

## 5 Risiken und Nebenwirkungen von Verhaltenstherapie

Yvonne Nestoriuc und Winfried Rief

### 5.1 Einleitung

In der Verhaltenstherapie gilt der Grundsatz der Transparenz. Dies schließt ein, Patienten frühzeitig und sensibel über mögliche Nebenwirkungen aufzuklären, um eine informierte Entscheidung für die Behandlung zu ermöglichen sowie Copingprozesse zum Umgang mit möglichen Nebenwirkungen zu bahnen. Auch in der kollegialen Supervision sowie der Ausbildung junger Psychotherapeuten sollte der Umgang mit Risiken und Nebenwirkungen ein zentraler Bestandteil sein.

Zahlreiche klinische Studien belegen die Nützlichkeit und Effektivität psychotherapeutischer Interventionen in der Behandlung vieler psychischer sowie auch somatischer Erkrankungen. Gerade im Kontrast zu medikamentösen Therapien besteht die weit verbreitete Annahme, Psychotherapie sei ein sogenanntes „weiches“ Verfahren, welches wenige bis keine Risiken und Nebenwirkungen mit sich bringt. Allerdings wurde dieses Problem bis heute nur wenig erforscht. So wurde die Frage, wie nebenwirkungsfrei Psychotherapien wirklich sind, weder gezielt untersucht noch beantwortet. Es existiert kein systematischer Katalog zu den Risiken und Nebenwirkungen die mit Psychotherapie im Allgemeinen sowie mit den verschiedenen therapeutischen Verfahren im Speziellen verbunden sind.

Dieser Beitrag beschäftigt sich mit den spezifischen Risiken und Nebenwirkungen der Verhaltenstherapie. Zunächst wird das Risikopotenzial einiger verhaltenstherapeutischer Basisinterventionen abgeleitet und klinisch-praktisch diskutiert. Bestimmte zentrale verhaltenstherapeutische Vorgehensweisen wie die Exposition bergen ein besonderes Risiko an unerwünschten Effekten. Ergänzend werden empiri-

sche Daten einer Online-Erhebung und einer Befragung einer ambulanten Stichprobe ehemaliger Psychotherapiepatienten zu Art und Auftreten negativer Effekte von Psychotherapie dargestellt. Nebenwirkungen wie auch unethisches Therapeutenverhalten wurden dabei mit dem Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie (INEP) erhoben.

Das Thema Nebenwirkungen wurde in der Psychotherapieforschung über Jahrzehnte ignoriert. Um eine vollständig informierte, selbstverantwortliche Behandlungsentscheidung von Patienten möglich zu machen, sollten mögliche Nachteile einer Psychotherapie vor Aufnahme der Behandlung adäquat thematisiert werden. Diese Aufklärung macht zunächst eine Erfassung und Messung möglicher unerwünschter Effekte von Verhaltenstherapien notwendig. In Ergänzung zu den drei von Schulte (1993) genannten Messebenen des Therapieerfolgs (Ursache/Mechanismen, Symptomatik und Krankheitsfolgen) sollte daher als vierte Ebene die Erfassung von unerwünschten Nebenwirkungen berücksichtigt werden (Nestoriuc et al. 2012). Auch effektive Therapien können sich in Bezug auf das Ausmaß dieser Nebenwirkungen unterscheiden und ebenso können bei fehlender symptomatischer Veränderung oder Misserfolg zusätzlich unerwünschte Nebenwirkungen hinzukommen.

So spricht es beispielsweise für einen Therapieerfolg, wenn ein depressiver Patient eine Verbesserung seiner Symptomatik erfährt. Es kann jedoch sein, dass er gleichzeitig vermehrt Konflikte in seinem Freundes- und Familienkreis erlebt, da er in der Therapie gelernt hat eigene Bedürfnisse zu äußern und umzusetzen, die er sich vorher nicht zugestanden hatte. Nur auf Symptomebene betrachtet, wäre diese Therapie ein Erfolg, die neu entstandenen Konflikte können jedoch weiteren Leidensdruck und erhöhte Rückfallgefahr mit sich bringen.

Treten unerwünschte Effekte während oder nach einer Psychotherapie auf, gilt es zunächst festzustellen, ob die Therapie angemessen und korrekt durchgeführt wurde sowie anschließend den Bezug zur Behandlung zu überprüfen. Nach der erstgenannten Differenzierung ergeben sich übereinstimmend mit dem Modell von Hoffmann und Kollegen (2008) unerwünschte Effekte die nach lege artis durchgeführten Therapien auftreten, und solche, die nach unprofessionell ausgeübten Behandlungen auftreten oder durch Schädigungen oder unethisches Verhalten des Therapeuten entstehen. Unerwünschte Effekte, die nach lege artis durchgeführten Psychotherapien auftreten und auf diese zurückgeführt werden können, bezeichnen wir im Folgenden als Nebenwirkungen (Linden 2012). Analog zum Arzneimittelgesetz, welches Nebenwirkungen als „die beim bestimmungsgemäßen Gebrauch eines Arzneimittels auftretenden schädlichen unbeabsichtigten Reaktionen“ (§ 4 dt. Arzneimittelgesetz; Richtlinie 2001/83/EG Artikel 1 [11]) bezeichnet, werden Nebenwirkungen von Psychotherapie als unerwünschte Effekte definiert, die während oder nach ordnungsgemäß durchgeführten Therapien auftreten, mit der Behandlung in bedingten Zusammenhang gebracht werden können und Leiden oder Beeinträchtigung beim Patienten verursachen.

Im Bereich der nicht ordnungsgemäß durchgeführten Psychotherapien unterscheiden Hofmann und Kollegen (2008) ferner die unprofessionell angewandten Behandlungen von unethischem Therapeutenverhalten. Letzteres stellt einen weiteren bisher in der klinischen Forschung sehr wenig beleuchteten Dunkelbereich dar. Es ist davon auszugehen, dass es bei etwa 10% der Psychotherapien zu sexuellen Kontakten zwischen Therapeut und Patient kommt (Tschan 2005), wobei die geschätzte Dunkelziffer bis zum Dreifachen reichen. Körperliche Übergriffe durch den Therapeuten

oder der Bruch der Schweigepflicht stellen weitere gravierende unethische Verhaltensweisen dar, über die bislang nur wenig empirisch geforscht wurde. Unerwünschte Effekte die durch schädigendes oder unethisches Verhalten des Therapeuten auftreten, sind nicht zuletzt als juristisch zu ahndende Straftaten klar abzugrenzen von psychotherapeutischen Nebenwirkungen. Zu einer ausgewogenen Erfolgsmessung in der Verhaltenstherapie gehört neben der Betrachtung der Haupteffekte auch die Erfassung möglicher Nebenwirkungen und negativer Effekte im Sinne unethischen Therapeutenverhaltens. Daher sollte, übereinstimmend mit der weiter oben vorgeschlagenen Ergänzung des Modells zu den Messebenen des Therapieerfolgs von Schulte (1993), die Erfassung von Nebenwirkungen in die verhaltenstherapeutische Basisdokumentation übernommen werden.

