

Kächele H & Hilgers M (2012) Spezifische Nebenwirkungen bei psychodynamischer Psychotherapie. In Linden M, Strauss B (Hrsg) *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Berlin, Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, S. 41-57

Spezifische Nebenwirkungen bei psychodynamischer Psychotherapie

Horst Kächele & Micha Hilgers

Inhaltsverzeichnis

Einleitung

Begriffsbestimmungen

Nebenwirkungen

Unmittelbare unerwünschte Wirkungen und Schäden

Verschlechterung bestehender Symptomatik infolge von unpassenden Deutungen

Chronifizierung bestehender Symptome

Unerwünschte Nebenwirkungen ohne Vorliegen von Behandlungsfehlern

Auftreten neuer Symptome

Die unerwünschte Abhängigkeit vom Therapeuten mit Auftreten von Suizidalität

Überforderung des Patienten durch vom Therapeuten verwandte rigide Technik

Unerwünschte Nebenwirkung durch (unbewusste) Über-Ich-Interventionen des Therapeuten

Nebenwirkungen durch grobe Regelverletzungen

Vertrauensverlust des Patienten durch Enttäuschungen in der Therapie und Korrektur durch Anpassung an den Patienten

Bleibende nachteilige Persönlichkeitsveränderungen („Psychotherapiedefekt“)

Partner, Angehörige und Kinder: Nachteile oder Schäden in der sozialen Umwelt

Spezifische Nebenwirkungen bei Gruppentherapie und stationären Behandlungen

Spezifische Nebenwirkungen stationärer Behandlungen von Kindern und Jugendlichen

Aufklärung der Patienten zu Beginn und während der Behandlung

Empfehlung für den Umgang mit Nebenwirkungen

Einleitung

Das Feld der Psychodynamischen Psychotherapie umfasst heute vielfältige Ansätze, die zum Beispiel im Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapie von Reimer und Rüger (2006) dargestellt sind. Jede wissenschaftlich fundierte medizinisch-psychotherapeutische Behandlung zielt auf positive Effekte hinsichtlich Symptome und - speziell bei psychodynamischen Therapien – Verbesserung der Beziehungen, der Lebensqualität und der Sinnfindung ab. Dabei können jedoch negative Ergebnisse (keine Verbesserung oder gar Verschlechterung) ebenso wenig ausgeschlossen werden, wie unerwünschte Nebenwirkungen neben grundsätzlichem Therapieerfolg. Zu unterscheiden ist daher in Anlehnung an Hoffmann et al (2008):

- Therapieerfolg hinsichtlich definierter Ziele und Effekte ohne unerwünschte Nebenwirkungen, jedoch mit häufig geschilderten positiven Nebenwirkungen wie etwa Verbesserung der allgemeinen Beziehungsgestaltung oder des Berufserfolgs.

Beispiel: In einer australischen Nachuntersuchung von Psychoanalyse-Patienten berichteten die männlichen Patienten von überaus positiven Auswirkungen ihrer Behandlung auf ihre berufliche Tätigkeit, die sie im Zusammenhang mit dem Rollenmodell ihres Analytikers sehen.

- Therapieerfolg mit unerwünschten Nebenwirkungen.
Beispiel: Eine 15jährige anorektische Patientin gibt ihr restriktives Essverhalten auf, wird jedoch rebellisch gegenüber Eltern und Autoritäten und lebt fortan außerhäuslich untergebracht bei nunmehr mäßigen schulischen Leistungen.
- Misserfolg als unzureichendes oder gänzlich fehlendes Erreichen der in der Therapie explizit
- und implizit angestrebten Ziele. Hierzu zählen auch deutliche Verschlechterung der Symptomatik. Unerwünschte Nebenwirkungen können zudem das Gesamtergebnis noch verschlechtern.

Spezifische (negative) Nebenwirkungen – im Unterschied zu den allgemeinen Nebenwirkungen von Psychotherapie als Behandlungsmethode – variieren mit den Charakteristika der jeweiligen methodischen Modelle und ihrer Anwendungen (also zum Beispiel Verhaltenstherapie, Systemische Therapie, psychodynamische Verfahren). Dabei ist für die Bewertung der Nebenwirkungen der unterschiedlichen Verfahren eine korrekte Indikation bedeutsam. (vergl. hierzu z.B. Kächele u. Kordy 2011) .

Wir konzentrieren uns auf unerwünschte Nebenwirkungen psychodynamischer Verfahren als das Auftreten anderer und zwar nachteiliger Effekte an Stelle oder neben den angestrebten Therapiezielen. Therapieschäden, also das Auftreten unerwarteter, anhaltender und für den Patienten erheblich nachteiliger Auswirkungen der Therapie, bleiben hier weitgehend unberücksichtigt, ebenso wie Misserfolge durch zum Beispiel unpassende Indikation, fehlerhafte Technik bei korrekter Indikation oder ungünstige Passung von Therapeut und Patient oder Patient und Gruppe (vgl. hierzu Märtens u. Petzold 2002, Caspar u. Kächele 2008, Hoffmann et al 2008, Hilgers 2009).

Begriffsbestimmungen

Risiken einer therapeutischen Behandlung sind mögliche negative Folgen, also keine Verbesserung oder Verschlechterungen bei Eingangssymptomen oder neue Beschwerden, sowie ungünstige Nebenwirkungen.

Schäden einer psychotherapeutischen Behandlung sind Verschlechterungen, die sowohl bei korrekter Indikation und Technik auftreten können als auch bei Fehlern des Behandlers. Davon sind Schädigungen zu unterscheiden, die im Kontext mit Übergriffen des Behandlers auftreten.

Unter *Nebenwirkungen* verstehen wir Auswirkungen therapeutischer Angebote bei korrekter Indikation und Technik, die nicht Ziel der jeweiligen Methode, ihrer Differentialindikation und ihrer Rahmenbedingungen sind, aber dennoch auftreten. Hierzu zählen durchaus auch positive Auswirkungen, die wir hier nur beispielhaft erwähnen, obwohl sie in einer allgemeinen Betrachtung von Nebenwirkungen durchaus zu berücksichtigen wären (ausführlich zu den Begriffsbestimmungen Hoffmann et al 2008 und Hilgers 2009).

Micha Hilgers 31.7.2011 18:08
Kommentar [1]: Literaturangabe fehlt

Micha Hilgers 31.7.2011 18:08
Kommentar [2]: ,

Micha Hilgers 31.7.2011 18:08
Kommentar [3]: o

Nebenwirkungen

Im Folgenden konzentrieren wir uns auf nachteilige Effekte, die nicht mit den angestrebten Therapiezielen verknüpft sind – oder ihnen gar zuwiderlaufen.

Beispiel: Eine depressive Pat. sucht Hilfe, von der sie erfolgreich profitiert, so dass sie Wünsche und Forderungen expliziter formuliert und konfliktfreudiger wird. Folge ist die Destabilisierung einer Freundschaft, was sie wiederum in eine erneute depressive Krise stürzt. Meint: Die Übergänge von Nebenwirkungen, mangelndem Erfolg und Schäden sind häufig fließend.

Ein Charakteristikum der psychodynamischen Therapien macht es allerdings schwierig, solche nachteiligen Effekte von so genannten Haupteffekten zu sondern: Denn tatsächlich ist die Ergebnisoffenheit der therapeutischen Arbeit ein prominentes Merkmal psychodynamischen Arbeitens schlechthin. Die Formulierung Freuds aus „Die endliche und unendliche Analyse“ (1937c, S. 96) operationalisiert nur abstrakt das Ziel jeder psychoanalytischen Behandlung: "Die Analyse soll die für die Ich-Funktionen günstigen psychologischen Bedingungen herstellen; damit wäre ihre Aufgabe erledigt". Wie dieses allgemeine Ziel erreicht werden kann, ist jedoch in jedem Einzelfall zu klären. In Anlehnung an das Ulmer Prozessmodell (Thomä u. Kächele 2006a, Kap. 9) entsteht zu Beginn jeder Sitzung einer psychodynamischen Therapie – ob in Einzel- oder Gruppensetting – eine konstruktive Unsicherheit, was wohl Thema oder Fokus der anstehenden Therapieeinheit sein könnte. Grundsätzlich unterliegen demnach auch vereinbarte Ziele potentieller Veränderung.

