

**WIE GEHEN  
PSYCHOTHERAPEUT\*INNEN DER  
INTEGRATIVEN GESTALT THERAPIE  
MIT FEHLERN UM?**

Master-Thesis zur Erlangung des akademischen Grades

Master of Science

im Universitätslehrgang Psychotherapie

Fachspezifikum Integrative Gestalttherapie

eingereicht von

Mag.<sup>a</sup> Julia Kux

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit

an der Donau-Universität Krems

Betreuerin: MMag.<sup>a</sup> Petra Klampfl, MSc

Betreuerin: Mag.<sup>a</sup> Dr.<sup>in</sup> Yvonne Schaffler

Wien, 22.02.2022

## EIDESSTÄTTLICHE ERKLÄRUNG

Ich, Mag.<sup>a</sup> Julia Kux, erkläre hiermit an Eides statt,

1. dass ich meine Master-These selbständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfen bedient habe,
2. dass ich meine Master-These oder wesentliche Teile daraus bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe,
3. dass ich, falls die Master-These mein Unternehmen oder einen externen Kooperationspartner betrifft, meinen Arbeitgeber über Titel, Form und Inhalt der Master-These unterrichtet und sein Einverständnis eingeholt habe.

## ABSTRACT (DEUTSCH)

Vorliegende Arbeit beschäftigt sich mit dem Umgang mit Fehlern von Psychotherapeut\*innen. Dafür werden Leitfadeninterviews mit Expert\*innen der Integrativen Gestalttherapie unter Anwendung der qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring untersucht.

Selbstreflexion, Reflexion mit Kolleg\*innen in Inter- und Supervision, sowie Reflexion des therapeutischen Prozesses sind wichtige Aspekte im Fehlerumgang. In den Interviews zeigen sich deutlich integrativ-gestalttherapeutische Haltungen, wie dialogisches Vorgehen, Phänomenologie, Fehlerfreundlichkeit und Wohlwollen. Das fehlerhafte Geschehen wird meist offen und dialogisch mit den Patient\*innen besprochen, wobei mehrere Expert\*innen auch im Zugeben eines Fehlers guten Umgang sehen. Den Befragten ist wichtig, in ihren Psychotherapien eine Atmosphäre zu schaffen, in der Patient\*innen Kritik üben können.

Als Folgen von Fehlern werden von Therapiebeendigungen, Lernerfahrungen und Chancen von Weiterentwicklungen berichtet.

Heterogen sind die Aussagen der Befragten zur Fehlerdefinition und -einteilung.

### **Stichworte (Autorenschlagwörter):**

Therapeutische Fehler, Fehlerumgang, Therapeutische Haltung, Qualitative Inhaltsanalyse, Integrative Gestalttherapie.

## ABSTRACT (ENGLISCH)

This dissertation discusses how psychotherapists handle their errors. To this end, I engaged in guided interviews with experts in Gestalt therapy and performed a qualitative content analysis according to Mayring.

Important aspects in handling errors are self-reflection, reflection with colleagues in inter- and supervision, as well as reflection on the therapeutic process. Behaviours observed during the interviews are gestalt attitude, especially dialogical approach, phenomenology, error tolerance and good will. The therapists mostly discuss these errors openly and dialogical with their patients. Some of the experts find admitting to the mistakes an appropriate course of action. It is important for the therapists to create an atmosphere where patients are able to criticise their therapists.

The experts report that consequences of errors range from the ending of therapies, valuable learning experiences and the chance of further development.

Definition and classification of errors made by the experts differ and are not clear cut.

### **Keywords:**

Therapeutic errors, handling mistakes, therapeutic attitude, qualitative content analysis, Gestalt therapy.

## INHALTSVERZEICHNIS

<b>1</b>	<b>Einleitung.....</b>	<b>4</b>
<b>2</b>	<b>Theorie.....</b>	<b>7</b>
2.1	Fehlerdefinition.....	7
2.1.1	Vorstellung unterschiedlicher Fehlerdefinitionen.....	7
2.1.2	Fehlereinteilung nach Schigl und Gahleitner.....	11
2.2	Forschungskontext und -hintergrund.....	13
2.2.1	(Wenig) Forschung zum Thema Fehler.....	14
2.2.2	RISK-Studie der Donau-Universität Krems.....	16
2.2.3	Fehler - Nebenwirkungen.....	17
2.2.4	Fallgeschichten zu Fehlern.....	18
2.3	Stand der Forschung zum Umgang mit Fehlern.....	19
2.3.1	Fehlerquellen.....	19
2.3.2	Umgang mit Fehlern.....	21
2.3.3	Fehlerprävention.....	22
2.3.4	Zusammenfassung.....	26
2.4	Fehler aus integrativ-gestalttherapeutischer Perspektive.....	26
2.4.1	Frühe Beschäftigung mit therapeutischen Fehlern in der Gestalttherapie.....	27
2.4.2	Vom Gestalttherapeutischen Menschenbild zur Haltung.....	30
2.4.3	Von der Gestalttherapeutischen Haltung zum Umgang mit Fehlern...33	33
2.4.4	Zusammenfassung.....	34
<b>3</b>	<b>Methodik.....</b>	<b>36</b>
3.1	Zielsetzung der Untersuchung.....	36
3.2	Fragestellung.....	37
3.3	Forschungsdesign und Methode:.....	37
3.3.1	Forscher*innenreflexivität.....	37

3.3.2	Das problemzentrierte Expert*inneninterview .....	39
3.4	Datenerhebung und Datenaufbereitung:.....	40
3.4.1	Interviewleitfaden .....	40
3.4.2	Auswahl und Zugang zur Untersuchungsgruppe .....	41
3.4.3	Interviewsituation .....	42
3.4.4	Interviewmemo.....	43
3.5	Auswertungsmethode und Auswertungsprozess.....	43
3.5.1	Transkription .....	43
3.5.2	Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring .....	44
3.5.3	Entwicklung des Kategoriensystems .....	44
<b>4</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>48</b>
4.1	1. Oberkategorie: Fehlereinteilungen.....	49
4.1.1	Alltagsfehler .....	50
4.1.2	Fehler in schwierigen Situationen.....	51
4.1.3	Reflektierte Behandlungsfehler.....	52
4.1.4	Ethische Fehler .....	53
4.1.5	Therapeutenspezifische Fehler .....	53
4.1.6	Unbewusste Fehler .....	54
4.1.7	Weitere, andere Definitionen von Fehlern .....	55
4.1.8	Grenzfälle / gar kein Fehler?.....	56
4.2	2. Oberkategorie: Reaktion der Therapeut*in – Umgang mit Fehlern .....	57
4.2.1	Selbstreflexion.....	57
4.2.2	Reflexion des therapeutischen Prozesses .....	58
4.2.3	Reflexion mit anderen: Supervision, Intervision .....	59
4.2.4	Theoriewissen anwenden .....	60
4.2.5	Warnzeichen wahrnehmen .....	60
4.3	3. Oberkategorie: Integrativ-gestalttherapeutischer Umgang mit Fehlern..	61
4.3.1	Therapeutische Haltung.....	61
4.3.2	Haltung gegenüber Fehlern .....	62
4.3.3	Abwägungsprozesse / Dilemmata .....	64

4.3.4	Integrativ-gestalttherapeutische Interventionen.....	65
4.3.5	In Dialog mit der Klientin, dem Klienten bringen / etwas nicht ansprechen.....	66
4.3.6	Fehler eingestehen / sich entschuldigen .....	67
4.3.7	Eigene Gefühle und Gefühle anderer wahrnehmen.....	68
4.4	4. Oberkategorie: Reaktion der Klientin / des Klienten .....	69
4.5	5. Oberkategorie: Folgen von Fehlern .....	69
4.5.1	Beendigung der Therapie .....	69
4.5.2	Veränderung der therapeutischen Beziehung.....	70
4.5.3	Fehler als Chance.....	71
4.5.4	Aus Fehlern lernen.....	72
4.6	6. Oberkategorie: Entwicklung im Lauf der Zeit / Entspannterer Umgang .	72
4.6.1	Was hat geholfen?.....	73
4.7	7. Oberkategorie Fallbeispiele .....	74
<b>5</b>	<b>Diskussion.....</b>	<b>75</b>
5.1	Zentrale Ergebnisse .....	76
5.1.1	Fehler als Teil der therapeutischen Arbeit.....	76
5.1.2	Unklarheit der Fehlerdefinition.....	77
5.1.3	Integrativ-gestalttherapeutischer Umgang mit Fehlern .....	79
5.1.4	Integrativ-gestalttherapeutische Haltung zu Fehlern.....	84
5.1.5	Fehlerprävention .....	87
5.1.6	Fehlerfolgen .....	89
5.1.7	Frühe gestalttherapeutische Fehlerforschung.....	90
5.2	Limitationen und Ausblick.....	90
5.3	Resümee .....	91
5.3.1	Wissenschaftliches Resümee.....	91
5.3.2	Persönliches Resümee.....	92

## 1 Einleitung

Die Psychotherapieforschung konzentrierte sich lange Zeit auf den Nachweis der Wirksamkeit von Psychotherapie (Grawe, Donati & Bernauer, 1994). Die Themen Missbrauch, Behandlungsfehler und Nebenwirkungen waren nur vereinzelt Gegenstand wissenschaftlicher und/oder literarischer Beschäftigung. Nach Schleu (2019) erwiesen sich Erfolglosigkeit, Schäden und Behandlungsfehler in der Therapie „lange Zeit als ein nahezu vergessenes und tabuisiertes Thema“ (S. 455).

Interessant ist in diesem Zusammenhang der Artikel von Strauß (2011), in dem er die Ausstrahlung der Fernsehserie „In Treatment“ in Verbindung mit der vermehrten wissenschaftlichen Beschäftigung mit Fehlern und Nebenwirkungen bringt. Die Serie wurde erstmals 2008 in Deutschland ausgestrahlt und zeigt in jeder halbstündigen Folge eine Psychotherapiesitzung. Dem Psychotherapeuten Paul Weston unterlaufen einige Kunstfehler, woraus sich ethische Fragen und Fragen negativer Effekte von Psychotherapie ergeben. Nach Strauß (2011) hat die Serie dazu beigetragen, negative Aspekte und Risiken von Psychotherapie auch in der Öffentlichkeit mehr zu thematisieren.

Tatsächlich hat sich in den letzten beiden Jahrzehnten die Forschung zu Fehlern, Nebenwirkungen, Schäden und unerwünschten Effekten von Psychotherapie intensiviert, bezogen auf Österreich ist das große, empirische Forschungsprojekt der Donau-Universität Krems zu „Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden“ in den Jahren 2007 bis 2012 zu nennen (Leitner et al., 2012; Schigl, Leitner & Märtens, 2014a). Integrativ-gestalttherapeutische Literatur oder Forschung zu diesem Thema ist allerdings weiterhin wenig zu finden. Ausnahmen bilden zwei theoretische Aufsätze, die in Form von Buchbeiträgen in Sammelbänden zum Thema Fehler veröffentlicht wurden (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002; Nausner & Diltsch, 2014).

Als Berufsanfängerin fragte ich mich auch persönlich immer wieder, ob das, was ich als Psychotherapeutin getan oder nicht getan habe, richtig oder „ein Fehler“ war, und



im Anschluss daran, wie ich mit dieser Unsicherheit umgehen sollte. Daraus ergab sich für mich auch eine persönliche Motivation zur wissenschaftlichen Beschäftigung mit Fehlern in der Psychotherapie.

Mein Hauptinteresse liegt auf „alltäglichen“ Fehlern, die jedem ab und zu passieren können, und nicht auf den schweren, selteneren Verfehlungen durch Psychotherapeut\*innen, wie dem Missbrauch (Frenzl, Gawlytta, Schleu & Strauß, 2020). Ausgehend von dem Artikel „Der ausreichend gute Therapeut“ (Wöller, 2016) und dem Buch von Bienenstein und Rother (2009) „Fehler in der Psychotherapie“ suchte ich nach Literatur zu Fehlern. Aufgrund des Mangels an empirischen Studien, insbesondere im Bereich der Integrativen Gestalttherapie, entschied mich dafür, eine qualitative Studie durchzuführen und Psychotherapeut\*innen als ExpertInnen der Integrativen Gestalttherapie zu ihrem Umgang mit Fehlern zu befragen.

Die Zielsetzung dieser Arbeit war, eine erste empirische Annäherung an einen integrativ-gestalttherapeutischen Umgang mit Fehlern durchzuführen.

Die Arbeit gliedert sich in fünf Teile. Nach der Einleitung beginne ich mit der allgemeinen und gestalttherapeutischen Theorie zu Fehlern, daran schließe ich den Methodenteil an, stelle im Anschluss die Ergebnisse dar und beende mit dem Diskussionsteil.

Im ersten Teil der Arbeit geht es zunächst um die Definition und Einteilung von Fehlern, um die Entwicklung der Fehlerforschung und um den letzten Stand der Forschung im Umgang mit Fehlern. Die Perspektive der Integrativen Gestalttherapie auf das Phänomen Fehler bildet den Abschluss des Theorieteils.

Im Methodenteil beschreibe ich die Zielsetzung und Fragestellung, das qualitative Forschungsdesign, die Datenerhebung durch problemzentrierte Interviews mit Expert\*innen, die Auswertung der Interviews mittels qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) und reflektiere den Forschungsprozess.

Im Anschluss stelle ich im Ergebnisteil ausführlich die Ergebnisse der qualitativen Inhaltsanalyse der sechs Expert\*inneninterviews anhand von sieben Oberkategorien und 25 Unterkategorien dar.

Zuletzt lege ich in der Diskussion die wesentlichen Erkenntnisse der Studie in sieben Unterkapiteln dar, in denen ich die Ergebnisse mit der vorhandenen Literatur in Verbindung setze und beende die Arbeit mit Limitationen, Ausblick und einem wissenschaftlichen und persönlichen Resümee.

## 2 Theorie

### 2.1 Fehlerdefinition

Eine allgemein anerkannte Definition von Fehlern in der Psychotherapie gibt es nicht (Bienenstein & Rother, 2009; Schigl & Gahleitner, 2018; Strauß, Linden, Haupt & Kaczmarek, 2012).

Forscher\*innen und Autor\*innen, die sich mit dieser Thematik beschäftigen, definieren Fehler unterschiedlich und/oder teilen Fehler in verschiedene Kategorien ein. Dabei reicht die Bandbreite von ganz kurzen bis zu komplexen Beschreibungen, was ein Fehler in der Psychotherapie ist.

Für eine erste Annäherung wird hier zunächst eine ganz kurze und allgemein gehaltene Definition von Schigl und Gahleitner (2013) genannt:

„Generell kann man als Fehler bezeichnen, was von einer anderen möglichen besseren Handlungsweise abweicht“ (S. 24).

#### 2.1.1 Vorstellung unterschiedlicher Fehlerdefinitionen

In vielen verschiedenen Forschungsdesigns wird der Frage nachgegangen, was ein therapeutischer Fehler ist, ohne dass die Forscher\*innen zu einer gemeinsamen oder überwiegend übereinstimmenden Antwort kommen (u.v. Bienenstein & Rother, 2009; Gawlytta, Schwartze, Schönherr, Schleu & Strauß, 2019; Hutterer-Krisch, 2007; Kottler & Blau, 1991; Schigl & Gahleitner, 2013, 2018; Schleu, 2019).

Die Zugänge, wie Fehler in der Psychotherapie definiert werden können, sind sehr unterschiedlich.

Ein frühes Werk zum Scheitern von Therapien stammt von Kottler und Blau (1991) „Wenn Therapeuten irren“. Sie liefern keine Definition von Fehlern (oder dem „Scheitern“ (S. 16), wie es die Autor\*innen nennen), sondern zählen Beispiele dafür auf, wann die Gefahr groß ist, dass der therapeutische Prozess scheitert: Übermäßige Selbstoffenbarung, falsche Diagnosen und Stümperei, Zweifel des Therapeuten, Rigidität und (unerkannte) Gegenübertragungen (ebd.).

Im (österreichischen) Standardwerk „Grundriss der Psychotherapieethik“ von Hutterer-Krisch (2007) verwenden die Autorinnen Hutterer-Krisch und Riedler-Singer den Begriff „Behandlungsfehler“ (S. 194) und unterteilen diese in Alltagsfehler, Anfängerschwierigkeiten, Therapiekrisen (schwierige Situationen im Therapiealltag) und überholte theoretische Ansichten.

Daneben stellen sie die Überlegungen Greensons (1992, 2000) zu Fehlern und Interventionsmöglichkeiten. So zählt Greenson (1992, zitiert nach Hutterer-Krisch, 2007) „subtile, chronische, unerkannte Fehler, die in der Handhabung von Übertragungsreaktionen liegen“ (S. 201) zu den schwerwiegenden Fehlern. Weiters nennt er kulturbedingte Fehlerquellen (mangelnde Achtung kultureller Andersartigkeit) und mangelnde Achtung vor der Autonomie der Patient\*innen.

Für Bienenstein und Rother (2009) scheint es „für die Psychotherapie noch kein eigenes Verständnis von Fehlern zu geben“ (S. 20). Sie plädieren dafür ein solches zu entwickeln, um „den komplexen zwischenmenschlichen Aspekten der psychotherapeutischen Situation gerecht zu werden“ (S. 20) und weg von einem technisierten und naturwissenschaftlich orientierten Verständnis von Fehlern zu kommen.

Seit dem Erscheinen des zuletzt genannten Buches 2009 sind einige Publikationen zu Schäden, Nebenwirkungen und Fehlern in der Psychotherapie erschienen und man kann von einer verstärkten Beschäftigung mit dem Thema sprechen, vielleicht auch davon, dass sich die Psychotherapie einem eigenen Verständnis von Nebenwirkungen, Risiken und Fehlern annähert.

In Deutschland hat sich die Definition von Fehlern entlang der Abgrenzung von Nebenwirkungen und unerwünschten Wirkungen von Psychotherapie entwickelt. So schlagen Haupt, Linden und Strauß (2018) unter Verwendung des Begriffs „Unerwünschte Ereignisse“ folgende Systematisierung nach ihrem Ursprung vor:

- A. Unerwünschte Ereignisse als negative Therapiewirkungen, die durch die Therapie verursacht wurden und zwar entweder
  - a. durch eine korrekt durchgeführte Behandlung, dann wird der Begriff Nebenwirkung verwendet oder
  - b. durch eine inkorrekt durchgeführte Behandlung, z.B. durch

- Fehler in der Indikationsstellung
- Verfahrensfehler
- Grenzüberschreitungen
- Grenzverletzungen

oder

B. Unerwünschte Ereignisse, die unabhängig von der psychotherapeutischen Behandlung auftreten (äußere Ereignisse, natürlicher Krankheitsverlauf).

Wie Fehler beschrieben und definiert werden, hängt nicht zuletzt davon ab, ob das empirische Datenmaterial aus Patient\*innen- oder Therapeut\*innensicht erhoben wurde. Davon ausgehend wurden 2019 und 2020 zwei quantitative Studien zu Fehlerdefinitionen erstellt, die jeweils einmal die Perspektive der Patient\*innen und einmal die der Therapeut\*innen erfasste:

Gawlytta et al. (2019) haben ein Inventar zur Erfassung von therapeutischem Fehlverhalten aus Patient\*innensicht entwickelt. Die Basis dafür waren Beschwerdebriefe von Patient\*innen und deren qualitative Inhaltsanalysen vom Ethikverein e.V. Dabei wurden Kunstfehler und unethisches Verhalten von Therapeut\*innen in zwölf Beschwerdekategorien eingeteilt:

- „Sexuelle Grenzverletzung;
- Soziale Grenzverletzung;
- Befangenheit;
- Verletzung therapeutischer Basisvariablen;
- Mangelhafte Diagnostik/Technikanwendung;
- Verstoß gegen Informations-, Dokumentations- und Schweigepflicht;
- Ökonomischer/finanzieller Missbrauch;
- Therapieabbruch durch den Therapeuten;
- Mangelhafte Rahmenbedingungen;
- Sonstiges;
- Grenzverletzungen in der stationären Therapie;
- Grenzverletzungen in der Gruppentherapie“ (Gawlytta et al., 2019, S. 463).

2020 entwickelten Frenzl et al. dazu ein Äquivalent, einen Fragebogen zur Erfassung von Fehlern aus Therapeut\*innensicht, der sich an den Fragen aus Patient\*innensicht orientiert. Dieser Fragebogen wurde aus der Literatur und aus den Analysen der Beschwerdebriefe an den Ethikverein e.V. konzipiert und ermöglicht eine Einschätzung der Häufigkeit von (Kunst-)Fehlern. Dabei zeigt sich, dass vergleichsweise harmlosere Fehler, wie Alltagsfehler häufiger auftreten als schwerwiegende Grenzverletzungen, wie etwa sexueller Missbrauch (ebd.).

Auch Medau, Jox und Reiter-Theil (2012) erstellten eine Fehlereinteilung aus Therapeut\*innensicht. Mittels einer Befragung von 30 Therapeut\*innen mit anschließender qualitativer Auswertung teilen sie Therapiefehler in vier Hauptkategorien und zwölf Unterkategorien ein:

- Technische Fehler:
  - Fehlerhafte oder keine Diagnostik
  - Fehlende Transparenz, fehlender Auftrag
  - Fehlende Fähigkeit, veraltete Technik, Vorlieben statt Evidenz
  - Ignorieren eigener Grenzen
  - Falsche Routine
  - Anfängerfehler, zu wenig Routine
- Einschätzungsfehler:
  - Fehler bei der Einschätzung der Indikation
  - Fehler bei der Einschätzung der Beziehung
- Normative Fehler
  - Verletzung der Therapeutenpflicht

- Schönreden von Fehlern, Schuld externalisieren
- Systemfehler
  - Fehlende Ressourcen (Zeit- und/oder Personalmangel führt zu Fehlern)
  - Rahmenbedingungen (steile Hierarchie führt zu Fehlern). (Medau et al., 2012, S. 9)

Diese Einteilung erscheint aber aufgrund zu vieler Items zu komplex und findet in den weiteren Forschungsarbeiten kaum Resonanz.

Im Folgenden wird die Fehlerdefinition von Schigl und Gahleitner (2013, 2018) näher dargestellt, weil sich die Fehlereinteilung vorliegender Arbeit daran orientiert. Sie fügt sich gut in die österreichische Therapielandschaft und Terminologie ein und basiert auf empirischen Daten.

### **2.1.2 Fehlereinteilung nach Schigl und Gahleitner**

An der Donau-Universität Krems wurde von 2007 bis 2012 eine empirische Studie „Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie“ (Leitner et al., 2012) durchgeführt (siehe dazu unter 2.2.2.). Aus den qualitativen Daten dieser Studie, insbesondere aus 42 Patient\*innenbeschwerden an den Beschwerdeausschuss des Psychotherapiebeirates im Gesundheitsministerium erarbeiteten Schigl und Gahleitner eine Fehlereinteilung, deren Schwerpunkt auf der Patient\*innensicht liegt.

Die beiden Autorinnen teilen therapeutische Fehler nach der Schwere der typischerweise auftretenden Konsequenzen für die Patient\*innen ein und schaffen einen systematischen Aufbau von Fehlern. Den Fehlerkategorien ordnen sie entsprechende typische Reaktionsmuster der Psychotherapeut\*innen zu (Schigl & Gahleitner, 2013, 2018). Näheres zum Umgang mit Fehlern unter Punkt 2.3.2.

(a) Alltagsfehler

Nach den Autorinnen ist das gemeinsame Merkmal von Alltagsfehlern, dass sie von einer hinreichend gut ausgebildeten Fachkraft gemacht werden, die grundsätzlich kompetent arbeitet, sowie der therapeutische Prozess und die therapeutische Allianz grundsätzlich gut sind. Sie werden entweder von der Therapeut\*in bemerkt oder von der Patient\*in angesprochen. Diese Art von Fehlern passiert allen Psychotherapeut\*innen ab und zu. Der Umgang mit diesen Fehlern ist proaktiv (ebd.).

#### (b) Fehler in schwierigen Situationen

Dabei handelt es sich um Fehler, die in kritischen Situationen in der Therapie aufgrund einer kurzfristigen Überforderung auch von hinreichend ausgebildeten und kompetenten Therapeut\*innen gemacht werden. Als Beispiele nennen Schigl und Gahleitner (2013, 2018) Situationen, in denen der therapeutische Rahmen in Frage gestellt wird oder besondere Zuneigung oder Abneigung zum\*zur Therapeut\*in geäußert wird. Es handelt sich um einmalige Fehlerleistungen und auch hier ist der Umgang mit dem Fehler proaktiv.

#### (c) Kunstfehler bzw. „technische Fehler“

Für Schigl und Gahleitner (2013, 2018) handelt es sich hier um eine andere Art Fehler als die beiden vorher genannten: er ist nicht einmalig und situativ, sondern ist auf die unzureichende Kompetenz des\*der Therapeut\*in zurückzuführen. Diese Fehler treten laut den Autorinnen – anders als die bisher genannten – systematisch auf und haben damit das Potential sich wesentlich schwerwiegender auf die Patient\*innen auszuwirken.

Der\*die Therapeut\*in führt die Therapie nicht mehr entsprechend der Leit- oder Richtlinien durch bzw. weicht vom State of the Art des Verfahrens und/oder den letzten Erkenntnissen einer guten Behandlung ab (Schigl & Gahleitner, 2018).

Dazu zählen technische Fehler im engeren Sinne, also methodenspezifische Kunstfehler. Beispiele sind: die Anwendung tieferer Techniken oder Traumakonfrontation zum falschen Zeitpunkt, unklares Setting, falsche Diagnostik, Ignorieren von grundlegenden Passungsproblemen u.a.m. (Schigl & Gahleitner, 2013). Dieser Fehlerart ordnen die Autorinnen einen unreflektierten bis ignoranten Umgang zu.



#### (d) Ethisches Vergehen - Handeln wider den Berufskodex

Die Therapeut\*innen handeln in diesem Fall wider den Berufskodex und ethische Leitlinien oder das Gesetz und überschreiten die Grenzen der Patient\*innen zum eigenen Nutzen, der finanziell, ideologisch, narzisstisch oder sexuell sein kann (Schigl & Gahleitner, 2018).

Die Definition von ethischen Vergehen ist leichter als die von Kunstfehlern, weil es schriftliche, verbindliche, ethische Leitlinien beruflichen Handelns und Gesetze gibt, denen dieses Handeln widerspricht. Schigl und Gahleitner (2013) gehen davon aus, dass diese Kategorie von Fehlern vermutlich die schwerwiegendsten negativen Folgen hat.

Gemeinsam ist den ethischen und rechtlichen Verfehlungen nach Gahleitner, Schigl, Gerlich und Hinterwallner (2014), Gahleitner und Schigl (2013, 2018) und Schigl (2014a, 2014b), dass sie oft systematisch mit der Person des\*der Therapeut\*in verbunden sind und sich daher wiederholen; weiters, dass sich Therapeut\*innen aktiv vor dem Wissen um die ethisch/rechtliche Verfehlung verschließen und der Fehler daher auch nicht korrigiert wird. Der Umgang ist unreflektiert oder sogar ignorant.

Wie ich im Empirischen Teil noch zeigen werde, hat keine der bisher genannten Fehlereinteilungen zur Gänze zu den von meinen Interviewpartner\*innen geschilderten Fallvignetten gepasst. Schigl und Gahleitner (2013, 2018) entwickelten ihre Fehlereinteilung hauptsächlich aus empirischen, qualitativen Patient\*innendaten, in dieser Arbeit werden Psychotherapeut\*innen befragt. Aufgrund dieser unterschiedlichen Perspektiven wurde eine angepasste Fehlerdefinition und -einteilung notwendig, welche sich an der bisherigen Forschung orientiert und an die in dieser Forschungsarbeit erhobenen Daten angepasst wurde.

## **2.2 Forschungskontext und -hintergrund**

Forschung zu unerwünschten Wirkungen von Psychotherapie, wozu Nebenwirkungen ebenso zählen wie Fehler, war lange Zeit ein fast verdrängtes und wenig beleuchtetes Feld (Märtens & Petzold, 2002; Schleu, 2019). Erst in den letzten beiden Jahrzehnten rückte das Thema mehr in den Fokus der wissenschaftlichen

Aufmerksamkeit und führte zu mehreren empirischen Untersuchungen (Frenzl et al., 2020; Gawlytta et al., 2019; Leitner et al., 2012, 2014). In Form von Fallgeschichten wird allerdings schon seit längerem auch über missglückte Therapien berichtet (Bienenstein & Rother, 2009; Kottler & Blau, 1991).

### **2.2.1 (Wenig) Forschung zum Thema Fehler**

Etliche Publikationen zum Thema Fehler werden mit der Feststellung eingeleitet, dass es zwar viele empirische Arbeiten zur Wirksamkeit von Psychotherapie gibt, aber wenige zu Fehlern, negativen Effekten, Nebenwirkungen und Risiken von Psychotherapie (Gahleitner, Frank, Hinterwallner & Gerlich, 2013; Gawlytta et al., 2019; Leitner et al., 2012; Linden & Helmchen, 2018; Schleu, 2019).

Für dieses Phänomen werden mehrere Ursachen genannt:

- Die Psychotherapie musste in der sogenannten „Legitimationsphase“ (Schigl, Märtens & Leitner, 2014b, S. 12) der Psychotherapie lange um den Nachweis ihrer Wirksamkeit kämpfen; die Beschäftigung mit negativen Wirkungen von Psychotherapie blieb dementsprechend gering (ebd.).
- Bis heute gibt es keinen Konsens darüber, wie Fehler, Nebenwirkungen, Risiken, Misserfolge, schädliche Effekte und Nonresponse definiert werden, es herrscht eine „umfassende Begriffsverwirrung“ (Gahleitner et al., 2014, S. 10; Strauß, Linden, Haupt & Kaczmarek, 2012).
- Gerade im Bereich von Fehlern und Nebenwirkungen kommt es bei Therapeut\*innen zu Wahrnehmungsverzerrungen zugunsten der eigenen Fähigkeiten und der Tendenz, die Folgen des eigenen Handelns zu übersehen oder in positiveres Licht zu rücken (Lieberei & Linden, 2008, zitiert nach Gahleitner et al., 2014; Strauß et al., 2012).

