

Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie – Das ECRS-ATR-Schema

Marie-Luise Haupt & Michael Linden¹

Zusammenfassung

Während die Wirksamkeit von Psychotherapie gut belegt ist, werden unerwünschte Wirkungen nur randständig diskutiert, obwohl in 5–10 Prozent der Behandlungsfälle mit Nebenwirkungen zu rechnen ist. In diesem Beitrag werden Gründe für die Vernachlässigung des Themas Nebenwirkungen in der Psychotherapie diskutiert, wie z.B. fehlende Klassifikationssysteme, Probleme mit der Kausalitätsbestimmung oder auch die Haftbarkeit des Therapeuten. Anschließend wird der Kontext beschrieben, in denen sich Nebenwirkungen entwickeln und nach der begrifflichen Klärung ein System (Ereignis-Kontext-Relation-Schwere, ECRS-ATR) zur Erfassung und Dokumentation vorgeschlagen. Abschließend wird der Einsatz des ECRS-ATR Systems in der Praxis, Forschung und Ausbildung diskutiert.

Schlüsselwörter

Psychotherapie, unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen, Behandlungsfehler

Abstract:

While the efficacy of psychotherapy is well documented, little emphasis has been laid on the discussion of unwanted effects. Yet one has to expect negative therapy outcomes in 5–10 percent of all cases. In this article reasons for the negligence of side effects in psychotherapy are discussed, such as insufficient conceptualization of side effects, the question of causality, or the liability of the therapist. Subsequently we describe the context in which side effects evolve and offer a definition that enables a systematic research on unwanted phenomena. A system for detection and documentation of side effects in psychotherapy (event-context-relation-severity, ECRA-ATR) is presented and its application in practice, research and training discussed.

Key words

psychotherapy, unwanted effects, side effects, therapeutical malpractice

Nebenwirkungen als »Stiefkind« der Therapieforschung

Psychotherapie gilt heute als empirisch gut fundiertes Therapieverfahren (Smith et al., 1980; Roth & Fonagy, 1996; Shadish et al., 1997; Lambert & Ogles, 2004; Lundeen, 2005; Fonagy, 2010). Dies betrifft jedoch vorrangig die Wirksamkeitsbelege, während die systematische Betrachtung und Diskussion von Misserfolgen, Fehlentwicklungen oder gar Therapieschäden vergleichsweise wenig Aufmerksamkeit gefunden hat (Jacobi, 2001; Caspar & Kächele, 2008; Hoffmann & Strauß, 2008; Lieberei & Linden, 2008; Berk & Parker, 2009). Die Vernachlässigung von Nebenwirkungen im Bereich der Psychotherapie steht in deutlichem Kontrast zur Bedeutung in der Pharmakotherapie (Grohmann et al., 1993; Gunnell, Saperia & Ashby, 2005). So wird beispielsweise in der S3-Leitlinie zur Versorgung der unipolaren Depression (DGPPN et al., 2009) in dem Absatz *Pharmakotherapie* explizit über mögliche Nebenwirkungen und Risiken informiert, ein Drug Monitoring empfohlen und die Erstellung einer Kosten-Nutzen-Analyse gefordert, während im Abschnitt *Psychotherapie* Hinweise auf potenziell unerwünschte Begleiterscheinungen vollständig fehlen. Es könnte der Eindruck entstehen, Psychotherapie sei eine weitgehend nebenwirkungsfreie Behandlungsmethode, da ja »nur geredet wird (Nutt & Sharpe, 2008).

¹ Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation an der Charité Universitätsmedizin Berlin; Institut für Verhaltenstherapie Berlin.

Im Folgenden soll diskutiert werden, (a) mit welcher Häufigkeit an Nebenwirkungen in der Psychotherapie zu rechnen ist, (b) warum sich die Psychotherapieforschung mit Nebenwirkungen schwer tut, (c) wie Psychotherapienebenwirkungen zu definieren sind, (d) wie sie entstehen können und (e) wie man sie systematisch erfassen kann.

Häufigkeit von Psychotherapie-Nebenwirkungen

Seit den 60er Jahren ist das Varianzerweiterungsphänomen bekannt, wonach sich ein Teil der Patienten bessert und ein anderer verschlechtert, während der Gruppenmittelwert dadurch möglicherweise sogar unverändert bleibt (Bergin, 1963). Demnach gibt es eine nicht zu vernachlässigende Gruppe von Patienten, die sich im Verlauf einer Psychotherapie verschlechtern (Bergin, 1966; Kernberg, 1973). In den Metaanalysen von Smith et al. (1980) und Shapiro und Shapiro (1982) waren zum Beispiel 9–11% der ermittelten Effektstärken negativ. Empirische Untersuchungen zur Rate der Nebenwirkungen von Psychotherapie sprechen dafür, dass es bei 3% bis 15% der Behandlungsfällen zu relevanten unerwünschten Wirkungen kommt (Werch & Owen, 2002; Rhule, 2005; Moos, 2005; Jarrett, 2007; Lilienfeld, 2007; Hoffmann et al. 2008; Berk & Parker, 2009; Dimidjian & Hollon, 2010; Barlow, 2010). Damit läge die Rate von Nebenwirkungen in der Psychotherapie in derselben Größenordnung wie in der Pharmakotherapie. Nach Lambert und Ogles (2004) sollte über alle Formen von Psychotherapie hinweg von einer Basisrate von 5–10% mit negativen Therapiefolgen ausgegangen werden.

Eine systematische Betrachtung der Prävalenz, Qualität und Intensität von Nebenwirkungen ist durch die bisherigen Forschungsarbeiten aber kaum möglich. Unerwünschte Therapieergebnisse wurden selten geplant beobachtet, sondern aus Verschlechterungen der im Fokus stehenden Symptomatik rekonstruiert. Die Ergebnisse aus Anekdoten und Einzelfallanalysen lassen sich nur begrenzt auf andere Therapien übertragen und einige der Berichte über nachteilige Auswirkungen stammen zudem nicht aus dem Hauptanwendungsbereich der Psychotherapie. Wenn explizit die Verschlechterung von Patienten untersucht wurde, beschränken sich die Berichte zumeist auf die primäre Symptomatik. Dabei ist es durchaus notwendig, vielfältigere Variable als die Leitsymptome der psychischen Störung zu betrachten. Lilienfeld (2007) betont, dass es sich bei der Untersuchung von Schäden durch Psychotherapie um ein multidimensionales Problem handelt. Demnach ist es unausweichlich, bei der systematischen Untersuchung von Nebenwirkungen alle Funktionsbereiche des Patienten zu betrachten. Psychotherapie könnte demnach auch negative Auswirkungen auf unbehandelte Partner (Hessler & Lamprecht, 1986) und Familiensysteme haben (Szapocznik & Prado, 2007).

