

## 40 Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie

Dass Psychotherapie im schlechtesten Fall unwirksam sein kann, aber ansonsten keine Risiken und Nebenwirkungen bestehen, wurde zwar schon früh als Mythos bezeichnet (Kiesler 1966) – eine systematische Auseinandersetzung mit möglichen negativen Effekten von Psychotherapie oder Schädigungen wurde aber lange nicht geführt. Dabei liegen schon länger Zahlen vor: Die Metaanalyse von Smith et al. (1980) zeigt Verschlechterung bei rund 12 % der Patienten. Mohr (1995) kommt in einer Übersicht über diverse Studien auf

5 bis 10 % der Patienten mit Verschlechterungen des psychischen Zustandes und auf 15 bis 25 % mit keiner messbaren Verbesserung (vgl. auch Lambert & Ogles 2004).

In den letzten Jahren mehrten sich Arbeiten, die diese Themen systematisch aufgreifen (z.B. Märtens & Petzold 2002; Hoffmann et al. 2008; Caspar & Kächele 2008; Conrad & Auckenthaler 2010; Linden & Strauß 2013). Dies werten was Kächele und Caspar (2012) als »Reifezeichen« der Profession.

### 40.1 Formen von negativen Effekten

Es herrscht eine ziemliche Begriffsvielfalt, z.B.: Risiken, Nebenwirkungen, negative Effekte, Misserfolge, Kunstfehler, Therapieschäden, Fehlentwicklungen und unerwünschte Wirkungen.

Hoffmann et al. (2008, S.5) finden folgende Sprachregelung:

- *Misserfolge* sind die unzureichende oder ganz fehlende Erreichung der in der Therapie explizit und implizit angestrebten Ziele,
- *unerwünschte Wirkungen (Nebenwirkungen)*<sup>206</sup> sind das Auftreten anderer –

und dabei nachteiliger – Effekte als der angestrebten Therapieziele sowie

- *Therapieschäden* sind das Auftreten unerwarteter, anhaltender und für den Patienten erheblich nachteiliger Auswirkungen der Therapie.

Die Nomenklatur ist nicht unproblematisch, da z.B. das Ausbleiben einer Verbesserung auch einen Schaden für den Patienten (und die Solidargemeinschaft der Krankenkassen) darstellt, da eine Psychotherapie üblicherweise mit einem erheblichen Zeit- und Mittelaufwand verbunden

---

<sup>206</sup> Laut Arzneimittelgesetz erfasst der Begriff *Nebenwirkungen* die »beim bestimmungsmäßigen Gebrauch auftretenden schädlichen unbeabsichtigten Reaktionen« (Arzneimittelgesetz § 4 Abs. 1, Satz 13)

ist. Andererseits kann auch das Ausbleiben einer Verschlechterung in bestimmten Fällen den maximal erreichbaren Behandlungserfolg darstellen.

Fehlentwicklungen oder negative Effekte können sich beziehen auf

- die ursprüngliche Symptomatik, derentwegen ein Patient in Therapie gegangen ist,
- weitere Symptome, die vor der Behandlung nicht vorhanden waren und/oder
- weitere Lebensbereiche, die von der Psychotherapie beeinträchtigt wurden.

Caspar und Kächele (2008; Kächele & Caspar 2012) bevorzugen daher den allgemeineren Begriff der »Fehlentwicklungen«; Nestoriuc & Rief (2012) sprechen von »negativen Effekten durch Psychotherapie«. Eine ausführliche Darstellung bisheriger Ordnungsversuche findet sich in Haupt et al. (2012), eine Übersicht über diesbezügliche empirische Befunde in Kaczmarek und Strauß (2012).

Negative Effekte beziehen sich also nicht ausschließlich auf psychische Symptomatik, sondern können die verschiedensten Lebensbereiche betreffen.