Insbesondere aus der frühen Phase der Fehlerforschung in der Psychotherapie finden sich überwiegend theoretische Arbeiten. Kottler und Blau fassen 1991 in „Wenn Therapeuten irren“ den Wissensstand zum Thema Scheitern und Fehler zusammen. In Österreich veröffentlicht Hutterer-Krisch erstmals 1995 einen Sammelband mit theoretischen Aufsätzen zu „Fragen der Ethik in der Psychotherapie“ (2001 aktualisiert), in welchem auch Fehler und missbräuchliches Therapeut\*innenverhalten

thematisiert werden. Im „Grundriss der Psychotherapieethik“ (2007) widmen sich Hutterer-Krisch und Riedler-Singer in mehreren theoretischen Kapiteln den Themen Behandlungsfehler und Missbrauch. In einem weiteren Sammelband beschäftigen sich Linden und Strauß (2013) mit „Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“.

Später kommen empirische Arbeiten dazu. Bienenstein und Rother (2009) gehen in einer qualitativen Befragung von 15 Psychotherapeut\*innen der Frage nach, was diese unter Fehlern verstehen und wie sie damit umgehen. Im ersten Teil des Buches „Fehler in der Psychotherapie“ behandeln sie verschiedene Konzepte zu Fehlern, im zweiten Teil stellen sie die Ergebnisse der qualitativen Befragung in Form von Fallgeschichten dar.

Weitere wichtige Grundlagen vorliegender Arbeit bilden die Forschungsarbeiten von Schigl und Gahleitner (2013, 2018) zu Fehlern, die auf den qualitativen und quantitativen Daten der bereits genannten triangulierten Studie der Donau-Universität Krems zu Risiken, Nebenwirkungen und Schäden (Leitner et al., 2012) basieren.

In den letzten vier Jahren erschienen in Deutschland mehrere empirische Studien zu Fehlern und zwar die Untersuchungen von Frenzl et al., 2020, Gawlytta et al., 2019 und Schleu, 2019.

Für die Integrative Gestalttherapie konnten insgesamt nur wenige theoretische Aufsätze und keine empirische Forschung zum Thema Fehler gefunden werden. Das liegt wohl auch daran, dass die Gestalttherapie auch im Allgemeinen lange Zeit einen eher kritisch-vermeidenden Zugang zu empirischer Forschung hatte (Butollo & Maragos, 1999). Zwei die Thematik behandelnde theoretische Aufsätze stammen von Märtens und Petzold (2002) und Nausner und Diltsch (2014). Märtens und Petzold lassen im Sammelband „Therapieschäden“ verschiedene Therapieschulen zu Wort kommen, Fuhr und Gremmler-Fuhr veröffentlichen darin 2002 einen theoretischen Buchbeitrag für die Gestalttherapie. Leitner et al. (2014) geben ebenfalls in einem Sammelband Vertreter\*innen der verschiedenen österreichischen Therapieschulen Raum ihre Sicht auf Risiken, Nebenwirkungen und Schäden von Psychotherapie darzustellen. Nausner und Diltsch (2014) veröffentlichen darin für die Integrative Gestalttherapie ihren ebenfalls theoretischen Beitrag „Wer handelt, macht Fehler“. Neuere Arbeiten zu Fehlern aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie fehlen jedoch.

### **2.2.2 RISK-Studie der Donau-Universität Krems**

Die zu Beginn der 2000er Jahre zunehmende Aufmerksamkeit auf unerwünschte Therapieeffekte führte auch in Österreich zu dem großen Forschungsprojekt „Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden“, kurz: RISK-Studie an der Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und biopsychosoziale Gesundheit (Leitner et al., 2012).

In der triangulierten Studie wurden in mehreren Phasen systematisch Daten zu unerwünschten Wirkungen von Psychotherapie gesammelt und ausgewertet. Mittels qualitativem Studiendesign wurden Patient\*innenbeschwerden aus Beschwerdebriefen an den Beschwerdeausschuss des Psychotherapiebeirates im Bundesministerium für Gesundheit und die Aussagen aus Gruppendiskussionen der Vertreter\*innen aller österreichischen Fachspezifika untersucht. Quantitative Daten wurden aus einer Patient\*innenbefragung in Niederösterreich und einer Online-Patient\*innenbefragung erhoben.

Kurz zusammengefasst kommen die Studienautor\*innen zum Ergebnis, dass zur Risikoprävention mehr Information für Therapeut\*innen und Patient\*innen über unerwünschte Therapieeffekte notwendig ist, und zur Risikointervention eine partizipative, dialogische Vorgehensweise hilfreich ist, um negative Therapieverläufe zu erkennen und durch einen proaktiven Umgang mit Fehlern negative Wirkungen zu vermindern.

Die Forschungsergebnisse mündeten in der Erstellung einer praxisnahen Patient\*inneninformation, einem Beipackzettel für Psychotherapeut\*innen und Patient\*innen, der Veröffentlichung des Sammelbands „Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ (Leitner et al., 2014), sowie einer Vielzahl von Nachfolgepublikationen. In diesen forsch(t)en insbesondere Brigitte Schigl und Silke Brigitta Gahleitner (2013, 2018) zu Fehlern in der Psychotherapie. Wie bereits unter Punkt 2.1.2. dargestellt, entwickelten sie unter Verwendung des qualitativen Datenmaterials eine eigene Fehlerdefinition und -einteilung und den von ihnen angenommenen Umgang damit. Auf Basis dieser Definition unter Einbeziehung weiterer Konzepte bereits genannter Autor\*innen entwickelte ich eine Fehlereinteilung für vorliegende Untersuchung.

### **2.2.3 Fehler - Nebenwirkungen**

Die wissenschaftliche Beschäftigung mit Fehlern geht eng mit der Forschung zu Risiken und Nebenwirkungen einher (Haupt et al., 2018; Leitner et al., 2012; Strauß et al., 2012) und führt häufig zu einer Begriffsvermischung von Fehlern, Schäden, Risiken, Nebenwirkungen, unerwünschten Wirkungen und Nonresponse. In Deutschland etablierte sich in den letzten Jahren eine klarere Abgrenzung für all diese Phänomene unter dem Oberbegriff der „unerwünschten Ereignisse“ durch Psychotherapie (Haupt et al., 2018; Strauß et al., 2012).

Um von Nebenwirkungen sprechen zu können, legen Strauß et al. (2012) vier Kriterien fest:

Nebenwirkungen sind

- unerwünscht
- in der Regel unvermeidlich
- therapiebedingt und
- Folge einer ordnungsgemäß durchgeführten Psychotherapie.

Insbesondere das letzte Kriterium macht den Unterschied zu Fehlern deutlich: von Nebenwirkungen kann nur dann gesprochen werden, wenn sie in Folge einer ordnungsgemäß durchgeführten Behandlung auftreten, Fehler sind im weitesten Sinne Fehlhandlungen von Therapeut\*innen.

Die „RISK-Studie“ beschäftigt sich sowohl mit Nebenwirkungen als auch mit Fehlern von Therapeut\*innen, allerdings werden auch hier Fehler nicht scharf von Nebenwirkungen abgegrenzt (Leitner et al., 2012).

Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) behandeln dem Titel nach „Therapieschulenspezifische Nebenwirkungen der Gestalttherapie“. Im Laufe des Buchbeitrags wird jedoch deutlich, dass der Fokus der Autor\*innen mehr auf der fehlerhaften Anwendung gestalttherapeutischer Grundprinzipien liegt, als auf Nebenwirkungen von an sich korrekt durchgeführter Gestalttherapie.

### **2.2.4 Fallgeschichten zu Fehlern**

Eine Form der wissenschaftlichen Beschäftigung mit Fehlern sind Fallgeschichten, in denen Therapeut\*innen von Fehlern berichten, die sie gemacht haben.

Kottler und Blau (1991) nennen als eines der Ziele ihres Buches, „Fehler ans Licht zu bringen und einen offeneren Dialog über therapeutisches Versagen in Gang zu setzen“ (S. 139). Dazu ersuchen sie namhafte (amerikanische) Psychotherapeut\*innen darum, negative Erfahrungen in ihren psychotherapeutischen Prozessen zu beschreiben, „und uns so die Gelegenheit [zu] geben, aus ihren Fehlern zu lernen, damit wir uns leichter mit den eigenen beschäftigen können“ (S. 151).

Einige Jahre später veröffentlichen Kottler und Carlson (2003) „Bad therapy. Master therapists share their worst failures.“, eine Sammlung von Berichten anerkannter Therapeut\*innen, die ihre misslungenen Fälle offenbaren. Zielsetzung des Buches ist zu zeigen, dass auch berühmte und anerkannte Therapeut\*innen Fehler machen, was sie daraus lernen und welche positiven Effekte es hat, offen über Fehler zu sprechen.

Ein ähnliches Konzept verfolgen auch Bienenstein und Rother (2009), die ebenfalls Fallgeschichten von Psychotherapeut\*innen verschiedener Therapieschulen gesammelt haben, in denen diese über Alltagsfehler berichten, die ihnen in ihrer therapeutischen Tätigkeit unterlaufen sind. Bienenstein und Rother (2009, S. 105-173) ordnen die in den Fallgeschichten vorkommenden Fehler nach ihrem prägnantesten Aspekt verschiedenen Kategorien zu, um Muster sichtbar zu machen: z.B. „Überforderung“, „So dahingesagt“, „Platzende Krägen oder das Durchbrechen von Impulsen“, „Settingfragen“, „Therapeuten sind auch nur Menschen“ und vieles mehr. Ähnliche Begebenheiten wurden auch von den für die vorliegende Forschungsarbeit befragten Integrativen Gestalttherapeut\*innen berichtet.

Fallgeschichten richten sich nicht nur an ein interessiertes Fachpublikum. Wie an den Büchern von Irvin D. Yalom sichtbar wird („*Die Liebe und ihr Henker*“, 1999; „*Die Reise mit Paula*“, 2000; u.a.), können (Fall-)Geschichten, die auch Schwächen, Irrtümer und Fehler des Therapeuten thematisieren, eine große Leser\*innenschaft begeistern.

Letztendlich ermöglichen uns diese Geschichten auch einen wohlwillenderen Umgang mit eigenen Fehlern und Schwächen.

## **2.3 Stand der Forschung zum Umgang mit Fehlern**

Was über die Ursachen von Fehlern und den Umgang von Therapeut\*innen damit bekannt ist, ist Thema des folgenden Kapitels. Im Anschluss daran gehe ich auf verschiedene in der Forschung beschriebene Möglichkeiten der Fehlerprävention ein, wobei die Schwerpunkte auf Selbsterfahrung, Supervision, Dialogisches Vorgehen und professioneller Selbstzweifel liegen.

Ein Überblick über die gestalttherapeutische Forschung zu Fehlern bildet den Abschluss dieses Kapitels.

### **2.3.1 Fehlerquellen**

Im Folgenden werden Forschungsarbeiten zu Ursachen von Fehlern, auf die ich mich in meiner Arbeit beziehe, im Überblick dargestellt.

In ihrem theoretischen Aufsatz im Grundriss der Psychotherapieethik (Hutterer-Krisch, 2007) befasst sich Riedler-Singer mit dem Stand der Forschung zu Behandlungsfehlern und sieht insbesondere Gefahrenpotential in „falsche[r] Sicherheit, die auf verdrängter Unsicherheit beruht, und sich selbst nicht zugestandene[r] Unwissenheit“ (S. 195). Ein\*e gute\*r Therapeut\*in setzt sich mit seinen\*ihren Grenzen und Schwächen auseinander (ebd.).

Kottler und Blau (1991) gehen ebenso wie Hutterer-Krisch (2007) davon aus, dass unaufgelöste Übertragungserfahrungen gefährlich sein können. Befindet sich der\*die Psychotherapeut\*in noch dazu in der gleichen Phase des Familien- oder Lebenszyklus, ist er\*sie am meisten gefährdet seine\*ihre persönliche Sichtweise auf die Klient\*innen zu übertragen (Hutterer-Krisch, 2007).

Skolek (2001) beleuchtet in seinem theoretischen Aufsatz im Sammelband „Fragen der Ethik in der Psychotherapie“ das mögliche Spannungsverhältnis von (privaten) Bedürfnissen von Psychotherapeut\*innen und ethischem Verhalten. Er plädiert dafür, dass Therapeut\*innen auch eigene „störende und verbotene“ (S. 118) Bedürfnisse wahrnehmen und sich verantwortungsbewusst mit ihnen auseinandersetzen. Für die ausreichende Befriedigung der Bedürfnisse im Privatleben zu sorgen, ist für Skolek

eine ethische Verpflichtung, weil unerfüllte Bedürfnisse dazu neigen, sich in die Therapie zu drängen.

In mangelnder Selbstreflexion sieht Brühlmann-Jecklin (2002) eine Hauptursache von Fehlern in der therapeutischen Arbeit. In ihrem Aufsatz beschreibt sie mehrere Fallbeispiele aus ihrer eigenen Praxis, die sie exemplarisch für therapeutische Fehler und die eigene Einsicht in diese Fehler vorstellt. Für unverzichtbar in der Fehlerprävention hält sie Selbstreflexion und Supervision, als eine neue Dimension von außen, wie sie durch Selbstreflexion allein nicht erreicht werden kann.

Das größte Gefahrenpotential und eine zentrale Fehlerquelle in psychosozialen Interaktionen stellt Gahleitner et al. (2013, 2014) zufolge die therapeutische Beziehungsgestaltung dar. Die psychosoziale Fachkraft kann jedoch mit andauerndem, selbstreflexivem Hinterfragen der eigenen Berufsrolle und einem dialogisch-kommunikativen Vorgehen schon und gerade in der Anfangsphase Fehlentwicklungen vorbeugen.

In einer Befragung von 555 therapeutisch tätigen Personen mittels anonymen Online-Fragebogen zu potenziell schädigenden Verhaltensweisen generieren Frenzl et al. (2020) quantitative Daten zu therapeutischem Fehlverhalten. Sie deuten ihre Forschungsergebnisse vorsichtig dahingehend, dass berichtete (Kunst)Fehler häufiger sind, wenn Therapeut\*innen ihre Patient\*innen während eines längeren Zeitraums entweder als unsympathisch erleben und Frustration oder Resignation empfinden oder sich im Gegenteil besonders von den Patient\*innen angezogen fühlen. Solche Gefühle können, insbesondere wenn sie nicht erkannt und bearbeitet werden, ein Indikator für therapeutisches Fehlverhalten sein.

In dieser Untersuchung finden Frenzl et al. (2020) auch eine schwache Korrelation zwischen Berichten der befragten Therapeut\*innen von Fehlentwicklungen in ihren therapeutischen Prozessen und Aussagen darüber, dass in der Ausbildung nicht oder nicht umfassend genug über das Thema ethische Grenzen gesprochen wurde.



### **2.3.2 Umgang mit Fehlern**

Unter den Forscher\*innen zu Fehlern besteht Einigkeit darin, dass Fehler in der Psychotherapie unvermeidlich sind (Bienenstein & Rother, 2009; Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002); sohin stellt sich die Frage nach dem Umgang mit therapeutischem Fehlverhalten.

Ein Anliegen von Bienenstein und Rother (2009) ist, therapeutische Fehler nicht mit dem Scheitern der Therapie gleichzusetzen, sondern sie plädieren dafür, in ihnen eine Chance zu sehen und sie als eine Informationsquelle zu nützen.

Schigl und Gahleitner (2013, 2018) und Gahleitner et al. (2014) differenzieren aus den Daten der RISK-Studie nicht nur verschiedene Fehlerarten, sondern ordnen bestimmten Fehlern auch einen typischen, individuellen Umgang der Therapeut\*innen zu:

- proaktiver Umgang
- unreflektierter Umgang
- ignoranter Umgang

Zum proaktiven Umgang: Die Therapeut\*innen werden entweder selbst oder durch einen Hinweis der Klient\*innen auf den Fehler aufmerksam und besprechen das Geschehen mit den Patient\*innen. Es bedeutet auch adäquat und gezielt mit Fehlersituationen zu rechnen. In Folge kann der Fehler integriert werden und führt zu keinen Schäden, ja kann sogar zu einer Verbesserung der therapeutischen Allianz führen (Gahleitner et al., 2014; Schigl & Gahleitner, 2018).

Zum unreflektierten Umgang: Hinweise auf Störungen oder Fehlverläufe werden von den Therapeut\*innen entweder nicht wahrgenommen oder sie reagieren nicht adäquat darauf. Der Fehler wird nicht integriert und kann dadurch zu Schäden führen. Schigl und Gahleitner (2018) sehen in diesem Umgang die Gefahr der Wiederholung, allerdings auch die Möglichkeit der Weiterentwicklung, wenn die Therapeut\*innen ein Mindestmaß an Selbstreflexionsbereitschaft haben.

Zum ignoranten Umgang: Das problematische Verhalten des\*der Therapeut\*in wird - obwohl es offensichtlich ist - von diesem\*dieser gar nicht wahrgenommen. Wenn die Patient\*innen die Therapeut\*innen auf den Fehler aufmerksam machen, wird dieser

nicht als problematisch eingeschätzt. Die Therapeut\*innen setzen ihr missbräuchliches Verhalten fort, wodurch das Risiko der Entstehung von traumatischen Auswirkungen enorm steigt (ebd.).

Frenzl et al. (2020) sehen im Umgang mit Fehlern einen entscheidenden Faktor für das Auftreten negativer Wirkungen: Wird der Fehler in der Therapie mit den Patient\*innen besprochen, kann dieser sogar positive Auswirkungen auf den weiteren Verlauf der Therapie haben. Mit solchen korrektiven Therapieerfahrungen beschäftigt sich die sogenannte „Rupture-repair“-Forschung. In Untersuchungen zeigt sich, dass Psychotherapien besonders effektiv sind, wenn es Therapeut\*innen gelingt nach einem Bruch der therapeutischen Allianz diese Allianz wiederherzustellen (Apostolopoulou, 2016), wobei der Bruch nicht notwendigerweise auf einen Fehler der Therapeut\*innen zurückzuführen ist.

Hermes und Lindel (2020) resümieren im Hinblick auf Haftungsfragen:

„Als eigentlicher Behandlungsfehler wird die fehlende Korrektur eines Fehlers angesehen“ (S. 35).

### **2.3.3 Fehlerprävention**

Fehlerprävention geht in zwei Richtungen (Leitner et al., 2012): Zunächst geht es darum, Fehler – soweit wie möglich – zu vermeiden; sind sie jedoch geschehen, ist das vorrangige Ziel die negativen Folgen zu minimieren, oder im besten Fall Fehler „sogar zu einem Erfolgsfaktor im weiteren Prozess“ (S. 17) werden zu lassen (Gahleitner et al., 2014).

#### **2.3.3.1 Selbsterfahrung, Selbstreflexion und Supervision**

Selbsterfahrung, Selbstreflexion und Supervision gelten unter Psychotherapeut\*innen als bewährte Methoden sowohl um Fehler insgesamt zu vermeiden, als auch um mit Fehlern, die passiert sind, gut umzugehen (Hutterer-Krisch, 2001, 2007; Kottler & Blau, 1991; Schigl & Gahleitner, 2018). Bemerkenswerterweise gibt es jedoch kaum empirische Studien zur Effektivität von

Supervision (Watkins, 2011), bzw. dazu, inwiefern (Selbst-)Reflexion der Therapeut\*innen das Therapieergebnis beeinflusst (Taubner & Evers, 2021).

Einigkeit unter den Forscher\*innen besteht darin, dass es dem Schutz der Patient\*innen dient, wenn Psychotherapeut\*innen sich selbst gut kennen und ein Bewusstsein für ihre Fehlbarkeit haben.

Unumgänglich für jede\*n Therapeut\*in ist ein Bewusstsein dafür, dass Psychotherapie nicht risikolos ist und Fehler passieren können, dieses Wissen sollte auch bereits in der Ausbildung vermittelt werden (Gahleitner et al., 2014; Kottler & Blau, 1991; Märtens & Petzold, 2002).

Tausch (1988, zitiert nach Bienenstein & Rother, 2009) sieht ganz allgemein in der ehrlichen Auseinandersetzung von Psychotherapeut\*innen mit sich selbst den besten Schutz der Klient\*innen vor Schädigung durch die Psychotherapeut\*innen.

Kottler und Blau (1991) gehen davon aus, dass jede\*r Therapeut\*in ein individuelles Muster von „typischen Irrtümern, falsch eingeschätzten Situationen und verlorenen Klienten“ (S. 198) hat. Diese eigenen individuellen Muster in Selbsterfahrung und Supervision kennen zu lernen und sich selbst und das eigene Tun immer wieder selbstreflexiv zu hinterfragen, sind bewährte Methoden um Fehler zu vermeiden bzw. um mit Fehlern möglichst gut, im Sinne einer Nicht-Schädigung der Patient\*innen und des Lernens aus Fehlern, umzugehen (Hutterer-Krisch, 2001, 2007; Kottler & Blau, 1991; Märtens et al., 2014; Schmidbauer, 1997).

Hutterer-Krisch (2007) fasst treffend zusammen:

„Ein ‚guter‘ Psychotherapeut ist nicht ein fehlerloser Psychotherapeut, sondern einer, der die Fehlerquellen kennt, Fehler zu vermeiden weiß und im Falle von tatsächlichen Fehlern mit ihnen umzugehen weiß, sodass dem Patienten nicht geschadet wird“ (S. 287).

### **2.3.3.2 Partizipation und Dialogisches Vorgehen**

Im letzten Jahrzehnt wurde verstärkt zu Fehlerprävention und einem guten Umgang mit Fehlern geforscht und festgestellt, dass partizipative Einbindung von Patient\*innen

und dialogisches Vorgehen wesentliche Schutzfaktoren vor einer Schädigung der Patient\*innen durch Fehler sind (Gahleitner et al., 2014, Leitner et al., 2012).

So zeigt sich als ein wichtiges Teilergebnis der RISK-Studie, dass angemessene Information und Einbindung der Patient\*innen in therapeutische Entscheidungsprozesse Risiken vermindert und zu einer Ressource im therapeutischen Prozess werden kann (Gahleitner et al., 2014). Um Transparenz und Partizipation in therapeutischen Prozessen zu ermöglichen, ist es zunächst einmal notwendig, ein Bewusstsein der Therapeut\*innen dafür zu schaffen, dass Psychotherapie auch Schäden verursachen und Nebenwirkungen haben kann (ebd.).

Gahleitner et al. (2013) sehen bereits in der Eingangsphase psychosozialer Hilfsprozesse, inklusive Psychotherapie, die Notwendigkeit der Mitsprache von Patient\*innen im Behandlungsprozess. Unter anderem müssen Patient\*innen schon bei der Diagnostik genügend Raum und Zeit für biographische Selbstbeschreibungen und -deutungen haben. Eine adäquate Fehlerprävention sehen Gahleitner et al. (2013) im dialogischen Vorgehen im Gegensatz zu monokratischer Diagnosestellung und Behandlung durch die Therapeut\*innen. Im Rahmen einer vertrauensvollen Beziehung sehen sie die Chance, dass Fehler „rechtzeitig besprochen, geklärt und abgefangen werden“ (S. 13), das könnte sogar eine qualitätssteigernde Wirkung entfalten.

So sollten Patient\*innen von Beginn an von den Therapeut\*innen ermutigt werden, ihre Wahrnehmungen in den Therapieprozess einzubringen, damit das „korrektive Potential der PatientInnen“ (S. 23) unterstützt und gefördert werden kann (Gahleitner et al., 2014).

Auch Lambert, Hawkins und Hafield (2002) weisen darauf hin, dass Therapeut\*innen, die Patient\*innen stärker in die Therapie miteinbeziehen, effektiver sind.

Ein Hilfsmittel um den Dialog über mögliche Fehlentwicklungen zu standardisieren und möglicherweise zu vereinfachen, ist die strukturierte Einbindung von Patient\*innen mit Hilfe schriftlicher, kontinuierlicher Patient\*innenfeedbacks. Eine standardisierte Möglichkeit sind beispielsweise die Kurzfragebögen ORS (outcome rating scale) und SRS (session rating scale) (Duncan, Miller & Hubble, 2007).

Bei diesen Feedbackfragebögen wird am Anfang jeder Therapiestunde mittels ORS das Befinden der Patient\*innen in der letzten Woche abgefragt und am Ende der Stunde mittels SRS ein Sitzungsfeedback durch die Patient\*innen gegeben. Duncan et al. (2007) halten fest, dass die Fragebögen lediglich ein Hilfsmittel, ein „Werkzeug“ im therapeutischen Prozess sind: Wesentlich ist, dass die Patient\*innen ihre eigenen Wahrnehmungen und Sichtweisen auf die Therapie, das Therapeut\*innenverhalten und den therapeutischen Prozess darlegen können und die Therapeut\*innen auf diese Wahrnehmungen reagieren, indem sie gezielt reflektieren, nachfragen und ungünstige Entwicklungen, aber auch Ressourcen der Patient\*innen leichter erkennen und dementsprechend handeln können (Duncan et al., 2007; Rogausch, Gutscher & Gschwind, 2017).

### **2.3.3.3 Professioneller Selbstzweifel**

Odyniec, Victor, Berner und Willutzki (2016) beschreiben in einer Übersichtsarbeit den Stand der empirischen Forschung zu Schwierigkeiten in der Psychotherapie. Unter anderem beziehen sie sich auf die Untersuchung von Schröder et al. (1997, zitiert nach Odyniec et al., 2016), die drei Faktoren zur Entstehung von Schwierigkeiten herausarbeiten:

- Kompetenzzweifel der Therapeut\*innen,
- schwierige Patient\*innen und
- schwierige Rahmenbedingungen.

Nissen-Lie et al. (2015) widmen sich in ihrer empirischen Forschung den Kompetenzzweifeln der Therapeut\*innen und gehen der Frage nach, wie Psychotherapeut\*innen mit beruflichen Schwierigkeiten umgehen, welche Selbstbilder sie haben und wie sich das auf den Therapieerfolg auswirkt. Dazu befragen sie sowohl 70 Psychotherapeut\*innen als auch 255 Patient\*innen. Sie kommen zum Ergebnis, dass höhere Kompetenzzweifel bei Therapeut\*innen mit besseren Therapieergebnissen einhergehen. Hatten die Psychotherapeut\*innen privat ein sicheres Selbstwertgefühl, stellten sich aber in den therapeutischen Prozessen die Frage, ob sie als Therapeut\*innen überhaupt etwas bewirken können, bzw. waren unsicher, was am besten helfen könnte, konnten die besten Ergebnisse erzielt werden.

Die Autor\*innen gehen davon aus, dass sich Kompetenzzweifel in einer stärkeren Selbstreflexion zeigen, die sich gut auf die Psychotherapie auswirken.

Professioneller Selbstzweifel, meiner Ansicht nach vergleichbar mit Staemmlers (1995) Konzept der Kultivierten Unsicherheit (siehe 2.3.4.3.), zeigt sich in der Forschung als ein Merkmal hochwirksamer Therapeut\*innen (Duncan et al., 2007). Damit in Zusammenhang steht der Umgang mit Klient\*innenrückmeldungen: Werden diese nicht als Kränkung, sondern als Möglichkeit gesehen, die therapeutische Vorgehensweise zu adaptieren, führt dies ebenfalls zu besseren Therapieergebnissen, wie Lambert et al. (2003) in einer Metaanalyse dreier großer Studien nachweist.

### **2.3.4 Zusammenfassung**

Fehler im psychotherapeutischen Arbeiten zu machen, ist unvermeidbar. Die in den letzten Jahren zunehmende Fehlerforschung lenkt verstärkt die Aufmerksamkeit auf Fehler an sich, Fehlerursachen, Fehlerumgang und Prävention. Als äußerst wichtig und hilfreich beim Erkennen und im Umgang mit Fehlern stufen Forscher\*innen ein, dass sich Therapeut\*innen selbst und ihre Schwächen gut kennen. Beiträge zur Fehlerprävention leisten kontinuierliches Hinterfragen der therapeutischen Rolle und des therapeutischen Tuns, sowie der Dialog mit den Patient\*innen. Dazu gehört auch Patient\*innenrückmeldungen gezielt zu fördern und die Behandlung entsprechend zu adaptieren, wobei Forschungsarbeiten zeigen, dass damit Psychotherapien auch insgesamt wirksamer werden. Die Wissenschaftler\*innen sind sich einig, dass ein bewusster und konstruktiver Umgang mit Fehlern die Fehlerfolgen minimiert bzw. dass sich die Patient\*innen, Therapeuten\*innen und die therapeutische Beziehung im Zuge eines solchen Fehlerumgangs weiterentwickeln können.

## **2.4 Fehler aus integrativ-gestalttherapeutischer Perspektive**

Im Folgenden werden zunächst frühere gestalttherapeutische Überlegungen zu Fehlern erläutert, sodann das (integrativ-)gestalttherapeutische Menschenbild, die darauf aufbauenden therapeutischen Haltungen, insbesondere in Bezug auf Fehler, und zuletzt der integrativ-gestalttherapeutische Umgang mit Fehlern dargestellt.

### **2.4.1 Frühe Beschäftigung mit therapeutischen Fehlern in der Gestalttherapie**

Einer der ersten Gestalttherapeuten, der den Blick auf mögliche Behandlungsfehler in der Gestalttherapie richtet und sie damit auch öffentlich macht, ist Hunter Beaumont (1988). Er kritisiert an der frühen Gestalttherapie, dass sie „die schizoiden Menschen nicht erkannt, nicht richtig diagnostiziert“ (S. 23) hat und erlebnisaktivierende Techniken wie den heißen Stuhl oder den Gefühlausdruck unterstützende Interventionen nicht zum gewünschten Ergebnis einer Gefühlsaktivierung, sondern zu einer intensiven Implosion geführt haben. Es kann bei den Patient\*innen zum Gefühl des subjektiven Ausgeliefertseins kommen. Gehen Klient\*innen daraufhin in den Widerstand, sieht Beaumont darin die berechtigte Antwort auf einen therapeutischen Fehler.

Damit bezieht sich Beaumont insbesondere auf den konfrontativen, demonstrativen und auf Katharsis abzielenden Stil von Fritz Perls und nachfolgenden Kolleg\*innen im sogenannten „Westküstenstil“ (Boeckh, 2019, S. 168). Parallel dazu entwickelte sich jedoch mit und um Laura Perls auch der sogenannte „Ostküstenstil“: die wertschätzende und Unterstützung („support“) bietende, intensive Begegnung von Mensch zu Mensch (Boeckh, 2019; Nausner, 2018; Perls, 1989), woran sich die heutige Integrative Gestalttherapie in Österreich in hohem Ausmaß orientiert.

