

# INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

## „Wo viel Licht, dort ist auch Schatten“

**Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Schäden durch  
Psychotherapie, Supervision und Beratung**

**Anton Leitner**, Psychotherapie auf dem Weg...  
Entwicklungen-Wirkungen-Nebenwirkungen-Negativeffekte

**Katharina Gerlich**, Risiko und Handhabung von Risiko im psycho-  
therapeutischen Prozess. Eine praxisbasierte ExpertInnensicht

**Heidemarie Hinterwallner, Katharina Gerlich, Alexandra Koschier**,  
PatientInnenbeschwerden in der Psychotherapie.  
Eine Kurzdarstellung

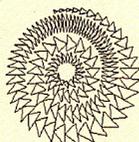
**Alexandra Koschier, Michael Märtens**, Risiken, Schäden und Neben-  
wirkungen in der Psychotherapie. Ergebnisse einer niederösterreich-  
weiten PatientInnenbefragung. Ein Kurzbericht

**Gregor Liegl, Anton Leitner**, Psychotherapie kann mit Zufrieden-  
heitseinbußen einhergehen. Welche Aspekte der allgemeinen  
Lebenszufriedenheit betroffen sind und welche Rolle Geschlecht  
und therapeutische Orientierung dabei spielen

**Brigitte Schigl**, Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch  
Supervision und Beratung

**Jutta Ehrhardt, Hilarion Petzold**, Wenn Supervisionen schaden -  
explorative Untersuchungen im Dunkelfeld „riskanter super-  
visorischer Praxis“

**Ulrich Sachsse**, Retraumatisierung durch Psychotherapie -  
Schlag-Wort oder Gefahr?



Katharina Gerlich

## **Risiko und Handhabung von Risiko im psychotherapeutischen Prozess. Eine praxisbasierte ExpertInnen­sicht**

### **Einleitung**

Im folgenden Artikel werden Ergebnisse aus den ExpertInnen-Runden im Forschungsprojekt „Psychotherapie: Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden; Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie“ (Leitner 2011; Gerlich, Hinterwallner, Liegl, Hintenberger & Schigl 2011) vorgestellt.

Das Format der ExpertInnen-Diskussionen ermöglicht eine pointierte Perspektive auf die theoretisch und behandlungsmethodisch sehr unterschiedlich fundierte Praxis der psychotherapeutischen Landschaft in Österreich. Wiederholte praktische Erfahrungen führen zu Erkenntnissen, die im Rahmen einer qualitativen Auswertung theoretische Ansätze und Erklärungen liefern (vgl. Gläser 2004). Trotz der fachspezifischen Heterogenität der ExpertInnen-Runden wurde die Existenz von unerwünschten Wirkungen im psychotherapeutischen Prozess als grundsätzlich gegeben betrachtet. Ausgehend von der in der Runde der ExpertInnen unbestrittenen Annahme, dass auch die Psychotherapie nicht „immun“ gegen Fehler ist, konzentrieren sich die Ergebnisse der ExpertInnen-Diskussionen auf Ursachen, Risikofaktoren für Fehlentwicklungen und auf einen Risiken und Schäden reduzierenden Umgang mit wahrgenommenen Fehlern. Die Reflexion der psychotherapeutischen Praxis generierte vielfältige konkrete Hinweise auf Strategien zur Prävention. Danach konnte mittels einer qualitativen Auswertung der verschriftlichten geäußerten Erfahrungen und Positionen ein phänomenologischer Überblick zu Risikofaktoren, unterschiedlichen Handhabungen von Risiken in der Psychotherapie und Umgangsvarianten mit wahrgenommenen Fehlern entwickelt werden.

### **Datenerhebung und Stichprobe**

Entsprechend der Logik des theoretischen Samplings (vgl. Strauss 1987) wurden ExpertInnen mit unterschiedlichen Erfahrungs- und Theoriehintergründen zur Kontrastverschärfung ausgewählt. Bei der Stichprobenwahl wurde besonderes Augenmerk auf fachspezifische Repräsentanz im Sinne einer Anwesenheit von ExpertInnen aller in Österreich anerkannten Fachspezifika und auf ein ausgeglichenes Geschlechterverhältnis gelegt. 29 PsychotherapeutInnen und LehrtherapeutInnen erklärten sich bereit, im Rahmen von Gruppendiskussionen an der Studie teilzunehmen. Im Zeitraum zwischen Mai und Juni 2008 wurden 7 Gruppendiskussionen mit bis zu 5 Personen, im Umfang von insgesamt 14 Stunden abgehalten. Die leitfadenorientierten nondirektiven Gruppendiskussionen mit ExpertInnen (vgl. Bogner, Littig et

al. 2005) dienten neben der qualitativen Exploration des Forschungsfelds zur Anregung für die Itementwicklung der repräsentativen Fragebogenerhebung. Bei diesen Diskussionen wurde nach den Kriterien des ermittelnden Gruppeninterviews (vgl. *Lammek* 2010), nach einer Einstiegsfrage, möglichst auf die Herstellung von Selbstläufigkeit geachtet. Die aufgenommenen Gruppeninterviews wurden transkribiert, das sehr ergiebige Datenmaterial in Atlas-ti (vgl. *Schütte* 2007) eingespeichert.

## **Methode**

Die Daten wurden einer qualitativen Inhaltsanalyse nach *Mayring* unterzogen. In einem ersten Schritt wurden (vgl. *Mayring* 2002) die Selektionskriterien für die Kategorieentwicklung, in Anwendung des Konzept-Indikator Modells, aus den Daten generiert. Das über Subsumierung und Neudefinierung entstandene Kategoriensystem orientierte sich an Phänomenen der Handlung, der Prozesshaftigkeit und des Kontexts (in Anlehnung an das „paradigmatische Modell“ (vgl. *Strauss* 1987). Die dabei identifizierten Aussagen unterstützten die Erstellung von Items für den Fragebogen der niederösterreichischen PatientInnen-Befragung (vgl. *Leitner* et al. 2011). In den weiteren Arbeitsschritten wurde das Kodieren immer zielgerichteter, um die gefundenen Konzepte in Kategorien und deren Subkategorien zu bündeln. Die Kategorien wurden vertieft, indem Eigenschaften und deren mögliche Dimensionen zusammengestellt wurden. Dies ist notwendig, um neue Codes und Ereignisse der nächsten Daten einer Kategorie zuzuordnen. Mithilfe der Platzierung der Codes innerhalb des Spektrums der Dimensionen und Eigenschaften wird die Sättigung für diese Kategorie angestrebt. Die Kategorien-Zuordnung von Textstellen erfolgte jeweils mit dem Computerprogramm Atlas-ti. Weiters wurden die Konzepte und Kategorien auf Beziehungen zueinander untersucht und befragt, um Subkategorien zu identifizieren und Kategorien zu sättigen.