Beispiel: In einer Gruppentherapie profitiert ein depressives Mitglied deutlich, lernt Abgrenzungs- und Konfliktstrategien und freut sich über die neu gewonnenen Kompetenzen (erwünschter Haupteffekt). Zugleich stellt es fest, dass daheim der Ehepartner keineswegs erfreut auf die neuen Verhaltensweisen reagiert, was die Partnerschaft destabilisiert (negative Nebenwirkung) und einen erneuten depressiven Einbruch provoziert (Gefahr eines negativen Ergebnisses). Der Fokus richtet sich daraufhin auf die Ehekrise (zeitweilige Modifikation des Therapiezieles).

Das Beispiel ist insofern prototypisch für psychodynamische Therapie, weil in ihrem Zentrum der Umgang mit und die Gestaltung von Beziehungen steht: Charakteristikum psychodynamischer Therapie ist neben der Ergebnisoffenheit die Fokussierung auf die therapeutische oder Übertragungsbeziehung als therapeutisches Agens.

Aus diesem Grund ist die Unterscheidung von Lebens- und Behandlungszielen hilfreich (Ticho 1971). Im Unterschied zu - zum Beispiel - verhaltenstherapeutischen Ansätzen steht hinter der vordergründigen Veränderung einer klinischen Symptomatik bei psychodynamischen Ansätzen immer auch die Frage nach Lebenszielen und (Sinn-)Inhalten: Im Vordergrund mag die symptomatische Besserung zum Beispiel eines phobischen Verhaltens als Therapieziel stehen; die tatsächliche Bewertung einer Symptomverbesserung erklärt sich jedoch erst im Kontext der Lebenssituation der Patientin. Die Notwendigkeit, von Anfang an (und gegebenenfalls immer wieder aufs Neue) konkrete Ziele der Behandlung mit dem Patienten zu erörtern („was genau möchten Sie mit dieser Behandlung erreichen?“ und „wie sähe Ihr heutiger Tag ohne diese Symptome aus?“) wird nach unserer Erfahrung bislang häufig versäumt. Psychodynamiker scheinen stattdessen zu fürchten, der Patient könne dann zu zielbezogen vom Therapeuten die Einlösung des Versprechens fordern oder gar vorwürflich werden. Tatsächlich ergibt sich hier die Gelegenheit, sich gelassen dem Übertragungsgeschehen zu stellen und modellhaft mit Konflikten umzugehen. Das gilt natürlich vor allem für jene Ergebnisse, die nicht als Therapieziele vereinbart wurden, sondern als Nebenwirkungen auftreten und zurecht vom Patienten als irritierend oder ärgerlich erlebt werden (schließlich sucht niemand therapeutische Hilfe wegen einer Depression, um am Ende mit dem Scheitern seiner Ehe konfrontiert zu sein). Wir werden daher weiter unten auf die unverzichtbare Aufklärung des Patienten über mögliche Nebenwirkungen eingehen.

In Abwägung von Behandlungsvorteilen und Behandlungsrisiken wird eine Reihe von negativen

Begleiterscheinungen einer Therapie gesehen, für die wir im Folgenden Beispiele aus dem Kontext psychodynamischer Therapie geben.

Unmittelbare unerwünschte Wirkungen und Schäden

Von den hier in Rede stehenden unerwünschten Nebenwirkungen sind direkte Schädigungen durch therapeutische Fehler (nicht Übergriffe!), (zeitlich) unpassende, taktlose oder beschämende Interventionen zu unterscheiden. Ausführliche Erörterungen zu taktvollem Vorgehen und Umgang mit Scham in therapeutischen Settings liefert Hilgers (2006). Zwar mag die Indikation für das gewählte Verfahren zutreffen, psychodynamische Hypothese der Erkrankung, Technik oder Vorgehen sind jedoch defizitär. Wir liefern zwei Beispiele.

Verschlechterung bestehender Symptomatik infolge von unpassenden Deutungen

Die Frage, ob unpassende, inexakte Interventionen sich für Patienten schädlich auswirken, wird oft verneint. Man geht fälschlich davon aus, dass sie bestenfalls nichts bewirken. Ein dramatisches Beispiel stammt aus der Beratungsstelle für Studierende der Universität Göttingen (Sperling 1964):

Beispiel: Der gut ausgebildete und angesehene Psychoanalytiker konfrontierte eine junge Studentin mit Anorexia nervosa zu früh mit ihrem vermutetem Zentralproblem: sie wolle wohl nicht erwachsen werden. Ihre Reaktion auf diese Interpretation war: „Ja, wenn das so ist“, worauf sie verstummte und ohne äußerliche Zeichen großer innerer Erregung in einen psychogenen Stupor eintrat, der nach einer halben Stunde in ein peripheres Kreislaufversagen mündete, welches auch in der gegenüberliegende Uniklinik nicht mehr beherrscht werden konnte und tödlich endete (zit. nach Kächele 1970, S.119).

•Chronifizierung bestehender Symptome

Aus Fehlschlägen und Nebenwirkungen lässt sich viel lernen; ihre detaillierte Untersuchung kann – im wahrsten Sinn des Wortes – die Augen öffnen. Nicht immer ist die Passung zwischen Patientin und Therapeutin gegeben:

Beispiel: Im Einvernehmen mit ihrer Therapeutin konsultierte eine 37jährige Patientin einen der Autoren (H.K.) wegen eines anhaltenden therapeutischen Stillstands. Die Vergeblichkeit des therapeutischen Bemühens wurde von beiden Seiten erlebt, führte jedoch zu unterschiedlichen Schlüssen. Die Patientin wollte keineswegs aufhören, ihre Therapeutin hingegen empfahl eine Pause und stellte einen späteren Wechsel zu einem männlichen Therapeuten anheim. Zu dieser resignierenden Sichtweise hatte geführt, dass alle Bemühungen, der diffus-ängstlichen Patientin mit einer depressiven Grundstimmung etwas Gutes (!) zu vermitteln, anscheinend scheiterten. Die chronische Unzufriedenheit mit sich und ihren Lebensumständen, die von einem Grundgefühl des Mangels bestimmt war, blieb über fast 2 Jahre unzugänglich. Da die Patientin jede Einsicht in unbewusste Konflikte mit einer Verschlechterung beantwortete, wurde eine negative therapeutische Reaktion diagnostiziert.

Bei der Konsultation beklagte die Patientin in verbitterter Weise, dass sie in der nun schon fast zwei Jahre dauernden Behandlung immer angestrengt (!) mitgemacht habe. Nach all der Zeit müsse sie jedoch feststellen, dass sich noch nichts an dem grundsätzlichen Problem ihrer Unzufriedenheit mit sich selbst und ihrem Versagensgefühl geändert habe. Ich erkundigte mich nach der Gestalt der therapeutischen Beziehung aus der Sicht der Patientin und stellte fest, dass es eine große Zahl von kritischen Fragen gab, die die Patientin nicht zu stellen gewagt hatte, insbesondere solche, die die Person der Therapeutin betrafen. Mein zusammenfassender Eindruck war, dass die Patientin nicht genügend ermutigt wurde, die aus der Mutterbeziehung stammende negative Übertragung auszutragen.