Ein Problem stellt dabei immer die Frage der Kausalität dar: Ist die Verschlechterung in einem Lebensbereich *ursächlich* durch

Nestoriuc und Rief (2012) erfassten eine Reihe von negativen Effekten mittels Online-Befragung und extrahierten mehrere Faktoren (Beispielitems):

- Interpersonale Veränderungen (»Umgang mit Konflikten schlechter«)
- Partnerschaft (»Mehr Konflikte in der Partnerschaft«)
- Stigmatisierung (»Angst, andere könnten von der Therapie erfahren«)
- Emotionen (»Als Mensch zum Negativen verändert«)
- Arbeitsplatz (»Konzentration auf der Arbeit schlechter«)
- Familie und Freunde (»Verhältnis zur Familie schlechter«).

die Therapie entstanden? Wir haben hier das gleiche Validitätsproblem wie in Bezug auf positive Veränderungen: Inwieweit sind die Veränderungen, ob positiv oder negativ, zweifelsfrei ursächlich auf die Therapie zurückzuführen?

Um belastbare Aussagen über negative Effekte von Psychotherapie machen zu können, würden Kontrollgruppendesigns analog den Wirksamkeitsstudien benötigt bzw. müssten die schon vorliegenden Studien diesbezüglich ausgewertet werden. Dies setzt allerdings voraus, dass die in Frage kommenden Symptom- bzw. Lebensbereiche systematisch erfasst wurden (was allerdings oft nicht der Fall ist, da sich viele Wirksamkeitsstudien mehr oder weniger auf die Erfassung der Zielsymptomatik beschränken).

## 40.2 Gründe für Fehlentwicklungen

Die Gründe für Fehlentwicklungen können sehr vielfältig sein. Auch hier liegen erste Systematisierungsversuche vor (z. B.

Hoffmann et al. 2008). Kächele und Caspar (2012, S. 242) nennen drei verschiedene »Fehlertypen«:

**Fehlertypen (Kächele & Caspar 2012):**

- Strukturell bedingt Fehler
- Methodenspezifische Risiken
- Singuläre Fehler

**Strukturell bedingte Fehler:** Das wären z. B. Überforderungen des therapeutischen Personals in Kliniken aufgrund von Personal-mangel oder zu geringer Ausbildung; auch eine nicht ausreichende Finanzierung ambulanter Therapie kann zu Fehlentwicklungen führen, wenn eine begonnene Behandlung aus finanziellen Gründen abgebrochen wird.<sup>207</sup>

**Methodenspezifische Risiken:** Hier wären die den verschiedenen Verfahren und Methoden eigenen spezifischen Gefahren zu nennen, wobei dazu kaum Studien vorliegen (Caspar & Kächele 2008), sodass es sich bisher eher um Annahmen über verfahrenstypische Fehlentwicklungen handelt: Genannt werden z. B. eine starke Abhängigkeit in der Psychoanalyse (Strupp et al. 1994; Schmoll 2012), die Gefahr von sexuellem Missbrauch in Körpertherapien (Caspar & Kächele 2008) oder die Demoralisierung und Symptomverschlimmerung bei gescheiterten Expositionen oder das »Übertrainieren« sozialer Fertigkeiten bis zum Egozentrismus in der Verhaltenstherapie (Nestoriuc & Rief 2012). Hier stehen systematische Untersuchungen aus.

**Singuläre Fehler:** Dies wären Fehler, die situations- und/oder personenspezifisch sind, z. B. eine Fehllindikation, eine fehlende Pas-

sung zwischen Patient und Therapeut, unprofessionelles oder unethisches Verhalten des Therapeuten.

Conrad und Auckenthaler (2010) kommen in ihrer qualitativen Studie zu dem Ergebnis, dass, unabhängig vom Therapieansatz, ein »verhängnisvolles Zusammenspiel« von Erwartungen sowie von Denk- und Beziehungsmustern des Patienten und einem dazu nicht passenden therapeutischen Angebot zu Fehlentwicklungen führen kann. Der Begriff der mangelnden Passung klingt immer etwas schicksalhaft (»es hat halt nicht gepasst«). Dabei liegt es in der Verantwortung des Therapeuten sowohl die Passung des Patienten zu seiner Therapiemethode also auch zu seiner Therapeutenpersönlichkeit zu prüfen und bei Nichtpassung entweder an einen Kollegen zu verweisen oder sein Verhalten zum Wohle dieses Patienten zu verändern.