In der Überbetonung erlebnis- und gefühlsaktivierender Techniken sehen auch Nausner und Diltsch (2014) in ihrem theoretischen Artikel „Wer handelt, macht Fehler“ Gefahrenpotential. Dabei beziehen sie sich auf folgende gestalttherapeutische Konzepte und Interventionen, die sich teilweise in starker Abgrenzung zur Psychoanalyse entwickelt haben:

- den Kontakt im Augenblick der therapeutischen Situation,
- die aktuelle therapeutische Beziehung im Gegensatz zur Übertragungsdeutung,
- erlebnisaktivierende, den Körper in seiner Ganzheit einbeziehende Techniken,
- die dialogische Grundhaltung und
- die positive Bewertung von Aggression.

Um der Gefahr einer gewissen Einseitigkeit der Integrativen Gestalttherapie zu begegnen, schlagen die Autorinnen vor, die Ausbildung mit folgenden Lehrinhalten zu ergänzen:

- Mit dem Konzept des grundsätzlich Anderen von Emmanuel Levinas soll der Gefahr des Egoismus begegnet werden.
- In der Ausbildung werden verstärkt die strukturbezogenen Konzepte der gesunden und pathologischen Entwicklung gelehrt. Vom reinen Ausdruck und Erleben der frühen Gestalttherapie wird abgegangen zu mehr Förderung von Wahrnehmung, Differenzierung und Regulierung.
- Der dramatische, katalytische und erlebnisbezogene Stil der frühen Gestalttherapie wird durch ein stilleres, hermeneutisches Vorgehen in der Therapie ergänzt (Nausner & Diltsch, 2014).

Zudem wurde Diagnostik in der frühen Gestalttherapie kritisch gesehen, was auf mehrere Ursprünge zurückgeht, unter anderem wurde argumentiert, dass es aus phänomenologischer Sicht entscheidend ist, wahrzunehmen, was (gerade) ist, und eine Einordnung von Patient\*innen in diagnostische Kriterien der Gestalttherapie widersprüche. Auch aufgrund dieser verkürzten Sichtweise kam es zu Behandlungsfehlern (Hochgerner, Klampfl & Nausner, 2018 mit Bezug auf Beaumont, 1988). Diese Position zu diagnostischem Vorgehen wird von der heutigen Integrativen Gestalttherapie nicht mehr vertreten. In der aktuellen Ausbildung in Österreich wird eine strukturbezogene, mehrperspektivische Diagnostik gelehrt, nicht zuletzt um die klinische Kompetenz der Integrativen Gestalttherapeut\*innen zu fördern (Hochgerner & Wildberger, 2018).

Wie bereits erwähnt, fehlen empirische Untersuchungen zu Fehlern aus Sicht der Gestalttherapie und auch theoretische Aufsätze sind rar. 2002 leisten Fuhr und Gremmler-Fuhr einen Beitrag zum Sammelband von Märtens und Petzold, „Therapieschäden“ und damit zur lange verdrängten und verschwiegenen Thematik der Nebenwirkungen und Schädigungen in der Psychotherapie (Märtens & Petzold, 2002). Obwohl der Titel „Therapieschulenspezifische Nebenwirkungen der Gestalttherapie“ nur von Nebenwirkungen spricht, bezieht sich vieles, was die Autor\*innen beschreiben, auf therapeutische Fehler. Im Beitrag wird nicht klar zwischen Nebenwirkungen (die bei an sich ordnungsgemäß durchgeführter Therapie auftreten, Haupt et al., 2018) und Schäden, die aufgrund fehlerhaft durchgeführter Therapie auftreten, getrennt.



Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) gehen davon aus, dass ein Abgehen vom dialogisch-prozessualen Vorgehen der Gestalttherapie zu Nebenwirkungen und Kunstfehlern führt. Der Kern der dialogisch-prozessualen Grundhaltung ist für die Autor\*innen der Respekt vor der Würde des Anderen und die Beachtung der Grenzen der Therapeut\*innen.

Verzerrungen und Verkürzungen des dialogisch-prozessualen Vorgehens der Gestalttherapie stellen ein Risiko für die Patient\*innen dar. Die Autor\*innen benennen konkret fünf Gefahrenpunkte:

- Verkürzung auf monologische Diagnostik  
Für eine vollständige Diagnostik braucht es beides: sowohl eine statisch-objektivierende, als auch eine dialogisch-prozessorientierte Diagnostik.
- Überbetonung von aktuellen Kontaktprozessen  
Klient\*innen sollen nicht mit zu direktem und intensivem Kontaktangeboten überfordert werden, was bei manchen starke Angst- und Schamgefühle auslösen kann.
- Begrenzung auf einzelne Dimensionen der Ganzheit des Menschseins  
Die aus der Entstehungsgeschichte und -zeit der Gestalttherapie verstehbare starke Förderung des Gefühlsausdrucks und der Impulsivität des Menschen bedarf auch eines Regulativs durch kognitive Kontrolle. Wird letztere geringgeschätzt, kann das Patient\*innen auch gefährden oder retraumatisieren.
- Verkürzung auf Methoden und Techniken sowie auf ein normatives Dialogverständnis  
Wenn die Gestalttherapie insgesamt bzw. der Dialog im Speziellen auf den Einsatz von Methoden und Techniken reduziert werden, droht eine „Technisierung“ (S. 173) der Gestalttherapie. Im Gegensatz dazu kommt es entscheidend auf die dialogische Grundhaltung der Therapeut\*innen an, die sich in intensiver Präsenz und Achtsamkeit zeigt, und nicht darauf, ob (technische) Regeln für dialogisches Verhalten eingehalten werden.
- Selbstüberschätzung des\*der Therapeut\*in als Dialogexperte/in  
Da die Therapeut\*innenpersönlichkeit in der Gestalttherapie eine wesentliche Rolle im Prozess einnimmt, sehen die Autor\*innen auch eine Gefahr darin, dass

sich der\*die Therapeut\*in „zu wichtig nimmt“ (S. 176) und seine\*ihre „grandiosen Tendenzen“ (S. 177) in der therapeutischen Beziehung auslebt.

Zum Begriff und Konzept des Dialogs in der Gestalttherapie, der mehr umfasst als das Gespräch zweier Individuen, siehe unter 2.3.4.3.

#### **2.4.2 Vom Gestalttherapeutischen Menschenbild zur Haltung**

Menschenbild, Therapietheorie und Praxeologie prägen das Ganze einer Therapieform (Hagehülsmann, 1985). Das Menschenbild der Gestalttherapie wird über die integrativ-gestalttherapeutische Haltung vermittelt, die sich wiederum im Einsatz der gestalttherapeutischen Methoden widerspiegelt (Thiel, 2016).

Fuhr, Sreckovic und Gremmler-Fuhr (2006) nehmen an, dass das der Gestalttherapie zugrunde liegende Menschen- und Weltbild stärker als bei anderen Psychotherapieschulen „das Wesen des gesamten Ansatzes ausmachen, da die Gestalttherapie sehr stark von und durch diese Prämissen lebt“ (S. 130).

Zunächst wird das Welt- und Menschenbild durch die persönliche Sozialisation, gepaart mit der persönlichen Philosophie geprägt. Dieses persönliche Menschenbild wird in der Psychotherapieausbildung durch das Menschenbild der jeweiligen Fachrichtung, die bestimmte Werthaltungen und Überzeugungen repräsentiert, ergänzt, erweitert und möglicherweise auch verändert (Thiel, 2017). Damit entwickeln Psychotherapeut\*innen über die „persönliche Philosophie und das persönliche Menschenbild“ (Thiel, 2016, S. 114) eine therapeutische Haltung, die auch als innere Einstellung betrachtet werden kann.

Als zentralen Ausdruck gestalttherapeutischer Haltung formulieren Blankertz und Doubrawa (2017) im Lexikon der Gestalttherapie: „Wahrheit ist nur in der Wahrnehmung zu finden“ (Stichwort: Haltung). Präsenz, Zugewandtheit, Authentizität, seelisches Berührtsein, inneres Erleben und Demut in der Arbeit zählen für die Autoren zur Gestalt-Haltung.

In Bezug auf Fehler möchte ich besonders folgende Aspekte der integrativ-gestalttherapeutischen Haltung herausgreifen:

- Dialogische Haltung

Die von Martin Buber (1984) beschriebene Ich-Du-Beziehung zum\*r Klient\*in beinhaltet die volle Konzentration der\*s Therapeut\*in auf den Menschen gegenüber, absichtslos und frei von Bewertungen. Der\*die Therapeut\*in stellt sich mit seiner\*ihrer ganzen Person zur Verfügung, er\*sie ist präsent und bestätigt die Klient\*innen in ihrer Einzigartigkeit und in all ihren Anteilen. Auch die Therapeut\*innen erleben die Therapie mit ihren Gedanken und Gefühlen und zeigen diese auch, wenn es therapeutisch sinnvoll ist (Abram, 2013).

In der gemeinsamen Einschätzung einer Situation durch Klient\*in und Therapeut\*in, im „zeitweise[n] Herstellen einer gemeinsamen Wirklichkeit“ (Bolen, 2009, S. 132) entsteht die Möglichkeit der Veränderung und „Heilung“ (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002, S. 163).

- Phänomenologische Haltung

Die (Integrative) Gestalttherapie fokussiert sich auf die unmittelbare Erfahrung und versucht alle Vorannahmen über diese Wahrnehmung zu eliminieren. Damit berücksichtigt die phänomenologische Haltung in besonderer Weise die Subjektivität jeder menschlichen Erfahrung. Sowohl das Erleben der Klient\*innen als auch das der Therapeut\*innen stehen gleichberechtigt nebeneinander, es gibt keine Deutungshoheit der Therapeut\*innen. Jede Hypothese ist nur ein vorläufiges Konstrukt, das zugunsten des unmittelbaren Erlebens aufgegeben werden kann und muss (Boeckh, 2019). Diese Haltung steht in enger Verbindung mit

- Staemmlers Konzept der Kultivierten Unsicherheit

Frank Staemmler (1995) stellt dem legitimen Interesse der Therapeut\*innen in ihrer Arbeit ein gewisses Maß an Sicherheit zu empfinden, die Einzigartigkeit jedes Menschen gegenüber, die dazu führt, dass wir in jeder Therapie etwas völlig Neuem, noch nie Gesehenem begegnen, das uns unsicher machen muss und sogar soll.

Er sieht einen Weg aus diesem Dilemma in „Kultivierter Unsicherheit“ (S. 12): Die menschliche Begegnung ist realistischweise so komplex, dass der\*die Therapeut\*in bei der Zuordnung von Bedeutungen unsicher sein muss. Diese Unsicherheit ist aber nichts Schlechtes, sondern eine realistische Einschätzung der Situation und damit positiv und begrüßenswert. Bleibt der\*die Therapeut\*in unsicher in seiner\*ihrer

Bedeutungszuordnung, ist er\*sie angeregt, das Gegenüber immer wieder zu fragen und in den Prozess miteinzubeziehen (ebd.).

- Fehlerfreundliche Haltung

Bienenstein und Rother (2009) sehen in Fehlerfreundlichkeit in der Psychotherapie die Möglichkeit, dass Therapeut\*innen sich irren und aus Fehlern lernen dürfen. Fehler in der Psychotherapie sind nicht kausale Folge einer falsch angewendeten Technik, denn menschliches Verhalten und menschliche Kommunikation sind zu komplex, um sie gänzlich begreifen zu können. Der fehlerfreundliche Zugang sieht den Fehler als mögliche Bereicherung für den therapeutischen Prozess und hält ihn für unvermeidbar, er ist eng an die jeweilige therapeutische Situation gebunden und aus dieser verstehbar (ebd.).

Für die Integrative Gestalttherapie formulieren Nausner und Diltsch (2014) den Titel ihres Buchbeitrags programmatisch: „Wer handelt, macht Fehler“. Sie vertreten damit wie Bienenstein und Rother (2009) das Konzept des fehlerfreundlichen, prozessorientierten Umgangs mit Fehlern.

- Wohlwollende Haltung

Blankertz und Doubrawa (2017) bezeichnen Wohlwollen als eine gestalttherapeutische Haltung, begrenzen es aber in ihrem „Lexikon der Gestalttherapie“ auf ‚Wohlwollen einem Symptom‘ gegenüber: „Das Symptom stellt eine angemessene Reaktion auf eine bestimmte Situation dar oder hat sie einmal dargestellt“ (Stichwort: Wohlwollen). Boeckh (2019) erkennt im Wohlwollen eine Unterstützungsleistung der Therapeut\*innen, um den Klient\*innen dabei zu helfen, selbstverantwortlich zu werden und aktiv im eigenen Interesse zu handeln.

Meiner Meinung nach beeinflusst die Haltung des Wohlwollens auch den Umgang mit Fehlern: Wohlwollen der Psychotherapeut\*innen sich selbst gegenüber bedeutet, sich selbst nicht für Fehler zu verurteilen, sondern im Sinne der Selbstverantwortung den Fehler zu erkennen, die Konsequenzen zu tragen und aktiv zu handeln, um schädliche Fehlerfolgen für die Patient\*innen möglichst gering zu halten.

### **2.4.3 Von der Gestalttherapeutischen Haltung zum Umgang mit Fehlern**

Vom Menschenbild und der (gestalt-)therapeutischen Haltung leitet sich der konkrete Umgang mit Fehlern ab. Haltung wirkt im Hintergrund und wird erst im realen therapeutischen Handeln mit den Patient\*innen sichtbar. Eine therapeutische Haltung ist notwendig, um gestalttherapeutische Interventionen und Techniken anwenden zu können (Thiel, 2016). Blankertz und Doubrawa (2017) sehen in der Gestalt-Haltung ein Regulativ für gestalttherapeutische Techniken und Interventionen: Wenn der\*die Gestalttherapeut\*in mit seiner\*ihrer Achtsamkeit und Präsenz den Patient\*innen begegnet, wird er\*sie angemessene Interventionen setzen.

Für wesentlich im Umgang mit Fehlern hält auch die Integrative Gestalttherapie Reflexionsfähigkeit, dialogisches Vorgehen und Prozessorientierung (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002; Hutterer-Krisch, 2007). Zu den grundlegendsten Merkmalen der Reflexionsfähigkeit von Therapeut\*innen gehören die Offenheit sich selbst gegenüber und die Auseinandersetzung mit den eigenen Werten (Hutterer-Krisch, 2007). In diesem Sinne sieht Thiel (2016) auch die Förderung der Reflexionsfähigkeit als zentrales integrativ-gestalttherapeutisches Ausbildungsziel.

Dialogisches Vorgehen in der Gestalttherapie wird von Staemmler (1999) sowohl als therapeutische Haltung als auch als Methode begriffen. Als Dialogische Methode, die sich auf die Philosophie Martin Bubers (1984) bezieht, leitet sie ihr „Verständnis von der therapeutischen Beziehung ab“ (Staemmler, 1999, S. 441), das bedeutet, dass sich Therapeut\*innen als gleichrangige, emotional erreichbare, unabhängige, offene Begleiter\*innen der Klient\*innen verstehen. Das Dialogverständnis der Gestalttherapie geht damit auch weit über den Begriff des Dialogs im Sinne eines Gesprächs zwischen zwei Menschen hinaus und wird von Fuhr und Gremmler-Fuhr (2006) als „intentionaler Dialog“ (S. 138) bezeichnet: „Der Therapeut hat die Intention den Klienten als ganze Person in seiner existenziellen Situation zu erreichen und in intensiven Kontakt mit ihm oder ihr zu treten“ (S. 138).

Im Hinblick auf Fehler(-vermeidung) betonen Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) das Primat der Dialog- und Prozessorientierung in der Gestalttherapie: Patient\*in und Therapeut\*in entscheiden gemeinsam, was sie für gültig halten (mit der Einschränkung, dass der\*die Patient\*in dazu in der Lage ist). Schon 2002 formulieren

Fuhr und Gremmler-Fuhr: „Wenn unerwünschte Wirkungen auftreten, können sie in einem wahrhaftigen Dialog auch immer wieder zu heilsamen Wirkungen führen“ (S. 178). Dieser richtungsweisende Satz wurde in der empirischen Forschung bestätigt, die sich in den folgenden Jahren zum Umgang mit Fehlern etablierte, unter anderem in der RISK-Studie der Donau-Universität Krems (Leitner et al., 2012).

Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) bezeichnen Fehler einmal als „faux pas“ (S. 161) und bringen als Beispiel, dass der\*die Therapeut\*in aus dem Dialog fällt. Sie sehen solche Fehler als unvermeidbar an, wollen aber auch am Umgang mit Fehlern ansetzen: nur wenn sich der\*die Therapeut\*in des Fehlers bewusst wird und Verantwortung dafür übernimmt, können Lern- und Heilungsprozesse durch solche Fehler in Gang gesetzt werden.

Nausner und Diltsch (2014) sehen in der Selbsterfahrung in der Ausbildung und in der Lehrsupervision der therapeutischen Arbeit – übereinstimmend mit bereits zitierter, nicht gestaltspezifischer Literatur – eine Methode um das Fehlerrisiko zu minimieren. Speziell in den Lehrsupervisionen zu den therapeutischen Prozessen sind insbesondere die eigene Resonanz der Ausbildungskandidat\*innen, das Übertragungsgeschehen und die therapeutischen Haltungen zu beachten und zu reflektieren. Freilich sind auch Lehrtherapeut\*innen und Lehrsupervisor\*innen nicht gefeit davor, Fehler zu machen; auch sie sind verpflichtet, sich reflexiv mit sich und ihrem therapeutischen Handeln auseinander zu setzen. Ihre Aufgabe ist es, einen guten Umgang mit Fehlern und unerwünschten Nebenwirkungen modellhaft zu zeigen.

Für entscheidend im Umgang mit Fehlern halten die genannten (integrativ-)gestalttherapeutischen Autor\*innen, dass Therapeut\*innen Fehler eingestehen, bedauern und dafür Verantwortung übernehmen (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002; Nausner & Diltsch, 2014).

#### **2.4.4 Zusammenfassung**

Die Beschäftigung mit therapeutischen Fehlern nimmt in der Integrativen Gestalttherapie bisher keinen großen Raum ein. Es gibt einige theoretische Artikel, empirische Forschung zum Thema existiert jedoch nicht. Für wesentlich im Umgang mit Fehlern wird aus gestalttherapeutischer Sicht die Dialog- und Prozessorientierung

angesehen, wobei der Dialog im gestalttherapeutischen Sinne umfassender zu verstehen ist als das Gespräch zwischen zwei Menschen. Es geht darum, als Therapeut\*in das Gegenüber in seiner\*ihrer Ganzheit und seiner\*ihrer existenziellen Situation wahr- und anzunehmen. Einen besonderen Stellenwert geben Gestalttherapeut\*innen der gestalttherapeutischen Haltung. Darunter ist eine Art innerer Einstellung zu verstehen, die sich aus eigenen Werten, eigener Philosophie und vermittelten Ausbildungsinhalten zusammensetzt. Ein starker Fokus beim Umgang mit Fehlern liegt auf Selbstreflexion, die durch Selbsterfahrung und Supervision, bereits in der Ausbildung beginnend, vermittelt werden.

### 3 Methodik

#### 3.1 Zielsetzung der Untersuchung

Therapeutische Fehler sind ein unterrepräsentiertes Thema in der (integrativ-gestalttherapeutischen) Forschung. Es finden sich nur wenige (bereits ältere) theoretische Aufsätze dazu, empirische Forschungsarbeiten konnten nicht gefunden werden. Demgegenüber steht, dass Fehler ein integraler Bestandteil jedes Arbeitens sind und auch kein Lernen und keine Entwicklung ohne Fehler denkbar sind.

Ziel dieser Arbeit ist, eine erste empirische Annäherung im qualitativen Studiendesign an das integrativ-gestalttherapeutische Verhältnis zu Fehlern durchzuführen und einen genaueren Blick auf den Umgang von Integrativen Gestalttherapeut\*innen mit Fehlern, die sie in ihren therapeutischen Prozessen machen bzw. die ihnen passieren, zu werfen. So soll auf Basis von inhaltsanalytisch ausgewerteten Leitfadeninterviews untersucht werden, was Integrative Gestalttherapeut\*innen unter Fehlern verstehen, wie sie sich mit ihren Fehlern auseinandersetzen und wie mit ihnen umgehen. Es soll erforscht werden, welche konkreten Schritte die befragten Expert\*innen setzen, nachdem sie einen Fehler gemacht haben. Weiters, ob und wie sie Klient\*innen und Patient\*innen dialogisch in den therapeutischen Prozess miteinbeziehen und wie sie damit eine Kernkompetenz der Integrativen Gestalttherapie für Fehler nutzbar machen. Die Erkenntnisse sollen mit den derzeitigen Forschungsergebnissen zusammengeführt werden, die das dialogische Einbeziehen von Hilfesuchenden für bedeutsam für die zukünftige Forschung und Praxis halten (Gahleitner et al., 2013).

Ich möchte den Blick auf den spezifisch integrativ-gestalttherapeutischen Zugang zu Fehlern legen, welche Überlegungen und Haltungen hinter dem Umgang mit Fehlern stehen und untersuchen, wie Integrative Gestalttherapeut\*innen mit dem Schaden, der durch einen Fehler entstehen kann, umgehen bzw. wie und ob sie versuchen, den Fehler zu einer Bereicherung der Psychotherapie werden zu lassen. Es soll untersucht werden, wie und ob im Zuge eines Fehlers aus subjektiver Sicht von Therapeut\*innen auch etwas Positives entstehen kann und Patient\*innen und Therapeut\*innen sich weiterwickeln können.



## **3.2 Fragestellung**

Wie im theoretischen Teil dargestellt, ist jedes therapeutische Handeln potentiell fehleranfällig, das Hauptinteresse dieser Forschungsarbeit liegt im integrativ-gestalttherapeutischen Umgang mit Fehlern.

Daraus entwickelte sich die Hauptforschungsfrage: „Wie gehen Therapeut\*innen der Integrativen Gestalttherapie mit Fehlern um?“ Dazu wurden mehrere Unterfragen in einem Leitfaden ausdifferenziert: praktische Beispiele von Fehlern, der Umgang damit, wie sich der therapeutische Prozess daraufhin entwickelt hat, wie die Patient\*innen in den Fehlerumgang miteinbezogen wurden, was überhaupt unter Fehler subsumiert wird, was das spezifisch Gestalttherapeutische am Umgang ist und wie sich dieser im Lauf der Zeit verändert hat (detailliert siehe 3.4.1).

## **3.3 Forschungsdesign und Methode:**

Für diese Fragestellung wurde ein qualitatives Vorgehen gewählt. Wie in der Theorie dargestellt, gibt es zum Thema Fehler in der Integrativen Gestalttherapie keine empirischen Forschungsarbeiten, sodass sich eine (erste) Annäherung an das Thema mittels einer explorativen und offenen Herangehensweise, sohin einer qualitativen Datenerhebung anbietet. Das Forschungsinteresse liegt auf den Tiefenstrukturen, subjektiven Bedeutungen, der Handlungspraxis, den Überlegungen und den Erfahrungen der Expert\*innen zu Fehlern im integrativ-gestalttherapeutischen Prozess.

Sechs Integrative Gestalttherapeut\*innen wurden als Expert\*innen in einem problemzentrierten Expert\*inneninterview (Meuser & Nagel, 2009) unter Verwendung eines Leitfadens befragt, die Interviews transkribiert und dann mittels Qualitativer Inhaltsanalyse nach Mayring (2000) ausgewertet.

### **3.3.1 Forscher\*innenreflexivität**

Die Arbeit wurde im Rahmen meiner Ausbildung zur Psychotherapeutin der Integrativen Gestalttherapie beim ÖAGG (Österreichischer Arbeitskreis für Gruppentherapie und Gruppendynamik) in Kooperation mit der Donau-Universität Krems zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science geschrieben.

Nach Hagehülsmann (1985) gehe ich davon aus, dass das von dem\*der Forscher\*in angenommene Menschenbild grundlegenden Einfluss auf die Theoriebildung hat und es daher wünschenswert wäre, wenn Forscher\*innen ihr Menschenmodell veröffentlichen würden, denn „das Menschenbild enthält immer auch Glaubensmomente und Hoffnungen, die beispielsweise darüber mitentscheiden, ob der Mensch als reaktives, aktives oder sogar proaktives Wesen konstituiert wird“ (S. 20). Dieses persönliche Menschenbild hat nach Hagehülsmann auch Einfluss darauf, wie Forscher\*innen über ihr wissenschaftliches Handeln entscheiden. In meinem humanistischen Weltbild sehe ich den Menschen als einen „aktiven Gestalter seiner eigenen Existenz“ (Bühler & Allen, 1973, zitiert nach Hagehülsmann, 1985, S. 20), therapeutisches Ziel ist die Aktualisierung der Fähigkeiten, die jede\*r in sich trägt.

Eine Vorannahme meiner Forschung war, dass die Integrative Gestalttherapie fehlerfreundlich ist. Diese Vorannahme setzte sich sowohl aus eigenen Erfahrungen mit der Integrativen Gestalttherapie als auch aus der Literatur (Nausner & Diltsch, Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002) zusammen. Während des Forschungsprozesses stellte ich mir immer wieder die Frage, wie explizit ich diese Vorannahme, beispielsweise bei der Konzeption des Leitfadens, miteinfließen lassen sollte. Letztendlich habe ich versucht, dass sich diese Vorannahme möglichst wenig in meinen Fragen widerspiegelt und habe offengelassen, ob und wie die Expert\*innen dieses Thema selbst zur Sprache bringen. Damit wollte ich im Sinne eines qualitativen, das Feld erforschenden Vorgehens möglichst offen für unterschiedliche Sichtweisen bleiben und den Befragten Gelegenheit geben, ihre eigenen Haltungen und Ansichten möglichst unbeeinflusst darzulegen.

Der Forschungsprozess selbst gestaltete sich folgendermaßen:

Literaturrecherche und -studium fielen mir – auch aufgrund langjähriger Erfahrung als Juristin – leicht, ebenso wie das Verfassen des Exposés und Leitfadens. Schwieriger gestaltete es sich für mich, die Interviews vom Blickpunkt einer Forscherin und nicht in der Rolle einer Therapeutin zu führen, also nicht verständnisvoll zu nicken und mein Gegenüber in seinem\*ihrem So-Sein zu bestätigen, sondern interessiert nachzufragen, welche Standpunkte und Meinungen die Expert\*innen vertreten und welche Handlungen sie setzen. Nach Anfangsschwierigkeiten konnte ich mich jedoch gut in diese Rolle begeben.

Schwer fiel mir, aus den ungefähr 80 Seiten Interviewtranskripten Kategorien zu bilden, u.a. weil mir die Methoden der sozialwissenschaftlichen Forschung neu waren. Insbesondere eine Fehlerdefinition und -einteilung für die vorliegende Arbeit zu finden, die auch dem Interviewmaterial gerecht wird, erwies sich als schwieriger und langwieriger Prozess. In meinem Forschungsprozess bekam diese Frage eine Art Eigendynamik, die mich zunächst von meiner zentralen Forschungsfrage nach dem Umgang mit Fehlern wegführte. Erst die Rückmeldungen der Master-Thesen-Betreuerinnen und Kolleg\*innen bei der Auswertungswerkstatt der Donau-Universität Krems im Juni 2021, bei der ich Teile meines Interviewmaterials und den Kodebaum präsentierte, führten mich zur ursprünglichen Forschungsfrage nach dem Umgang mit Fehlern zurück.

Der Prozess der Kategorienzuordnung, die Ergebnispräsentation und Diskussion wiederum gingen mir relativ leicht von der Hand.

### **3.3.2 *Das problemzentrierte Expert\*inneninterview***

Zur Erhebung des Datenmaterials, das dieser Arbeit zugrunde liegt, wählte ich die Vorgangsweise des problemzentrierten Expert\*inneninterviews.

Dafür empfehlen Meuser und Nagel (2009) die Erhebungsmethode des offenen Leitfadeninterviews. Vorteilhaft ist, dass dieses flexibel gehandhabt werden kann und Narrationen möglich sind. Es ermöglicht dem\*der Forscher\*in, ein möglichst breites Spektrum an Erfahrungswissen zu generieren, thematisch fokussiert zu bleiben und Antworten zu vergleichen.

Nach Meuser und Nagel (2009) können und sollen Expert\*innen eine Perspektive auf das Problem einbringen, die für den institutionellen und organisatorischen Kontext charakteristisch ist, in dem sie ihre Erfahrungen gesammelt haben. Sie zeigen damit die typischen Problemtheorien, Entscheidungsstrukturen und Lösungsansätze auf. Expert\*innenwissen enthält auch vortheoretisches Erfahrungswissen, welches am besten anhand von Erzählungen von Beispielen zum Ausdruck kommt. Daher wurden Narrationen durch entsprechende Fragestellung evoziert, insbesondere zu Fehlern, die in der eigenen Tätigkeit als Psychotherapeut\*innen entstanden sind. Solche Erzählungen können auch über vorbewusstes Expert\*innenwissen Aufschluss geben.

Für die vorliegende Forschung war vor allem das Betriebswissen der Expert\*innen von Interesse, nämlich Wissen zum eigenen Handeln und dem institutionellen Rahmen, dessen Regeln und Logiken.

### **3.4 Datenerhebung und Datenaufbereitung:**

Im offenen Leitfadeninterview wurden sechs Integrative Gestalttherapeut\*innen befragt, die nach den Gesichtspunkten Erfahrung, Geschlecht und regionale Verteilung, mit dem Ziel einer möglichst breiten Streuung, ausgesucht wurden. Aufgrund der Coronapandemie wurde die Hälfte der Interviews per Videotelefonie geführt.

#### **3.4.1 Interviewleitfaden**

Der Interviewleitfaden wurde nach dem Studium einiger Literatur und Forschung zum Thema Fehler konzipiert und dann mit beiden Betreuerinnen der Master-These, sowie den Teilnehmer\*innen der Forschungskolloquien der Donau-Universität Krems besprochen und nach geeignet erscheinenden Vorschlägen adaptiert. Eine ursprünglich enthaltene Frage zu Wahrnehmungen der Befragten zu Fehlern in ihrer Rolle als Supervisor\*innen habe ich wieder herausgenommen, weil es die Forschung zu komplex gemacht hätte und der Forschungsfokus zu weit geworden wäre.