In Anlehnung an das *Strauss'sche* Paradigma wurden die aus der ersten Analyse konzipierten Kategorien des Settings, des Verlaufs, der Konsequenzen und Prävention miteinander in Beziehung gesetzt, um einen in den Daten geerdeten phänomenologischen Überblick zu möglichen Kategorien zu Risiken in der Psychotherapie und zum Fehlerumgang zu entwickeln. Im axialen Kodieren werden die gefundenen und relevanten Kategorien im Rahmen des *Strauss'schen* Kodierparadigmas miteinander in Beziehung gesetzt. Dies ist ein komplexer Prozess von induktivem und deduktivem Denken in mehreren Schritten (vgl. *Mey, Mruck* 2007). Es werden durch die Techniken des Fragens und Vergleichens Verbindungen und Beziehungen der Kategorien zueinander entdeckt. Das *Strauss'sche* handlungsorientierte Kodierparadigma bezieht sich auf: den Kontext, in dem das Phänomen gebettet ist, die kausalen Bedingungen für die gefundenen Phänomene, die Eigenschaften der Handlungsstrategien, die intervenierenden Bedingungen, die eigentlichen Handlungs- und Interaktionsstrategien und deren Konsequenzen. Die daraus resultierende Kategorien-

bildung und Sättigung der Kategorien bildeten die Basis zur Erstellung von ersten Erklärungszugängen zu Risikopotentialen in der Psychotherapie, als auch jenen zum Fehlerumgang in der Psychotherapie, die in departmentinternen Interpretations-Sitzungen unter externer Prüfung erfolgten.

## **Ergebnisse**

### **Risiko, Ursachen und Effekte**

Ein Diskurs über Schäden, Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie setzt neben einer hinlänglich klaren und trennscharfen Begriffsdefinition, wie sie *Leitner* (s. dieser Band) vorgenommen hat, auch Problematisierung der Differenzierung zwischen Ursachen und Effekten voraus. Auch die qualitativen Daten der ExpertInnen-diskussionen deuten durch eine wiederholte Unklarheit bei der Zuordnung von Wirkung und Ursache, auf die Wichtigkeit einer Auseinandersetzung mit der Thematik einer klaren Abgrenzung zwischen Phänomenen der Effekte und jenen der Ursachen. In der hier vorgestellten Interpretation der qualitativen Daten bezieht sich die Ebene der Effekte (I) auf die Wirkungen innerhalb der Psychotherapie. Dabei wird die Haupt-Wirkung, die sich auf ein hierarchisiertes Bündel von ausgehandelten Zielen (vgl. *Ambühl, Strauß* 1999) der Behandlung richtet, von den Neben-Wirkungen als erwünschte und/oder unerwünschte Phänomene, die direkt auf die Behandlung zurückgeführt werden, abgegrenzt.

Die Frage nach den Ursachen von Nebenwirkungen und Schäden stellt sich ab der zweiten Ebene (II), in der eine subjektiv definierte unerwünschte Wirkung oder ein Schaden dem/der PatientIn bewusst wird. Wird dieser Effekt darauffolgend von dem/der Betroffenen benannt und damit gegenüber der/dem TherapeutIn oder dem sozialen Umfeld gegenüber ausgesprochen, können mit Zustimmung der/des PatientIn Schritte zur Ursachenforschung erfolgen. Werden diese festgestellt, kann versucht werden, eine Effektverminderung einzuleiten, vorausgesetzt die Instrumente und Möglichkeiten dafür stehen zur Verfügung. Die ExpertInnen fokussierten in ihren Ausführungen auf Risikopotentiale für die, aus ihrer Sicht und Erfahrung unvorhersehbaren Komplikationen. Die selbstreflexive Perspektive der ExpertInnendiskussionen gibt einen Einblick über Bereiche, in denen aus der Erfahrung der ExpertInnen die Möglichkeit besteht, dass der psychotherapeutische Prozess nicht gut verläuft. Der Begriff des Risikos impliziert nach *Luhmann* in sozialen Kontexten grundsätzlich Handlungsfähigkeit und Handlungsoptionen (vgl. *Luhmann* 1991, 1996), die wiederum eine weitere Kette von Ereignissen nach sich zieht, die nur zum Teil der therapeutischen Einflussnahme unterliegen. Werden grundsätzlich handhabbare Risiken nicht „gelöst“, so kann dies zu Handlungen führen, die aus therapeutischer Sicht – therapieschulenspezifisch unterschiedlich - als Fehler bezeichnet werden. Wenn hier also von Risikofaktoren gesprochen wird, dann für jene, die dieses „Entkräften“ erschweren. Risikofaktoren wirken zu jedem Zeitpunkt innerhalb des Ver-

laufs einer Psychotherapie, können aufeinander wirken, indem sie sich verstärken, aber auch aufheben.

Es kann auf Grundlage der qualitativen Daten zwischen zwei Ursachen von Fehlentwicklungen unterschieden werden. Werden einerseits Risikopotentiale nicht „gelöst“, kann dies zu Situationen führen, die Fehler hervorrufen können. Diese Fehler widersprechen jedoch nicht dem aktuellen Berufsverhalten und dem gesetzlich festgelegten Berufskodex (BGBl § 1, Nr. 361). Andererseits gibt es den eindeutigen Bruch mit dem „State of the art“ im Sinne einer Verletzung des Berufskodex, der wissentlich oder auch nicht wissend erfolgt.

Gewünschte Wirkung und Neben-Wirkung als unerwünschte Effekte ergeben sich aus dem interaktiven Prozess bei annähernd idealen Kontextbedingungen und therapeutischem Verhalten. Neben-Wirkungen sind nicht das Resultat von Fehlern, sondern Folgen von intervenierenden Variablen und / oder mögliche Varianten der Ergebnisqualität. Das Risiko für Neben-Wirkungen ist daher konstant im Prozess vorhanden. Diese Phänomene müssen von allen anderen unerwünschten Phänomenen unterschieden werden, die durch eine nicht lege artis durchgeführte Psychotherapie oder durch regelwidriges Verhalten ausgelöst werden. Die juristische Ebene wurde hier wie für das gesamte Forschungsprojekt ausgeklammert. Das Risiko eines Schadens innerhalb der Psychotherapie liegt in den oben genannten Ursachen (chronifizierte Neben-Wirkung, therapeutische Fehler, ungelöstes Risiko), die im Rahmen des Verlaufs einer Psychotherapie stattfinden. Das Ausmaß und die Wirkung dieser Fehler werden als Negativeffekte mit Schadensqualität (vgl. *Schwarz, Wandt* 2000) unterschiedlichen Grades erlebt.

### **Kategorienmodell zu Risikenminderung**

Im Zuge der Analyse der ExpertInnendiskussionen konnten die im Zusammenhang mit Risikominderung erwähnten zentralen Kategorien des qualitativen Datenmaterials miteinander in Beziehung gesetzt werden, um erste, aus der Praxis generierte Aussagen zu dieser Thematik machen zu können .

Im Zentrum steht die Kategorie „Setting“, die den Rahmen für den therapeutischen Verlauf beschreibt. Dazu zählt in diesen Beschreibungen die PatientInnenvariable, die TherapeutInnenvariable und Kontextvariablen, auch genannt Settingvariablen (ambulant, stationär, dyadisch, gruppal, Rechtsvorgaben), die durch das Psychotherapiegesetz und den Berufskodex des Psychotherapiegesetzes definiert und vorgegeben sind. Zusätzlich bestimmen demographische Variablen, Fachspezifika, Arbeitsverhältnis, Arbeitsplatz und Ausbildungsvariable als Subvariablen die Bedingungen des psychotherapeutischen Kontexts.

Jede/r PatientIn bringt ihre/seine spezifischen Charakteristika in den therapeutischen Kontext ein, sei es der Grad und die Bandbreite der Probleme, der biographi-

sche Hintergrund, intersubjektive und intrasubjektive Fähigkeiten, Intelligenz, Leistungsdruck und Änderungswille. Gleichzeitig beeinflussen dieselben Variablen sowie intersubjektives und intrasubjektives und professionelles Handeln der/des TherapeutIn das Verhalten der/des PatientIn (vgl. Lambert 2004).