Die Diagnose einer negativen therapeutischen Reaktion eröffnet zwei mögliche Perspektiven: Entweder wird der Patientin einseitig alle Verantwortung für den bisherigen Fehlschlag zugeschoben, was an sich einen immanenten Fehler einer psychodynamisch-beziehungsorientierten Therapie bedeutet; Oder beide – Patientin wie Therapeutin - wenden sich der Frage zu, welche interaktionellen Verfestigungen dazu geführt haben, dass die bestehenden Schwierigkeiten der Patientin nicht mehr günstig beeinflusst werden konnten

(nach Thomä & Kächele 2006, S.154ff). Dies wirft die Frage nach der Technik der Behandlerin auf: Könnte es sein, dass sie, ohne es zu bemerken, mit ihren Interventionen die Über-Ich-Strenge der Patientin eher noch unterstützte, statt sich auf die Seite des (geschwächten) Ichs zu stellen? In diesem Fall würden die Bemühungen, der Patientin etwas Gutes zu tun, eher wie strenge Forderungen wirken, nun doch endlich von der Behandlung zu profitieren und sich (quasi gefälligst) dementsprechend anzustrengen. Die Interventionen werden dann als Misshandlungen oder Schläge erlebt, die die vorgebliche Unwertigkeit oder die Unzufriedenheit mit sich selbst noch unterstreichen (vgl. Novick & Novick 1996, Hilgers 2006, S. 148-153).

Unerwünschte Nebenwirkungen ohne Vorliegen von Behandlungsfehlern

Auftreten neuer Symptome

In aller Regel ist das Auftreten neuer Symptome irritierend, besonders, wenn die Behandlung bis dato erfolgreich zu verlaufen schien. Wenn die Symptome tatsächlich neu sind und nicht etwa nur bisher verschwiegen wurden, wie etwa bei übermäßigem Alkoholkonsum häufig, kann es sich entweder um Beschwerden handeln, die wegen des bisherigen Lebens- und Abwehrverhaltens des Patienten schlechthin nicht auftreten konnten.

Beispiel: Ein zwanghaft strukturierter 40jähriger Patient mit hohem Kontrollbedürfnis entwickelt Humor, größere Gelassenheit angesichts der Unwägbarkeiten des Alltags und freut sich auf die Geburt seines ersten Sohnes. Bereits einige Wochen nach Entbindung seiner Frau, mit der er sich gut versteht, fühlt sich der Patient niedergeschlagen, unkonzentriert, antriebsloser und weniger motiviert. Es stellt sich heraus, dass der Patient erstmals ernsthaft Fragen von Endlichkeit, altersbedingten Abbauprozessen und eingeschränkten Möglichkeiten realisiert: „Soll das jetzt alles gewesen sein?“ „Wenn der zwanzig ist, bin ich sechzig“, womit er verbindet, dass ihm dann sein erwachsener Sohn in vielen Bereichen überlegen sein wird.

Im vorliegenden Fall dürfte die depressive Reaktion auch ohne Therapie aufgetreten sein; es handelt sich also nicht um eine Nebenwirkung der Behandlung. Allenfalls realisiert der Patient akzentuierter seine begrenzten Perspektiven und Möglichkeiten durch die Schärfung von Introspektion als allgemeine Wirkung des Verfahrens.

Anders verhält es sich, wenn die neuen Symptome in unmittelbarem Kontext des Behandlungsverlaufs stehen. Bekannt sind Verschlechterungen oder neue Symptome angesichts des absehbaren Endes einer Behandlung: der Patient realisiert, bald wieder ohne professionelle Hilfe zu Recht kommen zu müssen, was ihn ängstigt und mithin Symptome evoziert. Ohne Behandlung wären diese Symptome nicht aufgetreten; es handelt sich um eine echte und häufige unerwünschte Nebenwirkung, die jedoch nicht spezifisch für psychodynamische Settings ist.

Typisch für psychodynamische Verfahren ist die Infragestellung oder überkritische Sicht bisheriger sozialer Kontakte:

Beispiel: Bei gelingender Therapie fühlt sich der Patient verstanden, in hochfrequenten Settings mag er – neben allen Zumutungen, die er durch Spiegelung, Deutung und Konfrontation erfährt – die Intensität und Intimität des Kontakts zu seinem Behandler genießen. Im ungünstigen Fall entwickelt der Patient eine Norm, sozusagen einen Qualitätsstandard für seine außertherapeutischen Beziehungen und Freundschaften, gemessen an der therapeutischen Beziehung. In der Folge beklagt er viele bisherige Kontakte als flach, oberflächlich oder wenig empathisch und stellt diese in Frage, was eine ernsthafte Bedrohung seiner sozialen Einbindung bedeuten kann.

Ärger sind Verformungen, die in der Regel nach langjährigen Behandlungen auftreten und es dem Patienten fast unmöglich machen, alltägliche Dialoge ohne tiefgründige Bemerkungen oder Hinterfragungen zu führen, die im günstigsten Fall dazu führen, dass man den Patienten ein bisschen schrullig findet. Im ungünstigen Fall scheint diese Nebenwirkung die fatale Aussage zu bestätigen, ein analysierter Patient könne nur noch mit seinesgleichen verkehren. Dann zieht die psychodynamische Therapie eine anhaltende

Persönlichkeitsveränderung als Nebenwirkung nach sich, die jedoch in einer Einzeltherapie gar nicht auffallen muss, da es ja dort explizit um Selbstreflexion und die Bearbeitung der Metaebenen geht. Dies gilt nicht nur für Patienten, sondern auch für im Rahmen ihrer Ausbildung lehranalytisierte KollegInnen, wie das folgende Beispiel einer Verformung zeigt.

Beispiel: Auf einer Party wurde einer der Autoren (M.H.) mit einem leichten Schnupfen von einer analytischen Kollegin mit bedeutungsvollem Blick und gesenkter Stimme ungefragt angesprochen: "Vor der Krankheit kommt die Kränkung!" (Beispiel aus Hilgers 2009, S. 15).

Allerdings ist dies zugleich ein wichtiger Beweggrund, gelegentlich mit dem Patienten ein wenig small talk zu betreiben, wenn man ihn zum Beispiel im Wartezimmer abholt, er eine Zeitung oder ein Buch beiseite legt und man wie beiläufig (oder ganz normal!) auf die Lektüre, das Wetter oder sein neues Auto, das vor der Tür geparkt steht, zu sprechen kommt: Ist ein lockeres Gespräch möglich oder beeilt sich der Patient, die Zeitungslektüre mit Verdrängung und das neue Auto mit Potenzfragen zu verknüpfen? Das allerdings setzt voraus, dass wenigstens der Behandler die Fähigkeit besitzt, sich normal zu verhalten!

• Die unerwünschte Abhängigkeit vom Therapeuten mit Auftreten von Suizidalität

Die Übertragung und deren Interpretation stellt das Kernmerkmal psychodynamischer Therapien dar. Diese stellt sich, schreibt Freud (1910a, S. 55), in allen menschlichen Beziehungen ebenso wie im Verhältnis des Kranken zum Arzt spontan her. Sie ist überall der eigentliche Träger der therapeutischen Beeinflussung. Allerdings wirkt sie umso stärker, je weniger man ihr Vorhandensein ahnt. Dies kann unerwünschte Folgen in Form stark erotisierter Übertragung nach sich ziehen.

Beispiel: Eine 33-jährige unverheiratete Frau wurde wegen häufiger depressiver Verstimmungen, die bereits mehrmals zu suizidalen Handlungen geführt hatten, zur analytischen Therapie überwiesen. Im Erstgespräch appellierte die Patientin erfolgreich an die Hilfsbereitschaft des fast gleichaltrigen Therapeuten, der ihr eine Therapie mit dem Ziel anbot, eine konfliktfreiere Lösung von der Mutter zu ermöglichen und darüber hinaus zu einer konfliktärmeren zu Männern zu gelangen. Im Verlauf entwickelte sich eine intensive, jedoch verdeckte erotisierte Übertragungsbeziehung, die zu wiederholten suizidalen ‚enactments‘ führte. Die Behandlung musste schließlich abgebrochen werden (Thomä & Kächele, 2006, Kap.2.2.4).