Folgende Fragen wurden im Interviewleitfaden gestellt:

1. Gibt es einen oder mehrere Fehler in Ihrer Tätigkeit als Therapeut\*in, der/die Ihnen in Erinnerung geblieben ist/sind?
2. Wie und wann wurde Ihnen bewusst, dass das kein optimaler Umgang war?
3. Wie sind Sie damit umgegangen?
4. Wie hat sich der therapeutische Prozess daraufhin entwickelt?
5. (Wie) beziehen Sie Ihre Klient\*innen in den Umgang mit Fehlern ein und was ist Ihre Erfahrung damit?
6. Was verstehen Sie unter einem Fehler in der therapeutischen Arbeit?

7. Was ist das spezifisch Gestalttherapeutische an Ihrem Umgang mit Fehlern?

8. Hat sich Ihr Umgang mit Fehlern im Laufe der Zeit verändert? Falls Sie entspannter geworden sind, was hat Ihnen dabei geholfen?

9. Gibt es noch Aspekte, die noch nicht zur Sprache gekommen sind, die Ihnen aber zum Thema Fehler wichtig erscheinen?

Dieser Leitfaden wurde für alle Interviews unverändert beibehalten, jedoch wurde nach dem dritten Interview als „Aufwärmphase“ dem Leitfaden eine offenerere Frage vorangestellt: „Was fällt Ihnen allgemein zum Thema Fehler in der Therapie ein?“ Erst dann wurde konkret nach eigenen Fehlern der Interviewpartner\*innen gefragt.

Vor der Befragung wurde den Therapeut\*innen der Leitfaden per E-Mail zugeschickt. Hinter dieser Vorgehensweise stand die Überlegung, dass beim Thema „Fehler machen“ auch Verdrängungsmechanismen und Schamgefühle wirksam werden können und den Befragten die Gelegenheit gegeben werden sollte, sich auf die Fragen vorzubereiten und im Vorfeld darüber nachzudenken, welche Fehlererfahrungen und -überlegungen sie im Rahmen einer wissenschaftlichen Forschungsarbeit zur Verfügung stellen wollen. Dabei habe ich mich am Vorgehen von Bienenstein und Rother (2009) orientiert, die ebenfalls den Leitfaden ihrer qualitativen Befragung im Vorfeld den Interviewten zur Verfügung stellten.

Folglich waren alle Befragten – je nachdem wie intensiv sie sich im Vorfeld damit beschäftigt hatten – mehr oder weniger mit den Leitfadenfragen vertraut.

### **3.4.2 Auswahl und Zugang zur Untersuchungsgruppe**

Die Auswahl der Interviewpartner\*innen erfolgte nach den Kriterien Erfahrung, Geschlecht und regionale Verteilung in Österreich und sollte ein möglichst breites Bild der Integrativen Gestalttherapie in Österreich bieten.

Zu Beginn wurde festgelegt, dass es sich bei den Befragten um erfahrene und anerkannte Expert\*innen auf dem Gebiet der Integrativen Gestalttherapie handeln soll. Daher wurde eine mindestens 5-jährige Erfahrung als eingetragene Psychotherapeutin mit dem Zusatz „Integrative Gestalttherapie“ als „Muss-Kriterium“ vorausgesetzt, eine weitere wünschenswerte Voraussetzung war die Zugehörigkeit zum Lehrkörper der

Fachsektion „Integrative Gestalttherapie“ mit Lehrbefugnis zur Lehrsupervision. Weiters wurde auf eine regionale Verteilung innerhalb Österreichs und auf eine ausgewogene Geschlechterverteilung Wert gelegt. Diesen Kriterien entsprechend wurden gemeinsam mit der Betreuerin der Master-These der Fachsektion mögliche Interviewpartner\*innen besprochen.

Acht Therapeut\*innen wurden im Zeitraum von Ende Jänner 2021 bis Mitte März 2021 per E-Mail angefragt, davon haben sieben Therapeut\*innen schnell und am Thema interessiert zugesagt. Ein\*e Therapeut\*in hat aus Zeitgründen abgesagt. Sechs Therapeut\*innen wurden im Zeitraum Februar 2021 bis April 2021 befragt, eine weitere Therapeut\*in hat sich auf Terminvorschläge nicht mehr zurückgemeldet und wurde dann nicht mehr erneut kontaktiert.

Vier Therapeut\*innen waren mir vor dem Interview bereits persönlich bekannt, zwei lernte ich erst im Zuge des Interviews kennen.

Die Befragten sind zwischen fünf und 35 Jahren als Psychotherapeut\*innen (auch) der Fachrichtung Integrative Gestalttherapie tätig, vier von ihnen sind zudem als Klinische und Gesundheitspsycholog\*innen in die Liste des Bundesministeriums eingetragen. Teilweise sind die Interviewten als Lehrtherapeut\*innen der Fachsektion Integrative Gestalttherapie tätig, alle arbeiten auch als Supervisor\*innen. Die befragten Expert\*innen sind derzeit ausschließlich in freier Praxis tätig.

Angelehnt an die reale Geschlechterverteilung von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen in Österreich (sieben Frauen zu drei Männern) wurden vier Frauen und zwei Männer als Interviewpartner\*innen gewählt.

Ihren Praxissitz haben drei Interviewte in Wien, die anderen drei arbeiten in der Steiermark, Salzburg und Tirol.

### **3.4.3 Interviewsituation**

Im Zeitraum der Interviews zwischen Februar und April 2021 herrschten in Österreich zahlreiche Kontaktbeschränkungen aufgrund der Coronapandemie. Daraus ergab sich, dass ich nur drei Therapeut\*innen unter Einhaltung der Covid 19 Schutzvorschriften in ihren jeweiligen Praxen persönlich aufgesucht und interviewt

habe, drei weitere Psychotherapeut\*innen habe ich mittels Videotelefoniedienst Zoom interviewt.

Die Interviewpartner\*innen wurden über das Forschungsinteresse und die Forschungsfragen aufgeklärt, sowie die Anonymität ihrer Interviews zugesichert.

Die Interviews dauerten zwischen 30 Minuten und einer Stunde.

#### **3.4.4 Interviewmemo**

Direkt im Anschluss an die Interviews wurden jeweils Interviewmemos mit den Rubriken: Interviewdatum, -dauer und -ort, Kontaktherstellung, Interviewsetting, Vorgespräch, Interviewverlauf, Abschlussphase und Reflexionsphase angefertigt.

Dabei reflektierte ich nochmals die Atmosphäre, die Gesprächsinhalte, mein Verhalten und meine Gefühle während des Interviews, erste Überlegungen zu den Forschungsfragen wurden ebenfalls schriftlich festgehalten.

### **3.5 Auswertungsmethode und Auswertungsprozess**

#### **3.5.1 Transkription**

Die Interviews wurden mit einem I-Phone 5 Gerät ohne Netzverbindung und SIM-Karte aufgenommen, im Anschluss wurden sie in das Transkriptionsprogramm „F4transkript“ geladen und eigenhändig transkribiert.

Den Interviewpartner\*innen wurden zur Anonymisierung die Kürzel AF, BF, CF, DF, EF und FF zugeordnet.

Da es mir um eine möglichst gute Lesbarkeit der für die Ergebnispräsentation ausgewählten Textpassagen ging, habe ich mich für die einfache Transkription (wörtliche Transkription) nach den Regeln von Dresing und Pehl (2015) entschieden.

- Lückenfüller wie ‚äh‘, ‚ähm‘, Stotterer etc. werden wegelassen.
- Es erfolgt keine besondere Kennzeichnung von Lautstärke oder Betonungen oder Wort-/Satzabbrüchen.
- Dialekte werden ins Hochdeutsche übersetzt.

- Pausen werden unabhängig von der Länge in Klammern mit ‚(...)‘ gekennzeichnet.
- Seufzen, Lachen etc. als emotionale Äußerungen werden in Klammern ‚(lacht)‘ hinzugefügt.

### **3.5.2 Qualitative Inhaltsanalyse nach Mayring**

Zur Auswertung der Expert\*inneninterviews wurde die Methode der Qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2000, 2019) herangezogen. Die Vorgehensweise eignet sich gut für eine thematische Strukturierung des Materials und die interpretative Reduktion auf inhaltliche Vergleichskerne zur Erlangung intersubjektiv nachvollziehbarer Ergebnisse (Mayring, 2000; Ramsenthaler, 2013).

Die wesentlichen Merkmale dieser Auswertungsmethode sind (Mayring, 2019):

- Kategoriengeleitet: die Textauswertung ist selektiv auf die Kategorien beschränkt, wobei unter Kategorie die sprachliche Kurzformel für einen Bedeutungsaspekt des Textes zu verstehen ist.
- Fragestellungsbezogen: die Fragestellung orientiert sich am Forschungsinteresse, am Ende sollte die Beantwortung der Fragen stehen.
- Regelgeleitet: vorgegangen wird anhand eines regelgeleiteten Ablaufmodells, das nach der Pilotphase nicht mehr geändert wird.

Für die Bearbeitung des Datenmaterials wurde ein deduktiv-induktives Vorgehen gewählt: aus dem theoretischen Vorwissen wurden deduktiv Kategorien angewendet und aus den Interviews zusätzlich induktiv Kategorien mittels Zusammenfassung gebildet (Mayring, 2000; Ramsenthaler, 2013).

### **3.5.3 Entwicklung des Kategoriensystems**

Zunächst wurden für eine erste Grobgliederung aus der vorhandenen Theorie zu Fehlern neun deduktive Oberkategorien abgeleitet.

Zur induktiven Kategorienbildung wurden in einem ersten Durchgang ca. 10-15 % des Materials bearbeitet und zwar ungefähr die ersten 20 Minuten von drei



Expert\*inneninterviews, indem zunächst Analyseeinheiten (die Aussage einer\*s Befragten) und das Abstraktionsniveau festgelegt wurden.

Als Technik wurde die Zusammenfassung gewählt (Ramsenthaler, 2013). Inhaltstragende Textstellen wurden paraphrasiert und in einem mehrstufigen Prozess zu einer Kategorie zusammengefasst. So entstanden in einem ersten Durchlauf weitere acht induktive Oberkategorien und eine Vielzahl an Unterkategorien, die sich teilweise mit den deduktiven Oberkategorien überschneiden. In einem nächsten Schritt wurden die deduktiven und induktiven Oberkategorien miteinander verglichen, dann zusammengeführt und ein vorläufiges Kategoriensystem entwickelt. Zu jeder Subkategorie wurde eine Kodierregel gebildet und ihr ein Ankerbeispiel zugeordnet.

Nachdem das Kategoriensystem vorläufig gebildet war, wurden die Interviewtranskripte in das Analyseprogramm „F4analyse“ geladen, die gebildeten Kategorien eingetragen und in einem 1. Durchlauf des gesamten Materials überprüft und adaptiert. Dabei wurden nochmals Kategorien umbenannt, aus Oberkategorien wurden Unterkategorien und umgekehrt, sowie neue Unterkategorien gebildet.

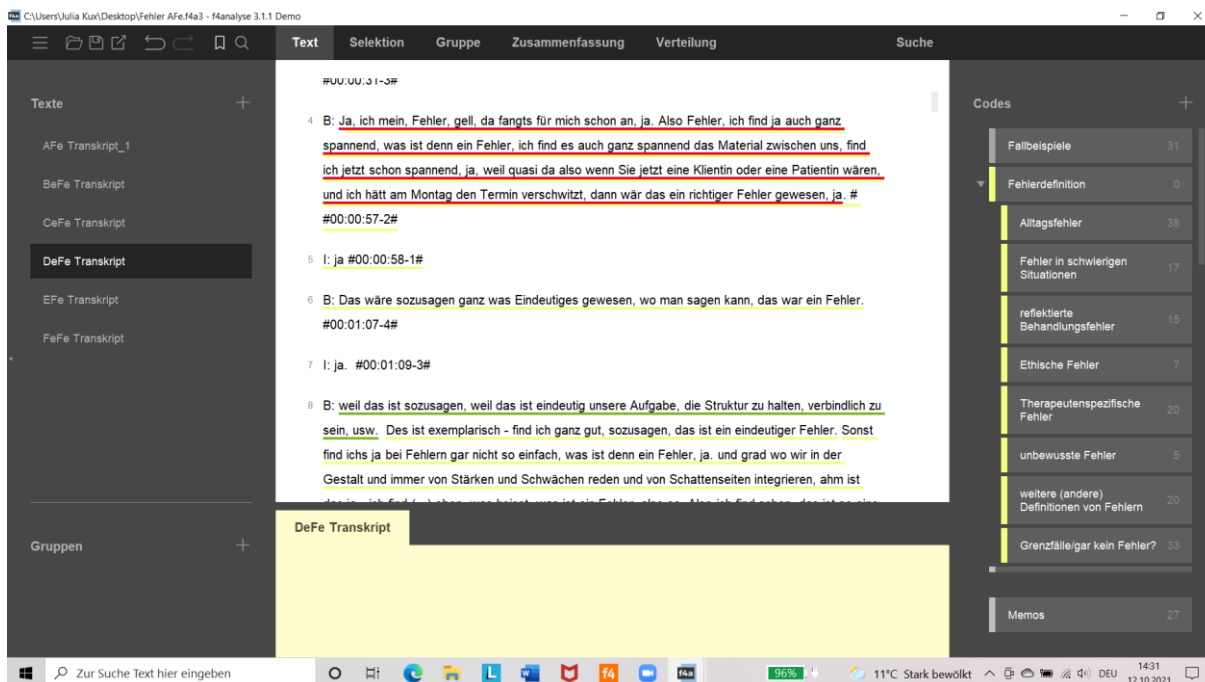


Abbildung 1. Kodierung im Analyseprogramm F4analyse (Sceenshot)

Parallel dazu entwickelte ich einen dreiteiligen Kodierleitfaden, bestehend aus Definitionen, Ankerbeispielen und Kodierregeln (siehe Anhang 2).

Das Interviewmaterial wurde in insgesamt zwei Auswertungsdurchgängen den Kategorien zugeordnet. Dabei wurden nochmals Änderungen in den Kategorien durchgeführt, zum Beispiel wurde erst im 2. Durchlauf die neue Subkategorie „Eigene Gefühle und Gefühle anderer wahrnehmen“ eingeführt.

Zur Kategorienbildung „Einteilung von Fehlern“ siehe den unten folgenden Exkurs unter 3.5.3.1.

Die Kategorien zum integrativ-gestalttherapeutischen Umgang sind zum überwiegenden Teil induktiv aus den Interviews heraus entstanden, wobei sich schnell eine Struktur zeigte und sich vergleichsweise problemlos Ober- und Unterkategorien bilden ließen. So verhielt es sich auch mit den restlichen Kategorien zu „Folgen von Fehlern“ und „Entwicklung im Lauf der Zeit“.

Der Prozess der deduktiv - induktiven Kategorienfindung und -bildung, sowie der Auswertungsprozess wurde engmaschig mit verschiedenen (Lehr-)Personen und Kolleg\*innen im Rahmen der von der Donau-Universität Krems angebotenen Forschungskolloquien und mit der Betreuerin der Fachsektion Integrative Gestalttherapie, sowie mit Kolleg\*innen aus meinem Umfeld besprochen und begleitet.

So entstand letztendlich ein System von sieben Oberkategorien und 25 Unterkategorien. Dieses Kategoriensystem ist in Anhang 2 mit Ankerbeispielen und Kodierregeln übersichtlich dargestellt.

### **3.5.3.1 Exkurs: Entwicklung der Kategorie Fehlereinteilung:**

Wie bereits unter 3.3.1. beschrieben, bereitete mir die Kategorie Fehlereinteilung Schwierigkeiten: nach erster Sichtung von Literatur und Forschung erschien mir eine deduktive Fehlerdefinition und -einteilung nach Schigl und Gahleitner (2013, 2018) praktikabel. Dies traf vor allem auf die ersten beiden Fehlerkategorien „Alltagsfehler“ und „Fehler in schwierigen Situationen“ zu. Allerdings zeigte sich im Laufe des Auswertungsprozesses, dass die weitere Einteilung in „Kunstfehler“ und „Ethische Verfehlungen“, denen Schigl und Gahleitner (2013, 2018) strikt einen unreflektierten und ignoranten Umgang der Therapeut\*innen zuordnen, zu meinem Material nicht passte. Meine Interviewpartner\*innen waren zu einem Interview über eigene Fehler

bereit und sprachen – wie ich im Ergebnisteil noch zeigen werde – offen und selbstreflexiv darüber, was sie falsch gemacht haben. Dieses selbstreflexive Vorgehen meiner Interviewpartner\*innen schließt einen von Schigl und Gahleitner (2013, 2018) zugeordneten unreflektierten und ignoranten Umgang aus.

Zur Lösung dieses (auch ethischen) Dilemmas wählte ich folgendes Vorgehen:

Für diese Arbeit wurde eine eigene induktiv-deduktiv gebildete Fehlerdefinition und -einteilung verwendet, die sich einerseits deduktiv an der Einteilung von Schigl und Gahleitner (2013, 2018) orientierte, wobei Überlegungen anderer Forscher\*innen miteinbezogen wurden, und andererseits durch induktive Kategorien – gebildet aus den Aussagen der interviewten Expert\*innen – ergänzt und erweitert wurde.

## 4 Ergebnisse

Die Reihenfolge der Kategorien ist chronologisch grob an den Leitfadenfragen orientiert.

Die Kategorien werden hier zunächst im Überblick dargestellt:

### 1. Oberkategorie: Fehlereinteilungen (155 Nennungen)

- Alltagsfehler (38 Nennungen)
- Fehler in schwierigen Situationen (17 Nennungen)
- reflektierte Behandlungsfehler (15 Nennungen)
- Ethische Fehler (7 Nennungen)
- Therapeutenspezifische Fehler (20 Nennungen)
- unbewusste Fehler (5 Nennungen)
- weitere (andere) Definitionen von Fehlern (20 Nennungen)
- Grenzfälle/gar kein Fehler? (33 Nennungen)

### 2. Oberkategorie: Reaktion der Therapeutin / des Therapeuten – Umgang mit Fehlern (263 Nennungen)

- Selbstreflexion (108 Nennungen)
- Reflexion des therapeutischen Prozesses (102 Nennungen)
- Reflexion mit anderen: Supervision, Intervision (34 Nennungen)
- Theoriewissen anwenden (13 Nennungen)
- Warnzeichen wahrnehmen (7 Nennungen)

### 3. Oberkategorie: Integrativ-gestalttherapeutischer Umgang mit Fehlern (313 Nennungen)

- Therapeutische Haltung (48 Nennungen)
- Haltung gegenüber Fehlern (31 Nennungen)
- Abwägungsprozesse / Dilemmata (18 Nennungen)
- Integrativ-gestalttherapeutische Interventionen (38 Nennungen)
- In Dialog mit der Klientin / dem Klienten bringen / etwas nicht ansprechen (79 Nennungen)

- Fehler eingestehen / sich dem Fehler stellen (29 Nennungen)
- Eigene Gefühle und Gefühle anderer wahrnehmen (67 Nennungen)

4. Oberkategorie: Reaktion der Klientin / des Klienten (40 Nennungen)

5. Oberkategorie: Folgen von Fehlern (102 Nennungen)

- Beendigung der Therapie (12 Nennungen)
- Veränderung der therapeutischen Beziehung (38 Nennungen)
- Fehler als Chance (31 Nennungen)
- Aus Fehlern lernen (20 Nennungen)

6. Oberkategorie: Entwicklung im Lauf der Zeit / Entspannterer Umgang (25 Nennungen)

- Was hat geholfen? (5 Nennungen)

7. Oberkategorie Fallbeispiele (32 Nennungen)

In den folgenden Kapiteln werde ich die den einzelnen Kategorien zugeordneten Aussagen der Interviewten ausführlich darstellen und die Expert\*innen großteils in ihren eigenen Worten sprechen lassen. Ich habe mich für diese Form der Darstellung entschieden, weil es meiner Ansicht nach das Wissen, Erleben und Empfinden der Expert\*innen authentisch zum Ausdruck bringt und sich die – für diese Studie wichtige – therapeutische Haltung der Befragten in Direktziten klarer zeigt.

#### **4.1 1. Oberkategorie: Fehlereinteilungen**

In dieser Oberkategorie finden sich alle Antworten der Expert\*innen, die sich auf Fehlereinteilungen und -definitionen beziehen. Auch die von den Befragten erzählten Fallbeispiele werden den verschiedenen Subkategorien zugeordnet, sowie die Antworten auf die direkte Frage im Interview, was die Interviewpartner\*innen unter Fehlern in der therapeutischen Arbeit verstehen.

Bei den Aussagen wird das breite Spektrum deutlich, was die Expert\*innen für einen therapeutischen Fehler bzw. eben nicht für einen Fehler halten, ein Phänomen, das sich auch in der heterogenen Literatur und Forschung zum Thema Fehlerdefinitionen widerspiegelt. Zur Genese dieser Kategorien siehe den Exkurs unter 3.5.3.1.

Für diese Arbeit werden Fehler eingeteilt in:

- Alltagsfehler
- Fehler in schwierigen Situationen
- reflektierte Behandlungsfehler
- Ethische Fehler
- Therapeutespezifische Fehler
- unbewusste Fehler
- weitere (andere) Definitionen von Fehlern
- Grenzfälle / gar kein Fehler?

#### **4.1.1 Alltagsfehler (38 Nennungen)**

In dieser Unterkategorie finden sich Fallbeispiele und Aussagen der Expert\*innen zu Alltagsfehlern, die hier in der Definition von Bienenstein und Rother (2009) verstanden werden als „Elemente der therapeutischen Arbeit, die in der ersten Reaktion des Therapeuten von diesem als unerwünscht wahrgenommen werden“ (S. 40).

Alltagsfehler kennzeichnen sich dadurch, dass sie alltäglich, allgegenwärtig und unvermeidlich sind. Es handelt sich um Fehlleistungen von Therapeut\*innen, die nicht juristisch, ethisch oder behandlingstechnisch fehlerhaft sind, wobei Bienenstein und Rother (2009) zugestehen, dass der Übergang fließend ist (ebd. S. 39). Die Einschätzung, ob es sich um einen Alltagsfehler handelt, ist die rein subjektive Empfindung des\*der Therapeut\*in. Andere Therapeut\*innen können dies auch so einschätzen oder eben nicht. Außerhalb des juristisch-ethischen und behandlingstechnischen Referenzrahmens fehlt eine klare Festsetzung, was richtig und was falsch ist.

Jede\*r der sechs Expert\*innen berichtet von solchen Alltagsfehlern, wobei die folgenden Zitate die große Bandbreite der geschilderten Alltagsfehler zeigen:

*„Im Zuge dieser Coronageschichte und dass man Zoom Video Konferenzen macht oder telefonische Kontakte hat und dann wieder präsente Kontakte, war das schon immer wieder so eine Auseinandersetzung mit diesen ursprünglichen, "alltäglichen" therapeutischen Fehlern, wie z.B. Warte ich nicht zu lange? Wie gehe ich mit dem Schweigen um?“ EF 2*

*„Wenn ich biographisch etwas vergessen habe, da versuche ich, dass ich das noch irgendwie hinkriege, ... ich muss es ja nicht gleich sagen: oh! das habe ich vergessen, sondern man kann ja ein bisschen schauen, ob man nicht noch so draufkommt.... Aber wenn es etwas Wichtiges ist, ist es sehr unangenehm, finde ich. Und da glaube ich aber, ist es auch nicht so gut, sich so sehr zu entschuldigen, dass man praktisch keine Schuld mehr hat.“ FF 83*

*„Ich weiß es nicht mehr konkret, was da genau die Aussage war, aber das war eine Phase, wo ich grade auch selber einen Verlust erlitten habe und da war meine Feinfühligkeit nicht gerade mehr mit viel Ressourcen ausgestattet und da kam was raus, was wirklich sichtlich unpassend war ...“ CF 44*

*„Ein Fall, wo einer gekommen ist, also der hat die Stunde vorher abgesagt kurzfristig, weil er krank war und ich habe vergessen, ... dass ich die Woche drauf nicht kann, ... und dann ist er dagestanden, zu seinem üblichen Termin, sozusagen.“ BF 6*

*„Ein Fehler, der mir passiert, ist, dass ich zu viel rede. ... Also dass mir doch diese Pausen, die längeren, schwerfallen und ich vielleicht auch zu schnell Vorschläge mache. ... Und selbst wenn es das richtige ist, ist es zu viel.“ FF 91 - 97*

#### **4.1.2 Fehler in schwierigen Situationen (17 Nennungen)**

In dieser Subkategorie werden jene Fallvignetten und Aussagen kodiert, die sich auf Fehler beziehen, die in an sich schwierigen Situationen und Phasen der Therapie auftreten. Die Unterkategorie ist angelehnt an die Definition von Schigl und Gahleitner (2013), die als Beispiele für schwierige Situationen nennen, dass Patient\*innen übermäßig klagen, nicht motiviert sind bzw. nicht mitarbeiten, extrem mutlos oder gar suizidal sind, nur schweigen oder sehr unzuverlässig bei Terminen sind. Diese

Situationen werden besonders schwierig, wenn der therapeutische Rahmen in Frage gestellt oder verlassen wird, z.B. wenn der\*die Klient\*in starke Kritik oder besondere Zuneigung äußert oder einen Therapieabbruch ankündigt.

Fünf von sechs befragten Expert\*innen berichten von Fehlern, die ihnen in schwierigen Situationen unterlaufen sind:

*„Es war eine Patientin, die so reingekommen ist und einfach nur erbrochen hat, also nicht mehr aufgehört hat zu reden, es war kein Stopp und kein Dialog und kein Durchatmen und kein Garnichts. Und da habe ich sicherlich zu lange mitgemacht. Das war so im ersten Drittel meiner Arbeitszeit und sowas würde ich sicher nicht mehr machen.“ DF 45 - 47*

*„Manchmal hat er angefangen zu politisieren und war sehr rechts. Und das war (...) eine große Herausforderung für mich, weil er mich da auch um meine Meinung gefragt hat und ich wollte natürlich nicht anfangen inhaltlich mit ihm zu diskutieren, aber ich habe das schon klar gemacht, ich denke da anders. ... Also das war schon eine ganz massive Schwierigkeit. ... Ja, wo war der Fehler? Der Fehler ist eigentlich, dass ich mir immer vorschreiben habe lassen, was zu machen ist.“ FF 39 – 45, 61*

#### **4.1.3 Reflektierte Behandlungsfehler (15 Nennungen)**

Auch diese Unterkategorie wurde in Anlehnung von Schigl und Gahleitners (2013, 2018) Einteilungssystem gebildet, aber mit einem wesentlichen Unterschied: während die Autorinnen der Fehlerkategorie einen habituellen, ignoranten Umgang der Therapeut\*innen zuordnen, ist bei den befragten Expert\*innen das Gegenteil der Fall: sie reflektieren ihre Behandlungsfehler (auch dadurch, dass sie im Interview darüber sprechen), daher werden sie in dieser Studie als „reflektierte Behandlungsfehler“ bezeichnet.

Hier werden Fallbeispiele und Aussagen kodiert, in denen die Therapeut\*innen davon berichten, dass sie vom State of the Art des Verfahrens abgewichen sind und/oder wesentliche Elemente im therapeutischen Prozess übersehen haben, sich dessen jedoch (später) bewusst wurden und es als Fehler einordnen.

Dieser Subkategorie werden Aussagen von vier Expert\*innen zugeordnet:



*„Mein größter Fehler, der so klar war, aber dennoch folgenreich und nicht so schnell einzuordnen, ist mir relativ am Anfang meiner Praxis passiert, wo ich mit einem Klienten, den ich noch gar nicht gut gekannt habe, sofort eine so intensive Inszenierung gemacht habe.“ BF 40*

*„Dann war ich einfach der Frau nicht gewachsen. ... Ich habe mich zu wenig ausgekannt zu diesem Thema, ich habe das nicht erkannt, dass diese Frau eine Borderlinestörung hat, also es war ein Diagnosefehler von mir.“ FF 10*

#### **4.1.4 Ethische Fehler (7 Nennungen)**

Bei ethischen Fehlern wird von ethischen Richtlinien und dem Berufskodex abgegangen. Nur ein\*e Befragte\*r bringt Beispiele für ethische Fehler, ein\*e andere\*r erwähnt ethische Fehler im Zusammenhang mit Fehlerdefinitionen.

Berichtet wird von einem Dilemma, in das er\*sie aufgrund widerstreitender Interessen einer Institution und dem Klienten geraten ist:

*„Also das ist prinzipiell falsch und ich habe mitgewirkt. Da ist es um einen Jugendlichen gegangen (...) also für mich war es kein Kunstfehler, sondern es war so ein Grenzbereich für mich, es ist eigentlich ein ethischer Fehler geworden.“ EF 64*

Auch die zeitnahe therapeutische Behandlung von Freund\*innen sieht diese\*r Befragte\*r als ein Verschwimmen der Grenzen und wird von ihm\*ihr aus ethischen Gründen nicht mehr gemacht.

#### **4.1.5 Therapeutespezifische Fehler (20 Nennungen)**

Dieser Kategorie werden Fehler zugeordnet, die mit der Persönlichkeit des\*der Therapeut\*in Zusammenhang stehen. Kottler und Blau (1991) beschreiben sogenannte „Irrtumsmuster“ (S. 198): Jede\*r Therapeut\*in hat ein individuelles Muster von immer wieder auftretenden Irrtümern, falsch eingeschätzten Situationen und verlorenen Klient\*innen. Schigl und Gahleitner (2013) erklären „TherapeutInnen-Persönlichkeits-spezifische [sic] Kunstfehler“ (S. 26) durch eine „überstarke Aktivierung persönlicher Anteile des/der TherapeutIn [sic]“ (S. 26).