Die Kategorie des Verlaufs beinhaltet das „Geschehen“ in der Therapie. Dazu gehören die Kategorien der therapeutischen Beziehung und jene des therapeutischen Prozesses. Der therapeutische Prozess entfaltet sich einerseits in den Handlungen, Interaktionen, Erfahrungen zwischen PatientIn und TherapeutIn innerhalb, und andererseits in den Erfahrungen und auf die Therapie bezogenen Handlungen außerhalb des therapeutischen Settings.

Der Prozessverlauf bestimmt die Beziehung und umgekehrt. Sobald sich ein Mensch einem anderen Menschen zuwendet, stehen beide in einem Kontakt zueinander, aus der eine Beziehung werden kann. Neben den bereits erwähnten Variablen der Kategorie „Setting“ beeinflussen die Länge, die Intensität und die Häufigkeit der Begegnungen, also deren prozessualer Charakter, die Art der Beziehung. Der Aufbau eines psychotherapeutischen Settings entwickelt sich über einen ersten Kontakt, eine Begegnung, die - falls sich beide beteiligten Personen dazu entschließen - in ein zeitlich begrenztes Arbeitsbündnis mündet. Beziehung und Prozess sind durch die professionelle Intention der beteiligten Personen eng miteinander verwoben. Die Gleichzeitigkeit des Professionellen und Persönlichen ist ein zentrales Merkmal dieser Beziehungsform. Die Dauer der psychotherapeutischen Beziehung und jene der einzelnen Kontakte sind begrenzt. Ist ein gesetztes Ziel des „Arbeitsbündnisses“ im Rahmen der Psychotherapie erreicht, so muss ein „gutes“ (abgerundetes) Auseinandergehen möglich sein.

Abhängig von den jeweiligen theoretischen Modellen der fachspezifischen Ausbildungen gehören Phänomene und theoretische Modelle wie z.B. Übertragung, Gegenübertragung, Widerstand, Abwehr, Affiliation, Reaktanz oder Kollusion etc. auch zur Kategorie „Verlauf“. Die qualitativen Daten der ExpertInnendiskussionen schreiben der therapeutischen Beziehung intensiv persönliche und gleichzeitig professionelle Charakteristika zu. Es wird die Besonderheit der Dualität von professionellen und subjektiven Eigenschaften des Verlaufs betont. Dieser potentiellen Ambivalenz wird nicht nur in diesen Daten ein Risikopotential für Fehler zugeschrieben. „Gerät diese Doppelqualität von Professionalität und intersubjektivem Engagement und empathischer Zuwendung zur Ambivalenz oder wird sie in unklarer Weise gehandhabt, so dass z.B. Ambiguität und Intransparenz entstehen, **kann** ein Risikopotential für Fehler entstehen, die zu Verletzung der „**persönlichen Integrität**“ der PatientInnen, ja ihrer **Würde** – „**patient dignity**“ führen kann.“(vgl. Petzold, Orth 2011)

Unter der Kategorie „Konsequenzen“ werden alle Formen der Effekte positiver als auch negativer Effekte des Verlaufs subsumiert. Schäden als Folge von Fehlern von

TherapeutInnen im Prozess wurden in den Daten der ExpertInnendiskussionen und der Analyse der Beschwerdebriefe besondere Bedeutung beigemessen.

Die Kategorie der Risikominderung bezieht sich auf die Möglichkeiten der positiven Interventionen zur Risikominderung innerhalb der jeweiligen Kategorie. Die qualitativen Daten der ExpertInnendiskussionen ermöglichen also erste Aussagen zu einer Systematisierung des Risikos in der Psychotherapie. Da sich Neben-Wirkungen und Schäden in ihrer Ursache voneinander abgrenzen, unterscheidet sich das Risiko für einen Schaden von den Risikozusammenhängen bei Neben-Wirkungen. Das Risiko eines Schadens innerhalb der Psychotherapie basiert nach unserer Definition auf Interaktionsfehlern, die im Rahmen der Kategorie des Settings oder/und des Verlaufs stattfinden.

Das Ausmaß und die Wirkung dieser Fehler zeigen sich innerhalb der Ergebnisqualität als Belastungen und Schäden unterschiedlichen Grades. Das Risiko für Fehler manifestiert sich daher in Setting und Verlauf. Wirkung und Neben-Wirkung als gewünschter und unerwünschter Aspekt der Ergebnisqualität ergeben sich aus dem interaktiven Prozess bei annähernd idealen Kontextbedingungen. Neben-Wirkungsrisiko liegt in einem annähernd idealen „normalen“ Setting und Verlauf. Das Ausmaß der Belastung der Neben-Wirkung liegt in den Eigenschaften des Verlaufs, da die Dauer der Sitzung und deren Frequenz den therapeutischen Umgang mit Neben-Wirkungen erleichtern oder erschweren kann. Werden Neben-Wirkungen von TherapeutInnen-Seite keine Aufmerksamkeit geschenkt, so können sie im Sinne einer Chronifizierung abhängig von deren Intensität zu negativen Effekten mit Schadensqualität führen. Hier überlappen sich Risiken für Neben-Wirkungen mit jenen für Schäden.

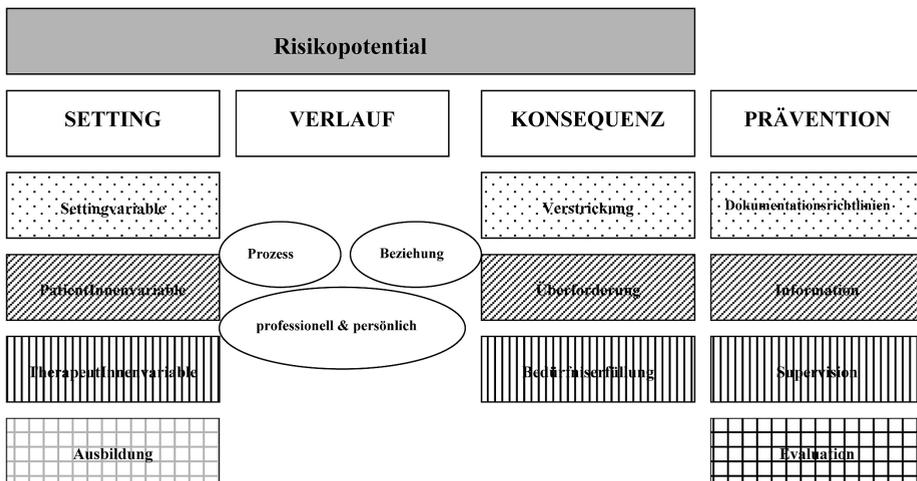


Abb 1: Kategorienmodell zum Risikopotential

**Weiß:** Ausgangspunkt des Zugangs zu Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden in der Psychotherapie liegt in der Besonderheit des Verlaufs deren Setting und der Konsequenzen. Die Kategorie Risikominderung bezieht sich auf die Möglichkeit der positiven Intervention innerhalb der jeweiligen Kategorien (farblich angeglichen). Per Definition ist die therapeutische Beziehung intersubjektiv, ko-respondierend und gleichzeitig professionell. Schäden können unter anderem entstehen durch Handlungsfehler und dem Umgang damit. Neben-Wirkungen sind Folgen eines annähernd idealen therapeutischen Prozesses und können positiv wie negativ sein.