Allerdings kann es sich in solchen Fällen um unerwünschte Nebenwirkungen in Folge fehlerhafter Indikation zugunsten einer Einzel- statt einer Gruppentherapie handeln. Besonders wenn es sich um eine gegengeschlechtliche Passung von Therapeut und Patient handelt, der Patient keine Partnerschaft unterhält und zudem sozial isoliert ist, wird die therapeutische Als-Ob-Beziehung für den Patienten rasch zum Realkontakt, der das Abstinenzgebot (keine unmittelbare Bedürfnisbefriedigung in der Therapie) verletzt – ganz gleich wie zurückhaltend sich der Behandler verhält. Eine Gruppentherapie verhindert eine zu große erotische Idealisierung des Therapeuten und erfordert die Auseinandersetzung mit anderen „realen“ Personen, was die Nebenwirkung zu großer Abhängigkeit vom Therapeuten weniger wahrscheinlich macht oder geringer ausfallen lässt..

• Überforderung des Patienten durch vom Therapeuten verwandte rigide Technik

Die geglückte Handhabung von Übertragung und Realität in psychoanalytisch-psychodynamischen Behandlungen stellt ein immer wieder neu zu lösendes Dilemma dar. Denn je klassischer die Zentrierung der Arbeit auf die Übertragungsbeziehung, desto sicherer muss man zugleich sein, dass sich menschliche Wertschätzung und Anerkennung der Individualität des Patienten von selbst versteht.

Beispiel: Die lange Zeit sehr mühselige Behandlung eines adoleszenten Patienten durch einen sehr erfahrenen Psychoanalytiker wird hinsichtlich des mangelnden Eingehens auf die Eigenarten des Patienten kritisch beurteilt. „In der Behandlung hatte der Analytiker direkte Anerkennungen aus zwei Gründen unterlassen: erstens um den Patienten nicht zu beeinflussen und zweitens aufgrund der Annahme, das

Micha Hilgers 31.7.2011 18:08

Kommentar [4]:

sich seine positive Einstellung zu seiner Sexualität und Aggressivität von selbst versteht und keiner ausdrücklichen Erwähnung bedürftig“ (Thomä & Kächele 2006b, S.396).

Leuzinger-Bohleber (1989) stellt ebenfalls kritisch zur Technik in dieser Behandlung folgendes fest: „Der Patient prägte für Übertragungspänomene den Ausdruck „Verwechslungen“ und stellte fest, dass er gemerkt habe, wie diese „Verwechslungen“ vom Analytiker gefördert, für ihn aber immer verwirrender wurde. Der Analytiker habe in diesem Zusammenhang von einer „Beziehung“ geredet, doch dies lehnte er stets ab, weil er unter Beziehung etwas Wechselseitiges verstehe und in der „Verwechslung“ nichts dergleichen sich vorstellen konnte“ (S.209).

Eindeutig fehlerhaft ist hier, sich nicht auf den Sprachgebrauch des Patienten einzulassen. Tatsächlich erkennt der Patient ja mit „Verwechslung“ das Wesen des Übertragungsgeschehens – Kern einer psychodynamischen Behandlung. Bereits hierfür hätte er – eventuell mehr als ein erwachsener Patient mittleren oder reifen Alters – Anerkennung verdient. Überhaupt scheint uns, dass sich viele psychodynamische Therapeuten mit Anerkennung und Lob schwer tun, in der irrigen Annahme, dies münde zwangsläufig in unerwünschte Abhängigkeit oder Verletzung des Abstinenzgebots. Tatsächlich lautet hier wie überhaupt die Maxime therapeutischen Handelns: Was fördert den analytischen Prozess? Sollte dies eine Tasse Kaffee für einen erschöpften, müden oder Regen durchnässten Patienten sein, steht der Befriedigung dieses Bedürfnisses nichts im Wege, sofern damit der weitere Verlauf gefördert wird. Erfahrungsgemäß erinnern Patienten solche menschlichen Gesten und erwähnen sie dankbar noch im Abschluss der Therapie.

Unerwünschte Nebenwirkungen können sich demnach aus allzu rigidem Festhalten an vermeintlichen therapeutischen Standards ergeben, die dann jedoch eher Ausdruck der Unsicherheit des Behandlers sind, der fürchtet Fehler zu machen und diese dann offen mit seinem Patienten erörtern zu müssen (wir liefern hierzu ein Beispiel weiter unten). Diese professionelle Über-Ich-Strenge scheint uns eine Nebenwirkung der oft ebenfalls strengen Ausbildungsverhältnisse zu sein, so dass psychodynamische Therapeuten oft Jahre benötigen, um ihren Stil zu finden und – ohne sich vor ihren verinnerlichten Lehranalytikern und Supervisoren rechtfertigen zu müssen - selbst verantwortliche und freie Entscheidungen treffen zu können (kritisch zur Ausbildung Cremerius 1984, Kernberg 1998, Hilgers 2010).

• Unerwünschte Nebenwirkung durch (unbewusste) Über-Ich-Interventionen des Therapeuten

Manchmal ist gut gemeint, wenn Therapeuten glauben, ihrem Patienten etwas raten zu müssen, und doch sind gute Ratschläge manchmal folgenreich:

Beispiel: Ein Patient kommt in einer Zweit-Behandlung immer wieder auf das "Trauma" bei der Behandlung durch Dr. S. zurück, von dem er wegen sehr multiplen Frauenbeziehungen zu einem Monogamie-Gebot verpflichtet wurde. Mit etwas Unterstützung und Lockerheit durch einen ‚Vater‘, dass man auch mal über den Zaun gucken darf, wäre dem Patient damals vermutlich geholfen worden, zumal er mit Hilfe dieses Therapeuten Dr. S. die sehr schmerzliche und belastende Trennung von seiner Frau überstanden hatte.

Andererseits kann die Unterlassung milder oder auch nachdrücklicher Forderungen oder Warnungen ebenfalls zu unerwünschten Nebenwirkungen führen.

Beispiel: Eine bulimische Frau, Mitte vierzig, profitierte von der analytischen Langzeitbehandlung und gab schließlich Essanfälle mit nachfolgendem Erbrechen gänzlich auf, achtete jedoch weiterhin streng auf ihr Gewicht und behielt eine Körperschemastörung. Verließ ihr Leben zu Beginn der Behandlung in eintönigen Bahnen, so gab sie dies auf, ließ sich scheiden, nahm sexuelle Aktivitäten auf und heiratete schließlich ihren neuen Partner. Ihre sexuellen Abenteuer vor dem Kennen lernen ihres Mannes schienen ihr jedoch zu reizvoll und die Gefahr, erneut in Eintönigkeit zu verfallen so erheblich, dass sie eine wilde heimliche Affäre begann, die ihre Ehe und neue Lebenssituation gefährdete. Darauf und auf die Hintergründe einer eventuell abgewährten depressiven Reaktion wurde die Patientin nachdrücklich, aber erfolglos hingewiesen. Zudem wurde die Patientin mit der eventuellen Verschiebung einer erotisierten

Übertragung konfrontiert. Letzten Endes scheiterte ihre Ehe nach Beendigung der Behandlung.

Nebenwirkungen durch grobe Regelverletzungen:

Von unerwünschten Nebenwirkungen, die bei mehr oder weniger korrektem technischen Verhalten des Therapeuten auftreten können, sind regressive Fehlentwicklungen zu unterscheiden, die direkt durch Verletzungen von Rahmenbedingungen oder Abstinenzgebot durch den Behandler provoziert werden. Ihr Extrem ist der sexuelle Übergriff. Mildere Formen der Vermischung von Heilsideen, Befriedigung erotischer Gefühle des Therapeuten und einer Haltung des ‚catch as catch can‘ finden sich immer wieder sowohl im stationären wie ambulanten Bereich. Immer mal wieder erfahren wir in Supervisionen wenig erfahrener Kolleginnen die Aufnahme in den häuslichen Bereich des Behandlers bei gegengeschlechtlichen Patienten – wie immer in solchen Fällen durch hehre sozial-psychiatrische oder mildtätige Ideale gerechtfertigt.