Zu dieser Subkategorie haben vier der sechs Befragten eigene Erfahrungen geschildert:

Ein\*e Befragte\*r bezieht sich ausdrücklich auf die wissenschaftlichen Arbeiten zu persönlichkeitspezifischen Fehlern von Therapeut\*innen von Schigl und Gahleitner und bezeichnet es als Tendenzen, die er\*sie in der therapeutischen Arbeit hat:

*„Also ich habe mehrere Tendenzen und ich arbeite hauptsächlich damit, dass ich die auch veröffentliche, dass ich das auch anspreche, wenn ich so Tendenzen habe. Wo ich es nicht immer tue, ist beim Normalisieren.“* BF 78

Die Expert\*innen berichten über verschiedene Anteile in ihnen selbst, die auch Gefahrenpotential haben:

*„... wo ich in die Nähe komme, nicht sicher zu sein, mache ich Fehler und das ist, dass ich sehr viel Nähe zulasse.“* CF 32

*„Ich kenne mich, dass ich in bestimmten Situationen lächle, ... und das kann ein Lächeln sein, dass unpassend ist.“* EF 10

*„Ich habe auch noch etwas, das hängt dann auch mit der Beziehung zusammen: ich bin leicht gerührt.“* FF 117

Zwei der Befragten berichten auch davon, dass sie zu schnell sind:

*„Ein Fehler ist vielleicht auch, zu schnell zu sein. Das ist auch etwas, was ich wahrscheinlich eher auf meine Fahnen heften kann, schnell zu sein.“* CF 64

#### **4.1.6 Unbewusste Fehler (5 Nennungen)**

Dieser induktiv gebildeten Kategorie wurden Aussagen von drei Expert\*innen zugeordnet. Sie sehen Gefahren in unbewussten Fehlern:

*„Meine Einschätzung ist, ... dass die schlimmsten Fehler, die sind, die ich nicht weiß, wo ich nur indirekte Zeichen deuten kann. Dass jemand nicht mehr kommt und in Wirklichkeit weiß ich es nicht. Oder ich kann mir denken, das hat vielleicht dazu beigetragen. Das halte ich - wenn ich selber drüber nachdenke – schon für einen Fortschritt.“* BF 4

„Mir ist so der Satz eingefallen: ein Fehler ist, wenn man glaubt, keine Fehler zu machen.“ CF 4

#### **4.1.7 Weitere, andere Definitionen von Fehlern (20 Nennungen)**

Diese Kategorie wurde ausschließlich induktiv aus den Aussagen der Interviewten gebildet. Vier Expert\*innen sprechen andere als die bisher genannten Fehlerdefinitionen und -einteilungen an, worin sich auch die Schwierigkeit der Fehlerdefinitionen nochmals widerspiegelt:

„Es ging jetzt immer um Fehler, die man in der Stunde macht. Ich glaube, was schon auch wichtig ist, mit zu bedenken, sind Fehler, die man so quasi über alle Klienten drüberstreut. Im Sinne der mangelnden Selbstfürsorge, Psychohygiene oder keine Supervision zu machen, da glaube ich schon – da wirklich auch sehr aus der eigenen Erfahrung gesprochen - kann man sogar vielleicht noch achtsamer sein ....“ CF 84

„Auch ein Fehler kann sein, ... den Kontakt zu sich zu verlieren und dann nur so als Maschine hier zu sitzen.“ CF 92

„Ich meine, es gibt sozusagen Fehler, die aufgrund von (...) Störungen auftreten. Ich habe immer wieder Borderline Patienten, Patientinnen, wo ich nicht den Eindruck habe, das ist mein Schwerpunkt, die aber so viele verschiedene Diagnosen haben und dann landen sie doch bei mir. Das sind Dinge, da muss ich ganz speziell fortbildungsmäßig was machen, ich muss mir das anschauen, das ist nicht nur Supervision, sondern da muss ich lernen.“ EF 114

„Da gibt es schon eindeutige Fehler: die Struktur, der pünktliche Anfang, das pünktliche Ende, dass man, wenn wer zum Psychiater muss, sich das aufschreibt, und dass man das erkennt, dass man in der Arbeit mit Kindern und Jugendlichen die Eltern miteinbezieht, dass man eine Absageregulung hat, dass man nicht von sich redet, dass man keine Grenzen überschreitet.“ DF 89

Als weitere, andere Definitionen für Fehler werden von einem Befragten genannt:

Aus dem Kontakt gehen (CF 60), Grenzüberschreitung, zu schnell sein (CF 66), zu wenig Selbstfürsorge, eigene Grenzen kennen und akzeptieren (CF 86, 94) und den Kontakt zu sich selbst verlieren (CF 94).

#### **4.1.8 Grenzfälle / gar kein Fehler? (33 Nennungen)**

Diese Unterkategorie zu Fehlereinteilungen hatte viele Nennungen, Aussagen von fünf Expert\*innen konnten dieser Kategorie zugeordnet werden. Darin spiegelt sich auch die Unsicherheit wider, was überhaupt als Fehler gelten soll und was nicht.

In mehreren Aussagen wird deutlich, dass es keine klare Definition von Fehlern gibt und dass auch die Grenze zwischen einem Fehler und einem normalem und notwendigem Kommunikationsprozess fließend ist.

*„Wobei ... diese Alltagsfehler, die passieren ja mir auch immer wieder mal, aber wenn ich es gleich bemerke, also eine Irritation bemerke und ich sage, war das jetzt zu viel für Sie? Ah, schauen wir einmal, was war denn da jetzt? Dann ist es für mich jetzt nicht mehr ein Fehler, dann ist es ein Interventionsangebot, das halt irgendwie nicht passend war, aber wo man dann halt trotzdem im Prozess weiter macht.“* AF 32

*„Ich gehe davon aus, dass ich dauernd etwas sage oder tue, was irgendwie im Moment nicht hilfreich ist (...). Wenn die Kommunikation darüber gelingt, würde ich das nicht einmal unter Fehler einordnen, sondern das ist sogar notwendiger Teil im Kommunikationsprozess. Und auch das darzustellen, das ‚ich kanns nicht wissen‘.“* BF 12

*„Sonst finde ich es ja bei Fehlern gar nicht so einfach, was ist denn ein Fehler? Und gerade wo wir in der Gestalt immer von Stärken und Schwächen reden und von Schattenseiten integrieren. Also ich finde schon, das ist so eine offene Frage.“* DF 8

*„Das würde ich dann so ein bisschen unter das einreihen, was ich gar nicht unter Fehler sehen würde, nämlich wenn ich in die Supervision gehe und dort einen neuen Input kriege und dann das nächste Mal was anderes mache.“* BF 94

## 4.2 2. Oberkategorie: Reaktion der Therapeut\*in – Umgang mit Fehlern

Auf die Fragen nach dem Umgang mit Fehlern und wie den Befragten bewusst wurde, dass es kein optimaler Umgang war, geben die Expert\*innen umfangreiche und detaillierte Antworten, die für die Beantwortung der Forschungsfrage nach dem Umgang mit Fehlern im therapeutischen Prozess zentral sind.

### 4.2.1 Selbstreflexion (108 Nennungen)

Bei der Frage nach dem Umgang mit Fehlern sprechen alle Expert\*innen übereinstimmend an, dass sie zunächst selbstreflexiv über das Geschehene nachdenken. Dabei handelt es sich um einen inneren Prozess der Therapeut\*innen, bei dem sie als ersten Schritt die Situation für sich selbst klären und einordnen:

*„Ich habe es immer wieder bei mir bemerkt, dass ich reflektiere, bin ich zu schnell, zu schnell im Psychoedukativen, bin ich einfach eben im Rationalisieren, mehr top down und nicht bottom up. Viel Reflexion - also das zeichnet mich auch aus, wie ich mit therapeutischen Fehlern immer umgegangen bin; dass ich reflektiert habe und geschaut habe, wie tue ich.“* EF 6

Diese Selbstreflexion findet teilweise noch während der Therapiestunde, aber auch danach statt:

*„Ich habe aber dann sofort gemerkt, wie sie irritiert ist und habe mir dann gedacht, oje, das war jetzt ein bisschen zu viel Selbstoffenbarung.“* AF 5

*„Da habe ich dann öfter noch dran gedacht, was es wohl war ... ich hatte so das Gefühl, ich hatte irgendetwas nicht gesehen.“* FF 137 - 139

Auf die Frage, wie die Interviewten die konkrete Entscheidung treffen, was sie nach einer nicht geglückten bzw. als fehlerhaft empfundenen Intervention tun, antwortet eine\*r der Befragten sehr differenziert:

*„Ich gehe einmal davon aus, dass es grundsätzlich nicht was Angenehmes ist, also drauf zu kommen, das ist jetzt schwierig ... Ich gehe davon aus, dass es sich um Sachen handelt, die nicht so einfach sind, die mir vielleicht erst beim Protokollieren einfallen oder wo ich merke, ich habe eine ungute Stimmung eigentlich jetzt nach der Stunde oder freue mich nicht aufs nächste Mal, also ich freue mich nicht auf den*

*Klienten. Also das sind so Hinweise, dass was nicht passt. Und dann merk ich auch, es geht irgendwie um was, was ich (...) ändern muss, zuerst einmal. Und dann überleg ich mir (...), was ist sinnvoll.“ BF 102*

#### **4.2.2 Reflexion des therapeutischen Prozesses (102 Nennungen)**

Eng verbunden und manchmal auch nicht scharf von der Selbstreflexion zu trennen, ist die Reflexion des therapeutischen Prozesses. Die Expert\*innen schildern, dass sie - nachdem sie über ihre Handlungen, Gedanken und Gefühle nachgedacht haben- im nächsten Schritt den therapeutischen Prozess mit dem Klienten, der Klientin reflektieren.

Ein\*e Befragte\*r berichtet über ein Lächeln, das sie in unpassenden Momenten unwillkürlich zeigt und dass sie dieses Lächeln zum Anlass einer genauen (Selbst-)reflexion nimmt:

*„Da schau ich sehr genau auf den therapeutischen Prozess und wo ich mich befinde und wie es dazu gekommen ist, dass ich dieses Lächeln gezeigt habe.“ EF 26*

Wenn Klient\*innen schon lange in Therapie sind, wird dies zum Anlass für eine Reflexion des Prozesses genommen:

*„Allerdings auch im Prozess bewegt sich wenig - er ist Mitte 40 - und macht schon seit 20 Jahren Psychotherapie. Und auch ich kann hier wahrscheinlich nicht mehr viel bewegen, außer vielleicht genau diese Komponente zu liefern, die er bis jetzt noch nicht so hatte: im Prozess zeichnet sich jetzt so ab, dass die Beziehung und Bindung so groß ist und gut ist, dass -er benennt das dann auch so- er einen Einblick kriegt, wie fein kann man es miteinander haben und wie sehr habe ich es nicht.“ CF 34*

Auch nach dem Ende der Therapie wird oft nochmals über den Prozess reflektiert:

*„Aber manchmal kommt einem dann im Nachhinein vor, ja irgendwie irgendwann wäre vielleicht doch Zeit gewesen, oder warum bin ich das nicht angegangen? Das ist vielleicht etwas, wenn ich mir das im Überblick anschau, was sehr belastend ist für den Klienten in seinem Leben und eigentlich sind wir es nicht angegangen.“ BF 24*

*„Ich finde es im Grunde genommen einen guten Schritt zu dem Zeitpunkt, weil da ist man noch nicht so drin, hat aber schon genug Erfahrungen mit der Therapeutin; ein*

*guter Zeitpunkt um zu wechseln, nach fünf, sechs Stunden. ... Ich sage immer, die Eltern kann man sich nicht aussuchen, aber die Therapeutin kann man sich aussuchen. ... Aber das war es nicht, es war nicht so etwas Offensichtliches.“* FF 137, 141

#### **4.2.3 Reflexion mit anderen: Supervision, Intervision (33 Nennungen)**

In dieser Kategorie sind die Aussagen ungewöhnlich gleichmäßig auf alle Expert\*innen verteilt: alle benennen die Sicht von außen, die Mehrperspektivität als einen sehr wichtigen Faktor in ihrer therapeutischen Arbeit. Dabei werden Supervision und Intervision als relativ gleichrangig nebeneinander betrachtet.

*„Oft auch, indem ich es natürlich zuerst in der Supervision oder in der Intervision bespreche und wo ich mir auch noch Inputs dazu hole, manchmal auch Ideen, wie ich es jetzt nochmal angehen könnte.“* BF 20

Alle Befragten sprechen Supervision und Intervision als wichtige Teile ihres Umgangs mit Fehlern an; teils ausdrücklich (vier Interviewte)

*„Ich glaube, ein großer Fehler ist, wenn man keine Supervision oder Intervision macht oder es bespricht. Oder sich nur Gedanken für sich macht - das ist einfach auch zu wenig, da fehlt die Außenperspektive.“* CF 36 - 38

teils implizit (zwei Interviewte), indem sie erwähnen, dass sie Supervision bzw. Intervision gemacht haben:

*„Und das habe ich mir dann schon auch angeschaut, ich weiß nicht mehr, supervisorisch glaube ich sogar, oder intervisorisch und ich habe mir dann die Erlaubnis geholt, das darf ich schon, ja, da auf mich schauen.“* DF 32

Diese kollegiale oder supervisorische Sicht von außen wird als sehr hilfreich erlebt:

*„Ich hatte das Glück, dass ich paar Tage später Intervision hatte, mit meiner Intervisionsgruppe und habe das dort auch eingebracht“* AF 9

*„Das fand ich schon extrem hilfreich und da bin ich sehr froh, dass ich Kolleginnen habe, mit denen das so möglich ist.“* AF 24

*„Und das sind aber schon immer Phasen, wo ich das Gefühl habe, da ist Unterstützung so wichtig, da ist dieses kollegiale Miteinander, sei es Intervention oder Supervision, also das, wie tun wir miteinander, wir Kollegen, Kolleginnen so wichtig. Wie unterstützen, wie vernetzen, das ist mir ein Anliegen.“ EF 140*

Ein bisschen ironisch überspitzt, aber in der Tendenz die Aussagen der Interviewten abbildend:

*„Also es gibt wirklich wundersame Dinge, auf die man draufkommt, wenn man sie mit anderen bespricht.“ BF 96*

#### **4.2.4 Theoriewissen anwenden (13 Nennungen)**

Alle Befragten greifen in schwierigen oder unklaren Situationen auf explizites Theoriewissen zurück:

*„Also die Prognosen für Zwangserkrankungen sind nicht gut, sind nicht so, dass sich das psychotherapeutisch auflöst. Sondern eher: Psychotherapie ist eine ganz eine gute Begleitung Im-damit-fertig-Werden.“ BF 80*

*„Es ist das Histrionische, das sich hier ausbreitet und diese Verzweiflung eben, die wird mir demonstriert, nicht? Und die ist nicht tief drinnen, und auf das mehr zu achten. Da kann es mir zumindest passieren, dass mir das auch entgeht.“ FF 88*

*„Es ist eine idealisierte Gegenübertragung, mit der man am Anfang auch arbeitet, wo auch schon Sachen wie ein Wunder passieren, obwohl man eigentlich noch gar nichts tut.“ DF 71*

#### **4.2.5 Warnzeichen wahrnehmen (7 Nennungen)**

Nur ein\*e Befragte\*r erzählt von einem Suizid eines Klienten und auf Nachfrage davon, was er\*sie an Warnzeichen hätte wahrnehmen können.

*„Aus heutiger Perspektive und auch aus der Erfahrung, die ich mittlerweile mit anderen Klienten und Klientinnen sammeln konnte, ist schon zumindest ein Auge der Vorsicht aufzutun, wenn wirklich zu viel gut läuft, im Sinne von so überraschend.“ CF*



Zwei Befragte sprechen hingegen ausdrücklich von „Glück“ (DF 8) bzw. *„der Kelch ist an mir vorüber gegangen bis jetzt“* (EF 140), dass sie keinen Patienten, keine Patientin durch Suizid verloren haben, die anderen drei Expert\*innen erwähnen das Thema Suizid in den Interviews überhaupt nicht.

### **4.3 3. Oberkategorie: Integrativ-gestalttherapeutischer Umgang mit Fehlern**

Auch auf die Frage nach dem spezifisch integrativ-gestalttherapeutischen Umgang mit Fehlern antworten die Expert\*innen ausführlich und für mich überraschend einheitlich. Alle Befragten haben zu allen sieben Unterkategorien mehrere Nennungen. Viele integrativ-gestalttherapeutische Haltungen und Interventionen werden von allen Befragten genannt, am öftesten der Dialog, zu dem eine eigene Unterkategorie gebildet wurde.

#### **4.3.1 Therapeutische Haltung (48 Nennungen)**

Viele Aussagen der Befragten konnten (auch) dieser Kategorie zugeordnet werden, weil sich in vielen Textstellen auch die dahinterstehende therapeutische Haltung zeigt.

Im Hinblick auf den Umgang mit Fehlern ist den Expert\*innen sehr wichtig, in der Therapie eine Atmosphäre zu schaffen, in der Patient\*innen und Klient\*innen Kritik an der Therapeutin, am Therapeuten üben können (vier von sechs Befragten benennen das ausdrücklich). Ein Ziel ist es, dass sich die Klient\*innen trotz Hierarchiegefälle trauen, Fehler oder als unangenehm bzw. unpassend empfundene Interventionen der Therapeut\*in anzusprechen und/oder Kritik zu üben:

*„Ich bin an sich froh über Kritik, also erstens zeigt es Vertrauen und dann gibt es mir auch so die Möglichkeit, die Beziehung zu stärken, nämlich wie ich auf die Kritik reagiere.“* FF 35

*„Auch in den Gruppen bin ich immer bereit, Kritik anzunehmen.“* AF 30

*„Für mich ist es ein "Mündig-Machen" von Anfang an. ... Ich sehe es als emanzipatorischen Schritt, dass jemand sagen kann: mir passt das nicht, wie Sie da geschaut haben. .... oder wie Sie das letzte Mal da einfach so formuliert haben, finde ich nicht ok. Das ist ja etwas ganz Wesentliches, ganz Zentrales.“* EF 51 - 55

*„Mein Ziel ist, eine Atmosphäre zu schaffen, in der das ansprechbar ist: in der hoffentlich die Klient\*innen sich auch trauen zu sagen, nein, das stimmt nicht, oder da fühl ich mich missverstanden, oder da ist was falsch oder jetzt ist eine Störung da. Also wenn das gelingt, dann ist viel gelungen.“ BF 12*

*„Also dass das sozusagen nicht festgemeißelt ist, ich bin jetzt so und sie [gemeint: die Patient\*innen] sind so und das bleibt auch. Sondern, dass ... sich was verändert, wenn sie es schaffen, es mehr zu sagen, jetzt bin ich genervt oder jetzt kommt es mir grad nicht so gut vor oder jetzt hat mich grad was gestört; dass sich dann tatsächlich auch was ändert, dass auch ich experimentieren kann, dass auch sie experimentieren können.“ BF 62*

Weitere therapeutische Haltungen, die die Expert\*innen genannt haben:

Wertschätzung und Würdigung des Gegenübers (AF 13), Bedürfnisse der Patient\*innen wahrnehmen (BF 52), kultivierte Unsicherheit (BF 62), Gefühle der Klient\*innen da sein lassen (BF 62), Interesse am Prozess und den Klient\*innen (BF 64), für die Klient\*innen da sein (CF 80), im Kontakt mit den Patient\*innen und sich selbst sein (CF 92), die Struktur halten und verbindlich sein (DF 49), gut auf die eigenen Grenzen und die der anderen schauen (DF 61), ich und du auf Augenhöhe (DF 103), Wohlwollen (DF 83, EF 124), den Klient\*innen Raum und Zeit geben (EF 6), Bewusstheit für das Unmittelbare, Gegenwärtige (EF 124), Selbstfürsorge (EF 126), den Klient\*innen etwas zutrauen (FF 125).

#### **4.3.2 Haltung gegenüber Fehlern (31 Nennungen)**

In vielen Aussagen der Interviewten wird ihre Haltung gegenüber Fehlern deutlich:

*„Also so gesehen, glaube ich, dass zumindest es gut ist, immer ein Fehlerradar zu haben und aber sich gleichzeitig auch nicht die ganze Zeit vor Fehlern zu fürchten.“ CF 16*

*„Ich finde, dass der Begriff Fehler eigentlich in die Gestalt sonst nicht so gut passt, weil wir einen milderen Umgang haben, weil wir einen liebevollen Blick auch auf unsere Fehler haben.“ DF 89*

Fehlerfreundlichkeit als integrativ-gestalttherapeutische Grundhaltung wird von mehreren Expert\*innen, teils explizit, teils implizit genannt:

*„Für mich ist schon das wichtigste, eine grundsätzliche Fehlerfreundlichkeit zu haben, in dem Sinn, dass man Fehler auch nützen kann, damit daraus wieder etwas entsteht.“* AF 71

*„Ja, das glaube ich auch, dass es so eine einladende, willkommen heißende Haltung auch für Fehler gibt, natürlich wenn sie mit besten Wissen und Gewissen auch einfach passieren.“* CF 68

*„Ich vernichte mich nicht wegen Fehler, und es hat sehr viel mit dem Gestalttherapeutischen zu tun, mit dem Gewährsein für die verschiedensten Anteile in mir, ... für die ich verantwortlich bin ... und wo ich einfach auch meine Mängel oder meine Fehler habe.“* EF 124

Fehler werden aber auch als Möglichkeit gesehen, dass Klient\*innen aus der Idealisierung des\*der Therapeut\*in herauskommen.

*„Wenn man Fehler macht, hilft das natürlich auch aus einer Idealisierung rauszukommen, was manchmal gar nicht so leicht ist.“* FF 35

*„Und das Ziel ist ja von diesem Sockel herunterzukommen, ganz egal, ob in der Lehrtherapie oder als Therapeut\*in. Und dazu gehört - find ich schon - dieses Fehlereingestehen.“* DF 71 - 73

Selbsterfahrung und sich selbst gut kennen, nennen einige Expert\*innen explizit als wichtige Voraussetzung im Umgang mit Fehlern und auch als Fehlerprophylaxe:

*„Also es ist ja überhaupt die Geschichte mit den eigenen Emotionen. ... sich mit sich selbst auskennen, ist schon eine wichtige Voraussetzung um Fehler zu vermeiden.“* FF 119

*„Also ich glaub, man kann nur versuchen, sich halbwegs gut zu kennen...“* BF 128

*„Warum ist das so? Warum ist das gerade bei diesem Patienten oder bei dieser Patientin, was ist da in dem Moment? Und so wirklich das ganz spezifisch eigene auch anzuschauen.“* EF 14

### 4.3.3 Abwägungsprozesse / Dilemmata (18 Nennungen)

Wenn die Expert\*innen von Fehlern sprechen, berichten alle auch von Dilemmata, die sie im Zusammenhang mit Fehlern oder im Versuch, Fehler zu vermeiden, erleben. Ein\*e Befragte\*r beschreibt es folgendermaßen:

*„Das zweite ist, dass ich dauernd davon ausgehe, ... dass wir in der Therapie Dinge tun, von denen wir nicht wissen, ob sie ein Fehler sind oder nicht. Spreche ich was an, spreche ich was nicht an. Beides kann ein Fehler sein, vielleicht sogar gleichzeitig.“* BF 12

Auch das Thema Grenzen der Klient\*innen kann in ein Dilemma führen:

*„Ein Fehler ist sicher auch, wenn man Grenzen überschreitet, andererseits was ist die Grenze? Es gibt ja wahrscheinlich vor dem eigentlichen Grenzwall viele Sicherheitsgrenzen, wo sich der Klient auch wünscht, sie mögen endlich mal nicht mit den Samthandschuhen angefasst werden, sondern zu sehen, das ist eine Grenze.“* CF 62

Insgesamt kann das Thema Fehler für Therapeut\*innen ambivalent sein:

*„Ich habe so zwei Seiten, einerseits bin ich schon irgendwie streng, weil ich ja keine Fehler machen will, aber auf der anderen Seite kann ich das schon anerkennen, dass jeder Fehler auch eine Möglichkeit für mich ist, was zu lernen, dass jeder Fehler auch eine Möglichkeit ist, in der therapeutischen Beziehung neue Aspekte anzuschauen, und was in Bewegung zu bringen.“* AF 40

Ein\*e Befragte\*r schildert auch das Dilemma zwischen Selbstfürsorge und den Bedürfnissen der Klientin:

*„Also das tut mir auch heute noch leid, dass ich sie da verletzt habe, also ich täte auch heute nicht wissen, wie ich das besser lösen hätte können. ... Nein, weil ich habe es mir nämlich eh angeschaut, und auch vorbereitet, weil es mir damals schon schwierig war.“* DF 40, 45

#### **4.3.4 Integrativ-gestalttherapeutische Interventionen (38 Nennungen)**

Auf die Frage, was der spezifisch integrativ-gestalttherapeutische Umgang der Befragten mit Fehlern ist, geben alle Expert\*innen ausführliche und differenzierte Antworten, in denen sich auch die Vielfalt gestalttherapeutischer Interventionen zeigt:

*„Was ich als gestalttherapeutisch empfinde, ist das Experimentieren und Klient\*innen drauf aufmerksam zu machen, dass wir auch mit unserer Beziehung experimentieren. ... Ja, manchmal durchaus mit Übungen, also wie "wenn Sie sich mal dahinstellen und einmal nur den Teil, wo Sie sich ärgern, darstellen.“ Also das kann man durchaus mit gestalttherapeutischen Techniken angehen.“ BF 62*

*„Das Phänomen des Fehlers in den Raum zu stellen ... und genau daran zu arbeiten, wie wir das halt auch tun, mit Phänomenologie, Phänomenen, die im Prozess entstehen, so wie mit Widerständen. Vielleicht ist auch der gestalttherapeutische Umgang auch dieser prozessorientierte.“ CF 66, 68*

*„Ich bin viel mehr weg von diesem im Nachhinein fragen, ‚wie wars?‘ zu viel konkreter und wie ist es jetzt für Sie? gekommen.“ CF 78*

*„... der strenge Blick, der leistungsorientierte Blick, du bist nur, wenn... oder es darf kein Fehler passieren. Prinzipiell Fehler, das kommt schon aus diesem Blick, wie hemmend und wie hindernd das ist, wie blockierend, wie verunsichernd diese Fehlerbrille eigentlich ist. Oder wenn man schaut, der innere Fehlerteufel, die innere Kritikerin - mit diesen inneren Figuren arbeite ich sehr gern - also die haben wir ja alle.“ DF 81*

*„Und dann sind wir beide da als Menschen und schauen (...) diese Beziehung, die Gestalt, die ich so schätze und das ist schon typisch Gestalttherapie: ich und du auf Augenhöhe, (...) nicht die Übertragungsbeziehung.“ DF 103*

Einige weitere integrativ-gestalttherapeutische Interventionen, die genannt werden:

Erkunden, nicht deuten (BF 62), nach Wünschen und Bedürfnissen der Klient\*innen fragen (EF 41), Gefühle da sein lassen (BF 62), ganzheitlich arbeiten (BF 66), Patient\*innen ermutigen (BF 80), Leerer Stuhl und kreative Medien (DF 91).

Mehrere Interviewte weisen darauf hin, dass diese Techniken auch von anderen Therapierichtungen angewendet werden und nicht der Integrativen Gestalttherapie „*alleine*“ (BF 62) gehören:

*„Was ich glaube - aber das haben schon andere Schulen auch – ist doch das Herstellen (...) einer Beziehung. Dass da so ein Beziehungsraum ist, der es auch ermöglicht, dass Fehler eben entstehen und das man darüber auch reden kann, also nicht unfehlbar zu sein.“* FF 117

#### **4.3.5 In Dialog mit der Klientin, dem Klienten bringen / etwas nicht ansprechen (79 Nennungen)**

„In Dialog bringen“ gehört auch zu den integrativ-gestalttherapeutischen Interventionen, aufgrund der häufigen Nennungen und weil es sich als ein zentraler Aspekt des Umgangs mit Fehlern zeigt, wurde daraus eine eigene Unterkategorie gebildet. Dabei berichten die Befragten davon, dass sie mit den Patient\*innen / Klient\*innen sowohl den Fehler, als auch die therapeutische Beziehung besprechen, manchmal überlappt sich diese Unterkategorie mit der Unterkategorie „den Fehler eingestehen“, weil beim Eingestehen des Fehlers auch der Fehler an sich ins Gespräch, in den Dialog kommt. In den Antworten der Expert\*innen zeigt sich auch die feinfühligste Abstimmung von Klient\*innen und Therapeut\*innen im dialogischen Prozess.

*„Ich habe mir dann vorgenommen beim nächsten Mal das wieder anzusprechen. Da habe ich gesagt: ja, also Sie haben meine Entrüstung gespürt und ich war da sehr impulsiv und ich habe gemerkt, dass Sie da ein bisschen irritiert sind, wie war denn das? Und dann war es auch möglich, das zu besprechen.“* AF 9

*„Das auch in der Beziehung zu diskutieren, also nicht nur übertragungsmäßig in Kontakt zu sein, sondern tatsächlich drüber zu verhandeln, zu diskutieren, uns auch zu zeigen, mit dem, wo wir nicht wissen, was jetzt so gescheit ist und was nicht, also das halte ich für wesentlich.“* BF 62

*„Und das ist dann auch ganz wichtig, dass man das Material willkommen heißt und nimmt. Wenn es in so heiklen Situationen gelingt, dass man das als Therapeutin nicht*

*als Angriff erleben muss oder nicht als Abwertung erleben muss und nicht als Bedrohung erleben muss, sondern neugierig – ja, da bin ich neugierig, was da auch zu mir herkommt – und da werden wir es dann schon entschlüsseln, was war von dort und damals und was ist hier und jetzt - ich stell mich für alles zur Verfügung, dass wir das schaffen.“ DF 121*

*„Also ich bin da sehr optimistisch und zuversichtlich, dass, wenn es uns gelingt im Kontakt zu bleiben und diese Dinge in den Dialog zu bringen, dass dann auch positive Entwicklungen passieren.“ AF 71*

Manchmal entscheiden sich Therapeut\*innen auch explizit etwas nicht anzusprechen, dafür gibt es meistens Gründe:

*„Jetzt komme ich noch zu dem, spreche ich etwas an oder spreche ich etwas nicht an, traue ich es dem Klienten oder der Klientin zu oder nicht, das hat ... so ein paternalistisches Moment, ich entscheide, was ich glaube und ich bringe das nicht in Dialog und das ist tatsächlich oft nicht anders möglich - sage ich jetzt einmal - es gibt Klient\*innen, die sind mit ganz was anderem beschäftigt und können sich dem vielleicht auch nicht zuwenden, über das zu diskutieren.“ BF 24*

#### **4.3.6 Fehler eingestehen / sich entschuldigen (29 Nennungen)**

Alle Befragten berichten von Situationen, in welchen sie einen Fehler gemacht und diesen gegenüber dem\*der Patient\*in eingestanden bzw. sich dafür entschuldigt haben.