**Punkte:** Aspekte, die zum Beispiel die zeitlichen, finanziellen, methodischen Rahmen (Setting)bedingungen einer therapeutischen Sitzung abdecken.

**Striche/ schräg:** Aspekte, die die Person der/des PatientIn betreffen.

**Striche /gerade:** Aspekte, die die Person der/des TherapeutIn betreffen.

**Karo:** Aspekte, die den Bereich der Ausbildung und der Besonderheiten dieser in den jeweiligen Therapierichtungen betreffen.

Zur Konkretisierung dieses Modells (Abb 1) können anhand von Beispielen Risikoabläufe illustriert werden. So gibt es im Bereich der Settingvariable zum Beispiel das Risiko, eine dem berufskodex entsprechende Struktur zu wahren. Wird dieses Risiko nicht entkräftet, kann es zu Verstrickungen zwischen der/dem TherapeutIn und der/dem PatientIn kommen. Zur Prävention unterstützen jegliche Elemente, die Klarheit einbringen. Im Bereich der PatientInnenvariable können Fehlentwicklungen zu Überforderungen führen. Auch hier würden Maßnahmen der Aufklärung, der PatientInneninformation und der PatientInnen-Stärkung das Risiko verringern. Hier wird auf die PatientInnen-Information (*Leitner*, s. dieser Band), die im Rahmen dieses Forschungsprojekts auf Basis der Beschwerdebriefe, der ExpertInnenbefragung und des Gesetzestextes entworfen wurde, hingewiesen. Die TherapeutInnenvariable birgt laut der qualitativen Daten zum Beispiel das Risiko, dass sich TherapeutInnen innerhalb der therapeutischen Beziehung berufsunabhängige persönliche Bedürfnisse auf Kosten der PatientInnen erfüllen. In diesem Zusammenhang wurde die in der Praxis erfahrene Bedeutung der Risikominderung der Supervision, der *Balint*arbeit und Intervention genannt.

Die Ergebnisse der ExpertInnenbefragung verdeutlichen die Bedeutung der Kategorien der Risikominderung und des Umgangs mit therapeutischen Fehlern als konstituierend für Schäden in der Psychotherapie. Die Analyse der qualitativen Daten ergab erste Aussagen und Erklärungsmodelle zum psychotherapeutischen Risikominderungspotential, als auch zum Fehlerumgang in der Psychotherapie.

## **Risikofaktoren mit erhöhtem Risikopotential**

Die ExpertInnen identifizierten durchgängig einzelne Risikofaktoren mit erhöhtem Risikopotential. Die folgenden Bedingungen und Handlungen innerhalb des genannten Erklärungsmodells sind aufgrund ihrer Besonderheit anfällig für Mängel des Settings und für Fehler im Rahmen des Verlaufs. Der nachträgliche Umgang mit dem Fehlverhalten beeinflusst dessen Schadenspotential.

Die Settingvariable wird unter der Berücksichtigung des Übungsortes und der gesetzlichen Vorgaben des Vertrages, der Dokumentation, der Schweigepflicht und der Einhaltung fachspezifisch bedingter therapeutischer Verhaltensregeln erwähnt. Die gesetzliche Empfehlung des Berufskodex unterliegt laut der Daten in der Praxis einem Maß an individueller oder institutioneller Auslegung. Es ist anzumerken, dass sich bei denjenigen PsychotherapeutInnen, die nicht im Rahmen der Ausbildung (als KandidatIn oder Lehrende) mit dem Text des Berufskodex in regelmäßigem Kontakt sind, noch keine strikte Auslegung des Textes manifestiert hat.

Aufgrund des dualen Charakters des psychotherapeutischen Prozesses, der sowohl professionell als auch persönlich ist, stellt der Behandlungsvertrag ein wichtiges Instrument zur Klärung des Settings dar. In der Praxis kommt dieser Einstiegsphase, also der ersten Sitzung, an deren Abschluss der Vertrag steht, hohe Bedeutung und ein hohes Risikopotential zu. Es ist eine Vielzahl von Ebenen und Vertragspunkten zu berücksichtigen, die den Rahmen eines Erstgesprächs sprengen könnten. Gleichzeitig schreiben der Berufskodex und die Praktikabilität vor, diese Entscheidungsfindung innerhalb der ersten Stunde abzuschließen. Die Daten zeigen, dass ein positiver Verlauf eine innere Klarheit der/des TherapeutIn in Bezug auf die Vorgeschichte der/des PatientIn, der eigenen bewussten und/oder unbewussten Zielsetzung, der Symptome, einer vorläufigen Diagnose und eine Vertragsvereinbarung voraussetzt. Gleichzeitig scheint in der Praxis die Beziehung und das Rollenverständnis innerhalb der Vertragsphase sich von jenen des therapeutischen Prozesses zu unterscheiden.

Die beiden AkteurInnen müssen in der Lage sein, zwischen den Rollen als „VertragverhandlerIn“ und TherapeutIn bzw. PatientIn zu wechseln. Gelingt dies nicht, so birgt diese Phase auch das Risiko, dass der therapeutische Prozess erschwert in Gang kommt. Die Vertragsphase ist für die Wahrung eines dem Berufskodex entsprechenden Verlaufs von hoher Bedeutung. Die hohen Anforderungen an die Vertragserstellung und an TherapeutIn und PatientIn – stehen im Widerspruch zum zeitlichen Rahmen (erste Stunde/Stunden), einer möglichen Rollenverwirrung, durch das Springen zwischen dem Rollenverständnis als Vertragspartner und TherapeutIn bzw. PatientIn und einer qualitativen Diagnostik. Diese Diskrepanz erfordert ein hohes Maß an Erfahrung, Kompetenz und Integrität. Wie in den qualitativen Daten wiederholt erwähnt, fördert das daraus folgende Spannungsfeld das Risiko für Fehler.

Im Diskurs um die Dokumentation stand der Aspekt der persönlichen Aufzeichnung im Vordergrund, da nur in diesem Bereich ein gewisses Risiko für die/den PatientIn wahrgenommen wurde. Gleichzeitig liegt laut den qualitativen Daten der Nutzen für die Evaluierung und Reflexion des Prozesses genau in diesen Aufzeichnungen. Die Dokumentation der „Eckdaten“ und der medizinischen Faktoren werden in den qualitativen Daten nicht durchgängig erwähnt. Hier geben die Daten weder einen Hinweis, ob diese Aspekte der Dokumentation schon unter den PsychotherapeutInnen automatisiert sind und daher nicht mehr erwähnt werden, oder eben nicht durchgeführt werden. Hierzu kann keine representative Aussage gemacht werden. In dem Fall, dass diese Dokumentation nicht konsequent durchgeführt wird, wäre eine Gesetzeskonformität nicht gewährleistet. Im Sinne einer „patient security“ wäre in diesem Zusammenhang eine quantitative Überprüfung der tatsächlichen Dokumentationsleistung angebracht. Der Verschluss und der Umgang mit den persönlichen Aufzeichnungen werden als Risikofaktoren genannt, genauso wie die Gefahr des Verlusts der Offenheit gegenüber der Entwicklung des Prozesses.

