

Originalarbeit (Titelthema)

Brigitte Schigl, Silke Birgitta Gahleitner

Fehler machen - aus Fehlern lernen? - Perspektiven zur Klassifizierung von psychotherapeutischen Fehlern und dem Umgang damit

Zusammenfassung: In den letzten Jahren richtet sich das Augenmerk der Psychotherapieforschung auf unerwünschte Effekte von Psychotherapie: Dazu wurde am Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit der Donau Universität Krems 2008-2011 eine multimethodische Studie zum Thema „Risiken, Schäden und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ durchgeführt. In diesem Beitrag wird vor dem Hintergrund der Daten von PatientInnen-Beschwerden und ExpertInnen aller psychotherapeutischen Verfahren eine Klassifikation von Fehlertypen beschrieben. Dabei reicht die Bandbreite von Alltagsfehlern über Fehler in schwierigen Situationen zu Kunstfehlern und ethischen Verfehlungen – wobei das Schadensausmaß mit der Schwere des Fehlers zunehmen dürfte. Sodann werden drei Arten des Umgangs mit Fehlern beschrieben, die sich aus der Person der TherapeutIn und der Art des Fehlers ergeben.

Schlüsselwörter: Psychotherapieforschung, Psychotherapieprozess, Psychotherapeutenvariable, Unerwünschte Psychotherapeutische Effekte, Psychotherapeutische Fehler.

Summary: Over the last years the focus of psychotherapy research shifted to unwanted and side effects of psychotherapy. For that purpose a multy-method study on the topic “Risks, Damages and Side Effects of psychotherapy” was carried out at the department of psychotherapy at the Danube University Krems in 2008-2011. In this paper a classification of different kinds of faults based on data of clients’ complaints and data from focus-groups with experts of all psychotherapeutic methods in Austria is presented. Faults range from everyday omissions, failings in difficult situations to malpractice and ethical misconduct – whereas the extent of damage probably increases with the severity of the fault. Three kinds of dealing with faults by the therapists - resulting from therapist personality and kind of fault, are described.

Keywords: Psychotherapy research, psychotherapy process, therapist variables, unwanted effects of psychotherapy, psychotherapeutic faults

1. Von der negativen therapeutischen Reaktion zu unerwünschten Effekten in der Psychotherapie

Dass Psychotherapie wirkt, ist in anspruchsvollen Studien bewiesen worden und wird weiter untersucht (aktuell z. B. Lambert, 2013). Auch mögliche unliebsame Effekte psychotherapeutischer Behandlung werden – wenn auch viel weniger – in den Blick genommen: Mindestens 5-10% der PatientInnen scheinen während ihrer Therapie eine Verschlechterung ihres Zustands zu erleben und 15-20% keine wesentliche Besserung zu erfahren (Mohr, 1995). Schon Freud thematisierte 1923 die „negative therapeutische Reaktion“ als unbewussten Widerstand von PatientInnen auf korrekte Behandlung konzipiert (Mayr 2001). Bergin (1963) führte die erste forschungsgeleitete Sichtung negativer Psychotherapieergebnisse durch, und in den 1980er-Jahren finden wir kritische Auseinandersetzungen mit Psychotherapie und deren Mängeln (z. B. Kottler & Blau, 1986, dt. 1991; Kleiber & Kuhr, 1988; Masson, 1988) – möglicherweise als Antwort auf das Phänomen des sogenannten „Psychobooms“. Dann war es weitgehend still um das Thema, bis nach der Jahrtausendwende eine erneute Auseinandersetzung begann (Märtens & Petzold, 2002; Lutz et al. 2004; Strauß & Geyer, 2006). Derzeit können wir auf eine Reihe aktueller empirischer Arbeiten und theoretischer Überlegungen zu unerwünschten Effekten von Psychotherapien, ihrer Häufigkeit und ihren Ursachen zurückgreifen (Lieberei & Linden, 2008, Linden & Strauß, 2013).

Die Studie „Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden (RISK)“ (Leitner et al. 2012b) stellt in diesem Beitrag den empirischen Hintergrund der Überlegungen zu psychotherapeutischen Fehlern dar. „RISK“ ist eine multimethodische Untersuchung in mehreren Schritten und wurde 2008-2011 am Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit der Donau Universität Krems durchgeführt. In diesem Artikel werden Ergebnisse aus qualitativen Daten herangezogen: Dies sind anonymisierte PatientInnen-Beschwerden (n = 42) aus dem Beschwerdeausschuss des österreichischen Psychotherapiebeirats, sowie Aussagen aus Fokusgruppen von VertreterInnen aller (21) österreichischen Psychotherapieverfahren zum Thema Risiken und Schäden von Psychotherapie. Die Daten wurden mittels qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring 2002) und vertiefender induktiver Kategorienbildung (Strauss, 1987) ausgewertet.

2. Was sind unerwünschte Therapie-Effekte? Was sind ihre Ursachen?

Es gibt derzeit noch keine von allen ForscherInnen vertretene einheitliche Definition bzw. Systematisierung unerwünschter Neben- bzw. Hauptwirkungen von Psychotherapie, auch wenn inzwischen einige substanzielle

Vorschläge dazu vorliegen. So kann (theoretisch) zwischen durch die Therapie aufgetretenen Problemen und jenen, die durch äußere Lebensereignisse oder eine störungsimmanente Eigendynamik hervorgerufen sind, unterschieden werden (Linden, 2011, 2012). Unter jenen unerwünschten Effekten, welche Psychotherapie hervorruft, werden therapeutische Misserfolge, schädliche Therapie-Effekte und Nebenwirkungen, Rückfälle, schwierige Behandlungsverläufe oder Abbruch der Therapie subsummiert – Kaczmarek und Strauß (2013) bieten hierzu eine Synoptik der unterschiedlichen Aspekte (Strauß et al., 2012, S. 389). Die Schwierigkeit der trennscharfen Benennung und Beschreibung aller dieser Phänomene liegt auch darin, dass eine negative Psychotherapieentwicklung unweigerlich die Frage nach der Ursache der unliebsamen Effekte aufwirft und die Suche nach fehlerhaftem Verhalten der TherapeutInnen nahelegt.

Eine simple kausale Zuschreibung ist dabei häufig unzutreffend, da sich bei solch komplexen Prozessen wie Psychotherapie – siehe Orlinskys Generic Modell of Psychotherapy (Orlinsky et al., 1994) – unzulässige Vereinfachungen verbieten. Es müssen vielmehr multifaktorielle, sich subtil verstärkende oder hemmende Prozesse angenommen werden. Verschiedene Ursachen können zu negativen Entwicklungen führen (Strauß et al., 2012). Unterscheiden lassen sich PatientInnenvariable (deren Störung, Persönlichkeit etc.), Passungs- bzw. Beziehungsvariable, Methodenvariable (Indikationen für bestimmte Methoden, Techniken oder Settings) und TherapeutInnenvariable. Hoffmann et al. (2008) gestehen auch *lege artis* durchgeführter, angemessener Psychotherapie Erfolglosigkeit oder Nebenwirkungen zu; eine unkorrekte Ausführung der Behandlung wird meist (muss aber nicht zwangsläufig) zu solchen führen. Die spezielle, auf Intimität und Vertrauen gegründete psychotherapeutische Beziehung kann z. B. leicht in eine Abhängigkeit kippen. Das kann eine ernst zu nehmende Nebenwirkung jeder Psychotherapie sein (Leitner et al., 2012a) – die jedoch nicht notwendigerweise durch fehlerhaftes Verhalten des/der PsychotherapeutIn bedingt sein muss.

