zu diesem Punkt aus:

„Als eine der 5 Widerstandsformen hat Freud den Ich-Widerstand beschrieben, „der vom Krankheitsgewinn ausgeht und sich auf die Einbeziehung des Symptoms ins Ich gründet.“ (1926d, S. 193, Hervorhebung im Original). Zur Abschätzung jener Kräfte, die den seelischen Krankheitsverlauf von außen mitbestimmen und aufrechterhalten, ist es nützlich, die von Freud 1923 in einem Zusatz zum Dora-Fall zwischen primärem und sekundärem Krankheitsgewinn getroffene Entscheidung zu beachten. Daß eine klare Differenzierung zwischen verschiedenen Motiven zum Kranksein jedoch nicht möglich ist, läßt sich

theoretisch begründen. Zwischen 1905 und 1923 hatte das Ich bei der Symptomentstehung – nämlich bei den Abwehrvorgängen – eine weit größere Bedeutung in Theorie und Behandlungstechnik bekommen: „Der Satz, dass die Krankheitsmotive zu Anfang der Krankheit nicht vorhanden sind und erst sekundär hinzutreten, ist nicht aufrecht zu erhalten“ (1905e, S. 202). Und in *Hemmung, Symptom und Angst* heisst es: „... in der Regel ist der Verlauf ein anderer; nach dem ersten Akt der Verdrängung folgt ein langwieriges oder nie zu beendendes Nachspiel, der Kampf gegen die Triebregung findet seine Fortsetzung im Kampf gegen das Symptom“ (1926d, S.125). Gerade die stabilen Symptomgestaltungen zeichnen sich durch einen Verlauf aus, bei dem die primären Bedingungen sich so mit den sekundären Motiven vermischen, dass eine Unterscheidung kaum mehr möglich ist“ (S. 152-153).

Der Fall des Wolfsmannes könnte als gutes Beispiel dafür dienen, dass eine dramatische Verschlechterung der Lebensumstände des Erkrankten dazu beigetragen hat, sich selbst als einen lebenslangen Patienten zu betrachten (Gardiner 1971; Obholzer 1982).

Manchmal trägt die Einstellung der Familie zu Behandlungsfehlschlägen bei. Die Hamburger-Studie über Anorexie (Engel, Meyer, Hentze & Wittern, 1992) hat gezeigt, dass die Langzeitgenesung signifikant im Bezug zu der für die Entwicklung notwendigen Separation von der Familie stand. Verglichen mit anorektischen Mädchen, die ihr zu Hause verlassen hatten, war die Langzeitsterblichkeitsrate unter denjenigen adoleszenten Mädchen erhöht, die im Umfeld der Primärfamilie verblieben. Jedoch können wir nicht genau erklären, warum ein Verharren im Elternhaus das fatale Ergebnis bevorteilt.

Realitätsfaktoren – Bildungsstand, Schichtzugehörigkeit, ökonomischer Status – können auch zu einer negativen Entwicklung der therapeutischen Beziehung beitragen. Was für alle somatischen Erkrankungen stimmt, gilt auch für psychische Störungen: Schlechte Bildung und niedere Schichtzugehörigkeit haben antitherapeutische Effekte. Einer der Haupteffekte ist, dass diese Menschen noch vermehrt nicht einmal für eine Behandlung in Betracht gezogen werden. Sogar innerhalb des deutschen Psychotherapiesystems, das von den Krankenkassen getragen wird, ist der Prozentsatz der Population von Menschen in Psychotherapie keinesfalls repräsentativ für die allgemeinen sozialen Schichten (siehe Kächele et al. 1999). Caspar und Kächele (2008) haben hervorgehoben, dass fehlerhafte Selbstausschlüsse von Patienten – Patienten, die von Behandlung profitieren könnten – zu negativen Effekten indirekt beitragen.

Konstitutionelle Faktoren

Die Rolle konstitutioneller Faktoren, wie beispielsweise der Triebstärke, geht auf Freuds (1937c) Zusammenschau der Faktoren zurück, die die Resultate psychoanalytischer Behandlungen beeinflussen: „... Einfluß von Traumen – konstitutionelle Triebstärke – Ichveränderung. . .“ (S.68).

Was auch immer „Triebstärke“ bedeuten mag, der bekannte psychoanalytisch orientierte Forscher Luborsky (1975) hat ein modernisiertes Verständnis mit den Forschungsergebnissen auf einer globalen Dimension, Psychological Health-Sickness (PHS), als Prädiktor für Therapieresultate in Dynamischen und anderen Psychotherapien zusammengefasst. PHS ist „a concept conveniently covering an extensive continuum from rosy, robust psychological health to the nadir of psychological sickness. A host of similar-sounding terms have been used for this concept: adjustment, ego-strength, personality integration, emotional stability, psychiatric severity, adequacy of personality functioning, and mental health“ (Luborsky et al., 1993, S. 542). Für dieses Konzept, dass in einer vereinfachten Version des ursprünglichen Messinstrumentes in das DSM als Global Assessment of Functioning (GAF) integriert wurde, hat

die Forschung über viele Studien hinweg gezeigt, dass die durchschnittliche Vorhersagekraft über das Resultat einer Psychotherapie bei einer Korrelation von 0.27 (7% der Varianz) liegt. Freuds Idee, dass es umso schwieriger ist therapeutische Fortschritte zu erzielen, desto kränker der Patient ist, wurde gut belegt (S. 546).