Die Erfassung von Nebenwirkungen in Verhaltenstherapien muss im direkten klinischen Kontakt mit dem Patienten erfolgen. Durch eine parallele Befragung zu positiven und negativen Effekten ist eine ausgewogene Erfolgsmessung möglich. Sie sollte auch Teil der psychotherapeutischen Basisdokumentation sein. Nebenwirkungen sollten aus Patienten- und Therapeutensicht erfasst werden. Die Erhebung kann durch standardisierte Instrumente unterstützt werden wie z.B. das Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapien (INEP, Nestoriuc et al. 2011) oder das standardisierte Interview zum Raten Unerwünschter Ereignisse in der Psychotherapie (UE-ATR nach Linden 2012).

Psychotherapie stellt einen Eingriff in das emotionale, kognitive und soziale sowie indirekt auch in das physiologische System eines Patienten dar und wird als solcher nahezu in jedem Fall neben der erwünschten Wirkung noch weitere unerwünschte Effekte nach sich ziehen. In der Verhaltenstherapie gibt es einige Interventionen, die ein besonderes Risiko an solchen unerwünschten Effekten bergen. Im Folgenden werden mögliche negative Effekte verhaltenstherapeutischer Basisinterventionen diskutiert und ein Risikopotenzial abgeleitet. Ziel ist es dabei, vermeidbare unerwünschte Effekte im Sinne von Behandlungsfehlern aufzuzeigen und auf möglicherweise unvermeidbare Nebenwirkungen hinzuweisen. Die notwendige Differenzierung zwischen Nebenwirkungen, die als unerwünschte Effekte nach „lege artis“ durchgeführten Therapien auftreten und solchen, die im Zusammenhang mit Behandlungsfehlern erscheinen, ist oft nur sehr schwer zu treffen und sollte empirisch weiter untersucht werden.

## **5.2 Spezielle Risiken und Nebenwirkungen ausgewählter verhaltenstherapeutischer Interventionen**

### **5.2.1 Expositionsbehandlung**

Die Expositionsbehandlung stellt eine besonders effektive und in der Behandlung verschiedener Störungsbilder wirksam eingesetzte Intervention dar. Wegen der Intensität der ablaufenden intrapsychischen Prozesse birgt diese Methode jedoch gleichzeitig ein hohes Risikopotenzial. Beeindruckende Effektivitätsnachweise für Expositionsbehandlungen existieren in der Behandlung von Panikstörungen, spezifischen Phobien, Zwängen sowie posttraumatischen Belastungsstörungen. Darüber hinaus werden Expositionsbehandlungen mit vielversprechenden Ergebnissen zunehmend auch bei Essstörungen, Schmerzzerkrankungen und somatoformen Störun-

gen eingesetzt. Als eine der wirksamsten Behandlungsmethoden der Verhaltenstherapie hat die Exposition auch das höchste Risiko hinsichtlich unerwünschter Effekte. Das Missglücken einer Exposition durch deren frühzeitigen Abbruch durch den Patienten im Sinne einer Flucht oder (inneren) Vermeidung steht häufig im Zusammenhang mit einer suboptimalen kognitiven Vorbereitung durch den Therapeuten. Generell ist für die erfolgreiche Durchführung einer Expositionsbehandlung eine hohe Adhärenz des Patienten hinsichtlich der Anwendung von Strategien (z.B. die Reaktionsverhinderung im Rahmen der Zwangsbehandlung) sowie der Durchführung von Übungen zu Hause notwendig. Sollte diese, trotz sorgfältiger kognitiver Vorbereitung und Motivationsarbeit seitens des Therapeuten, nicht erreichbar sein, empfehlen einige Autoren, die Expositionsbehandlung abubrechen, beziehungsweise gar nicht erst mit den Übungen zu starten, um das Risiko des Missglückens und der damit verbundenen Demotivation und Enttäuschung des Patienten hinsichtlich seiner Erwartungen an die Psychotherapie vorzubeugen (Foa u. Steketee 1989). Hierbei gilt es besonders zu bedenken, dass jede Exposition eine große Anstrengungsleistung seitens des Patienten bedeutet und daher nur wohlüberlegt und gut vorbereitet eingesetzt werden sollte. Eine aufgrund mangelnder Motivation oder kognitiver Vorbereitung missglückte Exposition kann individuell großen Schaden anrichten und zum Beispiel mit Gefühlen der Hoffnungslosigkeit und Einbrüchen im Selbstbewusstsein betroffener Patienten einhergehen und so die Motivation für zukünftige Therapien insgesamt negativ beeinflussen.

Die Angsterkrankung einer Person hat häufig direkte Auswirkungen auf deren interpersonelle Interaktionsmuster und somit auch auf die Partnerwahl oder Ausgestaltung einer bestehenden Partnerschaft. So werden die Partner häufig in bestehende Vermeidungsstrategien eingebaut und es entstehen in einer Partnerschaft notwendigerweise Dynamiken zur Stabilisierung angesichts der Angsterkrankung des einen Partners. Diese Systeme werden durch die erfolgreiche Behandlung der Angst stark erschüttert und das Risiko, dass die damit einhergehenden Veränderungen als unangenehm erlebt werden und bis hin zur Trennung von Partnerschaften reichen, ist gegeben. Das aktive Ansprechen und gemeinsame Erarbeiten dieses Risikos von Therapeut und Patient, beispielsweise im Rahmen der Exploration der partnerschaftlichen und sozialen Auswirkungen und aufrechterhaltenden Faktoren der Angsterkrankung, ist eine gute Strategie, um Patienten auf dieses Risiko vorzubereiten und gleichzeitig mögliche Strategien im Umgang damit zu erarbeiten. Eine denkbare Nebenwirkung ist darüber hinaus das Auftreten neuer interpersoneller Probleme im Familien- und Freundeskreis, durch den im Rahmen einer erfolgreichen Angstbehandlung gewonnenen erweiterten Handlungsspielraum und die möglicherweise veränderten interpersonellen Rollen. Ein weiteres Risiko für unerwünschte Effekte der Expositionsbehandlung besteht hinsichtlich der erlebten Beziehung zum Therapeuten. Hier kann durch die in den Therapiemanualen richtigerweise stark betonte Relevanz der Übungen für den erfolgreichen Behandlungsverlauf beim Patienten das Gefühl starker, an ihn gerichteter Forderungen bis hin zum subjektiven „Zwang zu Interventionen“ aufkommen. Inwiefern dies in einigen Fällen notwendige Randbedingung einer erfolgreichen Behandlung darstellt oder mit einer unzureichenden Motivationsarbeit des Therapeuten einhergeht, sollte empirisch geklärt werden.