3. Eine Systematik psychotherapeutischer Fehler

Auch wenn therapeutischer Misserfolg durch eine unzutreffende Therapie-Indikation, mangelnde Passung zwischen PatientIn und TherapeutIn oder PatientInnenvariable hervorgerufen wird, können PsychotherapeutInnen nicht ihrer Verantwortung entoben werden, gemeinsam mit den PatientInnen angemessene Lösungen für diese Situationen zu erarbeiten (Reimer, 2008; Lieberei & Linden, 2008). Sie sind die Prozessverantwortlichen und müssen, wenn eine Stagnation oder Fehlentwicklung stattgreift, adäquat darauf reagieren. Verschiedene Daten lassen die Vermutung zu, dass es mehr auf die Person und das Handeln der TherapeutInnen als auf die von ihnen erlernte Methode ankommt (Okiishi et al., 2003; Kraus et al., 2011), auch wenn es um ungünstige Verläufe geht. In der Diskussion werden je nach AutorIn verschiedene Arten von Fehlhandlungen von PsychotherapeutInnen unterschieden (z. B. Kottler & Blau, 1991; Lutz et al., 2004; Lieberei & Linden, 2008; Linden, 2011; Hutterer-Krisch, 2007a; Bienenstein & Rother, 2009; Kaczmarek et al. 2012). Generell kann man als Fehler bezeichnen, was von einer anderen möglichen besseren Handlungsweise abweicht. In der Psychologie werden theoretisch Denk-, Planungs- und Handlungsfehler beschrieben – wobei deren praktische Unterscheidung oder punktuelle Auffindung in komplexen Systemen schwierig ist (Dörner, 2003).

Im Folgenden sollen verschiedene Fehlertypen von TherapeutInnen und deren Umgang damit aus den RISK-Daten extrahiert und mit Überlegungen aus der Literatur verschränkt werden. Dabei wird eine neue Ordnung als Rangreihung entlang der Art bzw. Systematik des Fehlers vorgenommen, wobei die Schwere des Fehlhandelns zunimmt. Es werden folgende Fehlerarten umrissen: Alltagsfehler, Fehler in schwierigen Situationen (inkl. AnfängerInnen-Fehler), Kunstfehler und ethische Fehlhandlungen. Wie sich ein Fehler im jeweiligen therapeutischen Prozess mit einem/r bestimmten PatientIn auswirkt, kann nicht eins zu eins vorausgesagt werden (Bienenstein & Rother, 2009). Es ist allerdings anzunehmen, dass vom leichtesten, dem Alltagsfehler, bis zum schwersten, dem systematischen Handeln wider ethische Richtlinien und gesetzliche Vorgaben, die negativen Folgen ebenfalls an Schwere zunehmen.

3.1 Alltagsfehler

Bienenstein und Rother (2009) definieren Alltagsfehler als „Elemente der therapeutischen Arbeit, die in der ersten Reaktion des Therapeuten von diesem als unerwünscht wahrgenommen werden“ (S 40). Hierbei sind, wie von Riedler-Singer (2007, S194f.) beschrieben, jene Momente in einem an sich gut laufenden psychotherapeutischen Prozess gemeint, in denen (hinreichend) kompetente TherapeutInnen in einer spontanen (nicht geplanten) Art einmalige Handlungen setzen, die ihnen im unmittelbaren weiteren Verlauf selbst als unangemessen erscheinen. Diese Art von Fehlern finden sich in vielen Therapien, bei wahrscheinlich allen – auch sehr kompetenten – TherapeutInnen hin und wieder. Beispiele sind etwa: Vergessen bzw. falsches Terminieren von Sitzungen, unpassendes Lachen (Situationskomik), unpassende Bemerkungen und falsche

Wortwahl, Schwadronieren oder „gescheit Reden“, Schläfrigkeit während der Sitzung, zu starke Selbstoffenbarung etc. Diese Fehler werden von den TherapeutInnen meist selbst zeitnah bemerkt, als „hoppla“ empfunden und umgehend zu korrigieren versucht. Sie sind einmalig situativ und haben keine patientInnenspezifische o. a. Systematik. Solche Fehler können, gut kommuniziert und mit den PatientInnen bearbeitet, sogar einen positiven (oder zumindest keinen negativen) Einfluss auf den Prozess haben. Die Chance dazu, dass sie bearbeitet werden, ist relativ hoch, da TherapeutInnen selbst die Unangemessenheit ihres Handelns erkennen (vgl. 4.1).

3.2 Fehler in schwierigen Situationen

Hierbei handelt es sich um Fehlhandlungen, die unter besonders herausfordernden Bedingungen entstehen, d. h., sie können ebenso einmalig wie die oben genannten Alltagsfehler auch bei hinreichend kompetenten PsychotherapeutInnen vorkommen. Aus den Darstellungen dazu (z. B. Noyon & Heidenreich, 2009; Jacob et al., 2009; Borg-Laufs et al., 2012) kann weiters definiert werden, dass sie durch ein anderes TherapeutInnenverhalten nicht von vornherein hätten verhindert werden können. Sie sind situationsspezifisch, systemspezifisch, prozessspezifisch und/oder patientInnenspezifisch, aber nie systematisch durch das Verhalten oder die Persönlichkeit der TherapeutInnen bedingt. Beispiele für schwierige Interaktionssituationen, die am PatientInnenverhalten bzw. deren Störung bzw. Persönlichkeit festgemacht werden können, sind deren übermäßiges Klagen, fehlende Motivation oder Mitarbeit, totale Mutlosigkeit bis Suizidalität, Schweigen, Zerreden bis Logorrhö, Unzuverlässigkeit bei der Termineinhaltung etc.. Auch Systembedingungen wie Abrechnungsmodi, diagnostische Erfordernisse etc. können schwierige Situationen hervorrufen. Ebenso die Frage, ob ein/eine PatientIn nach dem Erstgespräch angenommen werden soll, wenn Zweifel bestehen, ob die therapeutische Allianz gut genug aufgebaut werden kann. Die ExpertInnen der RISK-Diskussionen wiesen dazu auf Strukturen im stationären Setting hin, die TherapeutInnen in Nöte bringen können.