Modifikationen des Ichs

Wallerstein (1986) hat in seiner Langzeitstudie über das Schicksal von 42 Patienten, die sich in Behandlung durch das bekannte Menninger Hospital in Topeka, Kansas befanden, Beispiele für den Einfluss von unvorteilhaften Ich-Modifikationen vorgelegt, die zu schweren charakterlichen Störungen führen. Einige der behandelten Patienten wurden zu sogenannten „lifers“, langjährige Nutzer psychotherapeutischer Unterstützungssysteme (S. 561). Allerdings kann man die Frage aufwerfen, wo diese Menschen überhaupt eine angemessene Behandlung erfahren hätten, die ihr trauriges Schicksal zu ändern vermocht hätte. Es gibt Berichte in der Literatur, dass Patienten sehr lange Behandlungszeiten benötigen, um vollständig zu gesunden. Der Patient Christian Y. brauchte 600 Behandlungsstunden, um sein normales Leben als Jurastudent wieder aufnehmen zu können. Die Behandlung dauerte weitere 10 Jahre in niederfrequenter Analyse, um ein wirklich zufriedenstellendes persönliches und professionelles Ergebnis zu erreichen (Thomä u. Kächele 2006b, S. 386).

Übertragung und Gegenübertragung

Der letzte Punkt auf der Liste ruft das zentrale psychoanalytische Technikthema auf: Das Zusammenspiel von Übertragung und Gegenübertragung. Seit Freuds Fallberichte tiefergehenden Studien unterzogen wurden, wissen wir, dass nicht alle diese Fälle zu einem befriedigenden Ergebnis gekommen sind. Sicher gilt dies für den „Dora“-Fall. Aus guten Gründen hat sie wütend Freuds Behandlung abgebrochen (Appignanesi u. Forrester 1992) und es ist nach wie vor umstritten, ob dieser Fall als ein Beispiel für destruktive interaktive Prozesse zu sehen ist (Freuds ursprüngliche Sichtweise), oder als die kreative Handlung einer Adoleszenten, die eine Situation zu verlassen beginnt, aus der sie keinen Vorteil ziehen kann (Levine 2005). Sie hat Freud gegenüber später zugegeben, dass die Analyse, dadurch dass er ihr Glauben geschenkt habe, für sie nützlich gewesen sei, und sie sich so ihren quälenden Elternfiguren entgegenstellen konnte, woraufhin die hysterischen Symptome verschwanden. Dennoch schiebt der gegenübertragungsgefärbte Blick des Klinikers auf diese negativen Resultate allzu häufig die Verantwortung auf den Patienten (z.B. „Sie sprachen nicht auf die Therapie an“), aber wir sollten erkennen, dass destruktive (oder konstruktive) Prozesse oftmals auf der falschen Handhabung der therapeutischen Rolle in solch einem Drama beruhen.

Was wissen wir über den „Faktor Therapeut“?

Hans H. Strupp, einer der führenden, frühen und prominenten Psychotherapieforscher, hat ehemalige „Patienten“ eingeladen, auf ihre Psychotherapie zurückzublicken (Strupp et al. 1969). Als Folge dieser Pionierstudie wurde er vom U.S. National Institute of Mental Health eingeladen, eine empirische Untersuchung durchzuführen, worin sich ein „negativer“ Effekt konstituiert und was, nach Expertenmeinung, die Gründe dafür sind. (Strupp et al. 1977). In dieser Studie war der meistzitierte Grund für negative Effekte der Psychotherapeut. Viele Experten stimmen darüber ein, dass bei der Entstehung von negativen Effekten „mangelhafte

klinischer Urteilsbildung“ oder eine generelle „Fehlbarkeit des Therapeuten“ signifikante Faktoren darstellen.

Die Therapeutenvariablen fallen in zwei breite Kategorien, die erste besteht aus Defiziten in Ausbildung und grundlegenden Fähigkeiten, resultierend aus mangelhaften Ausbildungseinrichtungen. Die zweite Variable geht auf Gesundheitssysteme zurück, die für die dort Arbeitenden keinen angemessenen biomedizinischen oder psychologischen Hintergrund voraussetzen. Mängel in Ausbildung und Supervision, die zu einer unprofessionellen Berufsausübung führen, können insbesondere im Umgang mit Borderline-Patienten negative Effekte auslösen, wenn der Therapeut absichtlich den Ausbruch von Primäraggressionen stimuliert, ohne profundes Wissen, wie damit im Rahmen einer Psychotherapie umzugehen ist. Diese negativen Effekte können durch einen Therapeuten hervorgerufen werden, der sich in masochistischer Weise am Ausagieren des Patienten beteiligt.

Ein starker Beitrag zu solch negativen Effekten in Psychotherapien liefert liegt darin, was als Komplex von Unkenntnis und einer unpassenden Persönlichkeitskonstitution aufgefasst werden kann. Die kann, muss aber nicht, auf eine ungenügend ausgebildete oder inkompetente Person zutreffen. Sachs (1983) hat eines der sorgfältigsten empirischen Forschungsvorhaben durchgeführt, um die Prozesse, die zu diesen negativen Effekten in Kurzzeittherapien führen, aufzuklären. Der stärkste Faktor um Erfolg und Scheitern in einer Psychotherapie zu identifizieren, war das Messinstrument „Errors-in-Technique-Scale.“ Diese Skala deutete darauf hin, dass die Kompetenz und Fähigkeit des Therapeuten, verbale Techniken in Kurzzeittherapien anzuwenden direkt zu einer positiven oder negativen Veränderung führte. Strupps Vanderbilt Research Programm hat außerdem gezeigt, dass der interpersonelle Prozess mit unterschiedlichen psychotherapeutischen Ergebnissen verbunden ist: Gute Ergebnisse vs. schlechte Ergebnisse waren gekennzeichnet durch höhere Levels von „helping and protecting“, „offering and understanding“ und niedrigere Levels von „blaming and belittling“ (Henry et al. 1986).