Nebenwirkungen können sich auch unmittelbar in der Patient-Therapeut-Beziehung niederschlagen (Klug et al., 2008). Ein Beispiel sind innertherapeutische sexuelle Beziehungen. Nach konservativen Schätzungen haben etwa 10% der männlichen und 2,5% der weiblichen Therapeuten sexuellen Kontakt zu ihren Patienten aufgenommen (Fischer & Becker-Fischer, 2005; Bachmann & Ziemert, 1995). Gleichmaßen können auch sehr charismatische oder konfrontative und zur Selbstöffnung auffordernde Psychotherapeuten zu negativen Wirkungen für den Patienten führen (Mohr, 1995; Yalom & Lieberman, 1971).

Es gibt eine Reihe von Forschungsbemühungen, die versuchen herauszufinden, was erfolgreiche von den weniger erfolgreichen Therapeuten unterscheidet (Okiishi et al., 2003). Demografische Variablen der Therapeuten, wie z.B. Geschlecht, Alter, Berufserfahrung oder theoretische Orientierung, scheinen keinen Einfluss auf die Therapieergebnisse zu haben (Beutler et al., 2004). Es lässt sich an dieser Stelle aber auch diskutieren, ob die Bildung von Rangreihen mit »besten und schlechtesten« Therapeuten zur Entstehung einer offenen und konstruktiven Fehlerkultur förderlich ist.

Probleme der Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie

Obwohl Nebenwirkungen in der Psychotherapie nach den vorliegenden Daten durchaus häufige und ernsthafte Ereignisse sind, ist die geschilderte Datenlage nicht befriedigend. Es gibt eine Reihe von Gründen, warum sich Praktiker und Forscher mit Nebenwirkungen psychotherapeutischer Methoden schwer tun:

a) *Unzureichende Begriffsklärung und fehlende Systematik*

Bislang gibt es keine anerkannte Klassifikation, geschweige denn Methodik zur Erfassung von Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Um Nebenwirkungen zu erkennen, zu dokumentieren und gegebenenfalls durch adäquate Gegenmaßnahmen zu vermeiden, bedarf es zunächst einer klaren Definition des Gegenstandes. Bis heute ist aber nicht geklärt, was unter Nebenwirkungen von Psychotherapie konkret zu verstehen ist. Ebenso fehlt es an standardisierten Verfahren, die eventuelle Fehlentwicklungen psychotherapeutischer Behandlungen erfassen und diese zur Verbesserung der Methoden einsetzbar machen.

b) *Was sind erwünschte und unerwünschte Wirkungen?*

In der Psychotherapie ist es besonders schwierig, zwischen positiven und negativen Therapiewirkungen zu unterscheiden. So bedarf es zusätzlicher Annahmen, um entscheiden zu können, ob eine Scheidung im Kontext einer Psychotherapie eine erwünschte oder unerwünschte Wirkung ist. Dabei ist zu beachten, dass ein Ereignis in vielen Fällen keine positive oder negative Bedeutung an sich hat, sondern in erster Linie durch die Bewertung dieser Ereignisse durch ein Individuum zu emotionalen Konsequenzen und entsprechendem Verhalten führt (Ellis, 1962). Unerwünschte Wirkungen sind daher nur unter Bezug zu Therapiezielen, Grundbedürfnissen, Lebensregeln oder Lebenszielen des Patienten zu beschreiben. Dabei sind unterschiedliche zeitliche Zusammenhänge zu berücksichtigen, d.h. kurzfristige und langfristige positive wie negative Wirkungen zu unterscheiden.

c) *Kausalität – Welches Problem ist therapiebedingt?*

In der Psychotherapie ist es in vielen Fällen schwierig, zwischen von der Therapie unabhängigen Lebensentwicklungen, unabwendbaren Krankheitsentwicklungen und durch die Therapie verursachten unerwünschten Effekten zu unterscheiden. So kann beispielsweise ein Misserfolg auf eine nicht aufzuhaltende Entwicklung einer psychischen Störung zurückzuführen sein, eine Folge einer ordnungsgemäßen Behandlung, d.h. eine Nebenwirkung sein oder durch Fehlverhalten des Behandlers entstehen, d.h. eine Kunstfehlerfolge sein.

d) *Abgrenzung von Nebenwirkungen und Kunstfehlern*

Nebenwirkungen sind unerwünschte Folgen einer korrekt angewandten Therapie. Unerwünschte Folgen einer inkorrekt durchgeführten Therapie sind hingegen auf Kunstfehler zurückzuführen, die nicht der Therapie an sich angelastet werden können. Mit Blick auf diese Unterscheidung wäre also bei Feststellung einer Nebenwirkung zunächst zu klären, ob die durchgeführte Psychotherapie korrekt war. Dazu fehlen aber auf weite Strecken klare Standards, sodass es im Einzelfall schwierig ist zu entscheiden, ob ein bestimmtes Vorgehen fachgerecht war oder nicht. Auch die Entscheidung, welche Methode zu einem bestimmten Zeitpunkt in der aktuellen Lebenssituation des Patienten unter Berücksichtigung seiner Ressourcen, seiner Komorbidität und seiner Veränderungsmotivation und unter dem Eindruck der Tragfähigkeit der Therapiebeziehung indiziert ist, den größten Effekt und das geringste Risiko hat, ist schwer zu fällen (Caspar & Kächele, 2008). Dies erschwert die Feststellung, ob unerwünschte Wirkungen unausweichlich waren oder bei anderem therapeutischen Vorgehen durchaus hätten vermieden werden können.