Ein Musterbeispiel einer scheiternden psychoanalytischen Behandlung infolge auch von erheblichen Behandlungsfehlern ist die Analyse von Marilyn Monroe durch den renommierten Psychoanalytiker Ralph Greenson. Dieser „verschrieb der Patientin Medikamente, nahm sie immer wieder zur Krisenintervention in seine Wohnung und Familie auf, benutzte seine Tochter als Betreuerin, wenn die Patientin suizidal war, intervenierte bei den Filmproduzenten – um nur einige der größten Setting- und Abstinenzverletzungen zu erwähnen –, es entwickelte sich eine „folie à deux“, in der die Monroe total regredierte und völlig von Greenson abhängig wurde, dieser wiederum sich offenbar ihrem Einfluss nicht entziehen und keine Grenzen setzen konnte“ (Fäh 2011).

Vertrauensverlust des Patienten durch Enttäuschungen in der Therapie und Korrektur durch Anpassung an den Patienten

Bei aller Sorgfalt unterlaufen dem Behandler dennoch Fehler: Verwechslungen von Namen, das Vergessen eines Geschwisters oder dass ein Angehöriger bereits verstorben ist oder umgekehrt noch lebt. Dies alles kann man einer Untersuchung der psychodynamischen Hintergründe des Patienten und der Übertragungsbeziehung zuführen – nachträglich, nachdem man zunächst frank und frei seinen Fehler einräumte und sich offen der Kritik des Patienten stellte. Andernfalls verbarrikiert man sich hinter einer vermeintlichen Methode, anstatt ein Modell zu liefern, wie man mit beschämenden Fehlern umgehen kann. Denn Fehler des Behandlers sind alltäglicher und unvermeidlicher Teil einer Behandlung und zeichnen ihre menschliche Seite aus. Die damit verbundenen eventuellen Nebenwirkungen sind es auch. Weder kommt es darauf an, zwanghaft jede schuldhaft Verstrickung zu vermeiden und damit in jene karikaturhafte Starre zu verfallen, die uns zu sprechenden Attrappen mutieren ließe (Moser 1986), noch jeden Fehler flugs in flotte Deutungen der Empörung oder Enttäuschung des Patienten zu verwandeln. In diesem Sinne sind Kränkungen durch Fehler des Behandlers unvermeidlicher Teil jeder Behandlung – und realistisches Abbild jeder menschlichen Beziehung. Dies allerdings konfrontiert Behandler wie Patient mit Fehlern, Macken und Eigenarten des Therapeuten, eben weil es menschlich zugeht. Spätestens hier ist die Scham- und Schuldtoleranz des Therapeuten gefragt – und die Milde des Patienten (sollte diese nicht wirksam werden und der Patient Fehler seines Therapeuten unnachgiebig verfolgen, wäre auch das ein wichtiges Thema der Behandlung).

Beispiel: Ein in seinem Beziehungsverhalten deutlich schizoider Patient suchte einen der Autoren (M.H.) nach einem Ultimatum seiner Ehefrau auf. Im Rahmen der Langzeittherapie offenbarte sich seine fast völlige sexuelle Verweigerung, nächtliches Internetsurfen auf Pornoseiten, Lesen in den Morgenstunden, was zu frühem abendlichen Einschlafen und Rückzug von Frau und den noch kleinen Kindern führte. Der Patient pflegte seinen Behandler zu kontrollieren, reagierte unwillig auf Fragen oder nicht von ihm direkt gewählte Themen („können wir jetzt weitermachen?!“). Deutlich aggressiver quittierte er Eigenleben von Frau, Kindern und Freunden, so dass er mehrfach aufgefordert wurde, seine aggressiven Impulsdurchbrüche zu zügeln. Dabei „wusste“ der Patient durchgängig viel, änderte aber kaum etwas, sondern verharrte in anhaltenden Intellektualisierungen. Anlässlich zunehmend quälender

Schilderungen über sein nicht vorhandenes Sexualleben schief ich kurz ein, nachdem schon vorher deutliche Müdigkeitsreaktionen aufgetreten waren. In der nächsten Stunde verlangte der Patient empört Erklärungen. Er insistierte, dass es sich hierbei doch wohl nicht nur um - von ihm eingeräumte - Gegenübertragungsreaktionen handeln würde, angesichts seines nicht sehr aufweckenden Sexuallebens. Die Debatte verlief für mich nicht unbedingt komfortabel, andererseits fühlte ich mich plötzlich erstaunlich wach und wie elektrisiert – eben in Beziehung. Der Patient bestand auf einer Erklärung, die er auch erhielt: Das Einschlafen habe sicher nicht nur an seinem Thema gelegen, sondern auch an einem Hausbau, der dem Patienten auch bekannt war. Ich entschuldigte mich nachdrücklich und versicherte, nicht rasch zu Interpretationen seines (müden) Sexualverhaltens übergehen zu wollen, noch diese jedoch gänzlich zu ignorieren. Diese Sequenz belebte nachdrücklich die Sitzungen, führte aber auch dazu, dass der Patient fortan sitzen wollte, um zu sehen, ob ich noch wach sei (Beispiel ausführlich in Hilgers 2009, S. 19-21).

Bleibende nachteilige Persönlichkeitsveränderungen („Psychotherapiedefekt“)

Die Auswirkungen sexuellen Missbrauchs während einer Psychotherapie sind ausführlich dokumentiert. Andere erheblich schädigende bleibende Persönlichkeitsveränderungen als Folge einer Fehlindizierten Behandlung werden wenig berichtet.

Beispiel: Eine mit einer geburtsbedingten Behinderung aus einem schwierigen sozialen Umfeld stammende Lehrerin, die sich trotz widriger Bedingungen hochgekämpft hatte, wird in eine hochfrequente psychoanalytische Therapie genommen. In dem Maße, wie ihr durch die Behandlung das ganze Ausmaß ihrer negativen und sehr belastenden Früh-Erfahrungen deutlich wird, wächst ihr Grundgefühl, nicht nur durch die Behinderung, sondern durch alle möglichen widrigen Umstände überhaupt vom Leben benachteiligt worden zu sein. Die resultierende Labilisierung ihrer erworbenen Kompensationen im Kontext der Behandlung führen zu Abrutschen in Alkoholismus und in der Folge zum Verlust der bis zum Behandlungsbeginn bestehenden relativen Balance.

Im Nachhinein könnte man sich fragen, ob Indikation oder Vorgehen eventuell nicht angemessen waren und ein eher stützend-interaktionelles Setting angemessener gewesen wäre. Insbesondere bei körperlichen Behinderungen sind Alternativen wie bei Verhaltens- und Erlebensstörungen ja nicht verfügbar und somit wird eine Labilisierung der vormem bestehenden, stabilen Abwehr riskiert. Das Beispiel zeigt den fließenden Übergang von Nebenwirkungen, Schädigungen und Fehlern der Indikation auf, die sich oft erst a posteriori zeigen. Umso wichtiger ist eine ausführliche Erörterung von Risiken, Schäden und Nebenwirkungen zu Beginn, und zwar gemeinsam mit dem Patienten (siehe unten). In diesem Fall hätte es auch unbedingt der Untersuchung bestehender Ressourcen und Entwicklungsmöglichkeiten bedurft.