Besonders schwierige Situationen sind zumeist dadurch gekennzeichnet, dass der therapeutische Rahmen infrage gestellt oder verlassen wird, dass der/die TherapeutIn als Person angesprochen wird, dass unmittelbare Reaktion darauf nötig ist. Beispiele hierfür sind etwa starke Kritik des/der PatientIn an dem/der TherapeutIn, an dessen/deren Interaktionen bzw. an der Therapie, ebenso wie Äußern einer besonderen Zuneigung, Verliebtheit, Nähe wünschen zum/zur TherapeutIn oder auch die Ankündigung eines Therapieabbruchs. Ruff et al. (2011) nennen diese Fehler auch Fehler aufgrund von Überraschung – man könnte auch sagen aktueller Überforderung; denn in solchen schwierigen Interaktionssituationen wird die therapeutische Allianz bzw. die Struktur therapeutischen Arbeitens zum Thema bzw. infrage gestellt (Sachse, 2004). Fehler kann in solchen Situationen sowohl das Ignorieren der Brisanz der Situation durch den/die TherapeutIn sein als auch deren besonderes Bemühen und übermäßige Anstrengung, Verstricken in Kämpfe, Dramatisieren und Katastrophisieren, Überzeugen wollen etc.

Fehler in schwierigen Situationen kommen bei wahrscheinlich allen TherapeutInnen manchmal vor, sollten mit zunehmender Erfahrung jedoch abnehmen bzw. leichter bewältigbar sein. Es ist anzunehmen, dass sie bei ungeübten TherapeutInnen öfter vorkommen oder wahrscheinlicher sind, wenn ein/eine TherapeutIn eine solche Situation zum ersten Mal erlebt (AnfängerInnenfehler). Diese Fehler in schwierigen Situationen können – je nach Möglichkeit einer weiteren Integration – positive bis leichte oder schwerwiegende negative Folgen für den therapeutischen Prozess zeitigen. Wird die Bearbeitung des Risses in der therapeutischen Allianz (Wampold & Bolt, 2006) versäumt, wird dies zu einer tendenziell schwerwiegenderen Fehlerkette im Prozess führen. Bei ausreichend selbstreflexiven Therapeutinnen bzw. solchen, die Intervention oder Supervision für die Problematik in Anspruch nehmen, ist hingegen eine gute Chance zu einer erfolgreichen Integration des Fehlers in der schwierigen Situation gegeben (vgl. 4.1).

3.3 Kunstfehler bzw. „technische Fehler“

Mit dieser Fehlerkategorie verlassen wir die einmaligen, situativen Handlungen, die nicht systematisch mit dem/der TherapeutIn verbunden sind. Kunstfehler sind jene Fehlerarten, die sich aus der unzureichenden Kompetenz des/der PsychotherapeutIn bzw. unprofessionell, d. h. inkorrekt durchgeführter Therapie ergeben (Strauß et al., 2012). Sie unterscheiden sich von den zuvor dargestellten Fehlern (vgl. 3.1 und 3.2) dadurch, dass sie systematisch auftreten: Es sind „Fallen“, in die TherapeutInnen immer wieder tappen, die sich im Zusammenhang mit bestimmten Situationen oder Störungen oder auch generell, über alle Therapieprozesse hinweg manifestieren können. Kunstfehler sind solche Fehler, die durch Aktionen abweichend von der durch die therapeutische Methode bzw. Community vorgegebenen Leitlinie guten therapeutischen Handelns entstehen. Allerdings ist in der Psychotherapie nie nur ein gutes Handeln möglich, die genaue Bestimmung somit oft

schwierig. Im Unterschied zur Medizin, aus der der Kunstfehlerbegriff stammt, ist in der Psychotherapie fahrlässiges (oder absichtsvolles) Handeln kaum an allgemein gültigen einheitlichen Handlungsabfolgen festzumachen. Die RISK-ExpertInnen waren auch in der Diskussion um Abstinenz, körperliche Berührung, Selbstöffnung je nach Haltung ihrer Therapieverfahren unterschiedlicher Meinung. Sie brachten aber auch übereinstimmende Beispiele zu Fehlertypen vor, die aus mangelnder therapeutischer Kompetenz oder Selbstreflexion resultieren und folgendermaßen differenziert werden können:

Kunstfehler können methodenspezifisch verursacht sein (technische Fehler im engeren Sinne): Ein spezifisches Vorgehen, eine Technik wird falsch oder nicht bzw. nicht aktuell rezipiert und deshalb unrichtig, verzerrt, unzureichend – suboptimal – angewandt. Als Beispiele sind falsches „Timing“ (Kottler & Blau, 1991), zu schnelle Diagnose und Behandlungsplanung, starke Gefühle evozierende, „tiefende“ Techniken an unpassender Stelle oder übermäßige Anwendung einzelner Techniken und Methoden (therapeutisches Agieren) genannt. Auch inadäquate, psychotherapiefremde Behandlungsmethoden zu verwenden, fällt unter technische Kunstfehler. Unklarheit bzw. nachlässiger Umgang mit der Klärung der Rahmenbedingungen der Psychotherapie, was Honorar- und Zahlungsmodus etc. angeht, ist als Kunstfehler zu werten. Mangelnde Settingklärung (Wechsel von Einzel-Setting zur Gruppe, unangekündigte Änderungen von Frequenz und Kosten) waren auch in den analysierten Beschwerdebriefen der RISK-Studie häufig Thema. Falsch zu diagnostizieren, das Übersehen von Falsch-Indikationen zur Psychotherapie generell oder zu einer bestimmten Methode (Linden, 2011) bzw. Nicht-Bemerkens oder Ignorieren von grundlegenden Passungsproblemen sind ebenso als Kunstfehler zu bezeichnen. Hier subsumieren sich auch Planungsfehler, wenn eine Therapie über einen angemessenen Rahmen hinaus fortgeführt wird, etwa weil das Ziel aus dem Auge verloren wurde oder obwohl das Ziel erreicht wurde und/oder keine weitere Verbesserung möglich bzw. zu erwarten ist.

Eine weitere Kunstfehlerkategorie ist stärker störungsspezifisch einzuordnen, d. h., das TherapeutInnenverhalten ist nur mit einer bestimmten PatientInnengruppe als problematisch anzusehen. In der störungsspezifischen Fachliteratur finden sich dazu Beispiele wie etwa zeitlich unpassende Traumakonfrontation, Vernachlässigung somatischer Aspekte bei Essstörungen, zu heftiges Konfrontieren bei bestimmten Persönlichkeitsstörungen etc. Oft kommt bei den methodenspezifischen oder störungsspezifischen Kunstfehlerarten ein „Mehr desselben“ statt neuen Überdenkens zur Anwendung – der/die TherapeutIn beharrt auf der eingeschlagenen Strategie, und die Situation verschlimmert sich immer mehr. Die ExpertInnen der RISK-Fokusgruppen sprechen hier von einer Starre in der Methodik des Vorgehens oder unangemessenen Verfahrenstreue. Auch Insensibilität und blinde Flecken bezüglich Gender- und Diversity-Faktoren können hier subsumiert werden (Schigl, 2012).