Die Daten deuten darauf hin, dass der Zeitpunkt, an dem die Ausbildung abgeschlossen wurde, die therapeutische Erfahrung, eine wahrgenommene gesellschaftliche Entwicklung des offenen Umgangs mit persönlichen Informationen und der Arbeitsort das Risikopotential innerhalb der Thematik der Schweigepflicht beeinflussen. Die Arbeitssituation der ambulanten Psychotherapie im Rahmen einer Einzelpraxis kann durch den damit verbundenen geringen professionellen Austausch und dem ökonomischen Druck negative Auswirkungen auf die Wahrung der Strukturqualität haben (z.B. Verletzung der Schweigepflicht im privaten und beruflichen Umfeld, ungerechtfertigte Dauer einer Psychotherapie). Das Settingmerkmal der alleinigen Arbeit in einer Privatpraxis birgt ein erhöhtes Risiko bezüglich einer Lockerung gegenüber der Schweigepflicht. Nach vielen Stunden der Einzelarbeit kann laut den Praxiserfahrungen der ExpertInnen ein Mitteilungsbedürfnis der/des TherapeutIn entstehen.

Das Gruppensetting der an der Behandlung beteiligten Personen innerhalb von Institutionen erlaubt eine bedingte Form des Austausches unter geschützteren Bedingungen.

Zur Kategorie der Einhaltung therapeutischer Verhaltensregeln werden die Definitionsunterschiede der jeweiligen Fachspezifika, die Formen des „Abstinenz“-Bruches, deren Folge und die Abhängigkeit der PatientInnen erwähnt. Die Auslegung therapeutischer Verhaltensregeln unterliegt unter den therapeutischen Fachspezifika und in der täglichen Praxis einigen Schwankungen. In dieser Definitionsschwierigkeit liegt auch das Risiko, diese zu Ungunsten der PatientInnen zu übertreten oder zu hart auszuüben. In diesem Zusammenhang fällt auf, dass therapeutische Verhaltensregeln im Gesetz nicht mit dazugehörigen Handlungsanweisungen definiert werden. Das „Wohl der/des PatientIn“ als Maßstab scheint der gemeinsame Nenner innerhalb

der Diskussion um therapeutische Verhaltensregeln zu sein. Wird die körperliche Distanz als Hauptkriterium der „Abstinenz“-Thematik herangezogen, so ergeben sich aus den Zugängen der Fachspezifika, der kulturellen Gewohnheiten der PsychotherapeutInnen und PatientInnen so gravierende Unterschiede, dass dieses Merkmal eher zur Interpretationsverwirrung führt. Ein weiterer Aspekt der Einhaltung therapeutischer Verhaltensregeln liegt im Einbringen der persönlichen Lebenswelt durch die/den PsychotherapeutIn. Der ethisch korrekte Umgang mit therapeutischen Verhaltensregeln setzt ein hohes Maß an Erfahrung und individueller Fähigkeit voraus. Das Überschreiten der Abstinenz kann auch an dem Grad der Abhängigkeit der/des PatientIn innerhalb der therapeutischen Beziehung festgemacht werden. Der Marker ist ein retrospektiver, da die Folgen eines Regelbruches erst nach schon passierter Grenzüberschreitung wahrgenommen werden kann. Falls die/der PsychotherapeutIn jedoch regelmäßig evaluiert, kann die bewusste Aufmerksamkeit auf therapeutische Verhaltensregeln deren Risikopotential verringern.

Die vorgestellte Studie bezieht sich zum größten Teil auf das Setting der ambulanten, freien Praxis. Der ExpertInnenaustausch zur Settingvariable widmete sich jedoch auch der psychotherapeutischen Arbeit im Rahmen von Institutionen, der Krisenintervention und dem Risiko der Berührungspunkte dieser Bereiche mit der freien Praxis. Psychotherapie findet generell entweder im Rahmen einer Praxis der/des PsychotherapeutIn oder in einer Institution (Psychiatrie) oder einer Organisation (Beratungsstelle in freier Trägerschaft) statt. Diese unterschiedlichen Rahmen haben einen Einfluss auf einige charakteristische Settingbedingungen. PsychotherapeutInnen und PatientInnen agieren nur bedingt autonom, da die Struktur, die Richtlinien und involvierte Personen ihr Handeln prägen. Die möglichen Berührungspunkte zwischen Institutionen und ambulanter Therapie nehmen in Biographien von PatientInnen laut Erfahrungen der ExpertInnen immer wieder einen hohen Stellenwert ein, besonders im Hinblick darauf, dass gerade dieses Spannungsfeld ein Risikopotential in sich trägt.

Meist erleben PsychotherapeutInnen im Arbeitsbereich einer Institution einen erhöhten Zeitdruck und Vorgaben zur Dauer der Behandlung. Zusätzlich berichten die betroffenen TherapeutInnen von expliziten oder implizierten Erfolgsvorgaben. Wobei gerade der Begriff der Heilung einer Definitionsmacht unterliegt, die innerhalb von Institutionen nicht alleine bei der/beim PsychotherapeutIn und der/dem PatientIn liegt. Zeit und Erfolgsdruck impliziert ein Selbstüberschätzungs-Risiko der/des PsychotherapeutIn. Diese Überschätzung des Möglichen kann auch an die PatientInnen weitergegeben werden. Die Überlagerung der Berufsbereiche der Krisenintervention, des Coachings und der Psychotherapie taucht in diesem Zusammenhang als risikoimmanent in den Daten der Gruppendiskussionen auf. Eine klare Unterscheidung und Beschreibung dieser Bereiche in der Therapieeinstiegsphase unterstützt die Wahl der adäquaten Methode. Wechselt eine/ein PatientIn zwischen

den zwei Rahmenbedingungen Institution bzw. Privatpraxis, so agiert diese/dieser in einem viel komplexeren System. Das Risiko für Trennungserfahrungen, Kontinuitätsverlust, Autonomieverlust, Loyalitätsprobleme auf Seiten der PatientInnen, Kommunikationsprobleme, fehlender Informationsaustausch oder Konkurrenzgefühle auf Seiten der behandelnden Personen ist präsent.

Abschließend zählen die zentralen Kategorien der Bedürfnisse der PsychotherapeutInnen, des Zeitmanagements und des ökonomischen Drucks zu Risikofaktoren des Settings der ambulanten Psychotherapie. Die psychotherapeutische Arbeit ist aufgrund der möglichen Dynamiken innerhalb der Beziehung besonders anspruchsvoll. Die Kategorie der „Bedürfnisabdeckung der/des TherapeutInnen“ als Risikominderung wurde nicht nur inhaltlich, sondern auch quantitativ ausführlich besprochen. Die vorliegenden Daten zur PatientInnenvariablen beschränken sich auf jene Kategorien, denen ein kausaler Zusammenhang zur Risikoprävention zugeschrieben wird. Das Prinzip der Transparenz beinhaltet die Autonomie der/ des PatientIn. In diesem Sinne verstehen die TherapeutInnen ihren Auftrag in der Aufklärung nicht nur über die Rahmenbedingungen, sondern auch über das Vorhandensein von unbewussten Zielsetzungen der TherapeutInnen und der PatientInnen. Diese Form der Information soll der/dem PatientIn eine Mitentscheidungsmöglichkeit von Anfang und während des therapeutischen Prozesses ermöglichen. In diesem Zusammenhang wurden die Fähigkeiten und Strategien, die PatientInnen in die therapeutische Beziehung und den Prozess einbringen, diskutiert. Unter den „neuen“ PatientInnen fällt den ExpertInnen eine Entwicklung zum informed consent (vgl. *Leitner* 2009), aber auch zu einer neuen Tendenz der Konsumhaltung gegenüber der Psychotherapie auf. Als Folge dieser Einstellungsentwicklung fällt der Schritt zur Therapie zwar leichter, die Zielerwartungen scheinen laut qualitativer Daten jedoch nicht immer denen eines therapeutischen Prozesses zu entsprechen. Der kundenorientierte und konsumentorientierte Zugang zur Psychotherapie führt unter einigen PatientInnen zu einer Informationsstrategie, die einerseits zu einer Risikoprävention beiträgt, in manchen Fällen jedoch einen positiven therapeutischen Prozess behindert. Der Autonomie der PatientInnen wird laut ExpertInnen eine hohe Bedeutung beigemessen. Trotz der Unterschiedlichkeit in den Zugängen der verschiedenen Fachspezifika in Bezug auf die Autonomie der/des PatientIn, zeigt sich zusammenfassend ein Konsens über die Bedeutung der Handlungsfähigkeit der PatientInnen im Vorfeld zur Therapie und währenddessen, als wichtige Unterstützung im Umgang mit therapeutischen Nebenwirkungen und Schäden. Bedingungen der PatientInnenvariable wie die emotionalen, sozialen und körperlichen Ressourcen der PatientInnen, deren Krankheits- und Lebensgeschichte, sowie deren Fähigkeit, Strategien zu entwickeln, hat laut ExpertInnen einen Einfluss auf das Ausmaß der Konsequenzen von Fehlern, wiederholten Fehlern oder standeswidrigem Verhalten auf Seiten der TherapeutInnen.