*„Was ich vielleicht gar nicht wollte, aber was eine Aussage war, wofür ich mich auch wirklich entschuldigen musste.“ CF 80*

*„Ich habe ihm noch gesagt, es tut mir leid, das habe ich übersehen“ BF 6*

*„Ich habe auch irgendwie meine Betroffenheit gezeigt und dass mir das leid tut und dass ich das auch selber gerne anders gehabt hätte.“ AF 44*

*„Da muss man einfach die Verantwortung übernehmen und sich öffnen, einfach sagen, das tut mir jetzt echt leid. Da habe ich einen Fehler gemacht. ... Und dann merke ich so, wenn ich das sage, da entsteht gleich ein Raum, und eine Beruhigung.“ DF 98-100*

Noch ein bisschen differenzierter schildert es ein\*e Befragte\*r:

*„Ich glaube, eine Entschuldigung ist angemessen, aber dieses (...) "es tut mir wahnsinnig leid" und so, also wie es meine natürliche Art ist, muss ich dann etwas herausnehmen, weil ich es nicht passend finde, weil ich mich dann reinwasche und eigentlich die Chance nehme, dass da auch der Ärger bleibt und der Ärger weiter noch im Gespräch bleiben kann.“* FF 85

#### **4.3.7 Eigene Gefühle und Gefühle anderer wahrnehmen (67 Nennungen)**

Diese Subkategorie wurde erst spät im Kategorienbildungsprozess gebildet, sie hat sich dann aber als eine wichtige Unterkategorie im integrativ-gestalttherapeutischen Umgang erwiesen: alle befragten Therapeut\*innen berichten mehrfach in ihrem Umgang mit Fehlern davon, dass sie ihre eigenen Gefühle und die Gefühle des Patienten, der Klientin wahrnehmen und diese Wahrnehmungen teilweise auch handlungsleitend sind:

*„Und wenn ich merke, es kommt überhaupt nichts [gemeint von dem\*der Klient\*in], und trotzdem ist es spürbar, atmosphärisch spürt man das ja auch, dann formuliere ich die Dinge, frage ich nach, ‚ich habe so den Eindruck und ich habe auch ein bisschen nachgedacht darüber oder nachsinniert und komme da drauf, also da war irgendetwas, was Sie vielleicht ein wenig verunsichert hat‘ - ich frag sie.“* EF 46

*„Also in diesem Moment, wo ich da auch konfrontativer geworden bin, habe ich gespürt, das ist ihm jetzt gerade zu viel. Er kennt sich gerade jetzt in der Beziehung nicht aus, er weiß gar nicht, was ist jetzt da los? ... Ich habe dann versucht, ihm auch zu sagen, jetzt reden wir mal nicht von dem, was sich da so hochgeschaukelt hat, sondern wie es ihm jetzt gerade mit mir geht, gerade in dem Moment, wo ich das Gefühl hatte, ich bin jetzt über seine Grenzen gegangen.“* CF 14, 16

*„Ich sehe das schon diese Gratwanderung zwischen authentischer Kontaktgestaltung bis hin wo ist die Grenze, wo ist es dann zu viel, also ich sag jetzt Selbstoffenbarung, weil das halt so dieser Begriff dafür ist. Ich denke, da sind wir alle schon sehr gefordert, da immer wieder auch genau zu spüren, zu schauen, wahrzunehmen, was da der richtige Umgang ist.“* AF 28



#### 4.4 4. Oberkategorie: Reaktion der Klientin / des Klienten

Auf die Frage, wie sich der therapeutische Prozess nach dem Fehler entwickelt hat, berichten die Expert\*innen auch davon, wie die Patient\*innen und Klient\*innen darauf reagieren. Dabei fallen die Reaktionen sehr unterschiedlich aus:

*„Er war total freundlich, so gar kein Problem und hat dann die Woche drauf geschrieben, dass er irgendwie im Moment nicht dazu kommt und dass er keine Zeit hat und es eigentlich nicht so gut geht und dass er gern einmal aufhören will.“* BF 6

*„Die war dann schon enttäuscht, ja.“* DF 32

*„Sie war in einer Dauerkonkurrenz mit mir, was immer ich gemacht habe, sogar wenn was Positives von mir gekommen ist, hat sie konkurriert...“* EF 10

*„Also es hat keine Störung in der Beziehung gemacht und die Patientin hat das auch gar nicht so tragisch genommen.“* AF 9

#### 4.5 5. Oberkategorie: Folgen von Fehlern

Die Folgen von Fehlern werden von den Befragten unterschiedlich beschrieben: so gibt es einerseits die Folge der Beendigung der Therapie, aber auch die Folge, dass Fehler eine Weiterentwicklung der therapeutischen Beziehung, aber auch des\*der Therapeut\*in selbst ermöglichen.

Die Frage nach Folgen von Fehlern ist aber nur eine Nebenfrage zur Hauptforschungsfrage nach dem Umgang mit Fehlern, dementsprechend gibt es zu dieser Hauptkategorie insgesamt nicht so viele Nennungen.

Zu dieser Oberkategorie wurden 4 Subkategorien gebildet:

##### 4.5.1 Beendigung der Therapie (12 Nennungen)

Fünf von sechs Befragten berichten von einem Therapieende bzw. einem Therapieabbruch aufgrund oder in zeitlicher Nähe eines Fehlers.

„Und ich habe sie dann einfach nur mehr loswerden wollen und habe ihr vorgeschlagen, dass sie zu einem Mann geht und das hat sie dann auch gemacht.“ FF 10

„Wenn ich aufgebe, Leute melden sich nicht mehr und ich lasse es irgendwie so entgleiten, oder es tröpfelt so aus ... Und ich merke, es verliert Substanz, was wir da tun und ich tu nichts dagegen, ich schaffe es irgendwie nicht und gebe halt dann auf und denk mir, ja, ist halt so. Lasst´s halt.“ BF 14 - 16

„Also, dass da jemand ringt und ich auch ringe um diesen Kontakt, um die Begegnung, um die Beziehung und es geht aber nicht.“ EF 96

#### **4.5.2 Veränderung der therapeutischen Beziehung (38 Nennungen)**

Die Expert\*innen berichten, dass Fehler einerseits zu einer „Störung“ (BF 34), zu einer „Ent-täuschung“ (BF 36) und damit zu einer realistischeren Einschätzung des Therapeuten, der Therapeutin führen können, andererseits eröffnen sie die Möglichkeit, „in der therapeutischen Beziehung neue Aspekte anzuschauen, und etwas in Bewegung zu bringen“ (AF 30). Fehler können zu einer Veränderung der therapeutischen Beziehung führen, was von den Interviewten in den meisten Fällen positiv gesehen wird:

„Eine Ent-täuschung, ... die hoffentlich, wenn die Klienten halbwegs eine Struktur haben, zu einer Verbesserung führen kann, zu einer realistischeren Einschätzung und zu einem ein bisschen mehr mich nicht nur in meiner Funktion, sondern auch als Person sehen.“ BF 34 - 36

„Also allein, dass ich das gemerkt habe und geäußert habe mit einer authentischen Betroffenheit, das hat so viel gemacht, also das war dann wirklich auch ein total gutes Seminar und ein gutes Miteinander und ich glaube dieser Boden wäre nicht entstanden, wenn man da einfach drüber hinweggegangen wäre.“ AF 44 - 46

„Die Therapeut\*innen sind nicht die Felsen sozusagen, an denen die anderen gesunden, sondern wir - wir passen uns aneinander auch an. Das hat wahrscheinlich auch Gefahren, weil wir passen uns auch an Dinge an, die nicht so gut sind, aber es geht gar nicht anders. Wir können es nur beachten.“ BF 72 - 74

Es kann jedoch auch zu einer von der Therapeut\*in (zunächst) negativ empfundenen Veränderung kommen:

*„Was dann ein Folgefehler war, - und damit war nicht so leicht umzugehen - dass ich noch mindestens ein Jahr gemerkt habe, dass ich wahnsinnig vorsichtig bin. Ich habe so richtig gemerkt, ich traue mich schon gar nicht mehr was vorschlagen oder so. ... Da ist eine Hemmung bei mir geblieben.“* BF 40 - 42

*„Es kann etwas Schlimmes machen, es kann etwas Antriggern. Es passieren mir ja auch so Sachen, ... man hat eine Gruppe und es wird mit kreativen Medien gearbeitet; die Bilder liegen am Boden und ... ich steige in ein Bild rein. Das kann passieren. ... Das kann jetzt für jemanden eine Katastrophe bedeuten, weil es für sie jetzt gerade in der Situation eine solche Grenzverletzung ist - ich trample auf sie drauf und über sie drüber, das kann etwas ganz Wildes auslösen, was ich nie bezweckt hätte, was auch nicht die Absicht war, aber es kann Material befördern.“* DF 18 - 20

#### **4.5.3 Fehler als Chance (31 Nennungen)**

Alle Interviewten sehen auch Chancen in Fehlern:

*„Und auch den Fehler als wesentlichen Prozessbeschleuniger, - antreiber zu sehen und nicht unbedingt partout vermeiden zu wollen.“* CF 68

*„Vielleicht ist die Reflexion mit meinen Kolleginnen auch was Gestalttherapeutisches, weil es wirklich auch drum gegangen ist, so aus möglichst vielen Perspektiven da hinzuschauen, da nicht nur irgendwie so ein Urteil zu fällen, sondern ... einerseits natürlich das Bedenkliche zu sehen, was da passiert ist aus meiner Sicht, aber auch das, welche Chancen damit verbunden sind und was ergibt sich aus so einer Geschichte, und ja, was bringt das vielleicht auch.“* AF 24

Ein\*e Befragte\*r berichtet auch aus ihrer\*seiner eigenen Lehrtherapie:

*„Und ich habe ihr [gemeint: der Lehrtherapeutin] gesagt, dass mich das geärgert und verletzt hat und das war sehr gut, weil sie hat dann gesagt, ja, du hast Recht ... und das tut mir leid'. Das hat mir gutgetan, wie sie damit umgegangen ist, weil es hat mich in meiner Wahrnehmung gestärkt und bestärkt.“* DF 22 - 26

#### **4.5.4 Aus Fehlern lernen (20 Nennungen)**

Nicht zuletzt bieten Fehler die Möglichkeit, aus ihnen zu lernen; auch in dieser Unterkategorie gibt es von allen Befragten Nennungen:

*„Und das mache ich heute sicherlich anders. Da lasse ich gar nicht so viel Raum fürs Reinfließen und fürs Ausströmen und für das Erbrechen und Unbeliebt machen. ... Da würde ich sie früher begrenzen und sagen, Moment einmal, langsam; ich brauch da immer selber lang, bis ich das verstehe, oder es ist mir jetzt viel zu schnell.“* DF 49

*„Es hat mich schon auch zu meiner eigenen Geschichte geführt, dass ich sozusagen wirklich über meine Grenzen gehe, und über die Grenzen auch des Zumutbaren. ... Also da waren mehrere Dinge, die mir klar geworden sind.“* EF 88

*„Wie tun wir denn miteinander, damit man Wertschätzung und gleichzeitig Konfrontierendes möglich macht, sehr zusammengefasst. Aber da habe ich den Eindruck, dass ich da immer lerne und immer weiter lernen werde.“* EF 112

*„Das passiert mir jetzt weniger, aber das ist mir früher sehr passiert: wenn jemand so positive Rückmeldungen gibt, wie sie sich besser fühlen, und wie ihnen die Therapie guttut und wie gern sie herkommen, dass ich das als die Wahrheit empfunden und genommen habe. So ist es. ... Jetzt nehme ich das nicht als die Wahrheit, sondern als etwas, was die Person mir sagen will und da kann alles Mögliche dahinter sein.“* FF 97

#### **4.6 6. Oberkategorie: Entwicklung im Lauf der Zeit / Entspannterer Umgang**

Die Befragten geben auf die Frage, was sich im Laufe der Zeit ihrer Tätigkeit als Therapeut\*innen verändert hat, homogene Antworten: alle sind sich einig, dass sie im Lauf der Zeit entspannter und „gelassener“ (CF 80) geworden sind.

*„Das ist etwas, was ich sicher erst mit der Zeit erfahren und begriffen habe. (...) Also die Erfahrung, dass Fehler nicht etwas sind, die passieren und das ist nie wieder gut zu machen, sondern dass aus Fehlern auch was Gutes entstehen kann.“* AF 40

*„Ein bisschen persönlicher, wohlwollender und vielleicht auch ein bisschen nicht so nervös werden dauernd, ich muss jetzt sofort irgendwas tun, sondern mal abwarten, (...) auch einmal was die eigene Position anlangt, sich da Raum und Zeit zu nehmen,*

zu hinterfragen, warum sehe ich das jetzt so kritisch, sind da meine Ansprüche eher der Motor der Überlegungen oder ist es tatsächlich, weil beim Klienten was ausgelöst wurde. ... Noch ein guter Aspekt, was sich verändert hat: ich bin viel mehr weg von diesem im Nachhinein fragen, ‚wie wars?‘ Viel konkreter: ‚Und wie ist es jetzt für Sie?‘  
CF 78 -80

„Ich bin (...) zuversichtlicher, dass das, was bisher war, schon tragen wird und das (...) bemühe ich mich auch in den Supervisionen zu vermitteln: ... wenn jemand sehr verzweifelt und beschämt sich fühlt (gemeint: aufgrund eines Fehlers), zu schauen, was war denn? Es war doch auch viel Gutes und das Gute, wenn man das jetzt vergleicht, ist es um so viel mehr als das Negative.“ FF 133

Zwei Interviewte meinen auch, dass sie im Lauf der Zeit „genauer“ (CF, EF) geworden sind:

„Was mir nicht mehr passiert, das sind wirklich so Diagnostik- und Diagnosefehler, ... also da bin ich sehr genau geworden, aber das kann ich mich erinnern, das war auch so ein bisschen schlampig, gestalttherapeutisch schlampig, .... also da bin ich viel genauer geworden.“ EF 118

#### **4.6.1 Was hat geholfen? (5 Nennungen)**

Auch bei dieser Unterkategorie sind die Antworten sehr ähnlich: es sind die Erfahrung und ein stärkeres Sicherheitsgefühl, die geholfen haben, mit Fehlern entspannter umzugehen.

„Da hat mir einfach die Erfahrung geholfen und auch die Sicherheit, ... die ich gewonnen habe, gerade auch in Gruppen.“ DF 111

„Durch mein Sicherheitsgefühl, also dadurch, dass ich mir relativ sicher bin dessen, was ich da tue, fällt es mir viel leichter das anzusprechen. Also es ist relativ unproblematisch, selbst solche Sachen wie (...) Resignation.“ BF 56

#### **4.7 7. Oberkategorie Fallbeispiele**

Diese Oberkategorie wurde gebildet, um einen Überblick über die von den Expert\*innen geschilderten Fallbeispiele zu erhalten. Die Befragten haben insgesamt 24 Fallbeispiele geschildert, jede\*r Befragte hat mindestens zwei Beispiele und höchstens sechs genannt. Zwei Expert\*innen nannten zwei Fallbeispiele, eine Expert\*in vier, zwei Expert\*innen fünf und eine Expert\*in sechs Fallbeispiele. Dabei wurden sowohl kürzere als auch längere Sequenzen eines Falles geschildert.

Aufgrund der möglichen Erkennbarkeit und der schwierigen Anonymisierung wurden nur Teile von Fallbeispielen, jedoch keine vollständigen Fallvignetten in dieser Arbeit dargestellt.

## 5 Diskussion

Zunächst fasse ich die Ergebnisse der qualitativen Forschung kurz zusammen:

Ziel dieser Arbeit war es, im qualitativen Studiendesign den Umgang von Integrativen Gestalttherapeut\*innen mit Fehlern zu beleuchten. Das Hauptinteresse lag darauf, was die Expert\*innen als Fehler erachten, wie sie sich mit ihnen beschäftigen und welche konkreten Schritte sie im Falle von Fehlern unternehmen. Dabei war mir wichtig, den spezifisch gestalttherapeutischen Zugang zu erforschen, unter anderem wie Gestalttherapeut\*innen Kernkompetenzen der Integrativen Gestalttherapie, wie das dialogische Vorgehen, für den Fehlerumgang nutzbar machen und wie sich Fehler unter Umständen auch positiv auf den therapeutischen Prozess auswirken können.

Nach Durchführung der Qualitativen Inhaltsanalyse und der Ergebnisaufbereitung haben sich folgende Grundlinien gezeigt:

Alle Expert\*innen berichten von Fehlern in ihrer Arbeit und sind sich bewusst, dass diese zum therapeutischen Arbeiten gehören. Unklar ist den Befragten, wie sie Fehler definieren sollen: alle Befragten schildern Graubereiche, bei denen nicht klar ist, ob es sich überhaupt um einen Fehler handelt. Andererseits halten alle fest, dass es Verhaltensweisen gibt, die offenkundig als Fehler benannt werden müssen, insbesondere Missbrauch, aber auch weniger Schwerwiegendes, wie Diagnosefehler, zu viel Selbstoffenbarung, Vergessen, zu wenige, zu viele oder falsche Interventionen.

Passieren den Interviewten Fehler, so bringen sie diese meist in Dialog mit den Patient\*innen, in Ausnahmefällen entscheiden sie sich gut begründet dagegen. Oft geben sie den Fehler zu und entschuldigen sich dafür.

Im Umgang mit Fehlern nehmen die Expert\*innen immer wieder bewusst ihre eigenen Gefühle und die Gefühle der Klient\*innen wahr und bringen auch diese in Dialog.

Bei allen Befragten wird in den Interviews eine therapeutische Haltung zu Fehlern deutlich, die sich zwar in einzelnen Punkten unterscheidet, aber als (integrativ-)gestalttherapeutische Haltung erkennbar ist. Man kann sie im Wesentlichen als dialogisch, prozessorientiert und fehlerfreundlich beschreiben. Sie arbeiten auch mit

verschiedenen gestalttherapeutischen Techniken, am Grundlegendsten ist jedoch für alle, das (fehlerhafte) Geschehen mit den Patient\*innen in Dialog zu bringen.

Mehrere Expert\*innen betonen, dass es ihnen wichtig ist, dass ihre Patient\*innen Kritik üben können und sich trauen, den Therapeut\*innen gegenüber zu sagen, was sie für falsch halten und/oder ihnen nicht gut tut. Positiv an Fehlern wurde unter anderem gesehen, dass sie der Idealisierung des\*der Therapeut\*in entgegenwirken.

Selbstfürsorge halten mehrere Interviewte für einen wichtigen Teil der therapeutischen Arbeit und kann als eine Form der Fehlerprävention gesehen werden.

Unterschiedlich werden die Folgen von Fehlern beschrieben. In den von den Expert\*innen berichteten Fällen kam es sowohl zu Therapiebeendigungen im Zuge von Fehlern, aber auch zu Weiterentwicklungen und positiven Impulsen im therapeutischen Prozess. Zumindest eine positive Auswirkung beschreiben mehrere Befragte: sie konnten aus den Fehlern lernen.

Frühere, stärker gefühls- und erlebnisaktivierende gestalttherapeutische Konzepte und deren Gefahren kamen in den Interviews kaum zur Sprache.

Alle Expert\*innen haben im Lauf der Zeit einen entspannteren Umgang mit Fehlern gefunden, dabei half ihnen vor allem ihre (Berufs-)Erfahrung.

Im Folgenden werden die zentralen Ergebnisse der qualitativen Untersuchung ausführlich in sieben Unterkapiteln dargestellt und in Bezug zu allgemeinen und spezifisch gestalttherapeutischen Forschungsergebnissen gesetzt.

Nach Ausführungen zu den Limitationen der Studie und dem Ausblick ziehe ich abschließend noch ein wissenschaftliches und persönliches Fazit.

## **5.1 Zentrale Ergebnisse**

### ***5.1.1 Fehler als Teil der therapeutischen Arbeit***

Alle Expert\*innen haben Fallbeispiele erzählt, in denen sie Fehler gemacht haben, die sie auch als solche bezeichnet haben. Es zeigt sich sohin ein Bewusstsein für die Tatsache, dass Fehler im therapeutischen Arbeiten nicht gänzlich zu vermeiden sind. Die Befragten berichten von Alltagsfehlern, Fehlern, die ihnen in schwierigen



Situationen passiert sind, aber auch davon, dass sie Krankheitsbilder nicht erkannt und/oder falsche Interventionen gesetzt haben. Ein\*e Befragte\*r berichtet von einem ethischen Fehler, den er\*sie gemacht hat. Drei (von sechs) Interviewten fragen sich, ob sie nicht auch Fehler machen, die ihnen gar nicht bewusst sind oder werden. Ein\*e Befragte\*r hält solche unbewussten Fehler für die „*schlimmsten*“ (BF 4).

Damit bestätigt sich für die Untersuchungsgruppe, was Lieberei und Linden (2008) für essentiell halten: das Bewusstsein, dass es in Psychotherapien auch zu „unerwünschten Effekten“ (S. 558) kommen kann. Die Tatsache, dass sich ein Teil der Befragten mit dem Phänomen von unbewussten Fehlern auseinandersetzt, spricht für eine grundsätzliche Sensibilität der Befragten hinsichtlich therapeutischer Fehler. Nach Lieberei und Linden sollten sich Psychotherapeut\*innen nämlich auch bewusst sein, dass sie „innere Widerstände gegen die Wahrnehmung von unerwünschten Effekten haben“ (ebd., S. 561). Gahleitner et al. (2014) sehen ebenfalls in dieser Bewusstheit den ersten wichtigen Schritt im Fehlerumgang. Die Vorstellung, Fehler gänzlich vermeiden zu können, sei hingegen eine „grandiose Fantasie von der Kontrollierbarkeit lebendiger Prozesse“ (Fuhr und Gremmler-Fuhr 2002, S. 177).

Mit den von den Expert\*innen geschilderten Fehlern wird nicht nur offenbar, dass diese in der therapeutischen Arbeit passieren, sondern auch, dass sich die Befragten dieser Untersuchung bewusst mit Fehlern auseinandersetzen.

### **5.1.2 Unklarheit der Fehlerdefinition**

Während die grundsätzliche Unvermeidbarkeit von Fehlern in der therapeutischen Arbeit in den Expert\*inneninterviews deutlich zu Tage tritt, ist die Definition von Fehlern viel unklarer und mit mehr Unsicherheiten und Fragen in der Untersuchungsgruppe verbunden. Kein\*e Interviewte\*r liefert eine eindeutige Antwort, was ein psychotherapeutischer Fehler ist, mehrere Befragte antworten mit Gegenfragen oder legen dar, wie schwierig eine Definition ist. Dieses Phänomen zeigt sich auch darin, dass es viele Nennungen (von insgesamt fünf Befragten) in der Subkategorie „Grenzfälle/gar kein Fehler?“ gibt.

So meint ein\*e Expert\*in, dass es gerade in der Gestalttherapie um die Integration von Schwächen und Schattenseiten geht und sich daher die Frage stellt, was denn in

der Integrativen Gestalttherapie überhaupt als Fehler zu bezeichnen ist. Ein\*e Andere\*r fragt sich, ob man überhaupt von einem Fehler sprechen soll, wenn etwas Gutes aus dem Fehler entsteht. In der Relativität von Fehlern sehen auch Bienenstein und Rother (2009) ein Problem: theoretisch kann man jeden Fehler so lange und intensiv betrachten bis man etwas Positives in ihm erkennt (im besten Fall nicht nur der\*die Therapeut\*in, sondern auch der\*die Klient\*in!). Um dieser Relativität zu entkommen, ist es notwendig, das „An-den-Moment-gebunden-Sein“ (S. 74) der Erkenntnis des Fehlers zu sehen.

Insgesamt ist jedoch festzuhalten, dass alle Befragten von Fällen berichten, in denen sie subjektiv empfunden – zumindest im Moment des Geschehens – etwas falsch gemacht haben. Auch sind sie sich einig, dass es eindeutige Fehler gibt, wie Missbrauch, aber auch alltäglichere Fehler wie Vergessen von Terminen oder von biographischen Details, zu starke oder zu schnelle Interventionen, Gegenübertragungsreaktionen, zu viel Selbstoffenbarung und andere mehr.

Die in dieser Forschungsarbeit zu Tage tretende Unklarheit hinsichtlich einer Definition von therapeutischen Fehlern spiegelt sich sowohl in der bisherigen Forschung als auch im Suchen einer Fehlerdefinition für diese Arbeit wider (siehe auch 3.5.3). Wie im Theorieteil gezeigt, versuchten Forscher\*innen in mehreren empirischen und theoretischen Arbeiten erfolglos eine allgemein anerkannte Fehlerdefinition zu erarbeiten. Auch in vorliegender Untersuchung lassen sich zwar einige Fallvignetten der Studienteilnehmer\*innen in die von Schigl und Gahleitner (2013, 2018) entwickelte Fehlereinteilung einordnen, allerdings ist der Umgang meiner Untersuchungsgruppe mit Fehlern ein anderer als der von Schigl und Gahleitner angenommene, teils unreflektierte Umgang.

Die von mir befragten Expert\*innen waren sich ihrer Fehler bewusst und reflektieren sie, was sich unter anderem in der Tatsache zeigt, dass sie im Rahmen dieser Master-These bereit waren, offen über ihre Fehler zu sprechen. Dieser offene und selbstreflexive Umgang der Expert\*innen mit ihren Fehlern unterscheidet sich diametral von einem unreflektierten und ignoranten Umgang. Eine Erklärung für diese unterschiedlichen Forschungsergebnisse zu Einteilung und Umgang mit Fehlern könnte die Herkunft des Datenmaterials an sich bieten:

Während das Datenmaterial von Schigl und Gahleitner mehrheitlich aus der Patient\*innenperspektive stammt, nämlich von 42 inhaltsanalytisch ausgewerteten Patient\*innenbeschwerden des Beschwerdeausschusses des (damaligen) Bundesministeriums für Gesundheit, zwei quantitativen Patient\*innenbefragungen und aus Therapeut\*innensicht nur eine Gruppendiskussion von VertreterInnen aller 21 österreichischen Psychotherapieverfahren zum Thema Risiken und Schäden von Psychotherapie (Leitner et al., 2012; Schigl & Gahleitner, 2013), stammen meine Daten aus ausführlichen Interviews mit (nur) sechs langjährig tätigen Therapeut\*innen der Integrativen Gestalttherapie, die zum Teil dem Lehrkörper der Fachsektion Integrative Gestalttherapie angehören. Patient\*innen, die sich an den Beschwerdeausschuss des Bundesministeriums wenden, haben mit großer Wahrscheinlichkeit negative Erfahrungen mit Therapeut\*innen gemacht. Damit liegt der Fokus nachvollziehbarer Weise auf den negativen Gefühlen und Auswirkungen, die die Fehler der Psychotherapeut\*innen bei ihnen hinterlassen haben. Im Gegensatz dazu beschäftigen sich die hier befragten Therapeut\*innen selbstreflexiv damit, wie sie mit therapeutischen Fehlern umgegangen sind und legen ihre Aufmerksamkeit darauf, wie sie trotz Fehler eine Schädigung der Patient\*innen verhindern bzw. gering halten können.

Allerdings beziehen sich zwei Studienteilnehmer\*innen explizit auf die Fehlereinteilung von Schigl und Gahleitner, was darauf hindeutet, dass diese Fehlerdefinition relative Bekanntheit unter den Therapeut\*innen genießt, was auch daran liegen kann, dass an der Studie der Donau-Universität Krems Lehrtherapeut\*innen der Integrativen Gestalttherapie beteiligt waren und von den Ergebnissen der Studie informiert wurden (Leitner et al., 2012).

### **5.1.3 Integrativ-gestalttherapeutischer Umgang mit Fehlern**

In der Untersuchung zeigt sich ein relativ homogenes Bild des Umgangs mit Fehlern bei den befragten Integrativen Gestalttherapeut\*innen, der nicht regelgeleitet, sondern den jeweiligen Situationen angepasst ist, wobei die Schwerpunkte auf „Selbstreflexion“, „Reflexion mit anderen“ und mit den Patient\*innen „in Dialog bringen“ liegen.

Im Gegensatz zur Fehlerdefinition, bei der die Aussagen der Expert\*innen uneinheitlich ausfallen, zeigt sich bei den Kategorien zum Umgang mit Fehlern ein überraschend gleichmäßiges Bild: Alle Expert\*innen haben mehrere Nennungen zu allen 13 Unterkategorien der beiden Oberkategorien „Reaktion der Therapeut\*in – Umgang mit Fehlern“ und „Integrativ-gestalttherapeutischer Umgang mit Fehlern“, die sich auf den Umgang mit Fehlern beziehen (die 13 Unterkategorien reichen von „Selbstreflexion“ bis „Gefühle wahrnehmen“).

Aus den Interviewdaten lässt sich folgender Umgang mit Fehlern herausarbeiten:

#### **5.1.3.1 Bemerkten des Fehlers**

Entweder durch einen Hinweis des\*der Klient\*in oder durch eigene Wahrnehmung werden die Expert\*innen darauf aufmerksam, dass ein Fehler passiert und/oder eine unangenehme Situation entstanden ist. So berichten die Expert\*innen, dass sie Irritationen der Klient\*innen oder veränderte (unangenehme) Atmosphären und Stimmungen wahrnehmen und dies ansprechen.

#### **5.1.3.2 Selbstreflexion und Reflexion des therapeutischen Prozesses**

In einem ersten Schritt wird darüber zunächst selbstreflexiv nachgedacht und das Geschehen in den therapeutischen Prozess eingeordnet. Diese beiden Vorgänge sind nicht immer scharf voneinander zu trennen: die befragten Therapeut\*innen reflektieren, was geschehen ist und wie und wo sich der Fehler im Prozess zeigt.