Heutzutage wird der Missbrauch der Position des Therapeuten als wichtiger Faktor angesehen, der zu negativen Effekten beitragen kann. Solch typische schädliche Persönlichkeitsattribute, erwähnt von Experten in der Studie von Strupp et al. (1977), sind unter anderem:

- Kälte, Besessenheit
- „Anything goes“ solange „analyzing“ passiert
- Exzessiver Drang Menschen zu verändern
- Exzessive unbewusste Feindlichkeit, oftmals maskiert im Diagnostizieren von „Borderline“ oder „Schizophrenie“
- Verführerisch sein, wenig Interesse oder Wärme zeigen
- Nachlässigkeit, Pessimismus, Sadismus, keine Authentizität
- Gierigkeit, Narzissmus, mangelnde Selbstkritik

Zeigen Therapeuten Verhaltensstörungen, Unreife oder die Neigung andere auszunutzen, können die negativen Konsequenzen davon leicht mittels Patientenfragebögen erhoben werden. Striano (1987, 1988) dokumentierte in ihren populärwissenschaftlichen Veröffentlichungen, die auf ihrer Dissertation beruhten, eine Vielfalt von Horrorgeschichten, die zumeist nur unter der Hand zwischen Patienten und Fachkundigen ausgetauscht und nur selten veröffentlicht werden.

Dörte von Drigalski, eine deutsche Ausbildungskandidatin, veröffentlichte 1979 ihre psychoanalytischen Ausbildungserfahrungen mit drei Psychoanalytikern unter dem Titel: „Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse.“ Ihre erste Lehranalytikerin konnte bis zu ihrem privat bedingten Umzug nach Paris angemessen auf das gewöhnungsbedürftige Verhalten dieser noch immer spätadoleszenten Person reagieren. Im Anschluss wurde von Drigalski durch einen (männlichen) Lehranalytiker betreut. Von da an nahm ihre Analyse einen zusehends schlimmeren und negativen Verlauf. Sie fühlte sich von entwertenden Interpretationen zurückgewiesen, besonders von solchen, die auf ihre Fertigkeiten hinzielten, mit deren Hilfe sie bisher ihr noch junges Leben gemeistert hatte. Sie brach die Analyse ab, zog in eine andere Stadt und fand nach einigem hin und her einen jungen Lehranalytiker. Dort verschlechterte sich alles noch mehr. Nach eigenen Angaben erlebte sie Borderline-Zustände mit psychotischen Zusammenbrüchen. All dies findet sich, in schmerzhaften Wiederholungen, detailliert in ihrem Buch wieder.

Dörte von Drigalskis Buch war in der Öffentlichkeit sehr erfolgreich, viel mehr als in der Fachwelt. Es gab niemals eine offizielle Reaktion durch psychoanalytische Institute auf die Veröffentlichung ihrer Berichte. Als aber eine englische Übersetzung erschien, war es der Psychotherapieforscher Hans Strupp, der ihre Arbeit als Lehrbeispiel für destruktive Erfahrungen hervorhob, die durch psychoanalytische Arbeit mit schlechter Qualität ausgelöst werden (Strupp 1982). Mittlerweile hat sich ein Markt für solche therapeutischen „Abenteuer“- (oder Disaster-)geschichten entwickelt (z.B. Märtens u. Petzold 2002).

Der aktuellste deutsche Bericht (Akoluth, 2004) erzählt die Geschichte einer 58-jährigen, die auf der Suche nach Hilfe war, um mit der schweren Krankheit ihres Mannes besser umgehen zu können. Für einige Jahre bekam sie, wonach sie gesucht hatte. Nachdem ihr Mann verstorben war, initiierte der Therapeut einseitig einen Körperkontakt, und die einsame Frau wurde offen für übertragungsgefärbte Kontaktwünsche. Der Therapeut wollte ihr jedoch nicht geben, was sie verlangte, obwohl eindeutig er es war, der diese Begehren ausgelöst hatte. Diese Interaktion ist typisch. Viele erfahrene Therapeuten überschreiten aus verschiedenen „guten“ oder „schlechten“ Gründen Grenzen. Was dann folgt sind in der Regel langatmige Begegnungen, die die Therapie von einem hellen Moment in einen chronischen Alptraum verwandeln.

Ricks (1974) hat eines der hervorstechendsten Beispiele in der Forschungsliteratur vorgestellt. Er hat die positiven und negativen Veränderungen ausgearbeitet, die von zwei gegensätzlichen Therapeuten ausgelöst werden. Er analysierte den Reifegrad einer Gruppe von psychisch-erkrankten adoleszenten Jungen, die von jeweils einem der beiden Therapeuten in der Beratungsstelle einer angesehenen Kinderklinik betreut wurden. Obwohl sich die Langzeitergebnisse dieser beiden Therapeuten im Bezug auf weniger stark erkrankte Klienten kaum wesentlich unterschieden, gab es deutliche Differenzen in ihren therapeutischen Stilen und (noch deutlichere) in den Therapieergebnissen der stärker erkrankten Jungen. Bei all diesen Fällen in der Stichprobe wurde bei 55% eine Schizophrenie im Erwachsenenalter festgestellt. Nur 27% der Fälle von Therapeut A hatten ein solches Ergebnis, wohingegen 88% der Fälle von Therapeut B eine solche Verschlechterung nahmen. Die Arbeitsbelastung im Bezug auf Fallzahl und Schweregrad der Störung und anderen Kennziffern war bei beiden Therapeuten zu Beginn der Therapie gleich.