e) *Haftbarkeit – Verantwortlichkeit des therapeutischen Handelns*

Nebenwirkungen von Psychotherapie können auf therapeutische Interventionen, das Handeln des Therapeuten und seine Person zurückgeführt werden. Dies ist eine grundlegende Unterscheidung zur medikamentösen Behandlung, in der sich die Wirkung eines Präparats relativ unabhängig vom verschreibenden Arzt entfaltet. Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie hingegen ergeben sich potenziell aus persönlich zu verantwortenden Handlungen des Therapeuten und können somit auch strafrechtlich verfolgt werden (siehe für einen Überblick: Packmann & Cabot, 1994). Es ist von daher verständlich, dass Therapeuten wenig geneigt sind negative Folgen eigenen Verhaltens zu diskutieren. Nebenwirkungen können auch schnell in eine Kunstfehlerdiskussion münden, was es Therapeuten aus haftungsrechtlichen Gründen geradezu verbietet, Nebenwirkungen öffentlich anzusprechen. Daraus könnte sich eine Neigung entwickeln, Nebenwirkungen zu übersehen, nicht zu thematisieren, umzuinterpretieren oder externen Gründen zuzuschreiben.

f) *Mangelndes Problembewusstsein und Attributionsbias*

Märtens & Petzold (2005) gehen davon aus, dass die Einstellungen von Therapeuten zu Nebenwirkungen ihrer Arbeit deren Erforschung erschweren. Sie berichten von einer

Untersuchung, in der die Therapeuten bei erfolgreich verlaufender Behandlung in 56% der Fälle die eingetretene Änderung auf ihre Arbeitsweise zurückführten, während sie dies bei nicht erfolgreicher Therapie nur zu 26% taten. Die Therapeuten scheinen Misserfolge external und Erfolge als zu ihrer Person und Methode zugehörig zu attribuieren. Daraus könnte man schließen, dass die Therapeuten Nebenwirkungen ihrer eigenen Arbeit unterschätzen, genauso wie sie die positiven Effekte ihres eigenen Verhaltens überschätzen (Freyberger, 2007).

Definition von Nebenwirkungen

Wenn Nebenwirkungen mehr Beachtung finden sollen, dann bedarf es, wie bereits ausgeführt, zunächst einer konzeptionellen und terminologischen Klärung. Jacobi (2001) schlägt vor, Nebenwirkungen als eine spezielle Form von Misserfolg der Psychotherapie anzusehen. Hoffmann et al. (2008) unterscheiden zwischen *Misserfolgen* (unzureichende oder ganz fehlende Erreichung der in der Therapie explizit und implizit angestrebten Ziele), *Nebenwirkungen* (alle unerwünschten Wirkungen, das Auftreten anderer und dabei nachteiliger Effekte als der angestrebten Therapieziele) und *Therapieschäden* (das Auftreten unerwarteter anhaltender und für den Patienten erheblich nachteiliger Auswirkungen der Therapie). Diese Definitionen und Klassifikationen sind nur begrenzt hilfreich, da auch eine Psychotherapie, die ihre Therapieziele erreicht, Nebenwirkungen verursachen kann. Psychotherapie-Nebenwirkungen müssen also unabhängig vom Therapieergebnis als eigenständiges Phänomen betrachtet werden. Ebenso muss, wie bereits dargelegt, auch zwischen Nebenwirkungen und Folgen inadäquater Therapie unterschieden werden, wozu die Unterscheidung von Therapieschäden und Nebenwirkung weder theoretisch noch klinisch hilfreich ist.

Nimmt man Bezug auf die Nebenwirkungsforschung in der Pharmakotherapie (Kalachnik 1999), dann gilt nach dem »Gesetz über den Verkehr von Arzneimitteln (AMG, §4)«, dass Nebenwirkungen »die beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines Arzneimittels auftretenden schädlichen unbeabsichtigten Reaktionen« sind. Diese Definition kann auf die Psychotherapie übertragen werden. Danach sind Nebenwirkungen von Psychotherapie alle »Ereignisse, die als Folge einer indizierten und korrekt ausgeführten Psychotherapie auftreten und sich negativ für den Patienten auswirken.«

Kontext und Nebenwirkungen

Die vorgenannte Definition zeigt, dass die Feststellung einer Nebenwirkung voraussetzt, dass ein unerwünschtes Ereignisses auf einen therapeutischen Kontext bezogen werden kann. Die Verschlechterung einer Erkrankung im Rahmen eines natürlichen Krankheitsverlaufes, ist keine Nebenwirkung, während eine Verschlechterung als Folge einer therapeutischen Intervention als Nebenwirkung zu gelten hat. Daher müssen therapeutische Prozesse und Rahmenbedingungen beschrieben werden, die zu Nebenwirkungen führen können.

Dies ist auch wichtig, um Nebenwirkungen von Kunstfehlerfolgen zu unterscheiden, die nicht der Therapie als solcher zugerechnet werden dürfen. Berk und Parker (2009) z.B. sprechen von Nebenwirkungen, wenn eine nicht indizierte Psychotherapie durchgeführt wurde und es deswegen zu einem unbefriedigenden Krankheitsverlauf kommt. Dies ist nach der hier vorgestellten Definition nicht im engeren Sinne als Nebenwirkung zu verstehen. Auch die Folgen einer nicht fachgerechten Durchführung einer indizierten Behandlung durch den Therapeuten (Hoffmann et al. 2008), die Folgen einer unprofessionellen Ausübung der Behandlung, oder Schädigung durch unethisches Verhalten des Therapeuten gehören nicht in den Bereich der Nebenwirkungen. Im Folgenden sollen einige typische Psychotherapieprozesse beschrieben werden, in deren Kontext auch bei adäquater Therapiedurchführung negative Folgen für den Patienten entstehen können. Dabei wird vorrangig auf verhaltenstherapeutische Interventionen Bezug genommen. Prinzipiell gelten die folgenden Ausführungen jedoch auch für andere therapeutische Ansätze.