Das bedeutendste Risiko, welches auch im Rahmen der korrekt durchgeführten Expositionsbehandlung besteht, ist sicherlich die Aktivierung assoziierter Problembereiche durch die Konfrontation mit subjektiv unangenehmen und angstbesetzten

Situationen. Dieses Risiko der Problemaktualisierung und damit einhergehenden Belastung besteht weitgehend unabhängig von der Güte der durchgeführten Intervention. Es ist daher notwendig, Patienten darauf vorzubereiten. Im Rahmen der Netzwerktheorie von Foa und Kollegen (1989) wird die neuropsychologische Bedeutung einer Furchtstruktur für die Entstehung posttraumatischer Belastungssymptome wie der Intrusionen diskutiert. Die Aktivierung weiterer mit der Furchtstruktur in Zusammenhang stehender situativ angstaussender Stimuli sowie Erinnerungen stellt hier gleichzeitig ein für den Patienten subjektiv unangenehmes und unerwünschtes Ereignis sowie eine für den Erfolg der Therapie, im Sinne der Auflösung der Furchtstruktur, erforderliche Bedingung dar.

Besonders kritisch wird immer wieder der Einsatz von Expositionsverfahren bei posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD) diskutiert. Im Gegensatz zu Expositionstherapien bei Agoraphobien und anderen Angsterkrankungen wird hier besonders auf die Gefahr der Retraumatisierung hingewiesen. Es muss jedoch betont werden, dass Expositionen bei PTSD anders eingesetzt werden als bei einfachen Phobien: Zum einen steht der Einsatz von in sensu-Verfahren bei PTSD im Vordergrund, des Weiteren muss stärker der Aspekt der Gegenwartskontrolle integriert werden (um zum Beispiel Dissoziationen zu vermeiden), und zum Dritten wird dem Aspekt des Wiedererhaltens von Kontrolle, nachdem in der Traumatisierung Kontrollverlust erlebt wurde, besondere Bedeutung gegeben. Entsprechen ist bei lege artis Vorgehen bisher keine Gefahr einer Retraumatisierung belegt (Neuner 2008).

Wenn Angstnetzwerke aktiviert werden, ist auch ein erleichterter Abruf angstrelevanter Erinnerungsinhalte möglich. Deshalb wird in Fallberichten häufiger darauf hingewiesen, dass in Expositionen auch Erinnerungen an andere belastende, ggf. sogar traumatisierende Erinnerungen auftauchen können. Auch hier stellt sich die Frage der Abwägung, dass diese Erinnerungen einerseits beim Aufbrechen belastend erlebt werden, ggf. manchmal andererseits therapeutisch konstruktiv bearbeitet werden können. Trotzdem müssen Chancen und Risiken abgewogen werden.

Zusammenfassend kann zu Expositionsverfahren festgestellt werden, dass sie eine hoch-potente Intervention darstellen, die besonderes Potenzial zu unsachgemäßem Einsatz mit sich bringt und Behandlungsfehler in der Praxis häufiger berichtet werden, die zum Beispiel zu Sensibilisierungsprozessen und verstärktem Angsterleben im Sinne eines „Angsttrainings“ führten. Aber auch die erlebte Belastung spricht per se schon dafür, dieses potente Behandlungsverfahren nach genauer Absprache und Vorinformation der Patienten nur in ethisch korrekter Art einzusetzen und eine Abwägung von erwarteten Vorteilen und möglichen Nachteilen vorzunehmen.

### 5.2.2 Soziales Kompetenztraining

Das soziale Kompetenztraining gehört in der Verhaltenstherapie zu den sehr häufig angewandten Interventionen. Es ist nicht nur in der Behandlung sozialer Ängste oder bei selbstunsicherer Persönlichkeitsstörung oder sozialer Phobie indiziert, sondern es wird in vielen Therapien neben der Behandlung komorbider sozialer Ängste oder sozial unsicheren Verhaltens, zunehmend auch zur generellen Förderung interpersoneller Kompetenzen eingesetzt. Sozialen Kompetenzen wird eine hohe Relevanz für die individuelle Lebenszufriedenheit zugesprochen und sie stellen oft Schlüsselkompetenzen für den beruflichen oder privaten Erfolg dar. Folglich wird dem Training

dieser Fähigkeiten in den ambulanten wie stationären verhaltenstherapeutischen Behandlungen ein hoher Stellenwert beigemessen. Neben den hohen Erfolgen, die zum Beispiel im Rahmen des Gruppentrainings sozialer Kompetenzen (Hinsch u. Pfingsten 2007) bei Erwachsenen sowie Kindern und Jugendlichen erzielt werden, erscheint die Gefahr des „Übertrainierens“ sozialer Fähigkeiten gegeben, die mit einem hohen Ausmaß an Ich-Bezogenheit und Rücksichtslosigkeit einhergehen können. Im Sinne einer gesellschaftlichen Nebenwirkung besteht somit gerade in unserer westlichen, individualistischen Kultur das Risiko, dass durch übertrainierte Fähigkeiten der Abgrenzung und Durchsetzung, Egozentrismus weiter gefördert wird und Personen lernen, sich auch in Situationen, in denen prosoziales Verhalten günstig wäre, zunehmend abzugrenzen. Insbesondere kann es kontraproduktiv sein, wenn Patienten in verschiedenen Rollenspielen lernen, „Nein“ zu sagen und diese Kompetenz situationsübergreifend oder rücksichtslos einsetzen. Gerade wenn die neu gelernte Selbstsicherheit dann am falschen Objekt (z.B. beim Chef) oder im falschen Moment eingesetzt wird, kann es zu gravierenden Nachteilen für die Betroffenen kommen. Therapeutisch kann es hier sinnvoll sein, mit einem gesteigerten Bewusstsein für dieses Risiko in einige Interventionen zum Training sozialer Fähigkeiten hineinzugehen und parallel die Sinnhaftigkeit prosozialen Verhaltens zu betonen. Diese therapeutische Haltung erscheint gerade auch in Bezug auf die ausgewogene Förderung sozialer Fähigkeiten in beziehungsrelevanten Situationen angebracht und wird sicherlich auch von den allermeisten Therapeuten so gelebt. Es ist allerdings davon auszugehen, dass die Nebenwirkung der Förderung egoistischen Verhaltens vor allem im Rahmen der zunehmenden Ausweitung des Trainings sozialer Kompetenzen auf nicht-klinische Personengruppen (z.B. Manager, Lehrer, Kinder und Jugendliche) gegeben ist. Hier wäre eine zunehmende gesamtgesellschaftliche Auseinandersetzung mit der Thematik, zusätzlich zu empirischen Untersuchungen der tatsächlichen Auswirkungen auf gelebten Egozentrismus, wünschenswert. Auch sei darauf hingewiesen, dass die Definition von selbstsicherem Verhalten großen kulturellen Unterschieden unterliegt. Deshalb sind die klassischen Formen von Selbstsicherheitstrainings bei diversen asiatischen Kulturen nicht indiziert bzw. müssen adaptiert werden, da bestehende kulturelle Normen stärker berücksichtigt werden müssen (z.B. Bedeutung der Familie in China; Respekt vor Eltern und Autoritäten in Japan).