Bei der näheren Betrachtung der Unterschiede der therapeutischen Arbeitsweise trat zu Tage, dass sich Therapeut A vermehrt den schwerer Erkrankten zuwandte, während der weniger erfolgreiche Therapeut B das Gegenteil tat. Therapeut A machte außerdem, stets im Kontext eines festen Arbeitsbündnisses, vermehrt Gebrauch von Ressourcen außerhalb der direkten

Therapiesituation, war Patienten gegenüber verbindlich und direkt, unterstützte Bewegung hin zu mehr Autonomie und begleitete alltägliches Problemlösen. Hingegen schien Therapeut B von schweren Pathologien und emotionaler Zurückgezogenheit verängstigt. Er kommentierte häufig die Schwierigkeiten von Fällen und schien depressiv zu werden, wenn er mit einem besonders wenig verheißungsvollen Fall konfrontiert wurde. Er verstrickte sich in den Gefühlen von Depression und Hoffnungslosigkeit der Jungen und verstärkte so das Gefühl von Selbstzurückweisung und Sinnlosigkeit der Klienten.

Heute wird dieses Thema unter der Überschrift von „optimales Gegenstück“ oder „Passung“ diskutiert. Inkompatibilität zwischen der Persönlichkeit des Patienten und des Therapeuten kann zu negativen Ergebnissen in einer Psychotherapie einen signifikanten Beitrag leisten. Eine größer werdende Anzahl von Studien hat einen signifikanten, positiven Bezug zwischen „Passung“ und Zufriedenheit mit dem Therapieergebnis berichtet (Shapiro 1976; Kantrowitz 1986, 1993; Leuzinger-Bohleber et al. 2003; Tessman 2003; Carr 2006; Bush u. Meehan 2011; Schachter et al. 2013).

Die hohe Anzahl der hier diskutierten Faktoren können eine Therapie auf verschiedene Arten negativ beeinflussen, eingeschlossen sind schädliche Effekte innerhalb der Beziehung mit dem Patienten und die falsche Anwendung therapeutischer Techniken. Für einen wohlmeinenden Therapeuten oder eine wohlmeinende Therapeutin ist es auch möglich, in der unbewussten Absicht seinen oder ihren persönlichen oder berufsbezogenen Selbstwert zu steigern, unabsichtlich Vorzüge überzubewerten und so eine Dissonanz in der therapeutischen Beziehung herzustellen.

Wir schließen dieses Kapitel mit der Anmerkung, dass Psychopathologie oder mangelhafte Fertigkeiten seitens des Therapeuten zu einer unangemessenen Wahrnehmung des Übertragungsgeschehens und zu frühzeitiger Aufdeckung unbewusster Konflikte ohne gleichzeitige Hilfestellung führen können, wobei auch beides auftreten kann. Darum sprechen wir eine offengebliebene Problemstellung an: Sollten wir Therapeuten in Ausbildung diagnostizieren und wie kann dies bewerkstelligt werden (Pfäfflin u. Kächele 2000)? Das Forschungsteam um Rolf Sandell, ein Psychoanalytiker und bekannter Wissenschaftler, hat die Therapists Attitudes Scales (Sandell et al. 2004) entwickelt und demonstrierte im Stockholm Psychoanalysis Project, dass die Einstellungen des Therapeuten Veränderung während der Behandlung beeinflussen (Sandell et al. 2007). Eine latente Klassenanalyse unterschied erfolgreiche und nichterfolgreiche Therapeuten klar voneinander (Sandell et al. 2006).

Klinische Perspektiven

Psychoanalytiker sprechen nur selten über ihre Alltagspersönlichkeit. Sie bevorzugen es in der Beobachtung der Gegenübertragungen über ihr „Arbeits-Ich“ zu sprechen. Seit sich die Gegenübertragung vom Aschenputtel zu einer strahlenden Schönheit gewandelt hat (Thomä u. Kächele 2006a, S. 98), kann man innerhalb der psychoanalytischen Community eine wahrliche „je mehr, desto besser“-Rezeption festhalten: Um dies zu beobachten, kann man die Lehraufsätze im *International Journal of Psychoanalysis* (Gabbard 1995; Hinshelwood 1999; Jacobs 1999) studieren.

Obwohl die von uns aufgezählten Forschungsarbeiten den herausragenden Einfluss dieses Phänomens hervorheben, sind gegenübertragungsgesteuerte Fehlschläge einer der verleugneten Aspekte in psychoanalytischer Psychotherapie (Fäh 2002). In den vergangenen Jahren wurden reliable Messungen zur Bestimmung der habituellen Gegenübertragung publiziert, die lokal eingegrenzte Gegenübertragungsreaktionen von allgemeineren, bei Therapeuten

verbreiteten Einstellungen unterschied (Gelso u. Hayes 2007; Betan u. Westen 2009; für eine Zusammenfassung siehe Kächele et al. 2013). Weil wir diese Instrumente jetzt besitzen, wäre es sicherlich angebracht, ihre Nützlichkeit in Supervisionen zu testen.

In Rückschau auf ihre klinische Erfahrung, schlossen Thomä und Kächele (2006b) auf folgende, nicht immer als Gegenübertragung zu begreifende, Therapeutenfaktoren, die zu einer Entwicklung destruktiver Prozesse beitragen:

1. Versuche, Krisensituationen nur in der Arbeit mit Übertragung und Widerstand zu lösen, sind unzulänglich, wenn sie nicht zu einer Verbesserung in der realen Lebenssituation des Patienten führen.
2. Die Konzentration auf unbewusste Gegenübertragungswünsche kann bei allein-stehenden Patienten ebenfalls sehr wahrscheinlich einen antitherapeutischen Effekt haben. Wie bereits ausgeführt, kann die erzwungene Beschäftigung mit Übertragungswünschen unrealistische Hoffnungen auslösen.
3. Oft kann ein Patient die Therapie als Waffe gegen seine Familienmitglieder (Mutter/Vater) einsetzen. Dies kann die Konsequenz davon sein, dass der Therapeut Partei ergriffen hat.
4. Suiziddrohungen können dazu führen, dass der Analytiker dem Patienten mehr Sympathie angedeihen lässt, als dies das analytische Setting eigentlich zulässt. Dies kann die Interpretation aggressiver Impulse unterbinden, insbesondere wenn der Patient den Therapeuten mit der Suizidandrohung nötigt.
5. Es gibt einige Fälle, in denen einsame weibliche Patientinnen irgendwie in Kenntnis davon gelangt sind, dass der Therapeut geschieden oder allein lebend ist. Dies nährt sehr wahrscheinlich illusorische Hoffnungen. Trifft ein unverheirateter Patient, der mit dieser Situation überfordert ist, auf einen ebenfalls alleinstehenden und damit unzufriedenen Therapeuten im passenden Alter, kann die soziale Realität dieser Situation derart stark sein, dass es für beide schwierig wird, die neurotischen Komponenten der Hoffnungen des Patienten im Blick zu behalten.
6. Unter der Last von teilweise selbstverursachten Enttäuschungen und Komplikationen ist ein Therapeut oftmals nicht in der Lage dem Druck des eigenen Gefühls von Schuld zu widerstehen und sucht diese Gefühle durch Verstrickung in Rechtfertigungen seiner Vorgehensweise abzumildern. Dies kann durchaus die Hoffnung der Patienten befördern, die Begrenzungen des therapeutischen Settings aufzubrechen.
7. Zeitweise gewinnt der therapeutische Rahmen erst in dem Moment wieder seine Bedeutung, indem der Therapeut oder die Therapeutin ihr Scheitern zugibt und ankündigt, dass dies das Ende der Therapie bedeutet.

Ethische Verantwortung zukünftige Patienten über die Behandlung zu informieren

Es wird allgemein als ein ethisches Gebot betrachtet, dass dem Anbieter medizinischer Behandlungen die Aufklärung zukünftiger Patienten über Erfolgswahrscheinlichkeit der Behandlung und eine Abschätzung der Wahrscheinlichkeit und Art möglicher Komplikationen obliegt. Scheitert der ärztliche Anbieter damit, dem angehenden Patienten solche Informationen bereitzustellen, kann dies die Basis für eine Entschädigungszahlung aufgrund eines Kunstfehlers darstellen. Bis vor kurzem hatten die Praktiker vergleichsweise wenige Informationen, die sie dem zukünftigen Patienten übermitteln konnten. Jedoch gibt es heute empirische Daten zur Effektivität dieser Behandlungen, zur Wahrscheinlichkeit und Art möglicher Komplikationen und zur Wahrscheinlichkeit eine Behandlung erfolgreich anzuschließen, die dem zukünftigen Patienten gegenüber kommuniziert werden können. Der

Therapeut könnte auf die Resolution der American Psychological Association verweisen, die die Wirksamkeit psychotherapeutischer Behandlungen belegt.

Nach unserer klinischen Langzeiterfahrung werden den zukünftigen Patienten solche Informationen nur sehr selten von psychotherapeutischen Praktikern angeboten. Wir vermuten, dass dies der Fall ist, weil solche Informationen auch eine Stellungnahme zu einer unvollständigen und gescheiterten Behandlung enthalten müssten und wir glauben, dass Therapeuten noch immer Schwierigkeiten haben, das Vorkommen solch weitverbreiteter signifikanter negativer Vorkommnisse anzuerkennen. Sie könnten auch befürchten, dass solche Informationen einen negativen Einfluss auf die Erwartung des Patienten ausüben, von der Behandlung zu profitieren (siehe Kirsch 1999).

Standesorganisationen von Therapeuten, wie die International Psychoanalytic Organization, die American Psychoanalytic Organization und die American Psychological Organization haben Ethikkommissionen und wir empfehlen, dass diese Kommissionen die Angemessenheit des ethischen Gebotes überprüfen sollen, dass Therapeuten zukünftige Patienten über die Vielfältigkeit der Behandlungsergebnisse informieren.

Fazit

Die Botschaft, die diesen Bericht durchdringt, ist folgende: Es ist wahrscheinlich, dass sowohl in Psychotherapie, als auch Psychoanalyse negative Ergebnisse vorkommen. Wenn man darin einen frühzeitigen Behandlungsabbruch und entweder ausbleibendes therapeutisches Verbesserung oder eine Verschlechterung der emotionalen Störung einschließt, betrifft dies wahrscheinlich 50% aller Patienten, die eine Behandlung beginnen. Nur 50% der Patienten, die eine psychoanalytische Behandlung beginnen, führen diese bis zu einer einvernehmlichen Beendigung fort. Dennoch unterscheiden sich Therapeuten in ihren Fähigkeiten, wie Luborsky, McLellan, Woody, O'Brien und Auerbach (1985), Okiishi, Lambert, Nielson und Olges (2003) und Sandell et al. (2006, 2007) gezeigt haben, weshalb die frühzeitige Identifikation schlechter Arbeitsleistung von Psychotherapeuten in Ausbildung in Bezug auf unsere berufliche Verantwortung eine hohe Beachtung erfahren sollte.

Wir denken, dass die systematische Erforschung von Nebenwirkungen und negativen Entwicklungen psychoanalytischer Psychotherapie mehr Aufmerksamkeit erfahren sollte. In der Medizin wird gegenwärtig zur Festlegung der Behandlungsstandards ein hoher Wert auf die Überwachung unerwünschter Wirkungen gelegt. Ein ähnlicher Aufwand im Feld psychoanalytischer Psychotherapien wäre zeitgemäß. Die Scham nicht erfolgreich zu sein, ist ein schlechter Ratgeber. Casements (2002) Buch *Learning from our Mistakes* transportiert eine Botschaft. Eindrucksvolle Beispiele mittels gegenseitiger Berichte von erfahrenen Klinikern über ihre Patienten und von einigen Patienten über ihre eigene Behandlung haben gezeigt, dass wir viel lernen können (Thomä u. Kächele 2006b; Schachter 2005; Breger 2012).