Nebenwirkungen in der Folge der Therapiezielwahl

Psychotherapeuten sind gefordert, bei Problemen ihrer Patienten nach den psychischen Bedingungen und psychotherapeutischen Ansatzpunkten zu fragen. Viele psychische Symptome

können jedoch multiple Ursachen haben. Wenn ein Patient über Überforderung am Arbeitsplatz, Müdigkeit und schlechte Stimmung berichtet, dann ist es korrekt nach Belastungen am Arbeitsplatz zu fragen, diese herauszuarbeiten und Bewältigungsstrategien einzuüben. Dies kann dazu führen, – insbesondere, wenn die so eingeleitete Therapie zu einer Besserung führt – dass die Symptomatik sich derart ändert, dass Hinweise auf eine möglicherweise zugrunde liegende Multiinfarktdemenz nicht mehr oder erst sehr viel später erkannt werden können. Dem Patienten kann dadurch Schaden entstehen, weil eine frühe spezifische Therapie, die die Progredienz hätte verhindern können, nicht eingeleitet wurde. Im Gegensatz zu einem diagnostischen Kunstfehler, gilt in diesem Beispiel, dass gerade eine erfolgreiche und indizierte Therapie letztlich eine weiterführende Diagnostik verhindert hat.

Nebenwirkungen als Folge theoretischer Modelle

Psychotherapeuten betrachten ihre Patienten und die beklagten Symptome im Lichte ihrer professionellen Theorien und theoretischen Modelle. Wenn ein Therapeut beispielsweise nach dem schematherapeutischen Modell von der Vorstellung geleitet wird, dass die Mutter wesentlich an der Entstehung einer Persönlichkeitsstörung beteiligt war und deswegen die Beziehungsprobleme zwischen Patient und Mutter in den Fokus der Therapie rückt, dann kann dies zu einer Verschärfung von Konflikten zwischen Patient und Mutter in der Gegenwart führen, bis hin zum Verlust einer wichtigen Bezugsperson.

Ein solcher theoretischer Fokus kann analog zu den vorgenannten diagnostisch bedingten Nebenwirkungen auch dazu führen, dass andere relevante Aspekte in den Hintergrund treten und damit wichtige alternative Therapieansätze nicht genutzt werden.

Schließlich kann es über derartige Theoriemodelle zu Belastungen der Beziehung zwischen Patient und Therapeut kommen. Derartiges passiert, wenn ein Patient dem vom Therapeuten eingeschlagenen Konzept nicht folgen kann, weil Krankheitskonzepte und Theoriemodelle vom Patienten falsch verstanden werden, gegen dessen Wertvorstellungen verstoßen oder eigenen psychischen Erklärungen widersprechen.

Nebenwirkungen als Folge dysfunktionaler Interpretationen

Von den durch die theoretische Orientierung bedingten Nebenwirkungen sind psychotherapiebedingte dysfunktionale Interpretationen abzugrenzen. Durch eine psychotherapeutische Anamneseerhebung können Zusammenhänge hergestellt werden, die zu negativen Folgen führen. Wenn einem Patient aufgrund psychotherapeutischer Nachfragen bewusst wird, dass er seinen Herzinfarkt am Arbeitsplatz bekommen hat und daraus eine kausale Verknüpfung ableitet, dann kann dies in eine Arbeitsplatzphobie münden, selbst wenn kein Zusammenhang bestand.

Nebenwirkungen als Folge der Induktion von Fehlerinnerungen

Ein Sonderproblem im Kontext der psychotherapeutischen Diagnostik ist die Induktion von Fehlerinnerungen. Durch eine theoriegeleitete Anamneseerhebung können nicht nur unproblematische Ereignisse aus der Vorgeschichte problematisiert werden, sondern es kann sogar zu Erinnerungen an Ereignisse kommen, die nie bestanden haben. Ein Beispiel sind falsche »Diagnosen« von sexuellem Missbrauch in der Kindheit mit allen unerwünschten Konsequenzen, die daraus erwachsen können.

Nebenwirkungen im Kontext von Problemerinnerungen

In jeder Psychotherapie wird über Probleme gesprochen, über Schwierigkeiten im Leben des Patienten oder eigene Insuffizienzen. Die Erinnerung und das Reden über derartige Probleme müssen zwingend zu einer Stimmungsbeeinträchtigung führen. Nach der »Mood-State-Hypothese« werden daraufhin dann noch weitere negative Kognitionen generiert (Miranda & Persons, 1988). Man muss daher davon ausgehen, dass jegliche Psychotherapie ihrer Natur nach zunächst einmal mit Nebenwirkungen beginnt.

Nebenwirkungen im Kontext von Sensitivierungsprozessen

Erinnerungen können sich schließlich auch verselbstständigen und Sensitivierungsprozesse einleiten. Wenn ein Patient beispielsweise einen Unfall erlitten hat und dann in der Therapie dieser Unfall in allen Details immer wieder neu durchgesprochen und visualisiert wird, dann kann durch dieses kognitive Rehearsal die Erinnerung und damit die Angstreaktion immer lebhafter werden, statt abzuklingen. Letztlich führt die wiederholte Durcharbeitung eines erlebten oder sogar nur visualisierten Ereignisses zu überdauernden Einstellungsänderungen und emotionalen Reaktionen. Dies erklärt zum Beispiel die erhöhte Rate überdauernder emotionaler Probleme nach zu frühem »debriefing« nach Katastrophenerlebnissen. Erinnerungen und Visualisierungen können schaden und zu vermehrter Angst führen.

Nebenwirkungen im Kontext einer wirksamen Behandlung

Es gilt der Grundsatz, dass jede Therapie die wirkt, genau deshalb auch Nebenwirkungen produzieren kann. Bei einem Patienten, der über Probleme am Arbeitsplatz klagt, kann es eine sinnvolle Intervention sein, im Rahmen eines Trainings der sozialen Kompetenz zu üben »Nein zu sagen«. In der Anwendung kann dies jedoch dazu führen, dass der Patient an der falschen Stelle oder zu häufig »Nein« sagt, sodass die Repressalien infolge der Therapie eher zu- denn abnehmen. Außerdem können in den sozialen Beziehungen außerhalb des Arbeitsplatzes Probleme entstehen, wenn das Umfeld des Patienten mit seiner neuen Durchsetzungsfähigkeit nur schwer zurechtkommt.