Schließlich muss auch noch auf die Gefahr hingewiesen werden, dass bei einigen Patientengruppen durch ein zu breit eingesetztes Selbstsicherheitstrainings gerade im Gruppensetting ungünstige Persönlichkeitsakzentuierungen oder bestehende Persönlichkeitsstörungen (zum Beispiel aus dem narzisstischen Bereich) noch verstärkt werden können. Dies muss durch eine sorgfältige klinisch-psychologische Diagnostik zu vermeiden versucht werden.

### 5.2.3 Kognitive Therapie

Kognitive Elemente nehmen im Rahmen der Verhaltenstherapie traditionell einen hohen Stellenwert ein. Interventionen wie die kognitive Umstrukturierung werden mit großem Erfolg in der Behandlung von Depressionen, aber auch störungsübergreifend zur Verhaltensmodifikation durch die Arbeit mit Einstellungen, eingesetzt. Das Risikopotenzial dafür eingesetzter Techniken, wie zum Beispiel der Pro-Kontra-Liste, erscheint zunächst vergleichsweise gering. Dennoch sollte beachtet werden,

dass jede Veränderungen von Einstellungen, Erwartungen oder persönlichen Standpunkten natürlich auch Konsequenzen hinsichtlich einer Verhaltensveränderung in vielen verschiedenen Lebensbereichen haben kann, von denen wiederum die als negativ und in direktem Zusammenhang mit der korrekt durchgeführten Therapie erlebten Effekte als Nebenwirkungen gelten können. Eine breite Erfassung möglicher negativer Auswirkungen scheint hier zur weiteren empirischen Abschätzung des Risikopotenzials kognitiver Interventionen angezeigt.

Spezifische mögliche unerwünschte Effekte kognitiver Interventionen stellen zum Beispiel die Verhärtung entsprechender dysfunktionaler Grundannahmen oder Einstellungen gerade durch deren intensive therapeutische Disputation dar, sowie ein möglicherweise beleidigender Effekt, wenn Patienten den Eindruck gewinnen „falsch zu denken“. In ungünstigen Fällen kann die intensive kognitive Arbeit auch zu einer inadäquaten Selbstbeobachtung sowie der Pathologisierung und Aggravation individueller Lebensereignisse kommen, die wiederum einen negativen Einfluss auf die Stimmung und bestehende Symptomatik haben und unter Umständen eine weitere therapeutische Begleitung notwendig machen.

#### 5.2.4 Entspannungsverfahren

Entspannungsverfahren sind ebenfalls eine der klassisch verhaltenstherapeutischen Interventionen. Sie werden mit großem Erfolg in der Behandlung von somatoformen Störungen, bei Schmerzsyndromen sowie störungsübergreifend zur Förderung des Wohlbefindens und zur begleitenden Behandlung körperlicher Krankheiten eingesetzt. Im Licht potenziell unerwünschter Ereignisse scheint hier vor allem die korrekte Indikationsstellung wesentlich. Angesichts des sehr breiten Einsatzbereichs der Entspannungsverfahren, sollte deutlich auf die Kontraindikationen hingewiesen werden. Diese liegen im Bereich der sozialen Phobie, Blut-, Spritzen-, Verletzungsphobie sowie bei (akuten) Migräne-Attacken (für eine differenzierte Übersicht siehe Vaitl u. Petermann 2004). Die Anwendung von Entspannungsverfahren bei diesen Störungsbereichen gilt als Behandlungsfehler. Generelle Vorsicht ist geboten bei der Anwendung von Entspannungstrainings im Rahmen einer Angstbehandlung oder parallel zu einer Expositionsbehandlung. Insbesondere bei Angstpatienten sollte bedacht werden, dass viele Entspannungstrainings zunächst kontraindiziert sind, da allein das Schließen der Augen zu einer Intensivierung vorbestehender Ängste führen kann.

Bei einer korrekt durchgeführten Entspannungsintervention kann es unter Umständen zu Misempfindungen und Sensitivierungsprozessen gegenüber eigenen körperlichen Empfindungen kommen, die als therapeutische Nebenwirkung zu werten sind, wenn sie vom Patienten als unangenehm erlebt werden. Während der Entspannung kann es zu unangenehmen Grübeleien und Negativassoziationen kommen. Ebenso kann durch die Entspannung eine hypochondrische Selbstbeobachtung verstärkt oder induziert werden. Nicht zuletzt kann eine missglückte Entspannung zu Gefühlen der Unzulänglichkeit und Hoffnungslosigkeit führen. Auch scheinen Personen mit traumatischen Vorerfahrungen öfter Probleme während Entspannungssituationen zu erleben. Hier sei darauf hingewiesen, dass die Wahl des individuell passenden Entspannungsverfahren aus der Fülle möglicher Vorgehensweisen einen sehr wichtigen therapeutischen Schritt darstellt. Gemeinsam mit dem Patienten können dabei mehrere Vorgehensweisen ausprobiert werden und dann auf Grund-

lage der gemachten Erfahrungen sowie bisherigen Kenntnisse und Erlebnisse verschiedener Entspannungstechniken ein geeignetes Verfahren, welches individuell mit möglichst wenig unerwünschten Effekten einhergeht, ausgewählt werden.

### 5.2.5 Stigmatisierung als Folge einer Verhaltenstherapie

Eine besondere und gelegentlich nicht wahrgenommene Art der Nebenwirkung ist die Stigmatisierung von Patienten und negative Folgen der Tatsache, dass sich jemand Hilfe geholt hat. Dies betrifft Familienangehörige, Arbeitskollegen und Arbeitgeber und vor allem und am häufigsten Versicherungen. In den von den Autoren durchgeführten empirischen Untersuchungen berichteten bis zu 8% der befragten ehemaligen Patienten von Schwierigkeiten beim Abschluss von Versicherungen im Nachgang einer Psychotherapie. Obwohl dies nicht nur Verhaltenstherapie betrifft, sondern alle Psychotherapieverfahren, gibt es bezüglich der Verhaltenstherapie die Besonderheit, dass hier konkrete Lebensbezüge besondere Beachtung erhalten, was für die Einschätzung beispielsweise einer Arbeitsfähigkeit oder sonstiger versicherungsrelevanter Tatbestände von unmittelbarer Relevanz ist.