Wir empfehlen den Ethikkommissionen psychotherapeutischer Standesorganisationen die Zumutbarkeit und den Mehrwert des ethischen Gebotes zu erwägen, dass Therapeuten den zukünftigen Patienten Informationen über die möglichen Ergebnisse und Schwierigkeiten psychotherapeutischer und psychoanalytischer Behandlungen zukommen lassen, was in medizinischen Behandlungen ein Standardvorgehen darstellt.

Literaturverzeichnis

- Akoluth M (2004) Unordnung und spätes Leid. Bericht über den Versuch, eine misslungene Analyse zu bewältigen. Königshausen & Neumann, Würzburg
- Appignanesi L, Forrester J (1992) Freud's women. Weidenfeld & Nicolson, London
- Bachrach HM, Weber JJ, Solomon M (1985) Factors associated with the outcome of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (IV). *Int Rev Psycho-Anal* 12: 379-389
- Bakelund F, Lundwall L (1975) Dropping out of treatment: A critical review. *Psychol Bull* 82: 738-783
- Barrett MS, Chua W-J, Crits-Christoph P, Gibbons MB, & Thompson D (2008). Early withdrawal from mental health treatment: Implication for psychotherapy practice. *Psychother Theor Res Pract Train* 45: 247-267
- Bergin AE (1963) The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *J Couns Psychol* 10: 244-250
- Betan EJ, Westen D (2009) Countertransference and personality pathology: Development and clinical application of the Countertransference Questionnaire. In: Levy RA, Ablon JS (Hrsg) *Handbook of evidence-based psychodynamic psychotherapy. Bridging the gap between science and practice*, Humana Press, New York, S 179-198
- Breger L (2012) *Psychotherapy lives intersecting*. Transaction Publishers, New Brunswick & London
- Bush M, Meehan W (2011) Should supportive measures and relational variables be considered a part of psychoanalytic technique? Some empirical considerations. *Int J Psychoanal* 92: 377-399
- Carr EM (2006) Epilogue. *Psychoanal Inq* 26: 810-811
- Casement P (2002) *Learning from our mistakes*. Brunner-Routledge, Hove, London
- Caspar F, Kächele H (2008) Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (Hrsg) *Störungsorientierte Psychotherapie. Urban & Fischer, München*, S 729-743
- Chessick R D (1983) *Why psychotherapists fail*. Jason Aronson, Northvale NJ
- Cogan R, Porcerelli JH (2008) Longitudinal study of psychoanalysis: Premature termination by 18 months. Poster presented at the meeting of the American Psychoanalytic Association, January.
- Cooper EM, Hamilton M, Gangure D & Roose SP (2004) Premature termination from psychoanalysis: An investigation of factors contributing to early findings. *J Am Psychoanal Ass* 52: 1233-1234
- Curtis R, Field C, Knaan-Kostman I, Mannix K (2004) What 75 psychoanalysts found helpful and hurtful in their own analyses. *Psychoanal Psychol* 21: 183-202
- Drigalski D, von (1979) *Blumen auf Granit. Eine Irr- und Lehrfahrt durch die deutsche Psychoanalyse*. Ullstein Frankfurt am Main, Berlin, Wien. Neuauflage Libri Books on Demand 2000
- Elkin I, Yamaguchi JL, Arnkoff DB, Glass CR, Sotsky SM, Krupnick JL (1999) "Patient-treatment fit" and early engagement in therapy. *Psychother Res* 9: 437-451
- Ellison R (1952) *Invisible man*. Random House, New York
- Engel K, Meyer AE, Hentze M, Wittern M (1992) Long-term outcome in anorexia nervosa inpatients. In: W Herzog W, Deter HC, Vandereycken W (Hrsg) *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*. Springer, Berlin Heidelberg New York, S 118-132
- Erle, J (1979) An approach to the study of analyzability and analysis: the course of forty consecutive cases selected for supervised analysis. *Psychoanal Quart* 48: 198-228
- Erle J, Goldberg D (1984) Observations on the assessment of analyzability by experienced analysts. *J Am Psychoanal Ass* 32: 715-737
- Fäh M (2002) Wenn Analyse krank macht. Methodenspezifische Nebenwirkungen psychoanalytischer Therapien. In: Märtens M, Petzold H (Hrsg) *Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Matthias-Grünwald Verlag, Mainz, S 109-147
- Feighner JP, Brown SL, Oliver JE (1973) Electroconvulsive therapy. *J Nerv Ment Dis* 157: 121-128
- Fonagy P, Leigh T, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A (1996) The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *J Consult Psychol* 64: 22-31
- Freud S (1905e) Bruchstück einer Hysterieanalyse. *GW Bd V*, S 161-286
- Freud S. (1926d) Hemmung, Symptom und Angst. *GW Bd XIV*, S 111-205
- Freud S (1937c) Die endliche und die unendliche Analyse. *GW Bd XVI*, S 59-99
- Gabbard GO (1989) *Sexual exploitation of professional relationships*. American Psychiatric Press, Washington
- Gabbard GO (1995) Countertransference: The emerging common ground. *Int J Psychoanal* 76: 475-485
- Gardiner M (1971) *Der Wolfsmann vom Wolfsmann*. Fischer, Frankfurt/Main
- Garfield SL (1986) Research on client variables in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley & Sons, New York, S 213-256
- Garfield SL (1994) Research on client variables in psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley & Sons, New York, S 190-228
- Gelso CJ, Hayes JA (2007) *Countertransference and the inner world of the psychotherapist: Perils and possibilities*. Erlbaum, Mahwah, NJ
- Glover E (1955) *The technique of psychoanalysis*. Baillière Tindall & Cox London
- Goldberg A (1990) *The prison house of psychoanalysis*. Analytic Press, Hillsdale, NJ