Auch alle Formen der Nicht-Realisierung der wirksamen Prozesselemente gehören hier hinein. Dies betrifft sowohl die allgemeinen Wirkfaktoren als auch die verfahrensspezifischen. Hierzu gehört auch die Unkenntnis über neuere Entwicklungen der Behandlungstechnik oder über differenzielle Indikation. Subtiler sind Fehlentwicklungen, die dadurch entstehen, dass persönliche Beziehungsmuster beim Therapeuten aktiviert werden, die zu unproduktivem oder gar schädlichem Verhalten führen (vgl. Caspar & Kächele, 2008) oder die von Krause (2009; Krause 2012) beschriebenen Formen des Scheiterns aufgrund von affektiven dyadischen Prozessen.

Bisher wenig beachtet wurde, dass es auch einfach wenig kompetente Therapeuten gibt: So fanden Okiishi et al. (2003), dass die erfolgreichsten Therapeuten in

<sup>207</sup> Zu struktur- bzw. systembedingten Fehlentwicklungen gehört eigentlich auch, wenn Patienten aufgrund einer Unterversorgung gar keine oder zu spät Behandlung erhalten und dies zur Verschlechterung oder Chronifizierung führt – allerdings ist dies dann keine Fehlentwicklung *durch* Therapie.

ihrer Studie ca. zehnmal größere Effekte erzielten, als die am wenigsten erfolgreichen, bei denen Patienten sich verschlechterten. Ähnlich dramatische Unterschiede zwischen den Therapeuten fand auch Sandell et al. (2006).

Als singuläre Fehler, auch wenn das in diesem Zusammenhang verharmlosend klingt, muss nach dieser Einteilung dann auch unethisches Verhalten von Therapeuten gezählt werden, wie die verschiedenen Formen von Missbrauch (► Kap. 36.3.1).

### 40.3 Fehlentwicklungsprophylaxe?

Kächele und Caspar (2012) plädieren für die Etablierung einer *Fehlerkultur* in der Psychotherapie. Dabei geht es darum, »über einen konstruktiven Umgang mit Fehlern in der Psychotherapie nachzudenken« (ebd., S. 245).

Bei einer **Fehlerkultur** in der Psychotherapie geht es »immer um zwei Ziele:

1. Fehlentwicklungen zu erkennen, um in einer laufenden Therapie Korrekturen vorzunehmen *und*
2. aus zurückliegenden Therapien für neue zu lernen.

Wichtig ist dabei ein gutes Verständnis der Wirkweise der Therapien und dass man sich überhaupt mit den Misserfolgen gezielt beschäftigt« (Kächele & Caspar 2012, S. 244).

Mittlerweile finden sich etliche Vorschläge zur Vermeidung oder Vorbeugung von Fehlentwicklungen (z.B. Hoffmann et al. 2008; Märten 2012; Sulz 2012). Häufig genannt werden folgende Aspekte:

- Geregelte Zulassungsverfahren für die unterschiedliche Psychotherapieformen;
- Einrichtung von Melderegistern (anonym, Hilfsangebote);
- Bereitstellung von Behandlungsrichtlinien;
- Fundierte Aus- und Weiterbildung sowie kontinuierliche Supervision;
- Selbstreflexion, Kenntnis über eigene Schwächen der Behandler;
- sorgfältige Dokumentation problematischer Effekte in Psychotherapiestudien;
- sorgfältige Aufklärung des Patienten über Chancen und Risiken der Therapie;
- Strategiewechsel erwägen (nicht einfach nur »mehr des Gleichen«);
- Wechsel der Therapiemethode/Überweisung erwägen;
- evtl. Partner einbeziehen (z.B. kurzes Gespräch zu Beginn der Therapie).

Neuerdings werden auch kurz getaktete Feedbacksysteme erprobt, die dem Behandler während einer laufenden Behandlung Rückmeldungen über die (Fehl-)Entwicklung des Patienten geben. Dies kann die Verschlechterungsraten verringern (Lambert & Shimokawa 2011).