In den Interviews nimmt die Selbstreflexion der Therapeut\*innen einen wichtigen und mit den meisten Nennungen ausgestatteten Platz ein. Jede\*r Befragte berichtet mehrfach (von 13 Nennungen bis zu 23 Nennungen) von selbstreflexiven Überlegungen, vom Bemerkten des Fehlers bis hin zu nachträglichen Überlegungen und Schlüssen, die sie daraus ziehen. Für ebenso wichtig halten alle befragten Expert\*innen die Reflexion des therapeutischen Prozesses (von fünf bis 34 Nennungen). Sie ordnen den Fehler in den therapeutischen Prozess ein und reflektieren ihn auch im Hinblick auf das prozessuale Geschehen.

In der Literatur spiegelt sich dieser starke Fokus auf Selbstreflexion im Umgang mit Fehlern meiner Untersuchungsgruppe nur bedingt wider: So warnt zwar Brühlmann-Jecklin (2002) vor einem Mangel an Selbstreflexion als Hauptursache von Fehlern in

der therapeutischen Arbeit. Weitere Arbeiten, die wie Brühlmann-Jecklin Selbstreflexion in den Mittelpunkt des Fehlerumgangs stellen, konnte ich jedoch nicht finden. Im Gegensatz zu den für diese Untersuchung Befragten wird Selbstreflexion meist nur als (kleiner) Teil des Fehlerumgangs behandelt. Ein aktuelles Beispiel dafür findet sich bei Strauß (2021), der ebenfalls erst am Ende seiner Übersichtsarbeit „Scheitern in der Psychotherapie - der aktuelle Wissenstand“ in wenigen Sätzen auf Selbstreflexion eingeht. So sei „ein hohes Maß an Selbstreflexivität“ (S. 295) notwendig, um die therapeutische Arbeitsbeziehung bewerten zu können und den falschen Einsatz von Techniken und toxische Beziehungsprozesse zu verhindern.

Einen Grund für diesen starken Fokus auf Selbstreflexion sehe ich darin, dass die Integrative Gestalttherapie auch in der Ausbildung einen Schwerpunkt auf Selbsterfahrung und Selbstreflexion legt und wesentlich mehr Stunden für Eigentherapie (366 Stunden) vorsieht als gesetzlich vorgeschrieben (200 Stunden; Hochgerner & Wildberger, 2018). Selbstreflexion ist zudem ein mehrdeutiger und damit nicht operationalisierbarer Begriff. Empirische Forschung zum nicht eindeutig und widerspruchsfrei definierbaren Begriff der Selbstreflexion ist wesentlich komplexer und auch seltener (siehe auch Taubner & Evers, 2021).

### **5.1.3.3 Reflexion mit anderen**

In wiederum ziemlich homogenen Antworten stimmen die Befragten überein, dass nach der Selbstreflexion der nächste Schritt im Umgang mit Fehlern die Reflexion mit anderen Therapeut\*innen ist. In vielen, allerdings nicht allen Fällen, besprechen sie das fehlerhafte Geschehen mit anderen Expert\*innen in der Intervision (häufiger) oder in der Supervision. Das wird von vier Befragten explizit als ein sehr hilfreiches Mittel im Fehlerumgang bezeichnet.

Dieses Ergebnis meiner Untersuchung spiegelt sich auch in der Literatur wider, in der Supervision und Intervision als wichtige protektive Aspekte im Umgang mit Fehlern gesehen werden (Brühlmann-Jecklin, 2002; Frenzl et al., 2020; Hutterer-Krisch, 2001, 2007; Möller & Bedenbecker, 2005), wobei es nur wenige empirische Belege dafür gibt, dass Supervision einen positiven Einfluss auf die Wirksamkeit von Psychotherapien hat, wie Watkins (2011) in einer Übersichtsarbeit aufzeigt.

#### **5.1.3.4 Dilemmata**

Alle Expert\*innen berichten weiters darüber, dass Fehler oder der Versuch Fehler zu vermeiden, sie immer wieder in Dilemmata führen. Ob man als Therapeut\*in beispielsweise etwas in der Therapie anspricht oder nicht, sei immer wieder ein Abwägungsprozess, berichtet ein\*e Befragte\*r; beides könne ein Fehler sein, vielleicht sogar gleichzeitig.

(Moralische) Konflikte in Psychotherapien sind auch für Hutterer-Krisch (2007) ein wichtiges Thema, dem sie sich ausführlich widmet. Unterschiedliche Anteile in den Therapeut\*innen selbst können in Konflikt geraten, für hilfreich hält Hutterer-Krisch in solchen Fällen alle Seiten zu sehen.

#### **5.1.3.5 Gestalttherapeutische Interventionen, insbesondere der Dialog**

Im Zuge des Fehlerumgangs arbeiten die Befragten mit gestalttherapeutischen Techniken wie dem Experimentieren, der Sessel- oder Anteilearbeit und anderem mehr.

Am häufigsten berichten die Befragten darüber, dass sie den Fehler in Dialog mit den Klient\*innen bringen, auch in dieser Subkategorie finden sich besonders viele Nennungen von allen Interviewten (mindestens vier bis 36 Nennungen). Dieses Forschungsergebnis steht im Einklang mit der gestalttherapeutischen Literatur zu Fehlern: Der (intentionale) Dialog steht im Mittelpunkt des gestalttherapeutischen Arbeitens und auch des Fehlerumgangs (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002). Der Dialog, gemeint auch als Gestalt-Haltung, ist mehr als den Fehler ins „Gespräch“ zu bringen: Der\*die Therapeut\*in begegnet dem\*der Klient\*in als ganze Person und nicht nur in der Rolle als Therapeut\*in, er\*sie sorgt dafür, dass sich der\*die Klient\*in wirklich gesehen fühlt (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2006). In diesen Dialogen lassen sich sowohl die Therapeut\*innen als auch die Klient\*innen auf lebendige, existenziell bedeutsame und letztlich nicht vollständig zu kontrollierende Prozesse ein, die Risiken haben können, aber auch heilsame Wirkungen (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002). Für die Autor\*innen (2002) bietet die unbedingte Beachtung der „dialogischen und prozessualen Grundorientierung“ (S. 161) der Gestalttherapie Schutz vor Risiken und Nebenwirkungen. Gestalttherapeut\*innen laden Patient\*innen (meist implizit) ein, sich auf einen dialogischen Prozess einzulassen und „möglichst viel Mitverantwortung für

den therapeutischen Prozess zu übernehmen“ (S. 164). In monologischer Vorgehensweise und statisch-objektivierender Betrachtung sehen sie die Gefahr des Auftretens unerwünschter Wirkungen von Gestalttherapie (ebd.).

Gahleitner und Schigl (2013, 2018) betonen die Wichtigkeit des dialogischen Vorgehens und sehen darin einen der wichtigsten Aspekte der Fehlerprävention. Nach den Autorinnen sinkt die Wahrscheinlichkeit, dass der Fehler zu einem schädigenden Ereignis für die Patient\*innen wird, wenn der Fehler zum Therapiethema, offen besprochen und dialogisch bearbeitet wird. Fehler können dann sogar positiven Einfluss auf den Therapieprozess haben (ebd.).

### 5.1.3.6 Wahrnehmung der Gefühle

Die befragten Integrativen Gestalttherapeut\*innen beschäftigen sich bewusst mit Gefühlen, die im Zusammenhang mit Fehlern in der Therapie entstehen. Dabei ist es sehr hilfreich, die eigenen Gefühle zu kennen und wahrzunehmen und *„sich mit sich selbst aus[zu]kennen“* (FF 119), was auch als Strategie gesehen wird, um Fehler zu vermeiden. Ein\*e Befragte\*r vertritt die Ansicht, dass es nicht angebracht ist, sich zu sehr zu entschuldigen; der\*die Therapeut\*in soll dem Gefühl des Ärgers der\*des Patient\*in auf die Therapeut\*in bewusst Raum geben.

In der Gestalttherapeutischen Literatur und Ausbildung spielt die Gefühlswahrnehmung eine große Rolle: Eigene Gefühle, sowie die Gefühle der Klient\*innen wahrzunehmen und in der Folge anzusprechen bzw. nachzufragen, hilft Therapeut\*innen und Klient\*innen bei der Bewusstwerdung und Überwindung unbewusster (negativer) Gefühle (Boeckh, 2019). Dabei ist sowohl die Bereitschaft der Therapeut\*innen zu Empathie und seelischer Resonanz hilfreich (Boeckh, 2019), als auch die Fähigkeit der Therapeut\*innen zum intentionalen Dialog (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2006). Boeckh (2019) plädiert dafür, Gefühlsreaktionen des\*der Therapeut\*in *„als wesentliche Information wahrzunehmen und nicht als Störung“* (S. 114). Strauß (2021) argumentiert zwar weniger mit Blick auf eine differenzierte Gefühlswahrnehmung der Therapeut\*innen, geht aber im Wesentlichen in die gleiche Richtung: Psychotherapeut\*innen müssen u.a. *„eigene Beiträge (wie z.B. subtile Feindseligkeit)“* (S. 295) erkennen, um ein Scheitern der Therapie zu verhindern.

#### **5.1.4 Integrativ-gestalttherapeutische Haltung zu Fehlern**

In bemerkenswert vielen Aussagen der Expert\*innen wird deren (gestalt-)therapeutische Haltung deutlich erkennbar, dementsprechend gibt es viele Nennungen in den diesbezüglichen Kategorien „Therapeutische Haltung“ und „Haltung gegenüber Fehlern“. Dieses Studienergebnis deckt sich mit der von Fuhr und Gremmler-Fuhr (2006) geäußerten Vermutung, dass die therapeutische Haltung für Gestalttherapeut\*innen einen hohen Stellenwert hat. Im Folgenden greife ich sechs Aspekte der gestalttherapeutischen Haltung, die sich in vorliegender Untersuchung deutlich gezeigt haben, exemplarisch heraus:

##### **5.1.4.1 Haltung: Phänomenologie**

Die phänomenologische Haltung wird in vielen Aussagen der Befragten sichtbar, so beschreibt ein\*e Expert\*in beispielsweise, dass er\*sie das Phänomen des Fehlers in den Raum stellt und genau daran arbeitet, was dann im Prozess entsteht.

##### **5.1.4.2 Haltung: sich fehlerbar zeigen und entschuldigen**

Alle befragten Therapeut\*innen berichten darüber, dass sie ihren Klient\*innen gegenüber (meist) einen offenen Umgang mit Fehlern pflegen, sie geben Fehler zu und entschuldigen sich dafür. Mehrfach wird in den Interviews davon berichtet, dass sich Erleichterung beim Gegenüber einstellt, wenn der\*die Therapeut\*in einen Fehler eingesteht und sich entschuldigt. Dabei löst sich etwas auf, „*das spürt man auch leiblich und atmosphärisch*“ (DF 123).

In dieser Interviewstudie wird häufig vom Eingestehen und Zugeben von Fehlern als ein bewährter Teil des Fehlerumgangs berichtet, ein Ergebnis, das sich so nur in der gestalttherapeutischen Literatur widerspiegelt, nicht jedoch in der allgemeinen psychotherapeutischen Theorie zum Fehlerumgang. Brühlmann-Jecklin (2002), eine Gestalttherapeutin, sieht im Eingestehen eines Fehlers folgende Chancen:

- (a) Das (Macht-)Gefälle zwischen Therapeut\*in und Patient\*in wird nivelliert,
- (b) zugegebene Fehler stärken das Vertrauen der Patient\*in und die therapeutische Beziehung, auch dadurch, dass sich die Patient\*innen im geschützten Rahmen zu wehren lernen und



(c) für den\*die Therapeut\*in selbst, sich persönlich weiter zu entwickeln, indem sie\*er weiter an sich arbeitet (Brühlmann-Jecklin, 2002).

Im Eingestehen, sich Entschuldigen und den Fehler bedauern wird eine gestalttherapeutische Haltung sichtbar: die Therapeut\*innen zeigen sich in ihrer Fehlbarkeit und Schwäche und bleiben nicht nur in der (professionellen) Rolle als Expert\*innen für Psychotherapie (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002, 2006), sondern werden als Menschen für die Klient\*innen sicht- und greifbar.

Oft, aber nicht immer, wird die Entschuldigung von den Klient\*innen angenommen und der Fehler führt zu keiner Verschlechterung der therapeutischen Beziehung und/oder des Zustands der Patient\*innen. Nausner und Diltsch (2014) meinen, dass Patient\*innen oftmals bereit sind, Fehler der Therapeut\*innen zu verzeihen, wenn sie „insgesamt empathisch begleitet und behandelt werden und wenn ihre PsychotherapeutInnen [sic] in der Lage sind, Fehler und Unzulänglichkeiten einzugestehen und zu bedauern“ (S. 115).

#### **5.1.4.3 Haltung: mit Grenzen experimentieren**

In vorliegender Studie beschäftigen sich mehrere der befragten Expert\*innen mit ihren eigenen Grenzen, den Grenzen der Klient\*innen und möglichen Grenzüberschreitungen. So stellt ein\*e Interviewte\*r die Frage, was überhaupt die Grenze ist und ob sich Klient\*innen nicht auch manchmal wünschen, dass ihre Grenze sicht- und spürbar wird. Damit ist nicht eine Grenzüberschreitung im Sinne des Überschreitens gesetzlicher oder berufsethischer Normen gemeint, sondern das durch den therapeutischen Rahmen geschützte Ausprobieren von individuellen Grenzen einzelner Klient\*innen.

In diesem Sinn gehen auch Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) davon aus, dass im therapeutischen Prozess immer wieder an die Grenzen gegangen wird, sowohl an die Grenzen der Klient\*innen als auch an die der Therapeut\*innen. Es ist nicht gänzlich zu vermeiden, dass es dabei zu Grenzüberschreitungen und Grenzverletzungen kommt. Wachstum und persönliche Entwicklung werden Votsmeier (1999) zufolge durch die Erweiterung der Ich-Grenze ermöglicht, welche im Kontakt und der Begegnung zweier Menschen an ihren Kontaktgrenzen und gegenseitiger Anpassung stattfindet.

#### 5.1.4.4 Haltung: Veränderung geschieht wechselseitig

Eine weitere gestalttherapeutische Haltung zeigt sich in der Überzeugung eines\*r Befragten, dass Veränderung in Psychotherapien wechselseitig geschieht. Er\*Sie hält Therapien für gegenseitige Anpassungsprozesse, in denen sich sowohl die Klient\*innen als auch die Therapeut\*innen verändern. Als Therapeut\*in *„entwickle [ich] mich weiter und verstehe Dinge besser mit der Zeit. Ich verändere meinen Blick auf Dinge.“* BF 70

Mit Hinweis auf die Begegnung im Sinne von Martin Buber und Laura Perls sehen auch Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) Heilung darin, dass sich Therapeut\*in und Klient\*in an ihren Grenzen berühren, sich austauschen und sich damit auf einen „wechselseitigen Veränderungsprozess“ (S. 156) einlassen. Das kann gelingen, wenn sich die\*der Therapeut\*in mit Empathie in die existenzielle Situation des\*der anderen einfühlt ohne sich im anderen zu verlieren. In dialogischer Grundhaltung und Präsenz das Anderssein des Anderen zu akzeptieren und den Anderen zu verstehen, darin liegt das Heilsame der Therapie (ebd.).

#### 5.1.4.5 Haltung: Fehlerfreundlichkeit

Eine fehlerfreundliche Haltung wird von den Befragten angesprochen: *„grundsätzliche Fehlerfreundlichkeit“* (AF 71) oder *„einladende, willkommen heißende Haltung für Fehler“* (CF 68). Die Befragten gehen davon aus, dass Fehler auch zu einer Weiterentwicklung von Patient\*innen und Therapeut\*innen führen können.

#### 5.1.4.6 Haltung: Wohlwollen

In mehreren Aussagen der Expert\*innen wird eine wohlwollende Haltung sich selbst gegenüber sichtbar und spürbar. Ein\*e Befragte\*r erzählt, dass er\*sie *„viel liebevoller“* (EF 1124) zu sich geworden ist, ein\*e weitere\*r Befragte\*r erinnert daran, dass es schon in der Ausbildung gerade darum geht, die eigenen Stärken und Schwächen kennen zu lernen und zwar mit einem wohlwollenden Blick. Für wichtig wird erachtet, *„einen wohlwollenden, wertschätzenden Umgang auch mit den Fehlern, die gemacht werden, zu pflegen“* (EF 148).

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die vielen Nennungen der Expert\*innen zur therapeutischen Haltung ein starker Hinweis darauf sind, dass die

therapeutische Haltung ein wesentlicher Faktor im Umgang mit Fehlern von Integrativen Gestalttherapeut\*innen ist.

### **5.1.5 Fehlerprävention**

Aus jetziger Perspektive wäre es interessant gewesen, eine explizite Frage zur Fehlerprävention im Leitfaden zu stellen, jedoch können auch ohne ausdrückliche Frage mehrere Aussagen der Expert\*innen zum Teil explizit, zum Teil implizit als Fehlerprophylaxe gesehen werden:

Selbstfürsorge erachten mehrere Therapeut\*innen als wichtigen Teil ihrer Arbeit und als Fehlerprävention, das beinhaltet auch das Nein-Sagen-Dürfen, den Kontakt zu sich selbst nicht zu verlieren, darauf schauen, dass sich die Therapeut\*in wohlfühlt, sowie Psychohygiene und Supervision.

Diese Aussagen der Expert\*innen spiegeln sich in der Forschung zur Fehlerprävention wider: Der verantwortungsvolle Umgang mit sich selbst und das Erkennen und die Befriedigung der eigenen Bedürfnisse der Therapeut\*innen, gehören zu den wesentlichen Grundlagen der Gestalttherapie (Hutterer-Krisch, 2007). Dazu gehören nach Hutterer-Krisch auch eine Offenheit sich selbst gegenüber und die Auseinandersetzung mit eigenen Werten und den Werten des Gegenübers. Skolek (2001) plädiert für ein liebevolles Annehmen auch von störenden und verbotenen Bedürfnissen oder Schwächen des\*der Therapeut\*in und hält dies für einen verantwortungsvollen Umgang mit sich selbst. Für ihn ist die Selbstfürsorge von Therapeut\*innen eine ethische Verpflichtung (ebd.).

Der wertschätzende Umgang mit sich selbst führt laut Odyniec et al. (2016) auch zu besseren Therapieergebnissen. Wenn Therapeut\*innen sich selbst fürsorglich behandeln und gleichzeitig ihre therapeutische Arbeit hinterfragen, kommt es zu den besten Therapieergebnissen (ebd.). Hingegen besteht nach Strauß (2021) die Gefahr des Scheiterns von Therapien, wenn Psychotherapeut\*innen „mit sich selbst feindselig umgehen“ (S. 292).

In vorliegender Studie wird eine weitere Form der Fehlerprävention sichtbar: Wenn Therapeut\*innen eine Atmosphäre herstellen, in der Klient\*innen Kritik an den

Therapeut\*innen üben können und damit den Therapeut\*innen die Möglichkeit geben, darauf zu reagieren.

Für Schigl und Gahleitner (2018) ermöglicht diese partizipative und dialogische Vorgehensweise den Patient\*innen „zeitnahe und individuelle Rückmeldungen zum therapeutischen Prozess“ (S. 327), womit Fehler zwar nicht gänzlich verhindert werden können, aber eine Schadensbegrenzung und im besten Fall positive Entwicklungen im Prozess ermöglicht werden.

Ein\*e Befragte\*r berichtet davon, dass er\*sie am Anfang jeder Stunde fragt, ob etwas vom letzten Mal offen ist.

Das gibt den Klient\*innen die Möglichkeit im Rahmen dieser regelmäßig wiederkehrenden und bekannten Frage Unangenehmes, vielleicht auch Fehler des\*der Therapeut\*in anzusprechen und erinnert an das bereits im Theorieteil unter 2.3.3.2 angesprochene Feedback mittels Feedbackbögen (Duncan et al., 2007), das den Patient\*innen ebenfalls eine strukturierte Möglichkeit bietet, sich zur Therapie zu äußern. Die Forschung zu hochwirksamen Therapeut\*innen bestätigt die Sinnhaftigkeit eines solchen Vorgehens: hochwirksame Therapeut\*innen können eine Feedbackatmosphäre schaffen, in der Klient\*innen sich trauen, ehrliches Feedback zu geben. Psychotherapeut\*innen empfinden Feedback nicht als Angriff, sondern nutzen Rückmeldungen um Klient\*innenbedürfnisse besser zu verstehen und die Therapie anzupassen (ebd.).

Die dialogische Haltung wird klar von allen befragten Expert\*innen als ein wichtiger Teil des Fehlerumgangs der Integrativen Gestalttherapie gesehen, allerdings nicht ausdrücklich im Zusammenhang mit Fehlerprävention genannt. In Literatur und Forschung wird die prophylaktische Wirkung von dialogischem Vorgehen jedoch betont (Fuhr & Gremmler-Fuhr, 2002; Gahleitner et al., 2014; Schigl & Gahleitner, 2013, 2018; Schigl, 2014a, 2014b).

Ein\*e Befragte\*r fasst die Bedeutung der Beziehung und des Kontakts zu den Klient\*innen so zusammen: *„Das auch in der Beziehung zu diskutieren, also nicht nur übertragungsmäßig in Kontakt zu sein, sondern tatsächlich drüber zu verhandeln, zu diskutieren, uns auch zu zeigen, mit dem, wo wir nicht wissen, was jetzt so gescheit ist und was nicht, also das halte ich für wesentlich.“* BF 62

Nach Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) kommt es vom phänomenologisch-hermeneutischen Blickwinkel auf die Wahrnehmung und das Erleben beider Beteiligter (Klient\*in und Therapeut\*in) an und dem Austausch dieser Wahrnehmungen. Externes Expert\*innenwissen, wie auch die Diagnostik, ist diesem gemeinsamen Prozess untergeordnet.

### **5.1.6 Fehlerfolgen**

Die berichteten Fehler hatten unterschiedliche Folgen.

Als (meist, aber nicht immer) negative Folge eines Fehlers sehen die Expert\*innen die Beendigung der Therapie. Als besonders negativ benennt ein\*e Expert\*in, wenn Patient\*innen die Therapie beenden und es an *„der Therapie hängen bleibt und nicht nur an mir oder an unserer Therapie“* (BF 24).

Die Nennungen der Expert\*innen zu den Kategorien „Fehler als Chance“, „aus Fehler lernen“ und zum Teil „Veränderung der therapeutischen Beziehung“ zeigen die guten Aspekte, die es im Zuge oder nach einem Fehler gegeben hat, auf.

So wird als eine weitgehend positive Folge von therapeutischen Fehlern die Entidealisierung des\*der Therapeut\*in gesehen. Einerseits ist die Idealisierung der Therapeut\*innen im therapeutischen Prozess zunächst erwünscht – der\*die Therapeut\*in schafft eine „überoptimale Realität“ (Schmidbauer, 1997, S. 183) mit dem Ziel, dass sich der\*die Klient\*in in Folge in der Realität besser zurechtfindet. Notwendig erachten mehrere Befragte jedoch, die Idealisierung im Laufe des therapeutischen Prozesses wieder aufzulösen, dabei können Fehler hilfreich sein.

Diese Ansicht mehrerer Studienteilnehmer\*innen vertreten auch Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002). Sie meinen, dass sich Therapeut\*innen in ihrer fehlbaren Menschlichkeit zeigen sollen, damit Patient\*innen idealisierte Projektionen wieder auflösen können.

Ganz allgemein kann ein Fehler ein *„Prozessbeschleuniger“* (CF 68) sein, im Guten wie im Schlechten, er kann zu einer Weiterentwicklung von Patient\*innen und Therapeut\*innen führen, aber auch zu einem (vorzeitigen) Ende der Therapie.

### **5.1.7 Frühe gestalttherapeutische Fehlerforschung**

Die ältere gestalttherapeutische Literatur und Forschung zu Fehlern passen nicht mehr zum heutigen Umgang, so wie ihn die Befragten in den Interviews schildern.

Ein\*e langjährig tätige\*r Experte\*in beschreibt die frühere Gestalttherapie als sehr konfrontativ. Aus heutiger Perspektive wäre nahezu alles, was damals gemacht wurde, ein Fehler, trotzdem haben auch die damaligen Psychotherapien gewirkt.

Ähnliches sprechen auch Fuhr und Gremmler-Fuhr (2002) in ihrem Beitrag „Therapieschulenspezifische Nebenwirkungen der Gestalttherapie“ an, wenn sie speziell für Traumatisierte Gefahren in der „unbedachten Aktivierung von Emotionalität und Impulsivität“ (S. 171) sehen oder davor warnen, den Dialog als „unzensurierte Direktheit“ (S. 175) misszuverstehen. Die von Nausner und Diltsch (2014) angesprochenen und unter 2.3.4.1 dargestellten Ergänzungen der integrativ-gestalttherapeutischen Ausbildung wurden mittlerweile umgesetzt und scheinen meiner Ansicht nach auch zu einer Veränderung des Umgangs mit Fehlern geführt zu haben.

Diese Fehler der frühen Gestalttherapie werden in den Interviews kaum angesprochen und auch nicht als Fehler geschildert, so zeigt sich in dieser Untersuchung, dass für die interviewten Expert\*innen frühe gestalttherapeutische Fehler nur noch von historischem Interesse sind und kaum noch eine Rolle spielen.

## **5.2 Limitationen und Ausblick**

Aus heutiger Perspektive würde ich den Fokus der Leitfadenbefragung mehr auf den dialogischen Einbezug der Klient\*innen in den Umgang mit Fehlern legen und eine konkrete Frage zur Fehlerprävention stellen. Erst im Zuge der inhaltsanalytischen Auswertung und Ergebnispräsentation wurde mir bewusst, dass diese Frage eine interessante Perspektive aus Sicht der Integrativen Gestalttherapie zu einem derzeit relativ gut beforschten Teilgebiet der Fehlerforschung (Frenzl et al., 2020; Gahleitner et. al, 2013, 2014; Schigl & Gahleitner, 2013, 2018) gebracht hätte.

Fehler als Teil des therapeutischen Arbeitens wahrzunehmen, halten Schigl und Gahleitner (2018) für den wichtigen ersten Schritt im Fehlerumgang. Auch dazu hätte ich im Nachhinein gerne eine eigene Leitfadenfrage gestellt.

Die geringe Anzahl an Befragten ist eine Limitation dieser Studie.

Nachdem ich langjährig tätige, erfahrene und anerkannte Expert\*innen auf dem Gebiet der Integrativen Gestalttherapie befragt habe, die offen über ihre Fehler sprechen, und deren Umgang in den wesentlichen Punkten vergleichbar ist, könnte weiterführende Forschung dahin gehen, aus den Aussagen der Therapeut\*innen ein „best practice“ im Umgang mit Fehlern für die Integrative Gestalttherapie herauszuarbeiten.

## **5.3 Resümee**

### **5.3.1 Wissenschaftliches Resümee**

Die vorliegende Studie hat gezeigt, dass Integrative Gestalttherapeut\*innen im Umgang mit Fehlern den Fokus auf Selbstreflexion und Reflexion des therapeutischen Prozesses legen und der Fehlerumgang stark durch die (gestalt-)therapeutische Haltung der Befragten geprägt wird. In Bezug auf Fehler sind dies im Besonderen eine wohlwollende Haltung sich selbst und den Patient\*innen gegenüber, Fehlerfreundlichkeit und eine annehmende Haltung für eigene Schwächen und Fehler, die sich auch im Zugeben von Fehlern zeigen. Die Expert\*innen richten ihre Aufmerksamkeit im Umgang mit Fehlern auf eigene Gefühle und Gefühle bei den Patient\*innen und stellen ihnen diesbezügliche Fragen. Die Einbeziehung der Klient\*innen durch ein dialogisches Vorgehen ist den Befragten ebenfalls sehr wichtig. Nicht zuletzt versuchen sie in den Therapien eine Atmosphäre zu schaffen, in der Patient\*innen Unangenehmes und Fehler der Therapeut\*innen ansprechen können, was präventiv gegen Schäden wirken kann, die durch Fehler entstehen können.

Kurz zusammengefasst lässt sich sagen, dass sich der spezifisch gestalttherapeutische Umgang mit Fehlern insbesondere in der starken Fokussierung auf (Selbst-)Reflexion, therapeutische Haltung und dialogisches Vorgehen zeigt.

### **5.3.2 Persönliches Resümee**

Kottler und Blau (1991) beenden ihr Buch mit einem Schlusswort ihrer Erfahrungen und beschreiben die Entstehung als einen „äußerst schmerzhaften Prozess“ (S. 229). Dies erlebte ich glücklicherweise anders: Zwar führte die theoretische Beschäftigung mit Fehlern dazu, dass ich noch aufmerksamer darauf achtete, was in den therapeutischen Prozessen in meiner Tätigkeit als Psychotherapeutin in Ausbildung unter Supervision fehlerhaft war oder sich so anfühlte und reflektierte mein Arbeiten wohl noch genauer.

Mir wurde noch bewusster, was es konkret bedeutet, einen Fehler zu machen: dass es viel leichter fällt, theoretisch darüber zu lesen und zu schreiben, als sich tatsächlich mit den eigenen Scham- und Schuldgefühlen und dem Ärger auf sich selbst auseinander zu setzen; zu spüren, wie unangenehm es sein kann, den Fehler in den Dialog mit den Patient\*innen zu bringen, weil es bedeutet, sich selbst fehlbar und teilweise ungeschützt zu zeigen.

Aber ich bemerkte auch, wie gut es tut, etwas Unangenehmes wieder aufzulösen, indem es angesprochen und geklärt wird und die eigene Erleichterung und die der Klient\*innen wahrzunehmen.

Die Beschäftigung mit Fehlern ließ mich auch milder mit mir selber werden. Die vielfältigen Forschungsergebnisse, die zeigen, dass Fehler dem therapeutischen Prozess auch nützen können, sofern ein offener und dialogischer Umgang damit gefunden wird, gaben und geben mir Hoffnung und verschieben den Fokus vom eigenen Versagen zum therapeutischen Tun und damit zur Selbstwirksamkeit.

Ich freute mich zu lesen, dass Selbstzweifel der Therapeut\*innen mit einer besseren Beziehungsqualität einhergehen (Nissen-Lie et al., 2015). Die oft quälenden Selbstzweifel haben also auch einen therapeutischen Nutzen.

Und zu guter Letzt: Die eingehende Beschäftigung mit der Theorie der Integrativen Gestalttherapie bestätigte mich im Nachhinein nochmals in meiner Wahl genau dieser Therapierichtung.