Der TherapeutInnenvariable wurden jene Aspekte zugeordnet, die das Risiko für

Fehler und regelwidriges Verhalten erhöhen. In einer überaus selbstreflexiven und selbstkritischen Auseinandersetzung innerhalb der ExpertInnen-Diskussionen wurde zwischen dem, was die/der TherapeutIn „mitbringt“, und dem Umgang mit den Risiken ihrer/seiner Arbeitssituation differenziert. Die ExpertInnen identifizierten hierbei die Kategorie der Persönlichkeit der/des TherapeutIn und eine mögliche problematische Motivation zur Berufswahl als risikorelevante Aspekte der TherapeutInnenvariable. Der Einfluss der Persönlichkeit der/des TherapeutIn und eventuelle Persönlichkeitsstörungen wurden thematisiert. Weiters birgt die persönliche Gestaltung des Arbeits- und Privatlebens der Therapeuten ein Risikopotential. Sobald der Beruf aufgrund eines schlechten Zeit- und Energiemanagements zur Belastung wird, oder die persönlichen Bedürfnisse im Privatleben nicht abgedeckt werden, laufen TherapeutInnen Gefahr, die Bereiche der Arbeit und des Privaten miteinander zu vermischen.

Im Rahmen des Verlaufs sind, wie in jeder Beziehung, die Kommunikation und Macht Quellen für Konflikte und mögliche Fehler. Das Thema der Macht innerhalb jeder Beziehung wurde seit *Foucault* (vgl. *Foucault* 1986) thematisiert. Bei diesen qualitativen Daten stellt sich die Frage zur Rolle der psychotherapeutischen Beziehung als Agent des Machtdispositivs. Auch aus den Daten der ExpertInneninterviews sind die Machtdiskurse innerhalb der psychotherapeutischen Beziehung präsent. Die Macht der/des TherapeutIn kann sich in der Deutungshoheit, der Diagnosestellung und einer Beeinflussung bei PatientInnen-Entscheidungen festmachen. Der Bereich der Kommunikation und die damit verbundenen Risiken der Konflikte und Fehlinterpretationen werden in den Daten mitimpliziert. Die Besonderheit der „professionellen“ Intimität im therapeutischen Prozess erhöht dieses Risiko. Zuletzt wird im Rahmen der ExpertInnendiskussionen auf die Gefahr der Starrheit im Prozessverlauf hingewiesen. Wenn die gewählte Therapierichtung, Therapieintervention und Therapiedauer oder auch bewusste oder unbewusste Therapieziele starr eingehalten werden, ohne über deren Erfolg zu reflektieren, kommt dabei Flexibilität abhanden. Dies kann zu einem fehlerhaften Verhalten führen. So wurden Intimität, Macht, Kommunikation und Starrheit im Verlauf als Risikofaktoren des Verlaufs identifiziert. Ob als Konsequenz von Fehlern bei der/dem PatientIn ein Schaden entsteht, hängt von der Schwere der Verletzung, dem individuellen, kontextuellen Umgang und den Ressourcen der beteiligten Akteure im Prozess ab.

### **Umgang mit Fehlern**

Ein begangener Fehler ist noch lange nicht mit einem wahrgenommenen Schaden der Ergebnisqualität gleichzusetzen. Die Wirkung von Fehlern kann sehr unterschiedlich sein. Nach Meinung der ExpertInnen hängen die Auswirkungen von Fehlern von der Reaktion und den Fähigkeiten der/des TherapeutIn und den Ressourcen und Strategien der PatientInnen ab. Da der Umgang mit dem Fehler noch

die Chancen eines „Aushebelns“ des Fehlers enthält, können die Auswirkungen in ihrem Ausmaß von positiver Weiterentwicklung bis zum Schaden reichen. Auf Basis der Daten kann gesagt werden, dass sich die Wirkung eines Fehlers in der Psychotherapie aus Art und Verhältnis der Risikofaktoren zueinander, der Schwere des Fehlers, der Perspektive und der Zeitdimension zusammensetzt. Risikofaktoren können sich verstärken, aber auch einander aufheben. Die Definition und das Bewusstsein eines erlebten Schadens ist abhängig von der Perspektive der Betroffenen (Die juristische Perspektive wurde in dieser Studie ausgeklammert). Gleichzeitig spielt es eine Rolle, zu welchem Zeitpunkt und in welcher Phase des Prozesses ein Fehler unterläuft. Letztlich beeinflusst der Umgang des/der TherapeutIn mit dem bewusst gemachten Fehler dessen Effekt. Die Erkenntnisse aus den ExpertenInneninterviews unterstützen die im oberen Teil des Berichts formulierte Definition der Neben-Wirkungen, Fehler und Schäden von Psychotherapie. Zu den studienrelevanten Aspekten der Ergebnisqualität zählen: die strukturellen, prozessualen Neben-Wirkungen, der therapeutische Fehler, der Umgang mit den Fehlern sowie Beispiele von schweren Auswirkungen dieser Fehler. Zu den kontextuellen Neben-Wirkungen gehören Auswirkungen auf das soziale Umfeld, im positiven wie im negativen Sinne bei geringer Einbeziehung der Familienmitglieder. Bei den Neben-Wirkungen im Prozess wiesen die ExpertInnen auf die mögliche phasenweise Verschlechterung der Symptome oder auf Phasen der Selbstüberschätzung hin. Bei den anschließenden Besprechungen therapeutischen Fehlerverhaltens wurde ursächlich zwischen Inkompetenz, falschen Interventionen und Überschätzung der eigenen Fähigkeiten unterschieden.

Ausgehend von Fehlern und standeswidrigem Verhalten als Ursache für Schäden, konnte basierend auf den Daten der ExpertInnendiskussionen folgendes Erklärungsmodell entwickelt werden: Der Schlüssel zum potenziellen Schädigungsgrad einer Fehlentwicklung besteht in der Besprechbarkeit dieser durch die/den TherapeutIn. Erkennt der Handelnde im Reflektieren oder durch Unterstützung in der Inter- oder/ und Supervision einen Fehler, so besteht die Chance, diesen im Rahmen der Therapie anzusprechen. Laut Erfahrung der ExpertInnen kann dies Überforderung, Retraumatisierung auf Seite der/des PatientInnen verhindern, oder sogar einen therapeutischen Nutzen haben. Somit zeigt das vierte Ergebnis der ExpertInnenbefragung, dass der Umgang mit dem Fehler im Prozess dessen Schadenspotential beeinflusst. Es wurden drei Varianten der Reaktion der/des TherapeutIn identifiziert.