Therapeuten müssen sich dieses Problems bewusst sein, wenn sie Anfragen von Versicherungen erhalten. Dabei handelt es sich meist um Anfragen von Lebens- oder Berufsunfähigkeitsversicherungen oder die versicherungstechnische Prüfung im Rahmen einer Verbeamtung oder Verrentung. Diese müssen nach geltendem Sozialrecht durch Therapeuten beantwortet werden. Allerdings sind einige Punkte zur Vermeidung von Nebenwirkungen zu beachten. Obwohl die Einholung einer Einverständniserklärung juristisch nicht erforderlich ist, empfiehlt sich dennoch, gegebenenfalls mit dem Patienten Rücksprache zu halten, um zu klären, worum es geht. Sollte der Patient dann einer Auskunft explizit widersprechen, sollte die Versicherung gebeten werden, unmittelbar beim Patienten eine Einverständniserklärung einzuholen. Die Versicherung sollte um konkrete Fragen gebeten werden, die zu beantworten sind. Die Weitergabe von Informationen über den Patienten sollte so gering wie unbedingt nötig gehalten werden. Einzelheiten aus dem Verlauf der Therapie sollten prinzipiell nicht weitergegeben werden, wenn nicht andere juristische Gründe dem widersprechen. Die Weitergabe allgemeiner Informationen zur Therapie und der Erkrankung ist zu vermeiden. Häufig geht es um die Frage eines prognostizierten Verlaufs und der Wahrscheinlichkeit des Wiederauftretens der behandelten Problematik. Die Beantwortung sollte sich ausschließlich auf überprüfbare Fakten beziehen und Einschätzurteile vermeiden. Diese kann man den Versicherungen überlassen. Es ist auch der Zeitpunkt zu präzisieren, auf die sich die eigenen Erkenntnisse stützen. Bei großem zeitlichem Abstand zu der aktuellen Anfrage ist dies deutlich herauszustellen.

## 5.3 Patientenaufklärung zu Risiken und Nebenwirkungen in der Verhaltenstherapie

Über Jahrzehnte wurde in der Psychotherapie-Forschung völlig außer Acht gelassen, dass in manchen Fällen Psychotherapie auch schaden kann oder Nebenwirkungen produziert werden, die für die Teilnehmer von Relevanz sind. Erst langsam gewinnt die Profession das Selbstvertrauen, auch auf diese dunklen Seiten des eigenen Han-



delns zu schauen. Im Sinne einer ethisch-vertretbaren, autonomen Entscheidung für oder gegen eine Psychotherapie müssen potenzielle Patienten darüber aufgeklärt werden, welcher Nutzen und gegebenenfalls auch welche Risiken durch die Teilnahme an der Behandlung zu erwarten sind. Dies entspricht insbesondere dem verhaltenstherapeutischen Grundsatz der Transparenz. Eine solche Aufklärung über mögliche Risiken und Nebenwirkungen einer Psychotherapie sollte zu Beginn jeder Behandlung stattfinden. Ziel dieser Aufklärung ist es, die Patienten durch gezielte Information zu stärken. Dies kann zum Beispiel geschehen, indem die Informationen über mögliche Risiken und Nebenwirkungen eingebettet werden in die generelle Aufklärung über die Wirksamkeit einer verhaltenstherapeutischen Intervention und indem für jede angesprochene Nebenwirkungen die individuelle Valenz beim Patienten erfragt wird und geeignete Strategien zum Umgang mit einem unerwünschten Ereignis gemeinsam von Patient und Therapeut erarbeitet werden.

Anknüpfend an das Zitat des bekannten Pharmakologen Kuschinsky:

*„Wenn behauptet wird, dass eine Substanz keine Nebenwirkungen zeigt, so besteht der dringende Verdacht, dass sie auch keine Hauptwirkung hat“ (Gustav Kuschinsky zitiert nach Mutschler et al. 2008)*

kann die Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen sehr gut an die Darstellung der spezifischen Wirksamkeit einer Behandlung gekoppelt werden. Durch eine ausgewogene Darstellung der zu erwartenden erwünschten und unerwünschten Effekte lässt sich zudem die wissenschaftliche Grundeinstellung und Glaubwürdigkeit des aufklärenden Behandlers gerade im verhaltenstherapeutischen Setting unterstreichen.

Die informierte Aufklärung und Einwilligung (sogenannter „Informed Consent“) eines Patienten in eine indizierte Behandlung ist ethische und professionelle Grundvoraussetzung jeder Therapie. In der Psychotherapie erfolgt diese notwendigerweise angepasst an die psychosoziale Herkunft, kognitive Fitness sowie die individuellen Erwartungen des Patienten (Fisher u. Oransky 2008). Darüber hinaus ist der Therapeut aufgefordert, Informationen über mögliche Nebenwirkungen in die informierte Aufklärung und Einwilligung zu integrieren und individuell anzupassen. Es gilt dabei, die Patienten, übereinstimmend mit dem verhaltenstherapeutischen Grundsatz der Transparenz, über die typischen Risiken einer Psychotherapie zu informieren, ohne sie dabei zu ängstigen oder abzuschrecken. Die Gefahr der Entstehung oder Verschlimmerung von Beschwerden allein durch die Induktion negativer Erwartungen im Sinne eines Nocebo-Phänomens ist im Rahmen einer Aufklärung über mögliche Nebenwirkungen besonders zu beachten (Rief et al. 2008; Wells u. Kaptchuk 2012). Aus dem Bereich der Arzneimittelforschung ist bekannt, dass allein durch die Information über potenzielle Nebenwirkungen, welche Patienten typischerweise in Form von langen Listen mit Wahrscheinlichkeitsangaben erhalten, spezifisch Beschwerden verstärkt und sogar erst ausgelöst werden können (Mondiani et al. 2007). Die Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen steht somit im Spannungsfeld zwischen der Notwendigkeit, Patienten durch umfassende Informationen zu einer autonomen Entscheidung für oder gegen eine Behandlung zu befähigen und der Gefahr, Beschwerden durch ungünstige Erwartungen zu bedingen. Wells und Kaptchuk (2012) schlussfolgern daraus, dass eine ideale Aufklärung ausschließlich kontextualisiert erfolgen kann, das heißt die zu gebenden Informationen werden an die jeweilige Patientenpersönlichkeit und Diagnose in Interaktion mit dem von der geplanten Intervention abhängigen Risikopotenzial angepasst. Für die Aufklärung von Psycho-

therapiepatienten bedeutet das, dass Therapeuten zunächst eine Liste potenzieller Risiken und Nebenwirkungen konsultieren, die idealerweise verfahrensspezifische Statistiken enthält, aus der sie dann abhängig vom individuellen Patienten, diejenigen Risiken auswählen, die in einem individuellen Aufklärungsgespräch unter Berücksichtigung der spezifischen Wirksamkeit des gewählten Verfahren vermittelt werden sollen. Zudem sollte die Bedeutung und Beeinträchtigung möglicher Nebenwirkungen individuell evaluiert und mit durchführbaren Strategien zur Bewältigung verankert werden.