Nebenwirkungen im Kontext von Enthemmungsphänomenen

Psychotherapie arbeitet darauf hin, Probleme besser herauszuarbeiten, zu beschreiben und entsprechende Problemlösungen herbeizuführen. Wenn dieser Prozess nicht vollständig gelingt, kann es auf dem Weg dorthin zu Patientenfehlverhalten kommen. Wird beispielsweise mit einem Patienten seine eheliche Situation analysiert und wird für den Patienten erstmals deutlich, dass die Beziehung irreparabel am Ende ist, während sich der Patient bis dahin noch Hoffnung gemacht hatte, dann könnte es bei nicht ausreichender emotionaler Verarbeitung zu einer Kurzschlussreaktion im Sinne einer übereilten Trennung oder sogar zu Gewalttaten gegen den Partner kommen.

Nebenwirkungen im Kontext technischer Komplikationen

Psychotherapeutische Interventionen, z.B. eine Expositionsübung, können technisch auf verschiedene Art umgesetzt werden. Eine hundertprozentige Steuerung ist nur bedingt möglich. Dadurch kann es zu therapeutisch-technischen Schwierigkeiten und in der Folge zu negativen Entwicklungen kommen. Wenn es beispielsweise im Rahmen einer Panikstörung bei einer Expositionsbehandlung nicht gelingt, mit dem Patienten eine Reaktionsexposition durchzuführen und stattdessen eine Stimulusexposition vorgenommen wird (was für einen Unkundigen nahezu identisch aussieht), dann könnte dieses technisch ungünstige Vorgehen nicht zu einem Nachlassen von Angst sondern zu einem Angstlernen führen. Der Patient hat nach der Therapie deutlich mehr Angst als vorher.

Nebenwirkungen im Kontext der therapeutischen Beziehung

Es ist eine wichtige Aufgabe jeder Psychotherapie eine gute Therapeut-Patient-Beziehung herzustellen. Die Patienten erleben im Rahmen der Behandlung häufig zum ersten Mal, dass sich ihnen jemand unvoreingenommen zuwendet, ihnen zuhört und ihnen Wertschätzung entgegen bringt. Wenn diese gute Beziehung nun dazu führt, dass der Patient meint, ohne den Therapeuten nicht mehr leben zu können und damit Angst vor einem Therapieende entwickelt, dann ist dies als Nebenwirkung anzusehen. Eine besonders »gute« therapeutische Beziehung kann also Ausdruck einer Nebenwirkung sein.

Ebenso ist eine beziehungsabhängige Nebenwirkung, wenn der Therapeut sich durch den Patienten angegriffen fühlt oder der Patient beim Therapeuten eigene problematische psychische Reaktionen auslöst, sodass er dann in der Folge den Patienten ablehnt oder keine Distanz mehr zur Psychopathologie des Patienten halten kann.

Vorgehen beim Erfassen von Nebenwirkungen

Aus den vorgenannten Überlegungen ergibt sich die methodische Frage, wie man nun solche Nebenwirkungen von Psychotherapie erfassen kann. Zunächst müssen negative Ereignisse registriert werden, sie müssen in Zusammenhang mit einer laufenden oder stattgefundenen Psychotherapie gebracht werden und es muss letztlich auch unterschieden werden zwischen Nebenwirkung und Kunstfehler. In der Psychopharmakotherapie stellt sich das gleiche Problem. Hier gibt es eine Reihe von Erhebungsinstrumenten für Nebenwirkungen (Kalachnik, 1999), in denen Urteile zu den vorgenannten Punkten abgefragt werden. Es wird dabei zwischen unerwünschtem Ereignis (»adverse event«, AE) und unerwünschter Wirkung des Medikaments (»adverse drug reaction«, ADR) unterschieden. Letzteres wird häufig synonym mit dem Begriff Nebenwirkung verwendet. Und es wird stets nach der Art der Behandlung gefragt, da ein Todesfall nach einer Überdosierung natürlich anders zu beurteilen ist als nach ordnungsgemäßer Anwendung eines Arzneimittels. Im Folgenden soll in Anlehnung an dieses Prinzip ein Modell zur Erfassung und Quantifizierung von Psychotherapie Nebenwirkungen vorgestellt werden (Linden, 2012).

Das Ereignis-Context-Relation-Schwere Schema (ECRS-ATR)

Auch bei der Erfassung von Nebenwirkungen von Psychotherapie muss zunächst einmal unterschieden werden zwischen »unerwünschten Ereignissen« (UE) und unerwünschten Wirkungen, die durch die Therapie verursacht werden (»adverse treatment reaction«, ATR). Unerwünschte Ereignisse sind alle negativen oder nicht erwünschten Vorkommnisse in zeitlichem Zusammenhang mit einer Therapie.

Tabelle 1 gibt eine Übersicht über Typen von unerwünschten Ereignissen, wie sie aus der klinischen Praxis, der Analyse der oben geschilderten Entstehungsprozesse und der wissenschaftlichen Literatur abgeleitet werden können. Dies umfasst ein unzureichendes Therapieergebnis, das Erfordernis einer Therapieverlängerung, Non-Compliance des Patienten, Auftreten neuer Symptome, Symptomverschlechterung, Unwohlsein des Patienten, Spannungen in der Patient-Therapeut-Beziehung, außerordentlich gute Patient-Therapeut-Beziehung, Probleme in den familiären Beziehungen, Änderungen in familiären Beziehungen, Probleme im Beruf, Änderungen in der Berufssituation, Arbeitsunfähigkeit des Patienten, Probleme in sonstigen Sozialbeziehungen, sonstige Änderungen in der Lebenssituation des Patienten oder Soziale Stigmatisierung. Wichtig ist, dass auch vordergründig positive Ereignisse Anlass zu einem kritischen Hinterfragen sein können, wie beispielsweise eine außerordentlich gute Therapeut-Patient-Beziehung.