In der Psychotherapie stellt die Persönlichkeit der TherapeutInnen ein immens wichtiges Instrument dar: Deshalb ist hier auch die Kategorie von TherapeutInnen-Persönlichkeits-spezifischen Kunstfehlern zu subsumieren. Sie entstehen aus einer überstarken Aktivierung persönlicher Anteile des/der TherapeutIn (Caspar & Kächele, 2008). Diese Fehler werden von den RISK-ExpertInnen am intensivsten diskutiert. Beispiele sind Muster von „Sich-übermäßig-Anstrengen“, alle bzw. keine Verantwortung für den/die PatientIn zu übernehmen, PatientInnen geheim abzuwerten, schnell resignativ, zynisch, fordernd oder zu enthusiastisch zu werden, sich selbst zu sehr in den Mittelpunkt zu stellen, Kälte, d. h. zu wenig Empathie zu empfinden oder zu zeigen, aber auch auf PatientInnen starken Druck auszuüben, sich bzw. etwas zu ändern, etc. Dies deckt sich mit der Psychotherapieforschung zu ungünstigen TherapeutInnenvariablen (Yalom & Liebermann, 1971; Strupp et al., 1977; Mohr, 1995; Roback, 2000; Lambert, 2007).

Fehler aufgrund eigener Bedürftigkeit (sei es sozial, lebenspraktisch, geschäftlich-finanziell oder emotional), d.h., PatientInnen zu brauchen, um Defizite im eigenen Leben zu kompensieren, sind durch TherapeutInnen verursachte persönlichkeitsbedingte Kunstfehler, die auch in den Bereich der Ethikfehler hineinreichen können. Diese Fehler, die aus dem biografischen Gewordensein und der Persönlichkeit des/der TherapeutIn resultieren, sollten in der Therapieausbildung nivelliert oder zumindest reflektiert werden, so dass TherapeutInnen adäquat damit umgehen können. KandidatInnen sollten ihre eigenen gewohnheitsmäßigen Verhaltensweisen kennen und sie – etwa in berufsbegleitender Supervision – zur Disposition stellen und besprechen. Schwierig sind jene Fehler zu bearbeiten, die aus echten „blinden Flecken“ entstehen, d. h. wenn TherapeutInnen ihre problematische Verhaltenstendenz nicht bewusst ist und auch nicht thematisiert bzw. supervidiert wird (Jaeggi, 2002). Immer wiederkehrende Gefühle, „Widerstände“ in unterschiedlichen Therapieprozessen, systematische „Gegenübertragungs“-dynamiken (Rohde-Dachser, 1988), immer wieder auf dasselbe Hindernis zu stoßen, sollte für PsychotherapeutInnen ein Warnsignal darstellen und Anlass geben, diese Themen in der begleitenden Supervision bzw. Weiterbildung zu besprechen (vgl. 4.2).

3.4 Ethische Generalfehler: Handeln wider den Berufskodex

Diese letzte Kategorie von Fehlern führt zu den wahrscheinlich schwerwiegendsten negativen Folgen (Strauß et al., 2012), und tritt am klarsten auch in der RISK-Analyse der PatientInnenbeschwerden zutage (Hinterwallner et al., 2011; ähnlich auch Kaczmarek et al., 2012). Sie sind leichter zu definieren als Kunstfehler, weil es allgemeine niedergeschriebene, verbindliche ethische Leitlinien beruflichen Handelns (z.B. Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, 2012; Schweizer Charta für Psychotherapie, 2006) sowie rechtliche Grundlagen (Märtens & Liegl, 2013) gibt, denen sie zuwiderlaufen. Immer ist das Machtungleichgewicht von TherapeutIn zu PatientIn zu beachten, das bei bestimmten Defiziten in der TherapeutInnenpersönlichkeit (in Verbindung mit bestimmten Persönlichkeitszügen des/der PatientIn) zu ethisch fragwürdigen Handlungen führen kann.

Ein Missbrauch liegt laut Rüger (2003) dann vor, wenn der/die TherapeutIn diese spezielle Abhängigkeitssituation zu einer Grenzüberschreitung nützt. Dabei entsteht ein Nutzen für den/die TherapeutIn, der auf verschiedenen Ebenen liegen kann: Er kann narzisstischer Natur (Befriedigung der eigenen Bindungsbedürfnisse, von dem/der PatientIn bewundert und geliebt zu werden) sein; ideologischer Missbrauch liegt vor, wenn politische, spirituelle oder religiöse Ideen des/der TherapeutIn in der Therapie einen großen Platz einnehmen, PatientInnen bekehrt, überzeugt werden sollen; Missbrauch kann finanzielle Ausnützung bedeuten (Lockangebote, hohe Tarife, unnötig lange Therapien und Druck, die Therapie fortzusetzen, durch PatientInnen verschaffte finanzielle Begünstigungen oder Arbeit des/der PatientIn für den/die TherapeutIn). Auch berufliche oder geschäftliche Verbindungen zu PatientInnen überschreiten die Grenze zum Handeln wider den Berufskodex in Form von finanzieller Ausbeutung; schließlich kann der Missbrauch der Abhängigkeitsbeziehung sexuelle Ausbeutung beinhalten (vgl. auch Hutterer-Krisch, 2007). Letztere sind die wohl am besten bekannten Phänomene im Dunkelfeld negativer therapeutischer Aktionen (Becker-Fischer & Fischer, 2008).

Ein Teil der in der RISK-Studie analysierten Beschwerden berichtet von einem respektlosen Umgang (Beschimpfungen, Belästigungen) durch den/die TherapeutIn. Aber auch andere Grenzverletzungen wie Verletzung der Schweigepflicht, Grenzverletzungen durch private soziale Kontakte oder Befangenheit durch gemeinsame Hintergründe in einer verschwimmenden Grenze zwischen der privaten und beruflichen Position des/der TherapeutIn sind in den Beschwerdetexten aufzufinden. All diesen Fehlern ist gemeinsam, dass entweder ein aktives Sich-Verschließen vor dem Wissen um gängige ethische Richtlinien seitens der TherapeutInnen stattfindet (im Sinne von: ist nicht so schlimm, eine gute Lösung für den Moment) oder eine Verzerrung eigener Wahrnehmung und des Selbstbildes (die sexuelle Beziehung tut der PatientIn gut, ist Teil der Therapie etc.) die Übergriffe möglich macht (vgl. 4.3).

4. Umgang mit Fehlern

Eine generelle Fehlervermeidung ist in Interaktionssituationen und innerhalb eines so komplexen Beziehungsgeschehens wie einer Psychotherapie wohl kaum möglich, es gibt keine optimale oder (einzig) richtige Vorgehensweise. Ist jedoch ein Fehler – oder eine Kette von Fehlhandlungen – passiert, so können aus der Analyse der Aussagen in den RISK-Fokusgruppen drei Typen des Umgangs damit unterschieden werden und auch das Schadenspotenzial beeinflussen (Gerlich, 2011; Gahleitner et al., 2013 i. V.).