### **Aufklärung von Patienten über mögliche Risiken und Nebenwirkungen von Verhaltenstherapie**

- *Aufklärung hat den Zweck, Patienten zu stärken und zu informieren ohne sie abzuschrecken*
- *Informationen über mögliche Nebenwirkungen einbetten in Wirksamkeitsinformationen verhaltenstherapeutischer Maßnahmen*
- *Individuelle Aufklärung anstatt „one size fits all“*
- *Information über mögliche unerwünschte Ereignisse direkt mit Copingstrategien verankern*

### **Beispiel einer Patientenaufklärung im Erstgespräch**

„Verhaltenstherapie ist ein effektives und nützliches Behandlungsangebot. Wie bei allen wirksamen Behandlungen können aber auch unerwünschte Effekte und Nebenwirkungen auftreten. Vorübergehende unerwünschte Effekte treten bei fast allen Psychotherapien auf und sind ein Zeichen der spezifischen Wirksamkeit dieser Behandlungen. So können Patienten beispielsweise allein durch die vermehrte Auseinandersetzung mit belastenden Themen und Zuständen vorübergehende Phasen der Symptomverschlechterung erleben, ebenso können Selbstüberschätzung, Selbstzweifel oder Veränderungen der familiären und freundschaftlichen Beziehungen eintreten. Sollten solche oder andere, für Sie unerwünschte Veränderungen eintreten, möchte ich Sie bitten, diese mit mir zu besprechen, damit wir gemeinsam nach Lösungen suchen können.“

## **5.4 Risiken und Nebenwirkungen als Thema in der therapeutischen Weiterbildung und Supervision**

Die bislang dürftige Beschäftigung mit Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapieforschung und Praxis hat dazu geführt, dass das Thema heute kaum in das Studium der klinischen Psychologie oder die Psychotherapie-Weiterbildung integriert ist. Dabei ist die Auseinandersetzung mit dem Wirkprofil erwünschter und unerwünschter Effekte einer Behandlung für das professionelle Selbstverständnis eines Psychotherapeuten und für die informierte Aufklärung von Patienten durchaus notwendig.

Attributionsfehler und selbstwertstützende Annahmen stehen einer Auseinandersetzung mit dem Thema Nebenwirkungen vonseiten der Therapeuten zusätzlich entgegen. In einer Untersuchung an 89 Therapeuten wiesen die befragten Verhaltenstherapeuten die deutlichsten Verzerrungen der eigenen Wirksamkeitsraten auf. Den

Ausgang einer erfolgreichen Psychotherapie führten sie in der Mehrheit der Fälle auf das eigene therapeutische Interventieren zurück, während nur ein geringe Eigenbeteiligung bei therapeutischen Misserfolgen gesehen wurde. Insgesamt waren nur knapp über die Hälfte der befragten Therapeuten mit dem Thema Nebenwirkungen vertraut und konnten diese beschreiben; ein Fünftel konnte mit einer Frage nach Nebenwirkungen nichts anfangen (Busch u. Lemme 1992).

Für die Ausbildung junger Psychotherapeuten ist daher eine frühzeitige Beschäftigung mit dem Thema Nebenwirkungen von Psychotherapie sinnvoll und notwendig. Ziele sollten dabei sein, die Scheu vor der Thematisierung von Risiken und Nebenwirkungen abzubauen und einen Austausch auch im Sinne einer Selbsterfahrung über unerwünschte Effekte gerade im Spannungsfeld von Risiken, Nebenwirkungen und therapeutischen Fehlern anzuregen. Dazu sollte die Grundhaltung der Transparenz ebenso vermittelt werden wie die aktive Unterstützung von Bewältigungsprozessen zum Umgang mit möglichen unerwünschten Effekten bei Patienten. Die Erfahrungen der Autoren aus dem Bereich der Ausbildung junger Psychotherapeuten zum Thema Risiken und Nebenwirkungen im Rahmen des verhaltenstherapeutischen Curriculums zeigen ein großes Interesse an dem Thema seitens der Ausbildungsteilnehmer und unterstreichen die Wichtigkeit der frühzeitigen Auseinandersetzung mit dem Thema besonders auch im Rahmen der Selbsterfahrung und der Supervision.



#### ***Therapeutische Selbsterfahrung zum Thema Risiken und Nebenwirkungen von Verhaltenstherapie***

- *Spreche ich mit Kollegen offen über das Thema Nebenwirkungen von Psychotherapie? Wie gehe ich mit meinen Hemmungen um, mögliche eigene Fehler aufzudecken?*
- *Welche unerwünschten Ereignisse habe ich als Therapeut in meiner Praxis bereits erlebt? Waren diese unerwünschten Ereignisse durch die Therapie verursacht? In welcher Phase der Therapie traten sie auf? Führten sie zu Leiden oder Beeinträchtigung beim Patienten? Waren diese unerwünschten Effekte unvermeidlicher Bestandteil eines für den Therapieerfolg notwendigen Prozesses (z.B. Angstanstieg während der Reizkonfrontation, Sensitivierung durch Aktualisierung kindlicher Prägungen) oder wären sie prinzipiell vermeidbar?*
- *Wie kläre ich meine Patienten über mögliche Nebenwirkungen auf?*

## **5.5 Empirische Studien zu Prävalenz und Einflussfaktoren negativer Effekte von Verhaltenstherapie**

Nebenwirkungen werden im Folgenden definiert als unerwünschte Effekte, die durch Psychotherapie verursacht auftreten, Leiden oder Beeinträchtigung verursachen und mit der Behandlung in zeitlichem und ursächlichem Zusammenhang stehen. Mögliche Nebenwirkungen und unethische Verhaltensweisen des Therapeuten (z.B. körperliche oder sexuelle Übergriffe, Bruch der Schweigepflicht) werden übergreifend als negative Effekte bezeichnet. Das Inventar zur Erfassung negativer Effekte von

Psychotherapie (INEP, Nestoriuc et al. 2011) stellt ein strukturiertes Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie dar.

### 5.5.1 Entwicklung des Inventars zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie

In der Arbeitsgruppe für klinische Psychologie und Psychotherapie in Marburg wurde mit Unterstützung zahlreicher Psychotherapie-Experten ein Fragebogen entwickelt, der die Schattenseiten der Auswirkung von Psychotherapie erheben soll. Mit 21 Items erfasst das Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie (INEP) mögliche negative Effekte in den Bereichen Symptomatik, Stigmatisierung, bei Partnerschaft, Familie und Freunden, finanzielle und rechtliche Nachteile, in der therapeutischen Beziehung und letztlich durch unethisches und grob fahrlässiges Therapeutenverhalten.