Partner, Angehörige und Kinder: Nachteile oder Schäden in der sozialen Umwelt

Zu selten werden Entwicklungen des Patienten oder seiner sozialen Beziehungen, die jenseits der definierten Behandlungsziele liegen, diskutiert. Es geht um positive wie negative Begleiterscheinungen, die unabhängig von eventuellem Erfolg, Misserfolg oder Schaden bei Funktionsniveau, Befindlichkeit oder sozialem Umfeld entstehen und in unmittelbarem Kontext mit der Behandlung stehen. Während man bei erfolgreichen Behandlungen meist von parallel sich einstellenden Verbesserungen auch jenseits des definierten Behandlungszieles ausgeht (Generalisierungseffekt bzw. Folgen einer generell verbesserten Funktionsfähigkeit zum Beispiel hinsichtlich der Beziehungs- und Konfliktgestaltung), verdient Beachtung, dass sich sowohl erwünschte als auch unerwünschte Nebenwirkungen bei erfolgreichen wie nicht erfolgreichen Therapien ergeben können. Insbesondere Partnerschaften unterliegen bei erfolgreichen Behandlungen einem erheblichen Anpassungsdruck an die neuen Verhaltens- und Erlebnisweisen des Patienten, der im Zuge dessen oftmals auch Grundhaltungen und Werte überdenkt.

Beispiel: Eine Borderline-Patientin hat selbstverletzendes Verhalten weitgehend aufgegeben, ihr Essverhalten normalisiert und kann meist angemessen Abgrenzungen leisten und Ärger oder Bedürfnisse zum Ausdruck bringen. Im Zuge der Entwicklung kommt es zum weitgehenden Bruch mit

den Eltern, die dieses neue Verhalten nicht akzeptieren, und eine Partnerschaft zerbricht. Ist die Patientin über solche möglichen Folgen einer erfolgreichen Psychotherapie in den Erstkontakten aufgeklärt worden (siehe unten), so kann sie selbst Vorwarnungen erkennen, diese eventuell in der Behandlung besprechen und sich bewusster mit einer solchen einsetzenden Entwicklung auseinandersetzen (und diese nicht etwa als eigenes Versagen verbuchen).

Angehörige von Psychotherapiepatienten sind von den Erschütterungen, Neuerungen und letztlich erfolgreichen wie erfolglosen Anstrengungen des Patienten betroffen: Emotional zuvörderst, weil sie Schwankungen, Krisen und unsichere Gehversuche mitbekommen und aushalten, intellektuell, weil sie neue Sichtweisen und Erkenntnisse des Patienten integrieren müssen und alltagspraktisch, weil sie sich auf die Veränderungen des Patienten einzustellen haben – ob durch Annäherung oder Distanzierung, Kritik oder differenzierte Stellungnahmen. Doch im Unterschied zum Patienten sind sie vor allem Betroffene, nicht Wirkmächtige eines Prozesses, der sie als nahe Angehörige maximal betrifft, den sie jedoch nur minimal zu beeinflussen im Stande sind.

Beispiel: Eine vermutlich emotional instabile Ehefrau eines depressiven Patienten mit deutlichen jahrszeitlich bedingten Schwankungen ließ mir (M.H.) ausrichten, sie habe dann ja wohl die „Arschkarte“ gezogen, denn sie sei von allen Entwicklungen ihres Mannes im Rahmen seiner Therapie maximal betroffen, habe aber nur minimalen Einfluss auf die Behandlung. Diese drastische, aber im Wesentlichen zutreffende Beschreibung beantwortete ich mit einem Gruß an die Patientin, die ich im Übrigen mit Einverständnis des Patienten einlud, einfach einmal mit zu einer Stunde zu kommen. Denn tatsächlich hatte sie zudem den (irrigen) Eindruck, sie würde in der Therapie für die depressiven Krisen ihres Ehemannes verantwortlich gemacht. Tatsächlich trug die Kollusion zwischen dem depressiven Patienten und seiner impulsiven Frau sowohl dazu bei, dass der Patient in niedergedrückten Phasen zu Aktivitäten und sozialen Kontakten angehalten war. Andererseits war er jedoch auch den ihn belastenden Ausbrüchen seiner Frau ausgesetzt. Im gemeinsamen Gespräch einige Zeit später konnte der Eindruck der Ehefrau revidiert und Vor- und Nachteile der Kollusion sachlich besprochen werden. Seit diesem Zeitpunkt war die Ehefrau grundsätzlich für die Therapie gewonnen (Beispiel aus Hilgers 2006, 69f).

An dieser Stelle sei eine Bemerkung zum Unterschied von deskriptiven, fragenden, interpretierenden oder deutenden Interventionen zu jenen mit appellativem (Aufforderungs-) Charakter erlaubt: Fast durchgängig missverstehen Patienten deskriptive oder fragende Hinweise wenigstens zu Beginn ihrer Therapie als Aufforderung. Entsprechend äußern sie sich in der folgenden Stunde, etwa mit den Worten, „Sie haben in der letzten Stunde gesagt, ich soll...“. Hierdurch entstehen bei völlig korrekter Technik unerwünschte Nebenwirkungen, weil der Patient ständig Über-Ich-Interventionen „hört“: Er erlebt seinen Therapeuten mithin als streng oder fordernd, mit der Gefahr sich selbst als versagend zu erleben oder in Rebellion zu verfallen. Für die Angehörigen bedeutet dieses folgenschwere Missverständnis, dass der Patient natürlich auch zu Hause beständig technisch neutrale Mitteilungen als Meinungen oder Stellungnahmen des Therapeuten wiedergibt, was Ärger und Widerstände der Angehörigen auf den Plan ruft.

Psychodynamische Therapien bedeuten für erwachsene Angehörige eine erhebliche emotionale Belastung: Besonders Partner vermuten schuldhaftige Zuweisungen, die ihnen in den Sitzungen zugeschoben werden könnten. Ärger noch sind Schamgefühle, da ja anscheinend bei allen Aktivitäten des Paares ein Dritter anwesend ist, der alles besser zu wissen scheint, dafür aber nicht eintreten muss. Ist die Anwesenheit eines Unbekannten im Schlafzimmer schon ärgerlich genug, steigert sich das Unbehagen, wenn statt einem Besserwissenden Beobachter eine ganze Gruppe die privaten Räume bevölkert. Obendrein vermuten Angehörige nicht ganz zu Unrecht erotische Gefühle ihres Partners für den Therapeuten oder einzelne Gruppenmitglieder.

Eine besonders ungünstige und den Therapieerfolg schlechthin in Frage stellende Nebenwirkung ist mithin die potentielle Belastung des Partners im Allgemeinen und die implizit immer auch aufgeworfenen

Frage nach der Schuld für Symptome und Konflikte im Besonderen. Gerade psychodynamische Therapien setzen den Fokus auf Beziehungen – ob intra- oder interpsychisch – weshalb zwangsläufig auch Freundschaften und Paarbeziehungen hinterfragt werden können. Diese Infragestellung betrifft jedoch primär den Umgang des Patienten mit seinen Beziehungen – erst sekundär den Umgang von Angehörigen mit dem Patienten. Doch geht es hier um Verantwortlichkeiten, nicht um Schuld – eine Unterscheidung, die Patienten meist nicht vornehmen oder erst im Verlauf der Behandlung erlernen. Erfolgt diese Unterscheidung nicht, laufen nahe Beziehungen Gefahr, erheblich belastet zu werden. Diese Belastungen als Nebenwirkungen psychodynamischer Therapien zu antizipieren und gegebenenfalls anzusprechen, obliegt der Verantwortung der Behandler. Partner und Angehörige können sehr hilfreiche Verbündete für eine erfolgreiche Therapie sein oder ihr zu unerbittlichen Gegnern erwachsen.

Viel mehr noch als Erwachsene sind Kinder als Angehörige von den Auswirkungen einer Therapie eines Elternteils oder Geschwisters betroffen. In der Regel können sie sich unter Therapie nichts vorstellen und quittieren im ungünstigen Fall unverständliche Veränderungen oder Stimmungsschwankungen eines Elternteils mit Verunsicherung oder eigenen Symptomen. Es liegt auf der Hand, dass dies zu neuen Problemen des Patienten führt, ganz abgesehen davon, dass man als Behandler eine allgemeine ethische Verantwortung für betroffene Minderjährige hat. Daher ist es ratsam, sich immer mal wieder nach dem Befinden der Familienangehörigen zu erkundigen und gegebenenfalls mit dem Patienten zu überlegen, wie Schädigungen der Angehörigen vermieden werden können.

