



Masterarbeit

Die Fehlerkultur von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Eine qualitative Untersuchung

Selina Hollenstein

Vertiefungsrichtung Klinische Psychologie

Fachliche Beratung: Prof. Dr. Agnes von Wyl

Bern, Mai 2012

Diese Arbeit wurde im Rahmen des konsekutiven Masterstudienganges in Angewandter Psychologie an der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften ZHAW verfasst. Eine Publikation bedarf der vorgängigen schriftlichen Bewilligung durch das Departement Angewandte Psychologie.

ZHAW Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften, Departement Angewandte Psychologie, Minervastrasse 30, Postfach, 8032 Zürich

Fehler sind das Tor zu neuen Entdeckungen.
James Joyce

DANK

Ich danke Agnes von Wyl für die geduldige, unterstützende, vertrauensvolle und fachlich herausragende Begleitung, welche ich sehr geschätzt habe.

Auch meinen Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern möchte ich danken, die sich bereit erklärt haben, über ein sensibles und persönliches Thema offen und ehrlich Auskunft zu geben, und die einen Teil ihrer wertvollen Zeit in die Interviews investiert haben. Es haben sich daraus äusserst spannende Gespräche ergeben.

Severine Kesseli danke ich für die vielen aufmunternden Gespräche, die Ideen und die fachliche Unterstützung und Céline-Anne Vuille für das Korrigieren und die wertvollen Hinweise für Verbesserungen.

Ein besonderer Dank gilt Simon Heggendorn, nicht nur für das erste Gegenlesen, dem Interesse an und den Anregungen zu dieser Arbeit, sondern auch für seinen Beistand, seine Ermutigungen und seine moralische Unterstützung während dieses intensiven Projekts.

VORWORT

Zum Gebiet der Fehler in der Psychotherapie brachte mich ein Erlebnis mit einem Patienten in meinem Praktikum in einer psychiatrischen Klinik, in welchem ich das erste Mal ‚psychotherapeutisch‘ mit einem Patienten arbeiten durfte. Während einer Sitzung schweifte ich ab, dachte an das, was ich noch alles zu erledigen hatte und war folglich nicht präsent. Der Patient äusserte Aggressionen gegen mich und die Sitzung musste abgebrochen werden. In der Nachbesprechung mit meiner Praktikumsbetreuerin und dem Patienten konnte dieser benennen, was ihn gestört und verunsichert hatte, und mir wurde klar, dass mir ein Fehler unterlaufen war und welche Auswirkungen dieser hatte. So begann ich, mich für das Gebiet der Fehler in der Psychotherapie zu interessieren.

Das Wort Fehler ist in unserer Gesellschaft von der Schule her als etwas Negatives konnotiert und impliziert etwas Falsches. Es war für mich nicht immer einfach, mit dieser negativen Konnotation der Thematik meiner Masterarbeit umzugehen. Gerade darum ist es mir wichtig, Fehler in der Psychotherapie nicht als etwas per se Negatives zu betrachten, sondern die Chancen zu sehen, die in einem Fehler beinhaltet sein können. Ich habe grossen Respekt vor allen Personen, die psychotherapeutisch arbeiten. Deshalb ist mir sehr wichtig, zu betonen, dass vorliegende Arbeit nicht über psychotherapeutische Arbeit werten will, sondern versucht, ein Phänomen zu erfassen, welches in der psychotherapeutischen Arbeit alltäglich ist, aber dennoch nicht oft untersucht worden ist.

Seit meiner Masterarbeit bin ich mir der Fehler bewusster, welche ich – nicht nur im beruflichen Setting – mache. Vor mir liegt eine Zeit des Lernens, die bis ans Ende meiner psychotherapeutischen Tätigkeit andauern wird. Ich hoffe, mit meiner Masterarbeit den Grundstein für meine eigene offene Fehlerkultur gelegt zu haben, so dass ich bereit bin zu einer kritischen Selbstreflexion, um meine Fehler zu erkennen, zu ihnen zu stehen, mich dafür zu entschuldigen, sie zu bearbeiten und aus ihnen zu lernen.

ABSTRACT

Fehler in der Psychotherapie zeigen sich als bisher vernachlässigte Thematik der Psychotherapieforschung. Fehler gehören jedoch zur menschlichen Interaktion und somit auch zur Psychotherapie. Da sie persönlichkeits- und situationsabhängig sind, gestaltet sich ihre Erfassung allerdings schwierig.

Die vorliegende Masterarbeit wurde als qualitative Untersuchung angelegt. Das Ziel war die Analyse von verschiedenen Aspekten der Fehlerkultur von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Dazu zählten der Umgang mit Fehlern, der Einfluss der Therapierichtung auf diesen Umgang, die helfenden und unterstützenden Faktoren im Umgang mit Fehlern sowie deren Einfluss auf den Therapieverlauf. Mittels halbstrukturiertem, problemzentrierten Interview wurden fünfzehn Personen unterschiedlichen Alters mit verschiedenen psychotherapeutischen Ausbildungen befragt. Die dadurch gewonnenen Daten wurden mit einer strukturierenden Inhaltsanalyse nach Mayring ausgewertet.

Die vorliegende Untersuchung zeigt, dass der innere Umgang mit Fehlern von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von negativen Gefühlen geprägt ist. Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Fehler zu einer intensiven gedanklichen Beschäftigung und negativen Emotionen wie leichte Schuldgefühle, Selbstabwertungen und leichte Aggressionen führen. Für die Verarbeitung des Fehlers ist es zentral, dass dieser gegenüber der Patientin oder dem Patienten angesprochen wird. Es kann nicht abschliessend beantwortet werden, ob die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei diesem Umgang von ihrer Therapierichtung beeinflusst werden. Dieser Einfluss ist zwar vorhanden, zeigt sich jedoch eher unbewusst und ist demzufolge schwierig zu untersuchen. Die Ergebnisse bestätigen, dass Supervision und Intervision eine zentrale, helfende und unterstützende Rolle in Bezug auf Fehler in der Psychotherapie einnehmen. In Bezug auf die Auswirkungen auf den Therapieverlauf zeigt sich, dass ein Fehler konstruktiv genutzt werden kann. Es wirkt sich dann positiv auf die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess aus, wenn Fehler zum richtigen Zeitpunkt angesprochen werden und sich der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin dafür entschuldigt. Falls dies nicht oder zu spät gemacht wird, kann ein Fehler negative Auswirkungen auf die therapeutische Beziehung und den therapeutischen Prozess haben oder gar zu einem Therapieabbruch führen.

Im Rahmen vorliegender Untersuchung konnte die zentrale Rolle von Fehlern im Therapieprozess aufgezeigt und diesbezügliche Hypothesen generiert werden.

INHALT

| | | |
|------------|--|-----------|
| 1 | Einleitung | 1 |
| 1.1 | Ausgangslage und Absicht | 1 |
| 1.2 | Aufbau der Arbeit | 2 |
| 1.3 | Ein- und Abgrenzung | 2 |
| I. | Theoretischer Teil | 3 |
| 2 | Fehler und Fehlerkultur | 3 |
| 2.1 | Fehler | 3 |
| 2.2 | Fehlerkultur | 5 |
| 3 | Fehler in der Psychotherapie | 5 |
| 3.1 | Klassifikation von Fehlern | 7 |
| 3.1.1 | Kunstfehler und Behandlungsfehler | 9 |
| 3.1.2 | Alltagsfehler | 10 |
| 3.2 | Abgrenzung zu Nebenwirkungen und Misserfolgen | 11 |
| 3.3 | Erwartungen an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten | 12 |
| 4 | Entstehung, Auswirkung und Umgang mit Fehlern | 13 |
| 4.1 | Ursachen von Fehlern | 13 |
| 4.2 | Umgang mit Fehlern | 14 |
| 4.2.1 | Internale Verarbeitung von Fehlern | 14 |
| 4.2.2 | Gegenüber dem Patienten | 16 |
| 4.3 | Veränderung im Umgang mit Fehlern durch zunehmende Berufserfahrung | 18 |
| 4.4 | Unterstützung und Hilfe im Umgang mit Fehlern | 19 |
| 4.4.1 | Selbstfürsorge | 20 |
| 4.4.2 | Supervision | 20 |
| 4.5 | Auswirkungen von Fehlern | 21 |
| 4.6 | Prävention von Fehlern | 23 |
| 5 | Fazit aus der Theorie | 25 |
| II. | Empirischer Teil | 26 |
| 6 | Forschungsgegenstand | 26 |
| 6.1 | Fragestellungen | 26 |
| 6.2 | Probandengewinnung und Beschreibung der Stichprobe | 27 |
| 7 | Untersuchungsdesign | 29 |
| 7.1 | Gütekriterien | 29 |
| 7.2 | Aufbau der Untersuchung/Untersuchungsplan | 30 |
| 7.2.1 | Datenerhebung und Durchführung der Untersuchung | 31 |
| 7.2.2 | Datenaufbereitung | 31 |
| 7.2.3 | Datenauswertung | 32 |
| 8 | Darstellung der Ergebnisse | 33 |
| 8.1 | Kategoriensystem | 33 |
| 8.2 | Definition von Fehlern (A) | 34 |

| | | |
|-----------|---|-----------|
| 8.2.1 | Allgemeine Definitionen (A1) | 34 |
| 8.2.2 | Definitionsschwierigkeiten (A2) | 35 |
| 8.2.3 | Fehlerarten (A3) | 36 |
| 8.2.4 | Fehlerursachen (A4) | 38 |
| 8.3 | Umgang mit Fehlern (B) | 40 |
| 8.3.1 | Innerer Umgang (B1) | 41 |
| 8.3.2 | Kommunikation und äusserer Umgang (B2) | 42 |
| 8.3.3 | Einfluss der Therapierichtungen (B3) | 43 |
| 8.3.4 | Lernen durch Fehler (B4) | 44 |
| 8.3.5 | Der Umgang mit Fehlern im privaten oder professionellen Umfeld (B5) | 45 |
| 8.3.6 | Berufserfahrung (B6) | 46 |
| 8.3.7 | Idealisierung (B7) | 48 |
| 8.3.8 | Tabuisierung (B8) | 49 |
| 8.4 | Unterstützung und Hilfe (C) | 49 |
| 8.4.1 | Supervision (C1) | 50 |
| 8.4.2 | Intervision (C2) | 51 |
| 8.4.3 | Team (C3) | 52 |
| 8.4.4 | Selbstfürsorge (C4) | 53 |
| 8.4.5 | Andere Strategien (C5) | 53 |
| 8.5 | Auswirkungen über den Therapieverlauf (D) | 55 |
| 8.5.1 | Fehler konstruktiv nutzen (D1) | 55 |
| 8.5.2 | Positive Auswirkungen (D2) | 56 |
| 8.5.3 | Negative Auswirkungen (D3) | 57 |
| 8.5.4 | Reaktionen der Patienten und Patientinnen (D4) | 58 |
| 8.5.5 | Therapieabbruch (D5) | 60 |
| 9 | Diskussion | 61 |
| 9.1 | Überblick | 61 |
| 9.2 | Interpretation der Ergebnisse | 61 |
| 9.2.1 | Definition von Fehlern | 61 |
| 9.2.2 | Umgang mit Fehlern | 63 |
| 9.2.3 | Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen 1 und 2 | 68 |
| 9.2.4 | Unterstützung und Hilfe | 69 |
| 9.2.5 | Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung 3 | 71 |
| 9.2.6 | Auswirkungen von Fehlern | 72 |
| 9.2.7 | Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung 4 | 75 |
| 9.3 | Würdigung und Methodenkritik | 76 |
| 9.4 | Ausblick | 77 |
| 9.4.1 | Hypothesen | 77 |
| 9.4.2 | Implikationen für die Fachwelt | 78 |
| 10 | Literatur | 80 |
| 11 | ANHANG INHALT | 85 |

TABELLEN

| | | |
|------------|--|----|
| Tabelle 1: | Darstellung der Stichprobe | 28 |
| Tabelle 2: | Modifizierte Kernkriterien | 30 |
| Tabelle 3: | Aufbau der Untersuchung | 30 |
| Tabelle 4: | Kategoriensystem | 33 |
| Tabelle 5: | Kategorienübersicht 'Definition von Fehlern' | 34 |
| Tabelle 6: | Kategorienübersicht 'Umgang mit Fehlern' | 40 |
| Tabelle 7: | Kategorienübersicht 'Unterstützung und Hilfe' | 49 |
| Tabelle 8: | Kategorienübersicht 'Auswirkungen auf den Therapieverlauf' | 55 |

1 Einleitung

Die Wirksamkeitsforschung der letzten Jahrzehnte hat gezeigt, dass Psychotherapie wirksam ist (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Lambert & Ogles, 2004; Lutz, Kosfelder & Joormann, 2004), und hat die von Eysenck (1952) aufgestellte Theorie der spontanen Verbesserung widerlegt. Trotz – oder gerade wegen – dieser belegten Wirksamkeit wäre es naiv zu glauben, dass Psychotherapie keine Nebenwirkungen hat. Aus der Pharmakologie und Schulmedizin ist bekannt, dass nur ein Mittel, welches keine Wirkung aufweist, auch ohne Nebenwirkungen ist. Dies könnte man im übertragenen Sinn auch über Psychotherapie sagen. Märtens und Petzold (2002) fragen im vielzitierten und wegweisenden Buch ‚Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie‘ nach dem Grund, warum sich Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen¹ so wenig mit dem Thema Fehler, Risiken, Nebenwirkungen und Schäden in der Psychotherapie auseinandersetzen. Gibt es tatsächlich so wenig dazu zu sagen oder handelt es sich um einen kollektiven Verdrängungsprozess?

Erfreulicherweise wurden jedoch im vergangenen Jahrzehnt vermehrt Anstrengungen unternommen, diesen Themenbereich genauer zu erforschen. Nichtsdestotrotz beschäftigt sich noch immer erst ein kleiner Teil der Psychotherapieforschung mit den negativen Auswirkungen von Psychotherapie. Dabei wäre es von zentraler Bedeutung für die Wirksamkeitsforschung und dessen Praxistransfer, zu wissen, was Misserfolge sind, was genau nicht wirkt, wo Fehler auf der Therapeutenseite liegen und wie mit diesen umgegangen werden kann, so dass sie keinen negativen Einfluss auf den Therapieverlauf haben.

1.1 Ausgangslage und Absicht

Vorliegender Arbeit lag das Ziel zugrunde, empirisch, aber nicht experimentell mehr Wissen zum Thema Fehler in der Psychotherapie und zum Umgang damit aus Sicht der Psychotherapeuten zu generieren. Mittels fünfzehn problemzentrierter qualitativer Interviews, welchen ein halbstrukturierter Leitfaden zugrunde lag, sollte herausgefunden werden, welche Aspekte im Umgang mit Fehlern in der Psychotherapie wichtig sind, ob die Psychotherapierichtung darauf Einfluss hat und was die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Umgang mit Fehlern unterstützt und ihnen hilft. Dabei ging es auch um den inneren Umgang, um die Gefühle und Gedanken der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

¹ In vorliegender Arbeit wird gemäss den Vorgaben der Zürcher Hochschule für Angewandte Wissenschaften nach Möglichkeit sowohl die feminine wie auch die maskuline Schreibweise verwendet, da es um die Personen und weniger um ihre Funktionen geht. Die Ausnahme bilden einige der direkten Zitate, wo aus Gründen der Lesbarkeit darauf verzichtet wurde, die von den jeweiligen Autoren und Autorinnen verwendete Form zu ersetzen, sowie die Ankerbeispiele im Ergebnisteil.

sowie um die Kommunikation gegenüber dem Patienten bezüglich des Fehlers. Weiter sollte eruiert werden, wie sich ein Fehler in der Psychotherapie auf den Therapieverlauf auswirkt. Es ging also um die Fehlerkultur von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und deren Beurteilung aus ihrer eigenen Sicht. Aufgrund der Ergebnisse sollten Anregungen für Hypothesen aufgestellt werden, welche in der Psychotherapieforschung allenfalls weiteren Studien zugrunde gelegt werden können. Diese Arbeit sollte so einen Beitrag zu einer Fehlerkultur in der Psychotherapie leisten.

1.2 Aufbau der Arbeit

Im ersten Teil der vorliegenden Masterarbeit wird die theoretische Grundlage für die empirische Untersuchung gelegt. Nach dieser Einleitung (Kap. 1) werden als Auftakt des theoretischen Teils der Arbeit zuerst die Begriffe definiert und für die spezifische Verwendung in dieser Arbeit umrissen (Kap. 2). Anschliessend wird auf Fehler in der Psychotherapie eingegangen (Kap. 3). Dabei wird erst versucht, eine Klassifikation von Fehlern in der Psychotherapie vorzunehmen, um dann deren Auswirkungen und die Prävention zu beleuchten. Als Übergang zu dem empirischen Teil wird der Umgang mit Fehlern auf der Seite von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beleuchtet (Kap. 4).

Der empirisch-qualitative Arbeitsprozess wird im zweiten Teil der Arbeit dargelegt. Im Methodenteil werden kurz die Ziele und die Fragestellung aufgezeigt (Kap. 6). Anschliessend folgen der Aufbau der Untersuchung, die Probandengewinnung, die Beschreibung der Stichprobe sowie die Art und Weise der Datenerhebung. Daraufhin werden die Durchführung der Untersuchung und die Datenaufbereitung sowie Datenauswertung dargelegt (Kap. 7). Es folgt das Kapitel über die Darstellung der Ergebnisse (Kap. 8), welche anschliessend, im letzten Kapitel der Diskussion, erörtert werden (Kap. 9). Aufgeteilt wird in eine Interpretation der Ergebnisse sowie eine kritische Stellungnahme zum Studiendesign und zur Methodik. Ein kurzes Kapitel mit weiterführenden Gedanken, Implikationen für die Praxis und allfälligen Hypothesen für eine weitere Untersuchung bilden den Schluss dieser Forschungsarbeit.

1.3 Ein- und Abgrenzung

In diese Arbeit wurden keine anderen möglichen Einflüsse auf die Therapie integriert, wie beispielsweise die Umwelt, die Patientensicht auf Fehler in der Psychotherapie oder die patientenseitigen Bedingungen für schlecht verlaufende Psychotherapie. Auch die Aussensicht – beispielsweise durch Supervisoren und Supervisorinnen – wurde nicht miteinbezogen. Da sich diese Arbeit an ein Fachpublikum richtet, wurde darauf verzichtet, die unter-

schiedlichen Therapierichtungen allgemein erklärend zu beschreiben. Es wurde davon ausgegangen, dass stationäre Therapie wie auch Gruppentherapie oder Therapie mit Kindern und Jugendlichen durch das andere Setting, anderes Umfeld und anderes Klientel auch andere Fehlermöglichkeiten evoziert, weshalb sich die Arbeit nur auf das ambulante Psychotherapiesetting mit erwachsenen Personen bezog. Weiter wurde auf die Wirksamkeit, Nebenwirkungen und die Erfolge von Psychotherapie nicht spezifisch, sondern nur als Erklärungshintergrund für Fehler in der Psychotherapie eingegangen. In vorliegender Arbeit ging es nicht um schwerwiegende Fehler in der Psychotherapie, welche ethische und moralische Grenzen überschreiten und eine Verletzung der beruflichen Sorgfaltspflicht bedeuten. Es wäre utopisch, eine vollumfängliche Aufzählung von Fehlern in der Psychotherapie vornehmen zu wollen. Obwohl einige Autoren vorschlagen, Fehler in der Psychotherapie nur im Rahmen der jeweiligen psychotherapeutischen Richtung zu diskutieren, wurde in vorliegender Arbeit auf diesen Aspekt verzichtet, da sich sehr wenig fundierte Fachliteratur zu dieser Thematik finden liess. Auch über einige andere Aspekte zum Thema Fehler in der Psychotherapie sind noch wenig fundierte Forschungsergebnisse vorhanden (Umgang mit Fehlern, Einfluss der Therapierichtungen, Hilfe und Unterstützung im Umgang mit Fehlern). Dort wurden nach Möglichkeit die Ergebnisse aus der Misserfolgsvorschau verwendet, obwohl ein Fehler nicht unbedingt mit einem Misserfolg gleichzusetzen ist, wie auch im folgenden Theorieteil erläutert wird. Die wenigen empirischen Studien zu der Thematik der Fehler in der Psychotherapie wurden nach Möglichkeit in den entsprechenden Kapiteln erwähnt.

I. THEORETISCHER TEIL

Die folgenden Kapitel bilden die theoretische Grundlage dieser empirischen Arbeit. Die wesentlichen Begriffe werden erklärt und die für die Thematik relevanten Theorien werden unter Einbezug des aktuellen Forschungsstandes aufgezeigt.

2 Fehler und Fehlerkultur

In diesem Kapitel werden die Begriffe für die Verwendung in vorliegender Arbeit definiert. Dabei wird zuerst auf den allgemeinen Fehlerbegriff eingegangen, anschliessend wird der Begriff Fehlerkultur spezifiziert.

2.1 Fehler

Eine umfassende Definition von Fehlern versucht Weingardt (2004, S. 234) zu geben: „Als Fehler bezeichnet ein Subjekt angesichts einer Alternative jene Variante, die von ihm –

bezogen auf einen damit korrelierenden Kontext und ein spezifisches Interesse – als so ungünstig beurteilt wird, dass sie unerwünscht erscheint.“ Oser und Hascher (1997, S. 9) erläutern, dass ein Fehler „ein von der Norm abweichender Sachverhalt“ sei. Lernen bedeutet, Erfahrungen zu machen und aktiv Wissen zu erwerben. Dabei werde der Aufbau von *negativem Wissen* unterstützt, was bedeutet, dass man weiss, was eine Sache *nicht* ist, damit man weiss, was sie ist. Um dieses negative Wissen aufzubauen, muss der Mensch Fehler machen und sich ihrer bewusst werden (Oser & Spychiger, 2005). Lernen aus Fehlern ist also gleichzusetzen mit dem Aufbau von negativem Wissen.

Osten (2006) führt aus, dass die Bereitschaft, die Fehlerhaftigkeit des Menschen zu akzeptieren, stetig abnimmt. Der Mensch ist sich aber eigentlich bewusst, dass es keine Perfektion und kein Null-Fehler-Verhalten gibt, schreibt Kess (2006) dazu. Dadurch, dass es kein eindeutiges *Richtig* oder *Falsch* gibt, hat jeder Mensch eigene Toleranzgrenzen entwickelt, wann ein Ereignis als gerade noch akzeptabel oder bereits als falsch bewertet wird. Kess betont dabei, dass Fehler negativ sind und auch bleiben. Wir reflektieren unser Handeln kritisch, wenn ein Ziel nicht erreicht wurde, unerwünschte Folgen auftreten und dies Gefühle des Unwohlseins in uns auslöst. „Traditionell lösen Fehler Schuldgefühle und letztlich Angst aus. (...) Diese Angst ist es, die den offenen Umgang mit Fehlern verunmöglicht“ (Bienenstein & Rother, 2009, S. 32). Dabei ist aus dem Gebiet der pädagogischen und entwicklungspsychologischen Forschung bekannt, dass man nicht lernen kann, ohne Fehler zu machen (Kess, 2006).

Gemäss Osten (2006) stehen dem Menschen laut neurobiologischen Erkenntnissen mehrere Erfahrungsquellen zum Umgang und zur Bewältigung von Fehlern zur Verfügung. Einerseits kann das menschliche Gehirn auf entwicklungsbiologisch gewonnene Fehlererfahrungen zurückgreifen, andererseits kann es diesen archaischen Erfahrungsvorrat durch eigene Fehlererfahrungen ergänzen.

Zur Entwicklung von Fehlern sagt Kess (2006) Folgendes:

Jedes Fehlerereignis hat eine Vorgeschichte. Ihm liegt etwas zugrunde, das in diesem Ereignis mündet, welches als Folge Unerwünschten mit sich bringt. Ich benutze das Wort Ereignis im Sinne des „Sichzeigen“, der Ereignung. Im Ereignis wird Erfolg oder Misserfolg sichtbar. Spontan sprechen wir von einem Fehler, wenn sich zeigt, dass etwas anders ausgeht, als wir es haben wollten, erwartet oder geplant hatten, und wir diesem Ereignis ablehnend gegenüber stehen. (...) Ereignisse werden also immer rückwirkend als Fehler bewertet (S. 22).

Durch die Vorstellung, keine Fehler zu machen, wird impliziert, dass man „alle Fehler und ihre Ursachen kennt“ (S. 20). Die Vielfalt an Fehlern und die Mannigfaltigkeit ihrer Ursachen bedeutet aber, dass nicht alle vorhersehbar sein können. Dabei wird das Null-Fehler-Prinzip auch der Hilflosigkeit nicht gerecht, die gegenüber den Auswirkungen von Fehlern empfunden wird.

2.2 Fehlerkultur

Hinter dem Schlagwort *Fehlerkultur* lassen sich zwei Kernbereiche ausmachen, die sich mit dem Begriff beschäftigen (Bienenstein & Rother, 2009). Einerseits ist es im schulischen Kontext in Verbindung mit Wissenserwerb von besonderer Bedeutung, andererseits gilt Fehlerkultur als Teil einer modernen Managementstrategie in betriebswirtschaftlichen Bereichen.

Dennoch wird der Begriff Fehlerkultur in unserer Alltagssprache noch nicht oft verwendet. Der Begriff erzeugt laut Caspary (2008) gemischte Gefühle, weil „Fehler“ negativ und „Kultur“ positiv konnotiert würde. Bienenstein und Rother (2009) schreiben, dass der Ausgangspunkt zur Eingrenzung des Begriffs die Art und Weise ist, wie Menschen mit Fehlern umgehen. „Die Einstellung gegenüber Fehlern, der Umgang mit Fehlern oder die Art der Bewertung von Fehlern sind Kriterien, die mit dem Begriff Fehlerkultur erfasst werden“ (S. 19). Der Begriff selbst lässt sich als Folge einer Neubewertung eines Fehlers bezeichnen und verweist auf eine differenzierte Betrachtungsweise und einen toleranten Zugang. Auch Bosch und Steinbrink (2008) verstehen Fehlerkultur als Überwindung des fehlereliminierenden, korrekten Perfektionismusdenkens und der ‚Null-Fehler-Toleranz‘. Der Fehler wird nicht mehr als Mangel, Defizit oder Makel angesehen, sondern als dynamische Lernchance verstanden. Kächele und Grundmann (2011) beschreiben Fehlerkultur in der Psychotherapie so, dass Fehler besser erkannt werden können, deren Ursachen verstanden werden und der Umgang damit zum Nutzen der Patientinnen und Patienten konstruktiv gestaltet wird.

Laut Seibel (2006) ist es entscheidend, dass sich eine Fehlerkultur mit einer Vertrauenskultur verbindet. Letzteres heisst, dass man keine Angst haben muss, dass sich der Fehler negativ auswirkt (Bienenstein & Rother, 2009). Die Kunst des Dialogs und die Kunst, Fehler zu machen, sei letztlich gleichzusetzen, da Fehler kommuniziert werden müssen, um fruchtbar gemacht, korrigiert oder einfach nur akzeptiert zu werden. Bienenstein (2010) zufolge ist in der Psychotherapie noch keine Fehlerkultur aufgebaut, da sie zurzeit weder die Konzepte der fehlerkultivierenden Schule noch fehlernutzende Strategien verwendet. Wie in folgendem Kapitel zu sehen ist, herrscht zudem Uneinigkeit in Bezug auf die Terminologie von Fehlern in der Psychotherapie, da es unterschiedliche Definitionen und Einteilungen gibt.

3 Fehler in der Psychotherapie

Bergin (1963; 1966) hatte sich als einer der Ersten ausführlich mit der wissenschaftlichen Relevanz von negativen Effekten von Psychotherapien auseinandergesetzt. Er schätzte, dass sich der Zustand von ca. 10% aller Patienten nach einer Psychotherapie verschlechtert. Diese Einschätzung bleibt bis heute in dieser Grössenordnung bestehen (Mohr, 1995;

Lambert & Ogles, 2004; Hoffmann, Rudolf & Strauss, 2008). Zudem schätzte Mohr (1995) den Anteil an Patienten, bei welchen sich der Zustand weder verbessert noch verschlechtert, also gleich bleibt, auf 15-20%. Bei zusammengerechnet 20-35% aller Patienten tritt demnach keine Verbesserung ein oder ihr Zustand verschlechtert sich nach einer Psychotherapie. Die Psychotherapieforschung hat sich in den letzten Jahrzehnten teilweise damit auseinandergesetzt, welche Faktoren für dieses Ausbleiben von Erfolgen verantwortlich sind. Nichtsdestotrotz sind auch heute noch viele Aspekte dieser Thematik ungeklärt. Fischer-Klepsch, Münchau und Hand (2009) geben als Hauptgründe für den unbefriedigenden Forschungsstand zum Thema Misserfolge an, dass (a) die Publikationspraxis nur Erfolgsmeldungen wünscht, was auch Lambert (2011) unterstreicht, (b) die theoretische Konzeptualisierung für Misserfolge mangelnd ist, (c) es methodologische Probleme gibt, da die meisten Messinstrumente Misserfolge nicht erfassen und Therapieabbrüche selten in die Datenanalyse einfließen, sowie (d) die Kriterien für klinisch signifikante Veränderungen unklar sind. Andere Autoren (Haupt & Linden, 2011) führen ausserdem die Kausalität (wie weiss man, welches Problem therapiebedingt ist?) sowie ein mangelndes Problembewusstsein und eine Attributionsbias auf (vgl. Anhang A).

In der Erforschung von Misserfolgen und Nebenwirkungen wird die Thematik der Fehler zuweilen miteinbezogen, meist sind es dabei jedoch Fehler im Sinne juristischer oder ethischer Verfehlungen, wie z.B. sexueller Missbrauch oder Grenzüberschreitungen mit Abhängigkeitsbestrebungen in der Psychotherapie, welche Gegenstand der Untersuchungen sind. Diese wichtigen Themen wurden berechtigterweise in den letzten Jahrzehnten vermehrt erforscht. Fehler jedoch, die keine juristischen, moralischen oder ethischen Grenzen verletzen, die sich innerhalb des zulässigen Rahmens befinden und im Therapiealltag geschehen, sind selten Thema von wissenschaftlichen Untersuchungen. Wenn aber Nachteile, welche durch die Psychotherapie entstehen, nicht zu vermeiden sind, und Fehler zum Therapiealltag gehören, muss es darum gehen, den Anteil der durch sie evozierten Schäden möglichst niedrig zu halten.

Bienenstein und Rother (2009) weisen ausserdem darauf hin, dass ein Fehler immer in Bezug zu einer Norm definiert wird, welche zuvor festgelegt wurde. Homm, Kierein, Popp und Wimmer (1996) zählen die Berufsausübung nach bestem Gewissen und Wissen, die Fortbildungspflicht, die Aufklärungspflicht, die Dokumentationspflicht, die Kooperationspflicht, die Verschwiegenheitspflicht sowie das begrenzte Werbeverbot als besondere Pflichten von Psychotherapeuten auf. Die Kategorien juristischer Fehler, ethischer Verfehlungen und Behandlungsfehler haben also gemeinsam, dass sie alle auf das fehlerfreie Handeln der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Bezugsgrösse verweisen. Dabei soll immer eine Norm als Referenzebene des legalen, ethisch vertretbaren oder richtigen, fehlerfreien Handelns der therapierenden Person vorhanden sein (Spychiger, 2008). Die schon öfters erwähnte Komplexität von Psychotherapie beruht auch darauf, dass es aufgrund der Vielschichtigkeit menschlicher Beziehungen unmöglich scheint, in dieser

Grauzone zwischen Grenzüberschreitungen und Alltagsfehlern festzulegen, was *richtig* und was *falsch* ist (Bienenstein & Rother, 2009). Letztere Begriffe lassen sich demnach im Kontext der Psychotherapie nicht schlüssig anwenden. „Das Bilden von Theorien und Konstrukten über das Phänomen Fehler [ist] nur mit Auslassungen möglich und daher selbst von Fehlerrisiken begleitet. Je komplexer (...) das Phänomen, desto höher das Fehlerrisiko“ (S. 34).

Es ist also, wie bereits aufgeführt wurde, in der Psychotherapie schwierig, Fehler genau zu definieren. Bienenstein (2010) nennt dafür zwei weitere Gründe. Als erster Punkt lassen sich Ziele in der therapeutischen Arbeit nicht einfach festlegen. Ob es um Selbsterfahrung, Heilung oder Symptombefreiheit geht, kann bei verschiedenen Patienten jeweils anders sein. „Psychotherapeuten müssen demnach davon ausgehen, dass ein Prozess begonnen wird, wo sich ein Ziel nur schemenhaft zeigt und darüber hinaus auch noch während des Prozesses verändern kann“ (S. 55). Der zweite zentrale Aspekt, welcher in die Schwierigkeit der Definition von Fehlern in der Psychotherapie hineinspielt, ist die Komplexität der Thematik. In der Technik und Industrie beruht die Idee der Fehlervermeidbarkeit auf der Überschaubarkeit und Gewissheit aller an einem Prozess beteiligten Faktoren. In menschlichen Prozessen und somit auch in der Psychotherapie ist diese Überschaubarkeit nicht gegeben. Der psychotherapeutische Prozess wird beeinflusst vom Kontext der Kontaktaufnahme, den therapeutischen Inhalten, der Erwartungshaltung der Ratsuchenden, der therapeutischen Beziehungsgestaltung und schulenspezifischen Erklärungsansätzen und Konzeptualisierungen (Marchand, 2006). In der Psychotherapie bleibt immer eine Unbestimmtheit bestehen, die sich aus dem Zusammenspiel der genannten Faktoren zwischenmenschlicher Kommunikation und Beziehung ergibt. Als weitere Schwierigkeit könnte die grosse Vielfalt unterschiedlicher Fehler in der Psychotherapie gesehen werden. Denn es kann unterschiedlich sein, was in den verschiedenen Therapieschulen als Fehler gesehen wird, oder die Häufigkeit der Fehler könnte durch gewisse methodenspezifische Aspekte beeinflusst werden (Hutterer-Krisch, 1996). Es kann sein, dass es Fehler gibt, mit denen sich eher Anfänger schwertun, oder aber genau andersherum, dass es solche gibt, die nur erfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten machen. Und sehr wahrscheinlich gibt es auch Fehler, die unabhängig von der Berufserfahrung erfolgen.

3.1 Klassifikation von Fehlern

Da in der psychotherapeutischen Fachliteratur wie auch in der Praxis noch keine einheitliche Anwendung des Terminus Fehler vorhanden ist, gibt es auch unterschiedliche Klassifikationssysteme, um Fehler in der Psychotherapie zu systematisieren. Die WHO (2010) definiert in der International Classification für Patient Safety (ICPS) einen Fehler als ein nicht beabsichtigtes, oft auch nicht erwartetes Ereignis einer bewusst oder unbewusst aus-

geführten oder unterlassenen Massnahme. Diese manifestieren sich darin, entweder das Falsche zu tun oder beim Versuch das Richtige zu tun zu scheitern. Dabei ist es für die Definition irrelevant, ob aus dem Fehler ein Schaden entsteht oder nicht.

Kächele und Grundmann (2011) beschreiben folgende Klassifizierung von Fehlern und erachten es als sinnvoll, zwischen verschiedenen Fehlertypen zu unterscheiden.

1. **Strukturell bedingte Fehler** (beispielsweise bei Überforderung wegen chronischen Personalmangels);
2. **Methodenspezifische Bedingungen und Risiken;**
3. **Singuläre Fehler**, die situations- oder personenspezifisch sind, beispielsweise ein Dismatching zwischen Patient oder Patientin und Psychotherapeut oder Psychotherapeutin oder eine Fehleinschätzung des Therapeuten;
4. Fehler, die aus dem **Zusammentreffen verschiedener Fehlertypen** entstehen.

Die Autoren Caspar und Kächele (2008) nehmen eine differenziertere Aufteilung vor und zählen folgende Fehlerarten in der Psychotherapie auf:

1. **Technische Fehler:** Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut handelt kompetent, hat aber geringere Fähigkeiten, als die Aufgabe es erfordert.
2. **Beurteilungsfehler:** Die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut beurteilt eine Situation oder einen Aspekt falsch, wie beispielsweise das Wählen einer falschen Strategie.
3. **Normative Fehler:** Wenn von den legitimen, allgemein anerkannten Rollen oder Regeln abgewichen wird.
4. **Quasi normative Fehler:** Abweichungen von der Rolle oder den Regeln, die in einer bestimmten Gruppe oder Institution gelten, ungeachtet der Tatsache, dass in anderen Gruppen andere Regeln gelten.
5. **Moralische Fehler:** Abweichungen vom Versprechen für einen Patienten das Beste zu tun.

Zwischen den Fehlern, die eine ethische, moralische oder juristische Grenze überschreiten, und den feinen, alltäglichen Fehlern liegt ein Graubereich, dessen Existenz schwer zu fassen ist (Bienenstein & Rother, 2009). Dabei brauchen Fehler keinen objektiven Gehalt zu haben, aber die subjektive Beurteilung der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten ist, dass es nicht gepasst hat, was sie gerade gesagt, getan oder gemacht hat. Genau darin liegt eine Schwierigkeit zum Erkennen von Fehlern in der Psychotherapie und macht es schwierig, konkrete Fehlermöglichkeiten aufzulisten.

Dennoch präsentiert Margraf (2009) eine ausführliche Übersicht über potentielle Fehler in der Psychotherapie und bezieht sich auf Hofmann et al. (2008) mit der Aussage, dass immer noch ein Mangel an repräsentativen, aussagekräftigen Daten in Bezug auf Misserfolg

und Fehler in der Psychotherapie herrscht. Er betont, dass seine Ausführungen daher mehr als üblich auf seiner persönlichen Meinung und seinem Erfahrungshintergrund beruhen (vgl. Anhang B). Buckley, Karasu und Charles (1979) befragten in ihrer Studie ‚Common mistakes in psychotherapy‘ 20 Supervisoren über die Häufigkeit von Therapiefehlern von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Die Resultate der Studie zeigten als häufigste Fehler auf, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von ihren Patientinnen und Patienten gemocht werden möchten, dass sie vorschnelle Interpretationen machten, dass sie zu stark intellektualisierten sowie dass sie ein Unvermögen hätten, Aggressionen von Patientinnen und Patienten zu tolerieren.

Die Begriffe Kunst- und Behandlungsfehler werden in nachfolgenden Kapiteln erläutert.

3.1.1 Kunstfehler und Behandlungsfehler

Der Begriff *Kunstfehler* bezeichnet in der Medizin ursprünglich fahrlässiges oder mutwilliges Verhalten des Arztes, welches zur Schädigung des Patienten und der Verschuldung des Arztes führt, da Fahrlässigkeit die Sorgfaltspflicht verletzt (Bienenstein & Rother, 2009). Da hinsichtlich seiner genauen Definition Verwirrung herrschte, wird der Begriff Kunstfehler heute nicht mehr verwendet und in der Medizin durch den Terminus *Behandlungsfehler* abgelöst (Imhof, 2010). Die Bedeutung des Begriffes Behandlungsfehler wird wie folgt umschrieben: „Der Arzt ist gegenüber seinem Patienten zur Wahrung der erforderlichen Sorgfalt verpflichtet, nicht aber zu einer erfolgreichen Behandlung“ (S. 15). Allerdings wird in der Fachliteratur zumeist noch der Begriff Kunstfehler verwendet. In vorliegender Arbeit werden die beiden Termini synonym verwendet.

Der Begriff Kunstfehler bezeichnet demnach absichtsvolles oder fahrlässiges Handeln des Arztes, welches zu Verschuldung führt, und ist im eigentlichen Sinn nur auf die Medizin anzuwenden. Dem widerspricht Kind (1982) mit der Aussage, der Begriff Kunstfehler könne sinngemäss auch auf nicht-ärztliche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten angewendet werden:

Sofern jemand sich dem Publikum gegenüber als Psychotherapeut bezeichnet und seine Tätigkeit direkt oder indirekt Psychotherapie einschliesst, muss er damit rechnen, dass sein Verhalten an diesen Grundregeln gemessen wird. Insofern besteht kein Unterschied, ob der Betreffende Arzt, Psychologe, Sozialarbeiter oder Naturtalent ohne Ausbildung ist (ebd., S. 48).

Das würde folglich auch für den aktuelleren Begriff Behandlungsfehler gelten. Auch Sponsel (2002) weist darauf hin, dass Behandlungsfehler den psychotherapeutischen Alltag begleiten und nicht zu vermeiden sind. Die Beurteilung allerdings, ob ein Fehler vorliegt, kann nicht allgemein entschieden werden, sondern soll immer im Realitätsrahmen und Situationskontext des Einzelfalls entschieden werden. Dabei ist die Fehler-Diagnose

und ihre Gewichtung auch davon abhängig, welcher Therapieschule die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut nahesteht und wie gross der Schaden ist, der durch den Fehler entstanden ist.

Nur im Zusammenhang mit einer technisch korrekten Behandlung sind Behandlungsfehler auch denkbar. Es bedarf demnach der Vorstellung eines fehlerfreien Vorgehens, um von technischen Behandlungsfehlern zu sprechen. Im Hintergrund hat der Behandlungsfehler folglich als Referenz die Idee der ‚richtigen‘ Behandlung, wobei sich diese Vorstellung für die psychotherapeutischen Techniken nicht so exakt fassen lässt (Bienenstein & Rother, 2009).