- Goldberg A (2012) *The analysis of failure: An investigation of failed cases in psychoanalysis and psychotherapy*. Routledge, New York
- Grant J, Sandell R (2004) Close family or mere neighbours? Some empirical data on the differences between psychoanalysis and psychotherapy. In: Richardson P, Kächele H, Rendlund C (Hrsg), *Research on psychoanalytic psychotherapy with adults*. Karnac, London, S 81-108
- Gunderson JG, Frank AF, Ronningstam EF, Wachter S, Lynch VJ, Wolf PJ (1989) Early discontinuance of borderline patients from psychotherapy. *J Nerv Ment Dis* 177: 38-42
- Hamburg D, Bibring G, Fisher C, Stanton A, Wallerstein RS, Weinstock H, Haggard E (1967) Report of ad hoc committee on central fact-gathering data of the American Psychoanalytic Association. *J Am Psychoanal Ass* 15: 841-861
- Hamilton MS, Wininger L, Roose S (2009) Drop-out rate of training cases: Who and when. *J Am Psychoanal Ass* 57: 695-702
- Hendrick I (1967) *Facts and theories of psychoanalysis*, 3. Aufl. A. Knopf, New York
- Henry W, Schacht T, Strupp HH (1986) Structural analysis of social behavior: Application to a study of interpersonal process of differential psychotherapeutic outcome. *J Consult Clin Psychol* 54: 27-31
- Hinshelwood RD (1999) Countertransference. *Int J Psychoanal* 80: 797-818
- Horwitz L (1974) *Clinical prediction in psychotherapy*. Jason Aronson, New York
- Jacobs T (1999) Countertransference past and present: a review of the concept. *Int J Psychoanal* 80: 575-594
- Kächele H (2013) Manualization as tool in psychodynamic psychotherapy research and clinical practice - Commentary on six studies. *Psychoanal Inq* 33: 626-630
- Kächele H, Erhardt I, Seybert C, Buchholz MB (2015) Countertransference as object of empirical research? *Int J Psychoanal* 24: 96-108
- Kächele H, Richter R, Thomä H, Meyer AE (1999) Psychotherapy services in the Federal Republic of Germany. In Miller, Magruder K. (Hrsg) *The cost-effectiveness of psychotherapy: A guide for practioners, researchers and policymakers*. Oxford University Press, Oxford. S 334-344
- Kantrowitz, JL (1986) The role of the patient-analyst "match" in the outcome of psychoanalysis. *Annual Psychoanal* 14: 273-297
- Kantrowitz JL (1993) Outcome research in psychoanalysis; Review and reconsiderations. *J Am Psychoanal* 41: 319-329
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg), Bergin and Garfield's *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley & Sons, New York, S 139-193
- Leuzinger-Bohleber M, Stuhr U, Rüger B, Beutel M (2003) How to study the quality of psychoanalytic treatments and their long term effects on patients well-being. A representative multiperspective follow-up study. In *J Psychoanal* 84: 263-290
- Levine SS (2005) Freud and Dora: 100 years later. *Psychoanal Inq* 25: 1-115
- Liebermann MA, Yalom ID, Miles MB (1973) *Encounter groups*. Basic Books, New York
- Linden M (2012) How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clin Psychol Psychot* 20: 286-296
- Lorion RP, Fellner RE (1986) Research on mental health interventions with the disadvantaged. In: Garfield SL & Bergin AE (Hrsg) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 3. Auflage. Wiley & Sons, New York
- Luborsky L (1975) Clinician's judgments of mental health: specimen case descriptions and forms for the Health-Sickness Rating Scale. *B Menninger Clin* 35: 448-480
- Luborsky L, McLellan AT, Woody GB, O'Brien CP, Auerbach A (1985) Therapists' success and its determinants. *Arch Gen Psychiat* 42: 602-611
- Luborsky L, Diguier L, Luborsky E, McLellan AT, Woody G, Alexander L (1993) Psychological health as predictor of the outcomes of psychotherapy. *J Cons Clin Psychol*: 61, 542-548
- Marmor J (1986) The question of causality. *Commentary/Grünbaum: Foundations of Psychoanalysis. Behav Brain Sci* 9: 249
- Märtens M, Petzold H (Hrsg) (2002). *Therapieschäden*. Matthias-Grünwald Verlag, Mainz
- Novick J (1988) The timing of termination. *Int Rev Psychoanal* 15: 307-318
- Obholzer K (1982) *The Wolf Man: Sixty years later: Conversations with Freud's controversial patient*. Routledge & Kegan Paul, London
- Okiishi JC, Lambert, MJ, Nielson SL, Ogles BM (2003) In search of supershrink: Using patient outcome to identify effective and ineffective therapists. *Clin Psychol Psychot* 10: 361-373
- Pfäfflin F, Kächele H (2000) Müssen Therapeuten diagnostiziert werden? *Persönlichkeitsstörungen* 4: 88-94
- Phillips EL (1985). *Psychotherapy revised: New frontiers in research and practice*. Erlbaum, Hillsdale, NJ
- Piper WE, Joyce AS, Rosie JS, Ogrodniczuk JS, McCazllum M, O'Kelly JK, (1999) Prediction of dropping out in time-limited, interpretive individual psychotherapy. *Psychotherapy* 36: 114-122
- Reder, P. & Tyson, R.L. (1980). Patient dropout from individual psychotherapy. *B Menninger Clin* 44: 229-252
- Reppen J, Schulman M (Hrsg) (2002) *Failures in psychoanalytic treatment*. International Universities Press, Madison