4.1 Proaktiver Umgang – Alltagsfehler, schwierige Situationen und Kunstfehler

Hierbei sind jene Fälle subsumiert, in denen ein/eine TherapeutIn sich aktiv mit ihrem Fehler und der sich daraus ergebenden Situation auseinandersetzt: Die wesentlichste Voraussetzung für diesen proaktiven Umgang ist, dass der Fehler dem/der TherapeutIn bewusst wird. Entweder unmittelbar selbst (vgl. 3.1 Alltagsfehler), aufgrund von Selbstreflexion, Intervention, Supervision oder aufgrund der Rückmeldung des/der PatientIn. Bedingung dafür ist eine grundsätzliche Bereitschaft, sich und das eigene Tun infrage zu stellen bzw. stellen zu lassen. Die Toleranz für eigene Unvollkommenheit öffnet den Weg zur positiven Weiterentwicklung, indem das Fehlhandeln unmittelbar oder nach vorheriger Reflexion (z. B. in der Supervision) korrigiert wird. Dies kann einerseits ein Ansprechen mit dem/der PatientIn (Alltagsfehler, schwierige Situationen) sein, aber auch das Einschlagen eines neuen Kurses, wenn es sich um systematische Kunstfehler handelte. Das Besprechen und Durcharbeiten mit dem/der PatientIn (v. a. bei Alltagsfehlern, schwierigen Situationen) oder die Arbeit an der eigenen Gegenübertragung (Kunstfehler) kann eine positive Entwicklung anstoßen und befördern. Die Erkenntnis über Fehlgefahrenes wird in den Prozess integriert und befruchtet ihn. Das Wiederholungsrisiko ist gering.

4.2 Unreflektierter bzw. passiver Umgang – schwierige Situationen, Kunstfehler, ethische Fehler

Hier reagiert der/die TherapeutIn auf den Fehler nicht. Entweder erkennt er/sie die Signale der Fehlentwicklung aufgrund mangelnder Kompetenz oder eines blinden Flecks nicht, oder er/sie verschießt absichtlich die Augen vor der Problematik, ist überfordert und kann keine Korrekturen einbringen. (Halb-)bewusstes Nicht-Wahrhaben-Wollen ist zumeist verbunden mit persönlichen Defiziten wie einer zu strengen Haltung sich/den PatientInnen gegenüber, wenig Offenheit oder Ängstlichkeit. Die Folgen des passiven bzw. unreflektierten Umgangs können systematisch den Prozess trüben, das Wiederholungsrisiko ist mittel bis hoch (je nachdem, ob es sich um technische, störungsspezifische oder persönlichkeitspezifische Kunstfehler handelt). Dennoch besteht noch die Möglichkeit einer Korrektur: Wenn in Supervision und Weiterbildung der/die TherapeutIn auf die Problematik hingewiesen wird, dies annehmen und im therapeutischen Prozess aufgreifen kann. Ein Minimum an Selbstreflexionsbereitschaft ist dabei vorausgesetzt.

4.3 Ignoranter Umgang – Kunstfehler, ethische Fehler

Hier erkennt der/die TherapeutIn eine Fehlentwicklung, sucht die Gründe dafür aber nicht bei sich. Alle Problematik des Prozesses wird dem/der PatientIn („Diagnostizieren als Abwehr“) oder äußeren Umständen zugeschrieben. Oder die Fehlentwicklung wird generell geleugnet oder sogar als nötiger bzw. heilender Teil des Prozesses uminterpretiert. Beispiele der Fehlerignoranz aus den RISK-Daten sind auf der Handlungsebene etwa permanentes Gegenfragen auf Beschwerden der PatientIn, Antworten in Phrasen, Ausüben von Druck etc. Die Problematik von Machtmissbrauch in finanzieller oder narzisstischer Hinsicht wird von dem/der TherapeutIn ignoriert, sexuelle oder soziale Verstrickungen als Handlungen zum Wohle des/der PatientIn uminterpretiert. Zu diesem Fehlerumgang finden sich die meisten Aussagen in den qualitativen Daten der RISK-Studie. Den TherapeutInnen ist die Problematik ihres Tuns offenbar nicht einsichtig, eine Korrektur deshalb schwierig bis unmöglich. Ignoranter Umgang ist meist systematisch, die Wiederholungsgefahr daher hoch. Dieser Umgang mit Fehlentwicklungen zeitigt wahrscheinlich das höchste Schadensausmaß.

5. Fazit

Psychotherapie ist wie jedes menschliche Tun nie beliebig wiederholbar perfekt. Zu viele beeinflussende Faktoren können unliebsame Entwicklungen hervorrufen. In diesem Beitrag wurde, ausgehend von den Daten der RISK-Studie an der Donau Universität Krems (Leitner et al., 2012b) auf jene Faktoren im psychotherapeutischen Prozess fokussiert, die als therapeutische Fehler anzusehen sind. Dazu wurde ein neues Ordnungsschema von Fehlern nach ihrer Systematik und potenziell schädigenden Wirkung vorgestellt.

Die Haltung gegenüber Fehlern kann generell unter zwei Gesichtspunkten betrachtet werden: Einer davon ist technisch und versucht, Fehler zu vermeiden, da sie als Störquellen und Abweichungen optimalen Funktionierens betrachtet werden. Eine andere Einstellung zu Fehlern entspricht mehr der menschlichen Verfasstheit – nämlich, Fehler als Input zu sehen, an dem wir wachsen können; eine Kultur der Fehlerfreundlichkeit oder zumindest Fehlertoleranz öffnet ein Lernfeld, in dem PsychotherapeutInnen wagen, ihre Mängel zu sehen (ohne sich zu verdammen) und die Erkenntnisse daraus nützen, besser zu werden – in unserem Falle proaktiv mit Fehlern umzugehen (vgl. 4.1). Eine solche Haltung einzunehmen, ist die wohl breiteste und wichtigste Forderung für alle psychotherapeutisch Arbeitenden (vgl. auch Bienenstein & Rother, 2009). Dazu sind die Akzeptanz eigener (menschlicher) Unvollkommenheit, Offenheit und Lernbereitschaft nötig, wie sie in einer fehlerfreundlichen Haltung wachsen können.

Systematische therapeutische Fehler wie Kunstfehler oder ethische Verfehlungen müssen in der Psychotherapie selbstredend hintangehalten werden. Dazu sind mehrere Wege möglich: Der erste fokussiert auf die Persönlichkeit der PsychotherapeutInnen (Pfäfflin & Kächele, 2000; Märtens, 2013): Hier sollen schon in der Auswahl der KandidatInnen deren mögliche Persönlichkeitsdefizite erkannt, in der Ausbildung persönliche blinde Flecken bearbeitet und genügend personale wie methodische Kompetenz erworben werden. Weiters sind unter dem Schlagwort Selbstfürsorge jene Praktiken zu nennen, die PsychotherapeutInnen für ihre eigene Arbeitsfähigkeit und ihr Wohlergehen kultivieren sollten. Ausgeglichene PsychotherapeutInnen, die in guten sozialen Bezügen leben und sich von ihrem anstrengenden Job auch angemessen erholen können, werden weniger dazu tendieren, aus Überbelastung abzustumpfen, zynisch zu werden oder PatientInnen zu benützen. Eine ausreichende finanzielle Absicherung wirkt präventiv gegen unnötig lange Therapien, mangelnde Überweisung an geeignete Stellen o. Ä. um des Honorars willen.