## LITERATURVERZEICHNIS

- Abram, A. (2013). *Gestalttherapie*. Paderborn: Junfermann Verlag.
- Apostolopoulou, A. (2016). *A portfolio on the therapeutic relationship, therapeutic ruptures and repairs, and counselling psychology*. (Unpublished Doctoral thesis, City, University of London). Verfügbar unter: <https://openaccess.city.ac.uk/id/eprint/16746>
- Beaumont, H. (1988). Ein Beitrag zur Gestalttherapietheorie und zur Behandlung schizoider Prozesse. *Gestalttherapie* 2/88, 16-26.
- Berufskodex für Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten des Gesundheitsressorts auf Grundlage von Gutachten des Psychotherapiebeirats, zuletzt vom 11.12.2018. Verfügbar unter: [Berufskodex \(BMGSPK\), Stand 24.03.2020.pdf](#)
- Bienenstein, S. & Rother, M. (2009). *Fehler in der Psychotherapie*. Wien: Springer-Verlag.
- Blankertz, S. & Doubrawa, E. (2017). *Lexikon der Gestalttherapie*. Verfügbar unter: <http://www.gestalttherapie-lexikon.de/haltung.htm>
- Boeckh, A. (2019). *Die dialogische Struktur des Selbst. Perspektiven einer relationalen und emotionsorientierten Gestalttherapie*. Gießen: Psychosozial-Verlag. DOI 10.30820/9783837976175
- Bolen, I. (2009). Dialogisches Prinzip. In G. Stumm & A. Pritz (Hrsg.), *Wörterbuch der Psychotherapie* (S. 132-133). Wien: Springer-Verlag.

- Brühlmann-Jecklin, E. (2002). Mangelnde Selbstreflexion als Hauptursache von Fehlern in der psychotherapeutischen Arbeit. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 333-354). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Buber, M. (1984). *Das Dialogische Prinzip*. Heidelberg: Lambert Schneider.
- Butollo, W. & Maragkos, M. (1999). Gestalttherapie und empirische Forschung. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 1091-1120). Göttingen: Hogrefe.
- Dresing, T. & Pehl, T. (2015). *Einfache Transkription nach Dresing & Pehl*. Verfügbar unter: <https://www.scribbr.de/methodik/transkriptionsregeln/>
- Duncan, B., Miller, S. & Hubble, M. (2007). How being bad can make you better. *Psychotherapy Networker*, Nov./Dec., 36-45, 57. Verfügbar unter: [Microsoft Word - How Being Bad Can Make You BetterNetworker \(scottdmiller.com\)](#)
- Frenzl, D., Gawlytta, R., Schleu, A. & Strauß, B. (2020). (Kunst)Fehler in der Psychotherapie. Pilotstudie zur Erfassung von Fehlhandlungen in der Psychotherapie aus TherapeutInnensicht. *Psychotherapeut* 65, 475–486. DOI 10.1007/s00278-020-00462-6
- Fuhr, R. & Gremmler-Fuhr, M. (2002). Therapieschulenspezifische Nebenwirkungen der Gestalttherapie. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 148-180). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.

- Fuhr, R., Sreckovic, M. & Gremmler-Fuhr, M. (2006). Das Menschenbild der Gestalttherapie von Frederick S. Perls, Laura Perls und Paul Goodman. *Integrative Therapie*, 32(1-2), 117-155.
- Gahleitner, S. B., Frank, C. Hinterwallner, H. & Gerlich, K. (2013). Bei der ersten Begegnung. *Sozial Extra*, 11/12 2013: 11-14. DOI 10.1007/s12054-013-1096-9
- Gahleitner, S. B., Schigl, B., Gerlich, K., & Hinterwallner, H. (2014). Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie vermeiden: Was TherapeutInnen von PatientInnen lernen können. *Psychologie und Gesellschaftskritik*, 38(1), 7-29. Verfügbar unter: <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-56592-4>
- Gawlytta, R., Schwartze, D., Schönherr, D., Schleu, A. & Strauß, B. (2019). Unerwünschte Ereignisse durch unsachgemäß durchgeführte Psychotherapie. *PsychiatPrax*46:460–467. DOI 10.1055/a-1026-1577
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hagehülsmann, H. (1985). Begriff und Funktion von Menschenbildern in Psychologie und Psychotherapie. In H. Petzold (Hrsg.), *Wege zum Menschen. Methoden und Persönlichkeiten moderner Psychotherapie. Ein Handbuch*, Band 1. Paderborn: Junfermann-Verlag.
- Haupt, M.-L., Linden, M. & Strauß, B. (2018). Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen. In M. Linden & B. Strauß (Eds.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 1-14). Berlin: Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft

- Hermes, M. & Lindel, B. (2020). Haftungsfragen in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 65, 32-35. DOI 10.1007/s00278-019-00394-w
- Hochgerner, M., Klampfl, P. & Nausner L. (2018). Diagnostische Perspektiven der Integrativen Gestalttherapie. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hg.), *Gestalttherapie* (S. 179-205). Wien: Facultas.
- Hochgerner, M. & Wildberger, E. (2018). Gestalttherapie in Österreich. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hg.), *Gestalttherapie* (S. 170-175). Wien: Facultas.
- Hutterer-Krisch, R. (2001). Behandlungsfehler in der Psychotherapie. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.), *Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Konfliktfelder, Machtmißbrauch, Berufspflichten* (S. 133-154). Wien: Springer.
- Hutterer-Krisch, R. (2007). *Grundriss der Psychotherapieethik. Praxisrelevanz, Behandlungsfehler und Wirksamkeit*. Wien: Springer-Verlag.
- Kottler, J. & Blau, D. (1991). *Wenn Therapeuten irren. Versagen als Chance* (1. Aufl.). Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Kottler, J. & Carlson, J. (2003). *Bad therapy. Master therapists share their worst failures*. New York: Brunner-Routledge.
- Lambert, M.J., Hawkins, E.J. & Hafiield, D.R. (2002). Empirische Forschung über negative Effekte in der Psychotherapie. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 40-59). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.

- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Hawkins, E.J., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L., & Smart, D.W. (2003). Is it time for clinicians routinely to track patient outcome? A meta-analysis. *Clinical Psychology*, 10, 288-301. DOI 10.1093/clipsy.bpg025
- Leitner, A., Schigl, B. & Märtens, M. (Hrsg.), (2014). *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Wien: Facultas.
- Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H., ... & Schigl, B. (2012). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht*. Krems: Donau-Universität, Fakultät Gesundheit und Medizin, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit. Verfügbar unter: [RISK Endbericht \(psyaspect.ch\)](http://psyaspect.ch)
- Lieberei, B. & Linden, M. (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Behandlungsfehler im Gesundheitswesen*, 102 (9), 558-562. DOI 10.1016/j.zefq.2008.09.017
- Linden, M. & Helmchen, H. (2018). Ethische Problemstellungen in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 63, 68-74. DOI 10.1007/s00278-017-0255-z
- Linden, M. & Strauß, M. (2013). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung*. Berlin: MWV.
- Märtens, M. & Petzold, H. (2002). *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Märtens, M., Schigl, B. & Leitner, A. (2014). Diskussion und offene Fragen. In A. Leitner (Ed.), *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen* (S. 196-204). Wien: Facultas.

- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. In U. Flick (Ed.), *Rororo Rowohlt's Enzyklopädie: Vol. 55628. Qualitative Forschung: Ein Handbuch*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verlag.
- Mayring, P. (2019). Qualitative Inhaltsanalyse – Abgrenzungen, Spielarten, Weiterentwicklungen. *Forum Qualitative Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research*, 20(3), Art. 16. DOI 10.17169/fqs-20.3.3343
- Medau, I., Jox, R. & Reiter-Theil, S. (2014). Behandlungsfehler in der Psychotherapie: ein empirischer Beitrag zum Fehlerbegriff und seinen ethischen Aspekten. *Ethik in der Medizin*, volume 26, pages 3-18. DOI 10.1007/s00481-012-0231-7
- Meuser, M. & Nagel, U. (2009). Das Experteninterview – konzeptionelle Grundlagen und methodische Anlage. In S. Pickel, G. Pickel, H.-J. Lauth & D. Hahn (Hrsg.), *Methoden der vergleichenden Politik- und Sozialwissenschaft. Neue Entwicklungen und Anwendungen* (S. 465-479). Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.
- Möller, H. & Bedenbecker, C. (2005). Psychotherapie und Supervision – Risiken und Nebenwirkungen. In E. Tatzler, A. Joksich & F. Winter (Hg.), *Lob dem Fehler – Störung als Chance. Interdisziplinäre Heil- und Sonderpädagogik in Theorie und Praxis* (S. 59-78). Wien: Verlag Krammer.
- Nausner, L. (2018). Begriffe und Konzepte der Gestalttherapie – Grundlagen und Entwicklungen. In M. Hochgerner, H. Hoffmann-Widhalm, L. Nausner & E. Wildberger (Hg.), *Gestalttherapie* (S. 179-205). Wien: Facultas.

- Nausner, L. & Diltsch, U. (2014). Wer handelt, macht Fehler. In A. Leitner (Ed.). *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen* (S. 112-116). Wien: Facultas.
- Nissen-Lie, H.A., Rønnestad, M.H., Høglend, P.A., Havik, O.E., Solbakken, O.A., Stiles, T.C. & Monsen, J.T. (2015). Love yourself as a person, doubt yourself as a therapist? *Clin. Psychol. Psychother.* 24, 48–60. DOI 10.1002/cpp.1977
- Odyniec, P., Victor, P., Berner, A. & Willutzki, U. (2016). Schwierigkeiten in der psychotherapeutischen Arbeit. *Psychotherapeut* 61, 216-221. DOI 10.1007/s00278-016-0105-4
- Perls, L. (1989). *Leben an der Grenze*. Köln: Edition Humanistische Psychologie.
- Ramsenthaler, C. (2013). Was ist „Qualitative Inhaltsanalyse“? In M. Schnell, C. Schulz, H. Kolbe & C. Dunger (Hrsg.), *Der Patient am Lebensende* (S. 23-42). Wiesbaden: Springer Fachmedien. DOI 10.1007/978-3-531-19660-2\_2
- Rogausch, A., Gutscher, G. & Gschwind, A. (2017). Feedback-informierte Therapie. *Swiss archives of neurology, psychiatry and psychotherapy, Heft 168:73-33*. DOI 10.4414/sanp.2017.00479
- Schigl, B. (2014a). PsychotherapeutInnen als Risikofaktor: Welche Arten von psychotherapeutischen Fehlern gibt es? In A. Leitner (Ed.), *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen* (S. 70-76). Wien: Facultas.
- Schigl, B. (2014b). Wie gehen PsychotherapeutInnen mit ihren Fehlern um? In A. Leitner (Ed.), *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen* (S. 77-80). Wien: Facultas.

- Schigl, B. & Gahleitner, S. B. (2013). Fehler machen – aus Fehlern lernen? – Perspektiven zur Klassifizierung von psychotherapeutischen Fehlern und dem Umgang damit. *Psychotherapie-Wissenschaft*, 3(1), 23–33. Verfügbar unter: <https://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psywis/article/view/180/263>
- Schigl, B. & Gahleitner, S. B. (2018). Psychotherapeutische Fehler. Wie wir damit umgehen, macht den Unterschied. *Trauma & Gewalt* 12, 322-333. DOI 10.21706/tg-12-4-322
- Schigl, B., Leitner, A. & Märtens M. (2014a). Die RISK-Studie: Entwicklung und Design. In A. Leitner (Ed.), *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen* (S. 17-22). Wien: Facultas.
- Schigl, B., Märtens, M. & Leitner A. (2014b). Einführung ins Themengebiet. In A. Leitner (Ed.), *Wirkung, Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Ein Beipackzettel für TherapeutInnen und PatientInnen* (S. 11-16). Wien: Facultas.
- Schleu, A. (2019). Spektrum von Grenz- und Abstinenzverletzungen in Psychotherapien. *Psychotherapeut* 64, 455–462. DOI 10.1007/s00278-020-00462-6
- Schmidbauer, W. (1997). *Wenn Helfer Fehler machen. Liebe, Mißbrauch und Narzißmus*. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Verlag GmbH.
- Skolek, R. (2001). Zum Spannungsfeld von Ethik und Bedürfnis in der Psychotherapie. In R. Hutterer-Krisch (Hrsg.), *Fragen der Ethik in der Psychotherapie. Konfliktfelder, Machtmißbrauch, Berufspflichten* (S. 109-120). Wien: Springer.



- Staemmler, F. (1995). Kultivierte Unsicherheit. Gedanken zu einer gestalttherapeutischen Haltung. *Gestalt-Kritik* 3/1, 12-23.
- Staemmler, F. (1999). Gestalttherapeutische Methoden und Techniken. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie* (S. 439-460). Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B. (2011). In Treatment. *Psychotherapeut* 56, 153–161. DOI 10.1007/s00278-011-0811-x
- Strauß, B. (2021). Scheitern in der Psychotherapie - der aktuelle Wissenstand. *Psychotherapeut* 66, 288-298. DOI 10.1007/s00278-021-00510-9
- Strauß, B., Linden, M., Haupt, M. L. & Kaczmarek, S. (2012). Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. Systematik und Häufigkeiten in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 57, 385-394. DOI 10.1007/s00278-012-0932-x
- Taubner, S. & Evers, O. (2021). Mentalisierung als reflexive und selbstreflexive Kompetenz. In W. Rief, E. Schramm & B. Strauß (Hrsg.), *Psychotherapie. Ein kompetenzorientiertes Lehrbuch* (S. 23-26). München: Elsevier.
- Thiel, F. (2016). *Vom Menschenbild zur psychotherapeutischen Haltung. Eine kritische Auseinandersetzung am Beispiel der Integrativen Gestalttherapie*. Master Thesis zur Erlangung des akademischen Grades Master of Science im Universitätslehrgang Psychotherapie. Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems.

- Thiel, F. (2017). Vom Menschenbild zur psychotherapeutischen Haltung. In H. Neumayr & P. Klampfl (Hg.), *Spektrum der Integrativen Gestalttherapie* (S. 17-60). Wien: Facultas.
- Votsmeier, A. (1999). Grundsätze der Gestalttherapie bei strukturellen Störungen. In R. Fuhr, M. Sreckovic & M. Gremmler-Fuhr (Hrsg.), *Handbuch der Gestalttherapie*, (S. 715-732). Göttingen: Hogrefe.
- Watkins, E.C. (2011). Does psychotherapy supervision contribute to patient outcomes? Considering thirty years of research. *The Clinical Supervisor*, 30:2, 235-256. DOI 10.1080/07325223.2011.619417
- Wöller, W. (2016). Der ausreichend gute Therapeut. *Psychotherapeut* 61, 105–109. DOI 10.1007/s00278-016-0086-3
- Yalom, I.D. (1999). *Die Liebe und ihr Henker*. München: btb Verlag.
- Yalom, I.D. (2000). *Die Reise mit Paula*. München: btb Verlag.

## ANHANG 1

***Leitfaden für das Expert\*inneninterview***

1. Gibt es einen oder mehrere Fehler in Ihrer Tätigkeit als Therapeut\*in, der/die Ihnen in Erinnerung geblieben ist/sind?
2. Wie und wann wurde Ihnen bewusst, dass das kein optimaler Umgang war?
3. Wie sind Sie damit umgegangen?
4. Wie hat sich der therapeutische Prozess daraufhin entwickelt?
5. (Wie) beziehen Sie Ihre Klient\*innen in den Umgang mit Fehlern ein und was ist Ihre Erfahrung damit?
6. Was verstehen Sie unter einem Fehler in der therapeutischen Arbeit?
7. Was ist das spezifisch Integrativ-Gestalttherapeutische an Ihrem Umgang mit Fehlern?
8. Hat sich Ihr Umgang mit Fehlern im Laufe der Zeit verändert? Falls Sie entspannter geworden sind, was hat Ihnen dabei geholfen?
9. Gibt es noch Aspekte, die noch nicht zur Sprache gekommen sind, die Ihnen aber zum Thema Fehler wichtig erscheinen?

## ANHANG 2

Kategorie	Subkategorie	Ankerbeispiel	Kodierregel
<b>Fehlerdefinition</b>			
	Alltagsfehler	„Im Zuge dieser Coronageschichte und dass man Zoom Video Konferenzen macht oder telefonische Kontakte hat und dann wieder präsenste Kontakte, war das schon immer wieder so eine Auseinandersetzung mit diesen ursprünglichen, "alltäglichen" therapeutischen Fehlern, wie z.B. warte ich nicht zu lange? wie gehe ich mit dem Schweigen um?“ EF 2	Alle Textstellen, in denen es um Fehler geht, die alltäglich und menschlich sind, die von jedem*r Therapeut*in ab und zu gemacht werden.
	Fehler in schwierigen Situationen	„Es war eine Klientin – ein Patientinentypus, den auch alle kennen, glaube ich – die so reingekommen ist und einfach nur erbrochen hat, also nicht mehr aufgehört hat zu reden, es war kein Stopp und kein Dialog und kein Durchatmen und kein Garnichts. Und da habe ich sicherlich zu lange mitgemacht.“ DF 45 - 47	Alle Textstellen, in denen es um Fehlhandlungen geht, die von den Therapeut*innen an einer besonders herausfordernden Stelle im therapeutischen Prozess gesetzt werden.
	Reflektierte Behandlungsfehler	„Ich habe mich zu wenig ausgekannt zu diesem Thema, ich habe das nicht erkannt, dass diese Frau eine Borderlinestörung hat, also es war ein Diagnosefehler von mir.“ FF 10	Alle Textstellen, in denen die Befragten über Fehler sprechen, bei denen vom State of the Art und den Richtlinien einer guten Behandlung abgegangen wird und dies den Therapeut*innen gleich oder später bewusst wird.
	Ethische Fehler	„Also das ist prinzipiell falsch und ich habe mitgewirkt. Da ist es um einen Jugendlichen gegangen und also für mich war es war kein Kunstfehler, sondern es war so ein Grenzbereich	Kodiert werden alle Textstellen, in denen die Befragten über Fehler sprechen, die gegen den Berufskodex und ethische Richtlinien verstoßen.

		für mich, es ist eigentlich ein ethischer Fehler geworden.“ EF 64	
	Therapeutenspezifische Fehler	„... es gibt sowas wie therapeutenspezifische, sowas wie persönlichkeitsbedingte Fehler von Therapeuten und bei mir ist das am ehesten das Normalisieren. Also ich habe mehrere Tendenzen und ich arbeite hauptsächlich damit, dass ich die auch veröffentliche, dass ich das auch anspreche, wenn ich so Tendenzen hab. Wo ich es nicht immer tue, ist beim Normalisieren.“ BF 78	Kodiert werden alle Textstellen, in denen über Fehler, die mit der Persönlichkeit des*der Therapeut*in Zusammenhang stehen, berichtet werden.
	unbewusste Fehler	„Meine Einschätzung ist – also ich geh davon aus – dass die schlimmsten Fehler, die sind, die ich nicht weiß, wo ich nur indirekte Zeichen deuten kann. Dass jemand nicht mehr kommt oder so und in Wirklichkeit weiß ich es nicht. Oder ich kann mir denken, das hat vielleicht dazu beigetragen. Das halte ich - wenn ich selber drüber nachdenke – schon für einen Fortschritt, sozusagen.“ BF 4	Alle Textstellen, in denen die Befragten über Fehler sprechen, die nicht bewusst gemacht werden und somit der Therapeutin/dem Therapeuten auch nicht bewusst sind.
	weitere, andere Definitionen von Fehlern	„.... was schon auch wichtig ist, mit zu bedenken, sind Fehler, die man so quasi über alle Klienten drüberstreut: im Sinne der mangelnden Selbstfürsorge und Psychohygiene oder keine Supervision zu machen.“ CF 84	Kodiert werden alle Aussagen der Befragten, in denen sie andere (als die bisher genannten) Definitionen zu Fehlern machen.
	Grenzfälle - gar kein Fehler	„Wobei ... diese Alltagsfehler, die passieren ja mir auch immer wieder mal, aber wenn ich es gleich bemerke, also eine Irritation bemerke und ich sage, war das jetzt zu viel für Sie? Ah, schauen	Alle Textstellen, in denen der/die Interviewpartner*in offen lässt oder unsicher ist, ob es sich bei dem therapeutischen

		wir einmal, was war denn da jetzt? Dann ist es für mich jetzt nicht mehr ein Fehler, dann ist es ein Interventionsangebot, das halt irgendwie nicht passend war, aber wo man dann halt trotzdem im Prozess weiter macht.“ AF 32	Geschehen überhaupt um einen Fehler handelt.
<b>Umgang mit Fehlern</b>			
	Selbstreflexion	„Ich habe es immer wieder bei mir bemerkt, dass ich reflektiere, bin ich zu schnell, im Psychoedukativen, bin ich einfach eben im Rationalisieren, mehr top down und nicht bottom up. Viel Reflexion - also das zeichnet mich auch aus, wie ich mit therapeutischen Fehlern immer umgegangen bin; dass ich reflektiert habe und geschaut habe, wie tu ich.“ EF 6	Alle Textstellen, in denen es um das eigene innere Erleben der /die Therapeut*in geht, wie die Therapeut*in die Situation erlebt.
	Reflexion des therapeutischen Prozesses	„Aber manchmal kommt einem dann im Nachhinein vor, ja irgendwie irgendwann wäre vielleicht doch Zeit gewesen, oder warum bin ich das nicht angegangen? Das ist vielleicht etwas, wenn ich mir das im Überblick anschau, was sehr belastend ist für den Klienten in seinem Leben und eigentlich sind wir es nicht angegangen.“ BF 24	Alle Textstellen, in denen der/die Therapeut*in über den therapeutischen Prozess reflektiert, den gemeinsamen Prozess, das gemeinsame Tun überdenkt. Abgrenzung zu Selbstreflexion und Reflexion mit anderen: der therapeutische Prozess steht im Fokus der Interviewpartner*in
	Supervision, Intervision - Reflexion mit anderen	„Ich glaube, ein großer Fehler ist, wenn man keine Supervision oder Intervision macht und es nicht bespricht. Nur sich selber Gedanken drüber machen, das ist einfach zu wenig, da fehlt die Außenperspektive.“ CF 38	Alle Textstellen, in denen es darum geht, einen Fehler (eine Interaktion) mit anderen Therapeut*innen intervisorisch oder supervisorisch zu besprechen und so mehrere Perspektiven zu bekommen.

	Theoriewissen anwenden	„Es ist das Histrionische, das sich hier ausbreitet und diese Verzweiflung eben, die wird mir demonstriert, nicht? Und die ist nicht tief drinnen und auf das mehr zu achten. Da kann es mir zumindest passieren, dass mir das auch entgeht.“ FF 88	Kodiert werden alle Textstellen, in denen die Expert*innen darüber berichten, dass sie Theoriewissen anwenden.
	Warnzeichen wahrnehmen	„Aus heutiger Perspektive und auch aus der Erfahrung, die ich mittlerweile mit anderen Klienten und Klientinnen sammeln konnte, ist schon zumindest ein Auge der Vorsicht aufzutun, wenn wirklich zu viel gut läuft, im Sinne von so überraschend.“ CF 24	Alle Textstellen, in denen über Warnzeichen in der therapeutischen Arbeit gesprochen wird.
<b>Gestalttherapeutischer Umgang</b>			
	Therapeutische Haltung	„Ich bin an sich froh über Kritik, also erstens zeigt es Vertrauen und dann gibt es mir auch so die Möglichkeit, die Beziehung zu stärken, nämlich wie ich auf die Kritik reagiere.“ FF 35	Alle Textstellen, in denen es um die therapeutische Haltung im Allgemeinen geht, nicht: um die Haltung gegenüber Fehlern.
	Haltung gegenüber Fehlern	„Für mich ist schon das wichtigste, eine grundsätzliche Fehlerfreundlichkeit zu haben, in dem Sinn, dass man Fehler auch nützen kann, damit daraus wieder etwas entsteht.“ AF 71	Alle Textstellen, in denen es speziell um die therapeutische Haltung zu Fehlern geht.
	Abwägungsprozesse/ Dilemmata	„Das zweite ist, dass ich dauernd davon ausgehe, dass wir in der Therapie Dinge tun, von denen wir nicht wissen, ob sie ein Fehler sind oder nicht. Spreche ich was an, spreche ich was nicht an.“	Kodiert werden die Textstellen, in denen der*die Therapeut*in zwischen zwei oder mehreren Möglichkeiten abwägen muss bzw. in ein Dilemma gerät.

		Beides kann ein Fehler sein, vielleicht sogar gleichzeitig.“ BF 12	
	Integrativ-gestalttherapeutische Interventionen	„... der strenge Blick, der leistungsorientierte Blick, du bist nur, wenn... oder es darf kein Fehler passieren. Prinzipiell Fehler, das kommt schon aus diesem Blick, wie hemmend und wie hindernd das ist, wie blockierend, wie verunsichernd diese Fehlerbrille eigentlich ist. Oder wenn man schaut, der innere Fehlerteufel, die innere Kritikerin - mit diesen inneren Figuren arbeite ich sehr gern - also die haben wir ja alle.“ DF 81	Alle Textstellen, in denen der*die Interviewte über integrativ-gestalttherapeutische Techniken und Interventionen beim Umgang mit Fehlern berichtet, mit Ausnahme der integrativ-gestalttherapeutischen Intervention: in Dialog bringen
	In Dialog bringen	„Ich habe mir dann vorgenommen beim nächsten Mal das wieder anzusprechen. Da habe ich gesagt: ja, also Sie haben meine Entrüstung gespürt und ich war da sehr impulsiv und ich habe gemerkt, dass Sie da ein bisschen irritiert sind, wie war denn das? Und dann war es auch möglich, das zu besprechen.“ AF 9	Alle Textstellen, in denen der*die Therapeut*in den Fehler bzw. das Geschehen in der Therapie anspricht, und die Klient*innen dazu ermuntert darüber zu sprechen.
	Fehler eingestehen/sich dem Fehler stellen	„Da muss man einfach die Verantwortung übernehmen, und sich einfach öffnen, einfach sagen, ja, also ja, das tut mir jetzt echt leid. Da habe ich einen Fehler gemacht. ... Und dann merk ich so, wenn ich das sag, da entsteht gleich ein Raum, und eine Beruhigung.“ DF 98-100	Alle Textstellen, in denen der*die Therapeut*in (dem*der Klient*in gegenüber?) einen Fehler eingesteht
	Gefühle wahrnehmen (eigene/andere)	„Und wenn ich merke, es kommt überhaupt nichts (gemeint von der Klientin, dem Klienten), und trotzdem ist es spürbar, atmosphärisch spürt	Kodiert werden alle Textstellen, in denen es um die Wahrnehmung der eigenen Gefühle der Expertin, des Experten geht und um die



		man das ja auch, dann formuliere ich die Dinge, frage ich nach, „ich habe so den Eindruck und ich habe auch ein bisschen nachgedacht darüber oder nachsinniert und komme da drauf, also da war irgendetwas, was Sie vielleicht ein wenig verunsichert hat“ - ich frag sie.“ EF 46	Wahrnehmung der Gefühle der Klientin, des Klienten.
<b>Reaktion der Klientin</b>		„Sie war in einer Dauerkonkurrenz mit mir, was immer ich gemacht habe, sogar wenn was Positives von mir gekommen ist, hat sie konkurriert...“ FF 10	Alle Textstellen, in denen es um die Reaktion des*der Klient*in auf einen Fehler des*der Therapeut*in geht.
<b>Folgen von Fehlern</b>			
	Beendigung der Therapie	„Und ich habe dann sie einfach nur mehr loswerden wollen und habe ihr vorgeschlagen, dass sie zu einem Mann geht und das hat sie dann auch gemacht.“ FF 10	Alle Textstellen, in denen die Therapie nach und*oder aufgrund eines Fehlers des*der Therapeutin endet.
	Veränderung der therapeutischen Beziehung	„Also allein, dass ich das gemerkt habe und geäußert habe mit einer authentischen Betroffenheit, das hat so viel gemacht, also das war dann wirklich auch ein total gutes Seminar und ein gutes Miteinander und ich glaube dieser Boden wäre nicht entstanden, wenn man da einfach drüber hinweggegangen wäre.“ AF 44, 46	Alle Interviewpassagen, in denen sich die therapeutische Beziehung nach und/oder aufgrund des Fehlers des*der Therapeut*in verändert.
	Fehler als Chance	„Und auch den Fehler als wesentlichen Prozessbeschleuniger, - antreiber zu sehen und nicht unbedingt partout vermeiden zu wollen. Ja, das glaube ich auch, dass es so eine einladende, willkommen heißende Haltung auch für Fehler gibt,	Kodiert werden alle Textpassagen, in denen der Fehler neue Möglichkeiten eröffnet, eine Chance für die Therapie und für Veränderung bietet.

		natürlich nur, wenn sie nach besten Wissen und Gewissen auch einfach passieren.“ CF 70	
	Aus Fehlern lernen	„Und das mache ich heute sicherlich anders. Da lasse ich gar nicht so viel Raum fürs Reinfließen und fürs Ausströmen und für das Erbrechen und Unbeliebt machen. ... Da würde ich sie früher begrenzen und sagen, Moment einmal, langsam; ich brauch da immer selber lang, bis ich das verstehe, oder es ist mir jetzt viel zu schnell.“ DF 49	Alle Textstellen, in denen der*die Therapeut*in aus dem Fehler etwas lernt.
<b>Entwicklung im Lauf der Zeit</b>		„Ein bisschen persönlicher, wohlwollender und vielleicht auch ein bisschen nicht so nervös werden dauernd, ich muss jetzt sofort irgendwas tun, sondern mal abwarten. ... Noch ein guter Aspekt, was sich verändert hat: ich bin viel mehr weg von diesem im Nachhinein fragen, wie wars? Viel konkreter: Und wie ist es jetzt für Sie? CF 78 - 80	Kodiert werden die Interviewpassagen, in denen die Befragten davon berichten, wie sich ihr Umgang mit Fehlern im Laufe ihrer therapeutischen Tätigkeit verändert hat.
	Was hat geholfen?	„Da hat mir einfach die Erfahrung geholfen und auch die Sicherheit, ... die ich gewonnen habe, gerade auch in Gruppen.“ DF 111	Alle Textstellen, in denen die Befragten erzählen, was ihnen dabei geholfen hat, im Umgang mit Fehlern entspannter zu werden.