#Tab. 1 PDF hier einfügen#

Tabelle 1: Erfassungs- und Ratingbogen für Nebenwirkungen von Psychotherapie

Derartige unerwünschte Ereignisse sind zunächst einmal zu erfassen, ohne dass bereits ein Bezug zur Therapie oder Vorstellungen über deren Genese vorliegen. Ein Ereignis ist dann als unerwünscht zu klassifizieren und zu erfassen, wenn für den Patienten daraus negative Folgen entstehen, seine Therapieziele, Lebensziele oder Grundbedürfnisse gefährdet werden. Solche UEs sollten auch dann erfasst und benannt werden, wenn zunächst klar scheint, dass es sich nicht um ein durch die Therapie hervorgerufenen Ereignis handelt, da sich ein solcher Primäreindruck durchaus bei näherer Überprüfung ändern kann. So ist beispielsweise eine Scheidung im Kontext von Psychotherapie immer ein negatives bzw. unerwünschtes Ereignis, auch wenn sie therapeutisch als unvermeidlich angesehen oder sogar angestrebt wurde oder völlig unabhängig von der Therapie erfolgte. Die UE-Liste der Tabelle 1 kann als Checkliste zur Erfassung unerwünschter Ereignisse dienen und vom Behandler in Form eines Interviews abgefragt oder evtl. auch dem Patienten direkt vorgelegt werden.

Bis zum Beweis des Gegenteils sollten UEs als Nebenwirkungen verstanden werden. Im nächsten Schritt ist daher zu klären, dass es sich nicht um eine Nebenwirkung (ATR) handelt. Dazu ist zu prüfen, ob die Entwicklung des unerwünschten Ereignisses in einen Bezug zur laufenden Psychotherapie gebracht werden kann. Dies geschieht indem nach dem therapeutischen Kontext gefragt wird, in dem das unerwünschte Ereignis aufgetreten ist. Tabelle 1 zeigt eine Liste von Entwicklungskontexten wie diagnostisches Vorgehen, theoretische Orientierung, Wahl des

Therapiefokus, Therapieintervention, Sensitization Prozesse, Enthemmungsprozesse, Therapiewirkungen oder Therapeut-Patient-Beziehung.

Auf diesem Hintergrund ist dann in einem dritten Schritt zu beurteilen, ob das identifizierte UE als ATR anzusehen ist. Ein derartiges Urteil kann meist nicht mit letzter Eindeutigkeit für »ja« oder »nein« erfolgen, sondern bleibt ein Wahrscheinlichkeitsurteil. Von daher macht Tabelle 1 einen Vorschlag, wie ein solches Wahrscheinlichkeitsrating gestuft werden kann, von »eindeutig kein Bezug« bis »eindeutig therapiebedingt«. Ein unerwünschtes Ereignis soll nur dann als »ohne Bezug zur Therapie« klassifiziert werden, wenn sich gute Argumente für die Unabhängigkeit von der Therapie finden lassen.

Im vierten Schritt ist dann noch die Schwere der Nebenwirkung zu beurteilen. Die Schwere von Nebenwirkungen leitet sich aus ihren negativen Folgen und Belastungen für den Patienten ab. Ein Maßstab für diese Einschätzung kann sein, welche Konsequenzen aus dem UE folgen. Nebenwirkungen, die keine weiteren Konsequenzen haben, kann man als leicht ansehen, solche die zu subjektivem Leiden führen, sind schon schwerer, und solche die möglicherweise zu wesentlichen Änderungen in der Lebenssituation des Patienten oder im Extremfall gar zum Tode führen, sind als schwer oder besonders schwer einzustufen.

Erfolgt eine Erfassung und Dokumentation von Nebenwirkungen nach dem ECSR-Schema im Rahmen von Studien, dann ist auch noch festzuhalten, welche Maßnahmen ergriffen wurden, um die Nebenwirkungen im besten Falle rückgängig zu machen oder zumindest zu mildern. Durch die systematische Erfassung mit Hilfe des ECSR-ATR Schemas lassen sich viele interessante Fragestellungen untersuchen. Welche Nebenwirkungen treten in der Psychotherapie auf und wie häufig oder wie schwerwiegend sind sie?

Bei direkter Erfragung unerwünschter Therapiewirkungen ist mit einer weitaus höheren Rate von Nebenwirkungen zu rechnen, als wenn nur auf Spontanberichte Bezug genommen wird, was aus der Arzneimitteltherapie hinreichend bekannt ist (Sheftell et al., 2004).

Psychotherapie-Nebenwirkungen in der täglichen Praxis und Supervision

In der Therapie gilt seit jeher eine verpflichtende Regel für Therapeuten »nil nocere«, d.h. nicht zu schaden. Jegliche Therapie sollte daher nebenwirkungsgeleitet erfolgen. Bevor man einen positiven Therapieeffekt anstrebt, muss zunächst sichergestellt werden, dass der Patient keinen bedeutsamen Risiken und Nebenwirkungen ausgesetzt wird. Von daher sollten Behandlungspläne grundsätzlich auch unter dem Aspekt der »Nebenwirkungsorientierung« konzipiert werden.

Da Nebenwirkungen vermutlich ein alltägliches Phänomen in der Verhaltenstherapie sind, müssen Therapeuten eine Sensibilität für unerwünschte Wirkungen, deren Erfassung und gegebenenfalls erforderliche therapeutische Gegenmaßnahmen entwickeln. Es kann als Grundsatz gelten: »Wenn ein Therapeut keine Nebenwirkungen seiner eigenen Behandlung sieht, dann ist das beunruhigend, weil er sie übersehen hat!« Also sollte jeder Therapeut stets bemüht sein zu klären, welche Nebenwirkungen im konkreten Fall zu erwarten bzw. aufgetreten sind. Dabei werden zwei Ziele verfolgt. Zum einen ist es wichtig Fehlentwicklungen einer laufenden Therapie zu erkennen, um Korrekturen vorzunehmen und das Erreichen der Therapieziele sicherzustellen. Zum anderen ist es wichtig aus zurückliegenden Therapien für folgende zu lernen. Nur so kann die Verhaltenstherapie ihrem Anspruch an ständige Weiterentwicklung gerecht werden. Eine systematische und gezielte Beschäftigung mit Misserfolgen, eine aktive Suche nach Hinweisen auf Nebenwirkungen und eine offene Auseinandersetzung mit eigenen Fehlern kann die Therapeuten unterstützen, die Methoden verbessern und den Patienten damit die bestmögliche Behandlung gewährleisten.