Der zweite Weg fokussiert auf die Verpflichtung zur Weiterbildung und berufsbegleitenden Supervision bzw. Intervention für PsychotherapeutInnen – ein auch im österreichischen Psychotherapiegesetz und dessen

Verordnungen verankerter Gedanke (z. B. Supervisionsrichtlinie, 2009). Durch die dort mögliche Kompetenzentwicklung und systematische Selbstreflexion, durch Vergleich mit dem Tun anderer KollegInnen, durch Feedback in der Intervision können weitere Fehler und größere Schäden verhindert werden. In Fortbildung und Supervision können TherapeutInnen angeleitet werden, Fehlentwicklungen zu erkennen, sich Fehlern zu stellen, neue Perspektiven einzunehmen, alternative Handlungen zu entwerfen und sie in den therapeutischen Prozess zu integrieren. Diese Forderung ist auch ein wesentlicher Bestandteil des Qualitätsmanagements psychotherapeutischer Praxis (Piechotta, 2008; Strauß et al., 2012).

Der dritte Weg bringt PatientInnen ins Spiel: Sie sollen gezielte Information zum üblichen Ablauf und Aufklärung über mögliche Risiken von Psychotherapie erhalten. Es gilt, sie zu stärken, damit sie ihre Wahrnehmungen in den therapeutischen Prozess einbringen und den TherapeutInnen auf diese Weise wertvolle Rückmeldungen geben (Gahleitner et al., 2013 i. V.). Auch hier jedoch ist Voraussetzung, dass sie mit ihren Rückmeldungen auf TherapeutInnen stoßen, die dies annehmen können. Der Ausbau von Feedbackschleifen in der eigenen therapeutischen Praxis (Zwischenziele, Symptom-Checklisten, prozessuale Diagnostik etc.) kann hierbei formal helfen und sollte vermehrt angedacht werden. Weiters könnten die Auskunftsstellen und Beratungen der Berufsverbände für unzufriedene PatientInnen Beschwerden im Vorfeld abfangen und PatientInnen unterstützen, diese mit ihren TherapeutInnen zu besprechen. Die AutorInnen der RISK-Studie haben dazu auch einen „Beipackzettel“ für Psychotherapie entwickelt.

Generell gilt für alle drei Wege, dass eine Entwicklung hin zur Fehlerfreundlichkeit, zur Offenheit gegenüber fallweiser eigener Unzulänglichkeit und eine Freude an der Auseinandersetzung mit dem Prozess und seinen Dynamiken nötig sind. Hier sind wir TherapeutInnen alle gefordert, uns freundlich zu beobachten und daran mitzuwirken.

Autorinnen

Brigitte Schigl ist Klinische und Gesundheitspsychologin, Supervisorin und Psychotherapeutin in freier Praxis. Sie ist Professorin am Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit der Donau Universität Krems und unterrichtet dort in der Psychotherapie- und Supervisionsausbildung. Sie ist Mitglied des Forschungsteams am Department für die Schwerpunkte Gender, Psychotherapie-Evaluation.

Silke Brigitta Gahleitner studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie. Sie arbeitete langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in sozialtherapeutischen Einrichtungen sowie in eigener Praxis. Seit 2006 ist sie als Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der ASFH Berlin und seit 2012 als Univ.-Professorin an der Donau-Universität Krems für den Forschungsbereich Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen tätig.

Korrespondenz

Brigitte Schigl

Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit der Donau Universität Krems

E-Mail: brigitte.schigl@aon.at

Silke Brigitta Gahleitner

E-Mail: silke.gahleitner@me.com

Literatur

Becker-Fischer, M. & Fischer, G. (2008). Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie und Psychiatrie. Orientierungshilfen für Therapeut und Klientin (Reihe: Psychotraumatologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Bd. 18; 3., neu bearb., erw. und aktual. Aufl.). Kröning: Asanger.

Bergin, A. E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 10(3), 244-250.

Bienenstein, S. & Rother, M. (2009). Fehler in der Psychotherapie: Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis. Wien: Springer.

Borg-Laufs, M., Gahleitner, S. B. & Hungerige, H. (2012). Schwierige Situationen in Therapie und Beratung mit Kindern und Jugendlichen. Weinheim: Beltz PVU.

Caspar, F. & Kächele, H. (2008). Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In S. C. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (1. Aufl.; S. 729-743). München: Elsevier.

Dörner, D. (2003). Die Logik des Misslingens. *Strategisches Denken in komplexen Situationen* (erw. Neuausg.). Reinbek: Rowohlt.

Freud, S. (1923). Die Abhängigkeiten des Ichs. In S. Freud, *Das Ich und das Es* (S. 60-77). Leipzig: Psychoanalytischer Verlag.

Gahleitner, S. B., Schigl, B., Gerlich, K. & Hinterwallner, H. (i.V.). Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie vermeiden: Was TherapeutInnen von PatientInnen lernen können. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 37.