In einer ersten Erhebung wurde dieser Bogen von 200 Internet-Usern ausgefüllt, die bereits an einer Psychotherapie teilgenommen haben. Die Teilnehmer wurden über einschlägige Internet-Foren wie zum Beispiel die Deutsche Depressionshilfe e.V., das Angst und Panikforum sowie die Deutsche Tinnitusliga e.V. rekrutiert. Über 95% von ihnen gaben an, dass aus ihrer Sicht durch die Psychotherapie auch negative Veränderungen aufgetreten sind, die unangenehm, länger anhaltend und unerwartet waren. Zwar sind die gravierenden Fälle von Grenzverletzungen (z.B. sexueller Missbrauch durch den Therapeuten/die Therapeutin) erfreulicherweise selten, und bei vielen therapeutisch induzierten Stimmungsschwankungen mag es sich um notwendige Übergangsphänomene handeln, trotzdem geben die Ergebnisse auch Anlass zur kritischen Reflektion. Jeder fünfte Patient gab an, sich durch die Therapie als Mensch zum Negativen verändert zu haben und seither mehr Konflikte in wichtigen Beziehungen zu erleben als zuvor. In einer zweiten Erhebungswelle wurden 186 ehemalige Patienten der Hochschul-Ambulanz für Psychotherapie zu erlebten Nebenwirkungen ihrer Psychotherapie nachbefragt. Für diese zweite, rein ambulant, verhaltenstherapeutisch behandelte Stichprobe ergaben sich deutlich seltener Berichte über negative Ereignisse, die kausal mit der Psychotherapie in Verbindung gebracht wurden. In dieser Stichprobe gaben lediglich 20% der Patienten an, negative Effekte ihrer Behandlung erlebt zu haben.

### 5.5.2 Häufigkeit erlebter negativer Effekte von Verhaltenstherapien

Im Folgenden werden Prävalenzen erlebter negativer Effekte von Verhaltenstherapien berichtet, die in zwei empirischen Untersuchungen an ehemaligen Psychotherapie-Patienten ermittelt wurden. Die Daten stammen wie oben erwähnt von ehemaligen Patienten der Marburger Hochschulambulanz (n = 186) sowie von Teilnehmern einer Online-Umfrage (n = 200). Die Darstellung dient in erster Linie der Aufklärung und Information der Therapeuten. Diese können die Liste nach entsprechender fallspezifischer Anpassung zur sensiblen und ethisch korrekten Aufklärung potenzieller Psychotherapie-Patienten verwenden.

Von den 200 Teilnehmern der Online-Studie gaben 75 (37,5%) an, eine Verhaltenstherapie gemacht zu haben. Von diesen 75 Patienten waren 76% weiblich und das durchschnittliche Alter betrug 37 Jahre. 70% gaben an, eine ambulante Therapie gemacht

zu haben, 30% berichteten über die Effekte einer stationären Verhaltenstherapie. 63% der Befragten gaben an, bereits Erfahrung mit Psychotherapie zu haben, weitere 20% hatten einen Therapieabbruch in der Vorgeschichte erlebt. Diagnostisch lagen laut Angaben der Patienten bei 64% eine Angststörung, bei 57% eine Depression, bei 23% Essstörungen und bei 24% eine oder mehrere Persönlichkeitsstörungen vor (hier waren Mehrfachangaben möglich).

Von den 186 Patienten der verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz der Universität Marburg war ebenfalls die Mehrheit weiblich (67%), das durchschnittliche Alter lag mit 44 Jahren etwas höher als in der Online-Stichprobe. Vorerfahrungen mit Psychotherapie hatten hier ebenfalls über die Hälfte der Befragten (57%) und einen Therapieabbruch hatten mit 9% deutlich weniger Patienten erlebt als in der Online-Stichprobe. Diagnostisch lagen ebenfalls die affektiven und Angststörungen mit je 35% und 33% vorn, gefolgt allerdings von den Somatisierungs-Störungen mit 20% und Essstörungen mit 5%.

Die erlebten negativen Effekte von Psychotherapie sind in Tabelle 3 gegliedert nach den Bereichen Symptomatik, Stigmatisierung, negative Effekte in den Bereichen Partnerschaft, Familie und Freunde, finanzielle und rechtliche Nachteile sowie unethisches Therapeutenverhalten dargestellt. Insgesamt liegen die Häufigkeiten negativer Effekte im Bereich zwischen 0 und 23%. Es zeigen sich deutliche Unterschiede in den anhand der Online-Stichprobe und den ambulant ermittelten Prävalenzraten. Die ehemaligen Psychotherapie-Patienten, die mit einem Online-Fragebogen befragt wurden, berichten sowohl über deutlich mehr negative Effekte als auch über mehr grobes therapeutisches Fehlverhalten, welches in der ambulanten Stichprobe gar nicht berichtet wird.

Die häufigsten erlebten Nebenwirkungen in der Online-Stichprobe sind längere Phasen der Niedergeschlagenheit nach Behandlungsende (23%), ein erschwerter Umgang mit Ereignissen aus der eigenen Vergangenheit (16%), das Gefühl sich durch die Therapie als Mensch zum Negativen verändert zu haben, mehr Schwierigkeiten, anderen zu vertrauen und das Gefühl, durch die Aussagen des Therapeuten verletzt worden zu sein (jeweils 15%) sowie an vierter Stelle Schwierigkeiten mit Versicherungen (13%). Die häufigsten Nebenwirkungen in der ambulanten Stichprobe sind die Schwierigkeiten mit Versicherungen (8%), gefolgt von Angst vor Stigmatisierung als Psychotherapie-Patient, dem Gefühl durch Aussagen des Therapeuten verletzt worden zu sein sowie dem gefühlten Zwang zu Interventionen (mit jeweils knapp 4%); längere Phasen der Niedergeschlagenheit folgen mit einer Häufigkeit von 3%. Somit ist die Reihung der auftretenden Nebenwirkungen in den beiden Stichproben nicht grundsätzlich unterschiedlich, was für eine hinreichende Validität der Angaben spricht.

Zudem wurde der Einfluss der Qualität der therapeutischen Beziehung (HAQ), des Ausmaßes interpersoneller Probleme (IIP) sowie bestimmter Patienten- und Therapeutenmerkmale auf erlebte negative Effekte untersucht. Hier zeigte sich in beiden Studien ein signifikanter Zusammenhang von erlebten Nebenwirkungen mit der Häufigkeit von psychotherapeutischen Vorbehandlungen. Erfahrungen mit vorhergehender ambulanter oder stationärer Psychotherapie erhöhten somit die Wahrscheinlichkeit des Auftretens negativer Effekte.