3.1.2 Alltagsfehler

Objektiv schwer zu fassen sind jene Fehler, die keine moralische oder ethische Grenzverletzung enthalten und sich innerhalb eines juristischen Rahmens bewegen. Bienenstein (2010) bezeichnet diese in Anlehnung an Riedler-Singer (2007) als *Alltagsfehler*. „Durch die Verknüpfung mit dem Wort Alltag werden die Tagtäglichkeit und damit die routinemässige Unvermeidbarkeit und Allgegenwärtigkeit des Geschehens pointiert zum Ausdruck gebracht“ (Bienenstein & Rother, 2009, S. 39). Dabei wird der Alltagsfehler folgenderweise definiert: „Alltagsfehler sind Elemente der therapeutischen Arbeit, die in der ersten Reaktion des Therapeuten von diesem als unerwünscht wahrgenommen werden“ (ebd., S. 40). Diese Fehler zeichnen sich also dadurch aus, dass sie von den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten selbst als Fehler wahrgenommen werden. Der Alltagsfehler habe „als Referenzebene ausschliesslich die subjektive Empfindung der Therapeuten zur Verfügung“ (ebd., S. 39). Wie in der allgemeinen Fehlerdefinition von Weingardt (s. Kap. 2.1) stellt diese Auslegung also das Subjekt ins Zentrum.

Im Gegensatz zu den Fehlern, die eine juristische, ethische oder moralische Grenze überschreiten, sind Alltagsfehler in der Psychotherapie nicht vermeidbar und gehören zu der psychotherapeutischen Arbeit dazu. Dabei tritt der Alltagsfehler in der Psychotherapie häufig auf, wie folgendes Zitat zeigt:

Es ist nicht ausgeschlossen, dass ein Alltagsfehler sich letztlich als technischer Behandlungsfehler herausstellt, jedoch sind Alltagsfehler eben auch ohne Verstoss gegen Behandlungstechniken denkbar. Es ist anzunehmen, dass dieses Phänomen in der Häufigkeit des Auftretens bei Weitem die Fehler der anderen Kategorien übertrifft (Bienenstein & Rother, 2009, S. 39).

Dabei werden negative Entwicklungen in der Therapie nicht immer von einem Fehler in der Psychotherapie ausgelöst, wie folgendes Kapitel zeigt.

3.2 Abgrenzung zu Nebenwirkungen und Misserfolgen

Für negative Entwicklungen in der Psychotherapie schlagen Hoffmann et al. (2008, S. 5) vor, die Begriffe wie folgt zu definieren:

1. **Misserfolge** als die unzureichende oder ganz fehlende Erreichung der in der Therapie explizit und implizit angestrebten Ziele,
2. **Unerwünschte Wirkungen (Nebenwirkungen)** als das Auftreten anderer – und dabei nachteiliger – Effekte als der angestrebten Therapieziele sowie
3. **Therapieschäden** als das Auftreten unerwarteter, anhaltender und für den Patienten erheblich nachteiliger Auswirkungen der Therapie.

Auch Fischer-Klepsch et al. (2009) definieren *Misserfolge* allgemein als Therapieverläufe, die aus der Sicht des Therapeuten oder der Therapeutin und/oder des Patienten oder der Patientin nicht zu den gewünschten Effekten führen. Misserfolg in der Psychotherapie kann also als das Ausbleiben der erwünschten Hauptwirkung der Behandlung verstanden werden, „bei gleichzeitigem Fehlen von Schäden oder Nebenwirkungen im Sinne einer Verschlechterung der Befindlichkeit, des Funktionsniveaus oder der sozialen Umstände im Zusammenhang mit der durchgeführten Massnahme“ (Hilgers, 2009, S. 17).

Nebenwirkungen werden von Hilgers (2009) als Entwicklungen des Patienten oder seiner sozialen Beziehungen definiert. Diese „sind Entwicklungen des Patienten die jenseits der definierten Behandlungsziele – also unabhängig von eventuellem Erfolg, Misserfolg oder Schaden – entweder als positive oder negative Begleiterscheinungen bei Funktionsniveau, Befindlichkeit oder sozialem Umfeld entstehen und im unmittelbaren Kontext mit der Behandlung stehen“ (ebd., S. 17). Dabei können sich sowohl erwünschte wie auch unerwünschte Nebenwirkungen ergeben, was der obigen Aussage von Hoffmann et al. (2008) bezüglich nachteiligen Nebenwirkungen widerspricht (vgl. Anhang C).

Hilgers (2009) führt zudem über *Schäden* in der Psychotherapie aus, dass diese als Verschlechterungen im Zusammenhang mit dem Behandlungsziel oder der Eingangssymptomatik zu verstehen sind oder aber als Auftreten neuer und anhaltender Verschlechterungen bereits bestehender Beeinträchtigungen, welche für den Patienten einen erheblichen Nachteil bedeuten.

Wegen der fließenden und diffusen Verwendung der Begriffe Misserfolg, Nebenwirkung und Therapieschaden bevorzugen Caspar und Kächele (2008) die allgemeine Bezeichnung *Fehlentwicklungen*. Dabei betonen die Autoren, dass der Begriff auf den Prozessaspekt und das rechtzeitige Erkennen und Korrigieren einer negativen Entwicklung hinweist. Mit der Aussage „Fehlentwicklungen beruhen nicht immer auf Therapeutenfehlern“ (ebd., S. 23) weisen die Autoren darauf hin, dass ein Fehler vor einer Fehlentwicklung stehen kann, aber nicht zwingend zu einer Fehlentwicklung führt. Ein Fehler in der Psychotherapie kann

demnach mitunter einer der Gründe sein, warum die gewünschten Effekte nicht eintreten, Nebenwirkungen oder Therapieschäden auftreten und die Therapie nicht erfolgreich verläuft. Fehler, Misserfolge, Nebenwirkungen und Schäden in der Psychotherapie stehen jedoch keineswegs in einem linearen Zusammenhang, wie auch in Kapitel 4 festgestellt wird.

3.3 Erwartungen an Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Allen Psychotherapien ist aber gemeinsam, dass von Seiten der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten immer wieder Fehler geschehen. „Denn es gibt keinen Therapeuten, der nicht durch Stimmungsschwankungen, aktuelle eigene Probleme, Fehlinterpretationen des Gehörten, Ablenkungen aus der Umwelt und sonstige Begrenzungen in seinen Fähigkeiten des Aufnehmens, Fühlens und Denkens immer wieder beeinträchtigt wird“ (Ruff, von Eke-sparre, Grabenstadt, Kaiser-Livne, Längel & Nagell, 2011, S. 46). Zugleich werden die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von der Gesellschaft und ihren Patientinnen und Patienten idealisiert und überschätzt. Bienenstein und Rother (2009) schreiben dazu, dass im Psychotherapeuten und in der Psychotherapeutin das klischierte Idealbild eines allseits freundlichen, wohlwollenden und vor allem verstehenden Menschen gesehen wird, der sein eigenes Ich zurücknimmt und keine Fehler macht. Auch Jaeggi (2003) beschreibt die äusserst hohen Ansprüche an Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen. Hoffmann und Hofmann (2008) schildern, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei vielen ihrer Patientinnen und Patienten andauernd aufpassen müssen, kein falsches Wort zu sagen oder keine falsche Geste zu machen, da sie ihre Kränkbarkeit und Empfindlichkeit kennen, was sehr anstrengend und mitunter auch ärgerlich sein kann. Um mit dieser Situation umgehen zu können, kann laut Brühlmann-Jecklin (2002) die Theorie von Winnicotts ‚good enough mother‘ (1953) anstatt der vollkommenen Mutter ausgeweitet und auf die Psychotherapie angewendet werden. „Das bedeutet, davon abzusehen, ‚vollkommene TherapeutIn‘ zu sein. Dies nimmt uns nicht nur einen ungesunden Leistungsdruck weg, sondern wird unseren Blick objektivieren und wird zulassen, dass wir unserer Arbeit zwar selbstbewusst, aber auch selbstkritisch gegenüber stehen können“ (Brühlmann-Jecklin, 2002, S. 334).

Auch wenn Fehler in der Psychotherapie in der Fachliteratur wenig erörtert werden, sind sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten laut Piselli, Halgin und Macewan (2011) bewusst, dass ihnen Fehler passieren, und gestehen ein, dass diese möglicherweise negative Auswirkungen auf den Therapieverlauf haben.

Nach Märtens (2005) wäre es möglich, anzunehmen, dass sich die Therapieansätze hinsichtlich Nebenwirkungen und Verschlechterungen unterscheiden. Ruff et al. (2011) bestätigen, dass Fehler im Rahmen der jeweiligen Behandlungsmethode betrachtet werden sollten. Vor allem für die Psychoanalyse ist in der Fachliteratur über methodenspezifische

Fehlerquellen berichtet worden. Eine ausführliche Übersicht bieten Fäh (2011) sowie Jacobi (2002). Margraf (2009) beschreibt im ‚Lehrbuch der Verhaltenstherapie‘ im Kapitel Misserfolge auch Behandlungsfehler (vgl. Anhang C), nennt dabei aber eher allgemeingültige als methodenspezifische Fehlermöglichkeiten. Für die Körpertherapie führt Young (2006) spezifische Risiken auf.

4 Entstehung, Auswirkung und Umgang mit Fehlern

In den vorhergehenden Kapiteln wurde aufgezeigt, dass es in der psychotherapeutischen Arbeit nicht möglich ist, keine Alltagsfehler zu machen. Im Gegensatz dazu stehen Fehler, die unbedingt vermieden werden müssen, da sie ethische und moralische Grenzen überschreiten und für den Patienten oder die Patientin massiv schädigend sein können. Um Fehler vermeiden zu können, muss man sie erkennen, wissen, wie sie entstehen können, den eigenen Anteil daran reflektieren und sie zugeben können. Dabei spielen unterschiedliche Aspekte eine Rolle, wie in folgenden Kapiteln ausgeführt wird.

4.1 Ursachen von Fehlern

Es erscheint wenig sinnvoll, eine Klassifikation von Fehlerursachen vorzunehmen, da diese so vielfältig sind. Brühlmann-Jecklin (2002) beschreibt dennoch anhand von Fallbeispielen folgende Fehlerursachen: Fehleinschätzung der Diagnose, falsch bzw. einseitig gewählte Technik, Fehleinschätzung der Ressourcen und Halbwissen bzw. Unwissen. Dabei gründen aber laut der Autorin die meisten Fehler in mangelnder oder fehlender Selbstreflexion. Dort liegt das Problem, dass bei ungenügender Selbstreflexion bei Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen die Gefahr besteht, dass Gegenübertragungen nicht erkannt werden. Fehler, die nicht erkannt werden, können auch nicht therapeutisch verwertet werden, was weitere Ursachen für Schädigungen nach sich ziehen kann. Gemäss Linden (2012) sollten sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ihrer Bias bewusst sein, Fehler und unerwünschte Ereignisse nicht wahrzunehmen. Sie attribuieren diese zudem normalen Entwicklungen oder interpretieren die Fehler als Resultat des Verhaltens der Patientin oder des Patienten.

Als der wichtigste Prädiktor für die Vorhersage von Therapieerfolg wird übereinstimmend und erwiesenermassen die Qualität der therapeutischen Beziehung gesehen (Beutler, Malik, Alimohamed, Harwood, Talebi, Noble & Wong, 2004). „Wenn Persönlichkeitsfaktoren in Interaktion mit den angewendeten Techniken wesentlich zum Erfolg beitragen, (...) werden sie dies auch beim Misslingen tun“ (Märtens, 2005, S. 147). Mohr (1995) hat als Prädiktoren negativer Therapieeffekte folgende Therapeutenvariablen aufgelistet: mangelnde Empathie, Unterschätzung des Schweregrades der Probleme des Patienten, negative Gegenübertragung, schlechte Technik, starke Betonung von Übertragungsdeutung und man-

gelnde Übereinstimmung mit dem Patienten bezüglich des Therapieprozesses. Als weitere Art von Problemen sieht Riedler-Singer (2005) Wertekonflikte, die jeweils unterschiedliche Handlungen in derselben Situation erfordern.

Riedler-Singer (2005) nennt zudem die Unklarheit über die für die Behandlung relevanten empirischen Fakten als eine Quelle von Therapiefehlern:

Aufgrund mangelhafter diagnostischer Kompetenz, verbunden mit geringen Modellkenntnissen und einfaktoriellen Behandlungsplänen, verfestigen sich Therapiegewohnheiten auch dort, wo neue Optionen notwendig wären. Dadurch können externe Befunderhebungen versäumt werden und zu geringe Information über die Vernetztheit von Wirkvariablen die Behandlung in ein therapeutisches Nullsummenspiel verwandeln (ebd., S. 163).

Persons und Mikami (2002) führen über die Fehlerkultur und den Umgang mit Fehlern von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus, dass es zentral ist, zu wissen, warum und wann ein Misserfolg auftritt, wie in folgendem Kapitel erläutert wird.

4.2 Umgang mit Fehlern

Wenn man davon ausgeht, dass Fehler in der Psychotherapie zu Misserfolgen und Therapieabbrüchen führen können und dies den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bewusst ist, würde das bedeuten, dass die Gefühle, die bei Misserfolg und Therapieabbruch in Erscheinung treten, auch bei einem Alltags- oder Behandlungsfehler auftreten können. Dabei erklären Persons und Mikami (2002), dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oft die Fähigkeiten fehlen, um mit Misserfolgen in der Psychotherapie umzugehen. Um damit umgehen zu können, muss für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten klar sein, wann und warum Misserfolg in der Psychotherapie auftritt. Es kann angenommen werden, dass es in der Reaktion und dem Umgang mit Fehlern von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zwei verschiedene Ebenen gibt. Auf der einen Seite ist dies die Art und Weise, wie sie den Patientinnen und Patienten gegenüber reagieren, wie und ob sie den Fehler ansprechen und ob sie ihn in der psychotherapeutischen Arbeit verwenden. Auf der anderen Seite stehen der innere Umgang mit Fehlern, die eigene Verarbeitung und die Auswirkungen auf die Gefühle, die Stimmung und den Selbstwert.

4.2.1 Internale Verarbeitung von Fehlern

Kottler und Blau (1991) unterscheiden fünf Schritte, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für die Verarbeitung eines verstörenden Therapieereignisses durchlaufen. Die Phase (1), *Täuschung*, bezeichnet die Suche nach externalen Ursachen, auf welche die Schuld verlagert werden kann. Der Therapeut oder die Therapeutin spürt, dass etwas

nicht gemäss den Erwartungen verläuft, was Angst, Schuldgefühle und Furcht auslöst und diese Phase verlängert. Das Ich versucht, sich durch eine zeitweilige Realitätswahrnehmung zu schützen, um eine Konfrontation zu vermeiden. Danach beginnt die Wut auf die eigene Person von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in der Phase (2) der *Selbstkonfrontation*. Sie ist geprägt von Selbstzweifeln. Durch die Phase (3) des *Suchens* entsteht das Bedürfnis, herauszufinden, was genau geschehen ist, was durch die Offenheit für neue Erkenntnisse in der Phase (4) der *Lösung* abgerundet wird. Die letzte Phase (5) bildet die *Anwendung* des Gelernten in der zukünftigen psychotherapeutischen Arbeit (ebd.). Auch Zarbock (2004) beschreibt, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufgrund von Misserfolgen und Therapieabbrüchen intensive selbstabwertende Gedanken und Gefühle wie Schuld, Scham, Ärger oder gar depressive Stimmungen erleben können. Einige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten können dazu neigen, diese Emotionen durch Zynismus abzuwehren.

Dabei werden Misserfolgserlebnisse als selbstverschuldet bewertet, negativ konnotiert und als persönliches Versagen gesehen (Marchand, 2006). Die gesamtgesellschaftlichen Erwartungshaltungen und gesundheitspolitischen Rahmenbedingungen tragen ihren Teil zur Tabuisierung von Misserfolgen bei. Die negative Konnotation von Misserfolgen und die Deutung von Tiefschlägen als persönliches Versagen und durch Selbstverschuldung verursacht, begünstigen das Verdecken und Vertuschen von persönlichen Misserfolgserlebnissen. Misserfolgserlebnisse sind mit negativen Emotionen verbunden. „Emotionen wie Scham, Schuld, Ohnmacht und die eigene narzisstische Kränkung tragen ihren Teil (...) [zur Tabuisierung] bei“ (ebd., S. 66). Auch Guy beschreibt (1987), dass sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei Misserfolgen verletzt und verlassen fühlen. Ebenso sind sie enttäuscht von den Patientinnen und Patienten und fühlen sich hintergangen. Bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, deren Selbstwert stark damit zusammenhängt, inwieweit sie fähig sind, anderen zu helfen, droht ein Misserfolg eine negative Auswirkung auf ihren Selbstwert zu haben oder wird als narzisstische Verletzung erlebt (Ogrodniczuk, Joyce & Piper, 2005). Diese möglicherweise starken Emotionen können verhindern, dass der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin weiterhin wirksame Psychotherapiestunden durchführen kann (Piselli et al., 2011). Ein Grund dafür könnte eine Art Überkompensationsverhalten für diese schmerzhaften Erfahrungen von Misserfolgen sein, welches dazu führt, dass sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten entweder stark von ihren Patientinnen und Patienten distanzieren oder sich zu stark mit ihnen verbinden (Guy, 1987). Ironischerweise sind stärker diejenigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von Misserfolg in der Psychotherapie betroffen, die eine warme und empathische therapeutische Beziehung anstreben (Piselli et al., 2011). Der persönliche Einsatz von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für ihre Klienten erhöht demnach ihre Vulnerabilität für die emotionalen Reaktionen auf Misserfolge in der Psychotherapie. Dabei finden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aber auch Wege, ihr

Kompetenzgefühl und ihr Wohlbefinden zu schützen. Dazu schreiben Murdock, Edwards und Murdock (2010) von der bereits eingangs dieses Kapitels erwähnten Bias, welche dazu dient, den Selbstwert der Therapeuten zu schützen. Natürlich geben Therapeuten aber auch zu, wenn sie einen Fehler gemacht haben.

Jacobi (2002, S. 104) fasst zusammen: „Die Beschäftigung mit therapeutischem Scheitern dient nicht nur der Vermeidung gleichartiger Fehler in der Zukunft und damit der Erhöhung der Ergebnisqualität einer Behandlungsform, sondern auch der Erhöhung der Prozessqualität.“ Durch die Beschäftigung mit Misserfolgen wird die Verarbeitung von Misserfolgserlebnissen von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterstützt, da sie sich mit ihren eigenen therapeutischen Grenzen auseinandersetzen und so die Akzeptanz gegenüber Misserfolg geschult wird.

4.2.2 Gegenüber dem Patienten

Im Allgemeinen sind Abwehr und Verleugnung wohl die bekanntesten Strategien, um mit gemachten Fehlern umzugehen. Der Fehler wird dabei als eine Bedrohung wahrgenommen und eine differenzierte Auseinandersetzung mit dem Geschehen ist nicht möglich (Bienenstein, 2010). Es ist bekannt, dass im Allgemeinen Erfolge internal und Misserfolge external attribuiert werden. Dies ist auch bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten der Fall (König-Fuchs, 1991).

Aber das Zugeben von Fehlern kann auch Chancen bergen, wie Brühlmann-Jecklin meint (2002). Erstens weist die Autorin darauf hin, dass zu Beginn einer Therapie das Gefälle der unterschiedlichen Rollen zwischen dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin und dem Patienten oder der Patientin durch verschiedene Faktoren hoch ist. Einerseits wird dieses Gefälle durch den Leidensdruck des Patienten, andererseits durch den Wissensvorsprung der therapierenden Person beeinflusst. Gibt der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin einen Fehler zu, kann der Patient oder die Patientin die Idealisierung der therapierenden Person relativieren. Die zweite Chance wird darin gesehen, dass Fehler, die erkannt und zugegeben werden, das Vertrauen des Patienten in die therapierende Person stärken und somit auch einen positiven Einfluss auf die therapeutische Beziehung erlangen. Da der Patient durch das Ansprechen von einem Fehler im geschützten Rahmen der Therapie lernt, dass er sich wehren und durchsetzen darf, kann der transparente Umgang mit Fehlern den Therapieerfolg stützen und den Patienten wie auch den Therapeuten weiterbringen. Letzteres ist auch die dritte Chance, die Brühlmann-Jecklin (2002) im Zugeben von Fehlern sieht. So können geschehene und erkannte Fehler die Persönlichkeitsentwicklung der therapierenden Person unterstützen und ihr so ermöglichen, weiter an sich zu arbeiten. Auch Bienenstein (2010) betont den für den Patienten modellhaften Charakter des Umgangs mit Fehlern von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zentral dabei ist, dass der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin „ein realistisches Bild eines Men-

schen anbietet – mit all seinen Fehlern, blinden Flecken, Eitelkeiten und Grenzen“ (ebd., S. 60). Es soll also kein unerfüllbares Ideal der Vollkommenheit präsentiert werden, denn „ein perfekter Therapeut wäre kein guter Therapeut“ (ebd., S. 60-61).

Zentral scheint im Umgang mit Fehlern demnach die Möglichkeit, aus den eigenen Fehlern lernen zu können (Brühlmann-Jecklin, 2002). Eine offene Fehlerkultur und Transparenz im Umgang mit Fehlern erleichtern es, Fehler positiv in einen Lernprozess zu integrieren. Diese Aussage unterstützen auch Märtens und Petzold (2002), indem sie schreiben, dass Menschen durch Scheitern zu Erkenntnis gelangen und damit lernen, wie die Wirklichkeit ist. Sie führen aus:

Professionell handelt nicht, wer keine Fehler macht, sondern wer aus seinen Fehlern lernt. Wer keine Fehler macht, der lernt auch nichts. Das ist im psychosozialen Bereich eine schwere Einsicht. Zu gerne würde man nur Gutes tun und dabei entweder erfolgreich sein oder aber scheitern, was bedeutet, nichts erreicht zu haben. Dabei wird der Aspekt, möglicherweise geschadet zu haben verdrängt, ausgeblendet oder einfach ignoriert (ebd., S. 33).

Um es mit den Worten Bienensteins (2010, S. 61) zu sagen, ist es zentral, „dass sich die Fehlerkultur in der Psychotherapie mit der Gewissheit verbindet dass Fehler im Zwischenmenschlichen unumgänglich sind und dass aber gerade das Zwischenmenschliche das Werkzeug des Dialoges hat um Fehler nutzbar zu machen.“ Auch Safran und Muran (2000) ermutigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dazu, für wirkliche Fehler oder für Fehler in der Wahrnehmung der Patientinnen und Patienten ihre Verantwortung zu übernehmen, um die Zusammenarbeit wieder aufzunehmen und den Dialog zu öffnen.

Greenson (2000, S. 356) gibt eine wertvolle technische Anleitung, wie mit Alltagsfehlern umgegangen werden kann:

1. Der Patient muss die Möglichkeit bekommen, auf den Fehler zu reagieren, d.h. der Patient hat das Recht, den Platz für seine Reaktion (Ärger, Aggression, Furcht...) in der Therapie zu beanspruchen.
2. Es wäre ein weiterer Fehler, wollte man die Reaktion des Patienten durch eine zu rasche, knappe Entschuldigung unterdrücken oder so lange schweigen und reaktionslos bleiben, dass der Patient traumatisiert wird oder sich bedroht fühlt.
3. Der Fehler muss offen zugegeben werden, aber dieses Eingeständnis sollte benützt werden, um weiteres Material vom Patienten zu bekommen, und nicht, um die Reaktion des Patienten zu besänftigen oder zu neutralisieren. Bei der Verletzung des guten Benehmens sollte man sich formell entschuldigen.

4. Hierbei ist aber der Patient nicht mit persönlichen Bekenntnissen, wieso einem dieser Fehler nun passiert sei, zu belasten, sonst würden sich nämlich die Rollen umkehren und der Patient müsste schliesslich Therapeut sein.
5. Es sollte dem Patienten durch Worte, Ton und Haltung gezeigt werden, dass der Therapeut seine Reaktion auf seinen Fehler ebenso bearbeiten möchte wie alle anderen Ereignisse im Leben seines Patienten.
6. Bei dieser Untersuchung ist Gründlichkeit, jedoch keine übertriebene Selbstkritik angebracht.

Bosch und Steinbrick (2008) führen aus, wie man mit Fehlern konstruktiv umgehen kann:

Sinnvolle Fehlerkultur hat tatsächlich mit der Paradoxie umzugehen, einerseits zu ermutigen, Fehler zu machen, sobald wir mit Unbekanntem (das schliesst das Unbekannte im vermeintlich alltäglich Bekanntem ein) konfrontiert sind, dafür Möglichkeiten und Räume zu schaffen. Andererseits möglichst Fehler im Bekannten zu vermeiden, und zwar durch ständiges Optimieren unseres Umgangs mit ihnen (ebd., S. 146).

In der Psychotherapie ist es jedoch auch einfach, nicht über gemachte Fehler zu sprechen. Strategien dafür können sein, dass der Fehler dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin gar nicht bewusst wird, sie ihn gar nicht wahrnehmen, ihn unterschlagen, jemandem anderen zuschreiben oder ihn abstreiten (Bienenstein, 2010). Weitere Entschuldigungen von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen können sein, dass der Patient nicht motiviert sei oder die Umstände widrig seien. Casement (2002, S. 3) schreibt dazu: „In the end, the analyst could always be right.“ Gerade Menschen, denen durch Psychotherapie geschadet wurde, ziehen sich zurück und vermeiden den Kontakt mit ihrem Helfersystem. So wird es für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einfacher, sich nicht mit durch die Psychotherapie entstandenen Fehlentwicklungen und Schäden auseinanderzusetzen (Märtens & Petzold, 2002).

4.3 Veränderung im Umgang mit Fehlern durch zunehmende Berufserfahrung

Riedler-Singer (2007) weist auf Unsicherheiten hin, die mit zunehmender Berufserfahrung abnehmen. Sie nennt dabei drei Fehler, welche sich in diese Kategorie einordnen lassen. Als erstes nennt die Autorin eine „a) zu grosse Vorsicht bei möglichen Interventionen aus Angst, diese dem Klienten nicht zumuten zu können“ (ebd., S. 197). Dies zeigt sich beim Therapeuten, indem er ein Schonverhalten annimmt, in welchem er zwar freundlich ist, aber nicht nachhaltig. Weiter wird die Stunde vom Therapeuten nicht genügend strukturiert gestaltet und er ist unsicher, wie er dem Patienten gegenüber auch schwierige Dinge an-

sprechen kann. Der zweite Punkt b) zeigt sich in der Tendenz, allzu schwierige Fälle zu übernehmen, wobei die Motivation dazu aus persönlichem Ehrgeiz erfolgen kann oder der Unkenntnis darüber, ob die bisher erworbenen Fähigkeiten dazu ausreichen, mit diesem Patienten zu arbeiten. Es kann sein, dass durch diese beiden Fehler kein eindeutiger Behandlungsvertrag entsteht oder das Problem, welches bearbeitet werden soll, nicht in den Fokus gestellt wird. So werden sowohl das Behandlungsziel wie auch die Settingfrage diffus bleiben. Als dritter Punkt c) wird ein starres Festhalten an den erlernten technischen Regeln beschrieben.

Gilhooley (2011) hingegen kommt aufgrund seiner persönlichen Erfahrung zum Schluss, dass er zu Beginn seiner Psychotherapeutenlaufbahn naiv geglaubt habe, je mehr Erfahrung er gewinnen werde, desto weniger Fehler würde er machen. Das Gegenteil sei jedoch eingetreten: Je sicherer er emotional als Therapeut und je emotional zugänglicher er für die Patientinnen und Patienten geworden sei, desto mehr Fehler mache er. So sei er zum Schluss gekommen, dass Fehler als natürlicher und integrierter Teil von effektiver psychotherapeutischer Arbeit zu verstehen seien. Auch Jacobi (2002) schreibt, dass erfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dazu neigen, ihre Anteile an therapeutischen Misserfolgen zu verharmlosen oder abzuschwächen.

4.4 Unterstützung und Hilfe im Umgang mit Fehlern

Als Resultat einer qualitativen Untersuchung über Misserfolg in der Psychotherapie führte Marchand (2006) auf, dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten „im Umgang mit Misserfolgserlebnissen zwar eine aktive hinterfragende Auseinandersetzung pflegen, das Erlebte aber vorzugsweise eigenständig verarbeiten. Externe Unterstützung oder die aktive Verarbeitung gemeinsam mit den Patienten wurde selten genannt“ (ebd., S. 65). Gutberlet und Soellner (2008) weisen darauf hin, dass diejenigen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, denen es gelingt, die spezifischen Belastungen ihres Arbeitsumfeldes auszuhalten und ihnen entgegenzuwirken, über Eigenschaften verfügen, welche die Widerstandskraft und die Motivation stärken. Die Vorhersehbarkeit und Kontrollierbarkeit der Situation beeinflusst die subjektive Dimension von Belastung. Zentral ist dabei auch die Fähigkeit, die Herausforderung in belastenden Situationen zu sehen. Alle Lebensbereiche, welche Erfolgserlebnisse, Anerkennung und emotionalen Rückhalt beinhalten oder die Begeisterungsfähigkeit wecken, stellen wichtige Schutzfaktoren für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dar.

4.4.1 Selbstfürsorge²

Pope und Vasquez (2005) beschreiben nachhaltige Selbstfürsorgestrategien als hilfreich, um sich von Erschöpfung zu erholen. Es gehe nicht nur darum, Ferien zu machen oder zwischen den Sitzungen Pausen einzulegen, sondern die Aktivitäten, Einstellungen und Vorgehensweisen zu beeinflussen, die dafür benötigt werden. Dabei sind Selbstfürsorgestrategien stark subjektiv geprägt. Fengler (2002) weist darauf hin, dass Belastung immer multifaktoriell verstanden werden müsse und darum auch Massnahmen für die Psychohygiene auf unterschiedlichen Ebenen ansetzen sollten.

Hoffmann und Hofmann (2008) beschreiben, dass neben der inhaltlichen Ebene und der Beziehungsebene in der Psychotherapie auch die Ebene der Selbstfürsorge von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von Relevanz ist. Dabei dient die Selbstfürsorge „der fürsorglichen Kontrolle und Steuerung des eigenen Verhaltens und der eigenen Befindlichkeit“ (ebd., S. 14). Zentral bei der Selbstfürsorge ist es, die Aufmerksamkeit bewusst auf den aktuellen Moment zu lenken und den eigenen psychischen und physischen Zustand aufzunehmen, zu werten und nötigenfalls zu korrigieren. Davon profitiert letztlich auch der Patient oder die Patientin, „weil so die Resonanzfähigkeit, die Offenheit und die Tatkraft der Psychotherapeutin erhalten bleiben“ (ebd., S. 14). Die negative Befindlichkeit hindert Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten daran, in der Psychotherapie ihr ganzes Potential entfalten zu können. Wenn sie chronisch überlastet sind, hat dies deshalb auch Fehlleistungen und Fehlentwicklungen in der Psychotherapie zur Folge.

Durch mangelnde Selbstfürsorge sind Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten laut Pope und Vasquez (2005) gefährdet, ihre beruflichen Aufgaben und Pflichten zu vernachlässigen oder gar ihre Berufsfähigkeit gänzlich einzubüssen. Dabei verlieren sie an Objektivität, überschreiten Grenzen, machen Fehler, vernachlässigen ihre Weiterbildungen und ihr Privatleben oder verlieren das Interesse an ihren Patientinnen und Patienten oder an ihrem Beruf.

4.4.2 Supervision

Supervision hat in der klinischen Praxis viele Funktionen. Strauss und Freyberger (2010, S. 453) zählen folgende auf: Konsolidierung klinischer Erfahrung, klinischen Wissens und klinischer Expertise, also der Professionalisierung, Rollenfindung und der Weiterentwick-

² Der Begriff Selbstfürsorge wird nach Hoffmann und Hofmann (2008) synonym verwendet für den Begriff Psychohygiene. Laut Häcker und Stampf (2004, S. 746) ist einer der Hauptpunkte der Psychohygiene die „Sorge für die Erhaltung der seelischen und geistigen Gesundheit“. Reddemann (2005, S. 565) definiert Selbstfürsorge als „einen liebevollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden Umgang mit mir selbst und das Ernstnehmen meiner Bedürfnisse“.

lung professioneller Identität, auch im Sinne lebenslangen Lernens, der Qualitätskontrolle, der Sicherstellung von ‚Manualtreue‘ bzw. korrekter Anwendung erlernter Interventionen, der Problemlösung bzw. -bewältigung, aber auch der Psychohygiene, im Sinne einer professionellen Unterstützung und Burnout-Prophylaxe. Frank und Vaitl (1987) identifizierten in einer Studie über die Bedürfnisse von Supervisanden fünf spezifische Bedürfnisse, und zwar nach emotionaler Unterstützung, nach Erhöhung der therapeutischen Kompetenz, nach einer offenen emotionalen Umgebung, in welcher Selbstreflexion möglich ist, nach einer Fall- oder methodenspezifischen Anleitung sowie nach Aktivierung und intellektueller Herausforderung.

Laut Märtens und Petzold (2002) profitieren Supervisanden von der Supervision, indem diese eine entlastende Funktion hat und die Therapeuten zu mehr Selbstfürsorge ermuntert. Sie ist für die Psychohygiene der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten ein wichtiger Bestandteil, indem sie hilft, Misserfolgserlebnisse zu verarbeiten, die Augen für eigene blinde Flecken zu öffnen, sich mit den eigenen therapeutischen Grenzen auseinanderzusetzen und realistische Ziele zu setzen (Fischer-Klepsch et al., 2009). Im Allgemeinen wird Supervision als ein qualitätssicherndes Instrument und als Mittel der Schadensprävention gesehen. Dabei weisen Möller und Bedenbecker (2005) darauf hin, dass Supervision der Ort ist, an welchem Behandlungsfehler erkannt und bearbeitet werden können. „Fehler, Irrtümer und Verstrickungen werden offenbar, Kollusionen mit Patienten werden aufgedeckt. Oftmals ‚zwingt‘ uns der Supervisionsprozess, unser idealisiertes Selbstbild der Realität anzupassen und illusionäre Vorstellungen über die eigene professionelle Kompetenz zu revidieren“ (ebd., S. 75). So dient die Supervision auch der Fehlervermeidung. Auch Intervision ist laut Persons und Mikami (2002) von unschätzbarem Wert für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, um Fehler zu verstehen, um mit den Emotionen umzugehen, welche durch diese ausgelöst werden, und um Grenzen setzen zu können.

4.5 Auswirkungen von Fehlern

Das Besondere an den Fehlern in der Psychotherapie zeigt sich auch darin, dass sie unterschiedliche Auswirkungen auf den Therapieverlauf haben können. Auf der einen Seite kann ein Fehler dazu führen, dass ein Prozess beschleunigt oder verbessert wird, auf der anderen Seite kann der Fehler auch Schaden anrichten. Auch auf der Therapeutenseite können Fehler und Misserfolge durchaus positive Auswirkungen haben, wie Kottler und Blau (1991) ausführen. Voraussetzung dafür ist, dass man die richtige Einstellung mitbringt. Dann „fördern sie die Reflexion, stimulieren die Veränderungen, geben nützliche Informationen, geben ein Feedback über die Wirkung einer Handlung, fördern die Flexibilität, lehren Demut, machen entschlossener, erhöhen die Frustrationstoleranz und fördern die Bereitschaft zu Experimenten“ (ebd., S. 218).

Fehler, die in einem nicht linearen System wie Psychotherapie passieren, können etwas Unerwartetes hervorrufen und so indirekt auch zu einer Verbesserung des Therapieverlaufs führen. Einerseits besteht die also Möglichkeit, dass ein Fehler zum Therapieabbruch führt oder aber andererseits eine Chance für den Therapieprozess mit sich bringt (Bienenstein, 2010).

Es wäre aber falsch, zu glauben, dass Fehler als fixer Bestandteil in eine psychotherapeutische Theorie integriert werden können. Denn nicht jeder Fehler beeinflusst den Therapieverlauf positiv, und wie bereits erörtert, gibt es Fehler, die unbedingt vermieden werden müssen. Dazu schreibt Bienenstein (2010):

Leider gibt es keine Anleitung oder kein Rezept wie Fehler nutzbar gemacht werden können, denn der Fehler in der Psychotherapie ist ein höchst individuelles, an den Moment gebundenes Geschehen. Er kann zum Abbruch der Therapie führen und/oder Nutzbringendes signalisieren wie Überforderung, Übertragungsprobleme, therapeutisches Unbehagen oder blinde Flecken (ebd., S. 59).

Doch wie können Fehler für die psychotherapeutische Arbeit nutzbar gemacht werden, so dass sie sich positiv auf die Therapieverläufe auswirken? Nach Bienenstein (2010) bieten sich zwei Varianten an. Bei der ersten Variante hilft der gemachte Fehler selbst dem Prozess, indem er den Prozess beeinflusst und verändert. Oder aber der Fehler passiert und hat eine unerwartete Folge.

Gelingt es, einen Fehler zu verstehen und die Umstände seiner Entstehung zu erleuchten, können neue Facetten in der therapeutischen Situation entstehen (Bienenstein & Rother, 2009). Wenn diese neu entstandenen Facetten reflektiert und integriert werden, kann der Fehler durch diese reflektierende Bearbeitung nutzbringend für die therapeutische Arbeit und den therapeutischen Prozess sein. Dabei setzt ein Fehler in vielen Fällen Dinge in Gang, die zuvor zu stocken schienen. Manchmal ist jedoch der Fehler selbst dafür verantwortlich, dass keine Gelegenheit oder Möglichkeit besteht, den Fehler reflektierend in den Therapieprozess zu integrieren, beispielsweise dann, wenn durch einen Fehler ein Therapieabbruch evoziert wurde.

Wenn eine Therapie scheitert, kann dies eine mögliche Folge eines Alltagsfehlers sein, aber es ist nicht zwingend. Nach einer gelungenen Therapie liegt die Vorstellung nahe, alles richtig gemacht zu haben. Beides ist jedoch nicht eindeutig feststellbar, denn in der Vielschichtigkeit menschlicher Begegnung scheint es unmöglich, festzulegen, was richtig und falsch ist (Bienenstein & Rother, 2009). Es scheint mehr Wunsch als Realität in der Formulierung ‚alles richtig‘ zu liegen, denn es ist nicht möglich ‚alles‘ in der psychotherapeutischen Arbeit zu untersuchen oder die Kategorien ‚richtig‘ und ‚falsch‘ ohne Vorbehalte anzuwenden. Auch wenn alle Faktoren wie eine umfassende Ausbildung, sorgfältige Therapieplanung und die Einhaltung aller Richtlinien einbezogen werden, entstehen immer wieder Momente, die als Fehler wahrgenommen werden können. „Die Auswirkungen die-

ser Fehler sind völlig offen und die Einschätzung dieser Elemente als Fehler ist völlig subjektiv. Andere Kollegen können die subjektive Einschätzung teilen oder auch nicht“ (ebd., S. 40). Die Bedeutung von richtig und falsch wird eben letztlich durch den Beobachterstandpunkt bestimmt.

Brühlmann-Jecklin (2002) führt an, dass eingestandene Alltagsfehler keine Langzeitschäden zur Folge haben werden. Denn wenn der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin seinen oder ihren Fehler dem Patienten gegenüber zugeben kann ohne den Patienten anzuklagen oder selbst in die Defensive zu geraten, kann sich die schwierige Beziehungssituation nach einem Behandlungsfehler entspannen und dem Patienten wird eine neue Beziehungserfahrung vermittelt (Ruff et al., 2011). Auch Bugental (1988) unterstreicht, dass Fehler den Prozess beeinflussen. „Failures such as this – if only occasional – do not subvert the therapy or mean eventual failure for the therapy as a whole. Nevertheless they subtly make the work less productive than it might otherwise be“ (ebd., S. 533).

Fehler können sich vor allem auch negativ auf die therapeutische Beziehung auswirken, indem sie *Beziehungsbrüche* (Übersetz. der Verf.; alliance ruptures) evozieren (Safran & Muran, 1996). Diese Beziehungsbrüche werden als Verschlechterungen der therapeutischen Beziehung definiert, welche sich im Verhalten oder der Kommunikation von Patientinnen und Patienten äussern und schwierige Momente in der Therapie aufzeigen. Erwiesenermassen können Beziehungsbrüche zu Misserfolg oder Abbrüchen in der Psychotherapie führen. Safran und Muran (2011) untersuchten in einer qualitativen Studie das Erleben dieser Beziehungsbrüche von Patientinnen und Patienten sowie Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten und fanden heraus, dass diese nach einer Konfrontation oft intensive und negative Gefühle auslösen. Dabei zeigte sich, dass die Beziehungsbrüche sich in der Regel durch das Thematisieren der Beziehung gegenüber dem Patienten beheben lassen und dadurch negative Auswirkungen wie Therapieabbrüche verhindert werden können.

Linden (2012) zeigte in seiner Untersuchung über Nebenwirkungen in der Psychotherapie auf, dass gute Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten die Eigenschaft haben, negative Effekte in der Psychotherapie zu erkennen. Wenn Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sensibilisiert sind für die Erkennung negativer Entwicklungen, beeinflusst das die Qualität der Psychotherapie positiv.