- Gerlich, K. (2011). Risiko und Handhabung von Risiko im psychotherapeutischen Prozess. Eine praxisbasierte ExpertInnenansicht. *Integrative Therapie – Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, 37(1/2), 45-64.
- Heidenreich, T. & Noyon, A. (2012). Schwierige Situationen in der Psychotherapie als Basis für riskantes Therapeutenverhalten. *VPP – Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 45(3), 529-535.
- Hinterwallner, H., Gerlich, K. & Koschier, A. (2011). PatientInnenbeschwerden in der Psychotherapie. *Integrative Therapie – Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration*, 37(1/2), 65-74.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeutenjournal*, 53(1), 4-16.
- Hutterer-Krisch, R. (2007). Missbrauch in der Psychotherapie. Rechtliche Fragen des Missbrauchs in der Psychotherapie. In Hutterer-Krisch, R. *Grundriss der Psychotherapieethik: Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit* (S. 377-402). Wien: Springer.
- Jacob, G., Lieb, K. & Berger, M. (2009). *Schwierige Gesprächssituationen in Psychiatrie und Psychotherapie*. München: Elsevier.
- Jaeggi, E. (2002). *Und wer therapiert die Therapeuten?* (2. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta.
- Kaczmarek, S., Passmann, K., Cappel, R., Hillebrand, V., Schleu, A. & Strauß, B. (2012): Wenn Psychotherapie schadet... Systematik von Beschwerden über psychotherapeutische Behandlungen. In: *Psychotherapeut*. 57/5 .S 402-409
- Kaczmarek, S. & Strauß, B. (2013). Empirische Befunde zum Spektrum und zur Häufigkeit von unerwünschten Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken von Psychotherapie. In M. Linden & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 15-32). Berlin: MWV.
- Kleiber, D. & Kuhr, A. (Hrsg.). (1988). *Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie. Beiträge zur psychosozialen Praxis* (Reihe: Tübinger Reihe, Bd. 8). Tübingen: DGVT.
- Kottler, J. A. & Blau, D. S. (1991). *Wenn Therapeuten irren. Versagen als Chance* (Englisches Original erschienen 1986). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S. & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21(3), 267-276.
- Lambert, M. J. (2007). What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1-14. Verfügbar unter: <http://www.oru.se/PageFiles/21320/Lambert,%20improve%20gains%20in%20outcome,%20Psychotherapy%20res2007.pdf> [03.09.2012].
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6th ed.; S. 169-218). Hoboken, NJ: Wiley.
- Leitner, A., Märtens, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H. & Schnyder, U. (2012a). Patients' perceptions of risky developments during psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 42(2), 1-11.
- Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H., Liegl, G., Hinterberger, G. & Schigl, B. (2012b). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht*. Krems, Österreich: Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.
- Lieberei, B. & Linden, M. (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102(9), 558-562.
- Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 45-50). Berlin: Springer.
- Linden, M. (2012). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and psychotherapy*. Verfügbar unter: DOI 10.1002/cpp1769.
- Linden, M., Strauß, B. (Hrsg.). (2013). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (Neuaufgabe). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Lutz, W., Kostfelder, J. & Joormann, J. (Hrsg.). (2004). *Mißerfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Erkennen, Vermeiden, Vorbeugen*. Bern: Huber.
- Märtens, M. (2013). Der Therapeut als Ansatzpunkt für die Vermeidung von Psychotherapie Nebenwirkungen. In M. Linden, H. J. Freyberger & B. Strauß (Hrsg.), *Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 167-182). Berlin: MWV.
- Märtens, M. & Liegl, G. (2013). Patientenrechtegesetz im psychotherapeutischen Kontext – Forderung nach Aufklärung und Behandlungsalternativen. *Psychotherapeut*, 58(1), 73-78.
- Märtens, M. & Petzold, H. G. (Hrsg.). (2002). *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.
- Masson, J. M. (1991). *Die Abschaffung der Psychotherapie. Ein Plädoyer*. München: Bertelsmann. (Englisches Original erschienen 1988).
- Mayr, U. (2001). *Wenn Therapien nicht helfen. Zur Psychodynamik der negativen therapeutischen Reaktion*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Mayring, P. (2002). *Einführung in die qualitative Sozialforschung. Eine Anleitung zu qualitativem Denken* (Reihe: Beltz Studium; 5. überarb. u. neu ausgestattete Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mohr, D. C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical psychology: Science and practice*, 2(1), 1-27.

- Noyon, A. & Heidenreich, T. (2009). *Schwierige Situationen in Therapie und Beratung: 24 Probleme und Lösungsvorschläge*. Weinheim: Beltz PVU.
- Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit (2009). *Supervisionsrichtlinie. Kriterien für die Ausübung psychotherapeutischer Supervision durch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Verfügbar unter: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/8/3/CH1002/CMS1144348952885/supervisionsrichtlinie.pdf> [29.03.2013].
- Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit (2012). *Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten*. Verfügbar unter: <http://bmg.gv.at/cms/home/attachments/6/8/3/CH1002/CMS1144348952885/berufskodex.pdf> [27.03.2013].
- Österreichisches Psychotherapiegesetz (2013). *Fassung 2013*. Verfügbar unter: <http://www.ris.bka.gv.at/GeltendeFassung.wxe?Abfrage=Bundesnormen&Gesetzesnummer=10010620> [29.03.2012].
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(6), 361-373.
- Orlinsky, D. E., Grawe, K. & Parks, B., K. (1994). Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (4th ed.; S. 270-376). New York: Wiley.
- Pfäfflin, F. & Kächele, H. (2000). Müssen Therapeuten diagnostiziert werden? *Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie PTT*, 4(1), 88-94.
- Piechotta, B. (2008). *PsyQM Qualitätsmanagement für psychotherapeutische Praxen*. Heidelberg: Springer.
- Reimer, C. (2008). Ethik der therapeutischen Beziehung. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 251-264). Tübingen: DGVT.
- Riedler-Singer, R., Hutterer-Krisch, R. & Reiter-Theil, S. (2007). Behandlungsfehler. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.), *Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit* (S. 194-210). Wien: Springer.
- Roback, H. B. (2000). Adverse outcomes in group psychotherapy: risk factors, prevention and research directions. *Journal of Psychotherapy Practice and Research*, 9(3), 113-122.
- Rohde-Dachser, C. (1988). Widerstand, Fehlindikation, Beziehungsfalle. Erklärungsmodelle für das Scheitern psychoanalytischer Psychotherapie. In D. Kleiber & A. Kuhr (Hrsg.), *Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie. Beiträge zur psychosozialen Praxis* (Reihe: Tübinger Reihe, Bd. 8; S. 61-72). Tübingen: DGVT.
- Rüger, U. (2003). Gewalt und Missbrauch in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 48(4), 240-246.
- Ruff, W., Eksparre, D. v., Grabenstedt, Y., Kaiser-Livne, M., Längl, W. & Nagell, W. (2011). Behandlungs- und Kunstfehler in der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse*, 27(1), 43-60.
- Sachse, R. (2004). Schwierige Interaktionssituationen im Therapieprozess. In W. Lutz, J. Kosfelder & J. Joormann (Hrsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Erkennen – Vermeiden – Vorbeugen* (S. 123-143). Bern: Huber.
- Schigl, B. (2012). *Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess?* (Reihe: Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung). Wiesbaden: VS.
- Schigl, B. (2013). Wie gefährlich kann Supervision sein? *Perspektiven in ein Dunkelfeld. Organisationsberatung, Supervision, Coaching*, 20(1), 35-49.
- Schweizer Charta für Psychotherapie. (2006). *Standesregeln der Charta Institutionen*. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapiecharta.ch/charta/de/component/jdownloads/finish/4/33> [27.03.2013].
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauß, B. & Geyer, M. (Hrsg.). (2006). *Grenzen psychotherapeutischen Handelns*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Strauß, B., Linden, M., Haupt, M. L. & Kaczmarek, S. (2012). Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. *Systematik und Häufigkeiten in der Psychotherapie. Psychotherapeut*, 57(5), 385-394.
- Strupp, H. H., Hadley, S. W. & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse: An analysis of the problem of negative effects*. Montvale, NJ: Aronson.
- Wampold, B. E. & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, 16(2), 184-187.
- Yalom, I. D. & Lieberman, M. A. (1971). A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry*, 25(1), 16-30.

Commettre des erreurs – en tirer des leçons? De la classification des erreurs en psychothérapie et de leur gestion

La psychothérapie est une méthode de traitement efficace de nombreux problèmes psychiques, de nombreuses études l'ont bien démontré. Ces dernières années, la question des effets négatifs de la méthode a également été posée. C'est sur ce thème que le Département de psychothérapie et de santé biopsychosociale de l'Université du Danube, à Krems, a mené entre 2008 et 2011 une étude qui porte le titre suivant : « Risiken, Schäden und Nebenwirkungen von Psychotherapie » (Les risques, les dégâts et les effets secondaires de la psychothérapie). (Voir à ce sujet le rapport en allemand, sous

http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/departement/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_25.9.12.pdf).