Die Niveauunterschiede in Bezug auf die Höhe der angegebenen Nebenwirkungen müssen auf die Spezifika der beiden untersuchten Populationen sowie der Untersuchungsmethoden zurückgeführt werden. So stellt die Online-Untersuchung ein idea-

Tab. 3 Häufigkeiten berichteter Nebenwirkungen verhaltenstherapeutischer Behandlungen und unethischen Therapeutenverhaltens aus zwei empirischen Untersuchungen

Nebenwirkungen, auf Psychotherapie attribuiert, erfasst mit dem INEP	Hochschulambulanz Marburg, n = 186, Werte in %	Online-Erhebung n = 200, davon n = 75 VT, Werte in %
<b>Symptomatik</b>		
längere Phasen der Niedergeschlagenheit nach Behandlungsende	3,2	22,6
durch Therapie als Mensch zum Negativen verändert	2,2	14,6
erstmalige Selbstmordgedanken/-absichten	1,1	10,7
schlechteres Befinden seit Abschluss der Therapie	0,5	9,3
Vertrauen zu anderen Mitmenschen fällt schwerer	0,5	14,7
Umgang mit vergangenen Ereignissen schwieriger	0,5	16,0
<b>Stigmatisierung</b>		
Angst vor Stigmatisierung	3,8	1,3
<b>Partnerschaft, Familie, Freunde</b>		
mehr Konflikte in der Partnerschaft	3,2	5,3
Partner eifersüchtig auf Beziehung zum Therapeuten	2,2	0
Verhältnis zur Familie ist schlechter	1,1	10,7
Verhältnis zu Freunden ist schlechter	0,5	5,3
<b>finanzielle und rechtliche Nachteile</b>		
Schwierigkeiten mit der Versicherung	8,1	13,3
mehr finanzielle Sorgen	1,6	6,7
<b>therapeutische Beziehung</b>		
Therapeut zwang zu Interventionen	3,8	8
durch die Aussagen des Therapeuten verletzt gefühlt	3,8	14,6
Abhängigkeit vom Therapeuten	2,2	– <sup>a</sup>
Therapeut macht sich lustig über Patienten	1,1	5,3
Schwierigkeit, wichtige Entscheidungen allein zu treffen	0,5	2,6
<b>unethisches Verhalten</b>		
Bruch der Schweigepflicht	0	2,7
sexuelle Belästigung durch den Therapeuten	0	2,4
körperliche Übergriffe durch den Therapeuten	0	1,3

<sup>a</sup> Item nicht in der Online-Erhebung erfragt

les Forum dar, um Personen ein Sprachrohr zu geben, die sich über eine suboptimal gelaufene Therapie beschweren möchten. Diesem Effekt wurde dadurch Vorschub geleistet, dass in der Online-Erhebung keine zeitliche Begrenzung in Bezug auf die zurückliegende Therapie vorgegeben wurde und somit über Therapien, die bis zu

30 Jahre zurücklagen, berichtet wurde, deren Ergebnisse sicherlich zum Teil durch Erinnerungseffekte verzerrt wurden. Zudem stellt die Anonymität der Online-Befragung möglicherweise einen zusätzlichen Selektionseffekt dar. Es ist nicht davon auszugehen, dass mit der Online-Stichprobe ausschließlich eine Population an „Beschwerern“ erhoben wurde, da bei der Erfassung auch positive Effekte der Therapien berücksichtigt und von den Patienten auch dargestellt wurden. Dem Effekt eines negativen priming durch die Art der Erfassung wurde zusätzlich durch bipolar formulierte Items entgegengewirkt. Die teilweise erfreulich geringen Raten negativer Effekte in der ambulante Stichprobe stellen gewissermaßen einen Existenzbeweis dafür dar, dass ambulante Verhaltenstherapie weitgehend nebenwirkungsarm durchgeführt werden kann. Dies muss auf der Grundlage der Gegebenheiten der Hochschulambulanz mit vielen jungen, motivierten Therapeuten, die unter engmaschiger Supervision arbeiten, gesehen werden. Weitere Untersuchungen in stationären und ambulanten therapeutischen Settings zur Überprüfung der Generalisierungsfähigkeit dieser Ergebnisse stehen noch aus.

## Schlussfolgerungen und praktische Implikationen

Allgemeine Nebenwirkungsraten liegen bei Verhaltenstherapien zwischen 0 und 23%. Die häufigsten Nebenwirkungen im ambulant verhaltenstherapeutischen Kontext sind:

- Schwierigkeiten bei Versicherungen (8,1%)
- Gefühl, vom Therapeuten zu Interventionen gezwungen worden zu sein (3,8%)
- Gefühl, durch die Aussagen des Therapeuten verletzt worden zu sein (3,8%)
- Angst vor Stigmatisierung (3,8%)
- Schwierigkeiten, Entscheidungen allein zu treffen (2,2%)
- Eifersucht des Partners auf die Beziehung zum Therapeuten (2,2%)

## Literatur

- Busch I, Lemme R (1992) Schulspezifische Unterschiede hinsichtlich der Einstellung der Therapeuten zur Wirkung von Psychotherapie? TU Berlin: Diplomarbeit
- Fischer-Klepsch M, Münchau N, Hand I (2009) Misserfolge in der Verhaltenstherapie. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg.) Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 261–275. Springer Berlin Heidelberg
- Fisher CB, Oransky M (2008) Informed consent to psychotherapy: Protecting the dignity and respecting the autonomy of patients. *Journal of Clinical Psychology* 64(5), 576–588
- Foa EB, Steketee GS (1989) Obsessive-compulsive disorder. In: Lindemann C (Hrsg.) Handbook of phobia therapy. 181–208. Jason Aronson Northvale
- Foa EB, Steketee GS, Rothbaum BO (1989) Behavioral/cognitive conceptualizations of post-traumatic stress disorder. *Behavior Therapy* 20, 155–176
- Hirsch R, Pfingsten U (2007) Gruppentraining sozialer Kompetenzen. Beltz Weinheim
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2008) Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut* 53(1), 4–16
- Linden M (2012) How to define, find, and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy* Jan 18 [Epub ahead of print]
- Mohr DC (1995) Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2(1), 1–27
- Mondaini N, Gontero P, Giubilei G (2007) Finasteride 5 mg and sexual side effects: How many of these are related to a nocebo phenomenon? *Journal of Sexual Medicine* 4(6), 1708–1712

- Mutschler E, Geisslinger G, Krömer HK, Ruth P, Schäfer-Korting M (2008) Arzneimittelwirkungen. 9. Auflage. S. 91. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft mbH Stuttgart
- Nestoriuc Y, Ladwig I, Rief W (2011) Nebenwirkungen von Psychotherapien: Ergebnisse einer Online Studie zu Prävalenz und Korrelaten. *Verhaltenstherapie* 21 (Suppl 1), 9
- Nestoriuc Y, Rief W, Berking M (2012) Psychotherapieforschung. In: Berking M, Rief W (Hrsg.) *Bachelor Lehrbuch: Klinische Psychologie und Psychotherapie*. Springer Bern
- Neuner F (2008) Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltenstherapie* 18, 109–118
- Rief W, Hofmann S, Nestoriuc Y (2008) The power of expectation – understanding the placebo and nocebo phenomenon. *Social and Personality Psychology Compass* 2(2), 1624–1637
- Schulte D (1993) Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 22, 374–393
- Tschan W (2005) *Missbrauchtes Vertrauen. Sexuelle Grenzverletzungen in professionellen Beziehungen*. Karger Basel
- Vaitl D, Petermann F (2004) *Entspannungsverfahren. Das Praxishandbuch*. Beltz Weinheim
- Wells RE, Kaptchuk TJ (2012) To Tell the Truth, the Whole Truth, May Do Patients Harm: The Problem of the Nocebo Effect for Informed Consent. *The American Journal of Bioethics* 12(3), 22–29