## **Reflexion**

Der Fehler wird durch die Reflexion der/des TherapeutIn, einem geäußerten Unwohlsein der/des PatientIn oder in einer Inter-/Supervision bewusst. Infolgedessen schafft die/der TherapeutIn eine Atmosphäre und Möglichkeit, die Situation, ihren/seinen Fehler und die Folgen zu besprechen. Dies schließt auch eine Erklärung und Entschuldigung der/des TherapeutIn ein. Im besten Fall kann durch die Reflexion

der Fehler integriert werden und wird dadurch zu einem Teil des Verlaufs. Durch die intensive Auseinandersetzung mit dem Fehler und dessen Konsequenzen erhöht sich im Sinne einer Präventivmaßnahme die Chance, dass die/der TherapeutIn eine erhöhte Sensibilität gegenüber ihrem/seinem Fehlverhalten und deren Kontext entwickelt. Wenn die Reaktion auf den Fehler eine positive Entwicklung in Gang setzt, können die Auswirkungen eines Fehlers sehr gering sein. Abhängig von der Art des Fehlers und den Ressourcen, der Biographie bzw. dem Krankheitsbild der/des PatientIn schützt der reflektierte Umgang nicht immer vor Schäden.

### **Fehlende Reflexion; fehlende Außenkorrektur**

In dieser Situation wird ein Fehler von Seiten der/des TherapeutIn nicht bemerkt. Er wird auch nicht von der/dem PatientIn oder ihrem/seinem professionellen Umfeld (z.B. Inter-/Supervision) darauf aufmerksam gemacht. Ein unreflektierter Umgang könnte auch bedeuten, dass die/der TherapeutIn zwar auf einen Fehler aufmerksam gemacht wird, diese/dieser jedoch nicht in der Lage ist, diese Fehlentwicklung für die Zukunft zu reflektieren - oder in der bereits beschriebenen Weise zu integrieren. Dieser Umgang birgt das hohe Risiko einer Wiederholung des Fehlers. Selbst wenn die/der TherapeutIn es schafft, auch unreflektiert den Fehler nicht zu wiederholen, so können die Auswirkungen durch die fehlende Integration in den Prozess, den Grad der Schädigung steigern und im Falle einer Wiederholung zu schweren Schäden führen.

### **Belastetes / fehlendes Problembewusstsein**

In diesem Fall wird z.B. eine/ein TherapeutIn zwar von der/dem PatientIn oder dem professionellen Umfeld wiederholt auf Fehler aufmerksam gemacht, die/der TherapeutIn nimmt diese Aufforderung zur Korrektur zwar zur Kenntnis, sieht ihr/sein eigenes Verhalten jedoch nicht als problematisch. Ohne Problembewusstsein sieht die/der TherapeutIn keinen Anlass zur eigenen Reflexion und Integration im Prozess. Es besteht eine hohe Gefahr der Wiederholung und somit eine Gefahr, dass abhängig von dem Fehler schwere Schäden entstehen können.

Diese Varianten des Umgangs können sich auf Fehler aller drei genannten Kontextkategorien beziehen. Folglich müssen laut ExpertInnen die Strategien und Forschung der Prävention auf die Risikopotentiale der Kontextbedingungen und auf den Umgang mit bereits begangenen Fehlern abzielen.

Die Schadenskategorien der Missachtung des Settings und der therapeutischen „Bedürfniserfüllung“ auf Kosten der PatientInnen wurden im sozialen, praktischen, geschäftlichen, finanziellen, emotionalen sowie sexuellen Bereich geortet. Zu den Auswirkungen der Fehler, die abschließend behandelt wurden, kann aufgrund der Daten festgestellt werden, dass die realen Konsequenzen auf PatientInnen sehr individuell im biographischen und seelischen Kontext gesehen werden müssen. Es zeigt

sich jedoch, dass Schäden auch in den leichteren Fällen eine langwierige Auswirkung auf die Betroffenen haben können, da sie die Last der Aufarbeitung und Verarbeitung meist alleine tragen müssen. Die konkreten Auswirkungen reichen von einer finanziellen Belastung bei erfolglosen Therapien zur emotionalen Verunsicherung, Retraumatisierung bis hin zu einem vollkommenen Verlust des Selbstwertes, der Lebensfähigkeit oder Suizid.

### **Potentiale der Prävention**

Eine Umsetzung erfolgreicher Strategien der Prävention setzt ein fundiertes Wissen über Risikobereiche der psychotherapeutischen Praxis voraus. Die Auswertung der ExpertInneninputs ermöglichte eine Strukturierung und somit inhaltliche Offenlegung von Risiko, Ursache und Effekt der jeweiligen Variablen des psychotherapeutischen Kontexts. Aus Sicht der ExpertInnen verlangt die Komplexität der Thematik einen aufmerksamen Umgang mit Risikopotentialen, um im Vorfeld Handlungsfehler, als Ursachen von negativen Effekten, zu vermeiden. Die Reflexionsfähigkeit auf Seiten des/der TherapeutIn kann die negative Wirkung eines bereits erfolgten Fehlers positiv beeinflussen. So wären im Sinne einer Prävention von Schäden all jene Strategien zu fördern, die diese Fähigkeit unterstützen und verstärken. Die ExpertInnen wiesen daraufhin, dass eine Persönlichkeitsstörung auch den Umgang mit gemachten Fehlern einschränken kann. So kann ein unreflektierter Umgang mit der Rolle der eigenen Persönlichkeit mit einer Unreflektiertheit gegenüber den Folgen von Fehlern einhergehen. Fachliche Kompetenz und Erfahrung - besonders im Bereich der Diagnosestellung -, aber auch in der Wahl der Interventionen, wurden mit Prävention und im Umkehrschluss mit Fehlern in Zusammenhang gebracht. Es wurde in den Daten vermehrt auf die besondere Rolle der psychotherapeutischen Ausbildung in der Vermittlung des ethischen Kodes, der Stärkung der Reflexionsfähigkeit und in der Erfassung von möglichen Persönlichkeitsstörungen aufmerksam gemacht. Hierbei eröffnen sich neue Forschungsfragen für das Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie an der Donau Universität Krems. Die Selbsterfahrung als wesentlicher Bestandteil der psychotherapeutischen Ausbildung soll unter anderem in Bezug auf deren Effektivität und Prävention untersucht werden. Mit dem geplanten Selbsterfahrungsprojekt wird eine inhaltliche Forschungslinie, ausgehend von Evaluations- und Effektivitätsstudien, über die Untersuchung von Risiken, Nebenwirkungen und Schäden hin zur Präventionsforschung gezogen.

