Psychotherapie im Dialog 4 • 2015

Risiken von Psychotherapie

Resümee

Dem Drachen in den Rachen schauen

Dem Herkunftswörterbuch entnehmen wir, dass eine Ursprungslinie des Begriffs „Risiko“ in dem arabischen „rizq“ liegt – dem von Gottes Gnade und dem Geschick abhängigen Lebensunterhalt. Auf das heutige Fußballgeschäft übertragen wäre dieser teilmächtige Lebensunterhalt, frei nach Günter Netzer, dann so etwas wie: „Jetzt muss die Mannschaft das Risiko in die Hand nehmen und Charakter zeigen!“

Bezogen auf das Psychotherapiegeschäft lernen wir in diesem Themenheft, dass Patienten eher selten über Nebenwirkungen berichten. Sie berichten beispielsweise in 95–99 % der Fälle keine „vermehrten Konflikte in der Partnerschaft“ und keine „Angst vor Stigmatisierung“ durch eine Psychotherapie. In 78–98 % der Fälle werden auch keine „Veränderungen als Mensch zum Negativen“ oder „längeren Phasen der Niedergeschlagenheit“ während der Therapie berichtet. Diese Zahlen sprechen dafür, dass das statistisch-empirische Risiko einer Psychotherapie im Einzelfall kalkulierbar erscheint. Dadurch können Therapeuten – etwas paradox – Vorhersagbarkeit und Kontrollierbarkeit suggerieren: Schauen wir den objektiven Risiken in den Rachen, so werden sie nicht größer, sondern möglicherweise eher kleiner!

Wir erinnern uns an den Teufelskreis der Angst und das Tortendiagramm, das wir bei unseren Patientinnen und Patienten zur Minderung der Risikoüberschätzung oft und gerne einsetzen. Vergleichbar mit Ängsten – nun aber in die umgekehrte Richtung –, erhöht die Auseinandersetzung mit den psychotherapeutischen Risiken möglicherweise eher den Mut zum Risiko. Insgesamt sehen wir uns in diesem Themenheft darin bestätigt, dass das individuelle Risiko, eine psychotherapeutische Behandlung aufzusuchen, bei der Mehrzahl der Patienten ein Risiko ist, das eingegangen werden darf.

In einem etwas anderen Licht erscheinen die o. g. Zahlen jedoch, wenn wir sie auf eine mittelgroße Klinik anwenden: Würden von 1000 jährlich behandelten Patienten 20–220 (2–22 %) der Patienten von einer „Veränderung als Mensch zum Negativen“ und von „längeren Phasen der Niedergeschlagenheit“ berichten, und würden sich davon jeweils nur 1 % in einem Patientenblog negativ äußern, so wären dies in einem Landeskreis mit 50 Kliniken schon 10–110 Patienten, die sich gemeinsam mit den schmerzhaften Psychotherapiefolgen auseinandersetzten. Würde der Werbeverantwortliche einer privaten Klinik von diesem Blog hören, so wäre er über dessen Wirkung wohl nicht sehr erfreut. Was wir aus dieser Spielerei lernen: Risiken können, je nach Perspektive, höchst divergent bewertet werden.

Ein weiterer Aspekt der Risikoeinschätzung besteht darin, wem oder was die Nebenwirkungen und die damit verbundenen Risiken zugeschrieben werden. Vielleicht geht es Ihnen gerade so wie uns: Wir merken, dass wir die therapeutischen Verbesserungen üblicherweise den Patienten selbst zuerkennen und so ihre Selbstwirksamkeit hervorheben. Bei den Risiken sind wir jedoch ziemlich schnell bereit, unsere Patienten in Schutz zu nehmen. Während im Rahmen der evidenzbasierten professionellen Weiterentwicklung oftmals spezifische Interventionsunterschiede und -fehler ausgemacht werden (Interventionseffekte), schreiben die Patienten Behandlungsfehler oftmals eher der behandelnden Person und der damit verbundene Institution zu (Behandlereffekte) – und, last but not least, sich selbst.

In statistischen Mehrebenenmodellen können die Wirksamkeitsanteile auf Behandlungs-, Mitpatienten-, Therapeuten- und Teamebene parallel untersucht werden. Neuere Studien weisen darauf hin, dass eine Kausalattribution auf eine einzelne Ebene oftmals verkürzt ist – sei dies nun eine spezifische Behandlung oder ein spezifischer Behandler. Läuft eine Therapie vollkommen aus dem Ruder, so leuchten die roten Lampen meist schon vorher über mehrere Sitzungen hinweg. Weiterhin sind die Patienteneigenschaften vor einer Therapie oftmals die größten Prädiktoren des Therapieerfolgs – und eben auch des Risikos eines Misserfolgs.

Nichtdestotrotz verdeutlicht eine soeben veröffentlichte auf die USA bezogene Simulationsstudie die Risikominderung, die entsteht, wenn notorisch erfolglose Therapeuten in anderen Tätigkeitsbereichen eingesetzt werden: Würden 50 Therapeuten pro Jahr 60 Patienten erfolgreich therapieren, so wären dies in 10 Jahren insgesamt 30 000 erfolgreiche Therapien. Würden von diesen 50 Therapeuten jedoch jene 5 % mit den geringsten Behandlungserfolgen regelmäßig durch durchschnittlich erfolgreiche Therapeuten ersetzt, so würde sich die Anzahl erfolgreicher Therapien auf 34 266–39 309 erhöhen (Imel, Sheng, Baldwin & Atkins 2015). Die Zahlen dieser Milchbubenrechnung sind beeindruckend – auch wenn beispielsweise die negativen und positiven Auswirkungen der Therapeutenselektion für die Behandlungsteams nicht einkalkuliert wurden.

In Anbetracht des Risikos von Therapeuteneffekten klingen uns für unsere eigene Praxis auch deutlich unangenehme Fragen nach:

- Welchen Umgang pflege ich mit meiner eigenen Risikobereitschaft?
- Bin ich zwischendurch etwas übervorsichtig und mute meinen Patienten etwas wenig zu?
- Oder neige ich in meinem Daueroptimismus dazu, die schwierigen Situationen von Patienten und mir zu unterschätzen?
- Leite ich meine Patienten weiter, wenn ich denke, dass eine andere Therapie geeigneter wäre?
- Wie stark lasse ich mich in meinem therapeutischen Handeln von finanziellen Aspekten leiten?
- Habe ich einen Kassenantrag schon einmal ziemlich schöngeschliffen, damit die Psychotherapie vom Gutachter befürwortet wird?

Das Risiko einer Psychotherapie tragen schlussendlich nicht nur die Patienten, sondern auch wir Therapeuten. Die oftmals prekären Berufs- und Lebensunterhaltsbedingungen von Berufseinsteigern scheinen nur die wenigsten davon abzuhalten, sich als Psychotherapeut langfristig beruflich engagieren zu wollen. Aus Leidenschaft? Aus Berufung? Aus Betroffenheit? Eben doch auch viel rizq!

Christoph Flückiger Maria Borcsa

Literatur

Imel ZE, Sheng E, Baldwin SA, Atkins DC. Removing very low-performing therapists: A simulation of performance-based retention in psychotherapy. Psychotherapy 2015; 52: 329–336

Beitrag online zu finden unter
http://dx.doi.org/10.1055/s-0041-105266