Les données fournies par l'analyse de courriers dans lesquels les patient/es émettaient des plaintes, ainsi que des groupes de parole dans lesquels étaient présents les représentants de toutes les méthodes psychothérapeutiques pratiquées en Autriche ont servi de base à notre réflexion sur les erreurs en psychothérapie et la manière dont les psychothérapeutes les gèrent.

Il n'est pas très utile de rechercher des explications causales lorsqu'il s'agit d'un système aussi complexe que le processus psychothérapeutique ; par contre, au moment de rechercher les causes des effets indésirables ou des dégâts causés par les traitements, on va s'intéresser en priorité au/à la thérapeute. C'est lui ou elle qui, toujours, assume la responsabilité du processus, qui se trouve dans une position (professionnelle) de pouvoir et qui doit réagir lorsque des évolutions peu souhaitables se produisent dans le cadre du traitement ; ceci, quelles qu'en soient les raisons : trouble dont souffre le patient, mauvais choix d'un thérapeute, mauvaise indication quant à l'utilisation d'une méthode donnée, de techniques ou de settings, ou encore erreurs commises par le/la thérapeute. Dans le présent article, nous analysons différents types d'erreurs et la manière dont elles sont gérées, en nous fondant sur les données RISK et les indications fournies dans la littérature. Nous proposons une nouvelle liste hiérarchique en rapport avec les différents types d'erreurs. De manière générale, on peut considérer comme une erreur tout ce qui ne correspond pas à une autre manière – plus adéquate – d'agir. Nous esquissons quatre types d'erreurs : 'erreurs au quotidien', erreurs commises dans des situations difficiles (y compris par des débutants), fautes professionnelles et actions contraires à l'éthique.

Les erreurs au quotidien se produisent dans le cadre d'un processus psychothérapeutique qui, en soi, se déroule bien, lorsqu'un/e thérapeute (suffisamment) compétent/e agit spontanément d'une manière qu'il ou elle considèrera plus tard comme inadéquate (Riedler-Singer 2007, p. 194f). Ces erreurs sont en rapport avec une situation unique et ne se produisent pas de manière systématique et spécifique pour des patients donnés. Les erreurs dans des situations difficiles et les erreurs commises par des débutants se produisent lorsque les conditions posent un défi particulier ; elles peuvent être uniques, comme les erreurs au quotidien, même lorsque le/la psychothérapeute est suffisamment compétent/e. Elles sont en rapport avec la situation, avec le système, avec le processus et/ou avec le/la patient/e, mais ne sont pas systématiquement causées par le comportement ou la personnalité du/de la thérapeute. Elles se produisent au moment où ce dernier se sent dépassé, lorsque, par exemple, l'alliance thérapeutique ou la structure du traitement est menacée. Par contre, les fautes professionnelles sont commises par des psychothérapeutes dont les compétences ne sont pas suffisantes ou qui mènent les traitements de manière peu professionnelle (Strauß et al. 2012). Elles se produisent de manière systématique : ce sont des 'pièges' dans lesquels ces thérapeutes tombent souvent dans des situations spécifiques ou lorsque le patient souffre d'un certain trouble ; elles peuvent également se produire de manière plus globale, dans tous les cas traités. Les fautes professionnelles sont des erreurs considérées comme telles du fait que le thérapeute agit d'une manière qui ne correspond pas à ce qui serait souhaitable du point de vue de la méthode qu'il applique ou de celui de la communauté scientifique. Elles peuvent se produire en rapport avec certains groupes de diagnostics ou, de manière plus générale, à tous les moments où des aspects de la personnalité du thérapeute sont (trop) fortement activés (Caspar & Kächele, 2008). Elles sont difficiles à prouver car, contrairement à ce qui se passe pour les deux premières catégories d'erreurs, les thérapeutes n'en sont pas conscients. Concernant les actions contraires à l'éthique ou au code professionnel, celles-ci sont plus aisément définies puisqu'il existe des codes déontologiques qui doivent obligatoirement être respectés par les professionnels (exemples : ceux émis par l'Österreichisches Bundesministerium für Gesundheit, 2012 ou la Charte suisse pour la psychothérapie, 2006) ainsi que des bases légales (Märtens & Liegl, 2013) qui, dans ce cas, ne sont pas

respectées. Font partie de cette catégorie tous les abus de pouvoir, de type sexuel, financier ou idéologique, ainsi que les abus causés par les blessures narcissiques des thérapeutes.

En ce qui concerne la manière de gérer les erreurs commises dans le cadre psychothérapeutique, les indications formulées par les experts ayant participé aux groupes mis en place peuvent être résumées sous trois catégories : une gestion proactive (surtout en cas d'erreur au quotidien ou d'erreur dans une situation difficile) puisque le/la thérapeute devient rapidement conscient/e d'avoir commis une erreur et qu'il/elle réagit de manière adéquate. Le fait de savoir que quelque chose n'a pas marché peut être intégré au processus thérapeutique et apporter un élément positif à ce dernier. Le risque de répétition est peu élevé. Lorsque les thérapeutes concernés ne mènent aucune réflexion ou gèrent leurs erreurs de manière passive (surtout dans des situations difficiles, concernant des fautes professionnelles ou des infractions à l'éthique), ils ne vont pas réagir du tout. Soit ils sont insuffisamment compétents pour identifier les signes de développements néfastes, soit ils y sont aveugles du fait de leur propre personnalité, soit encore ils décident d'ignorer les problèmes. Une gestion ignorante (fautes professionnelles, éthique) est définie par le fait que le/la thérapeute admet qu'il y a un problème, mais refuse d'en assumer la responsabilité. Dans ce cas, la faute est attribuée au/à la patient/e (« diagnostiquer en tant que mécanisme de défense ») ou à des événements extérieurs. Il peut également arriver que le/la thérapeute nie globalement les problèmes ou réinterprète ceux-ci pour en faire un aspect nécessaire et salutaire du processus thérapeutique. C'est ici que le risque de répétition et les dégâts sont les plus élevés.

Il faut donc pratiquer une culture au sein de laquelle les erreurs ne sont pas considérées comme uniquement négatives et dans laquelle les thérapeutes y sont sensibilisés dans le cadre de la formation et de la supervision ; celle-ci doit également encourager l'ouverture d'esprit envers les erreurs. Les moyens mis en œuvre vont de la sélection à la formation des candidats, mais incluent également le fait d'encourager les patients à signaler les effets non désirables de leur processus à leur thérapeute (Gahleitner et al. 2013, en préparation). Les auteurs de l'étude RISK ont élaboré une 'information destinée aux patients' à ce sujet, voir (en allemand) http://www.donauuni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/patientinneninformation_26.09.12.pdf.)