- Ricks D (1974) Supershrink: Methods of a therapist judged successful on the basis of adult outcomes of adolescent patients. In: Ricks D, Roff M, Thomas A (Hrsg) *Life history research in psychopathology* University of Minnesota Press, Minneapolis, S 275-297
- Robbins M (2011) *The primordial man in health and illness*. Routledge, London
- Rogers CP (1951) *Client-centered therapy* Houghton Mifflin, Boston
- Sachs JS (1983) Negative factors in brief psychotherapy. *J Cons Clin Psychol* 51: 557-564
- Sandell R (2012) Research on outcomes of psychoanalysis and psychoanalysis-derived psychotherapies. In: Gabbard GO, Litowitz BE, Kracke WH (Hrsg) *Textbook of Psychoanalysis* (pp 385-404). American Psychiatric Press, Washington DC, S 385-404
- 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 (2007) Therapists' attitudes and patient outcomes: II Therapist attitudes influence change during treatment. *Psychother Res* 17: 201-211
- 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. *Psychol Psychother T* 79: 629-647
- Sashin JI, Eldred SH, Van Amerongen ST (1975) A search for predictive factors in institute supervised cases: A retrospective study of 183 cases from 1959-1966 at the Boston Psychoanalytic Society and Institute. *Int J Psychoanal* 56: 343-359
- Schachter J (Hrsg) (2005) *Transforming lives. Analyst and patient view the power of psychoanalytic treatment*. Rowman and Littlefield, Lanham, MD
- Schachter J, Gorman BS, Kächele H, Pfäfflin F (2013) Comparison of vignette-based ratings of satisfaction with psychoanalytic treatment by training analysts and by non-training analysts. *Psychoanal Psychol* 30: 37-56
- Schachter J, Gorman BS, Pfäfflin, F, Kächele H. A questionnaire/interview comparison of satisfaction with training analysis to satisfaction with analysis by a non-training analyst: Implications for training analysis. *Psychoanalytic Psychology* 31(3): 367-374
- Shapiro D (1976) The analyst's own analysis. *J Am Psychoanal Ass* 24: 5-42
- Sashin JI, Eldred SH, Van Amerongen ST (1975) A search for predictive values in institute supervised cases: A retrospective study of 183 cases from 1959-1966 in the Boston Psychoanalytic Society and Institute. *Int J Psychoanal* 56: 343-359
- Skodol A, Buckley, Charles E (1983) Is there a characteristic pattern to the treatment history of clinical outpatients with borderline personality? *J Nerv Ment Dis* 177: 405-410
- Sledge WH, Moras K Hartley D, Levine M (1990) Effect of time-limited psychotherapy on patient dropout rates. *Am J Psychiat* 147: 1341-1347
- Smith T, Koenigsberg H, Yeomans F, Clarkin J & Selzer M (1993) Predictors of dropout in psychodynamic psychotherapy of borderline personality disorder. Unpublished manuscript. The New York Hospital-Cornell Medical Center, Westchester Division, White Plains, NY
- Sparks WA, Daniels JA & Johnson E (2003) Relationship of referral source, race, and wait time on pre-intake attrition. *Prof Psychol-Res Pr* 34: 514-518
- Stein A (1972) Causes of failure in psychoanalytic psychotherapy. In: Wolman B (Hrsg), *Success and failure in psychoanalysis and psychotherapy*. The Macmillan Company, New York, S 37-52
- Stevenson J, Meares R (1992) An outcome study of psychotherapy for patients with borderline personality disorder. *Am J Psychiat* 149: 358-362
- Straker M (1968) Brief psychotherapy in an outpatient clinic: evolution and evaluation. *Am J Psychiat*: 124, 1219-1225
- Strauß B, Linden M, Haupt M-L, Kaczmarek S (2012) Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. Systematik und Häufigkeit in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 57,5: 385-394
- Striano J (1987) *How to find a good psychotherapist*. Professional Press, Santa Barbara
- Striano J (1988). *Can psychotherapists hurt you*. Professional Press, Santa Barbara
- Strupp HH (1975) Psychoanalysis, focal psychotherapy, and the nature of therapeutic influence. *Arch Gen Psychiat* 32: 127-135
- Strupp HH (1982) Psychoanalytic failure. Reflections on an autobiographical account. *Contemp Psychoanal* 18: 235-258
- Strupp HH, Fox R, Lessler K (1969) *Patients view their psychotherapy*. Johns Hopkins Press, Baltimore
- Strupp HH, Hadley SW, Gomes-Schwartz B (1977) *Psychotherapy for better or worse*. Aronson, New York
- Tessman LH (2003) *The analyst's analyst within*. Analytic Press, Hillsdale, N.J
- Thomä H, Kächele H (2006a) *Psychoanalytische Therapie. Band 1 Grundlagen*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Thomä H, Kächele H (2006b) *Psychoanalytische Therapie. Band 2 Praxis*. Springer Medizin Verlag, Heidelberg
- Waldinger R, Gunderson JG (1987) *Effective psychotherapy with borderline patients. Case studies*. Macmillan, New York

Wallerstein RS (1986) Forty-two lives in treatment. A study of psychoanalysis and psychotherapy. Guilford, New York

Weber JJ, Bachrach HM, Solomon M (1985) Factors associated with the outcome of psychoanalysis. Report of the Columbia Psychoanalytic Center Research Project (II). Int Rev Psychoanal 12: 127-141

Wierzbicki M, Pekarik G (1993) A meta-analysis of psychotherapy dropout. Prof Psychol-Res Pr 24: 190-195

Wolman, BB (Hrsg)(1972) Success and failure in psychoanalysis and psychotherapy. Macmillan, New York

Korrespondenzadresse: Horst Kächele, Dr.med, Dr.phil.
International Psychoanalytic University, Stromstr. 3, 10555 Berlin, Deutschland.
E-Mail: horst.kaechele@ipu-berlin.de