4.6 Prävention von Fehlern

Der in der Medizin bekannte Ausspruch ‚primum nihil nocere‘ (zuerst einmal nicht schaden, Übersetz. der Verf.) soll gemäss Brühlmann-Jecklin (2002) auch bei Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen an erster Stelle stehen. Es geht darum, Fehler wo immer möglich zu vermeiden. Damit in der Psychotherapie nicht so viele Fehler passieren, müssen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten über den nötigen theoretischen Hintergrund und eine Ausbildung verfügen sowie auf die Gegenübertragungsgefühle und auf

die Intuition achten. Zusätzlich sollte nicht der Anspruch an Perfektion gestellt werden, damit es nicht schwer fällt, einen Fehler zuzugeben. Dabei ist ein wichtiger Aspekt der Prävention die Schulung des eigenen ‚objektiven Blicks‘. Die Selbstreflexion wird besser gelingen, je mehr blinde Flecken im Verlauf der individuellen Persönlichkeitsentwicklung und der Therapieausbildung aufgedeckt werden konnten. Es wird zudem besser möglich, Situationen objektiv anzuschauen, wenn man weniger aufgedeckte Gegenübertragungsgefühle hat. Unerlässlich ist dabei auch die Supervision. Dabei kann es laut Brühlmann-Jecklin (2002) individuell sein, wie viel Supervision ein Psychotherapeut oder eine Psychotherapeutin benötigt. Sie weist aber darauf hin, dass es auch für erfahrene Therapeuten zentral ist, diese regelmässig zu besuchen, weil durch die Betrachtung einer Drittperson eine Dimension mehr erfasst wird, als durch die alleinige Selbstreflexion möglich ist. Märten und Petzold (2002, S. 25) schreiben, dass „Supervision als ein Instrument der Qualitätssicherung und damit auch der Schadensprävention gesehen“ werden kann. Dies bestätigen auch Fischer-Klepsch et al. (2009), die ausführen, dass Supervision hilft, zukünftige Misserfolge zu vermeiden.

Zur Vermeidung unerwünschter und schädlicher Therapieeffekte schlägt Schneider (2002; zit. nach Hoffmann et al., 2008) sechs vorbeugende Massnahmen vor: sorgfältige Dokumentation problematischer Effekte schon in den Psychotherapiestudien; Zulassungsverfahren für die unterschiedlichen Psychotherapieformen; Einrichtung von Melderegistern; Bereitstellung von Behandlungsrichtlinien; kontinuierliche Supervision und Weiterbildung der Behandelnden sowie sorgfältige Aufklärung des Patienten über Chancen, Probleme und mögliche Nebenwirkungen der geplanten Psychotherapie. Hoffmann et al. (2008) ergänzen diese Aufzählung durch folgende Aspekte: einen Wechsel zu einem anderen Setting innerhalb der gleichen Methode; einen Wechsel der Therapiemethode; einen Wechsel des Behandelnden und den Einbezug der Partnerin oder des Partners des Patienten oder der Patientin.

Die Autoren Piselli et al. (2011) zeigten in ihrer qualitativen Untersuchung über die Rolle von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bei vorzeitigen Therapieabbrüchen auf, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bemüht sind, keine Fehler zu machen. Doch die Fehlerhaftigkeit, welche in der menschlichen Natur liegt, kommt auch in der Psychotherapie zu Tage. Die Autoren schliessen aus ihrer Untersuchung, wenn akzeptiert werden kann, dass Fehler auftreten, können Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten davon profitieren, wenn sie a) von Anfang an eine starke therapeutische Beziehung aufbauen, b) wissen, wann die Umstände in der Therapie oder in ihrem Privatleben die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Fehlern in der Psychotherapie erhöhen, c) Situationen, in welchen ein Fehler in der Behandlung Schaden anrichten kann, erkennen und aufgrund dessen extra vorsichtig sind und d) eine korrigierende Massnahme ergreifen, sobald ihnen ein Fehler passiert.

5 Fazit aus der Theorie

Da Psychotherapie durch viele unterschiedliche Faktoren beeinflusst wird, ist sie ein hochkomplexes Feld und schwierig zu überschauen. Nicht zuletzt deshalb scheint es in der Psychotherapie noch kein schulenübergreifendes Verständnis und keine Definition des Fehlerbegriffes zu geben. Konsens ist, dass in der zwischenmenschlichen Interaktion und somit auch im psychotherapeutischen Arbeiten Alltagsfehler nicht zu vermeiden sind. Jeder Psychotherapeutin und jedem Psychotherapeuten passieren Fehler. Es soll daher das Ziel sein, allfällige negative Auswirkungen von Fehlern zu vermeiden und diese in den Therapieprozess zu integrieren.

Fehler sind von Misserfolgen, Nebenwirkungen und Therapieschäden abzugrenzen und stehen dennoch in Zusammenhang mit diesen drei Phänomenen der Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. Dabei können Fehler eine Fehlentwicklung auslösen, diese sind jedoch nicht immer auf Fehler zurückzuführen. Fehlentwicklungen und Fehler stehen also in keinem linearen Zusammenhang. Denn Fehler können auch positive Auswirkungen auf den Therapieverlauf haben, indem sie einen Prozess in Gang setzen oder etwas Unerwartetes hervorrufen. In Bezug auf Misserfolge lässt sich sagen, dass diese bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit negativen Emotionen wie Schuld, Scham, Ohnmacht, narzisstische Kränkung und Enttäuschung auslösen. Dabei können diese negativen Gefühle hinderlich sein für den Prozess der Psychotherapie, da ein Überkompensationsverhalten zu Distanzierung oder Überidentifikation mit dem Patienten oder der Patientin führen kann. Wenn es aber gelingt, einen Fehler zu verstehen, ihn anzusprechen und in den Therapieprozess zu integrieren, kann dadurch eine Vertiefung der therapeutischen Beziehung erreicht werden. Supervision und Selbstfürsorge können dabei helfen, Fehler und Misserfolgserlebnisse zu verarbeiten.

Folgende allgemeine Fragen ergeben sich aus dem Studium der Fachliteratur:

Wie gehen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit Fehlern um, was unterstützt sie dabei und was hilft ihnen, diese zu verarbeiten?

Werden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Umgang mit Fehlern durch die Psychotherapierichtung die sie ausüben beeinflusst oder hat dies mit anderen Faktoren zu tun?

Welche Auswirkungen auf den Therapieverlauf kann ein Fehler in der Psychotherapie haben und wie wird dieser Einfluss von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beurteilt?

II. EMPIRISCHER TEIL

In den nachfolgenden Kapiteln wird die im Rahmen vorliegender Masterarbeit durchgeführte qualitative Untersuchung vorgestellt. In Kapitel 6 werden der Forschungsgegenstand und die Methodik dargelegt sowie die Ziele und Fragestellungen der Untersuchung beschrieben. Anschliessend wird auf den Aufbau der Untersuchung, die Stichprobengewinnung und deren Beschreibung sowie das Untersuchungsdesign näher eingegangen. Es folgt in Kapitel 7 eine Erläuterung der Datenerhebung, der Datenaufbereitung sowie der Datenauswertung. In Kapitel 8 werden die Ergebnisse dargelegt, worauf in Kapitel 9 die Diskussion den Abschluss dieser Arbeit bildet.

6 Forschungsgegenstand

Wie in Kapitel 1.1 beschrieben, hat vorliegende Arbeit das Ziel, mehr Wissen zum Thema Fehler in der Psychotherapie und speziell zum Umgang mit Fehlern von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu generieren. Dabei soll die Thematik aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erfasst werden, ohne eine Aussensicht mit ein zu beziehen. Da sich Fehler in der Psychotherapie sowohl negativ wie auch positiv auswirken können, soll durch die Ergebnisse der Untersuchung ein kleiner Beitrag zur Wirksamkeits- sowie auch zur Misserfolgswissenschaft in der Psychotherapie geleistet werden.

Dabei geht die vorliegende Untersuchung von den im theoretischen Teil beschriebenen Annahmen aus. Im nachfolgenden empirischen Teil sollen nun die mittels halbstrukturierter Leitfadenterviews befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu Wort kommen. Ihre persönliche Sicht auf Fehler in der Psychotherapie, ihr Erleben und Befinden im Umgang mit diesen sowie ihre Erfahrungen stehen im Zentrum der Untersuchung. Wie der Theorieteil zeigte, ist in der psychotherapeutischen Fachwelt weder eine einheitliche Verwendung des Fehlerbegriffes institutionalisiert, noch ist wenig fundierte Fachliteratur zu finden. Aufgrund dieser Ausgangslage wurde versucht, den Interviewleitfaden (vgl. Anhang E) so zu konzipieren, um die Thematik möglichst breit erfassen zu können.

6.1 Fragestellungen

Ziel vorliegender Untersuchung ist, den Umgang mit Fehlern in der Psychotherapie und die Auswirkungen von Fehlern auf den Therapieverlauf aus der Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu erfragen. Dabei liegen der Untersuchung folgende Fragestellungen zugrunde:

1. *Wie gehen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus ihrer Sicht mit Fehlern um, die sie in der Psychotherapie machen?*
2. *Wird der Umgang mit Fehlern aus der Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten davon beeinflusst, welche Therapierichtung sie ausüben?*
3. *Was hilft und unterstützt Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus ihrer Sicht im Umgang mit Fehlern, die sie in der Psychotherapie gemacht haben?*
4. *Wie beeinflusst ein Fehler aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten den Therapieverlauf?*

6.2 Probandengewinnung und Beschreibung der Stichprobe

Die Probanden wurden durch das Anschreiben verschiedener Berufsverbände gesucht. Folgende Verbände wurden per Email (vgl. Anhang D) angeschrieben: SBAP (Schweizerischer Berufsverband für angewandte Psychologie), FSP (Föderation der Schweizer Psychologinnen und Psychologen), die Gliedverbände des FSP Zürich ZüPP (Kantonalverband der Zürcher Psychologinnen und Psychologen) und Solothurn VSP (Verband der Solothurner Psychologinnen und Psychologen) und Bern VPB (Verband Berner Psychologinnen und Psychologen) sowie die ASP (Assoziation Schweizer Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten) und die SGVT (Schweizerische Gesellschaft für Verhaltens- und Kognitive Therapie). Es sollten nur Personen mit einer psychologischen Ausbildung befragt werden, keine Psychiaterinnen und Psychiater oder Personen des Universitätslehrgangs Psychotherapeutische Psychologie der Schweizer Charta für Psychotherapie. Die Personen sollten zudem mindestens ein Jahr Berufserfahrung sowie eine abgeschlossene Therapieausbildung in Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, systemischer Therapie, Personenzentrierter Therapie, Körpertherapie oder eine humanistische Therapieausbildung anderer Richtung haben. Da die Interviews in den Praxen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durchgeführt wurden, war es ein Kriterium, dass die Praxis mit dem Zug innerhalb einer Stunde vom Wohnort der Autorin erreichbar sein musste. Es haben sich fünfunddreissig Personen gemeldet. Diese wurden nach Psychotherapieausbildung sortiert und per Los ausgewählt. Es zeigte sich im Nachhinein, dass vier der befragten Personen keine psychologische Ausbildung hatten, sondern den Universitätslehrgang Psychotherapeutische Psychologie der Schweizerischen Charta für Psychotherapie absolvierten. Aus Gründen der Anonymisierung wurde darauf verzichtet, die weiteren Psychotherapieausbildungen oder Weiterbildungen der befragten Personen aufzuführen. Es wurde nur die erste Ausbildung aufgeführt sowie nur eine Altersspanne angegeben. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Stichprobe. Die Abkürzung P steht dabei für Psychotherapeut oder Psychotherapeutin.

Tabelle 1: Darstellung der Stichprobe

| P Nr. | Ge- schlecht | Alter | Psychotherapie- ausbildung | Dauer Berufserfahrung | Beschäfti- gungsart | Stellen- pensum |
|--------------|-------------------------|--------------|---------------------------------------|----------------------------------|--------------------------------|----------------------------|
| P1 | w | 50–60 | Gestalttherapie | 5–10 | angestellt/ selbstständig | 100% |
| P2 | w | 60–70 | Verhaltens- therapie | 25–30 | selbstständig | 100% |
| P3 | w | 50–60 | Personzentrierte Psychotherapie | 20–25 | angestellt/ selbstständig | 100% |
| P4 | m | 60–70 | Psychoanalyse | 25–30 | delegiert | 20% |
| P5 | w | 50–60 | Körper- psychotherapie | 20–25 | selbstständig | 90% |
| P6 | m | 60–70 | Personzentrierte Psychotherapie | 25–30 | angestellt | 80% |
| P7 | m | 40–50 | Verhaltens- therapie | 10–15 | delegiert | 100% |
| P8 | w | 50–60 | Analytische Psychotherapie | 10–15 | delegiert/ selbstständig | 100% |
| P9 | w | 60–70 | Verhaltens- therapie | 20–25 | selbstständig | 60% |
| P10 | m | 60–70 | Psychoanalyse | 35–40 | selbstständig | 100% |
| P11 | m | 50–60 | andere Richtung | 15–20 | delegiert/ selbstständig | 100% |
| P12 | m | 50–60 | Verhaltens- therapie | 25–30 | selbstständig | 80% |
| P13 | w | 50–60 | Körper- psychotherapie | 10–15 | angestellt/ selbstständig | 100% |
| P14 | w | 60–70 | Psychoanalyse | 30–35 | selbstständig | 80% |
| P15 | w | 40–50 | andere human. Richtung | 0–5 | angestellt/ selbstständig | 100% |

Befragt wurden insgesamt fünfzehn Personen (n=15), neun Frauen und sechs Männer in einem Altersspektrum zwischen 40–70 Jahren. Es wurde im Rahmen der Möglichkeiten auf eine Durchmischung hinsichtlich des Geschlechts und der Psychotherapierichtung geachtet. Die Verteilung der Psychotherapierichtungen ergab sich so, dass vier Personen mit einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Hintergrund befragt wurden, wobei es sich um zwei Psychotherapeutinnen und zwei Psychotherapeuten handelte. Aus der psychoanalytischen Richtung wurden drei Personen befragt, wobei es sich um zwei Männer und eine Frau handelte. Weiter wurden zwei Körperpsychotherapeutinnen befragt sowie eine Psychotherapeutin und ein Psychotherapeut mit personzentriertem psychotherapeutischem Hintergrund, von denen eine männlich und eine weiblich war. Zudem wurden eine Gestalttherapeutin, eine analytische Psychotherapeutin, eine Psychodramatherapeutin (andere hum. Richtung) sowie ein Prozessorientierter Psychotherapeut (andere Richtung) befragt.

7 Untersuchungsdesign

Zur Untersuchung der in Kapitel 6.1 vorgestellten Fragestellungen wurde eine qualitative Vorgehensweise gewählt. Die allgemeinen Grundsätze qualitativer Vorgehensweise sind nach Mayring (2002) die Subjektbezogenheit, der Alltagsbezug, die Interpretation, Deskription und Generalisierbarkeit. In vorliegender Arbeit ist die Verwendung eines qualitativen Ansatzes gerechtfertigt, da es sich um wenig Einzelfälle und deren subjektive Ausprägungen (Subjektbezogenheit) handelt, diese im Kontext ihrer psychotherapeutischen Tätigkeit betrachtet werden (Alltagsbezug) und die Herausarbeitung verallgemeinerbaren Aussagen (Generalisierbarkeit) ein Ziel ist.

Dabei wurde nach einer qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2002; 2008; 2010) vorgegangen und eine inhaltliche Strukturierung vorgenommen mit dem Ziel, bestimmte Themen aus dem Text zu extrahieren und anschliessend zusammenzufassen. Mayring (2010) weist darauf hin, dass dafür zuerst die grundsätzlichen Strukturierungsdimensionen genau bestimmt werden müssen, indem sie aus den Fragestellungen abgeleitet und theoretisch begründet werden. Diese Dimensionen werden dann in einzelne Aspekte aufgespalten, weiter differenziert und anschliessend in einem Kategoriensystem zusammengefasst. Damit alle Textteile, welche den Kategorien zugeordnet werden sollen, systematisch extrahiert werden können, muss genau festgelegt werden, wann ein Materialbestandteil unter eine Kategorie fällt. Dies wird in der Regel durch drei Schritte gewährleistet. Als erstes werden die Kategorien definiert und somit wird festgelegt, welche Textbestandteile unter eine Kategorie fallen. Anschliessend werden dafür konkrete Textstellen als Ankerbeispiele angeführt, die verdeutlichen, um welche Textstellen es sich handeln soll. Als letzter Schritt werden Regeln formuliert, um eine eindeutige Zuordnung zu sichern bei Kategorien, welche Abgrenzungsprobleme zu anderen Kategorien aufweisen.

7.1 Gütekriterien

Auch in der qualitativen Sozialforschung nehmen Gütekriterien eine zentrale Stellung ein, da ansonsten die Gefahr der Willkürlichkeit und Beliebigkeit besteht (Steinke, 2008).

Choudhuri, Glauser und Perego (2004) erwähnen folgende Gütekriterien: 1. *Reliabilität*: „Reliability in qualitative inquiry does not refer to consistency across different observations but corresponds to what is recorded as data and what actually occurs in the setting under study“ (S. 444). 2. *Validität*: „Validity is built on the foundation of this process of visibility“ (S. 445). Um dies sicherzustellen, sei es nötig, genau aufzuzeigen, wie die Daten organisiert, kodiert, paraphrasiert und interpretiert werden. Zudem sollen Ankerbeispiele mit Zitaten aus den Interviews aufgeführt werden, um aufzuzeigen, wie die Interpretation aus den Daten abgeleitet wurde.

Steinke (2008) beschreibt, dass es eine Grundposition gibt, welche die grundsätzliche Übertragbarkeit quantitativer Kriterien wie oben beschrieben auf qualitative Forschung bezweifelt. Deshalb werden von der Autorin andere Gütekriterien, genannt *Kernkriterien*, für die qualitative Forschung formuliert. Tabelle 2 zeigt, in welchen Kapiteln diese Kernkriterien in vorliegender Untersuchung berücksichtigt wurden.

Tabelle 2: Modifizierte Kernkriterien (in Anlehnung an Steinke, 2008)

| Kernkriterien nach Steinke: | In: |
|--|----------------------------|
| <i>Intersubjektive Nachvollziehbarkeit:</i> Detaillierte Dokumentation des Forschungsprozesses: Erhebungsmethoden und Erhebungskontext, Transkriptionsregeln, Daten, Auswertungsmethoden, Informationsquellen | Kapitel 7 Kapitel 8 |
| <i>Indikation des Forschungsprozesses:</i> qualitatives Vorgehen, Methodenwahl, Samplingstrategie, methodische Einzelentscheidungen im Kontext der Untersuchung, Bewertungskriterien | Kapitel 7 |
| <i>Empirische Verankerung:</i> | Kap. 3–5 Kapitel 9 |
| <i>Limitation:</i> | Kapitel 9 Kapitel 10 |
| <i>Kohärenz:</i> | Kapitel 9 Kapitel 10 |
| <i>Relevanz:</i> | Kapitel 9.3 Kapitel 9.4 |

7.2 Aufbau der Untersuchung/Untersuchungsplan

Nach Mayring (2002) müssen zu Beginn des Untersuchungsplans immer die Analyse und die Formulierung des Problems stehen, woraus dann die zentralen Elemente für den Interviewleitfaden herausgearbeitet werden können. Tabelle 3 bietet einen Überblick über den Aufbau der Untersuchung und das zeitliche Vorgehen.

Tabelle 3: Aufbau der Untersuchung

| Untersuchungsverfahren | Gewählte Methode | Zeitraum | Kapitel |
|---------------------------------------|---|--|----------------|
| Analyse und Formulierung des Problems | Fachliteratur und Theorieteil | Mitte Januar 2012– Mitte März 2012 | Kap. 1–5 |
| Qualitative Datenerhebung | Problemzentrierte Interviews | Mitte Februar 2012– Mitte März 2012 | Kap. 7.2.1 |
| Qualitative Datenaufbereitung | Vollständige Transkription | Mitte März 2012– Mitte April 2012 | Kap. 7.2.2 |
| Qualitative Datenauswertung | Strukturierende qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring | Mitte April 2012– Mitte Mai 2012 | Kap. 7.2.3 |

Die Analyse und Formulierung des Problems fand durch das Studium der Fachliteratur statt und wurde im Theorieteil dieser Arbeit beschrieben. Nachdem die Probandengewinnung anfangs Februar abgeschlossen war, fand Mitte Februar das erste Interview statt,

nach welchem der Leitfaden überarbeitet und abgeändert wurde. Anschliessend wurden von Mitte Februar bis Mitte März die fünfzehn Interviews durchgeführt. Von Mitte März bis Ende April wurden die Interviews transkribiert und ausgewertet, woraufhin sechs der Interviews von den befragten Personen auf ihren Wunsch hin gegengelesen wurden. Anschliessend wurden Mitte April bis Mitte Mai die Ergebnisse formuliert. In folgenden Unterkapiteln werden die einzelnen Schritte der Untersuchung ausgeführt und genauer beleuchtet:

7.2.1 Datenerhebung und Durchführung der Untersuchung

Die Datenerhebung erfolgte durch ein halbstrukturiertes, problemzentriertes Leitfadenterview (vgl. Anhang E). Es wurde versucht, mit spezifischeren Fragestellungen eine Struktur für die befragten Personen zu schaffen, damit sie sich nicht in der diffusen Thematik verlieren und das Ansprechen der zentralen Aspekte im Verlaufe des Interviews gewährleistet wurde. Dabei wählt das problemzentrierte Interview laut Mayring (2002, S. 69) „den sprachlichen Zugang, um seine Fragestellung auf dem Hintergrund subjektiver Bedeutungen, vom Subjekt selbst formuliert, zu eruieren“. Dazu soll zwischen dem Interviewer und der befragten Person nach Möglichkeit eine Vertrauenssituation entstehen. Dies wurde versucht, indem die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrer Praxis und somit in ihrer vertrauten Umgebung befragt wurden, wie bereits in Kapitel 6.2 beschrieben wurde. Ein zentrales Merkmal für die Interviewdurchführung ist zudem nach Mayring (2002) die *Offenheit*, die darauf hinweist, dass die befragte Person ohne vorgegebene Antwortmöglichkeiten frei antworten können soll. Das erste Interview wurde als Pre-Test durchgeführt, anschliessend wurde der Leitfaden teilweise verändert, im Wesentlichen jedoch gleich belassen.

Zu Beginn der Befragung wurden die Interviewpartnerinnen und Interviewpartner über die Schweigepflicht der Verfasserin informiert und gaben eine schriftliche Einverständniserklärung für die Verwendung der generierten Daten im Rahmen vorliegender Masterarbeit. Weiter erhielten die befragten Personen die Zusicherung einer möglichst umfassenden Anonymisierung. Die Interviews wurden während des Gesprächs mit dem Einverständnis der Befragten audiodativ aufgezeichnet und dauerten zwischen 35–75 Minuten.

7.2.2 Datenaufbereitung

Die digital aufgezeichneten Interviews wurden mit der Software f5 transkribiert und vom Schweizerdeutschen ins Hochdeutsche übertragen. Dabei wurden Transkriptionsregeln festgelegt, die in den folgenden Zeilen erläutert werden (vgl. Anhang F). Da die inhaltlich-thematische Ebene bei der vorliegenden Thematik im Vordergrund steht, wurden im Verlaufe der Transkription auch die Satzbaufehler behoben, der Stil wurde geglättet und der

Dialekt bereinigt (Mayring, 2002). Zudem wurde darauf verzichtet, nonverbale Äusserungen zu notieren, da diese keine notwendigen oder zusätzlichen Informationen für die Auswertung und Interpretation der Interviews beinhalteten. Die Audiodateien wurden wie vorgesehen nach der Transkription gelöscht. Sechs der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wünschten, das Interview vor der Verwendung gegenlesen zu dürfen. Diesem Wunsch wurde nachgekommen, mit der Vereinbarung, keine Teile zu löschen, sondern nur Umformulierungen vorzunehmen. Wie bereits beschrieben wurde, wurden die Gespräche möglichst umfassend anonymisiert.

Die vollständigen Transkripte werden zehn Jahre nach Vorlagen der ZHAW (Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften Departement Psychologie) aufbewahrt und können bei der Verfasserin nach Anfrage eingesehen werden.

7.2.3 Datenauswertung

Wie einleitend in Kapitel 6 dargestellt, wurde die Auswertung der Daten vorliegender Forschungsarbeit durch eine qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring (2002; 2008; 2010) vorgenommen. Dabei wurde nach der inhaltlichen Strukturierung vorgegangen. Diese hat zum Ziel, bestimmte Inhalte, Themen oder Aspekte aus dem erhobenen Material herauszufiltern und zusammenzufassen (Mayring, 2008). In vorliegender Arbeit liegt der Analyse ein Kategoriensystem zugrunde, welches anhand der Theorie und der Fragestellungen zuerst deduktiv aufgestellt und nach einem Probedurchlauf induktiv differenziert und ergänzt wurde. Wie Eingangs des Kapitels beschrieben, wurden zuerst die Kategorien definiert und anschliessend in einzelne Ausprägungen differenziert. Damit die Textstellen den Kategorien zugeteilt werden konnten, wurden Kodierregeln aufgestellt, Ankerbeispiele gesucht und anschliessend in einem Kodierleitfaden dargestellt (vgl. Anhang G). Wie Mayring (2002) vorschlägt, wurde ausschnittsweise die Zuordnung der Kategorien erprobt und der Kodierleitfaden entsprechend der Ergebnisse angepasst. Anschliessend wurde die definitive Zuordnung der Textstellen in die Kategorien durch die Software MaxQda10 vorgenommen. Gemäss Schmidt (2008) ist das wiederholte Lesen der Interviewtranskripte notwendig, um keine vorschnelle Zuordnungen von Textstellen vorzunehmen und keine zu übersehen, weshalb die Kodierung nach zwei Wochen überprüft wurde. In einem weiteren Schritt wurden die ausgewählten Textstellen zu einem Fliesstext paraphrasiert. Da sich gewisse Kategorien gegenseitig bedingen und deshalb auch beeinflussen, kann es sein, dass es Wiederholungen gibt. Aufgrund einer möglichst hohen Differenziertheit wurden diese Kategorien aber nicht zusammengeschlossen, sondern einzeln aufgeführt. Da die Interviews digital transkribiert und auch digital ausgewertet wurden, konnte aus Gründen des Leseflusses darauf verzichtet werden, die Ankerbeispiele und Zitate aus den Interviews mit Zeilennummern zu versehen. Falls diese gesucht werden müssten, würde dies die Suchfunktion des digitalen Dokumentes ermöglichen.

8 Darstellung der Ergebnisse

In nachfolgendem Kapitel wird über die Ergebnisse vorliegender Untersuchung berichtet. Dabei werden die Ergebnisse aus den Interviews fallübergreifend und kategorienspezifisch zusammengefasst. In einem Einführungskapitel geht es darum, wie die befragten Personen Fehler in der Psychotherapie definieren. Anschliessend wird auf den Umgang mit Fehlern, die Unterstützung und Hilfe dabei sowie die Auswirkungen von Fehlern auf den Therapieverlauf eingegangen.

8.1 Kategoriensystem

Tabelle 4 zeigt das Kategoriensystem im Überblick. Da es zuerst deduktiv entwickelt und anschliessend induktiv ergänzt wurde, wird es unter den Ergebnissen aufgeführt.

Tabelle 4: Kategoriensystem (vgl. Anhang G)

| Hauptkategorie | Unterkategorie | Kat. Nr. | Ergebnisse |
|-----------------------------|---|----------|---------------|
| A. Definition von Fehlern | Allgemeine Definitionen | A1 | Kapitel 8.1.1 |
| | Definitionsschwierigkeiten | A2 | Kapitel 8.1.2 |
| | Fehlerarten | A3 | Kapitel 8.1.3 |
| | Fehlerursachen | A4 | Kapitel 8.1.4 |
| B. Umgang mit Fehlern | Internale Verarbeitung | B1 | Kapitel 8.2.1 |
| | Umgang gegenüber Patienten/in | B2 | Kapitel 8.2.2 |
| | Einfluss der Therapierichtung | B3 | Kapitel 8.2.3 |
| | Lernen durch Fehler | B4 | Kapitel 8.2.4 |
| | Umgang mit Fehlern im privaten und beruflichen Umfeld | B5 | Kapitel 8.2.5 |
| | Berufserfahrung | B6 | Kapitel 8.2.6 |
| | Idealisierung | B7 | Kapitel 8.2.7 |
| | Tabuisierung | B8 | Kapitel 8.2.8 |
| C. Unterstützung und Hilfe | Supervision | C1 | Kapitel 8.3.1 |
| | Intervision | C2 | Kapitel 8.3.2 |
| | Team | C3 | Kapitel 8.3.3 |
| | Selbstfürsorge | C4 | Kapitel 8.3.4 |
| | Andere Strategien | C5 | Kapitel 8.3.5 |
| D. Auswirkungen von Fehlern | Fehler konstruktiv nutzen | D1 | Kapitel 8.4.1 |
| | Positive Auswirkungen | D2 | Kapitel 8.4.2 |
| | Negative Auswirkungen | D3 | Kapitel 8.4.3 |
| | Reaktionen Patient/in | D4 | Kapitel 8.4.4 |
| | Therapieabbruch | D5 | Kapitel 8.4.5 |

8.2 Definition von Fehlern (A)

Die Kategorie ‚Definition von Fehlern‘ wurde in die Unterkategorien ‚Allgemeine Definitionen‘, ‚Definitionsschwierigkeiten‘, ‚Fehlerarten‘ sowie ‚Fehlerursachen‘ eingeteilt. Es ging dabei um fehlerdefinierende Aspekte, die in den Interviews genannt wurden, sowie fehlerauslösende Aspekte. Tabelle 5 zeigt die Kategorie mit den Unterkategorien im Überblick:

Tabelle 5: Kategorienübersicht ‚Definition von Fehlern‘

| Hauptkategorie | Unterkategorie | Kat. Nr. | Ergebnisse |
|---------------------------|----------------------------|----------|---------------|
| A. Definition von Fehlern | Allgemeine Definitionen | A1 | Kapitel 8.1.1 |
| | Definitionsschwierigkeiten | A2 | Kapitel 8.1.2 |
| | Fehlerarten | A3 | Kapitel 8.1.3 |
| | Fehlerursachen | A4 | Kapitel 8.1.4 |

8.2.1 Allgemeine Definitionen (A1)

Acht Interviewpartnerinnen und Interviewpartner sprachen davon, dass in allen Disziplinen Fehler gemacht werden können und sie folglich auch Fehler machen würden.

P14: Aber ich denke, es ist in der Therapie wie im Leben: Fehler gehören dazu.

Weiter definierten diese acht Personen Fehler als etwas, was zum therapeutischen Prozess gehört. Jeder mache Fehler und Fehler passieren immer. Die Extreme seien schlecht, also ein extremes Perfekt-Sein auf der einen Seite, oder aber schwere Fehler zu machen auf der anderen Seite. Fehler im mittleren Rahmen würden dazu gehören, erläuterte eine Interviewpartnerin. Ein Fehler sei ungeachtet dessen nicht förderlich für den Prozess und verhindere, ein Ziel zu erreichen, meinten drei der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Es müsse ins Bewusstsein geholt werden, wenn ein Fehler so auf den Prozess wirke, ansonsten ergebe sich daraus ein völlig anderer Therapieprozess, erläuterte eine Psychotherapeutin. Eine Person wies darauf hin, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihrer Persönlichkeit eine Erkenntnisbias hätten, weshalb sie systematisch etwas falsch machen würden, ohne dies zu bemerken.

P14: Aber man geht auch davon aus, dass man sowieso Fehler macht und das Therapeutische ist ja eigentlich, mit diesen Fehlern so umzugehen, dass man sieht: Jetzt verändert sich wieder das und das.

Eine befragte Person äusserte sich dazu, dass es auch schade wäre, wenn keine Fehler passieren würden, weil es dann kein lebendiger Prozess mehr wäre. Genau das sei aber das Wichtige in der Psychotherapie. Eine weitere Person erklärte, dass es eben genau ein Feh-

ler sei, wenn sie sich Mühe geben würde, keine Fehler zu machen. Fehler müssten sogar passieren, meinte ein Psychotherapeut. Entscheidend sei, wie man damit umgehe.

P5: Es wäre eben auch schade, wenn es nicht passieren würde, weil es dann kein lebendiger Prozess mehr wäre. Und der lebendige Prozess ist aber gerade das Wichtige in der Therapie.

P11: (...) würde ich einmal salopp sagen – ‚Fehler‘ passieren, entscheidend ist, dass man dann daran bleibt. Auf Englisch würde man sagen: ‚Make a mess and clean it up.‘

Die Bestrebung des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin müsse aber sein, möglichst wenige Fehler zu machen, betonten zwei der befragten Personen. Wenn Fehler passieren würden, bräuchte es eine gute Fehlerkultur, was bedeuten würde, dass Fehler eingestanden und thematisiert werden könnten, fand eine Person.

8.2.2 Definitionsschwierigkeiten (A2)

Drei der befragten Personen waren der Meinung, dass der Begriff Fehler in der Psychotherapie nur unter Vorbehalt verwendet werden sollte, da der Begriff nicht wirklich passend sei und der Thematik nicht gerecht werde. Es gehe ja darum, im Prozess weiterzukommen, und ein Fehler generiere ja Prozessmaterial, erläuterte eine Person diese Aussage. Eine andere Person fügte hinzu, dass es so viele verschiedene Nuancen gebe und der Fehlerbegriff mit seiner eindeutigen Einteilung in ‚richtig‘ oder ‚falsch‘ zu rigide sei für dieses Gebiet. Etwas könne einfach mehr oder weniger förderlich sein für den Patienten oder die Patientin. Eine Psychotherapeutin führte aus, sie würde eher von Unvermögen sprechen als von Fehlern. Einer der Interviewpartner widersprach dieser Aussage und meinte, der Fehlerbegriff habe durchaus seine Berechtigung in der Psychotherapie.

P14: Ich würde dem nicht Fehler sagen. Fehler ist immer so Richtung falsch-schwarz-weiß. Und da gibt es tausend Nuancen von mehr oder weniger geschickt oder gut etwas machen bis zu natürlich wirklich himmelschreiend-verkehrt.

P7: Der Begriff Fehler kommt ja aus einem anderen Feld. Und trotzdem habe ich das Gefühl, er hat seine Berechtigung. Es ist ja vielleicht auch ein wenig ein Vermeiden, wenn man sagt, der Fehlerbegriff ist nicht so passend. Man macht sich auch ein wenig etwas vor, wenn man sich nicht getraut zu sagen: Und das ist jetzt halt nicht gut.

Dabei sei es auch überall dort, wo es mit Beziehungen zu tun habe, nicht einfach, zu benennen, was ein Fehler sei und was nicht. Dies stehe im Gegensatz zu anderen Gebieten, in welchen das ganz eindeutig festlegbar sei. Diese Schwierigkeit unterstrichen auch drei

andere Personen mit der Aussage, ein Fehler in der Psychotherapie sei schwierig zu definieren.

P10: Ich habe gedacht, das ist jetzt wieder mal so eine Untersuchung, die die Psychotherapie so behandelt, als ob sie etwas wäre wie Auto flicken oder Versicherungsmathematik. Wo man glaubt, man könne sagen, was ein Fehler ist und was nicht. Und ich bin der Meinung, das kann man nicht.

P2: Manchmal ist es auch schwer zu sagen, ob etwas ein Fehler ist.

In dem Versuch, Fehler zu definieren und Regeln für die psychotherapeutische Arbeit festzulegen, sah ein Psychotherapeut eine Beruhigung der Unsicherheit und bezeichnete es als eine Illusion. Da Psychotherapie ein Beruf sei, welcher sehr wenig Sicherheit biete, sei das Bedürfnis nach dieser gross. Es sei aber nicht möglich, genau zu sagen, wo ein Fehler seinen Anfangspunkt genommen habe und ob es überhaupt jeweils ein Fehler sei, da dies sehr von den Persönlichkeiten der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten und der Patientin und des Patienten abhänge und darum stark variabel sei.

8.2.3 Fehlerarten (A3)

Die Aussagen, welche dieser Unterkategorie zugeteilt wurden, können als sehr heterogen beschrieben werden und betreffen eine breite Faktorenpalette. Um die Kategorie ein wenig übersichtlicher zu gestalten, wurde eine Einteilung der Fehlerarten in Anlehnung an Margraf (2009, vgl. Anhang B) vorgenommen und ergänzt. Diese Kategoriennamen wurden für eine bessere Übersichtlichkeit jeweils fett markiert.

Von den befragten Personen sprachen fünf davon, dass es ein Fehler sei, zu meinen, man wisse immer, um was es beim Patienten oder bei der Patientin gehe. Eine Person benannte dies als den ‚**Wissenswahn**‘ und beschrieb ihn als die Vorstellung des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin, aufgrund der gemachten Erfahrungen zu wissen, was der Patient meine, ihn beschäftige oder was ihm wichtig sei. Es sei eine grosse Versuchung, die eigenen Vermutungen wichtiger zu nehmen als das, was sich wirklich beim Patienten oder der Patientin zeige, erläuterte ein Psychotherapeut.

P7: Das berechtigt uns, glaube ich, nicht, anzunehmen, dass wir mehr wissen über den Patienten oder die Patientin, als sie selbst wissen.

In eine ähnliche Richtung gingen die Aussagen von drei Personen, die sagten, es sei ein Fehler, wenn man **zu stark theoriegeleitet** sei und versuche, dem Patienten ein Konzept überzustülpen. Man gehe dann nicht mehr vom Menschen aus, welcher gegenüber sitze, und ‚sehe‘ diesen dann nicht mehr.

P14: Oder dass man sich zu fest von einem theoretischen Konzept beeinflussen lässt und dann nicht mehr ganz bei dem Mensch ist (...).

Vier Personen bezeichneten das richtige oder eben das **falsche Timing** als Fehler. Es könne sein, dass man schon recht schnell merke, um was es bei der Patientin oder dem Patienten gehe. Dann sei es ein Fehler, dies zu früh anzusprechen, obwohl der Patient oder die Patientin dafür noch nicht bereit sei und ebendies noch nicht sehen könne oder wolle.

P14: Also ich würde sagen, ein grosser Fehler ist es, die Dinge im falschen Moment zu sagen.

Es gebe auch Fehler, die man in der **therapeutischen Beziehung** mache, erwähnten vier der befragten Personen. Es sei ein Fehler, wenn eine Therapiebeziehung nicht klar definiert sei als etwas, was nicht wie eine Freundschaft sei, erklärte eine Person. Die Fehler, welche die therapeutische Beziehung stören würden, seien für sie häufig die schlimmeren als die technischen Fehler, bemerkte eine Psychotherapeutin zu dieser Fehlerart. Wenn der Patient oder die Patientin sich beispielsweise abgewertet oder nicht akzeptiert fühle, sei das für sie als Psychotherapeutin viel gravierender. Ein Psychotherapeut beschrieb, dass es ein Fehler sei, die Therapie weiterzuführen, wenn die Beziehung zum Patienten oder zur Patientin nicht mehr von Wohlwollen geprägt sei und der Ärger überwiege.

P9: Sondern die Fehler in der Beziehung. Wenn sie das Gefühl haben, sie werden nicht akzeptiert. Wenn sie sich abgewertet fühlen. Das sind viel die schlimmeren Fehler.

Auch die **Selbstfürsorge** biete mögliche Fehlerquellen, nämlich dann, wenn diese vergessen gehe, wurde von vier Personen genannt. Wenn man nicht mehr bemerke, dass man ausgelaugt sei, zu wenig auf sich achte, die zeitliche Kapazität zu stark ausschöpfe, die eigenen Grenzen nicht mehr berücksichtige und teilweise in eine Überidentifikation mit dem Patienten oder der Patientin gerate. Oder wenn man müde werde, erläuterte eine Person, dann werde plötzlich alles ganz einfach und man verstehe gar nicht, warum die Lösungen vom Patienten oder der Patientin nicht angenommen werden würden.

P5: Dann finde ich auch eine wichtige Fehlerquelle, wenn ich zu wenig auf mich achte.

Für drei befragte Personen gab es Fehler, welche sich unter die Kategorie **Abklären** einordnen lassen. Dabei sprach eine Person davon, dass eine fehlende Zusammenarbeit ein Fehler in der Psychotherapie sei. Auch eine andere Person betonte, dass es Grenzen gebe, bei welchen man andere Fachpersonen beiziehen müsse. Zudem sei es ja auch oft ein Feh-

ler, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Somatisches vergässen, fügte eine Person hinzu.

P11: (...) dass es Grenzen gibt (...) Grenzen in der Anwendung. Ab diesem Punkt muss man unbedingt andere Leute beiziehen, andere Fachpersonen.

Das Votum einer Person liess sich unter die **Reflexion, Supervision und Fortbildung** einordnen. Es sei ein Fehler, nicht in die Supervision zu gehen, weil dies extrem hilfreich sei, die eigene Kongruenz wiederherzustellen.

Zwei Personen sprachen an, dass es ein Fehler sei, wenn der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin seine respektive ihre Bedürfnisse durch den Patienten oder die Patientin zu stillen versuchen würde. Dabei gehe es nicht um sexuelle Bedürfnisse, aber man suche in der Therapie die Befriedigung, die man im Leben sonst nicht stillen könne. Das liess sich unter dem **Abstinenzgebot** einordnen.