Die Bedeutung der Souveränität der/des PatientIn, die positiven wie negativen Auswirkungen einer auf Informiertheit und auf Psychotherapie als Konsumleistung basierenden „PatientInnenkultur“ und der PatientInnenressourcen zählen zu jenen Bereichen, die in Verbindung mit therapeutischen Fehlern Risikopotentiale der PatientInnenvariable darstellen. Ausgehend von den Kategorien der Setting-, PatientInnen- und TherapeutInnenvariable liegt die Hauptlast der Risikominimierung laut ExpertInnen jedoch bei der/dem PsychotherapeutIn selbst. Die angeführten Risiko-

faktoren der Settingvariable führen zu Situationen der Überforderung der/des PsychotherapeutIn, die letztlich einen Nährboden für Fehler bieten. Sie sollten über die fachliche Kompetenz, Erfahrung, aber auch Zeit verfügen, um vom Anfang des Prozesses an die Strukturqualität zu wahren. Ihre Rolle innerhalb der therapeutischen Beziehung verleiht ihnen einen Wissensvorsprung um die Nuancen der Risiken. Es zeigt sich in der Auswertung, dass den ExpertInnen diese Verantwortung nicht nur bewusst ist, sondern diese auch mit einem hohen Maß an Selbstreflexion thematisiert wird.

### **Zusammenfassung: Risiko und Handhabung von Risiko im psychotherapeutischen Prozess.**

#### **Eine praxisbasierte ExpertInnensicht**

Ausgehend von der in der Runde der ExpertInnen etablierten Annahme, dass auch die Psychotherapie nicht „immun“ gegen Fehler ist, werden im vorliegenden Beitrag erste zentrale Erkenntnisse zu Ursachen und Risikofaktoren für Fehlentwicklungen diskutiert. Im zweiten Teil dieses Artikels wird auf die Möglichkeiten eines Schaden reduzierenden Umgangs mit bereits eingetretenen Fehlern eingegangen. Zusammenfassend liegt in den Aspekten der Vertragsphase, der ambulanten Praxis und eines ökonomischen Drucks ein erhöhtes Risikopotential des Settings. Der Einfluss der Persönlichkeit der/des TherapeutIn und eventuelle Persönlichkeitsstörungen, fachliche Kompetenz und Erfahrung besonders im Bereich der Diagnosestellung, aber auch die persönliche Gestaltung des Arbeits- und Privatlebens werden als Risikofaktoren der TherapeutInnenvariable betont. Die Kategorien der Macht und der Kommunikation als Quellen für Konflikte und mögliche Fehler, in Korrelation mit der Besonderheit der „professionellen“ Intimität im therapeutischen Prozess, erhöht das Risiko innerhalb der Prozessvariable. Die Konsequenzen aufgedeckter negativer Effekte können auf Seiten des/der TherapeutIn durch den Grad an umgesetzter Reflexion positiv beeinflusst werden. Ein Diskurs zur Prävention negativer Therapieverläufe in der Psychotherapie setzt eine Vorkenntnis über mögliche Risikopotentiale des Kontexts und präventive Handlungsoptionen voraus.

**Schlüsselwörter:** Psychotherapie, Risikofaktoren, Prävention, negative Effekte

### **Summary: Risk and Risk management within the psychotherapeutic process**

#### **Expert results on risk factors for and dealing with therapeutic misconduct in psychotherapy**

This paper shows the main findings on the causes and risk factors for negative developments; based on the undisputed assumption among the expert discussions of the research Project “Risks, Side effects and damages from Psychotherapy”, that psychotherapy is not “immune” to errors. The second part of this article discusses the possibilities of retrospectively reducing damage when dealing with mistakes. Risk potentials for the setting variable consist of the contract phase, the outpatient practice and economic pressure. The experts emphasize on the influence of the therapist’s personality, a possible personality disorders, professional expertise and experience, particu-

larly in the field of diagnosis, but also the personal management of work- and private life as high risk factors of the therapist variable. The categories of power and communication as possible sources for conflict and errors, in connection with the specificity of the „professional“ intimacy in the therapeutic process increase risks within the process variable. The consequences of detected mistakes can be influenced positively according to the degree of interactive reflection. A discussion on prevention of negative effects in psychotherapy requires a prior knowledge of possible context risk factors, as well as preventive interaction options.

**Keywords:** psychotherapy, risk factors, prevention, negative effects

## Literatur

- Ambühl Hansruedi, Strauß Bernhard* (Hg.) (1999): Therapieziele. Göttingen: Hogrefe.
- Bogner Alexander, Littig Beate, Menz Wolfgang* (2005): Das Experteninterview. Theorie, Methoden, Anwendungen. Wiesbaden: VS Verlag.
- Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Richtlinie des Bundesministeriums für Gesundheit* auf der Grundlage von Gutachten des Psychotherapiebeirates zuletzt vom 8. Oktober 2002, veröffentlicht im Psychotherapie Forum Nr. 1/1993, S. 55ff; Vol. 4, Suppl. 4, Nr.4/1996, S.169ff, sowie in den Mitteilungen der Sanitätsverwaltung, Heft 7/2001, S 19 *Bundesministerium für Gesundheit: Österreichisches Psychotherapiegesetz BGBl § 1, Nr. 361.*
- Chorherr Otmar* (1994): Die Gruppendiskussion als Erhebungsverfahren: In: Arbeitskreis Qualitative Sozialforschung (Hg.): Verführung zum Qualitativen Forschen. Wien: WUV Verlag.
- Foucault Michel* (1987): Dispositive der Macht. Berlin: Merve.
- Gläser Jochen, Laudel Grit* (2004): Experteninterviews und qualitative Inhaltsanalyse. Wiesbaden:VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Lambert Michael J.* (2004): Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. New York: Wiley& Sons.
- Lamnek Siegfried* (2010): Qualitative Sozialforschung. Basel: Beltz Verlag.
- Leitner Anton, Märtnens Michael, Höfner Claudia, Koschier Alexandra, Gerlich Katharina, Hinterwallner Heidemarie, Liegl Gregor, Hintenberger Gerhard, Schigl Brigitte* (2011): Psychotherapie: Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden. Abschlussbericht Forschungsprojekt 2007-2010 in Vorbereitung.
- Leitner Anton* (2009): Von der Compliance zur Adherence, vom Informed Consent zu respektvollem Informed Decision Making. *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* (2009): Vol. 35, No. 1, 71-86.
- Luhmann Niklas* (1991): Soziologie des Risikos. Walter de Gruyter GmbH.: Berlin.
- Luhmann Niklas* (1996): Das Risiko der Kausalität. In: *Harabi, Hajib*(Hg.): Kreativität, Wirtschaft, Recht. Züricher Hochschulforum, 24,1-25 .
- Mey Günter, Mruck Katja* (2007): Grounded Theory Reader. Historical Social Research 19.
- Mayering Philipp* (2002): Einführung in die Qualitative Sozialforschung. Weinheim/ Basel Beltz Verlag: 114-117
- Petzold Hilarion G.*(2011): Integrative Therapie Kompakt 2011 Definitionen und Kondensate von Kernkonzepten der Integrativen Therapie - Materialien zu „Klinischer Wissenschaft“ und „Sprachtheorie“. Polyloge 1
- Schütte Wilfried* (2007): Atlas.ti5. Ein Werkzeug zur qualitativen Datenanalyse. In: Gesprächsforschung. *Online-Zeitschrift zur verbalen Interaktion.* Vol. 8, 57-72.
- Schwarz Christian, Wandt Manfred* (2003): Gesetzliche Schuldverhältnisse. München: Verlag Vahlen.
- Strauss Anselm L.* (1987): Qualitative analysis for social scientists. Cambridge: Cambridge University Press.

**Korrespondenzadresse:**

Dr.<sup>in</sup> Katharina Gerlich  
Donau-Universität Krems  
Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30  
3500 Krems  
Österreich

**E-Mail-Adresse:**

katharina.gerlich@donau-uni.ac.at