Spezifische Nebenwirkungen bei Gruppentherapie und stationären Behandlungen

Psychodynamische Therapiegruppen, besonders aber stationäre Psychotherapie bieten ein spezielles therapeutisches Milieu (König u. Lindner 1991, Janssen 1987). Es gelten andere Regeln als im alltäglichen Umgang mit Mitmenschen, vor allem aber findet der Patient Verständnis und ein offenes Ohr für seine Probleme. Umgekehrt erlebt er sich als mehr oder weniger hilfreich für seine Mitpatienten. Es liegt nun nahe, dass es zu Spaltungsprozessen kommt, wenn Gruppe oder stationäre Therapie (die hauptsächlich ebenfalls im Gruppenformat stattfindet) als hilfreich erlebt werden, es jedoch daheim mit den Angehörigen chronische Konflikte gibt. Aus diesem Grund erweisen sich interaktionelle Gruppen mit direkter Leitung und Fokus auf dem Hier und Jetzt im ständigen Vergleich mit dem Dort und Jetzt als sinnvoll, um Nebenwirkungen zu vermeiden, die auf einfache Schwarz-Weiß-Muster hinauslaufen und um zeitnahe Entlassungen zu ermöglichen. Eine typische Nebenwirkung von stationären Behandlungen ist der Widerstand gegen das Ende der (stationären) Therapie mit der Konfrontation der alten Konflikte und des vergleichsweise grauen Alltags – jedenfalls dann, wenn der Patient die Behandlung die Therapie hilfreich fand.

Wie bereits erwähnt, fürchten Angehörige nicht nur die Verletzung des familiären oder partnerschaftlichen Intimitätsraums durch die virtuelle Anwesenheit von (zahlreichen) Dritten. Zu Recht vermuten sie auch, dass es zu Affären, Nebenbeziehungen oder gar spontaner Trennung kommen könnte, wenn der Patient – wie nicht eben selten – eine Beziehung zu einem Mitpatienten beginnt. Ein typischer Widerstand als unerwünschte Nebenwirkung ist der Beginn einer erotischen Beziehung zwischen zwei Gruppenmitgliedern oder stationären Patienten, was durch die vertrauensvolle und intime Nähe nahe gelegt ist.

Spezifische Nebenwirkungen stationärer Behandlungen von Kindern und Jugendlichen

Sofern nicht soziale Ängste und großes Heimweh den Klinikaufenthalt dominieren, profitieren viele Kinder und Jugendliche – trotz aller Beschwerden und Konflikte – von den Rahmenbedingungen der Klinik (Reiten, großes Angebot von Spielzeug, Musik- und Ergotherapie, zahlreiche interessante Sozialkontakte, erste Flirts oder neue Lieben). Diese allgemeine Entlastung und besonders die Linderung bestehender Symptome werfen jedoch sofort die Frage nach der Attribuierung von Erkrankung oder Besserung auf. Es entsteht eine Dilemma-Situation: Bessern sich die Symptome, erscheint dies den Eltern allzu leicht als

impliziter Vorwurf, sie seien schuld, da es ja jenseits des Elternhauses besser geht. Andersherum fühlen sie sich vom Schuldvorwurf entlastet, wenn es ihren Kindern auch in der Klinik nicht besser geht. Für die Patienten einer Klinik für Kinder- und Jugendlichenpsychiatrie bedeutet dies einen erheblichen Loyalitätskonflikt als Folge gelingender Therapie. Die nahezu unvermeidliche Nebenwirkung einer mehr oder weniger gelingenden stationären Maßnahme ist die für alle Beteiligten zu handhabende Schuldfrage. Sie droht Angehörige wie Patienten in paradoxe Konflikte zu stürzen, wenn nicht rechtzeitig durch die Behandler Deklarationen erfolgen.

Häufig geht es um die Entlassentscheidung, ob es noch einmal nach Hause geht oder eine außerhäusige Unterbringung erfolgen soll. Meist werden beide Entscheidungsalternativen ambivalent erlebt und der mögliche Kompromisshafte Ausweg sind Symptomverschlechterungen als Versuch, den Klinikaufenthalt zu verlängern. Auch hier treten Loyalitätskonflikte und Widerstände gegen jede Entscheidung als häufige, aber unerwünschte Nebenwirkungen auf.

Aufklärung der Patienten zu Beginn und während der Behandlung

Wer sich einem chirurgischen Eingriff unterzieht, erhält vorher umfangreiche Aufklärung über den vorgesehenen Eingriff, eventuelle Alternativen, Informationen über die Art des Vorgehens, die Narkose, Risiken (und deren Wahrscheinlichkeit) und Nebenwirkungen. Im Unterschied zu einer Operation, bei der der Patient nicht oder bei lokaler Anästhesie nur bedingt entscheidungsfähig ist, kann bei psychodynamischen Verfahren sowohl zu Beginn als auch immer wieder während der Behandlung auf das mögliche Auftreten von Nebenwirkungen hingewiesen werden, Strategien zur Vermeidung besprochen oder der Umgang mit den bereits existierenden Nebenwirkungen erörtert werden. Bleibt schon die umfangreiche Aufklärung vor oder zu Beginn einer psychodynamischen Behandlung aus, so gibt es nahezu überhaupt keine Kultur, mit dem Patienten regelmäßig nicht nur Fortschritte sondern auch Rückschläge und Nebenwirkungen zu besprechen. Selbst ein gebildeter Patient kann im Rahmen probatorischer Sitzungen den Verlauf seiner Behandlung nicht abschätzen – ebenso wenig wie sein Behandler. Gerade weil in psychodynamischen Therapien der Fokus immer wieder wechseln kann (siehe oben), ist es unmöglich eine ausreichende und abschließende Aufklärung zu Beginn zu liefern.

„Nebenwirkung“ als Stichwort in den gängigen Lehrbüchern der psychodynamischen Psychotherapie ist noch selten. Die Befriedigung, relativ gesicherte positive Wirkungen psychodynamischer Behandlungen identifiziert zu haben (Leichsenring u. Rabung 2008) darf jedoch nicht darüber hinwegtäuschen, dass unerwünschte Auswirkungen durchaus auch zu erwarten sind. Es ist schon erstaunlich, wenn in einem in der BRD weit verbreiteten Handbuch der Psychosomatischen Medizin (Adler et al. 2011) Hinweise auf mögliche ungeplante, unerwünschte Auswirkungen fehlen. Immerhin wird in dem Kapitel über „Psychoedukation (Bernardy u. Köllner 2011) auf relative Kontraindikationen hingewiesen. Zum Beispiel seien psychische Ausnahmezustände und Krisensituationen Grund, eine Teilnahme an solchen Sitzungen zu unterlassen:

Beispiel: In einer psychosomatischen Klinik wird ein Patient vorgestellt, der im Zustand milder chronischer Suizidalität aufgenommen wurde, nachdem eine Behandlung in einer Psychiatrischen Klinik keine Wirkungen gezeigt hatte. Der Patient nahm an der regelhaft durchgeführten Psychoedukation teil. In diesem Kontext wurde ihm geraten, einen Text zu seiner (narzisstischen) Störung zur Kenntnis zu nehmen. Seitdem sei er noch verzweifelter geworden, weil dort der mögliche Ausgang durch Suizid als realistische Größe beschrieben wurde.