Der Kategorie **Diagnostik und Therapieplanung** wurden die Aussagen von zwei Personen zugeordnet, bei denen es darum ging, dass man einen Fehler machen würde, wenn man die Grenzen der Psychotherapie nicht sehen und dem Patienten bezüglich Heilungsmöglichkeiten zu viel versprechen würde. Dieser Fehler könne sich auch darin äussern, dass man sich nicht traue, zu sagen, dass man etwas nicht könne als Psychotherapeut oder als Psychotherapeutin, äusserte eine Person.

Vier Personen sprachen von Fehlern im **Setting**. Dabei wurde als Fehlermöglichkeit genannt, wenn man von den normalen Abmachungen und Strukturen abweiche, wenn man die Sitzungen überziehe oder wenn Termine bei dem Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin vergessen gehen würden. Eine Person fügte hinzu, dass sie es als Fehler empfände, wenn man nicht verbindlich sein würde.

Andere Fehler die von einzelnen Personen noch genannt wurden, waren Kommunikationsstörungen und Missverständnisse, wenn man den Patienten oder die Patientin überfordere, wenn man so spreche, dass die Patientinnen und Patienten einen nicht verstehen würden, wenn man eine falsche Intervention mache oder zu wenig aufmerksam sei. Weiter sei es ein Fehler, sich besonders Mühe zu geben und keine Fehler machen zu wollen. Man solle zudem nicht meinen, man könne es besser als alle anderen, was auch oft ein Fehler sei, meinte eine Person.

8.2.4 Fehlerursachen (A4)

Die Aussagen dieser Unterkategorie waren sehr heterogen und umfassten viele verschiedene Aspekte. Dabei wurden ähnliche Aspekte wie bei den Fehlerarten genannt, jedoch wurden nur diejenigen dieser Kategorie zugeteilt, die als fehlerauslösend beschrieben oder als Antwort auf die Frage nach Ursachen von Fehlern gegeben wurden. Die Schwierigkeit dieser Kategorie wurde von einer Person folgendermassen ausgedrückt:

P14: Für Fehler gibt es tausend Ursachen.

Vier der Interviewten Personen erwähnten, dass bestimmte Persönlichkeits- oder Temperamenteigenschaften im Zusammenhang mit der Psychotherapie fehlerhaftes Verhalten verursachen könnten. Eine Person wies darauf hin, dass die Persönlichkeit des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin eine systematische Bias sei, gewisse Fehler nicht wahrzunehmen. Auch eine andere Person meinte, dass es Fehler gebe, die von ihrer Persönlichkeit abhängig seien. Sie sei beispielsweise manchmal allzu direktiv und verlasse die analytische Abstinenz zu sehr. Dass sie zu wenig Geduld habe und schlecht warten könne, beschrieb eine andere Person als persönlichkeitsbedingten Fehler. Eine Psychotherapeutin schilderte, dass es sich auf die Therapie auswirke, welche persönliche Geschichte sie mitbringe und welche Gefühle sie auch für sich selbst noch nicht annehmen könne. Zwei der befragten Personen beschrieben, dass manchmal zu stark etwas Eigenes wichtig werde und man so nicht mehr beim Patienten sei. Manchmal könne es auch sein, dass einem Psychotherapeuten oder einer Psychotherapeutin etwas in der Persönlichkeit fehle, um einen Prozess weiterzubringen. Dies sei beispielsweise der Fall, wenn eine Person zu harmoniebedürftig sei und sich nicht gut abgrenzen könne. Dann könne sie einen Patienten oder eine Patientin nicht konfrontieren, auch wenn diese Konfrontation eben genau förderlich für den Therapieprozess wäre, erläuterte eine Person.

P13: Das es (...) eine fast theoretisch begründbare Bias, einen systematischen Fehler (gibt, Anm. der Verf.³), den man nicht mit berücksichtigt. Nämlich die Person des Therapeuten spielt eine so grosse Rolle.

Weiter wurde von zwei Personen eine mangelnde Passung zwischen der Persönlichkeit des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin und der Patientin oder des Patienten als mögliche Fehlerursache genannt. Die Ursachen würden dort eher im Beziehungscharakter liegen, ergänzte eine der Personen. Dabei wies eine andere Person darauf hin, dass es nicht reiche, sich menschlich gut zu verstehen, man müsse auch fachlich auf der Höhe sein. Es sei also eine Fehlerursache, wenn einer dieser beiden Aspekte vernachlässigt werde. Eine andere Person vermutete Fehlerursachen in mangelnder Selbsterfahrung und wenn der eigene Prozess zu wenig bearbeitet worden sei. Eine Person betonte, dass es für sie eine Ursache für Fehler sei, wenn sie bei schwierigen Fällen nicht schnell genug Supervision oder Intervision in Anspruch nehme. Dass man nicht gerne ohnmächtig sei, mache es schwierig, diese Ohnmacht in der Psychotherapie auszuhalten erklärten zwei der Psychotherapeuten als Fehlerursache.

³ Anm. d. Verf. ist die Abkürzung für ‚Anmerkung der Verfasserin‘ und weist darauf hin, dass für eine bessere Verständlichkeit der Aussage von der Verfasserin etwas hinzugefügt oder ergänzt wurde.

P7: Ich glaube, eine Ursache ist, dass es nicht so einfach ist, Ohnmacht auszuhalten.

Eine Person meinte, eine Fehlerursache liege in Mangelinformation. Wenn man gar nicht alles wisse über einen Patienten oder eine Patientin, habe das Fehlüberlegungen und somit auch Fehler zur Folge. Von einer Person wurde beschrieben, dass es eine Fehlerursache sei, wenn man zu stark von der Theorie ausgehe und nicht vom Menschen, der einem gegenüber sitze. Manchmal wolle sie emotional zu viel geben oder versuche, zu viel alleine zu tragen, erläuterte eine Person. Das seien für sie Fehlerursachen. Weiter wurde von einer Person beschrieben, dass die Ursachen von Fehlern oft mit der Thematik der Nähe und Distanz zu tun hätten. Es sei bei jedem Menschen anders, wie nah man als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut sein sollte, und das beinhalte deshalb Fehlermöglichkeiten. Von einem Psychotherapeuten wurden zu hohe Erwartungen an den Patienten oder die Patientin als fehlerauslösend bezeichnet. Man könne nur von ihnen erwarten, dass sie pünktlich kämen und ihre Rechnungen bezahlen würden. Von anderen Erwartungen sollte man jedoch frei sein, sonst ergäben sich aus diesen Fehler.

8.3 Umgang mit Fehlern (B)

Unter der Hauptkategorie ‚Umgang mit Fehlern‘ wurden die Kategorien ‚Innerer Umgang‘, ‚Kommunikation und äusserer Umgang‘, ‚Einfluss der Therapierichtung‘, ‚Lernen durch Fehler‘, ‚Umgang mit Fehlern im privaten und beruflichen Umfeld‘, ‚Berufserfahrung‘, ‚Idealisierung‘ sowie ‚Tabuisierung‘ zusammengefasst. Tabelle 6 zeigt die Kategorien im Überblick:

Tabelle 6: Kategorienübersicht ‚Umgang mit Fehlern‘

| Hauptkategorie | Unterkategorie | Kat. Nr. | Ergebnisse |
|-----------------------|---|----------|---------------|
| B. Umgang mit Fehlern | Internale Verarbeitung | B1 | Kapitel 8.2.1 |
| | Umgang gegenüber Patienten und Patientinnen | B2 | Kapitel 8.2.2 |
| | Einfluss der Therapierichtung | B3 | Kapitel 8.2.3 |
| | Lernen durch Fehler | B4 | Kapitel 8.2.4 |
| | Umgang mit Fehlern im privaten und beruflichen Umfeld | B5 | Kapitel 8.2.5 |
| | Berufserfahrung | B6 | Kapitel 8.2.6 |
| | Idealisierung | B7 | Kapitel 8.2.7 |
| | Tabuisierung | B8 | Kapitel 8.2.8 |

8.3.1 Innerer Umgang (B1)

Zwei Personen sprachen davon, dass es bei der internalen Verarbeitung in einem ersten Schritt darum gehe, sich überhaupt des Fehlers bewusst zu werden und anzuerkennen, dass man etwas falsch gemacht habe. Eine Person bemerkte dazu, dass es zu der psychotherapeutischen Arbeit gehöre, sich mit gemachten Fehlern auseinanderzusetzen.

P1: Also erst mal anzuerkennen, ist ja ein erster Schritt. Also vielleicht auch da so aus einer Blindheit zuerst einmal rauszukommen.

Acht der befragten Personen bemerkten, dass eine gedankliche Auseinandersetzung mit dem Fehler geschehe. Dabei wurde am häufigsten genannt, dass einen ein gemachter Fehler beschäftige. Der Gedanke daran sei dann jeweils sehr präsent. Man suche bei sich und hinterfrage sich, meinte eine Person. Zwei Personen beschrieben, dass es sie aber nicht mehr beschäftige, sobald sie zu Hause seien. Sie hätten gelernt, die Gedanken abzuschalten.

P3: Ja, das beschäftigt mich schon (...). Ich denke darüber nach.

Zehn der befragten Personen deuteten negative Gefühle an, die ein gemachter Fehler bei ihnen auslöse. Drei Personen führten aus, dass sie oft in einen Abwertungsprozess hineingeraten würden, in welchem sie sich selbst als schlechte Psychotherapeutin oder als schlechter Psychotherapeut bezeichneten, und sie das Gefühl hätten, nicht zu genügen. Drei Interviewte empfinden Schuldgefühle, welche als leise oder latent beschrieben werden können. Die Schuld sei nicht so schwer, dass man wirklich total bedrückt sei. Dass Fehler im inneren Umgang in gewissem Masse auch Aggressionen auslösen könnten, beschrieben zwei Personen. Dabei könne man wütend werden auf sich selbst, weil man etwas nicht gesehen habe, erläuterte eine Person. Die andere Person meinte, man könne auf Patienten und Patientinnen wütend werden, wenn man das Gefühl habe, man sei sehr engagiert gewesen und habe sich Mühe gegeben. Eine Person beschrieb das Gefühl als Entnervtsein, dass so etwas passiert sei, und eine andere berichtete, dass sie in eine latente ‚Grummeligkeit‘ gerate. Vier Personen beschrieben, dass sie sich nachher einfach nicht gut fühlen würden, ohne dass von ihnen ein konkretes Gefühl benannt werden konnte.

P8: Wenn ich Fehler erkenne, bevor ich beginne zu reflektieren, komme ich zuerst in eine Selbstabwertung hinein.

P15: Und dann kann es passieren, dass ich eine Weile lang ein wenig wütend reagiere, das ist wie so eine Phase (...). Also ich bin dann wütend auf mich selbst und habe das Gefühl, das ich es hätte sehen (...) sollen.

P12: Das gibt also schon ein Gefühl von Schuld, eine latente Schuld.

Von drei Psychotherapeutinnen wurde beschrieben, sie würden sich auch verzeihen können, wenn ihnen ein Fehler passiert sei. Es sei menschlich, dass man nicht alles richtig machen könne.

P1: Also ich verzeihe mir das auch, es ist nicht so, dass ich wochenlang daran herumhirne (...).

Ein Psychotherapeut betonte, dass es natürlich auch davon abhängig sei, um welche Art Fehler es sich handeln würde. Die kleinen Fehler, die würden ihn nicht gross beschäftigen, weil eine Psychotherapie ohne Fehler auf Seiten des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin nicht realistisch sei. Die Fehler, die ihm mehr zusetzten, seien diejenigen, wo wirklich eine negative Auswirkung auf den Therapieprozess feststellbar sei.

8.3.2 Kommunikation und äusserer Umgang (B2)

Ein Grossteil der Aussagen in dieser Unterkategorie kann als sehr homogen und übereinstimmend bezeichnet werden. Alle befragten Personen waren sich darin einig, dass sie einen Fehler nach Möglichkeit ansprechen würden. Dabei betonten sieben Interviewte, dass sie diese Thematisierung davon abhängig machen würden, ob diese für den Therapieprozess förderlich sei oder nicht. Es sei so, dass es Situationen gebe, in denen es besser sei, einen Fehler nicht anzusprechen. Dies sei beispielsweise der Fall, wenn eine Patientin oder ein Patient durch das Ansprechen des Fehlers eher verunsichert werden würde oder man dadurch alles noch schlimmer machen würde. Wenn es keinen Hinweis darauf gebe, dass der Patient oder die Patientin durch den Fehler gestört wurde, oder der Fehler gar nicht erst bemerkt wurde, sollte man ihn nicht thematisieren, nur um sich selbst zu entlasten. Das Ansprechen eines Fehlers müsse ganz klar der Sache, also dem Therapieprozess, dienen. Dabei müsse man sich vor allem auf sein Gespür verlassen. Fünf der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erwähnten, dass sie bei einer Unsicherheit diesbezüglich manchmal auch beim Patienten oder bei der Patientin nachfragen würden, wie sie die letzte Sitzung erlebt hätten. Dies biete oft die Möglichkeit, eine von Patientenseite wahrgenommene Unstimmigkeit allenfalls aufzunehmen und darüber zu sprechen. Störungen würden so früher erkannt werden können, meinte eine Person.

P15: Ich spreche es auch an. Ich glaube, das Ansprechen ist wirklich etwas vom Wichtigsten. Also ich schätze ab, ob es die Beziehung fördert oder den Prozess, wenn ich jetzt etwas anspreche.

P6: Und das fällt mir dann natürlich auch schwer, nicht, weil ich den Fehler gemacht habe, sondern das zu sagen: „Es war ein Fehler und es war nachlässig von mir.“ Es fällt mir schwer, dass ich das so gemacht habe, nicht, das dem Patienten zu sagen.

P13: Weil ich es natürlich sofort spiegle und eingestehe und frage, was los ist und was der Patient fühlt.

Wenn durch das Ansprechen eines Fehlers weiteres Prozessmaterial generiert werden könne, dann spreche sie diesen an, erklärte eine Psychotherapeutin. Fünf der befragten Personen erwähnten, dass es vermutlich einfacher sei, einen Fehler anzusprechen, wenn vorher schon eine gute therapeutische Beziehung zu der Patientin oder dem Patienten aufgebaut worden sei. Es sei atmosphärisch leichter und man habe das Vertrauen des Patienten oder der Patientin bereits gewinnen können, wodurch man einen gewissen Kredit habe. Zu dieser Thematik äusserte eine Person, dass sie nicht glaube, dass man Regeln festlegen könne, wann ein Fehler angesprochen werden sollte oder nicht.

P7: Wenn eine tragende Therapiebeziehung da ist, dann verträgt es wie auch, dass Fehler passieren können.

Dabei bemerkten sechs Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, dass sie sich explizit dafür entschuldigen würden, wenn ihnen ein Fehler unterlaufen sei. Ein Psychotherapeut beschrieb, er versuche, im Umgang mit Fehlern ein korrekatives Modell zu sein, da Patientinnen und Patienten diesbezüglich ausserhalb der Therapie oft negative Erfahrungen machen würden. Dies erzählte auch eine andere Person und sagte, die Patientinnen und Patienten könnten so sehen, dass man Fehler auch zulassen dürfe und sich dafür entschuldigen könne.

P7: Und ich versuche damit eigentlich Modell zu sein und anders mit Fehlern umzugehen.

Zentral sei beim Ansprechen des Fehlers zudem, dass man darauf achte, nicht allzu persönlich zu werden, erläuterte eine Person. Der Patient oder die Patientin müsste sich ansonsten mit dem inneren Prozess oder den Gefühlen des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin auseinandersetzen, was nicht angebracht wäre. Es sei auch so, dass man nicht immer alles klären könne, sagte eine Person. Man müsse an einem solchen Punkt auch darauf vertrauen können, sein Möglichstes getan zu haben.

8.3.3 Einfluss der Therapierichtungen (B3)

Bezüglich der Frage, ob und wie sie die Therapierichtung, welche sie ausüben, in ihrem Umgang und ihrer Definition von Fehlern beeinflusse, haben elf der befragten Personen geantwortet, es sei ein Einfluss vorhanden. Dabei finde diese Beeinflussung vor allem im technischen Bereich statt, meinte ein Psychotherapeut. Jemand anderes bemerkte, er habe ja nur eine Therapieausbildung gemacht und könne deshalb nicht sagen, ob der Einfluss anders gewesen wäre, wenn er einen anderen psychotherapeutischen Hintergrund hätte. In

die gleiche Richtung ging die Antwort eines Psychotherapeuten, der sagte, er könne nur mit ‚seinem Konzept‘ arbeiten. Zwei andere der befragten Personen sagten, am stärksten würden sie durch das Menschenbild der Therapierichtung beeinflusst.

P7: Die aktuelle therapeutische Prägung prägt auch die Meinung von Fehlern.

P14: Ja, es kann ja natürlich nicht anders sein. Bei allem, was man im Leben macht, beeinflusst einen das.

P12: Und es ist klar, wenn ich eine verhaltenstherapeutische Ausbildung habe und nicht Psychoanalytiker bin, dann schaue ich auf das Phänomen, wenn es in einer Therapie nicht läuft, anders, als wenn ich eine psychoanalytische Vorstellung habe. (...) Was ich damit sagen möchte: Ich kann nur mit meinem Konzept arbeiten. Jeder Mensch geht davon aus, wie er es mehr oder minder zutreffend sieht.

Zwei Personen gaben an, zu denken, ihr Umgang mit Fehlern sei eher von ihrer Persönlichkeit abhängig und weniger von der Therapierichtung, welche sie ausüben. Diese Einflüsse sie zwar insofern, als dass sie in einigen Bereichen sensibilisierter seien, hätte aber keinen Einfluss auf den Umgang mit Fehlern.

P8: In erster Linie, würde ich sagen, ist das persönlichkeitsbedingt.

Anderer Meinung waren zwei Psychotherapeutinnen, die beide angaben, dass ihr Umgang nicht von der Therapierichtung oder der Persönlichkeit, sondern am stärksten von ihren Erfahrungen beeinflusst werde. Eine Person fügte hinzu, ihre Selbstreflexion spiele dabei eine grosse Rolle, was wieder für einen persönlichkeitsbedingten Faktor sprechen würde.

P13: Nein, ich glaube, es ist wirklich die Berufserfahrung, die mich dahin geführt hat, wo ich jetzt bin. Also meine Selbstreflexion.

8.3.4 Lernen durch Fehler (B4)

Alle befragten Personen waren sich einig, dass man aus Fehlern lernen könne. Elf Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten denken, dass man vor allem durch die eigenen Fehler lerne, da diese eindrücklicher seien und dadurch nachhaltiger wirken würden, weil der Prozess miterlebt wurde. Eine Person betonte, sie sei auch immer bemüht, Fehler, die ihr unterliefen, in Zukunft nicht zu wiederholen. Sie sei, meinte eine Person, durch frühere Fehler auch sensibilisierter gegenüber gewissen Themen, was durchaus sinnvoll sei.

P1: Man lernt sehr viel aus Fehlern.

P2: Ich bin natürlich schon bemüht, diese Fehler nicht mehr zu machen.

Drei Psychotherapeuten sprachen davon, dass es beim Lernen aus Fehlern auch Einschränkungen gebe. Dies sei vor allem in Situationen der Fall, wo zu viel Persönliches in die Fehler hineinspiele und man an die Grenzen der Persönlichkeit gelange. Aber genau da sei es zentral, dass man immer wieder hinschaue und bewusst an diesen Grenzen arbeite.

P4: Ich meine, wenn es gut läuft, dann lerne ich aus den Fehlern, die ich mache, ganz eindeutig. Und dann gibt es eben die Situation, wo (...) ich nicht in der Lage bin, daraus zu lernen. Das ist dann, wenn zu viel Eigenes da mit hineinspielt.

Dass man auch aus Fehlern von anderen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten lernen kann, wurde von sieben befragten Personen bejaht. In der Intervision und Gruppensupervision habe man oft das Gefühl, man kenne einen beschriebenen Fehler und könne sich stellvertretend damit auseinandersetzen. Zwei Personen meinten sogar, dass diese Art, aus Fehlern zu lernen, nicht weniger wichtig sei, als das, was man aus den eigenen Fehlern lernen könne.

P12: Ja, man kann auf jeden Fall lernen aus Fehlern, die man bei anderen sieht. (...) Und ich würde das nicht weniger wichtig finden, als dass es wichtig ist, dass ich aus eigenen Fehlern lerne.

Eine Person meinte auch, es täte manchmal auch gut, wenn man merke, dass man einen Fehler, der einer anderen Person unterlaufen sei, selbst nicht machen würde. Auch eine andere Person sprach diesen Aspekt an, jedoch mit einem anderen Bedeutungsinhalt. Es sei ja meistens vor allem befriedigend, zu sehen, wenn jemand anderem ein Fehler passiert sei, deshalb lerne man daraus auch nichts.

P10: Fehler, die die anderen machen, die sind ja meist sehr befriedigend. Wenn man sagen kann, aha, der hat das gemacht. Und zum Glück nicht ich. Und da lernt man meistens nicht viel. Aber an den eigenen Fehlern kann man schon lernen.

P7: Ich glaube, das ist schwierig. Weil in der Intervision sieht man ja doch ein Stück weit nur die Oberfläche.

Da man in der Intervision einen Fehler von anderen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten nur oberflächlich sehe und den Prozess nicht durchlebt habe, sei es auch schwieriger, daraus zu lernen, so ein Interviewpartner.

8.3.5 Der Umgang mit Fehlern im privaten oder professionellen Umfeld (B5)

Bezüglich des Umgangs mit Fehlern sagten sechs der befragten Personen, dass sie zu Hause nicht auf dieselbe Art auf gemachte Fehler reagieren würden wie im beruflichen Umfeld. Dabei stand bei fünf Psychotherapeutinnen im Vordergrund, dass sie im beruflichen

Umfeld mehr Verantwortung tragen würden und deswegen versuchen würden, sorgfältiger mit dieser Thematik umzugehen. Weiter habe man den Anspruch an sich, eine professionelle Distanz beizubehalten. Ausserdem wolle man im beruflichen Umfeld möglichst keine Fehler machen.

P1: Das ist ganz anders, das ist wirklich anders, weil das ist hier wie eine fachliche Frage, da fühle ich mich sehr verantwortlich und eigentlich alleine verantwortlich, dass ich es gut mache.

P8: Hingegen in der Psychotherapie habe ich erstens den Anspruch an mich, wenig Fehler zu machen und zweitens (...) dass wenn ich welche mache, dass ich gut damit umgehe. Das ich förderlich damit umgehe für die Klientin.

Eine Person sagte auch, es sei für sie schlimmer, im beruflichen Umfeld Fehler zu machen. Eine andere Person gab hingegen an, dass es für sie einfacher sei, im beruflichen Umfeld zu sagen, dass Fehler dazugehören würden, und es falle ihr auch leichter, diese zuzugeben. Privat seien sie zudem viel emotionaler, sturer und würden länger auf ihrer Meinung beharren als im beruflichen Umfeld, sagten vier Personen. Im Privaten seien sie auch viel ungenierter, unreflektierter und direkter, meinten zwei Psychotherapeutinnen, während sie im beruflichen Umfeld viel professioneller reagieren würden. Dies sei auch gut so, da sie im privaten Raum nicht wie Psychotherapeutinnen funktionieren möchten.

P9: (...) es ist ein grosser Unterschied für mich. Im Beruf setze ich mich viel sorgfältiger damit auseinander, weil ich denke, das ist ein Teil meiner Arbeit. Das schulde ich den Leuten schlichtweg. Aber privat läuft das anders. Da kann es bei mir „chlöppe und tätsche“, das hat mit meinem Temperament und meiner Persönlichkeit zu tun.

Der Umgang mit Fehlern sei für sie eher persönlichkeitsabhängig und deshalb im beruflichen Umfeld und zu Hause ähnlich, äusserten fünf Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen.

P7: Ich vermute, dass es viele Ähnlichkeiten gibt, einfach, weil ich ja der gleiche Mensch bin.

8.3.6 Berufserfahrung (B6)

Fast alle befragten Personen waren sich einig, dass sich der Umgang mit Fehlern mit zunehmender Berufserfahrung verändere. Dabei stand bei drei Interviewpartnerinnen vor allem ein veränderter Umgang mit Gefühlen im Vordergrund. Es habe sie früher stärker emotional berührt, wenn ein Fehler passiert sei, oder sie seien unsicherer und gehemmter gewesen im Umgang mit gemachten Fehlern.

P9: In Ihrem Alter hätte ich viel mehr Hemmungen gehabt, über die Fehler zu sprechen. Und habe viel mehr in mich hineingenommen und bin unsicher gewesen, soll ich es ansprechen oder nicht. Und heute kann ich das viel besser.

Bezüglich der Berufserfahrung meinten drei Personen, dass sie vor allem mehr Sicherheit, Selbstbewusstsein und Lebenserfahrung erlangen konnten, was ihnen im Umgang mit Fehlern helfe, gelassen zu bleiben. Aus der Unsicherheit heraus sei man zu Beginn auch noch sehr stark theoriegeleitet und versuche krampfhaft, alles richtig zu machen, wobei dies genau der Fehler sei. Zwei andere Personen können gemäss ihren Angaben heute viel besser Hilfllosigkeit und Ohnmacht zulassen, es müsse deshalb nicht immer alles perfekt sein. Zwei Personen bemerkten zudem, dass sie mit zunehmender Erfahrung ‚feinere‘ oder insgesamt weniger Fehler machen würden, wobei sich eine Person darüber nicht ganz sicher war.

P1: Also mit der Erfahrung macht man, glaube ich, schon weniger Fehler.

Drei der befragten Personen sprachen davon, dass zunehmende Erfahrung auch häufig überschätzt werde. Diese vermittele einem zwar das Gefühl von Sicherheit, berge aufgrund dessen aber auch die Gefahr, dass man durch die Gewohnheit an bestimmte Abläufe in der Psychotherapie gewisse Fehler weniger bemerken würde.

P7: Ich glaube, es ist eine Gefahr, dass man mit zunehmender Erfahrung meint, man macht keine Fehler mehr. Am Anfang ist man in diesem komplexen Gebiet sowieso eigentlich überfordert. Und sieht sowieso überall nur Fehler. Und mit der Zeit (...) fühle ich mich in vielen Situationen sicher. Dann neigt man, glaube ich, dazu, eigene Fehler dann nicht mehr so genau zu sehen. Also sich etwas vorzumachen.

P10: Ich glaube, die zunehmende Erfahrung ist etwas, was man sehr stark überschätzt. Ich glaube, die zunehmende Erfahrung ist manchmal nichts anderes, als die Erfahrung, die gleichen Fehler immer wieder zu machen, aber es immer weniger zu bemerken.

Dabei habe es Vor- und Nachteile, als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut älter zu werden, meinte eine Person. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten mit weniger Berufserfahrung sei es allenfalls möglich, länger ‚fragend‘ zu bleiben und eine grössere Offenheit zu bewahren, während man mit zunehmender Erfahrung immer weniger hinschauen würde. Zwei Interviewte meinten dazu, je mehr Erfahrung man habe, desto eher erkenne man schon früh wo ‚es durchgehe‘, und sei dann versucht, dies dem Patienten oder der Patientin mitzuteilen, auch wenn er oder sie noch nicht dazu bereit sei.

Einige der befragten Personen gaben an, als Anfänger manche Dinge ausprobiert zu haben, die sie heute aufgrund ihrer Erfahrung nicht mehr machen würden. Jemand hat den eigenen

Aussagen zufolge beispielsweise voller Enthusiasmus die Stunden überzogen, eine andere Person hat Bekannte in die Therapie genommen, eine dritte Person ist in der Körpertherapie oft über ihre eigenen körperlichen Grenzen hinausgegangen und wieder jemand anders hat in der Therapie oft vergleichend von eigenen Erfahrungen gesprochen. Des Weiteren sagte eine Person, dass sie anfangs Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse weniger gut habe überschauen können.

P13: Am Anfang, wenn ich einen Fehler gemacht habe, hat das meist ein wenig Zeit gebraucht, bis mir aufgegangen ist, dass es ein Fehler ist. Und dann ist meistens schon etwas passiert.

Einen weiteren Aspekt sahen vier Personen darin, dass sie heute rascher erkennen würden, wenn ihnen ein Fehler unterlaufen sei, und sie eher wüssten, in welchen Situationen sie dazu tendieren würden, Fehler zu machen.

8.3.7 Idealisierung (B7)

Bezüglich Idealisierung äusserten vier Personen, dass man als Psychotherapeutin oder Psychotherapeut manchmal von den Patientinnen und Patienten überschätzt werde und diese zu einem hinaufschauen würden. Drei Personen fügten an, dass dies wohl eher ein Anfangsproblem in der Therapie sei und man diese Phantasien korrigieren könne. Man solle sich auch nicht als Guru darstellen lassen, nicht so tun, als ob man alles wisse, und die Leute auf den Boden der Realität holen, meinten zwei Psychotherapeutinnen.

P9: Weil die Leute schauen schon eher zu einem hinauf, wenn sie in die Therapie kommen.

P1: (...) ich kann auch nicht zaubern. Wir können es probieren, aber es gibt keine Garantie. Einfach herunterholen.

P7: Ich würde einmal vermutungshalber sagen, dass das eher ein Anfangsproblem einer Therapie ist. Sobald man zusammen unterwegs ist, wird man ein Team, man weiss, wie es läuft, das Gegenüber lernt mich kennen, auch menschlich (...). Und dann ist das ideelle Problem weniger da.

Ein Interviewpartner meinte hingegen, er würde eher das Gegenteil erleben. Es werde nichts von ihm erwartet und die Leute seien dann angenehm überrascht, wenn sie merken würden, dass man einigermaßen normal sei.

8.3.8 Tabuisierung (B8)

Sieben der befragten Personen waren sich einig, dass über Fehler in der Psychotherapie nicht gesprochen werde und zu wenig darüber reflektiert werde, weshalb es wichtig sei, diese Thematik zu untersuchen.

P7: Weil ich es ein wichtiges Thema finde und ein Thema, das zu wenig reflektiert wird in der tagtäglichen Praxis.

P5: Und ich finde es, auch gerade für die Psychotherapieforschung, finde ich es ein wichtiger Baustein. Es wird einfach zu wenig darüber geredet.

Darin zeige sich ein gewisses Vermeidungsverhalten, meinte eine Person, und man mache sich etwas vor, wenn man sich nicht getraue zu sagen, dass gewisse Dinge nicht gut laufen würden. Die Erfahrung von zwei Personen war, dass vor allem über Erfolge gesprochen werde.

P8: Also die Überheblichkeit von Psychotherapeuten, die nie über ihre Fehler sprechen. Auch nie in ihren Fallberichten, in ihren Falldarstellungen.

Dabei sei diese Thematik wichtig und viel zu lange tabuisiert worden, meinte eine der befragten Personen.

Von den restlichen acht befragten Personen wurde die Tabuisierung von Fehlern im Interview nicht erwähnt.

8.4 Unterstützung und Hilfe (C)

Die Hauptkategorie ‚Unterstützung und Hilfe‘ gliederte sich in die Unterkategorien ‚Supervision‘, ‚Intervision‘, ‚Team‘, ‚Selbstfürsorge‘ und ‚andere Strategien‘. Im Zentrum standen alle supportiven Aspekte, Strategien, Personen und Themen, welche Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten beim Umgang und bei der Verarbeitung von Fehlern zur Verfügung stehen. Tabelle 7 zeigt die Kategorien im Überblick:

Tabelle 7: Kategorienübersicht ‚Unterstützung und Hilfe‘

| Hauptkategorie | Unterkategorie | Kat. Nr. | Ergebnisse |
|----------------------------|-------------------|----------|---------------|
| C. Unterstützung und Hilfe | Supervision | C1 | Kapitel 8.3.1 |
| | Intervision | C2 | Kapitel 8.3.2 |
| | Team | C3 | Kapitel 8.3.3 |
| | Selbstfürsorge | C4 | Kapitel 8.3.4 |
| | Andere Strategien | C5 | Kapitel 8.3.5 |

8.4.1 Supervision (C1)

Auf die Frage nach unterstützenden und hilfreichen Aspekten im Umgang mit Fehlern wurde von dreizehn befragten Personen – und somit am häufigsten überhaupt – die Supervision genannt. Dabei wurden vor allem der Austausch und das Teilen von schwierigen Themen oder gemachten Fehlern als hilfreich empfunden. Da der Supervisor oder die Supervisorin nicht in den Prozess involviert sei, könne er oder sie die Situation viel klarer betrachten und sehe zumeist, wo die Schwierigkeiten ihren Ursprung hätten und was Lösungswege für diese sein könnten. Gerade diese Aussensicht sei ein zentraler und wichtiger Aspekt von Supervision. Eine Person meinte zudem, Supervision öffne dadurch den Horizont.

P1: Und das geht weniger darum, dass der Supervisor das viel besser weiss oder einem sagen kann, wie genau, sondern einfach, das auch mit jemandem teilen können.

P14: Und es ist ja auch so, dass man von aussen die Dinge viel klarer sieht als die zwei, die gerade (...) in etwas verwickelt sind. Darum ist ja auch die Supervision so wichtig (...).

P3: Ja, also, das unterstützt natürlich schon im Umgang mit Fehlern.

Als weitere Aspekte wurden von drei Psychotherapeutinnen die durch Supervision gewonnene Sicherheit und der Rückhalt beschrieben. Dabei werde einem auch vermittelt, dass man gewisse Dinge richtig machen würde. Durch das Besprechen der Fälle in der Supervision sei es auch möglich, wieder eine gewisse Distanz zu erhalten, erwähnte eine Person. Wesentlich sei dabei, dass ein Vertrauensverhältnis zwischen dem Supervisor oder der Supervisorin und dem Supervisanden oder der Supervisandin herrsche. Auch in der Gruppensupervision sei es wichtig, dass man diese längerfristig gemeinsam besuche, bis das gegenseitige Vertrauen aufgebaut sei, meinte eine Person. Erst dadurch sei gewährleistet, dass dort ein offenes Gespräch stattfinden könne und die Personen sich trauen würden, sich zu öffnen. Ein Interviewpartner fügte hinzu, dass Supervisorinnen und Supervisoren auch einmal eine Spur bestimmter und fordernder werden dürften im Umgang mit den Supervisandinnen und Supervisanden.

P11: Jemanden von aussen zu haben, jemanden, der einen anregen kann, nachzudenken, der einen herausfordern kann, der kritisch ist, neue Anregungen gibt. Das ist ganz wichtig.

In der Supervision sei es zudem möglich, die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auf mögliche Fehler hinzuweisen und so gravierendere Ereignisse zu verhindern.

Eine Person betonte nachdrücklich, wie wichtig Supervision für sie sei. Sie habe zwei verschiedene Supervisorinnen und würde in die Supervision gehen, bis sie aufhören würde zu arbeiten. Diese Wichtigkeit von Supervision unterstrich auch eine andere Person und fügte an, dass ihr dadurch geholfen werde, Lösungen für Probleme zu finden. Zwei Psychotherapeuten mit langjähriger Berufserfahrung erklärten, dass sie seit längerem nicht mehr regelmäßig in die Supervision gehen würden, nur noch dann, wenn sie es für nötig hielten. Das habe natürlich auch mit der eigenen Kränkbarkeit zu tun. Auffallend ist, dass diese beiden Personen den Nutzen einer Gruppenpraxis am stärksten hervorhoben und erläuterten, dass sie solche Schwierigkeiten eher informell regeln würden. Weiters sagte eine Person, dass eine Supervision ja auch manchmal eine Störung des psychotherapeutischen Prozesses beinhalten könne.

P10: Wenn da jemand Drittes sitzt. Und dass das manchmal, auch wenn es noch so gut gemeint ist, einfach mehr Störung ist, als dass es hilft.

Bezüglich des Nutzens von Supervision sagte eine Psychotherapeutin mit langjähriger Erfahrung, eine spezielle Supervision habe ihr besonders geholfen. Diese sei mit Selbsterfahrung verknüpft gewesen und der Entwicklungsverlauf und die Schwierigkeiten in der Therapie wären so auch im Hinblick auf ihre Persönlichkeit beleuchtet worden. Auf diese Art würde man am allermeisten lernen können. Leider sei das in der Supervision jedoch selten bis gar nie der Fall.

8.4.2 Intervision (C2)

Von den fünfzehn befragten Personen waren sich ausser einer Person alle einig, dass Intervision ein nützliches und wichtiges Instrument zur Verarbeitung von Fehlern darstellt. Als hilfreiche Faktoren wurden aufgezählt, zu sehen, wie andere die gleichen Schwierigkeiten hätten, dass man durch das Gespräch in der Intervisionsgruppe die benötigte Distanz wiederherstellen könne, man Dinge besser einordnen könne und die Intervision insgesamt zur Klärung von schwierigen Situationen beitrage. Als weiteren zentralen Aspekt beschrieben vier Personen, dass sie durch die Intervision mehr Sicherheit erlangen würden, indem sie darin bestätigt würden, was sie täten, oder indem ihnen neue Möglichkeiten aufgezeigt würden.

P4: Das hilft fast immer. Erfahrene Kollegen merken immer sofort, wo der Hase im Pfeffer liegt, was da passiert ist. Die können das meistens irgendwie klären.

P5: Und ich hole mir Sicherheit durch meine (...) Intervision. Mit den Kollegen. Da fühle ich mich gut eingebettet.

Kritisch wurde von einer Person in Frage gestellt, ob sich Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wirklich trauen würden, die gemachten Fehler in der Intervisionsgruppe zu thematisieren. Es sei vor allem schwierig, wenn jemand nicht so selbstsicher sei und Schwierigkeiten habe, sich zu öffnen. Auch eine andere Person war gegenüber der Intervention kritisch eingestellt. Es sei so, dass man nach einigen Jahren in derselben Intervisionsgruppe die Personen genau kenne und daher wisse, wer welche Fälle einbringe und wer was dazu sagen werde. Dann sei es auch nicht mehr sehr sinnvoll.

Im Gegensatz zu diesen kritischen Stimmen wurde von drei Personen ausdrücklich betont, dass Intervention für sie sehr wichtig sei. Eine Person fügte hinzu, dass sie sich dort am besten reflektieren könne.

8.4.3 Team (C3)

Fünf der befragten Personen empfanden ihre Tätigkeit in einer Gruppenpraxis im Umgang mit Fehlern als unterstützend. Dabei könne man viel innerhalb der Praxis klären, was grosse Vorteile habe. Ein Interviewpartner betonte, dass ihm vor allem der Austausch mit den Psychiatern der Gruppenpraxis am Herzen liege, vor allem, weil er sich im somatischen Bereich zu wenig gut ausgebildet fühle und bei der Medikamentenabgabe froh um eine gute Zusammenarbeit sei.

P1: Wenn man sich gegenseitig ein wenig stützt, das ist auch gut, wenn man mit Kollegen zusammenarbeitet und nicht in einer Einzelpraxis.

P6: Gerade im somatischen Bereich, denke ich, bin ich zu wenig gut ausgebildet (...). Und das ist einfach enorm wichtig, dass man das wirklich abdeckt.

Zwei Personen erläuterten, der Austausch und die Unterstützung innerhalb der Gruppenpraxis würde auch informell stattfinden können, und deshalb sei das Klima, welches unter den Kollegen und Kolleginnen herrsche, von zentraler Wichtigkeit. Beim Mittagessen, beim Kaffee oder auf dem Korridor könne man etwas erzählen und allein dadurch, dass man sich jemandem mitteilen könne, verändere sich der Umgang mit Fehlern.

P12: Mir ist es sehr wichtig beispielsweise, was wir hier für ein Klima haben, die Praxiskolleginnen und ich. Dass man sich auch einmal beim Kaffee etwas erzählen kann, was nicht gut gelaufen ist. Und dann wird man etwas los und dadurch verändert es sich schon.

P6: Das kann auch informell sein. Wenn ich mit Kollegen Mittagessen gehe oder so. Dann reden wir miteinander (...). Und das finde ich wahnsinnig wichtig. Weil man Dinge früh erwischt.

Zudem sei es so möglich, Dinge, die nicht gut laufen würden, früh zu erkennen, fügte eine Person hinzu. Eine andere Person berichtete, dass man sich so gegenseitig auf gewisse Dinge aufmerksam machen könne.

8.4.4 Selbstfürsorge (C4)

Die Selbstfürsorge wurde von sieben Personen als hilfreich im Umgang mit Fehlern beschrieben. Die eigene Gesundheit aufrechtzuerhalten, seine Grenzen zu kennen, diese zu beachten und zu sich zu schauen, seien die zentralen Aspekte dieser Selbstfürsorge. Man sei als Psychotherapeutin und als Psychotherapeut auch das Instrument, mit dem gearbeitet werde, und müsse deswegen besonders auf sich und seine Gesundheit achten.

P1: Man muss auch noch genügend Sachen haben, die man sonst macht, und andere Interessen haben.

P15: Wir sind selbst ein Instrument. Also muss ich zu mir schauen.