Um zu lernen mit kritischen Hinweisen konstruktiv umzugehen, muss das Nebenwirkungsassessment und -management früh gelernt und gelehrt werden (Castonguay et al., 2010). Studien zeigen, dass Psychotherapeuten zunächst schlecht erkennen, wenn sich ein Patient nachteilig entwickelt. Erhalten sie jedoch ein Feedback über den negativen Verlauf können sie sehr gut reagieren und das Therapieergebnis positiv beeinflussen (Lambert et al., 2001; Lambert et al., 2002). Die Berücksichtigung von Nebenwirkungen in der Behandlungsplanung, die Nebenwirkungserkennung und die Einleitung von gebotenen Gegenmaßnahmen muss daher auch in der Ausbildung der Verhaltenstherapeuten und in der Supervision eine angemessene Rolle spielen. Bei Ausbildungssupervisionen sollte daher die Checkliste der Tabelle 1 routinemäßig eingesetzt werden, um die heranwachsenden Therapeuten von Beginn an in dieser Richtung zu

sensibilisieren und ihnen professionelle Kompetenzen an die Hand zu geben, wie mit diesem Problem umzugehen ist.

In einer offenen Fehlerkultur muss es auch keine bedrohliche Erkenntnis sein, dass manche Therapeuten »besser« sind als andere (Luborsky et al., 1985). Im Gegenteil, eine offene Diskussion könnte zur Weiterentwicklung der Profession beitragen, von der alle Beteiligten profitieren. Es sollte demnach eine Selbstverständlichkeit für jede professionelle Psychotherapie sein, Nebenwirkungen zu erwarten, Nebenwirkungen frühzeitig zu erkennen und adäquate Gegenmaßnahmen einzuleiten. Aber auch mit dem Patienten gemeinsam kann über Vor- und Nachteile von anzustrebenden Verhaltensänderungen und dem Weg dorthin diskutiert werden. Patienten könnten davon profitieren sich kritisch mit ihren Veränderungsmöglichkeiten auseinanderzusetzen und eine realistische Einschätzung ihrer Möglichkeiten zu erlangen (McEvoy & Nathan, 2007). Genauso könnte es für Therapeuten entlastend sein, die Grenzen des Machbaren kennen zu lernen.

Fazit

Psychotherapeuten und Wissenschaftler sollten der Vermeidung von Nebenwirkungen ebenso viel Bedeutung beimessen wie dem Erreichen von Therapiezielen. Es bedarf weiterer Forschungsbemühungen, um einen Überblick über Art, Häufigkeit und Schwere der Nebenwirkungen von Verhaltenstherapie und Psychotherapie allgemein zu gewinnen. Denn durch eine systematische Erforschung von Nebenwirkungen kann das Therapieangebot weiter verbessert werden. Wenn Therapeuten lernen Fehlentwicklungen frühzeitig wahrzunehmen und darauf entsprechend zu reagieren, ließen sich die Therapieergebnisse ihrer Patienten noch optimieren.

Darüber hinaus besitzen Psychotherapeuten eine Aufklärungspflicht gegenüber ihren Patienten. In den ethischen Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. und des Berufsverbandes Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (2005, S. 19 bzw. 20) wird beispielsweise gefordert: »Bei heilkundlichen Behandlungen haben sie auf ggf. bestehende Risiken und Alternativbehandlungen hinzuweisen« und »Psychologen, die erkennen, dass eine Fortsetzung der heilkundlichen Behandlung zu keiner weiteren Gesundung oder sogar zu einer Gesundheitsgefährdung von Patienten führen kann, müssen die Behandlung abbrechen«. Nur wer die Risiken kennt, kann im Sinne der guten Praxis solche auch erkennen und versuchen Schaden abzuwenden

Literatur

- Bachmann, K.M. & Ziemert, B. (1995). Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie. Möglichkeit einer epidemiologischen Quantifizierung. *Nervenarzt*, 66 (7), 550–553.
- Barlow, D.H. (2010). Negative Effects from psychological treatments. A perspective. *American Psychologist*, 65 (1), 13–20.
- Bergin, A.E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Consulting Psychology*, 10 (3), 244–250.
- Bergin, A.E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71 (4), 235–246.
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43 (9), 787–794.
- Berufsverband Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. (2005). Ethische Richtlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie e.V. und des Berufsverbands Deutscher Psychologinnen und Psychologen e.V. [PDF-Datei]. Verfügbar unter: http://www.bdp-verband.org/bdp/verband/clips/BDP_Ethische_Richtlinien_2005.pdf [30.11.2010].
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M., Talebi, H., Noble, S. & Wong, E. (2004). Therapist variables. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5th edn., pp. 227–306). New York: Wiley & Sons.
- Bundesministerium der Justiz (2005). Arzneimittelgesetz in der Fassung der Bekanntmachung vom 12. Dezember 2005 (BGBl. I S. 3394), das zuletzt durch Artikel 1 der Verordnung vom 28. September 2009 (BGBl. I S. 3172, (3578)) geändert worden ist. Verfügbar unter: http://bundesrecht.juris.de/amg_1976 [30.11.2010.]
- Caspar, F., & Kächele, H. (2008). Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hg.) *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 729–743). München: Elsevier Verlag, Urban & Fischer.
- Castonguay, L.G., Boswell, J.F., Constantino, M.J., Goldfried, M.R. & Hill, C.E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65 (7), 34–49.

- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BpTK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hg.) für die Leitliniengruppe Unipolare Depression. S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression-Langfassung, 1. Auflage 2009. DGPPN, ÄZQ, AWMF – Berlin, Düsseldorf 2009. Internet: www.dgppn.de, www.versorgungsleitlinien.de, www.awmf-leitlinien.de.
- Dimidjian, S. & Hollon, S.D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65 (1), 21–33.
- Ellis, A. (1962). *Reason and emotion in psychotherapy*. New York: Lyle Stuart.
- Fischer, G. & Becker-Fischer, M. (2005). Folgetherapie nach sexuellem Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie. In U.T. Egle, S.O. Hoffmann & P. Joraschky (Hg.), *Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung* (3. Aufl., S. 608–620). Stuttgart: Schattauer.
- Fonagy, P. (2010). Psychotherapy research: do we know what works for whom? *The British Journal of Psychiatry*, 197 (2), 83–85.
- Freyberger, H.J. (2008). Ethik in der Psychotherapie. In S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hg.) *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 721–727). München: Elsevier Verlag: Urban & Fischer.
- Grohmann, R., Ströbel, C., Rüther, E., Dirschedl, P., Heimchen, H., Hippus, H., Müller-Oerlinghausen, B., Schmidt, L.G. & Wolf, B. (1993). Adverse psychic reactions to psychotropic drugs. A report from the AMÜP study. *Pharmacopsychiatry*, 26 (3), 84–93.
- Gunnell, D., Saperia, J. & Ashby, D. (2005). Selective serotonin reuptake inhibitors (SSRIs) and suicide in adults: meta-analysis of drug company data from placebo controlled, randomised controlled trials submitted to the MHRA's safety review. *British Medical Journal*, 330 (7488), 385–390.
- Hessler, M. & Lamprecht, F. (1986). Der Effekt stationärer psychoanalytisch orientierter Behandlung auf den unbehandelten Partner. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36 (6), 173–178.
- Hoffmann, S.O., Rudolf, G., & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53 (1), 4–16.
- Jacobi, F. (2001). Misserfolgsvorschau in der Verhaltenstherapie. In R. Dohrenbusch und F. Kaspers (Hg.) *Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin* (S. 323–346). Lengerich: Pabst.
- Jarrett, C. (2007). When therapy causes harm. *Psychologist*, 21 (1), 10–12.
- Kalachnik, J.E. (1999). Measuring side effects of psychopharmacologic medication in individuals with mental retardation and developmental disabilities. *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 5, 348–359.
- Kernberg, O.F. (1973). Summary and conclusions of psychotherapy and psychoanalysis: Final report of the Menninger Foundation's Psychotherapy Research Project. *International Journal of Psychiatry*, 11 (1), 62–77.
- Klug, G., Henrich, G., Kächele, H., Sandell, R. & Huber, D. (2008). Die Therapeutenvariable. Immer noch ein dunkler Kontinent? *Psychotherapeut*, 53 (2), 83–91.
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M.J. Lambert (Ed.), *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Auflage, S. 139–193). New York: Wiley & Sons.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Smart, D.W., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L. & Hawkins, E.J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research*, 11 (1), 49–68.
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Vermeersch, D.A., Smart, D.W., Hawkins, E.J., Nielsen, S.L. & Goates, M. (2002). Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: a replication. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 9, 91–103.
- Lieberei, B. & Linden, M. (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102 (9), 558–562.
- Lilienfeld, S.O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives of Psychological Sciences*, 2 (1), 53–70.
- Linden, M. (2012). How to define, find, and classify negative treatment effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions by ratings on the context relation and severity. Submitted.
- Luborsky, L., McLellan, A.T., Woody, G.E., O'Brien, C.P. & Auerbach, A. (1985). Therapists' success and its determinants. *Archives of General Psychiatry*, 42 (6), 602–611.
- Lundeen, E. (2005). EBT and EVT: Can we please stop? *Independent Practitioner*, 25, 1–3.
- Märtens, M. & Petzold, H. (2002). Einführung: Die schwierige Entdeckung von Nebenwirkungen. In M. Märtens und H. Petzold (Hg.) *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 16–39). Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- McEvoy, P.M. & Nathan, P. (2007). Perceived costs and benefits of behavioral change: Reconsidering the value of ambivalence for psychotherapy outcomes. *Journal of Clinical Psychology*, 63 (12), 1217–1229.
- Miranda, J. & Persons, J.B. (1988). Dysfunctional attitudes are mood-state dependent. *Journal of Abnormal Psychology*, 97 (1), 76–79.
- Mohr, D.C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 1–27.
- Moos, R.H. (2005). Iatrogenic effects of psychosocial interventions for substance use disorders: prevalence, predictors, prevention. *Addiction*, 100 (5), 595–604.
- Nutt, D.J., Sharpe, M.S. (2008). Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 22 (1), 3–6.
- Okiishi, J., Lambert, M.J., Nielsen, S.L. & Ogles, B.M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361–373.
- Packman, W.L. & Cabot, M.G. (1994). Malpractice arising from negligent psychotherapy: Ethical, legal, and clinical implications of Osheroff v. chestnut lodge. *Ethics and Behavior*, 4 (3), 175–197.

- Rhule, D.M. (2005). Take care to do no harm: Harmful interventions for youth problem behavior. *Professional Psychology: Research and Practice*, 36 (6), 618–625.
- Roth, A. & Fonagy, P. (1996). *What works for whom? A critical review of psychotherapy research*. New York: Guilford Press.
- Shadish, W.R., Matt, G.E., Navarro, A.M., Siegle, G., Crits-Christoph, P., Hazelrigg, M.D., Jorm, A.F., Lyons, L.C., Nietzel, M.T., Prout, H.T., Robinson, L., Smith, M.L., Svartberg, M. & Weiss, B. (1997). Evidence that therapy works in clinically representative conditions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65 (3), 355–365.
- Shapiro, D.A., & Shapiro, D. (1982). Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin*, 92 (3), 581–604.
- Sheftell, F.D., Feleppa, M., Tepper, S.J., Rapoport, A.M., Ciannella, L. & Bigal, M.E. (2004). Assessment of adverse events associated with triptans – Methods of assessment influence the results. *Headache*, 44, 978–982.
- Smith, M.L., Glass, G.V. & Miller, T.I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Szapocznik, J. & Prado, G. (2007). Negative effects on family functioning from psychosocial treatments: a recommendation for expanded safety monitoring. *Journal of Family Psychology*, 21 (3), 468–478.
- Werch, C.E. & Owen, D.M. (2002). Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs. *Journal of Studies on Alcohol*, 63 (5), 581–590.
- Yalom, I.D. & Lieberman, M.A. (1971). A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry*, 25 (1), 16–30.