Empfehlung für den Umgang mit Nebenwirkungen

Mehr Offenheit für problematisches Verhalten dürfte vermehrt auf der Tagesordnung stehen. Sellschopp (2008, S. 190) mahnt eine »Offenheit, die Bereitschaft zur verantwortlichen, empathischen, sensiblen Diskussion« an, die für den Umgang mit Grenzüberschreitungen - und Verletzungen notwendig ist. Dies sollte für alle fehlerhaften Verhaltensweisen richtungweisend sein. Mutatis mutandis dürfte dies überhaupt

für den Umgang mit problematischen, nicht immer vermeidbaren therapeutischen Konstellationen gehen.

Allerdings weisen Haupt und Linden (2011) darauf hin, dass sich Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie potenziell aus persönlich zu verantwortenden Handlungen des Therapeuten ergeben; diese können somit auch zivil- oder strafrechtliche Folgen haben. Es sei von daher verständlich, dass Therapeuten wenig geneigt sind, negative Folgen eigenen Verhaltens zu diskutieren. Wir glauben, dass die Bereitschaft, mit unerwünschten Nebenwirkungen als Teil des professionellen Handelns zu rechnen, wächst, wenn man sich vor Augen führt, dass keineswegs Kunstfehler oder Übergriffe alleine verantwortlich sind, sondern Nebenwirkungen von zahlreichen Faktoren abhängen, die sich teilweise oder in Gänze dem Einfluss der Behandler entziehen (man wird zum Beispiel beim besten Willen nicht verhindern können, dass sich zwei Gruppenmitglieder in einander verlieben). Wir plädieren daher für einen sachlichen und unaufgeregten Umgang mit unerwünschten Nebenwirkungen, was das Eingeständnis gelegentlicher Fehler, ohne die keine Therapie je verläuft, erleichtern dürfte.

Um so bedeutsamer ist es deshalb, schon in der Aus- und Weiterbildung Seminare zu dem vernachlässigten Thema »Nebenwirkungen« anzubieten, um der zwar verständlichen, aber wenig hilfreichen Neigung entgegen zu treten, diese zu übersehen, nicht zu thematisieren, umzuinterpretieren oder externen Gründen zuzuschreiben. Dies bedeutet natürlich zuallererst, dass sich Lehrtherapeuten und –analytiker, Supervisoren und Ausbilder diesem Thema stellen – wenn sie selbst etwas übersahen oder etwas nicht so gelang, wie erhofft.

- Adler RH, Herzog W, Joraschky P, Köhle K, Langewitz W, Söllner W u. Wesiack W (Hrsg.) (2011) von Uexküll Psychosomatische Medizin. Urban & Fischer, München, Jena
- Bernardy K, Köllner V (2011) Psychoedukation. In: Adler RH et al. (Hrsg.) von Uexküll Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. Urban & Fischer, München, Jena, S 450-456
- Cremerius J (1987) Wenn wir als Psychoanalytiker die psychoanalytische Ausbildung organisieren, müssen wir sie psychoanalytisch organisieren! Psyche – Z Psychoanal 41: 1067-1096
- Caspar F, Kächele H (2008) Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In Herpertz S C, Caspar F, Mundt C. Störungsorientierte Psychotherapie, München, Urban u. Fischer, S 729-743
- Fäh M (2011) Wenn Psychoanalytiker Fehler machen - Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytischen Fehlerkultur. Psychotherapie und Sozialwissenschaft, im Druck
- Freud S (1937c) Die endliche und die unendliche Analyse. GW Bd 16, S 57-99
- Haupt, M-L. & Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie. Das ECRS-ATR-Schema. Psychotherapie & Sozialwissenschaft, im Druck
- Hilgers M (2006) Scham. Gesichter eines Affekts. 3. Auflage Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Hilgers M (2009) Schäden und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Persönlichkeitsstörungen. Theorie und Therapie 13, 15-30
- Hilgers M (2010) Verelendung psychotherapeutischer Rahmenbedingungen. Rolle von Armut und Reichtum in der therapeutischen Beziehung. Psychotherapeut 55, 515-524
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2008) Unerwünschte und schädliche Nebenwirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht und Entwurf eines eigenen Modells. Psychotherapeut 53, 4-16
- Hohage R (2011) Analytisch orientierte Psychotherapie in der Praxis. Behandlungsplanung-Kassenanträge-Supervision. 5. Auflage Schattauer, Stuttgart.
- Janssen PM (1987) Psychoanalytische Therapie in der Klinik. Klett-Cotta, Stuttgart
- Kächele H (1970) Der Begriff "psychogener Tod" in der medizinischen Literatur. Z Psychosom Med Psychoanal 16, 105-129, 202-223
- Kächele H, Kordy H (2011) Indikation als Entscheidungsprozess. In: Adler RH, Herzog W, Joraschky P,

- Köhle K, Langewitz W, Söllner W u. Wesiack W (Hrsg.) von Uexküll Psychosomatische Medizin. Urban & Fischer, München, Jena, S 399-410
- Kernberg OF (1998) Dreißig Methoden zur Unterdrückung der Kreativität von Kandidaten der Psychoanalyse. *Psyche – Z Psychoanal* 52: 199-213
- König K, Lindner W-V (1991) Psychoanalytische Gruppentherapie. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen
- Leichsenring F, Rabung S (2008) Effectiveness of long-term psychodynamic psychotherapy. A meta-analysis. *JAMA* 300(13), 1551-1565.
- Leuzinger-Bohleber M (1989) Veränderung kognitiver Prozesse in Psychoanalysen. Bd 2: Eine gruppenstatistische Untersuchung. Springer, Berlin
- Moser T (1986) Der Psychoanalytiker als sprechende Attrappe. Suhrkamp, Frankfurt a. M.
- Novick J, Novick KK (1996) Fearful symmetry. The development and treatment of sadomasochism. Aronson, Northvale, New Jersey, London
- Reimer C, Rüter U (2006) Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapien. 3. Auflage, Springer, Berlin
- Sellschopp, A. (2008). "Das Moralische versteht sich (nicht) von selbst" - Überlegungen zum dyadenspezifischen Umgang mit dem Abstinenzgebot. In: G. Schlesinger-Kipp & H. Vedder, (Hrsg.) Gefährdete Begegnung. Psychoanalytische Arbeit im Spannungsfeld von Abstinenz und Intimität. (S. 189-208). Congress Organisation Geber + Reusch., Frankfurt a. M.
- Sperling E (1964) Beitrag zur Frage eines "psychogenen" Todes bei Magersucht. *Praxis der Psychotherapie IX*: 25-30
- Ticho E (1971) Probleme des Abschlusses der psychoanalytischen Therapie. *Psyche - Z Psychoanal* 25, 44–56
- Thomä H, Kächele H (2006a) Psychoanalytische Therapie. Band 1: Grundlagen. Springer MedizinVerlag, Heidelberg
- Thomä H, Kächele H (2006b) Psychoanalytische Therapie. Band 2: Praxis. Springer MedizinVerlag, Heidelberg

Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele, Psychoanalytiker (DPV/IPV),
Text: Geboren in Kufstein, studierte Medizin in Marburg, Leeds (England) und München. Psychotherapeutisch-psychoanalytische Ausbildung in Ulm; ehem. Ärztl. Dir. Der Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Ulm; derzeit Hochschullehrer an der International Psychoanalytic University Berlin. Veröffentlichungen zu psychoanalytischen Prozess u. Ergebnisforschung, Klinische Bindungsforschung (s.d. www.horstkaechele.de)

Dr. phil. M. Hilgers
Geboren 1954 in Aachen, studierte Psychologie, Niederlandistik und Politische Wissenschaft in Amsterdam und Marburg. Supervision psychiatrischer und psychotherapeutischer Kliniken und Einrichtungen im Großraum Aachen/Köln. Supervisor und Lehranalytiker an mehreren Ausbildungsinstituten. Zahlreiche Veröffentlichungen, besonders über Scham, Rechtsradikalismus, Gewalt, forensische Psychiatrie, aktuelle gesellschaftliche Themen, Leidenschaft, Lust und Liebe, Ödipus-Tragödie, Umweltthemen.