Es gehe ihnen dabei vor allem um eine gesunde Balance zwischen Arbeit und Freizeit, meinten zwei befragte Psychotherapeuten. Eine Person beschrieb, dass man neben der Psychotherapie noch andere Interessen pflegen und nicht immer über Probleme reden solle. Man solle sich Gutes tun, sei es ein Essen mit Freunden oder etwas anderes, damit man wieder in eine gute Stimmung komme, erläuterten zwei Psychotherapeutinnen. So sei es auch möglich, wieder zu sich zu kommen und dann offener zu sein.

P9: Und sonst, was man so für die Psychohygiene machen. Vielleicht Dinge machen, die einem guttun.

P14: Aber alles andere, was einem im Leben hilft, hilft natürlich auch einem Therapeuten. Das Privatleben und ja, wie zufrieden man ist sonst und wie gut es einem geht, hat natürlich auch einen Einfluss auf den Umgang mit Fehlern.

Alles, was einem im Leben sonst auch helfe, helfe auch Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Zudem beeinflussen das Privatleben und die eigene Befindlichkeit den Umgang mit Fehlern stark.

8.4.5 Andere Strategien (C5)

Einige Aspekte, die von den befragten Personen als Hilfe im Umgang mit Fehlern genannt wurden, liessen sich nicht in die Kategorien ‚Supervision‘, ‚Intervision‘, ‚Team‘ und ‚Psychohygiene‘ einordnen. Die Aussagen in dieser Kategorie sind zumeist sehr heterogen. Sechs Interviewte berichteten, es helfe ihnen im Umgang mit Fehlern, wenn sie mit ihrer Lebenspartnerin oder ihrem Lebenspartner darüber sprechen würden. Der Austausch helfe,

ein Ereignis besser einordnen zu können und gebe Rückenstärkung. Des Weiteren sagte eine Person, dass sie besonders auf ihre Terminplanung achte. Sie beschrieb, idealerweise fünf Sitzungen pro Tag zu planen und dazwischen jeweils eine halbe Stunde Pause zu machen. Eine andere Person erzählte, dass für sie die Arbeit am eigenen Prozess wichtig sei, weshalb sie selbst regelmässig in Therapie gehe. Zwei Personen berichteten, dass sie es als besonders hilfreich empfinden würden, ihre Gedanken und Gefühle bezüglich der Therapiestunden aufzuschreiben, damit es sie nicht mehr so stark beschäftige, das sei dann wie deponiert. Das theoretische Wissen im Hintergrund, die Weiterbildungen oder manchmal auch nur das Nachlesen in der Fachliteratur wurden von fünf Personen als hilfreich beschrieben. Zwei Personen betonten hingegen, dass sie die Fachliteratur nicht als hilfreich empfänden und diese deshalb nicht beiziehen würden. Im Weiteren bemerkte eine Person, besonders das Wissen, dass man Fehler korrigieren könne, vereinfache den Umgang damit. Ein Interviewpartner führte zudem aus, dass Weiterbildungen helfen würden neue Anregungen zu bekommen, was ermöglichen würde, gewisse Dinge anders angehen zu können.

P3: Das ist halt auch etwas Hilfreiches, wenn man eine KG (Krankengeschichte, Anm. der Verf.) schreibt. Und ich habe so eine Rubrik, in der ich meine persönlichen Empfindungen schreibe.

P9: Oder auch zu Hause diskutieren. Das mache ich noch oft, mit meinem Mann etwas diskutieren. Ich hole mir Stärkung.

Drei der Interviewten erwähnten, manchmal auch in ihrer Freizeit an ihre Patienten und deren Schwierigkeiten zu denken. Eine Person sagte, sie versuche, diese Gedanken in der Praxis zu lassen. Manche Gedanken kämen aber mitunter trotzdem mit. Dazu führte ein Psychotherapeut aus, dies sei wertvoll für ihn, da diese gedankliche Auseinandersetzung ihn auf neue Ideen bringe. Der Unterschied dabei sei, dass er nicht in ein „Mühlen“ hineinkomme. So sei es ihm möglich, sich immer wieder von den Gedanken zu lösen.

P13: Und ich nehme meine Fälle halt oft auch nach Hause im Kopf. Ich mache nicht einfach die Türe zu und dann war's das.

Als eine weitere Strategie beschrieb ein Interviewpartner, dass er eine Art innerer Supervisionsprozess installiert habe, da man nicht jederzeit zu einem Supervisor gehen könne. Es sei wichtig, dass er eine innere Moderation der verschiedenen Teile machen könne, die zu seinem inneren Prozess gehöre. Dies müsse in jeder Stunde gemacht werden, da man sonst als Therapeut nicht richtig präsent sei. Eine andere Person formulierte es so, dass es ihr wichtig sei, sich selbst Zeit zu nehmen, um hinzuschauen, wo der eigene Anteil am Fehler war, und sich dem nicht zu entziehen.

Besonders betont wurde von einer Person, dass es ihr am meisten helfe, wenn sie den Fehler mit den Patientinnen und Patienten besprechen und so auflösen könne.

8.5 Auswirkungen über den Therapieverlauf (D)

In diese Kategorie wurden die Unterkategorien ‚Fehler konstruktiv nutzen‘, ‚positive Auswirkungen‘, ‚negative Auswirkungen‘, ‚Reaktionen der Patientinnen und Patienten‘ sowie ‚Therapieabbruch‘ eingeordnet. Tabelle 8 zeigt die Kategorien im Überblick.

Tabelle 8: Kategorienübersicht ‚Auswirkungen auf den Therapieverlauf‘

| Hauptkategorie | Unterkategorie | Kat. Nr. | Ergebnisse |
|-----------------------------|---------------------------|----------|---------------|
| D. Auswirkungen von Fehlern | Fehler konstruktiv nutzen | D1 | Kapitel 8.4.1 |
| | Positive Auswirkungen | D2 | Kapitel 8.4.2 |
| | Negative Auswirkungen | D3 | Kapitel 8.4.3 |
| | Reaktionen Patient/in | D4 | Kapitel 8.4.4 |
| | Therapieabbruch | D5 | Kapitel 8.4.5 |

8.5.1 Fehler konstruktiv nutzen (D1)

Die Psychotherapie sei eine äusserst komplexe Situation, in welche viele verschiedene Faktoren hineinspielen würden, weshalb es nicht immer einfach sei, Fehler zu lösen, meinte eine Person. Zudem sei es auch persönlichkeits- und situationsabhängig, welche Fehler sich positiv oder negativ auswirken würden, führte eine andere Person aus. Eine Person meinte, es hänge sehr von der therapeutischen Beziehung ab. Eine andere sagte, der Fehler werde quasi aufgehoben, wenn es gelungen sei, dass der Patient sich verstanden fühle.

P12: Es ist nicht so leicht zu lösen (...) Fehler im eigentlichen Sinn in der Therapie zurechtzurücken. Es ist sehr viel komplexer, weil sehr viele verschiedene Faktoren hineinspielen.

Damit Fehler konstruktiv genutzt und in den Therapieprozess integriert werden können, müsse man sie ansprechen, berichteten acht der befragten Personen einheitlich. Dazu müsse einem der Fehler zuerst einmal bewusst werden, und nicht durch Verdrängung abgewehrt werden. Der Fehler könne auch von der Patientin oder dem Patienten angesprochen werden. Es sei wichtig, dass der Fehler dann vom Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin angenommen werden könne. Weiter wurde genannt, dass der Fehler transparent besprochen werden und vom Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin eingestanden werden solle. Das heisst, die Verantwortung soll übernommen werden und die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut soll sich für seinen Anteil daran entschuldigen. Überhaupt sei es das Wichtigste, dass der Fehler angesprochen werde und der Therapeut oder die Therapeutin dazu stehen könne, meinten drei der befragten Personen. Fünf Personen fanden es jedoch wichtig, zuerst zu prüfen, ob es für den Prozess förderlich sei, wenn sie einen Fehler thematisieren würden.

P13: Also sich selbst (den Fehler, Anm. d. Verf.) bewusst machen, nicht verdrängen. Die Verantwortung übernehmen, eingestehen. Sich für seinen Anteil entschuldigen.

Drei Personen betonten, dass es wichtig sei, Fehler früh zu erkennen und Störungen zu bemerken. Dies sei jedoch nicht immer möglich, sagte eine Person. Es gebe manchmal Dinge, die sie einfach nicht bemerken würde. Zwei Personen berichteten, dass sie regelmäßige Standortbestimmungen machen würden, um den Auftrag sowie die Ziele zu überprüfen. Dies sei wichtig, um Fehler früh genug erkennen zu können und um allfällige negative Wirkungen auffangen zu können.

Eine Person meinte, es sei schwierig, bezüglich eines Fehlers zu sagen, wo er seinen Anfangspunkt genommen habe. Es sei jeweils auch schwierig, in Bezug auf das Therapieergebnis zu erkennen, an welchen Punkten Fehler aufgetreten seien und wie sich diese auf Erfolg oder Misserfolg der Therapie ausgewirkt hätten.

P10: Aber es wird so oder so schwierig sein, in Bezug auf den ganzen Erfolg oder Misserfolg der Therapie zu definieren, wo der Fehler gelegen ist.

Von zwei Personen wurde zudem beschrieben, wie sie jeweils ihre Patientinnen und Patienten dazu ermuntern würden, zu sagen, wenn etwas für sie nicht stimmen würde.

P13: Also meine Patienten sind erzogen, dass sie mir immer sagen müssen, wenn etwas nicht stimmt.

8.5.2 Positive Auswirkungen (D2)

Zwölf der befragten Personen äusserten die Überzeugung, dass sich Fehler auch positiv auf den Therapieverlauf auswirken könne. Konsens war, dass die Voraussetzung dafür das Thematisieren des Fehlers gegenüber dem Patienten sei, wie bereits in der Kategorie ‚Fehler konstruktiv nutzen‘ beschrieben wurde. Als weitere Voraussetzung wurde von fünf Personen genannt, dass der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin zu ihrem Fehler stehen könne.

P4: Die (Fehler, Anm. der Verf.), die sich ansprechen lassen, wirken sich sogar positiv aus.

P13: Ich denke, ein Patient braucht wirklich Sicherheit (...). Und in dem Moment, wenn man einen Fehler anspricht und Verantwortung dafür übernimmt, dann hat er wieder diese Sicherheit. (...) Und das ist dann eben extrem positiv.

Durch das Ansprechen des Fehlers übernehme man die Verantwortung als Psychotherapeut und Psychotherapeutin, wodurch auf der Seite des Patienten oder der Patientin Vertrauen

und Sicherheit geschaffen werde. Sechs der befragten Personen betonten, dass dieses Ansprechen, Eingestehen und Verantwortung übernehmen in Bezug auf Fehler auch eine positive Auswirkung auf die therapeutische Beziehung haben könne. Dabei wurden unterschiedliche Aspekte betont. Es werde eine Beziehung auf Augenhöhe geschaffen, es führe zu einer Entspannung, Annäherung oder Vertiefung in der therapeutischen Beziehung und die Beziehung werde generell besser. Für manche Menschen seien Fehler auch wichtige Lernschritte in der therapeutischen Beziehung.

P11: Und ich finde, ‚Fehler‘ sind auch oft die Triebfedern zu einer Vertiefung der Beziehung.

Fehler würden oftmals einen Prozess in Gang setzen und können etwas Festgefahrenes verändern, wurde von sechs Interviewpersonen beschrieben. Es könne auch sein, dass sich durch den Fehler etwas Neues zeige, von dem der Patient oder die Patientin profitieren könne. Eine Person betonte, Fehler würden grosse Chancen beinhalten, miteinander einen Schritt weiterzukommen, so dass sich daraus die grössten Fortschritte ergeben können. Man könne aber nicht vorsätzlich Fehler machen, um sie danach einzugestehen und somit einen positiven Effekt auf den Therapieprozess zu erzeugen. Fehler seien nicht planbar, sondern würden einfach zwischen zwei Menschen geschehen, erläuterte eine Person.

P13: Aus meiner Sicht sind sogenannte Fehler im therapeutischen Prozess keine Fehler, sobald sie eingestanden sind und in Verantwortung vom Therapeuten übernommen werden, sondern Chancen.

Ein Psychotherapeut war der Meinung, dass es vielfach Glück sei, wenn sich ein Fehler positiv auf den Therapieprozess auswirke.

8.5.3 Negative Auswirkungen (D3)

Die Aussagen in dieser Unterkategorie sind sehr heterogen. Zwei Personen waren gemäss ihren Aussagen nicht sicher, inwiefern sich ein Fehler auf den Therapieprozess auswirken, ihn behindern oder gar verunmöglichen würde. Eine Person meinte dazu, sie würde negative Entwicklungen in der Psychotherapie nicht ausschliesslich auf Fehler zurückführen. Die andere Person führte aus, sie glaube eigentlich nicht, dass ein Fehler nicht förderlich für den Prozess sei, ausser dann, wenn man ihn unbearbeitet lasse.

Es könne auch sein, dass es zu spät sei und sich der Fehler bereits so ausgewirkt habe, dass die Entschuldigung nicht mehr angenommen werden könne, erläuterten zwei Psychotherapeutinnen. Es würden dann Zweifel bestehen bleiben auf der Seite des Patienten oder der Patientin und das würde sich in einer Verlangsamung oder einem Stehenbleiben des Prozesses manifestieren. In diese Richtung ging auch die Aussage eines anderen Psychothera-

peuten, der sagte, eine Entschuldigung müsse sich für die Patientin oder den Patienten kongruent anfühlen. Wenn man nicht dazu stehen könne, einen Fehler gemacht zu haben, werde dadurch der therapeutische Prozess blockiert und es entwickle sich eine Distanz in der therapeutischen Beziehung.

P11: Und wenn ich herumtrickse oder abwimmele, wenn ich selbst nicht mit Schuld umgehen kann. Oder wenn ich selbst meine innere Kritik nicht sortiert habe und dann etwas unter den Teppich wische und so darüber gehe. Dann habe ich das Gefühl, dann blockiert es zumeist einen therapeutischen Prozess.

Eine Interviewpartnerin sprach davon, dass ein Fehler etwas auslöse und es darum gehe, ob das, was er auslöse, den Prozess für den Patienten oder die Patientin negativ verändere und so nicht mehr gut zu machen sei. Das wäre aus ihrer Sicht dann der eigentliche Fehler. Dies könne sich auch darin äussern, dass es zu Verhärtungen in der therapeutischen Beziehung komme, äusserte ein Psychotherapeut. Wenn ein Fehler durch sie als Psychotherapeutin angesprochen werde und die Patientin oder der Patient dann sage, das sei nicht schlimm gewesen, und die Psychotherapeutin verteidige, komme es zu einer Entfremdung in der therapeutischen Beziehung, meinte eine Person. Den Kontakt anschliessend wiederherzustellen, könne oft sehr lange dauern.

Eine andere Person meinte, es sei vielfach Pech, wenn sich ein Fehler negativ auswirke.

8.5.4 Reaktionen der Patienten und Patientinnen (D4)

Mit elf Personen berichtete die Mehrzahl der Interviewpartnerinnen und Interviewpartner von zumeist positiven Reaktionen von Patientinnen und Patienten, wenn ein Fehler angesprochen wird. Dabei sei die Reaktion oft als Erleichterung auf Seiten des Patienten oder der Patientin zu beobachten, da diese oft spüren würden, wenn etwas nicht gut gelaufen oder nicht stimmig gewesen sei. Ein ehrliches Ansprechen, Entschuldigen und das Verantwortung übernehmen würden zumeist sehr geschätzt. Dabei sei es aber auch wichtig, das Feedback des Patienten oder der Patientin ernst zu nehmen. Eine Person bemerkte weiter, dass es als sympathisch und menschlich wahrgenommen werde, wenn ein Fehler thematisiert werde.

P4: Die reagieren im Allgemeinen hervorragend. Wenn man das ehrlich meint, dann sind sie so erleichtert, weil (...) irgendwo haben es ja auch gespürt, dass etwas nicht gut läuft und es war ihnen unwohl.

P5: Ja, also ich glaube, das ist wie erlösend, dass es wieder geklärt ist und keine Störung in der Beziehung gibt.

Zwei Personen erläuterten, dass Patientinnen und Patienten es den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten wenig übel nehmen würden und bereit wären, mehr zu verzeihen, als man eigentlich denken würde.

P5: Also die verzeihen einen viel mehr, als man eigentlich denkt. Also, weil die merken ja auch, ich bin ja als Mensch da, und so versuchen unmenschlich perfekt zu sein, ist überhaupt nicht gut.

Es komme auch vor, dass Patienten von sich aus ansprächen, dass sie die letzte Stunde nicht gut gefunden hätten oder das sie etwas gestört hätte, was der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin gesagt habe. Vier der interviewten Personen betrachteten dies als gute Möglichkeit, Missverständnisse zu klären, sich für den Fehler zu entschuldigen und sich zu fragen, was nicht gut gelaufen sei und welche Ursachen das gehabt haben könnte. Die Patientin oder der Patient erlebe sich dadurch in seinen Empfindungen bestätigt und in seinem Tun wirksam. Dies sei ein zentraler Aspekt, meinte eine Person. Denn infolgedessen werde auch ihr Vertrauen gestärkt und sie würde mehr Sicherheit erlangen. Ein Psychotherapeut sagte, das Ansprechen von Fehlern führe zu einer Entspannung und Annäherung in der Therapiebeziehung. Wenn sich ein Therapeut fehlerhaft zeige, erlaube dies dem Patienten, sich wieder zu öffnen.

Nicht alle Personen reagieren jedoch auf dieselbe Art und Weise auf einen Fehler. Manchmal sei es auch so, dass ein Fehler Spuren in der Therapie hinterlasse, was von vier Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen beschrieben wurde. Der Patient oder die Patientin sei zudem oft nicht in der Lage, Kritik oder Unmut auszudrücken, oder beziehe das, was nicht gut laufe, auf sich selbst. Zwei Personen dachten, dies manifestiere sich vor allem in einer Unzufriedenheit beim Patienten oder bei der Patientin. Eine andere Möglichkeit der Reaktion von Patientinnen und Patienten nach einem gemachten Fehler sei, dass sie sich zurückzögen, führten zwei Psychotherapeuten an. Dies könne man manchmal daran erkennen, dass ein Patient oder eine Patientin plötzlich sehr gehemmt wirke oder ihm oder ihr merklich unwohl sei. Ein Psychotherapeut sprach davon, dass er ja auch nur ein Teil von dem wahrnehmen könne, was auf der Seite des Patienten oder der Patientin geschehe. Eine weitere Person erläuterte, dass sie deshalb manchmal nicht immer merke, wenn sie in den Augen der Patientin oder des Patienten einen Fehler gemacht habe.

P15: Das ist in den Augen der Leute ja auch immer subjektiv, ob ein Fehler ein Fehler ist. Also sehr subjektiv in der Psychotherapie. Aber wenn das jetzt für den Klienten oder die Patientin ein Fehler ist, dann merke ich das vielleicht auch nicht immer.

Drei Personen legten dar, dass in den Augen der Patientinnen und Patienten oft nicht dasselbe ein Fehler sei wie das, was die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Fehler bezeichnen würden und umgekehrt. Das zeige sich manchmal darin, dass sie als Psychotherapeutin zu vorsichtig sei, einen Fehler anspreche, der dem Patienten oder der Patientin gar nicht aufgefallen sei oder den diese als nicht gravierend empfunden hätte, erläuterte eine Person.

8.5.5 Therapieabbruch (D5)

Auffallend war eine gewisse Unsicherheit, wenn die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von Therapieabbrüchen sprachen. Bei acht Interviewpartnerinnen und Interviewpartnern wurde diese Thematik angesprochen. Zwei Personen sprachen in diesem Zusammenhang auch von dieser Unsicherheit, da man nicht genau wisse, was genau zum Abbruch geführt habe. Infolge des Abbruchs kämen Patientinnen und Patienten nicht mehr in die Psychotherapie, wodurch man keine Möglichkeit erhalte, Fehler zu thematisieren. Man bekomme keine Antwort auf seine offenen Fragen, sondern müsse einfach damit umgehen können und sich auf seine anderen Patientinnen und Patienten konzentrieren, erläuterte eine Person. Ein Therapieabbruch hinterlasse immer ein schales Gefühl und sie fühle sich in gewissem Masse auch hilflos, fügte sie hinzu.

P1: Und wenn es einen Abbruch gibt, hinterlässt es schon ein schales Gefühl (...). Ja, man erhält auch keine Antwort. Man muss sich das nachher selbst zusammenreimen.

P3: Vielleicht, wenn es zum Abbruch kommt. (...) das könnte auch mit Fehlern zu tun haben.

Drei Personen brachten offen zum Ausdruck, dass Fehler in der Psychotherapie auch einen Therapieabbruch zur Folge haben können. Dabei meinte eine Person, dass dies auf Patientenseite zumeist unbewusst ablaufe und nicht bewusst auf einen Fehler des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin zurückgeführt werde. Eine Psychotherapeutin und ein Psychotherapeut erörterten, dass es vor allem von der therapeutischen Beziehung abhängig sei, ob ein Therapieabbruch stattfinde oder nicht. Manchmal sei ein Therapieabbruch aber auch auf das Krankheitsbild des Patienten zurückzuführen, fügte eine Person hinzu.

Eine Person formulierte sehr vorsichtig, sie vermute, dass es dann zu einem Therapieabbruch komme, wenn sich ein Patient nach einem Fehler des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin nicht verstanden fühle. Dies beschrieb auch eine andere Person und fügte hinzu, dass in diesem Fall der Fehler nicht zu beheben gewesen sei und nicht nutzbringend in den therapeutischen Prozess hätte integriert werden können.

9 Diskussion

Die oben dargestellten Ergebnisse werden in folgendem Kapitel unter Einbezug der vorgängig besprochenen Theorie und in Bezug auf die formulierten Fragestellungen diskutiert. Dabei wird einleitend ein kurzer Überblick über die Arbeit, deren Ziele und die Methodik gegeben. Anschliessend werden die zentralen Aspekte und gewonnenen Erkenntnisse in Bezug auf die Fragestellungen zusammengefasst, die Methode kritisch betrachtet, Implikationen für die Praxis aufgezeigt und allfällige Hypothesen aufgestellt.

9.1 Überblick

Die vorliegende Arbeit wurde als qualitative Untersuchung angelegt. Ziel war die Analyse von verschiedenen Aspekten der Fehlerkultur von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, wie beispielsweise den inneren und äusseren Umgang mit Fehlern, den Einfluss der Therapierichtung auf den Umgang mit Fehlern, die helfenden und unterstützenden Faktoren im Zusammenhang mit der Verarbeitung von gemachten Fehlern sowie den Einfluss der Fehler auf den Therapieverlauf zu untersuchen. Es wurden mittels halbstrukturierten, problemzentrierten Interviews fünfzehn Personen unterschiedlichen Alters mit verschiedenen psychotherapeutischen Ausbildungen befragt, wovon neun Frauen und sechs Männer waren. Die dadurch gewonnenen Daten wurden mit einer strukturierenden Inhaltsanalyse ausgewertet, paraphrasiert niedergeschrieben und in den nachfolgenden Kapiteln interpretativ ausgelegt.

9.2 Interpretation der Ergebnisse

In nachfolgenden Kapiteln wird eine Interpretation und Analyse der im Kapitel 8 dargelegten Ergebnisse vorgenommen. Damit ein gewisses Mass an Übersichtlichkeit gewährleistet ist, wird das Kapitel in die Hauptkategorien unterteilt. Anschliessend an jedes Kapitel werden die dazugehörigen Fragestellungen zusammenfassend beantwortet.

9.2.1 Definition von Fehlern

In der Psychotherapie scheint es noch kein eigenes und einheitliches Verständnis für den Fehlerbegriff zu geben. Es zeigt sich in der Fachliteratur, wie Bienenstein (2010) das beschreibt, dass es dafür verschiedene Gründe gibt, wie beispielsweise die Komplexität der Thematik.

Auch die Aussagen der befragten Personen zur Definition von Fehlern betreffen viele verschiedene Aspekte und sind daher zumeist heterogen. Dass eine eindeutige Definition von Fehlern in der Psychotherapie nicht möglich ist, zeigt sich also auch in den Voten der

Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Es wird im Rahmen vorliegender Untersuchung deutlich, dass in beinahe allen Bereichen, in welchen die menschlichen Beziehungen im Vordergrund stehen, nicht so genau festgelegt werden kann, was richtig und was falsch ist, da dies stark persönlichkeits- und situationsabhängig ist.

Allgemein kann gesagt werden, dass sich die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einig waren, dass alle Menschen Fehler machen und Fehler zum therapeutischen Prozess gehören. Folglich sind sie sich bewusst, dass auch ihnen Fehler passieren. Fehler könnten für den Therapieprozess sogar wertvoll sein, denn dadurch bleibt dieser lebendig. Aufgrund der Analyse der Ergebnisse kann also im Rahmen vorliegender Untersuchung gesagt werden, dass Fehler in der Psychotherapie wie auch allgemein in der menschlichen Interaktion dazugehören. Entscheidend scheint, wie damit umgegangen wird und ob eine gute Fehlerkultur beim Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin aufgebaut wurde.

Ungeachtet der Definitionsschwierigkeiten zeigt sich anhand der Aussagen der befragten Personen, dass sich bestimmte allgemeine Fehlermöglichkeiten festlegen lassen, wie dies beispielsweise von Margraf (2009) versucht wird (vgl. Anhang B). Ob sich diese Fehlermöglichkeiten in der Psychotherapie jedoch immer als Fehler manifestieren, ist nicht eindeutig festlegbar, da ein Fehler immer kontextabhängig betrachtet werden muss. Die Analyse der Ergebnisse zeigt, dass bei den praktizierenden befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten keine umfassende und objektiv gültige Beschreibung von Fehlerarten bewusst manifestiert ist. Die Aussagen bezüglich der Fehlermöglichkeiten waren mehrheitlich heterogen und es scheint, dass diese vor allem aufgrund der persönlichen Erfahrungen der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aufgezählt wurden. Die beschriebenen Ergebnisse zeigen allerdings, dass im Rahmen vorliegender Untersuchung gewisse Fehlermöglichkeiten mehrmals genannt wurden und es möglicherweise für einige Fehlerarten einen objektiven Gehalt gibt. Nachfolgend werden diese genannten Fehlerarten zusammengefasst.

Als Fehler zeigt sich gemäss den befragten Personen, die Vorstellung des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin, zu wissen, worum es beim Klienten geht. Weiter sei es ein Fehler, wenn man sich zu sehr von der Theorie leiten lasse. Eine andere Fehlermöglichkeit, von welcher die Befragten berichteten, ist das falsche Timing. Des Weiteren zeigen die Ergebnisse, dass Fehler in der Abklärung, dem Abstinenzgebot, der Diagnostik und Therapieplanung, in der Gestaltung des Settings sowie in der Reflexion, Supervision und Fortbildung auftreten. Die beschriebenen Ergebnisse zeigen, dass die therapeutische Beziehung, wie fast in allen Gebieten der Psychotherapie, auch in Bezug auf Fehler eine zentrale Rolle einnimmt. Denn auch in der therapeutischen Beziehung können gemäss den Aussagen der befragten Personen Fehler gemacht werden. Es ist inzwischen psychologisches Allgemeinwissen, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung massgeblich zum Therapieerfolg beiträgt. Wenn also Fehler in Bezug auf die therapeutische Beziehung passie-

ren, wird im Rahmen vorliegender Untersuchung angenommen, dass diese Fehler im Vergleich mit technischen Behandlungsfehlern eine gravierende Auswirkung haben (vgl. Kap. 8.1.3).

Es zeigt sich aufgrund der Analyse der Ergebnisse eine Schwierigkeit bei der Unterscheidung zwischen Fehlerursachen und den Fehlerarten. Die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten haben bei Fragen nach fehlerauslösenden Aspekten oftmals weitere Fehlermöglichkeiten aufgezählt oder ähnliche Aspekte erneut benannt. Es scheint schwierig zu sein, zwischen fehlerauslösenden Faktoren, also Fehlerursachen und Fehlerarten zu differenzieren. Ein Grund dafür könnte sein, dass bereits die Fehlerursachen als Fehler bezeichnet werden, da ein Fehler ohne die Ursache nicht aufgetreten wäre.

Wenn Persönlichkeits- und Temperamentseigenschaften nicht angepasst werden können, weisen die dargelegten Ergebnisse darauf hin, dass sich das daraus entstehende Verhalten zu Fehlern entwickeln kann. Es könnte demnach sein, dass in gewissen Persönlichkeits- und Charakterzügen fehlerbedingende Ursachen liegen. In der Fachliteratur wurde durch verschiedene Autoren gezeigt, dass Persönlichkeitsfaktoren wesentlich zum Erfolg einer Psychotherapie beitragen. Die daraus entwickelte Schlussfolgerung von Märtens (2005), dass Persönlichkeitsbedingungen auch zu Misserfolg beitragen, soll hier besonders hervorgehoben werden. In Bezug auf Fehler würde das bedeuten, dass Persönlichkeitseigenschaften sowohl negative wie auch positive Auswirkungen (Kapitel 9.2.4) des Fehlers beeinflussen oder verstärken können.

9.2.2 Umgang mit Fehlern

Nicht nur die Thematik der Definition von Fehlern in der Psychotherapie, sondern auch ihre Verarbeitung sowie der Umgang mit ihnen sind komplexe Themen, die sich in vorliegender Untersuchung nur schwer umreißen lassen.

In der Literatur ist die Thematik des Umgangs mit Fehlern nicht sehr präsent. Dort wird häufiger das Thema Umgang mit Misserfolgen beleuchtet. Obwohl ein Misserfolg und ein Fehler nicht gleichzusetzen sind, kann aufgrund der Analyse der Ergebnisse vorliegender Untersuchung gesagt werden, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen ähnlichen Umgang mit beiden Themenbereichen pflegen. Dies zeigt sich darin, dass von ähnlichen Gefühlen, Gedanken und Abläufen berichtet wurde, die bei einer inneren und äusseren Verarbeitung eines Fehlers wie auch eines Misserfolges ablaufen.

Es zeigt sich weiter, dass ein gemachter Fehler in der Psychotherapie die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten stark beschäftigt. Wenn den Befragten ein Fehler bewusst wird, setzen sie sich gedanklich intensiv damit auseinander. Dabei könnte es sein, dass die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Fehler ein erster Schritt in dessen Verarbeitungsprozess ist. Nichtsdestotrotz versuchen die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, sich zu Hause und in der Freizeit nicht gedanklich mit ihren Pati-

entinnen und Patienten zu beschäftigen. Spannend ist, dass dem einige der befragten Personen widersprachen und betonten, dass es durchaus positive Aspekte habe und neue Anregungen gebe, wenn man ab und zu auch in der Freizeit an die Patientinnen und Patienten denke. Möglicherweise hängen diese unterschiedlichen Aussagen davon ab, ob der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin in der Lage ist, sich auch wieder von der gedanklichen Beschäftigung loslösen zu können.

Die dargelegten Ergebnisse lassen darauf schliessen, dass ein Fehler bei Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten negative Gefühle evoziert. Dabei geht es, gemäss den befragten Personen, um unterschiedliche Empfindungen, welche von leichten Schuldgefühlen über Selbstabwertungen und Missfallen bis hin zu Aggressionen reichen. Diese Gefühle wurden von den befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten jeweils nicht als heftige Gefühlsausbrüche, sondern eher als leise, internal gelebte Emotionen beschrieben. Die befragten Personen sagten jedoch auch, dass sie sich den Fehler irgendwann auch verzeihen und er sie dadurch nicht mehr so stark beschäftigt. Diese negativen Gefühle werden laut Marchand (2006) auch bei Misserfolg erlebt.

Die beschriebenen Ergebnisse weisen darauf hin, dass ein zentraler Aspekt im Umgang mit Fehlern gegenüber Patientinnen und Patienten darin besteht, den Fehler zu thematisieren und anzusprechen. Alle befragten Personen schätzten diesen Aspekt als wesentlichen und wichtigen Faktor für die Integration des Fehlers in den Therapieverlauf ein. Dabei sollte die Überlegung im Vordergrund stehen, ob das Thematisieren des Fehlers für den Patienten oder die Patientin von Nutzen ist und den Therapieprozess in eine positive Richtung lenkt. Ein Fehler soll gemäss den befragten Personen von Seiten der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten nicht angesprochen werden, wenn es einen Patienten oder eine Patientin verunsichert, wenn er einen negativen Einfluss auf den Therapieverlauf haben kann oder wenn das Ansprechen nur dazu dient, sich und sein schlechtes Gewissen zu entlasten. Demnach zeigt sich in der vorliegenden Untersuchung möglicherweise, dass es zentral sein kann, die richtige Intuition zu haben, ob der Fehler angesprochen werden soll oder nicht. Auch die Untersuchungen von Safran und Muran (2011) bestätigen, dass durch das Thematisieren von Schwierigkeiten in der Beziehung negative Auswirkungen vermindert werden können.

Die Vermutung liegt aufgrund der Analyse der Ergebnisse nahe, dass es für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einfacher ist, einen gemachten Fehler einzugestehen und transparent zu kommunizieren, wenn schon eine stabile und vertrauensvolle therapeutische Beziehung zum Patienten oder zur Patientin aufgebaut werden konnte. Möglicherweise erleichtert die positive Beziehung der Patientin oder dem Patienten, einen Fehler zu verzeihen und die Therapie weiterzuführen. Im Umkehrschluss könnte daraus gefolgert werden, dass sich Schwierigkeiten in der therapeutischen Beziehung als prognostisch negativ im Falle eines Auftretens von Fehlern erweisen. Die Folge von diesen Schwierigkeiten könnte sein, dass ein Patient oder eine Patientin nicht gewillt wäre, der Psychotherapeutin

oder dem Psychotherapeuten einen Fehler zu entschuldigen, und es zum Beziehungs- und Therapieabbruch kommen würde. Dieses Ergebnis bestätigt sich auch in der Untersuchung von Safran und Muran (1996) die ausführen, dass Fehler in der Psychotherapie zu Beziehungsbrüchen führen können.

Bezüglich des inneren Umgangs mit Therapieabbrüchen zeigen vorliegende Resultate, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Gefühle wie Hilflosigkeit und Unsicherheit empfinden. Diese Gefühle werden gemäss den befragten Personen dadurch evoziert, dass der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin keine Möglichkeit hat, den Fehler zu thematisieren, und er oder sie deshalb keine Antworten auf offene Fragen erhält. Wenn – wie oben beschrieben – feststeht, dass das Ansprechen des Fehlers ein zentraler Baustein für die Verarbeitung wäre, würde dieser Baustein im Rahmen der Therapieabbrüche fehlen. Möglicherweise steht dies in Beziehung dazu, dass es bei Therapieabbrüchen für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten schwieriger ist, Fehler und ihre Auswirkungen zu verarbeiten und daraus zu lernen. Es kann aufgrund der Ergebnisse angenommen werden, dass diese Aspekte für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sehr belastend sein können. Umso wichtiger wäre es, in diesem Bereich spezifische Unterstützung und Hilfe für den Umgang mit und die Verarbeitung von Fehlern beizuziehen. Supervision und Intervention sind dabei wichtige Bestandteile (vgl. Kap. 9.2.3).

Bezüglich des Einflusses der Therapierichtung auf die Definition und den Umgang mit Fehlern kann aufgrund der dargelegten Ergebnisse gesagt werden, dass die Mehrheit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einen vorhandenen Einfluss feststellt. Die restlichen der befragten Personen glauben jedoch, dass ihr Umgang mit Fehlern entweder von ihrer Person oder von ihrer Erfahrung abhängig ist, was faktisch schwer zu trennen ist und sich deshalb unter Einfluss der Persönlichkeit zusammenfassen lässt. Es könnte sein, dass der Einfluss der Therapierichtung eine zentrale Stellung im Umgang mit Fehlern in der Psychotherapie einnimmt, da sich die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oftmals stark mit ihren Therapiemethoden identifizieren. Da jedoch der Umgang mit Fehlern auch heute vermutlich erst in den wenigsten Psychotherapieausbildungen bewusst thematisiert wird, könnte es sein, dass sich dieser Einfluss eher in einem unbewussten Bereich abspielt. Hier zeigt sich möglicherweise ein Spannungsfeld. Einerseits wird heute von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen verlangt, Weiterbildungen zu besuchen und so auch aus anderen Therapierichtungen neue Anregungen zu erhalten. Dieser Aspekt würde dafür sprechen, dass der Einfluss der ursprünglichen Therapierichtung auf den Umgang mit Fehlern stetig abnimmt. Andererseits könnte es sein, dass gerade die ursprüngliche Therapierichtung Halt und Sicherheit im Umgang mit Fehlern vermittelt, indem die angewendeten Interventionen und Techniken nach einem Fehler bekannt sind. Das würde wiederum dafür sprechen, dass der Einfluss der Therapierichtung auch mit zunehmender Erfahrung und Weiterbildungen in anderen Therapierichtungen bestehen bleibt. Da jüngere Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäss den vorliegenden Resultaten

dazu tendieren, sich zu stark an die Theorie zu halten, könnte es sein, dass die Identifikation mit der Therapierichtung und ihr Einfluss auf den Umgang mit Fehlern direkt nach der Ausbildung und mit wenig Berufserfahrung noch stärker vorhanden ist und eine zentralere Rolle spielt.

Im Rahmen vorliegender Arbeit und anhand der aufgezeigten Resultate kann bestätigt werden, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus Fehlern lernen. Alle befragten Personen schätzten dieses Lernen aus Fehlern als zentralen Aspekt im Umgang mit Fehlern ein und stützen entsprechend die Einschätzung von Brühlmann-Jecklin (2002), welche diesen Faktor als wegweisend im Umgang mit Fehlern erachtet. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten versuchen im Verlaufe ihrer Erfahrung kontinuierlich an ihrer Fehlerkultur zu arbeiten und diese aufzubauen. Die Ergebnisse weisen jedoch darauf hin, dass bei diesem Lernen aus Fehlern auch eine Grenze besteht, welche als Persönlichkeitsbias bezeichnet werden kann. Es zeigt sich aufgrund der Analyse der Ergebnisse, dass in der Persönlichkeit der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine systematische Verzerrung liegt, wodurch sie gewisse Fehler und unerwünschte Ereignisse nicht wahrnehmen. Dieses Ergebnis unterstreicht die Aussagen von Linden (2012) und Murdock, Edwards und Murdock (2010), die sagen, dass durch diese Bias Fehler entweder nicht wahrgenommen werden, als etwas Normales umattributioniert oder als patientenseitig bedingt interpretiert werden. Diese Bias dient dazu, den Selbstwert der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu schützen. Gerade bezüglich dieser Verzerrung in der Wahrnehmung scheint es wichtig, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten bewusst hinschauen und sich nötigenfalls Unterstützung holen, um an diesen Grenzen zu arbeiten und die Bias, die in der Persönlichkeit liegt, aufzulösen. Möglicherweise zeigt sich hier ein weiteres Spannungsfeld. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten sollen sich ihrer Fehler bewusst sein, damit sie die negativen Auswirkungen verhindern können. Gleichzeitig haben sie mit dieser Bias einen natürlichen Schutz zur Erhaltung ihres Selbstwertes. Der Anspruch muss sein, dass die psychotherapeutische Fachwelt Fehler nicht mehr als etwas Negatives bewertet, sondern eine Fehlerkultur aufgebaut und diese Schutzfunktion der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten hinfällig wird (vgl. Kapitel 4.1).

Es könnte sein, dass ein Fehler, der nicht eingestanden und nicht ernst genommen wird, den Aufbau von negativem Wissen für die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erschwert und kein Lernprozess stattfindet. Das würde bedeuten, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, die noch keine Fehlerkultur aufbauen konnten und Mühe haben, Fehler einzugestehen, auch nicht aus ihren Fehlern lernen können, und diese Fehler möglicherweise wiederholt auftreten.

Im Rahmen vorliegender Untersuchung kann gesagt werden, dass einige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im beruflichen und im privaten Umfeld unterschiedlich mit Fehlern umgehen. Gemäss den Aussagen der befragten Personen ist es zentral, dass sie im beruflichen Umfeld mehr Verantwortung tragen und deshalb den Anspruch an sich haben,

in einer professionellen Distanz zu bleiben. Im privaten Umfeld reagieren die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten emotionaler, unreflektierter und direkter auf einen Fehler. Auffallend ist dabei, dass einige ihren Umgang mit Fehlern von ihrer Persönlichkeit abhängig machen, was möglicherweise bedeutet, dass sie im privaten und beruflichen Umfeld ähnlich mit Fehlern umgehen. Demnach zeigen sich in vorliegender Untersuchung unterschiedliche Meinungen bezüglich Differenzen in der Reaktion im privaten sowie im professionellen Umfeld.

Einig hingegen war sich die Mehrheit der befragten Personen in Bezug auf den Aspekt, dass zunehmende Berufserfahrung den Umgang mit Fehlern verändert. Dabei wurden unterschiedliche Faktoren der Veränderung genannt wie ein veränderter Umgang mit Gefühlen, mehr Sicherheit, Selbstbewusstsein und Lebenserfahrung oder insgesamt Situationen besser zu erkennen, wo Fehler auftreten könnten. Auffallend ist, dass drei Personen in Frage stellten, dass zunehmende Berufserfahrung den Umgang mit Fehlern verbessert. Gemäss ihren Aussagen wird diese häufig überschätzt. Sie führen dies darauf zurück, dass die Erfahrung einem das Gefühl von Sicherheit vermittelt und durch die Gewohnheit gewisse Fehler nicht mehr erkannt werden. Dieses Ergebnis unterstreicht auch die widersprüchlichen Meinungen in der Fachliteratur. Riedler-Singer (2007) beschreibt drei Fehlerarten, welche mit zunehmender Berufserfahrung weniger oft vorkommen: a) eine zu grosse Vorsicht bei Interventionen, b) eine Tendenz, zu schwierige Fälle zu übernehmen und c) ein starres Festhalten an technischen Regeln. Jacobi (2002) hingegen betont, dass erfahrene Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten dazu neigen, ihre Anteile eines Misserfolgs zu verharmlosen und abzuschwächen.

In Bezug auf die Idealisierung lässt sich aufgrund der Aussagen von einigen befragten Personen schliessen, dass Patientinnen und Patienten dazu neigen, Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zu überschätzen. Sie vermuten, dass dies eher ein Problem zu Beginn einer Therapie ist. Gemäss ihren Aussagen sind diese Phantasien durch eine Zusammenarbeit korrigierbar.

In der psychotherapeutischen Forschung wie auch in der Praxis zeigt sich gemäss den befragten Personen eine Tendenz zur Tabuisierung von Fehlern. Es fällt auf, dass mehrheitlich über Erfolge gesprochen und geschrieben wird. Auch in der Publikationspraxis werden gemäss Fischer-Klepsch et al. (2009) nur Erfolgsmeldungen gewünscht. Aufgrund dieser Ergebnisse könnte deshalb angenommen werden, dass Fehler in den Psychotherapieausbildungen ebenso wie an -weiterbildungen auch heute noch selten spezifisch thematisiert werden.

9.2.3 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellungen 1 und 2

Wie gehen Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen aus ihrer Sicht mit Fehlern um, die sie in der Psychotherapie machen?

Im Rahmen vorliegender Untersuchung kann gesagt werden, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in Bezug auf Fehler in der Psychotherapie einen ähnlichen Umgang wie mit Misserfolgen pflegen. Wenn ihnen ein Fehler bewusst wird, setzen sich die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gedanklich intensiv damit auseinander. Im Weiteren ist der Umgang mit Fehlern von negativen Gefühlen wie leichten Schuldgefühlen, Selbstabwertung, Unzufriedenheit und leichten Aggressionen geprägt. Die befragten Personen verzeihen sich die Fehler aber auch.

Die dargelegten Ergebnisse weisen darauf hin, dass diese negativen Gefühle nur in Bezug auf die internale Verarbeitung in Erscheinung treten. Im Umgang mit dem Patienten oder der Patientin erweist sich in vorliegender Untersuchung das Ansprechen des Fehlers als der zentrale Aspekt, um einen Fehler zu verarbeiten. Dabei muss die Überlegung in den Vordergrund gestellt werden, ob dieses Thematisieren förderlich für den Therapieprozess ist. Nicht förderlich ist es, wenn es den Patienten oder die Patientin verunsichert, einen negativen Einfluss hat oder nur das schlechte Gewissen des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin beruhigt werden soll. Gemäss den befragten Personen müssen das Ansprechen und die Entschuldigung ernst gemeint sein. Dies fällt den befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten leichter, wenn bereits eine gute und vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufgebaut werden konnte. Wenn es aufgrund eines Fehlers zu einem Therapieabbruch kommt, ist der innere Umgang der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten geprägt von Hilflosigkeit und Unsicherheit. Der Fehler kann nicht mehr angesprochen und in die therapeutische Arbeit integriert werden, womit dessen Verarbeitung erschwert ist.

Die Analyse der Ergebnisse zeigt, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten auch aus Fehlern lernen und negatives Wissen aufbauen. Dies wird durch eine Bias teilweise erschwert, welche in der Persönlichkeit liegt und durch welche Fehler, die in der Persönlichkeit des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin liegen, nicht erkannt oder umattributioniert werden. Diese Bias dient dem Schutz des Selbstwertes von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten. Weiter zeigt sich, dass der Umgang mit Fehlern im privaten und beruflichen Umfeld von einigen der befragten Personen als unterschiedlich wahrgenommen wird. Einige der befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten waren der Meinung, dass dieser eher von ihrer Persönlichkeit abhängt und darum dieser ähnlich sei, während andere der Meinung waren, im beruflichen Umfeld souveräner mit Fehlern umgehen zu können und professioneller zu reagieren.

Bezüglich der Veränderung im Umgang mit Fehlern durch Erfahrungszuwachs herrschen unterschiedliche Meinungen, wie die Analyse der Ergebnisse zeigt. Auf der einen Seite

stehen die Aussagen von Personen, die davon ausgehen, dass zunehmende Erfahrung in der Psychotherapie dazu führt, weniger Fehler zu machen. Auf deren anderen Seite widersprechen einige der befragten Personen, indem sie davon ausgehen, dass zunehmende Erfahrung überschätzt wird, da sie Sicherheit bietet und durch diese gemachte Fehler nicht mehr wahrgenommen werden.

Wird der Umgang mit Fehlern aus der Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten davon beeinflusst, welche Therapierichtung von ihnen ausgeübt wird?

Die Psychotherapierichtung beeinflusst die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Umgang mit Fehlern. Es zeigt sich, dass dieser Einfluss in Bezug auf Fehler zumeist eher unbewusst und auf das Menschenbild sowie hinter der Psychotherapierichtung liegende Theorien zurückzuführen ist, da oftmals keine eigenen Konzepte und Ansichten in Bezug auf Fehler vorhanden sind. Weitere Einflüsse auf den Umgang mit Fehlern zeigen sich in Persönlichkeit und in der Erfahrung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Obwohl im Rahmen vorliegender Untersuchung der Einfluss der Psychotherapierichtung in Bezug auf den Umgang mit Fehlern deutlich vorliegt, kann obenstehende Fragestellung nicht abschliessend beantwortet werden. Da sich die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten oftmals stark mit der Psychotherapierichtung identifizieren, kann es sein, dass der Einfluss zudem grösser ist als gedacht. Dagegen spricht jedoch, dass sich heutzutage alle Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten in ihren eigenen, aber auch in anderen Psychotherapierichtungen weiterbilden müssen. Der Schulenstreit ist nicht mehr zeitgemäss und die Grenzen zwischen den Therapierichtungen verfließen teilweise. Dies spricht für einen stetig abnehmenden Einfluss der Psychotherapierichtung in Bezug auf den Umgang mit Fehlern der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

9.2.4 Unterstützung und Hilfe

Die Aussagen bezüglich unterstützender und helfender Faktoren in der Verarbeitung von Fehlern und im Umgang mit Fehlern sind sehr einheitlich. Im Rahmen vorliegender Arbeit kann bestätigt werden, dass der Supervision im Umgang mit Fehlern eine zentrale, unterstützende und hilfreiche Rolle zugeschrieben wird. Wichtig dabei ist vor allem der Aspekt der Kommunikation im Sinne von ‚etwas mit jemandem teilen können‘, was man sonst alleine tragen müsste. Weitere wichtige Punkte, die von den befragten Personen genannt wurden, sind die Aussensicht des Supervisors, die vermittelte Sicherheit, der Rückhalt, die Distanzierung von dem schwierigen Prozess sowie die Entwicklung von Lösungsstrategien. Diese zentralen Aspekte kommen gemäss den vorliegenden Resultaten nur dann zum Tragen, wenn das Verhältnis zwischen Supervisandin oder Supervisand und Supervisorin

oder Supervisor von Vertrauen geprägt ist. Diese Aspekte bestätigen teilweise die von Frank und Vaitl (1987) in der Theorie beschriebenen Bedürfnisse von Supervisandinnen und Supervisanden nach emotionaler Unterstützung, Erhöhung der therapeutischen Kompetenz, einer offenen Umgebung, in welcher Selbstreflexion möglich ist, einer fall- oder methodenspezifischen Anleitung sowie intellektueller Herausforderung. Die ersten drei der aufgezählten Aspekte können im Rahmen vorliegender Untersuchung bestätigt werden.

Die Ergebnisse weisen darauf hin, dass Intervision ein nützliches und hilfreiches Instrument zur Verarbeitung von Fehlern ist. Als hilfreiche Faktoren der Intervision werden von den befragten Personen die Klärung schwieriger Situationen, die Distanzierungsmöglichkeiten durch das Gespräch, die Vergleichsmöglichkeiten mit anderen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, das Erlangen von Bestätigung und Sicherheit und das Aufzeigen neuer Handlungsmöglichkeiten genannt. Auch in der Intervision braucht es gemäss den Resultaten vorliegender Untersuchung eine gute Vertrauensbasis, damit unsichere Personen sich öffnen und die hilfreichen Faktoren zum Tragen kommen.

Auffallend ist, dass es von den befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als wichtig empfunden wird, in ein Team eingebunden zu sein. Dies ermöglicht einen informellen Austausch, der als besonders unterstützend erlebt wird. Es könnte sein, dass dieser informelle Austausch innerhalb des Teams einen Teil der Supervision und der Intervision ersetzt. Gründe dafür könnten sein, dass dieser Austausch viel niederschwelliger als Supervision und Intervision ist und oft unmittelbar in dem Moment stattfinden kann, in dem sich die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten intensiv mit der Thematik und den Schwierigkeiten des gemachten Fehlers auseinandersetzen.

Diese beschriebenen Ergebnisse bezüglich der Unterstützung und Hilfe im Umgang mit und in der Verarbeitung von Fehlern widersprechen der in der Theorie aufgezeigten Aussage von Marchand (2006) bezüglich der Verarbeitung von Misserfolgserlebnissen. Gemäss der Autorin werden Misserfolgserlebnisse zwar aktiv hinterfragt, jedoch selten mit Hilfe von externer Unterstützung verarbeitet. Im Rahmen vorliegender Untersuchung und bezüglich Fehler in der Psychotherapie kann gesagt werden, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten Fehler sowohl eigenständig verarbeiten als auch externe Unterstützung dafür in Anspruch nehmen.

Die Ergebnisse zeigen, dass die Selbstfürsorge als hilfreich und unterstützend in Bezug auf Fehler in der Psychotherapie erlebt wird. Es geht dabei gemäss den vorliegenden Resultaten darum, die eigene Gesundheit aufrechtzuerhalten, seine Grenzen zu kennen, eine gute Balance zwischen Arbeit und Freizeit zu finden, andere Interessen zu pflegen und sich Gutes zu tun. Dies verhilft den befragten Personen, sich zu zentrieren und danach wieder offener auf Patientinnen und Patienten zugehen zu können. Es kann weiter gesagt werden, dass auch die eigene Befindlichkeit und das Privatleben den Umgang mit Fehlern beeinflussen. Diese Ergebnisse bestätigen auch die von Ruff et al. (2011) beschriebenen Aussa-

gen, dass die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten immer durch Stimmungsschwankungen und aktuelle eigene Probleme beeinflusst werden (vgl. Kap. 3.3).

Zudem zeigt sich, dass es noch andere Strategien gibt, welche sich die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Unterstützung und Hilfe in Bezug auf Fehler angeeignet haben. Diese Aussagen sind subjektiv, persönlich geprägt und weisen daher eine grosse Heterogenität auf. Einheitlich als unterstützend beschrieben wird jedoch der Austausch zu Hause mit dem Partner oder der Partnerin, ohne dabei die Schweigepflicht zu verletzen. Ein Ereignis kann so besser eingeordnet werden und die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erhalten Beistand. Weitere Punkte, die genannt wurden, waren eine besonders sorgfältige Terminplanung, der breite theoretische Wissenshintergrund, Weiterbildungen und neue Anregungen, die gedankliche Beschäftigung mit den Patientinnen und Patienten in der Freizeit und eine Art innerer Supervisionsprozess. Bei Letzterem geht es darum, sich selbst innerlich zu begleiten und eine Art Metakommunikation über die verschiedenen inneren Anteile der Persönlichkeit zu führen.

9.2.5 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung 3

Was hilft und unterstützt Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Umgang mit Fehlern, die sie in der Psychotherapie gemacht haben?

Im Rahmen vorliegender Untersuchung werden Supervision, Intervision, ein Team und Selbstfürsorge als hilfreiche und unterstützende Faktoren im Umgang mit Fehlern gesehen. Bei der Supervision wurden von den befragten Personen die emotionale Unterstützung, die Erhöhung der therapeutischen Kompetenz sowie die Offenheit der Umgebung für mögliche Selbstreflexion als supportiv beschrieben. Auch Intervision wird als zentral für die Verarbeitung von Fehlern gesehen. Dabei werden die Klärung der schwierigen Situation, Distanzierungsmöglichkeiten durch das Gespräch, Vergleichsmöglichkeiten sowie die Bestätigung, die Sicherheit und das Erlangen neuer Handlungsmöglichkeiten als hilfreich erlebt. Es wäre möglich, dass ein Teil der Super- und Intervision durch die Arbeit in einer Gruppenpraxis ersetzt werden kann. Das Eingebundensein in ein Team ermöglicht einen informellen Austausch, welcher als besonders unterstützend erlebt wird und niederschwelliger ist als Super- und Intervision.

Auch Strategien der Selbstfürsorge erweisen sich betreffend die beschriebenen Ergebnisse als relevant bezüglich des Umgangs mit Fehlern, denn die eigene Befindlichkeit und das Privatleben beeinflussen diesen. Zentral ist dabei gemäss den Aussagen der befragten Personen ein gutes Gleichgewicht zwischen Arbeit und Freizeit, seine Grenzen zu kennen und zu respektieren, andere Interessen zu pflegen und sich bewusst Gutes zu tun. Durch diese Aspekte werden die befragten Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen mehr auf sich und ihre Arbeit konzentrieren können und es fällt ihnen leichter, offen auf Patientinnen

und Patienten zuzugehen. Des Weiteren wird einheitlich als unterstützend erlebt, sich zu Hause mit der Partnerin oder dem Partner auszutauschen. Auch andere Strategien helfen, wobei diese sehr subjektiv sind und jede Psychotherapeutin und jeder Psychotherapeut seine eigenen entwickelt hat.

9.2.6 Auswirkungen von Fehlern

Aufgrund der dargestellten Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung kann gesagt werden, dass Psychotherapie nicht ohne Fehler von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten möglich ist. Dies bestätigt auch die in der Theorie von verschiedenen Autoren dargelegten Ausführungen. Bienenstein und Rother (2009) führen beispielsweise aus, dass in der Psychotherapie Alltagsfehler unvermeidbar und allgegenwärtig sind. Wenn dieser Faktenlage Rechnung getragen wird und Fehler zum psychotherapeutischen Prozess gehören, müsste es das erklärte Ziel jedes Psychotherapeuten und jeder Psychotherapeutin sein, einen Fehler möglichst konstruktiv für den Therapieprozess nutzen zu können.

Alle befragten Personen schätzen das Ansprechen des Fehlers gegenüber dem Patienten oder der Patientin als zentralen Aspekt ein, wenn es um die erläuterten nutzbringenden Aspekte geht. Dabei muss der Fehler laut den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erst einmal eingestanden werden, auch sich selbst gegenüber. Wie in Kapitel 9.2.2 ausgeführt, beurteilen die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemäss den vorliegenden Resultaten anschliessend, ob ein Thematisieren des Fehlers förderlich für den Therapieprozess ist oder nicht. Anschliessend kann laut den befragten Personen die Verantwortung für den Fehler übernommen und eine Entschuldigung gegenüber dem Patienten oder der Patientin ausgesprochen werden.

Die Ergebnisse vorliegender Untersuchung weisen darauf hin, dass es Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten einfacher fällt, einen Fehler anzusprechen, wenn bereits vor dem Fehler eine gute therapeutische Beziehung aufgebaut wurde. Das würde heissen, dass eine gute therapeutische Beziehung einen präventiv positiven Effekt auf den Einfluss von Fehlern auf den Psychotherapieverlauf haben kann. Wenn – wie bereits in Kapitel 9.2.2 erläutert – durch das Ansprechen des Fehlers ein Fehler konstruktiv für den Therapieprozess genutzt wird und es bei einer stabilen Therapiebeziehung einfacher fällt, diesen anzusprechen, könnte daraus gefolgert werden, dass Fehler bei einer guten therapeutischen Beziehung schneller thematisiert werden und so weniger Möglichkeiten einer negativen Auswirkung bestehen. Das Ziel, eine stabile und vertrauensvolle therapeutische Beziehung aufzubauen, würde also auch in Bezug auf Fehlerprävention weitere Bedeutung und Wichtigkeit in der Psychotherapie erhalten. Es kann sogar sein, dass diese positive und präventive Wirkung der therapeutischen Beziehung im Hinblick auf mögliche Fehler einen wichtigen Teil zur Wirksamkeit von Psychotherapie beiträgt. Des Weiteren zeigt sich anhand der Aussagen der befragten Personen die Wichtigkeit, Fehler so früh als möglich zu erken-

nen, um allfällige negative Wirkungen auffangen zu können. Als wirksames Mittel dafür werden regelmässige Standortbestimmungen erachtet.

Die Ergebnisse vorliegender Untersuchung zeigen, dass sich ein Fehler auch positiv auf den Therapieverlauf auswirken kann. Die Voraussetzungen dafür sind gemäss den befragten Personen, dass der Fehler angesprochen wird, der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin dazu stehen kann und die Verantwortung dafür übernimmt. Auf der Basis dieser adäquaten Reaktion erhält die Patientin oder der Patient das verlorene Vertrauen und die Sicherheit zurück und die therapeutische Beziehung wird gestärkt. So kann ein Fehler eine Chance beinhalten, im therapeutischen Prozess einen Schritt weiterzukommen. Auch von Brühlmann-Jecklin (2002) wird auf diese Chancen hingewiesen. Wenn der Fehler zugegeben werde, ergebe dies eine Beziehung auf Augenhöhe, das Vertrauen der Patientinnen und Patienten werde gestärkt und sie würden in ihren Empfindungen bestätigt. Anhand der Aussagen der befragten Personen zeigt sich, dass Fehler für den Therapieverlauf einerseits förderlich sein können, andererseits sind Fehler nicht planbar und können nicht absichtlich herbeigeführt werden. Zudem können Fehler auch negative Auswirkungen auf den Therapieverlauf haben. Das würde darauf hinweisen, dass es weiterhin darum gehen muss, Fehler möglichst zu vermeiden, aber gleichzeitig zu akzeptieren, dass dies nicht immer möglich ist. Wenn also ein Fehler passiert, muss der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin eine möglichst gute Fehlerkultur haben.

In Bezug auf die negativen Auswirkungen von Fehlern in der Psychotherapie sind die Aussagen der befragten Personen sehr heterogen. Wenn man jedoch davon ausgeht, dass sich ein Fehler positiv auswirken kann, wenn man ihn anspricht und im Therapieprozess verwertet, müsste man daraus schliessen können, dass sich ein Fehler negativ auswirken würde, wenn er nicht angesprochen wird. Dieser Umkehrschluss ist jedoch nicht allgemein gültig, da die Auswirkungen eines Fehlers situations- und persönlichkeitsabhängig sind. Zudem soll und kann ein Fehler nicht immer angesprochen werden.

Die Resultate weisen darauf hin, dass in gewissen Fällen der richtige Zeitpunkt verpasst wird, einen Fehler zu thematisieren. Die Entschuldigung kann dann gemäss den befragten Personen vom Patienten oder der Patientin nicht mehr angenommen werden, es bleiben Frustration, negative Erinnerungen und Zweifel an der Vertrauenswürdigkeit des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin bestehen. Ein wichtiger Aspekt zeigt sich im Rahmen vorliegender Untersuchung darin, dass die Entschuldigung des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin authentisch und ehrlich gemeint sein muss, so dass der Patient oder die Patientin merkt, dass man dazu steht, einen Fehler gemacht zu haben, und die Verantwortung dafür übernimmt. Falls dies nicht gelingt, lässt sich der negative Einfluss auf den Therapieverlauf an der Verlangsamung des Prozesses, einem Stehenbleiben im Prozess oder einer Distanzierung in der therapeutischen Beziehung erkennen, wie aufgrund vorliegender Ergebnisse festgestellt wird. Das richtige Timing und die Intuition zu besit-

zen, ob und wann ein Fehler angesprochen werden soll oder nicht, wurde von den befragten Personen als zentral erachtet (vgl. Kap. 9.2.2).

Wie oben beschrieben, wird davon ausgegangen, dass bei einer guten therapeutischen Beziehung die Auswirkungen des Fehlers besser aufgefangen werden können. Es könnte sein, dass sich ein Fehler bei einer weniger guten therapeutischen Beziehung stärker auswirkt, weil er von der Patientin oder dem Patienten stärker gewichtet wird und er oder sie weniger bereit ist, der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten zu verzeihen.

Durch die Analyse der Ergebnisse zeigt sich deutlich, dass die Reaktion der Patientinnen und Patienten auf einen angesprochenen Fehler beinahe immer positiv ist. Beschrieben wird diese Reaktion durch die befragten Personen zum einen mit einer spürbaren patientenseitigen Erleichterung, da diese oft spüren würden, wenn etwas nicht stimmen würde. Zum anderen wurde von einer Entspannung und Annäherung in der Therapiebeziehung und einer Wertschätzung davon, dass der Fehler durch die Psychotherapeutin oder den Psychotherapeuten angesprochen wurde, berichtet.

Es zeigt sich in vorliegender Untersuchung, dass nicht alle Fehler den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten von alleine bewusst werden. Dem kann angefügt werden, dass Patientinnen und Patienten Fehler auch von sich aus ansprechen, was von den befragten Personen als wertvoll bezeichnet wird. Dadurch ist es möglich, Missverständnisse zu klären, sich für einen Fehler zu entschuldigen und diesen in der therapeutischen Arbeit zu verwerten. Als wichtig zeigt sich aufgrund der Analyse der Ergebnisse hier zudem, dass sich der Patient oder die Patientin als wirksam erlebt und in seinen resp. ihren Empfindungen bestätigt wird, so dass er resp. sie Vertrauen und Sicherheit gewinnen kann. Dass die befragten Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten es als wertvoll erachten, wenn ein Fehler von dem Patient oder der Patientin angesprochen wird, könnte darauf hinweisen, dass sie bereits eine positive Fehlerkultur aufgebaut haben.

Im Rahmen vorliegender Untersuchung kann bestätigt werden, dass Fehler zu Therapieabbrüchen führen können. Dies ist laut den befragten Personen von der therapeutischen Beziehung oder vom Krankheitsbild des Patienten oder der Patientin abhängig. Die Ergebnisse zeigen, dass es zu einem Therapieabbruch führen kann, wenn sich der Patient oder die Patientin nicht verstanden fühlt oder der Fehler nicht durch die therapeutische Fachperson behoben und in den Therapieprozess integriert werden kann. Diese Resultate bestätigen auch die Ausführungen von Safran und Muran (1996), welche beschreiben, dass ein Fehler zu Beziehungsbrüchen führen kann und diese erwiesenermassen Therapieabbruch zur Folge haben können.

Die Reaktion der Patienten auf einen Fehler in der Psychotherapie scheint einen Einfluss darauf zu haben, wie auf Seiten der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten mit dem Fehler umgegangen wird und inwiefern der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin diesen verarbeiten kann.

9.2.7 Zusammenfassende Beantwortung der Fragestellung 4

Wie beeinflusst ein Fehler aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten den Therapieverlauf?

Da im Rahmen vorliegender Untersuchung bestätigt werden kann, dass Alltagsfehler in der Psychotherapie nicht vollständig vermieden werden können, geht es darum, sie möglichst konstruktiv für den therapeutischen Prozess zu verwenden. Der wesentlichste Aspekt dabei ist gemäss den befragten Personen das Ansprechen des Fehlers gegenüber dem Patienten oder der Patientin. Da den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten durch eine gute therapeutische Beziehung das Ansprechen leichter fällt, könnte der Aufbau einer stabilen therapeutischen Beziehung eine präventive Wirkung bezüglich negativer Fehlereffekte erhalten.

Die Ergebnisse zeigen: Wenn ein Fehler adäquat und zum richtigen Zeitpunkt angesprochen wird, wenn der Psychotherapeut oder die Psychotherapeutin dazu stehen kann und sich ehrlich dafür entschuldigt, werden beim Patienten oder der Patientin das Vertrauen und die Sicherheit gestärkt und der Fehler wirkt sich positiv auf den Therapieverlauf aus. Die therapeutische Beziehung wird gestärkt und der Fehler entwickelt sich zur Chance, einen Schritt weiterzukommen. Die Reaktion der Patienten auf dieses Thematisieren des Fehlers ist zumeist sehr positiv und drückt sich in Erleichterung, Entspannung und Wertschätzung aus.

Ein Fehler wirkt sich gemäss den befragten Personen dann negativ aus, wenn er zu spät oder zum falschen Zeitpunkt thematisiert wird, wenn die Entschuldigung nicht authentisch ist oder wenn der Fehler nicht eingestanden wird. Beim Patienten oder der Patientin bleiben Frustration, negative Erinnerungen und Zweifel an der Vertrauenswürdigkeit der Psychotherapeutin oder des Psychotherapeuten zurück. Die negative Auswirkung zeigt sich weiter in einer Verlangsamung oder einem Stehenbleiben im therapeutischen Prozess sowie in einer Distanzierung in der therapeutischen Beziehung. Wenn ein Fehler nicht konstruktiv genutzt werden kann, könnte es sein, dass dieser zu einem Therapieabbruch führt, was gemäss der Ergebnisse vor allem auf die therapeutische Beziehung zurück zu führen ist.

Die beschriebenen Ergebnisse weisen darauf hin, dass es besonders wertvoll für den Therapieverlauf ist, wenn ein Patient oder eine Patientin von sich aus einen Fehler anspricht. Wenn dies von der Psychotherapeutin oder dem Psychotherapeuten ernst genommen wird, diese sich entschuldigen und den Fehler in den Therapieprozess integrieren, werden die Patientinnen und Patienten in ihren Gefühlen bestärkt und erleben sich als wirksam. So kann im Therapieprozess ein weiterer Schritt in Richtung der angestrebten Ziele erreicht werden.

9.3 Würdigung und Methodenkritik

Die qualitative Vorgehensweise wurde dem Untersuchungsgegenstand gerecht. Durch die Methodik wurde gewährleistet, dass die befragten Personen genügend Raum für ihre Äusserungen erhielten und ihre subjektiven Sichtweisen in Bezug auf die Fragestellungen abgebildet werden konnten. Die vorliegende Untersuchung ist jedoch einigen Limitationen unterworfen, wie im Folgenden ausgeführt wird.

Einige spannende Einzelaussagen der Interviews konnten nicht in das Kategoriensystem eingeordnet werden, da sie nicht zu den Fragestellungen vorliegender Untersuchung passten. Dies kann als eine negative Seite der Inhaltsanalyse gewertet werden, da so interessante Aussagen verloren gehen. Es wurde nach Möglichkeit versucht, die Bedingungen für die Gütekriterien, welche in Kapitel 7.2 erläutert wurden, einzuhalten. In Bezug auf die Generalisierbarkeit lässt sich sagen, dass die Möglichkeit besteht, dass sich nur Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten gemeldet haben, die bereits sensibilisiert mit der Thematik der Fehler in der Psychotherapie umgehen, und aufgrund dessen die Resultate nicht im gewünschten Masse generalisierbar sind. Es kann jedoch vermutet werden, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten im Allgemeinen eine gute Fehlerkultur anstreben, was jedoch in weiteren Untersuchungen aufgezeigt werden müsste. Die Interraterreliabilität kann in vorliegender Untersuchung nicht gewährleistet werden, da keine Doppelkodierungen der Interviews durch verschiedene Personen durchgeführt wurden. In Einzelfällen wurden jedoch das Kategoriensystem sowie die Zuordnung mit einer anderen Fachperson diskutiert. Bezüglich der Intraraterreliabilität kann gesagt werden, dass diese gewährleistet werden kann. Nach zwei Wochen wurden die Interviews nach der Überarbeitung des Kodierleitfadens erneut von der Autorin kodiert und 80% der Zuordnungen stimmten mit der ersten Kodierung überein. Die Aussagekraft der Daten hätte durch die Triangulation mit einer quantitativen Methodik erhöht werden können, was jedoch im Rahmen vorliegender Masterarbeit nicht möglich war.

In Bezug auf die Stichprobe wurde eine möglichst breite Vielfalt angestrebt, um eine möglichst gute Generalisierbarkeit der Daten zu erreichen. Diese Vielfalt konnte nur teilweise erfüllt werden. Die Durchmischung der Geschlechter und der Psychotherapierichtungen war angemessen. Die Verteilung bezüglich des Alters war nur teilweise gegeben, es haben sich eher Personen im mittleren bis älteren Altersbereich gemeldet, was auf unterschiedliche Gründe zurückzuführen sein könnte. Durch das Einschlusskriterium, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine abgeschlossene Psychotherapieausbildung haben sollten, haben sich weniger junge Psychologinnen und Psychologen gemeldet, da diese sich möglicherweise zumeist noch in der Psychotherapieausbildung befinden. Da sich die Forschungsthematik zudem auf Psychotherapien im ambulanten Setting beschränkte, wurden Personen ausgeschlossen, die im stationären Setting tätig sind, wo jedoch die Psychotherapieaufbahn der jüngeren Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten zumeist be-

ginnt. Des Weiteren kann angenommen werden, dass Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten erst mit einer gewissen Berufserfahrung eine eigene Praxis gründen und sich selbstständig machen, was den Mangel an jüngeren Personen auch teilweise erklären könnte. Bezüglich der Stichprobe lässt sich weiter sagen, dass sich im Laufe der Untersuchung herausstellte, dass einige der befragten Personen keinen psychologischen Hintergrund hatten. Dies hätte fundierter abgeklärt und bereits in der Anfrageemail beschrieben werden müssen.

In den Interviews wurde das Einführungsthema Definition von Fehlern ausführlich erfasst. Die Kernfragen hätten schneller zur Sprache kommen können. Andererseits war diese Einführung in Bezug auf die Fehlerdefinition aber wichtig, damit sich die Therapeuten darüber bewusst waren, was sie als Fehler bezeichnen, um so auf die darauffolgenden Fragen antworten zu können. Allenfalls hätte diesem Aspekt Rechnung getragen werden können, indem diese Einstiegsfragen den Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten als Vorbereitung gesendet worden wären. Ausserdem wurden zum Thema des Einflusses der Therapierichtung zu wenige Fragen gestellt und folglich wurde zu wenig Material evoziert, was die fundierte Beantwortung dieser Fragestellung erschwerte. Es kann aber gesagt werden, dass die Erfassung eines unbewussten Einflusses wie desjenigen der Psychotherapierichtung generell anspruchsvoll zu beantworteten ist und die hinter der Fragestellung liegende Thematik in diesem Sinne zur Schwierigkeit beigetragen hat.

9.4 Ausblick

Nachfolgend wird zuerst auf die Hypothesen eingegangen, welche sich aus der Analyse der Ergebnisse aufstellen lassen. Anschliessend folgen Implikationen für die Fachwelt, welche sich aus dieser Arbeit ergeben.

9.4.1 Hypothesen

Aufgrund der aufgeführten Ergebnisse und Erkenntnisse aus vorliegender Arbeit lassen sich folgende Hypothesen ableiten:

- 1. Gewisse Fehler in der Psychotherapie sind abhängig von der Therapiemethode.*
- 2. Eine vertrauensvolle und stabile therapeutische Beziehung wirkt präventiv bezüglich negativer Auswirkungen von Fehlern in der Psychotherapie.*
- 3. Das Ansprechen des Fehlers verhindert eine negative Auswirkung auf den Therapieverlauf.*
- 4. Es ist abhängig vom Selbstwert des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin, ob ein Fehler in der Psychotherapie angesprochen wird.*

5. *Die Erfahrung der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten verändert den Umgang mit Fehlern.*
6. *Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten suchen bewusst Hilfe und Unterstützung für die Verarbeitung von Fehlern.*
 - a. *Supervision wird als hilfreich und unterstützend für die Verarbeitung von Fehlern erlebt.*
 - b. *Intervision wird als hilfreich und unterstützend für die Verarbeitung von Fehlern erlebt.*
7. *Die Identifikation mit der Therapierichtung in Bezug auf Fehler in der Psychotherapie ist bei jungen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten deutlicher festzustellen als bei älteren.*

9.4.2 Implikationen für die Fachwelt

Die Thematik der Fehler in der Psychotherapie wurde in der Psychotherapieforschung lange vernachlässigt. Obwohl in den letzten Jahrzehnten vermehrt Anstrengungen unternommen wurden, ist der Forschungsstand in vielen Bereichen auch heute noch unbefriedigend. Um fundierte wissenschaftliche Aussagen machen zu können, müssen vor allem im Bereich der methodenspezifischen Fehlerforschung, des Umgangs mit Fehlern und der Auswirkung von Fehlern auf den Therapieverlauf weitere Anstrengungen unternommen werden, um empirische Studien durchführen zu können. Um Fehler auch im Kontext der jeweiligen Therapiemethoden zu verstehen, müssen diese sich bemühen, die Thematik in Bezug auf ihre Interventionen, Techniken und dahinterliegenden Theorien spezifisch zu untersuchen. Dies liegt auch im Interesse der Psychotherapieschulen in Bezug auf die Wirksamkeitsbelege. Das Thema Fehler, Fehlerkultur und der Umgang mit Fehlern sollte zudem bereits in der Aus- und Weiterbildung thematisiert werden, damit der Umgang damit zu einer Selbstverständlichkeit wird und sich die Fehlerkultur in der Psychotherapie in der Praxis etabliert.

Um zu wissen, wie etwas wirkt, muss auch verstanden werden, in welchen Fällen und aus welchen Gründen keine Effekte auftreten. Da Fehler in der Psychotherapie, wie auch in vorliegender Untersuchung aufgezeigt wurde, sowohl mit Misserfolgen wie auch mit Erfolgen in Verbindung gebracht werden können, zeigt sich ihre Relevanz für beide Forschungsgegenstände.

Es liegt im Interesse von Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten, in der Psychotherapie eine Fehlerkultur zu etablieren, um die nicht zu vermeidenden Alltagsfehler besser in die Therapieprozesse integrieren zu können. Um mit diesen Fehlern besser umgehen zu können, sind sie dazu angehalten, Fehler reflektierend auch mit Unterstützung von Supervision und Intervision zu thematisieren. Wenn es Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

gelingt, durch Lernprozesse im Zusammenhang mit Fehlern negatives Wissen aufzubauen, und sie Fehler durch das Ansprechen gegenüber Patientinnen und Patienten konstruktiv für den Therapieprozess nutzen können, profitieren nicht nur ihre Patientinnen und Patienten, sondern auch sie selbst von dieser Fehlerkultur.

All diese Aspekte zeigen, dass Fehler nicht länger als nebensächlich behandelt werden dürfen, sondern in der Psychotherapieforschung, in der psychotherapeutischen Praxis und in den Aus- und Weiterbildungen einen zentralen Stellenwert einnehmen sollten.

10 Literatur

- Bergin, A.E. (1963). The effects of psychotherapy: negative results revisited. *Journal of Consulting Psychology, 10* (3), 244–250.
- Bergin, A.E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology, 71* (4), 235–246.
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behaviour change* (5. Ed., pp 227–306). New York: Wiley & Sons.
- Bienenstein, St. (2010). Fehlerkultur in der Psychotherapie. *Imagination, 32* (1), 53–61.
- Bienenstein, St. & Rother, M. (2009). *Fehler in der Psychotherapie. Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis*. Wien: Springer-Verlag.
- Bosch, B. & Steinbrink, D. (2008). Fehlerkultur als Unternehmensressource. In R. Caspary (Hrsg.), *Nur wer Fehler macht kommt weiter. Wege zu einer neuen Lernkultur* (S. 135–153). Freiburg im Breisgau: Herder Verlag GMBH.
- Brühlmann-Jecklin, E. (2002). Mangelnde Selbstreflexion als Hauptursache von Fehlern in der psychotherapeutischen Arbeit. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie* (S. 333–354). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Buckley, P., Karasu, T.B. & Charles, E. (1979). Common mistakes in psychotherapy. *American Journal of Psychiatry, 136* (12), 1578–1580.
- Bugental, J. (1988). What ist „failure“ in psychotherapy? *Psychotherapy, 25* (4), 532–535.
- Casement, P. (2002). *Learning from Our Mistakes. Beyond Dogma in Psychoanalysis and Psychotherapy*. New York: The Guilford Press.
- Caspar, F. & Kächele, H. (2008). Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 729–743). München: Urban u. Fischer.
- Caspary, R. (2008). Fehlerkultur – ein Paradoxon? In R. Caspary (Hrsg.), *Nur wer Fehler macht kommt weiter. Wege zu einer neuen Lernkultur* (S. 7–11). Freiburg im Breisgau: Herder Verlag GMBH.
- Choudhuri, D., Glauser, A. & Peregoy, J. (2004). Guidelines for writing a qualitative manuscript for the journal of counseling & development. *Journal of Counseling & Development, 82*, 443–446.
- Eysenck, H.J. (1952). The effects of psychotherapy: an evaluation. *Journal of Consulting Psychology, 16*, 319–324.
- Fäh, M. (2011). Wenn Psychoanalytiker Fehler machen – Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytischen Fehlerkultur. In H. Kächele & E.M. Grundmann (Hrsg.), *Fehlerkultur in der Psychotherapie. Psychotherapie & Sozialwissenschaften, 13* (2), 29–48.

- Fengler, J. (2002). Burnout. In M. Margraf & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 413–423). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Fischer-Klebsch, M., Münchau, N. & Hand, I. (2009). Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3. vollst. überarb. Aufl., S. 261–276). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Frank, R. & Vaitl, D. (1987). Entwicklung eines mehrdimensionalen Fragebogens zur Erfassung von Supervisionsaspekten (FSPT). *Diagnostica*, 33, 30–42.
- Gilhooley, D. (2011). Mistakes. *Psychoanalytic Psychology*, 28 (2), 311–333.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenson, R. (2000). *Technik und Praxis der Psychoanalyse*. Stuttgart: Klett.
- Gutberlet, S. & Soellner, W. (2008). Burnout in helfenden Berufen: Risiken für Ärzte und Psychotherapeuten. *Psychologische Medizin*, 19 (3), 19–22.
- Guy, J.D. (1987). *The personal life of the psychotherapist*. New York: Wiley.
- Häcker, H.O. & Stapf, K-H. (2004). Psychohygiene. In H.O. Häcker & K-H. Stapf (Hrsg.). *Dorsch. Psychologisches Wörterbuch* (14. Aufl., S. 746–747). Bern: Verlag Hans Huber.
- Haupt, M.L. & Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie – Das ECRS-ATR-Schema. In H. Kächele & E.M. Grundmann (Hrsg.), *Fehlerkultur in der Psychotherapie. Psychotherapie & Sozialwissenschaften*, 13 (2), 29–48.
- Hilgers, M. (2009). Schäden und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. *Persönlichkeitsstörungen*, 13, 15–30.
- Hoffmann, N. & Hofmann, B. (2008). *Selbstfürsorge für Therapeuten und Berater*. Weinheim: Beltz.
- Hoffmann, S., Rudolf, G. & Strauss, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53, 4–16.
- Homm, M., Kierein, M., Popp, R. & Wimmer, A. (1996). *Rahmenbedingungen der Psychotherapie*. Wien: Facultas Universitätsverlag.
- Hutterer-Krisch, R. (1996). Behandlungsfehler in der Psychotherapie. In R. Hutterer – Krisch (Hrsg.), *Fragen der Ethik in der Psychotherapie* (S. 133–154). Wien: Springer.
- Imhof, M. (2010). *Behandlungsfehler in der Medizin. Was nun?* Idstein: Schulz-Kirchner Verlag.
- Jacobi, F. (2002). Risiken und Nebenwirkungen verhaltenstherapeutischer Behandlung. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie* (S. 89–108). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Jaeggi, E. (2003). *Und wer therapiert die Therapeuten?* (3. Aufl.). Stuttgart: Klett-Cotta-Verlag.

- Kächele, H. & Grundmann, E.M. (2011). Editorial. Fehlerkultur. In H. Kächele & E. M. Grundmann (Hrsg.), *Fehlerkultur in der Psychotherapie. Psychotherapie & Sozialwissenschaften*, 13 (2), 5–8.
- Kess, R. (2006). *Die positive Funktion von Fehlerereignissen*. Europäische Hochschulschriften. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Kind, H. (1982). *Psychotherapie und Psychotherapeuten*. Stuttgart: Thieme.
- König-Fuchs, C. (1991). *Therapeutischer Erfolg und Misserfolg. Kausalattributionen von Therapeuten, Klienten und Supervisoren*. Frankfurt am Main: Peter Lang.
- Kottler, J. A. & Blau, D. S. (1991). *Wenn Therapeuten irren. Versagen als Chance*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5th Ed., pp.139–193). New York: Wiley & Sons.
- Lambert, M.J. (2011). What have we learned about treatment failure in empirically supported treatments? Some suggestions for practice. *Cognitive and Behavioural Practice*, 18, 413–420.
- Linden, M. (2012). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*. doi: 10.1002/cpp.1765
- Lutz, W., Kosfelder, J. & Joormann, J. (Hrsg.). (2004). *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie. Erkennen – Vermeiden – Vorbeugen*. Bern: Hans-Huber Verlag.
- Marchand, F. (2006). *Misserfolge in der Psychotherapie: Expertinnen und Experten berichten*. Masterarbeit, Zürcher Hochschule für angewandte Wissenschaften, Zürich, Departement angewandte Psychologie.
- Margraf, J. (2009). Risiken und Nebenwirkungen. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1: Grundlagen, Diagnostik, Verfahren, Rahmenbedingungen* (3. vollst. überarb. Aufl., S. 277–296). Heidelberg: Springer Medizin Verlag.
- Märtens, M. (2005). Misserfolge und Misserfolgsvorschung in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 6 (2), 145–149.
- Märtens, M. & Petzold, H. (2002). Einführung: Die schwierige Entdeckung von Nebenwirkungen. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie* (S. 16–39). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Mayring, Ph. (2002). *Einführung in die Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, Ph. (2008). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (6. durchges. und aktual. Aufl., S. 468–475). Reineck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Mayring, Ph. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlage und Techniken* (10. aktual. und überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Mohr, D.C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 1–27.

- Möller, H. & Bedenbecker, C. (2005). Psychotherapie und Supervision - Risiken und Nebenwirkungen. In E. Tatzler, A. Joksich & F. Winter: *Lob dem Fehler*. Störung als Chance, S. 59–78. Wien: Krammer. Zugriff am 28.3.2012. Verfügbar unter: <https://kobra.bibliothek.uni-kassel.de/handle/urn:nbn:de:hebis:34-2009091630164>
- Murdock, N., Edwards, C. & Murdock, T. (2010). Therapists' attribution for client premature termination: are the self-serving? *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 47 (2), 221–234.
- Ogrodniczuk, J. S., Joyce, A. S. & Piper, W. E. (2005). Strategies for reducing patient-initiated premature termination of psychotherapy. *Harvard Review of Psychiatry*, 13, 57–70.
- Oser, F. & Hascher, T. (1997). *Lernen aus Fehlern. Zur Psychologie des „negativen“ Wissens*. Schriftreihe zum Projekt „Lernen aus Fehlern? Zur Entwicklung einer Fehlerkultur in der Schule“. Universität Fribourg: Pädagogisches Institut.
- Oser, F. & Spychiger, M. (2005). *Lernen ist schmerzhaft. Zur Theorie des Negativen Wissens und zur Praxis der Fehlerkultur*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Osten, M. (2006). *Die Kunst, Fehler zu machen*. Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Persons, J. B. & Mikami, A. Y. (2002). Strategies for handling treatment failure successfully. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 39 (2), 139–151.
- Piselli, A., Halgin, R. P. & Macewan, G. H. (2011). What went wrong? Therapists' reflection on their role in premature termination. *Psychotherapy Research*, 21 (4), 400–415.
- Pope, K.S. & Vasquez, M.J.T. (2005). *How to survive and thrive as a Therapist. Information, ideas, and resources for psychologists in practice*. Washington DC: APA.
- Reddemann, L. (2005). Selbstfürsorge. In O.F. Kernberg, B. Dulz & j. Eckert (Hrsg.), *WIR: Psychotherapeuten über sich und ihren „unmöglichen“ Beruf* (S 92–101). Stuttgart: Schattauer.
- Riedler-Singer, R. (2005). Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, 6 (2), 162–165.
- Riedler-Singer, R. (2007). Alltagsfehler in der Psychotherapie. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.), *Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit* (S. 194–201). Wien: Springer-Verlag.
- Ruff, W., von Ekesparre, D., Grabenstadt, Y., Kaiser-Livne, M., Längel, W. & Nagell, W. (2011). Behandlungs- und Kunstfehler in der Psychoanalyse. *Forum Psychoanalyse*, 27, 43–60.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (1996). The resolution of ruptures in the therapeutic alliance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*. 64 (3), 447–458.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance: a relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Safran, J.D. & Muran, J.C. (2011). Therapists' and clients' experiences of alliance ruptures: a qualitative study. *Psychotherapy Research*, 21 (5), 525–540.
- Schmidt, Chr. (2008). Analyse von Leitfadenterviews. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (6. durchges. und aktual. Aufl., S. 447–456). Reineck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.

- Schneider, S. (2002). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Habilitationsvortrag, Universität Basel.
- Seibel, W. (2006). *Die Kunst Fehler zu machen. Der Mensch irrt, solange er strebt*. In ORF, Ö1 Highlights, Zugriff am 10.4.2012. Verfügbar unter: <http://oe1.orf.at/artikel/204282>
- Sponsel, S. (2002). *Über potentielle Kunst- oder Behandlungsfehler in der Psychotherapie aus allgemeiner und integrativer Sicht*. Vortrag auf der Ersten Fachtagung des IVS am Samstag, 27. Juli 2002, Festsaal, Klinikum am Europakanal. Zugriff am 5.3.2012. Verfügbar unter: <http://www.sgipt.org/gipt/kf/kf020727.htm>. Erlangen IP-GIPT.
- Spychiger, M. (2008). Ein offenes Spiel. Lernen aus Fehlern und Entwicklung von Fehlerkulturen. In R. Caspary (Hrsg.), *Nur wer Fehler macht kommt weiter. Wege zu einer neuen Lernkultur* (S. 25–48). Freiburg im Breisgau: Herder Verlag GMBH.
- Steinke, I. (2008). Gütekriterien qualitativer Forschung. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Hrsg.), *Qualitative Forschung* (6. durchges. und aktual. Aufl., S. 319–331). Reineck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Strauss, B. & Freyberger, H. J. (2010). Supervision als zentraler Bestandteil professioneller Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 55, 453–454.
- Weingardt, M. (2004). *Fehler zeichnen uns aus. Transdisziplinäre Grundlagen zur Theorie und Produktivität des Fehlers in Schule und Arbeitswelt*. Bad Heilbrunn: Klinikhardt.
- WHO (2010). *International Classification for Patient Safety (ICPS)*. Zugriff am: 23.3.2012. Verfügbar unter: <http://www.who.int/patientsafety/implementation/taxonomy/publications/en/index.html>
- Winnicott, D. (1953). Transitional objects and transitional phenomena. *International Journal of Psychoanalysis*, 34, 89–97.
- Young, C. (2006). Körperpsychotherapie und ihre Risiken. In G. Marlock & H. Weiss (Hrsg.), *Handbuch der Körperpsychotherapie* (S. 617–624). Stuttgart: Schattauer.
- Zarbock, G. (2004). Therapieabbruch und Misserfolg aus der Sicht des Therapeuten, Supervisors und Gutachters. In W. Lutz, J. Kosfelder & J. Joormann (Hrsg.), *Misserfolge und Abbrüche in der Psychotherapie* (S. 183–208). Bern: Hans-Huber.

11 ANHANG

INHALT

| | | |
|--|-------|---|
| A. Gründe für unzureichende Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie | _____ | A |
| B. Kunst- und Behandlungsfehler in der Psychotherapie | _____ | B |
| C. Erwünschte, unerwünschte Nebenwirkungen und Schäden in der Psychotherapie | __ | C |
| D. Anschreiben | _____ | D |
| E. Interviewleitfaden | _____ | E |
| F. Transkriptionsregeln | _____ | F |
| G. Kodierleitfaden | _____ | G |

A. Gründe für unzureichende Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie (in Anlehnung an Haupt & Linden, 2011, S. 12)

1. **Unzureichende Begriffsklärung und fehlende Systematik:** Eine klare Definition des Gegenstandes fehlt, ebenso standardisierte Verfahren zur Erfassung von Fehlentwicklungen.
2. **Was sind erwünschte und unerwünschte Wirkungen?** Es ist besonders schwierig, zwischen positiven und negativen Nebenwirkungen zu unterscheiden. Dabei hat in vielen Fällen ein Ereignis keine positive oder negative Bewertung an sich, sondern wird in erster Linie durch die Bewertung dieser Ereignisse durch ein Individuum zu emotionalen Konsequenzen und entsprechendem Verhalten führen.
 - a. **Kausalität – Welches Problem ist therapiebedingt?** Es ist zudem schwierig, zwischen von der Therapie unabhängigen Lebensentwicklungen, unabwendbaren Krankheitsentwicklungen und durch die Therapie verursachten unerwünschten Effekte zu unterscheiden.
 - b. **Abgrenzung von Nebenwirkungen und Kunstfehlern:** Nebenwirkungen sind unerwünschte Folgen einer korrekt angewendeten Therapie. Unerwünschte Folgen einer inkorrekt durchgeführten Therapie sind hingegen auf Kunstfehler zurückzuführen.
 - c. **Haftbarkeit – Verantwortlichkeit des therapeutischen Handelns:** Nebenwirkungen von Psychotherapie können auf therapeutische Interventionen, das Handeln des Therapeuten und seine Person zurückgeführt werden und können so auch strafrechtlich verfolgt werden.
 - d. **Mangelndes Problembewusstsein und Attributionsbias:** Die Einstellung von Therapeuten zu Nebenwirkungen ihrer Arbeit erschwert deren Erforschung. Therapeuten attribuieren Misserfolge external und Erfolge ihrer Person und Methode zugehörig. Dabei unterschätzen sie die Nebenwirkung ihrer Arbeit und überschätzen die positiven Effekte ihres Verhaltens.

B. Kunst- und Behandlungsfehler in der Psychotherapie (in Anlehnung an Margraf, 2009, S. 285)

1. **Behandlungsbeginn**

- Keine Aufklärung über Dauer, Erfolgsaussichten und Risiken
- Annahme eines Patienten, ohne sich dem Fall ausreichend gewachsen zu fühlen
- Annahme eines Patienten, ohne dass Erfahrungen bezüglich der Problematik vorliegen und ohne dass dies in den probatorischen Sitzungen abgesehen/abgeklärt wird

2. **Diagnostik, Therapieplanung und therapiebegleitende Evaluation**

- Unangemessene Berücksichtigung des Realitätsrahmens des Einzelfalles (Zeit, Geld, Randbedingungen)
- Fehlendes kritisches Hinterfragen angebotener Symptome und Symptomträger (Relativität der Bedeutung von Symptomen und Symptomträger)
- Fehlen eines evaluierbaren Behandlungskonzeptes zur Beeinflussung der Störung
- Fehlende Berücksichtigung von Entwicklung, Bereitschaft, Fähigkeit und Einsicht der Patienten (Überforderung, Widerstand, Abneigung)
- Fehlen zumindest stichprobenhafter Katamnesen zur Evaluation der Behandlungserfolge

3. **Abklären**

- Fehlende bzw. unangemessene Zusammenarbeit mit anderen beteiligten Therapeuten (z.B. Ärzten, Sozialpädagogen, Pädagogen, Heilpraktikern, Seelsorgern, Pflegern)
- Mangelnde medizinische Abklärung im Bereich Psychosomatik und Psychopathologie

4. **Therapeutische Beziehung**

- Mangelnder Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
- Kritik, negative Rückmeldungen oder verstärktes negatives Befinden von Patienten führen nicht zu verstärkter Reflexion und Supervision, und es wird nicht erwogen, ob eine Veränderung der Therapierahmenmethode oder ein Therapeutenwechsel dem Patienten besser dient.

- Aufbau unnötig starker Bindung (Abhängigmachen), dadurch unnötige Ablösungsschwierigkeiten und Therapieverlängerung

5. **Reflexion, Supervision und Fortbildung**

- Fehlende Reflexion, Autosupervision oder Supervision besonders in problematischen und unklaren Therapiesituationen
- Fehlende ständige, auch schulenübergreifende Fortbildung

6. **Ergebnisse allgemeiner Psychotherapieforschung**

- Unzureichende Berücksichtigung **aller** therapierelevanten Dimensionen (Beziehung, Klärung, Ressourcenaktivierung, Bewältigung)
- Fehlende Berücksichtigung des Einzelfalles
- Fehlende Berücksichtigung des sozialen Umfeldes und der konkreten Lebenssituation des einzelnen Patienten
- Mangelnde Anwendung bewährter Standardmethoden (»kriterienvalide Heilmittel«) bei indizierten Störungen (z.B. Konfrontation bei Phobien)

7. **Persönlichkeitsrecht/Abstinenzgebot**

- Verfolgen von Behandlungszielen gegen den Willen von Patienten (Grundrecht auf persönliche Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung)
- Unangemessenes Eindringen in die Persönlichkeit des Patienten
- Einsatz von Brachialmethoden gegen das Abwehrsystem des Patienten
- Ausnutzung besonderer Merkmale, Fähigkeiten oder Dienste eines Patienten (narzisstischer Missbrauch, sexueller Missbrauch)

8. **Effizienz und Wirtschaftlichkeit**

- Fehlender Versuch, so kurz bzw. schnell, so schonend (im Sinne der Lebenswerte des Patienten) wie sicher (bewährte Methoden) und so ökonomisch wie möglich zu behandeln
- Anwendung von Therapiemethoden, von denen bekannt ist, dass sie für ein gegebenes Problem nicht so gut geeignet sind wie andere
- Fehlende Anwendung von Therapiemethoden oder Techniken, von denen allgemein bekannt ist, dass sie für ein vorhandenes Problem sehr wirkungsvoll sind

**C. Erwünschte, unerwünschte Nebenwirkungen und Schäden in der Psychotherapie
(Hoffmann et al., 2008, S. 7)**

Unmittelbar unerwünschte Wirkungen und Schäden:

- Verschlechterung bestehender Symptomatik,
- Chronifizierung bestehender Symptome,
- Auftreten neuer Symptome,
- Auftreten von Suizidalität mit der Folge von Suizidversuchen oder Suizid,
- Missbrauch der Therapie durch den Patienten,
- Überforderung des Patienten durch eigene irrealer Ziele,
- Vertrauensverlust des Patienten durch schwere Enttäuschungen in der Therapie und
- Bleibende nachteilige Persönlichkeitsveränderung („Psychotherapiedefekt“).

Mittelbar unerwünschte Wirkungen und Schäden:

- Folgen negativ sozialer Bewertung der Therapie selbst (z.B. beruflich) und
- Nachteile oder Schäden der sozialen Umwelt, vor allem Partner.

Unmittelbare Schäden und Wirkungen betreffen Folgen, die sich direkt auf Patientinnen und Patienten auswirken. Mittelbare Wirkungen und Schäden hingegen beziehen sich auf die Therapie selbst oder auf die Umwelt.

D. Anschreiben

Liebe Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten

Der Wirksamkeit von Psychotherapie wird in der Forschungswelt seit einigen Jahren einen grossen Stellenwert zugewiesen. Es ist zentral für die Arbeit als PsychotherapeutIn, zu wissen, ob und wie Psychotherapie wirkt. Dabei wird die Seite der Fehler in der Psychotherapie und deren Einfluss auf die Therapiearbeit jedoch oft nicht miteinbezogen.

In meiner Masterarbeit gehe ich der Fragestellung nach, wie **PsychotherapeutInnen Fehler in der Psychotherapie definieren und wie sie damit umgehen**.

Zu diesem Thema möchten ich im Februar und im März PsychotherapeutInnen befragen.

Kriterien für die Teilnahme:

- abgeschlossene Psychotherapieausbildung (Verhaltenstherapie, Psychoanalyse, systemische Therapie, Personenzentrierte Psychotherapie, Körpertherapie oder andere humanistische Richtung)
- Berufserfahrung > 1 Jahr
- Bereitschaft, über Fehler zu reden und diese zu reflektieren

Dauer des Gesprächs: rund 1 Stunde

Zeitraum: ab dem 13. Februar 2012 bis 16. März 2012.

Ort: in der Praxis der Therapierenden oder an der ZHAW in Zürich

Die Interviews werden vertraulich behandelt und anonymisiert. Es besteht die Möglichkeit, die Interviews nach der Transkription gegenzulesen. Bei Interesse besteht die Möglichkeit, die Masterarbeit als PDF zu erhalten. Zudem erhält jede/r Interviewpartner/in ein kleines Präsent.

Ich freue mich über viele InterviewpartnerInnen und interessante Gespräche.

Freundliche Grüsse

Selina Hollenstein

Selina Hollenstein, Studentin angewandte Psychologie, Masterstudium,
klinische Vertiefung

hollesel@students.zhaw.ch

079 747 71 47

E. Interviewleitfaden

Interviewleitfaden

| Angaben zum Interview | |
|-----------------------|--|
| Interviewnummer | |
| Datum/Zeit | |
| Ort | |
| Dauer | |

| Begrüssung und Einführung | |
|--|--|
| Begrüssung | <ul style="list-style-type: none"> - Begrüssung - Bedanken für die Teilnahmebereitschaft und Betonung des Interessens und des Wertes für mich |
| Dauer | Zwischen 45 und 60 Minuten |
| Ablauf | <ol style="list-style-type: none"> 1. Informationen zum Interview 2. Angaben zum Interviewpartner 3. Interview 4. Abschluss |
| Anonymisierung | <ul style="list-style-type: none"> - Anonymisierung gewährleistet (ausser Geschlecht, Alter, Dauer der Tätigkeit, Stellenpensum und Psychotherapierichtung). Die restlichen Informationen werden in der Arbeit nicht verwendet. |
| Schriftliche Einverständniserklärung unterschreiben lassen | <ul style="list-style-type: none"> - Informationen zur Verwendung von Daten - Ist die/der Befragte mit der Auswertung des Interviews für wissenschaftliche Zwecke/MA SH einverstanden? - Zusicherung Anonymisierung und Diskretion |
| Aufzeichnung und Aufbewahrung von Daten | <ul style="list-style-type: none"> - Das Interview wird digital aufgezeichnet und nach der vollständigen Transkription wieder gelöscht. - Vollständig anonymisierte Transkription wird während 5 Jahren gemäss den Vorgaben der Hochschule von der Verfasserin aufbewahrt. |

| Angaben zum Interviewpartner | |
|---|--|
| Name | |
| Geschlecht | |
| Alter | |
| Berufliche Tätigkeit | |
| Angestellt/selbstständig | angestellt <input type="checkbox"/> selbstständig <input type="checkbox"/> |
| Stellenpensum | |
| Dauer der Berufstätigkeit | |
| Psychotherapieausbildung | VT <input type="checkbox"/> systemisch <input type="checkbox"/> PSA <input type="checkbox"/> Körper <input type="checkbox"/> Gespräch <input type="checkbox"/> Andere hum. Richtungen <input type="checkbox"/> Name der Ausbildung: |
| Wie würden Sie Ihre heutige Arbeitsweise beschreiben? | Beispiele (nur geben wenn der befragten Person nichts einfällt). <input type="checkbox"/> eklektisch <input type="checkbox"/> stark schulenorientiert <input type="checkbox"/> lösungs- und ressourcenorientiert |

| Leitfragen/Fragestellungen |
|--|
| Wie gehen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus ihrer Sicht mit Fehlern um, die sie in der Psychotherapie machen? |
| Wird der Umgang mit Fehlern aus der Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten davon beeinflusst, welche Therapierichtung die Psychotherapeutin oder der Psychotherapeut ausübt? |
| Was hilft und unterstützt Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten aus ihrer Sicht im Umgang mit |

| |
|--|
| Fehlern die sie in der Psychotherapie gemacht haben? |
| Wie beeinflusst ein Fehler aus Sicht der Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten den Therapieverlauf? |

| |
|--|
| Einstiegsfragen |
| Was war Ihre erste Reaktion, nachdem Sie von dem Thema gehört haben? ⁴ Wenn Sie an Fehler in der Psychotherapeutischen Arbeit denken, was fällt Ihnen dazu ein? ⁵ |

Allgemeine Fragen (links Hauptfragen, rechts Vertiefungsfragen)

| | |
|--|---|
| Definition von Fehlern/Ursachen | |
| Wie definieren Sie Fehler in der psychotherapeutischen Arbeit? | Was bezeichnen Sie als Fehler in der Psychotherapie? Wenn wir die Fehler weglassen, die eine ethische und moralische Grenze überschreiten und gegen die Berufsordnung verstossen, was bezeichnen Sie dann als Fehler? (Wenn Sie auf eigene Erfahrungen zurückgreifen...) Was ist für Sie ganz persönlich ein Fehler? Unabhängig von einer allgemeinen Definition? Was sind Fehler, die Ihnen schon passiert sind? |
| ev. hier eigene Fehler/Fallgeschichten, nur, wenn es der Interviewpartner von sich aus anspricht | |
| Wo sehen Sie die Ursachen dieser Fehler? | Gibt es Fehler, die auf eine falsch angewendete Behandlungstechnik zurück zu führen sind? Sind die Ursachen auf den Therapeuten zurück zu führen? Wie beeinflusst die Dynamik zwischen Patient und Therapeut das Entstehen von Fehlern? |
| Gibt es Fehler, die sich wiederholen? | Lässt sich dies so verallgemeinern oder ist jede Situation mit jedem Patienten wieder anders? |

| | |
|--|--|
| Einfluss der Therapierichtung | |
| Welche spezifischen Fehlermöglichkeiten sehen Sie in der Psychotherapierichtung, die Sie ausüben? | Körpertherapie: PSA: Analytische: Gesprächstherapie: VT: Andere humanistische: |
| Wie beeinflusst die Therapierichtung Ihre Definition und Ihren Umgang mit Fehlern? Bsp: Sie sind ja ausgebildete... haben Sie das Gefühl, dass... | Gibt es einen Einfluss? Wenn ja, wie gestaltet sich dieser? |
| Welche Fehler würden Sie als schulenübergreifend bezeichnen? | Gibt es Fehler, die unabhängig davon gemacht werden, welche Therapierichtung der/die PsychotherapeutIn ausübt? |

| | |
|---|---|
| Umgang mit Fehlern/Gefühle: innerer oder eigener Umgang des Therapeuten | |
| Wie gehen Sie damit um, wenn Sie merken, dass Ihnen ein Fehler unterlaufen ist? | Wie haben Sie sich gefühlt, als Ihnen ein Fehler unterlaufen ist? Wie stark beschäftigt Sie ein gemachter Fehler? Denken Sie anschliessend viel darüber nach oder versuchen Sie eher, nicht daran zu denken? Fühlen Sie sich schuldig? |

⁴ Bienenstein & Rother, 2009, S. 109

⁵ Bienenstein & Rother, 2009, S. 109

| | |
|---|--|
| | Hängt Ihre Reaktion davon ab, zu welchem Zeitpunkt Sie den Fehler bemerken (grad nachdem er passiert ist, erst bei der nächsten Sitzung etc.)? |
| Wie gehen Sie allgemein mit Fehlern in der sozialen Interaktion um? | Gibt es einen Unterschied in Ihrem Umgang bei gemachten Fehlern im Alltag oder in persönlichen Beziehungen und in der Psychotherapie? |
| Hohe Erwartungen (gesellschaftlich, von Patienten) vs. normaler Mensch, der Fehler macht. Wie gehen Sie mit diesem Spannungsfeld und dieser Idealisierung um? | Sprechen Sie diese offen an? Oder ist das Thema erst relevant, wenn wirklich ein Fehler geschehen ist? |
| Umgang mit Fehlern/Gefühle: gegenüber dem Patienten | |
| Wie reagieren Sie gegenüber dem Patienten wenn Ihnen ein Fehler unterlaufen ist? | |
| Sprechen Sie die Fehler dem Patienten gegenüber an? | Wenn ja: gerade in der Situation oder erst in einer weiteren Sitzung? Wenn nein: fällt es Ihnen schwer, über den Fehler zu sprechen? Nur gegenüber dem Patienten oder im Allgemeinen? |
| Verwerten Sie den Fehler innerhalb der therapeutischen Arbeit? | Wenn ja: wie? Wenn nein: können Sie erklären, aus welchen Beweggründen Sie das nicht tun? |
| Wie reagieren Ihre Patienten/Klienten darauf, wenn Ihnen ein Fehler unterlaufen ist? | Bemerken es die Patienten? Werden Sie von den Patienten angesprochen? Was löst das in Ihnen für Gefühle aus? |

| | |
|--|--|
| Unterstützung und Hilfe | |
| Was hilft Ihnen oder unterstützt Sie im Umgang mit Fehlern? | Hilft es Ihnen, mit jemandem darüber zu sprechen oder machen Sie es eher für sich alleine aus? |
| Besprechen Sie den Fehler in der Supervision? | Nützt es Ihnen etwas, in der Supervision über den Fehler zu reflektieren? Wenn ja: aus welchen Gründen? Wenn nein: was würden Sie brauchen, damit es Ihnen helfen würde? |
| Haben Sie andere/eigene Strategien, mit solchen Situationen umzugehen? | Wenn ja: welche? Wenn nein: würden Sie gerne andere Strategien entwickeln? Was wäre für Sie dabei hilfreich? |

| | |
|--|---|
| Auswirkungen auf den Therapieverlauf | |
| Wie wirken sich Fehler auf den Therapieverlauf aus? | Gab es nach Fehlern Therapieabbrüche? Waren diese vom Patienten auf den Therapiefehler zurückgeführt oder nicht? Hatten die Fehler negative Auswirkungen, bzw. haben die Fehler dem Patient/Klient geschadet? |
| Gab es auch Situationen, in welchen sich ein Fehler positiv auf den Behandlungsverlauf ausgewirkt hat? | Warum hat sich der Fehler positiv ausgewirkt? Welche Aspekte trugen dazu bei? |
| Wie beeinflusst die therapeutische Beziehung den Umgang mit Fehlern und den Therapieverlauf? | Fällt es Ihnen einfacher, einen Fehler anzusprechen wenn Sie bereits vorher einen offenen Umgang mit dem Patienten hatten? |

| | |
|---|---|
| Prävention von Fehlern | |
| Was kann man tun, damit ein Fehler sich nicht negativ auf den Therapieverlauf auswirkt? | Mich interessiert auch, was sie tun, um Fehler zu vermeiden. Haben Sie gewisse Strategien entwickelt? Wenn ja, wie gehen Sie vor? |
| Denken Sie, dass eine intensivere Forschung und Integration des Themas in der Ausbildung nützlich sind für die Prävention oder muss man selbst Erfahrungen sammeln? | Ist es möglich, aus Fehlern von anderen zu lernen oder sind vor allem die eigenen Erfahrungen für den Lernprozess zentral? |

| Eigene Fehler / Fallgeschichte ⁶ | |
|--|--|
| Können Sie über einige Fehler und deren Geschichte berichten? | Um welche psychotherapeutische Situation handelte es sich, was ist geschehen, wie kam es dazu, wie haben die Beteiligten reagiert? |
| Haben Sie den Fehler innerhalb der therapeutischen Arbeit verwertet? | Haben Sie den Fehler angesprochen oder haben Sie mit dem Patienten nicht darüber gesprochen? Warum haben Sie sich für diese Variante entschieden? |
| Wie ist es für Sie, wenn Sie diesen Fehler heute besprechen und erneut durchleben? | Was löst das in Ihnen für Gefühle aus? Wie sehen Sie Ihre eigene Reaktion? Bedauern Sie etwas oder würden Sie heute etwas anders machen? |
| Was haben Sie aus dieser Erfahrung gelernt? | Denken Sie, könnten andere aus diesen Episoden lernen? |
| Schlussfragen | |
| Gibt es etwas, was Ihnen noch wichtig erscheint, aber im Interview nicht thematisiert wurde? | |
| Rückfragen zum Interview: wie erging es Ihnen dabei? Gibt es etwas was Sie noch anmerken möchten? | |
| Kritik/Anregungen zum Interview? | |
| Interviewabschluss | |
| <ul style="list-style-type: none"> - Aufnahme beenden - Dank - Besprechung weiteres Vorgehen, wie auf der Einverständniserklärung - Überreichen des kleinen Präsents - Verabschiedung | |

⁶ Bienenstein & Rother, 2009, S. 109

F. Transkriptionsregeln

| | |
|--|---|
| Nonverbale Phänomene | werden nicht erfasst und nicht transkribiert |
| Verbale Begleiterscheinungen | (lachen), (räuspern) |
| Undeutliche, nicht klar verständliche Aussage | (heute und die Tage?) |
| Satzabbruch | - |
| Unverständliche Aussage | (?) |
| Kurze, lange Pause | (-), (Pause) |
| Auslassen von Textpassagen | (...) (betrifft nur Darstellung im Ergebnisteil und im Kodierleitfaden, nicht in den Transkripten) |
| Anm. d. Verf. | Anmerkung der Verfasserin, wird als Deklaration verwendet, wenn im Kodierleitfaden oder der Darstellung im Ergebnisteil für eine bessere Verständlichkeit Wörter eingefügt werden müssen. |

G. Kodierleitfaden

| Kodierleitfaden | | | | |
|---|--|--|---|---|
| Hauptkategorie A: Definition von Fehlern | | | | |
| Kategorien | Subkategorien | Ankerbeispiele | | |
| <p>A1) Allgemeine Definitionen</p> <p><i>Definition:</i> Allgemeine Umschreibungen von Fehlern, was Fehler sind und was Fehler bedeuten, die auf keine konkreten Fehlermöglichkeiten oder Fehlerarten eingehen</p> <p><i>Kodierregeln:</i> Keine Nennungen von konkreten Fehlern, sonst Zuordnung zu A3 Fehlerarten.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - nicht meinen, alles besser zu können als Andere - viele Fehler - Fehler sind korrigierbar - man macht immer Fehler - Fehler gehören zum Prozess - Etwas das nicht zum Ziel führt - Thema Nähe/Distanz - Befürwortung/Ablehnung des Fehlerbegriffes - unterschiedliche Fehler je nach Therapeut/in - werden nicht immer bemerkt - möglichst wenig Fehler machen - Störungen in der Beziehung - Extreme sind nicht gut - Irritation im therapeutischen Prozess - Umgang damit ist entscheidend | <p>P3: Ich habe gedacht, dass es oft um Nähe und Distanz geht, glaube ich. Dort muss man, dort glaube ich ist etwas Wichtiges. Man darf nicht zu weit entfernt sein aber auch nicht zu nahe. Und dann ist es nicht bei allen gleich.</p> | | |
| | | <p>P5: Es wäre eben auch schade wenn es nicht passieren würde, weil es dann kein lebendiger Prozess mehr wäre. Und der lebendige Prozess ist aber gerade das Wichtige in der Therapie.</p> | | |
| | | <p>P11: (...) würde ich einmal salopp sagen – ‚Fehler‘ passieren, entscheidend ist, dass man dann daran bleibt. Auf Englisch würde man sagen: ‚Make a mess and clean it up.‘</p> | | |
| | | <p>P13: Es kann ja etwas im normalen Leben nicht ein Fehler sein, aber in der therapeutischen Beziehung ist es vielleicht eben doch ein Fehler.</p> | | |
| | | <p>P14: Aber man geht auch davon aus, dass man sowieso Fehler macht und das therapeutische ist ja eigentlich, mit diesen Fehlern so umzugehen, dass man sieht: jetzt verändert sich wieder das und das.</p> | | |
| | | <p>P2: Ich mache ganz viele Fehler, immer wieder. Weil immer etwas falsch läuft, weil ich es nicht besser weiss. Aber nachher sehe ich was herausgekommen ist und dann kann ich es korrigieren.</p> | | |
| | | <p>P14: Aber ich denke, es ist in der Therapie wie im Leben: Fehler gehören dazu.</p> | | |
| | | <p>P8: Das was den Klienten oder den Patienten nicht gut tut.</p> | | |
| | | <p>A2) Definitionsschwierigkeiten</p> <p><i>Definition:</i> Aussagen bezüglich Schwierigkeiten einer allgemeinen Fehlerdefinition in der Psychotherapie und Begründungen dafür.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - schwer zu sagen od. zu definieren was ein Fehler ist - Fehler als Beruhigung | <p>P2: Manchmal ist es auch schwer zu sagen, ob etwas ein Fehler ist.</p> |
| | | | | <p>P7: Der Begriff Fehler kommt ja aus einem anderen Feld. Und trotzdem habe ich das Gefühl, er hat seine Berechtigung. Es ist ja vielleicht auch ein wenig ein Vermeiden, wenn man sagt, der Fehlerbegriff ist nicht so passend. Man macht sich auch ein wenig etwas vor wenn man sich nicht getraut zu sagen: Und das ist jetzt halt nicht gut.</p> |
| <p>P14: Ich würde dem nicht Fehler sagen. Fehler ist immer so Richtung falsch-schwarz-weiss. Und da gibt es tausend Nuancen von mehr oder weniger geschickt oder gut etwas machen bis zu natürlich wirklich himmelschreiend-verkehrt.</p> | | | | |

| | | |
|--|---|--|
| | | <p>P7: Überall dort, wo es mit Beziehungen zu tun hat, ist es nicht ganz so einfach zu benennen, was ein Fehler ist und was nicht. In vielen Gebieten ist es sehr klar, was ein Fehler ist. In der Psychotherapie ist das glaube ich weniger klar.</p> |
| <p>A3) Fehlerarten</p> <p><i>Definition:</i> Konkrete Beschreibung von möglichen Fehlern</p> <p><i>Kodierregel:</i> Muss eine konkrete Fehlermöglichkeit enthalten, ansonsten Zuordnung zu A1 allgemeine Definitionen</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Behandlungsbeginn - Diagnostik, Therapieplanung und therapiebegleitende Evaluation - Abklären - therapeutische Beziehung - Reflexion, Supervision und Fortbildung - Ergebnisse allgemeiner Psychotherapieforschung - Persönlichkeitsrecht/Abstinenzgebot - Effizienz und Wirtschaftlichkeit - Settingfragen - Besser wissen - Falscher Zeitpunkt - Selbstfürsorge - Theoriegeleitet - Persönlichkeit | <p>P10: Das ist jetzt mal wieder so eine Untersuchung, die die Psychotherapie so behandelt, als ob sie etwas wäre wie Auto flicken oder Versicherungsmathematik. Wo man glaubt, man könne sagen, was ein Fehler ist und was nicht. Und ich bin der Meinung, das kann man nicht.</p> <p>P11: (...) ein Thema für mich wie nicht geht. Zu heavy ist, zu schwierig ist oder zu komplex ist oder ein Stück meiner eigenen Geschichte darin verstrickt ist. Dass ich nicht ganz in der therapeutischen Rolle bleiben kann und wirklich hilfreich sein kann.</p> <p>P6: Das man sich beispielsweise nicht getraut, zu sagen, wenn man etwas nicht kann. Wenn man keine klaren Abgrenzungen macht.</p> <p>P6: Also für mich ist ganz klar: eine fehlende Zusammenarbeit ist ein ganz schwerer Fehler.</p> <p>P9: Sondern die Fehler in der Beziehung. Wenn sie das Gefühl haben, sie werden nicht akzeptiert. Wenn sie sich abgewertet fühlen. Das sind viel die schlimmeren Fehler.</p> <p>P6: Und dass, wenn ich mir Mühe gebe, keine Fehler zu machen, es dann auch nicht gut kommt. Dann ist das der grösste Fehler.</p> <p>P7: Das berechtigt uns, glaube ich, nicht, anzunehmen, dass wir mehr wissen über den Patienten oder die Patientin, als sie selbst wissen.</p> <p>P13: Und sonst sind es ja kleine Fehler, (...) wo man etwas missversteht, eine falsche Intervention macht, zu wenig aufmerksam ist, was es genau braucht und der Patient ist wie vor den Kopf geschlagen oder fühlt sich nicht verstanden.</p> <p>P14: Oder das man sich zu fest von einem theoretischen Konzept beeinflussen lässt und dann nicht ganz bei dem Menschen ist, der gegenüber ist (...).</p> <p>P5: Dann finde ich auch eine wichtige Fehlerquelle wenn ich zu wenig auf mich achte.</p> <p>P3: Aber wenn der Klient noch nicht so weit ist, das zu sehen, hat das keinen Sinn, etwas in der Richtung zu sagen. Ich glaube, das kann auch, das finde ich auch einen Fehler. Wenn man es wie nicht aushält bis es der Klient auch sieht. Er muss es sehen, nicht ich.</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>P14: Also ich würde sagen, ein grosser Fehler ist es, die Dinge im falschen Moment zu sagen.</p> <p>P1: Ich kann zum Beispiel schlecht warten. Wenn jemand einfach dasitzt und nichts erzählt und dann halte ich es manchmal fast nicht aus und eigentlich sollte ich den Leuten Zeit geben auch wenn das manchmal verunsichernd ist. (...) Da bin ich zu schnell.</p> <p>P13: Das es – glaube ich – fast theoretisch begründbare Bias, einen systematischen Fehler, den man nicht mit berücksichtigt. Nämlich die Person des Therapeuten spielt eine so grosse Rolle, ist so unglaublich wichtig in der Therapie.</p> <p>P3: Also ein Fehler finde ich ist sicher nicht in die Supervision zu gehen. Weil es ist halt einfach enorm hilfreich um die eigene Kongruenz wieder herstellen zu können und damit auch wieder Wertschätzung haben zu können.</p> <p>P10: Nicht in dem man sexuelle Beziehungen sucht, aber indem man die Befriedigung die man im Leben nicht hat, bei den Patienten sucht und das ist ganz schlecht.</p> <p>P15: Also keine Therapien zu verpassen. Oder auch etwas mit Verschiebungen. (...) Das finde ich einen Grundfehler, der passieren würde, wenn man immer so schwammig wäre oder nicht verbindlich wäre oder immer überziehen würde.</p> <p>P15: Das kann ja auch ein Fehler sein bei den Psychologen. Das man somatisches vergisst.</p> |
| <p>A4) Fehlerursachen</p> <p><i>Definition:</i> Fehlerauslösende Aspekte werden beschrieben und als Ursachen definiert.</p> <p><i>Kodierregel:</i> Nur Antworten auf die Frage nach Fehlerursachen oder fehlerauslösenden Aspekten. Das Wort Ursache oder auslösend muss in der Frage oder der Antwort enthalten sein. Ansonsten Zuordnung zu A3, Fehlerarten</p> | <ul style="list-style-type: none"> - fehlende Informationen - Nähe/Distanz - zu stark Theoriegeleitet - mangelnde Selbsterfahrung - Passung Persönlichkeit Therapeut/in und Patient/in - Schwierigkeit, Ohnmacht auszuhalten - persönliche Eigenheiten und Geschichte des/der Therapeuten - fehlende Super- oder Intervention - falsche Erwartungen | <p>P4: Man muss die Theorie dem Menschen anpassen. Und nicht der Mensch muss in die Theorie reinpassen.</p> <p>P7: Ich glaube, eine Ursache ist, dass es nicht so einfach ist, Ohnmacht auszuhalten.</p> <p>P8: Für mich ganz klar, wenn ich schwierige Fälle oder schwierige Klienten oder im Moment schwierige Phasen habe, wenn ich nicht schnell genug in die Supervision gehe. Also wenn ich nicht schnell genug in den Austausch gehe. Oder in die Intervention.</p> <p>P13: Das es (...) eine fast theoretisch begründbare Bias, einen systematischen Fehler (gibt, Anm. der Verf.), den man nicht mit berücksichtigt. Nämlich die Person des Therapeuten spielt eine so grosse Rolle.</p> <p>P13: Es reicht einfach nicht, sich nur im menschlichen sehr gut zu verstehen, man muss fachlich auch auf der Höhe sein, wie aber auch umgekehrt. Nur fachlich und psychiatrisch verhebt es nicht. (...) Es braucht wirklich beides.</p> <p>P14: Für Fehler gibt es tausend Ursachen.</p> |

| Hauptkategorie B: Umgang mit Fehlern | | |
|---|---|---|
| Kategorien | Subkategorien | Ankerbeispiele |
| <p>B1) innerer Umgang</p> <p><i>Definition:</i> Betrifft alle inneren Vorgänge des/der Psychotherapeuten/in wenn ein Fehler passiert ist wie Gedanken, Gefühle, Selbstabwertung</p> <p><i>Kodierregel:</i> Nur wenn aufgrund der internalen Verarbeitung im Sinne von Gefühlen und Gedanken keine externe Reaktion erfolgt, gegenüber Patienten, Supervisor, Intervision und Team.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Sich bewusst werden über Fehler - Gefühle (Hilflosigkeit, Abwertungsgefühle, Ängste, sich nerven, Peinlichkeit, Schuld, Aggression) - sich selbst verzeihen - beschäftigt einen - Reflexion - Vom Fehler abhängig, unterschiedliche Reaktion je nach Schweregrad - Nachdenken - Vertrauen auf das, was man weiss - Geduld haben, sich nicht stressen lassen | <p>P1: Da fühle ich mich nachher schon nicht gut. (...) Ja, es hinterlässt schon ein nicht gutes Gefühl.</p> |
| | | <p>P1: Aber ich verzeihe mir das auch, es ist nicht so, dass ich wochenlang daran herumhirne.</p> |
| | | <p>P3: Ja, das beschäftigt mich schon. (...) Ich denke darüber nach.</p> |
| | | <p>P5: Also erst mal anzuerkennen, ist ja ein erster Schritt. Also vielleicht auch da aus so einer Blindheit zuerst einmal rauszukommen.</p> |
| | | <p>P4: Da kommt noch eine ganz wichtige Frage: was könnte ein anderer Therapeut was ich nicht könnte.</p> |
| | | <p>P6: Das hängt natürlich davon ab, was für ein Fehler. Also ich kann nach jeder Stunde einigermaßen sagen, wo ich Fehler gemacht habe. Zumindest die, die ich sehe oder erlebt habe. Die beschäftigen mich nicht gross. Weil eben, es geht nicht ohne Fehler, das ist unmöglich.</p> |
| | | <p>P8: Wenn ich Fehler erkenne, bevor ich beginne zu reflektieren, komme ich zuerst in eine Selbstabwertung hinein.</p> |
| | | <p>P9: Also vielleicht in sanfteren Abstufungen kommt das oft vor. Aber nicht als Schuld, mit der ich wirklich bedrückt nach Hause gehe. Sondern ich denke, Mist, das war jetzt eine Stunde, die ist nicht so gelaufen. Ich muss darüber nachdenken (...). Und natürlich schon leise Schuldgefühle.</p> |
| | | <p>P12: Das gibt also schon ein Gefühl von Schuld, eine latente Schuld.</p> |
| | | <p>P14: Ich gehe dem irgendwie ein wenig nach. Oder ich merke, dass ich einen Fall am liebsten gerade weglegen würde und gar nichts darüber schreiben möchte nach der Stunde. Irgendetwas ist nicht gut. Dann nehme ich es wiedermal hervor und denke: so und jetzt überlege ich einmal was sein könnte. Oder was mich so allergisch macht.</p> |
| <p>P15: Und auch, dass ich eigentlich im grossen und ganzen lieb umgehe mit den Fehlern, die mir passieren. Also im Sinne von: „Hey das ist menschlich. Ich kann nicht alles richtig machen.“ (...). Oder ich darf auch zweifeln, ich darf auch suchen, ich darf auch den Sinn in einem Fehler suchen.</p> | | |
| <p>P15: Also im ersten Moment passiert wie eine Art Verlangsamung. Ein Stutzen, eine Irritation. Und dann kann es passieren, dass ich eine Weile lang ein wenig wütend reagiere, das ist wie eine Phase. (...) Also ich bin dann wütend auf mich selbst und</p> | | |

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>habe das Gefühl, das ich es hätte sehen oder absehen sollen.</p> <p>P12: Das löst auch Aggressionen aus. Ich habe mich so engagiert, ich habe mir so Mühe gegeben.</p> <p>P15: Die Leute finden es dann halb so schlimm, aber ich finde es sehr tragisch wenn das passiert. Das finde ich wirklich schwierig.</p> |
| <p>B2) Umgang gegenüber Patientinnen und Patienten</p> <p><i>Definition:</i> Betrifft alle zwischenmenschlichen beobachtbaren Vorgänge zwischen Therapeut/Therapeutin und Patient/Patientin nach einem Fehler wie Kommunikation über den Fehler, sowie Nennungen von bewusster Wahl des Verschweigens von Fehlern und Begründung dafür</p> <p><i>Kodierregeln:</i> Fehler werden angesprochen und/oder Gründe dafür genannt. Fehler werden bewusst nicht angesprochen und/oder Gründe dafür genannt.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - von den Patienten und deren Reaktion abhängig - nur möglich wenn kein Abbruch - nur ansprechen wenn fördernd für den Prozess oder wenn Patient durch den Fehler gestört wurde. Ansonsten selbst damit fertig werden - ansprechen als Prozessmaterial - so bald wie möglich ansprechen - keine Regeln festlegbar - einfacher wenn der Patient von sich aus anspricht - nicht allzu persönlich werden - einfacher bei guter Beziehung | <p>P6: Da hinterfrage ich mich natürlich auch. Dann muss ich mich entschuldigen. Und das fällt mir dann natürlich auch schwer, nicht weil ich den Fehler gemacht habe, sondern das zu sagen: „Es war ein Fehler und es war nachlässig von mir.“ Es fällt mir schwer, dass ich das so gemacht habe, nicht, das dem Patienten zu sagen.</p> <p>P1: Also es kommt erstens auf den Fehler darauf an, manchmal kann man es gar nicht mehr ansprechen, wie die Klienten gar nicht mehr kommen. Wenn man es ansprechen kann, spreche ich es auf jeden Fall an und dann gibt es manchmal ganz gute Gespräche. Und wenn man es korrigieren kann, korrigiere ich es. Manchmal kann man es einfach nicht korrigieren.</p> <p>P4: Es ist dann eine heikle Frage, ob ich das einfach ansprechen soll, wenn es gar keinen Hinweis gibt, dass der Patient dadurch gestört worden ist. Weil wenn der Patient sagt: „Sie mir war nicht so wohl und so...“ Dann ist klar, dann kann ich da meine ganze Geschichte um den Fehler eingestehen. Dann ist es sicher gut. Aber wenn gar nichts in diese Richtung weist, dann ist es für mich nicht so recht klar, ob es vernünftig ist, den Fehler einfach so zu bringen. Ob nicht ich selbst mit dem fertig werden muss.</p> <p>P5: Doch also es ist schon so, wenn ich wirklich merke, ich hab einen Fehler gemacht, dann versuch ich es so bald wie möglich anzusprechen. Also wenn möglich in der darauf folgenden Stunde.</p> <p>P6: Ob es nützlich ist für die Therapie. Oder einfach nur etwas sage, damit ich entlastet bin. (...) Das überlege ich mir schon, ob es für den Therapieprozess etwas bringt wenn ich es sage.</p> <p>P10: Ich glaube nicht, dass man da feste Regeln sagen kann (...) ob man es dem Patienten sagen soll oder nicht.</p> <p>P13: Und sonst sind es ja kleine Fehler (...). Und in dem Sinne jetzt, sind solche Fehler extreme Chancen, miteinander einen Schritt zu machen. Weil ich es natürlich sofort spiegle und eingestehe und frage, was los ist und der Patient fühlt.</p> <p>P15: Ich spreche es auch an. Ich glaube, das Ansprechen ist wirklich etwas vom Wichtigsten. Also ich schätze ab, ob es die Beziehung fördert oder den Prozess, wenn</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | ich jetzt etwas anspreche (...). |
| | | P7: Wenn eine tragende Therapiebeziehung da ist, dann verträgt es wie auch, dass auch Fehler passieren können. |
| <p>B3) Einfluss der Therapierichtung</p> <p><i>Definition:</i> Der Umgang mit Fehlern wird von der Therapierichtung der befragten Person beeinflusst.</p> <p><i>Kodierregeln:</i> Aussagen über den Einfluss der Therapierichtung den Umgang mit Fehlern im Gegensatz zu Einfluss der Therapierichtung auf Fehler an sich, was unter Fehlerarten A3 kategorisiert werden müsste.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Einfluss vorhanden - Einfluss nicht vorhanden - Persönlichkeitsbedingte Definition und Umgang mit Fehlern - Erfahrungsabhängig - | P7: Die aktuelle therapeutische Prägung prägt auch die Meinung von Fehlern. |
| | | P13: Nein, ich glaube, es ist wirklich die Berufserfahrung, die mich dahin geführt hat, wo ich jetzt bin. Also meine Selbstreflexion. |
| | | P14: Ja, es kann ja natürlich nicht anders sein. Bei allem, was man im Leben macht, beeinflusst einen das. Aber was mich vor allem beeinflusst ist das Menschenbild. |
| | | P8: In erster Linie, würde ich sagen, ist das persönlichkeitsbedingt. |
| | | P12: Und es ist klar, wenn ich eine verhaltenstherapeutische Ausbildung habe und nicht Psychoanalytiker bin, dann schau ich auf das Phänomen, wenn es in einer Therapie nicht läuft, anders, als wenn ich eine psychoanalytische Vorstellung habe. (...) Was ich damit sagen möchte: Ich kann nur mit meinem Konzept arbeiten. Jeder Mensch geht davon aus, wie er es mehr oder minder zutreffend sieht. |
| <p>B4) Lernen durch Fehler</p> <p><i>Definition:</i> Alle Hinweise, die auf eine Kultur des Lernens durch Fehler hinweisen.</p> <p><i>Kodierregeln:</i> Lernerfahrung wird nicht in Super- oder Intervention gemacht und/oder nicht damit in Verbindung gebracht. Ansonsten Kategorisieren unter C1 Supervision oder C2 Intervention.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - man lernt viel durch Fehler - schwierig bei Fehlern, wo zu viel Eigenes hineinspielt - lernen von Fehlern von anderen möglich - lernen von Fehlern von anderen nicht möglich | P2: Ich bin natürlich schon bemüht, diese Fehler nicht mehr zu machen. |
| | | P3: Also ich glaube, man lernt auch aus Fehlern. |
| | | P1: Man lernt sehr viel aus Fehlern. |
| | | P4: Ich meine, wenn es gut läuft, dann lerne ich aus den Fehlern die ich mache, ganz eindeutig. Und dann gibt es eben die Situation, wo (...) ich nicht in der Lage bin, daraus zu lernen. Das ist dann, wenn zu viel Eigenes da mit hineinspielt. |
| | | P12: Ja man kann auf jeden Fall lernen aus Fehlern, die man bei anderen sieht. (...) Und ich würde das nicht weniger wichtig finden, als dass es wichtig ist, dass ich aus eigenen Fehlern lerne. |
| <p>B5) Unterschiedlicher Umgang mit Fehlern im privaten und beruflichen Umfeld</p> <p><i>Definition:</i> Bezieht sich auf unterschiedliche Reaktionen auf Fehler im privaten und im beruflichen Umfeld und die Begründung, warum es Unterschiede geben könnte.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - ganz etwas anderes - eine Persönlichkeitsfrage - mehr Verantwortung - einfacher, Fehler im beruflichen Umfeld zuzugeben - im privaten emotionaler und unreflektierter | P5: Weil ich hier in einer Rolle bin, es ist meine Aufgabe, in einer Ich-Distanz zu bleiben, in einer professionellen Distanz. |
| | | P6: Also im beruflichen kann ich Fehler viel besser zugeben und kann sagen das gehört dazu. |
| | | P9: (...) es ist ein grosser Unterschied für mich. Im Beruf setze ich mich viel sorgfältiger damit auseinander, weil ich denke, das ist ein Teil meiner Arbeit. Das schulde ich den Leuten schlichtweg. Aber privat läuft das anders. Da kann es bei mir „chlöpfe und täschte“, das hat mit meinem Temperament und meiner Persönlichkeit zu tun. |
| | | P7: Ich vermute, dass es viele Ähnlichkeiten gibt, einfach, weil ich ja der gleiche |

| | | |
|---|---|---|
| | | <p>Mensch bin.</p> <p>P15: Das ist mir auch schon aufgefallen. Privat beharre ich länger darauf, dass ich Recht habe. Ich kann dann auch schon laut und ungeduldiger werden. (...) Wo ich beruflich wirklich professioneller reagiere. Also ich schaue schneller von verschiedenen Seiten auf etwas.</p> <p>P15: Also zu Hause möchte ich Fehler machen können und hier möchte ich möglichst keine machen. Das ist schon eine andere Einstellung.</p> <p>P8: Hingegen in der Psychotherapie habe ich ersten den Anspruch an mich, wenig Fehler zu machen und zweitens (...) dass wenn ich welche mache, dass ich gut damit umgehe. Dass ich förderlich damit umgehe für die Klientin.</p> <p>P1: Das ist ganz anders, das ist wirklich anders, weil das ist hier wie eine fachliche Frage, da fühle ich mich sehr verantwortlich und eigentlich alleine verantwortlich dass ich es gut mache.</p> |
| <p>B6) Berufserfahrung</p> <p><i>Definition:</i> Aussagen, die auf einen Einfluss der Berufserfahrung im Umgang mit Fehlern hinweisen oder wo eine Veränderung im Umgang durch Berufserfahrung festgestellt wurde.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - weniger Fehler durch Berufserfahrung - bessere Akzeptanz von Hilfslosigkeit und Ohnmacht, mehr Sicherheit und Gelassenheit - überschreiten eigener Grenzen - anderer Umgang mit Gefühlen - regelmässige Supervision notwendig - Gefahr, dass man mit zunehmender Erfahrung meint, keine Fehler zu machen oder sie nicht zu erkennen - zu viel Eigenes erzählen - schnelleres bemerken von Fehlern durch Erfahrung vs. langsames bemerken von Fehlern zu Beginn - mehr Selbstbewusstsein, weniger Unsicherheit - Anfänger zu stark theoriegeleitet und unsicherer | <p>P5: Und ich arbeite jetzt mit (fünfzig – sechzig, Anm. der Verfass.) anders als mit dreissig. Ja. Also das... ich kann jetzt viel besser Hilfslosigkeit und Ohnmacht zulassen (...) als früher.</p> <p>P1: Also mit der Erfahrung macht man, glaube ich, schon weniger Fehler.</p> <p>P7: Ich glaube, es ist eine Gefahr, dass man mit zunehmender Erfahrung meint, man macht keine Fehler mehr. Am Anfang ist man in diesem komplexen Gebiet sowieso eigentlich überfordert. Und sieht sowieso überall nur Fehler. Und mit der Zeit (...) fühle ich mich in vielen Situationen sicher. Dann neigt man, glaube ich, dazu, eigene Fehler dann nicht mehr so genau zu sehen. Also sich etwas vorzumachen.</p> <p>P9: In Ihrem Alter hätte ich viel mehr Hemmungen gehabt, über die Fehler zu sprechen. Und habe viel mehr in mich hineingenommen und bin unsicher gewesen soll ich es ansprechen oder nicht. Und heute kann ich das viel besser. Das war wirklich eine Frage des Alters.</p> <p>P10: Ich glaube, die zunehmende Erfahrung ist etwas, was man sehr stark überschätzt. Ich glaube, die zunehmende Erfahrung ist manchmal nichts anderes, als die Erfahrung, die gleichen Fehler immer wieder zu machen, aber es immer weniger zu bemerken.</p> <p>P9: Aber ich kann es heute auch gelassener nehmen.</p> <p>P13: Am Anfang, wenn ich einen Fehler gemacht habe, hat das meist ein wenig Zeit gebraucht, bis mir aufgegangen ist, dass es ein Fehler ist. Und dann ist meistens schon etwas passiert.</p> |

| | | |
|---|--|--|
| B7: Idealisierung | - Nicht so tun als ob man alles wisse | P9: Weil die Leute schauen schon eher zu einem herauf, wenn sie in die Therapie kommen. |
| | - Überschätzung | P1: Ich kann auch nicht zaubern. Wir können es probieren, aber es gibt keine Garantie. Einfach herunterholen. |
| | - Herunter holen | P6: Also ich habe eher immer wieder das Gegenteil erlebt. Dass man eigentlich gar nichts erwartet von den Psychotherapeuten. (...) Und das die Leute eher angenehm überrascht sind, wenn sie merken, dass man einigermassen halbwegs normal ist. |
| | - Nichts wird erwartet | P7: Ich würde einmal vermutungshalber sagen, dass das eher ein Anfangsproblem einer Therapie ist. Sobald man zusammen unterwegs ist, wird man ein Team, man weiss wie es läuft, das Gegenüber lernt mich kennen, auch menschlich (...). Und dann ist das ideelle Problem weniger da. |
| B8) Tabuisierung <i>Definition:</i> Aussagen zur Tabuisierung von Fehlern in der Psychotherapie, dass diese stillschweigend praktiziert werden und nicht oder nur wenig darüber gesprochen wird | - es wird nicht über Fehler gesprochen | P7: Weil ich es ein wichtiges Thema finde und ein Thema, das zu wenig reflektiert wird in der tagtäglichen Praxis. |
| | - wichtiges Thema, wird zu wenig reflektiert | P8: Also die Überheblichkeit von Psychotherapeuten, die nie über ihre Fehler sprechen. Auch nie in ihren Fallberichten, in ihren Falldarstellungen. |
| | - Überheblichkeit | P5: Und ich finde es, auch gerade für die Psychotherapieforschung, finde ich es ein wichtiger Baustein. Es wird einfach zu wenig darüber geredet. |
| | | P1: Über die Fehler spricht man nicht so. |

| Hauptkategorie C: Unterstützung und Hilfe | | |
|---|---|---|
| Kategorien | Subkategorien | Ankerbeispiele |
| C1: Supervision <i>Definition:</i> Aussagen, welche Unterstützung und Hilfe für die Fehlerverarbeitung die Supervision leistet <i>Kodierregel:</i> Muss Aussagen bezüglich der helfenden oder unterstützenden Wirkung von Supervision enthalten, ansonsten B4 Lernen durch Fehler. | - Austausch | P1: Und das geht weniger darum, dass der Supervisor das viel besser weiss oder einem sagen kann, wie genau, sondern einfach, das auch mit jemandem teilen können. |
| | - Rückhalt | P3: Ja, also, das unterstützt natürlich schon im Umgang mit Fehlern. |
| | - Offenheit | P10: Aber – und das ist immer ganz schwierig – eine Supervision ist auch eine unglaubliche Störung in einem psychotherapeutischen Prozess (...). Wenn da jemand drittes sitzt. (...) Und dass das manchmal, auch wenn es noch so gut gemeint ist, einfach mehr Störung ist, als dass es hilft. |
| | - Hilft der Distanzierung | P13: Das man in eine Supervision geht und gleichzeitig Selbsterfahrung ist wo man seine Patienten bespricht mit dem Supervisor und den Entwicklungsverlauf der Therapie in Hinsicht auf die eigene Persönlichkeit. (...) im Bezug auf mich. Warum gelingt mir als Therapeutin da nicht, mit ihm gemeinsam Bewusstsein zu erarbeiten. Was hat das mit mir zu tun? Ganz eine spezifische selbsterfahrungsbezogene Supervision. Da würde man am allermeisten lernen. |
| | - Hilft der Verarbeitung von Fehlern | |
| | - Sicherheit | |
| | - Störung des therapeutischen Prozesses | |
| | - Sollte mit Selbsterfahrung verknüpft werden | |
| | - Aussensicht hilfreich | |
| | | |

| | | |
|---|--|--|
| | | <p>P14: Und es ist ja so, das man von aussen die Dinge viel klarer sieht als die zwei, die gerade zusammen sind und in etwas verwickelt sind. Darum ist ja auch die Supervision so wichtig (.,.).</p> <p>P11: Jemanden von aussen zu haben, jemanden, der einen anregen kann, nachzudenken, der einen herausfordern kann, der kritisch ist, neue Anregungen gibt. Das ist ganz wichtig.</p> <p>P12: Ich würde schon sagen, dass Supervision zentral ist. Weil die Supervision ja der Ort ist, an welchem ich die Fälle bespreche, wo ich nicht zugange komme oder nicht weiter komme (...).</p> <p>P15: Ich habe wirklich alle zwei Wochen Supervision und das ist relativ regelmässig. Und das hilft mir sehr. Und die Einzelsupervision sowieso. So das ich insgesamt immer wieder das Gefühl habe, dass ich es lösen kann.</p> |
| <p>C2: Intervision</p> <p><i>Definition:</i> Aussagen, welche Unterstützung und Hilfe für die Fehlerverarbeitung die Intervision leistet.</p> <p><i>Kodierregel:</i> Muss Aussagen bezüglich der helfenden und unterstützenden Wirkung von Intervision beinhalten, ansonsten B4 Lernen durch Fehler.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - je nach Selbstsicherheit schwierig - hilft zu sehen, dass es allen so geht - stellt Distanz her - gibt Sicherheit - unterstützt die Klärung - hilft der Einordnung - ist wichtig | <p>P1: Aber hat man sich dann dafür, wirklich mit diesen Fehlern in die Intervision zu gehen oder weil man sich dort ja auch öffnen muss und je nachdem wie selbstsicher das man ist spricht man dann von den Fehlern.</p> <p>P4: Das hilft fast immer. Erfahrene Kollegen merken immer sofort wo der Hase im Pfeffer liegt, was da passiert ist. Die können das meistens irgendwie klären.</p> <p>P5: Und ich hole mir Sicherheit durch meine (...) Intervision. Mit den Kollegen. Und da fühle ich mich gut eingebettet.</p> <p>P7: Also ich glaube der Austausch mit Fachkollegen (...) hilft, es ein wenig einordnen zu können. Zu merken, ist es anderen auch schon so gegangen, hat es viel mit mir zu tun oder ist es etwas, was in der Natur der Sache liegt. Es hilft mir, das einzuordnen. Austausch.</p> |
| <p>C3: Team</p> <p><i>Definition:</i> Aussagen, welche Unterstützung und Hilfe durch das Team (Gruppenpraxis) geleistet wird.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - gegenseitige Unterstützung - somatischer Bereich - hoher Komfort - hilft dem frühen „erwischen“ von Dingen die falsch laufen - etwas loswerden können | <p>P1: Wenn man sich gegenseitig ein wenig stützt, das ist auch gut, wenn man mit Kollegen zusammenarbeitet und nicht in einer Einzelpraxis.</p> <p>P6: Also ich könnte mir beispielsweise nie mehr vorstellen, alleine in einer Praxis zu arbeiten. Das habe ich auch nie gemacht. Ich war immer mit Kollegen in Praxisgemeinschaften. Gerade im somatischen Bereich, denke ich, bin ich zu wenig gut ausgebildet worden damals an der Universität. Und das ist einfach enorm wichtig, dass man das wirklich abdeckt.</p> <p>P6: Das kann auch informell sein. Wenn ich mit Kollegen Mittagessen gehe oder so. Dann reden wir miteinander. (...) Und das finde ich wahnsinnig wichtig. Weil man früh Dinge erwischt.</p> <p>P12: Mir ist es sehr wichtig beispielsweise, was wir hier für ein Klima haben, die Praxiskolleginnen und ich. Dass man sich</p> |

| | | |
|---|---|--|
| | | auch einmal beim Kaffee etwas erzählen kann, was nicht gut gelaufen ist. Und dann wird man etwas los und dadurch verändert es sich schon. |
| <p>C4: Selbstfürsorge</p> <p><i>Definition:</i> Aussagen, welche Unterstützung und Hilfe durch Selbstfürsorge beinhalten. Liebevollen, wertschätzenden, achtsamen und mitfühlenden Umgang mit sich selbst und seine Bedürfnisse ernst nehmen</p> | <ul style="list-style-type: none"> - andere Interessen pflegen - nicht nur über Schweres reden - auf eigene Grenzen achten - gesunde Balance zwischen Arbeit und Freizeit - Dinge machen die einem guttun - Einfluss der Befindlichkeit auf Umgang mit Fehlern - Psychotherapeuten als Instrument | <p>P1: Man muss auch noch genügend Sachen haben, die man sonst macht, und andere Interessen haben. Es kann einem noch recht hineinnehmen, wenn man nur noch Therapie macht. Und es ist wichtig, dass man noch andere Sachen macht. (...) nicht immer nur über Schweres reden. Andere Interessen pflegen.</p> <p>P9: Und sonst, was man so für die Psychohygiene so macht. Vielleicht Dinge machen, die einem gut tun. Und sich nicht in eine Depression hineinziehen lassen. Sondern Sachen machen, die gut tun.</p> <p>P14: Das man probiert, wieder in einen guten Zustand zu kommen. Sei es mit Freunden oder mit Essen... das man wieder bei sich ist und dann kann man wieder offener auf etwas zugehen.</p> <p>P14: Aber alles andere, was im Leben sonst hilft natürlich auch einem Therapeuten. Das Privatleben und ja, wie zufrieden man ist sonst oder wie gut es einem geht, hat natürlich auch einen Einfluss auf den Umgang mit Fehlern.</p> <p>P15: Wir sind selbst ein Instrument. Also muss ich auch zu mir schauen.</p> |
| <p>C5: Andere Strategien</p> <p><i>Definition:</i> Aussagen über weitere hilfreiche und unterstützende Strategien im Umgang und in der Verarbeitung von Fehlern.</p> <p><i>Kodierregel:</i> Aussage ist keiner anderen Kategorie zuordenbar, enthält keine Aussagen über unterstützende und hilfreiche Funktionen von Supervision, Intervention und/oder Team.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - KGs aufschreiben - Wissenshintergrund - mit dem Partner/der Partnerin darüber sprechen - Weiterbildungen - Etwas nachlesen - In eine andere Stimmung versetzen - Innere „Supervision“ - eigene Körperwahrnehmung - Setting an eigene Möglichkeiten anpassen | <p>P3: Das ist halt auch etwas Hilfreiches, wenn man eine KG (Krankengeschichte, Anm. der Verf.) schreibt. Dann ist es wie aufgeschrieben. Und ich habe so eine Rubrik in der ich meine persönlichen Empfindungen schreibe.</p> <p>P13: Und ich nehme meine Fälle halt oft auch nach Hause im Kopf. Ich mache nicht einfach die Türe zu und dann war's das.</p> <p>P14: Manchmal ist es vielleicht so, dass ich probiere, mich in eine andere Stimmung zu versetzen. Wenn etwas ganz schwierig war oder irgendwie verkehrt und man weiss es nicht so genau. Das man probiert, in einen guten Zustand zu kommen.</p> <p>P11: Ich bin ja 24h 365 Tage mit mir selbst unterwegs. Und ich muss in mir eine Art Supervisionsprozess installiert haben. Das kann ich nicht einfach (...) gegen aussen delegieren. Ich muss das jeden Tag haben. (...) Also ich muss einen inneren Supervisor für mich selbst haben.</p> <p>P15: Und dann merke ich, muss ich neben dem Psychotherapeutischen und dem immer Eins-zu-Eins beraten noch andere Ausgleiche haben, ob es jetzt beruflich oder privat sei.</p> <p>P15: Also das ist sicher eine Strategie. Also ich habe auch nie mehr als fünf Termine am Tag. (...) Also fünf ist gut, aber sechs ist die Ausnahme. Und es gibt Psy-</p> |

| | | |
|--|--|---|
| | | <p>chotherapeutinnen die schaffen jede Stunde. Ich weiss nicht, ich könnte das nicht. Dann würden mir mehr Fehler passieren. Ganz sicher. Einfach Unaufmerksamkeiten und das ich gar nicht richtig hier bin und präsent bin.</p> <p>P9: Oder auch zu Hause diskutieren. Das mache ich noch oft, mit meinem Mann etwas diskutieren. Ich hole mir die Stärkung.</p> |
|--|--|---|

| Hauptkategorie D: Auswirkungen von Fehlern | | |
|---|---|--|
| Kategorien | Subkategorien | Ankerbeispiele |
| <p>D1: Fehler konstruktiv Nutzen</p> <p><i>Definition:</i> Betrifft Aussagen über Möglichkeiten und Strategien, die angewendet werden um einen Fehler konstruktiv für den Therapieprozess zu nutzen und in den Therapieverlauf zu integrieren.</p> <p><i>Kodierregel:</i> Nur Aussagen zuordnen bezüglich Möglichkeiten und Strategien, die nach einem gemachten Fehler genutzt werden um den Fehler konstruktiv zu nutzen bevor eine Reaktion des/der Patienten/in erfolgt, ansonsten Zuordnung zu D4 Reaktion des Patienten und vor einer negativen Auswirkung auf den Therapieverlauf, ansonsten Zuordnung zu D3 negative Auswirkungen.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Fehler korrigieren - Standortbestimmungen - transparent besprechen, ansprechen, dazu stehen - auf die Seite des Patienten gelangen - genügend schnell bemerken, dass ein Fehler passiert ist - Verantwortung übernehmen - Sich über Fehler bewusst sein und diese nicht Verdrängen - kongruent sein, echt sein - sehr komplex - Bestrebung, möglichst keine Fehler zu machen - nachfragen | <p>P7: Wenn es gelingt, wieder auf die Seite des Patienten zu kommen, dass sie sich verstanden und abgeholt fühlen. Dann ist der Fehler quasi behoben.</p> <p>P13: Also sich selbst (den Fehler, Ann. der Verf.) bewusst machen, nicht verdrängen. Die Verantwortung übernehmen, eingestehen. Sich für seinen Anteil entschuldigen.</p> <p>P13: Also meine Patienten sind erzogen, dass sie mir immer sagen müssen, wenn etwas nicht stimmt.</p> <p>P11: Ich glaube, einen Teil davon ist, dass man dann kongruent ist. Wenn ich etwas verbockt habe, dann muss es sich fürs Gegenüber kongruent anfühlen, wenn ich Entschuldigung sage.</p> <p>P12: Es gibt manchmal Dinge, die man einfach nicht merkt. Dann ist es gut, das noch einmal anzusprechen.</p> <p>P12: Ich denke, die Maxime des Therapeuten muss sein, dass man möglichst keine Fehler macht. Das liegt auf der Hand. Und wenn Fehler passieren, dann braucht es eine gute Fehlerkultur. Und Fehlerkultur würde heissen, dass der Therapeut auch bereit ist, dazu zu stehen, dass etwas schiefgelaufen ist oder er etwas nicht gesehen hat.</p> <p>P10: (...) dass der Fehler manchmal kein Fehler ist, also manchmal nicht die Folge von einem Fehler hat, und manchmal hat etwas was gar kein Fehler, ist so eine Folge.</p> <p>P10: Aber es wird so oder so schwierig sein, in Bezug auf den ganzen Erfolg oder Misserfolg der Therapie zu definieren, wo der Fehler gelegen ist.</p> <p>P12: Es ist nicht so leicht zu lösen (...) Fehler im eigentlichen Sinn in der Therapie zurechtzurücken. Es ist sehr viel komplexer, weil sehr viele verschiedenen Faktoren hineinspielen.</p> |

| | | |
|---|--|---|
| | | <p>P3: Und das machen wir ja auch in Standortbestimmungen immer wieder, auch einen Blick auf die Therapie werden. Was ist hier drin alles gut, ist irgendetwas was der Klient schon lange gedacht hat was er einmal sagen möchte?</p> |
| | | <p>P8: Weil natürlich ist es für mich eine Bestrebung, möglichst wenig Fehler zu machen. Möglichst wenig im Sinne von Möglichst wenig Fehler zu machen, die kontraproduktiv sind. Aber welche kontraproduktiv sind und welche nicht ist persönlichkeits- und situationsabhängig.</p> |
| | | <p>P6: Und ich frage auch häufig, wie sie die letzte Stunde erlebt haben, genau aus diesem Grunde, falls es irgend eine Störung gab, dass das rechtzeitig herauskommt.</p> |
| <p>D2: positive Auswirkungen auf den Therapieverlauf</p> <p><i>Definition:</i> betrifft Aussagen über positive Auswirkungen von Fehlern auf den Therapieverlauf sowie deren Ursachen für positive Auswirkungen und Manifestationen von positiven Auswirkungen.</p> <p><i>Kodierregel:</i> Eine bereits erfolgte Veränderung im Therapieverlauf muss benannt werden, ansonsten Zuordnung D4 Reaktion von Patientinnen und Patienten oder D1 Fehler konstruktiv nutzen. Darf zudem keine Aussagen über negative Auswirkungen haben, ansonsten Zuordnung zu D3 negative Auswirkungen.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Beziehung auf Augenhöhe - Vertrauen schaffen - Ansprechen wirkt sich positiv aus - Verändern etwas festgefahrenes, bewegt neues - Verbessern die therapeutische Beziehung - Prozess wird ange-regt - Glück - Fehler als Chance - Zeigt etwas neues | <p>P1: Also ich finde es wichtig, dass der Klient weiss, dass man nicht perfekt ist. Das gibt mehr eine Beziehung auf Augenhöhe. Wenn man nicht einfach da oben ist und alles weiss und alles kann und immer alles richtig macht.</p> <p>P7: Das finde ich noch schwierig, weil ich nur einen Teil wahrnehmen kann, von dem was auf der Patientenseite passiert. Tendenziell würde ich sagen, dass es zu einer Entspannung und Annäherung in der Therapiebeziehung führt.</p> <p>P10: Darum glaube ich, dass es vielfach Glück ist, wenn ein Fehler sich nicht auswirkt oder Pech, wenn er sich auswirkt.</p> <p>P4: Und dann hat das eben auch noch den guten Effekt dass der Patient sich bestätigt erlebt in seiner Empfindung. (...) das gibt ihm Selbstbewusstsein und tut ihm gut. Wenn er mich als einsichtig erlebt.</p> <p>P13: Und oft gibt das die grössten Fortschritte aus diesen Situationen, die sogenannten Fehler – weil es dann nicht wirklich Fehler sind, sondern Chancen.</p> <p>P13: Aus meiner Sicht sind sogenannte Fehler im therapeutischen Prozess keine Fehler, sobald sie eingestanden sind und in Verantwortung vom Therapeuten übernommen werden, sondern Chancen.</p> <p>P4: Die die sich so ansprechen lassen, die wirken sich sogar positiv aus.</p> <p>P13: Dadurch dass man Verantwortung übernimmt indem man es anspricht sind sie wieder in dem sicheren Rahmen. Ich denke, ein Patient braucht wirklich Sicherheit, das was da läuft, das der, der gegenüber sitzt weiss was er macht. Und in dem Moment, wenn man einen Fehler anspricht und Verantwortung dafür übernimmt und sich entschuldigt, dann hat er wieder diese Sicherheit. (...) Und dann ist es eben extrem positiv.</p> |
| <p>D3: negative Auswirkungen auf den Therapieverlauf</p> | <ul style="list-style-type: none"> - wenn Fehler auf die Seite des Patienten | <p>P8: Dass es eine Verlangsamung oder ein Stehenbleiben eines Prozesses durch Feh-</p> |

| | | |
|--|--|---|
| <p><i>Definition:</i> betrifft Aussagen über negative Auswirkungen von Fehlern auf den Therapieverlauf sowie deren Ursachen für positive Auswirkungen und Manifestationen von positiven Auswirkungen.</p> <p><i>Kodierregel:</i> Darf keine Aussagen über positiven Auswirkungen haben, sonst D2 positive Auswirkungen sowie keine Aussagen über Reaktionen von Patienten enthalten, ansonsten Zuordnung zu D4.</p> | <p>geschoben wird</p> <ul style="list-style-type: none"> - wenn der Fehler vom Therapeuten nicht eingestanden wird - Setting verlassen - Unzufriedenheit beim Patienten - Hindern den Prozess - Verlangsamung des Prozesses - negative Auswirkungen für den Therapeuten - negative Auswirkungen für den Patienten - Kontakt wird unterbrochen - Wenn ein Fehler unbearbeitet ist - Wenn die Entschuldigung des Therapeuten vom Patienten nicht angenommen werden kann - Zweifel - Pech - Nicht zu fest an Fehlern aufhängen wenn Therapie sich negativ entwickelt - Negative Veränderung des Prozesses als eigentlicher Fehler | <p>ler (gibt, Anm. der Verf.) (...) das ist klar.</p> <p>P8: Ich glaube nicht, dass ein Fehler nicht förderlich ist. Aber wenn man ihn einfach unbearbeitet lässt, dann ist er weniger förderlich.</p> <p>P10: Darum glaube ich, es ist vielfach Glück, wenn ein Fehler sich nicht auswirkt oder Pech, wenn er sich auswirkt.</p> <p>P11: Und wenn ich herumtrickse und abwimmle, wenn ich selbst nicht mit Schuld umgehen kann. Oder wenn ich selbst meine innere Kritik nicht sortiert habe und dann etwas unter den Teppich wische und so darüber (hinweg, Anm. d. Verf.) gehe. Dann habe ich das Gefühl, dann blockiert es zumeist einen therapeutischen Prozess. Vielleicht kann das der Klient nicht einmal benennen. Aber er merkt, dass (...) der Therapeut ist nicht kongruent. Dann gibt es meiner Erfahrung nach meistens eine Distanz.</p> <p>P14: Es löst etwas aus und es hängt davon ab, ob das, was es auslöst, den Prozess für den Patienten negativ verändert und nicht mehr gut zu machen ist. Und das ist dann eigentlich der Fehler.</p> |
| <p>D4: Reaktionen von Patientinnen und Patienten innerhalb der Psychotherapie</p> <p><i>Definition:</i> Betrifft Aussagen über die bewusste oder unbewusste beobachtbare Reaktionen des Patienten oder der Patientin auf einen gemachten Fehler, einen kommunizierten Fehler oder einen unterschwelligem Fehler.</p> <p><i>Kodierregel:</i> Muss beobachtbar sein, ansonsten Zuordnung zu D3 negative Auswirkungen auf den Therapieverlauf.</p> | <ul style="list-style-type: none"> - nicht bei allen gleich - beinahe immer positiv, erleichtert - Fehler werden nicht immer bemerkt - Ansprechen des Fehlers - Wird in seinen Empfindungen bestärkt - nehmen einem wenig übel, verzeihen einem viel - ziehen sich zurück - nur ein Teil der Reaktion wahrnehmbar - unterschiedliche Bewertung von Fehlern bei Psychothe- | <p>P3: Ja, also ich glaube, das ist wie erlösend, dass es wieder geklärt und keine Störung in der Beziehung gibt.</p> <p>P15: Ja die finden das in der Regel sehr sympathisch und menschlich.</p> <p>P4: Die reagieren im Allgemeinen hervorragend. Wenn man das ehrlich meint dann sind sie so erleichtert weil sie es irgendwo... haben sie es ja auch gespürt dass etwas nicht gut läuft und es war ihnen unwohl.</p> <p>P6: Also meine Erfahrung ist, dass einem die Leute eigentlich wahnsinnig wenig übel nehmen. Ausser wenn man wirklich grobe Dinge tut, die stark verletzend sind. Aber sonst, normale Fehler machen den Leuten nichts. Das (...) ist meine Erfahrung. Oder es macht sie sogar eher sicherer, wenn man es sagt. Weil sie mehr Vertrauen haben oder mehr Vertrauen erhalten.</p> <p>P4: In der Therapie ist der Patient oft nicht</p> |

| | | |
|---|--|--|
| | <p>rapeut/in und Patient/in</p> <ul style="list-style-type: none"> - finden es sympathisch und menschlich - Patient nimmt es auf sich | <p>in der Lage, seine Kritik oder seine Unzufriedenheit auszudrücken sondern er nimmt es auf sich.</p> <p>P5: Also die verzeihen einem viel mehr, als man eigentlich denkt. Also, weil die merken ja auch, ich bin ja als Mensch da, und so versuchen unmenschlich perfekt zu sein, ist überhaupt nicht gut.</p> <p>P15: Das ist in den Augen der Leute ja auch immer subjektiv ob ein Fehler ein Fehler ist. Also sehr subjektiv in der Psychotherapie. Aber wenn jetzt das für den Klienten oder die Patientin ein Fehler ist, dann kriege ich das vielleicht auch nicht immer mit über.</p> <p>P7: Das finde ich noch schwierig zu sagen, weil ich nur einen Teil wahrnehmen kann, von dem was auf der Patientenseite passiert. Tendenziell würde ich sagen, dass es zu einer Entspannung und Annäherung der Therapiebeziehung führt. Also die Patienten verschliessen sich glaube ich, wenn sie merken: „Hey was macht der jetzt mit mir.“ Sie ziehen sich ein wenig zurück. Wenn sie merken, dass er sich schwach und fehlerhaft zeigt, erlaubt dass ihnen eine Öffnung und sie kommen wieder näher. Die angespannte Beziehung die vorher entstanden ist kann sich wieder entspannen.</p> <p>P9: Weil das was ich als Fehler empfinde ist häufig nicht das Gleiche, als das, was die Leute als Fehler empfinden. Und dass ist dann manchmal wieder ein Trost und manchmal auch erschreckend. Weil manchmal hat man Gefühl: super Stunde gewesen. Und das nächste Mal sagen die: „Sie das hat mich also gar nicht gefreut, was sie da gesagt haben.“</p> <p>P13: Aber auf die kleinen Fehler, wenn man die in der Verantwortung anspricht und sich entschuldigt und das Feedback der Patienten ernst nimmt, dort reagieren sie sehr positiv.</p> <p>P12: Wenn Sie merken, dass Sie den Eindruck haben, einem Patienten ist es nicht mehr wohl oder ein Patient wirkt gehemmt und hatte vorher eine Phase wo sehr viel Offenheit war in der Therapie. Dann müssen Sie das ansprechen, dann müssen Sie dem auf den Grund gehen. Das kann mit Ihnen zu tun haben, im Sinne von Fehlern, dass kann aber auch mit irgendetwas anderem zu tun haben (...).</p> |
| <p>D5: Therapieabbruch</p> <p><i>Definition:</i> Aussagen über Fehler, welche zu einem Therapieabbruch geführt haben oder über Therapieabbruch allgemein</p> <p><i>Kodierregel:</i> Therapieabbruch muss benannt werden, ansonsten</p> | <ul style="list-style-type: none"> - Therapeut/in weiss nicht, ob Abbruch auf Fehler zurückzuführen ist, erhält keine Antwort - Fehler könnten auch zu Abbrüchen führen - Abbrüche aufgrund | <p>P4: In solchen Fällen kommt es dann oft sehr abrupt zu einem Abbruch. Und dann ist der Fehler nicht zu beheben gewesen und nicht fruchtbar geworden.</p> <p>P7: Wenn es gelingt, wieder auf die Seite des Patienten zu kommen (...). Dann ist der Fehler quasi behoben. Wenn das nicht gelingt führt es wahrscheinlich zu einem Therapieabbruch.</p> |

ANHANG

| | | |
|---------------|---|---|
| Zuordnung D3. | von Fehlern eher unbewusst - Schlimme Fehler führen zu Abbruch | P14: Die schlimmen Fehler wirken sich entweder auf Abbruch aus (...). P3: Vielleicht, wenn es zum Abbruch kommt. (...) das könnte auch mit Fehlern zu tun haben. P1: Und wenn es einen Abbruch gibt, hinterlässt es schon ein schales Gefühl, so das Gefühl, was habe ich da jetzt, ja, man erhält auch keine Antwort. Man muss sich das nachher selbst zusammenreimen. |
|---------------|---|---|

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne Benützung anderer als der angegebenen Hilfsmittel verfasst habe.

Unterschrift: