

2 Empirische Befunde zum Spektrum und zur Häufigkeit von unerwünschten Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken von Psychotherapie

Sophie Kaczmarek und Bernhard Strauß

„Apparently there are many areas of error and malpractice that are regularly covered up by practitioners in every field. It seems to be an all too common procedure to ignore these incidents, no matter how serious the consequences may be for the patients involved.“ (Bergin 1971, S. 250)

2.1 Haupt- und Nebenwirkungen, gute und weniger gute Therapie

Sowohl das Auftreten unerwünschter oder gar schädlicher Wirkungen von Psychotherapie als auch eine Differenzierung ihrer verschiedenen Ausdrucksformen wurden von Psychotherapieforschern über Jahrzehnte nur wenig betrachtet. Stattdessen widmete man sich umfassend – und sicher auch erfolgreich – dem Nachweis der Effektivität und der positiven Wirkungen psychotherapeutischer Behandlungen (z.B. Lambert u. Ogles 2004; Wampold 2010). Obwohl beispielsweise Bergin bereits in den 60er-Jahren auf mögliche negative Wirkungen und Effekte psychotherapeutischer Behandlungen hinwies, findet diese Thematik erst in jüngster Zeit wieder Beachtung in der Psychotherapieforschung.

Wie bereits von Haupt et al. (s. Kap. 1) gezeigt, herrscht derzeit noch eine mangelnde Einigkeit bezüglich der Systematik von Begriffen wie „schädliche Effekte“, „Nebenwirkungen“ oder „Misserfolge“ psychotherapeutischer Behandlungen (Jacobi 2002). Die Frage nach der Abgrenzung, beispielsweise einer vorübergehenden Verschlechterung des Befindens eines Patienten als möglicher Bestandteil der Behandlung oder aufgrund bestimmter Lebensumstände, von einer Verschlechterung durch eine nicht korrekt angewandte therapeutische Technik erscheint schwierig. Ebenso schwierig

ist die Einordnung einer vorzeitigen Beendigung einer Behandlung durch den Patienten, die nicht notwendigerweise immer einen Misserfolg signalisieren muss. Die nähere Bestimmung von Rückfällen, schwierigen Behandlungsverläufen und Erfolgslosigkeit einer Psychotherapie erscheint gleichermaßen komplex (Lieberei u. Linden 2008). Diese konzeptionellen Schwierigkeiten ziehen sich durch die gesamte Literatur mit Unklarheiten bezüglich der Abgrenzung von

- Hauptwirkungen, Nebenwirkungen, mangelnder Therapiewirksamkeit, Spontanverläufen oder gar Kunstfehlern,
- unmittelbaren und mittelbaren Therapiefolgen oder
- verschiedenen Graden der Therapiekorrektheit oder -güte, wie an den folgenden Beispielen zu sehen ist.

Aufgrund der Schwierigkeiten der Abgrenzung der Begriffe bzw. ihrer unscharfen Grenzen schlugen Caspar und Kächele (2008) den allgemeineren Begriff *Fehlentwicklungen* vor. Darunter fassen sie sowohl die Nichtaufnahme einer im Grunde Erfolg versprechenden Behandlung durch den Patienten als auch Passungsprobleme zwischen Patient und Therapeut (beispielsweise hinsichtlich der therapeutischen Beziehung, des Therapiekonzepts, persönlicher Merkmale wie beispielsweise dem Alter sowie der kulturellen Passung), suboptimales Vorgehen des Behandlers, eine übermäßige Aktivierung persönlicher Anteile des Therapeuten bis hin zu Missbrauch zusammen. Zusätzlich differenzieren die Autoren Fehlentwicklungen bezüglich des Settings, der Therapieorientierung und mangelnder Kenntnisse bzw. mangelnder Weiterbildung des Therapeuten.

Hoffmann et al. (2008) definierten Misserfolge

„als die unzureichende oder fehlende Erreichung der in der Therapie explizit und implizit angestrebten Ziele, unerwünschte Wirkungen (Nebenwirkungen) als das Auftreten anderer – und dabei nachteiliger – Effekte als der angestrebten Therapieziele sowie Therapieschäden als das Auftreten unerwarteter, anhaltender und für den Patienten erheblich nachteiliger Auswirkungen der Therapie“ (Hoffmann et al. 2008, S. 5).

Dabei können unerwünschte Therapieeffekte einen sehr unterschiedlichen Ursprung haben. In Anlehnung an Hoffmann (2002) stellten die Autoren folgende Systematik vor:

Erfolglosigkeit oder Nebenwirkungen einer angemessenen Therapie

Annahme: Die Indikation für die Therapietechnik ist richtig gestellt, und der Therapeut wendet sie richtig an. Die „eigentlich richtige“ Therapie führt jedoch zu keinem Erfolg bzw. zu Nebenwirkungen, Verschlechterungen oder neuer (und bleibender) Symptomatik. Diese Vorgänge sind in der Regel nicht justiziabel.

Erfolglosigkeit oder Nebenwirkungen durch unprofessionelle Ausübung der Behandlung

Annahme: Die Indikation ist richtig gestellt, die Therapietechnik ist prinzipiell geeignet. Der Therapeut verstößt jedoch gegen die Regeln der Kunst und beeinträchtigt dadurch den Patienten. Diese Vorgänge sind im Prinzip zivilrechtlich justiziabel, die Erfolgsaussichten eher gering.

Mangelnde Passung („mismatching“) einer Psychotherapeutenpersönlichkeit und einer Patientenpersönlichkeit

Annahme: Der Patient ist prinzipiell für eine Psychotherapie geeignet, die eingesetzte Methode ist prinzipiell indiziert, der Therapeut ist prinzipiell qualifiziert. Dennoch führt das Zusammenspiel vor allem der „inkompatiblen“ Persönlichkeiten nicht zum gewünschten Erfolg. Es kommt nicht zur Entwicklung einer für jede Form von Psychotherapie erforderlichen vertrauensvollen, effektiven Therapeut-Patient-Beziehung. Das dürfte auch die Ursache für die, vor allem in der Anfangsphase, nicht seltenen Therapieabbrüche sein. Oft erfolgen diese einvernehmlich, was wahrscheinlich noch der günstigste Weg aus dem Beziehungsproblem ist. Diese Konstellation dürfte in der Praxis kaum justiziabel sein.

Schädigung durch unethisches Verhalten des Therapeuten

Annahme: Unabhängig von der Richtigkeit der Indikation und der Sachkenntnis des Therapeuten verstößt dieser gegen allgemeine oder spezielle ethische Prinzipien. Teilweise sind solche Verstöße strafrechtlich relevant und auch mit Erfolgsaussichten justiziabel. Unethisches Verhalten des Therapeuten „unterhalb der strafrechtlichen Schwelle“ (z.B. bewusste Manipulation des Patienten in Richtung eigener Interessen) ist schwer zu belegen und so gut wie nicht justiziabel.

Mit Bezug zur Psychoanalyse differenzierten kürzlich Ruff et al. (2011) *Behandlungs- und Kunstfehler*. Unter ersteren subsumieren die Autoren

- „Fehler aufgrund von Überraschung“,
- „Fehler aufgrund blinder Flecken“,
- „Fehler nach der Behandlung“ (z.B. private Kontakte, die das Behandlungsergebnis gefährden) sowie
- „Fehler in der Supervision“.

Dagegen werden als *Kunstfehler*

- fehlerhafte Indikationen,
- unzureichende therapeutische Kompetenz und
- die Befriedigung narzisstischer Bedürfnisse differenziert.

Einen weiteren Systematisierungsvorschlag unterbreiteten Lieberei und Linden (2008), indem sie zwischen *unerwünschten Ereignissen* und *Nebenwirkungen* psychotherapeutischer Behandlungen unterschieden (s. auch Kap. 1). Unerwünschte Ereignisse umfassen alle negativen bzw. nicht erwünschten Entwicklungen und Vorkommnisse im Rahmen der Behandlung, beispielsweise das Hinzukommen neuer Symptome, Spannungen in der Patient-Therapeut-Beziehung, Probleme und Veränderungen in familiären oder beruflichen Beziehungen bzw. Situationen. Nebenwirkungen hingegen stehen in direktem Zusammenhang mit therapeutischen Interventionen und können ausschließlich in Bezug zum Behandlungsprozess beschrieben werden. Als besonders problematische und schwerwiegende Form von Nebenwirkungen im Rahmen der therapeutischen Beziehung werden missbräuchliche Übergriffe, wie sexueller oder narzisstischer Missbrauch seitens des Therapeuten angesehen.

Tabelle 2 stellt verschiedene Systematiken gegenüber, woraus bereits ersichtlich wird, dass sich viele Autoren in diesem Kontext primär auf schwerwiegende Schäden und Kunstfehlerfolgen i.S. von Haupt et al. (s. Kap. 1) beziehen.

2 Empirische Befunde zum Spektrum und zur Häufigkeit von unerwünschten Wirkungen, Nebenwirkungen und Risiken von Psychotherapie

Tab. 2 Definitionen von Nebenwirkungen und verwandten Phänomenen in diversen Systematiken/Übersichten

Haupt et al. (s. Kap. 1)	Hoffmann et al. 2008	Wampold 2010	Caspar u. Kächele 2008	Jacobi 2002
unerwünschtes Ereignis: alle negativen Ereignisse, die parallel zur Therapie in Bezug zum Patienten auftreten	(Auftreten unerwarteter, anhaltender und für den Patienten nachhaltiger Auswirkungen)			
negative Therapiefolgen: alle UE, die durch die Therapie bedingt sind				
Nebenwirkungen: alle negativen Therapie- folgen einer korrekt durch- geführten Therapie	Nebenwirkungen einer angemessenen Therapie, Therapieschäden (Auftreten unerwarteter, anhaltender und für den Patienten nachhaltiger Auswirkungen)			
Kunstfehlerfolgen: Alle negative Therapie- folgen einer inkorrekt durchgeführten Therapie	Erfolglosigkeit/Neben- wirkungen durch unpro- fessionelle Ausübung der Behandlung, Schädigung durch unethisches Verhalten d. Therapeuten	mistakes, malpractice, unrepaired alliance ruptures	suboptimales Vorgehen, überstarke Aktivierung persönli- cher Anteile des Therapeuten, Missbrauch	
Therapie-Nonresponse: unzureichende Besserung einer Krankheit trotz Therapie	Erfolglosigkeit einer angemessenen Therapie			Non- Responder
Krankheitsverschlechterung: Verschlechterung einer Krankheit trotz Therapie	Misserfolge			Verschlech- terungen, Rückfälle
therapeutische Risiken: alle bekannten und abseh- baren Nebenwirkungen	Auftreten anderer, nach- teiliger Effekte als der an- gestrebten Therapieziele			Abbrecher
Kontraindikationen: alle Patienten-, Situations- oder Therapiecharakteristi- ka, die mit hoher Wahr- scheinlichkeit erwarten lassen, dass schwere Nebenwirkungen auftreten		misapplied	Passungsprobleme	
			Nichtaufnahme eigentlich Erfolg ver- sprechender Therapien	mangelnder Zugang, Therapieab- lehner

2.2 Erfassung unerwünschter Wirkungen von Psychotherapie

Die empirische Erfassung unerwünschter Entwicklungen und Nebenwirkungen im Kontext psychotherapeutischer Behandlungen gestaltet sich aus vielfältigen Gründen eher schwierig. Zum einen sind Forscher für die Thematik immer noch wenig sensibilisiert und fokussieren eher auf positive Effekte der Behandlung, die meisten Outcome-maße werden entsprechend im Hinblick auf positive Veränderungen analysiert. Zum anderen mangelt es – wie oben erwähnt – noch an einer eindeutigen konzeptuellen Abgrenzung verschiedener Konstrukte. Es stehen bislang nur wenig zuverlässige und praktikable Messinstrumente zur Verfügung, die explizit unerwünschte Ereignisse, unerwünschte Wirkungen und Nebenwirkungen von Psychotherapie erfassen. Ein umfassender Überblick über die Probleme bei der Erfassung negativer Ereignisse in der Psychotherapie und mögliche Lösungswege findet sich beispielsweise bei Lilienfeld (2007).

Der Versuch, negative Aspekte von Psychotherapie abzubilden, hat bereits Tradition. So wurde schon vor Jahrzehnten von der Arbeitsgruppe um Hans Strupp mit der Vanderbilt Negative Indicators Scale (VNIS; Strupp et al. 1981; Suh et al. 1986) ein Instrument zur Erfassung von negativen Indikatoren in der Psychotherapie entwickelt, das jedoch in der Folgezeit erstaunlich wenig Anwendung fand (Strauß et al. 1992).

Die *Vanderbilt Negative Indicators Scale* erfasst mit 42 Items potenziell problematische Aspekte des Therapeutenverhaltens, Patientencharakteristika und deren Interaktion. Die VNIS erwies sich als geeignet, um negative Ergebnisse vorherzusagen, wobei insbesondere negative Faktoren in der therapeutischen Beziehung, noch mehr aber technische Fehler bzw. mangelnde therapeutische Kompetenz die besten Prädiktoren für negative Veränderungen waren. Beispielsweise zeigten sich in den Studien der Vanderbilt-Arbeitsgruppe, dass negative Effekte dann häufig waren, wenn es den Therapeuten nicht gelang, die Stunde zu strukturieren bzw. zu fokussieren und damit die therapeutische Sitzung „ziellos“ wurde.

Erfreulicherweise widmen sich mittlerweile Forschergruppen wieder vermehrt der Entwicklung neuer Instrumente. So legte beispielsweise Linden (2011) kürzlich neben der bereits dargestellten Klassifizierung unerwünschter Entwicklungen im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen ein Instrument zur systematischen Erfassung dieser Ereignisse vor (s. Kap. 11). Die vorgeschlagene Checkliste ermöglicht die Bestimmung der Art des unerwünschten Ereignisses, seine Einbettung in den Entstehungskontext, eine Einschätzung des Bezuges der unerwünschten Entwicklung zur laufenden psychotherapeutischen Behandlung sowie die damit einhergehende Schwere der Beeinträchtigung. Dieses Instrument verspricht eine übersichtliche und praktikable Möglichkeit der Identifizierung negativer Ereignisse im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen.

Im Beitrag von Nestoriuc und Rief in diesem Buch (s. Kap. 5) finden sich Ergebnisse mit einem ebenfalls neu konstruierten Instrument zur Erfassung negativer Wirkungen von Psychotherapie.

In einer Übersicht zur Missbrauchsthematik in therapeutischen Beziehungen (etwas unglücklich als „professioneller sexueller Missbrauch“, PSM, bezeichnet) stellen Franke und Riecher-Rössler (2011) schließlich einen Selbstbeurteilungsbogen zur „*Wahrung von Grenzen in therapeutischen Beziehungen*“ vor, der Patientinnen dabei helfen soll, potenzielle Grenzüberschreitungen in therapeutischen Beziehungen zu reflektieren und frühzeitig zu erkennen.

2.3 Die Häufigkeit von unerwünschten Wirkungen und Nebenwirkungen in der Psychotherapie

Die folgende Darstellung empirischer Befunde zur Epidemiologie unerwünschter und Nebenwirkungen soll weitgehend an der Systematik aus Kapitel 1 dieses Buches orientiert sein.

2.3.1 Kontraindikationen und „Therapie-Nonresponse“

Kontraindikationen wurden im Zusammenhang mit Psychotherapie immer wieder diskutiert. Eine kürzlich durchgeführte Literaturrecherche ergab allerdings, dass die große Mehrzahl der Arbeiten zu diesem Thema lange vor der Jahrtausendwende publiziert wurde. Dies würde bedeuten, dass in aktuellen wissenschaftlichen Diskursen Kontraindikationen offenbar eine geringere Rolle spielen, möglicherweise weil mittlerweile ein sehr viel breiteres Spektrum an psychotherapeutischen Methoden existiert. Die geringere Bedeutung dieses Themas kann aber auch damit zusammenhängen, dass sich die Psychotherapieforschung in den letzten Jahrzehnten fast ausschließlich auf störungsspezifische Ansätze bezog und randomisiert-kontrollierte Studien von Ultrakurzzeittherapien die Forschung dominieren, was u. a. auch impliziert, dass Patienten für diese Studien bereits im Vorfeld schon sehr sorgfältig ausgewählt werden (z.B. Ausschluss von Komorbiditäten, Persönlichkeitspathologie etc.), sodass zumindest in den Effektivitätsstudien die Frage nach Kontraindikationen in den Hintergrund geraten ist.

In der Übersicht von Ruff et al. (2011) wurden Kontraindikationen immerhin den Kunstfehlern zugeordnet.

Informationen über die „wahre“ Verteilung von Therapieergebnissen, lassen sich verlässlich wahrscheinlich vor allem aus Studien ableiten, die naturalistisch sind und in denen die übliche therapeutische Praxis beobachtet wird, wie hierzulande beispielsweise in der sog. TK-Studie oder in der Qualitätssicherungsstudie der KV Bayern (vgl. Wittmann u. Steffanowski 2011; Steffanowski et al. 2011).

Bezogen auf 6.960 Therapien, die durch 696 Therapeuten durchgeführt wurden, berichteten kürzlich Kraus et al. (2011) über die Verteilung von reliablen Verbesserungen, Verschlechterungen bzw. „Nonresponse“. Je nach Ergebniskriterium belief sich der Anteil nicht klassifizierbarer (d.h. keine reliable Veränderung) bzw. schädigender (Verschlechterungen) Therapeuten auf 33–65%! Ähnlich wie in vergleichbaren Studien, etwa von Okiishi et al. (2001) zeigten sich deutlich Therapeuten, die „systematisch“ negative Effektstärken (zwischen $-.91$ und -1.49) und solche, die systematisch positive Effektstärken (zwischen 1.0 und 1.52) produzierten.

2.3.2 Unerwünschte Ereignisse

In Kapitel 1 wurde konstatiert, dass „unerwünschte Ereignisse (*unwanted events*, UE)

„alle Ereignisse [sind], die zeitlich parallel zur Psychotherapie im Erleben, Verhalten oder der Umwelt des Patienten auftreten (Skegg u. Doll 1977; Wysowski u. Swartz 2005). Diese umfassen körperliche oder psychische Symptome und Beschwerden des Patienten, aber auch negative Entwicklungen in der Partnerschaft, im Beruf oder im sonstigen Leben (Linden u. Westram 2010)“.

Beispiele hierfür finden sich in Kapitel 11, in dem eine Checkliste zur Erfassung unerwünschter Ereignisse dargestellt wird. Angaben zur Häufigkeit dieser unerwünschten Ereignisse liegen bisher kaum vor.

Exemplarisch soll an dieser Stelle auf mögliche negative Auswirkungen psychotherapeutischer Behandlungen auf Partnerschaften eingegangen werden. Bereits 1986 machten Thomä und Thomä erstmals auf die mitunter negativen Wirkungen der Psychotherapie eines Familienmitgliedes auf die gesamte Familie bzw. das soziale Umfeld aufmerksam. Die Autoren meinten, dass v.a. in psychoanalytischen Behandlungen die Einbeziehung des Partners lange vernachlässigt worden sei, was zu Gefühlen von Ausgeschlossenheit und Misstrauen führen könne. Bolk-Weischedel (1978) lieferte für diese Annahmen erste empirische Hinweise. Sie zeigte, dass es bei der Hälfte der 50 untersuchten Paare zu positiven Auswirkungen auf die Partnerschaft kam, bei 15 Paaren waren keinerlei Veränderungen zu verzeichnen, bei 10 Paaren (20%) war es zu einer Trennung gekommen. Hessler u. Lamprecht (1986) machten durch die Untersuchung von 44 unbehandelten Partnern über einen Zeitraum von 1–2 Jahren nach der stationären Psychotherapie des anderen Partners deutlich, dass bei den nicht-behandelten Partnern immerhin 16 Suizidversuche, ein erheblicher Anstieg von negativen Lebensereignissen, Krankschreibungen sowie eine verstärkte Inanspruchnahme medizinischer Leistungen zu verzeichnen war. Das Vorkommen unerwünschter bzw. negativer Auswirkungen von stationärer Psychotherapie auf das Befinden des Partners konnte auch in einer prospektiven Untersuchung von 100 Patienten und ihren Partnern gezeigt werden (Nothhelfer 1995; s. auch Jaeger 1997), wobei die Befunde jedoch weniger dramatisch waren wie bei Hessler und Lamprecht. Studien aus dem angloamerikanischen Raum, wie sie etwa von Lambert u. Bergin (1994) zusammengefasst wurden, sprechen ebenfalls für das Risiko negativer Auswirkungen auf den unbehandelten Partner. Gurman u. Kniskern (1978, 1981, 1986; zit. nach Lambert u. Bergin 1994) fanden bei einem Vergleich der Behandlung von Eheproblemen als Einzeltherapie und als Paartherapie eine deutliche Verschlechterung des unbehandelten Partners im Falle der Einzeltherapie. Lambert u. Bergin ergänzten, dass offenbar die nichtbehandelten Partner beim Einsatz von Verhaltenstherapie weniger betroffen seien als bei anderen Verfahren. Dies zu klären, bedarf aber weiterer, gezielter Untersuchungen.

2.3.3 Nebenwirkungen und Krankheitsverschlechterungen

Die Bezeichnung für negative Veränderungen bzw. Verschlechterungen in Psychotherapien ist bis heute nicht ganz unumstritten. Bergin (1971) sprach von „deterioration“. Später schlugen Strupp und Mitarbeiter vor, den Begriff „negative Effekte“ zu benutzen, wohingegen Mays und Franks (1985) den Begriff eines „negativen Ergebnisses“ bevorzugten, weil ihrer Meinung nach eine kausale Zurückführung von Veränderungen auf die Therapie in der Regel nicht möglich sei. In der Tat ist es so, dass negative Effekte in experimentellen und kontrollierten Studien nicht wirklich kausal belegbar sind. Andererseits gibt es aber genügend Evidenz dafür, dass ein erheblicher Prozentsatz von Psychotherapie nicht profitiert bzw. sich verschlechtert, was sich bereits in den klassischen Metaanalysen zeigte. Bei Smith et al. (1980) wurde beispielsweise berichtet, dass 9% aller Effektstärken im negativen Bereich waren, bei Shapiro und Shapiro (1982) waren von 1.828 berechneten Effektstärken 106, d.h. immerhin 11,3% im negativen Bereich.

Die Thematik negativer Effekte von Psychotherapie wurde in den 60er-Jahren vermehrt diskutiert, nachdem bereits zuvor Eysenck (1952) in seiner berühmt-berüchtigten Arbeit zur Effektivität der Psychotherapie auf negative Veränderungen hingewiesen hat. Es waren Bergin et al. (1963), die eine Reihe von Studien aus der Zeit zwischen 1951 und 1965 analysierte (vgl. Bergin et al. 1963), in denen sowohl positive Veränderungen als auch Verschlechterungen zu verzeichnen waren. Von Bergin stammt auch die Konzeption, dass durch eine Intervention die Varianz eines Merkmals in einer Stichprobe erhöht wird und dementsprechend auch in einer Stichprobe von Psychotherapiepatienten Verbesserungen und Verschlechterungen häufiger vorkommen sollten als in einer unbehandelten Kontrollgruppe.

In den ersten Übersichten zu dieser Thematik wurde in der Tat die Häufigkeit von Verschlechterungen durch Psychotherapie mit ca. 10%, die Häufigkeit von Verschlechterungen in unbehandelten Kontrollgruppen mit ca. 5% beziffert. Die vorliegenden empirischen Befunde legen bis heute nahe, dass es in 3–15% der behandelten Fälle zu unerwünschten Ereignissen kommt. So berichten beispielsweise Boisvert und Faust (2007), dass sich bei ca. 10% der untersuchten Patienten eine Verschlechterung als Ergebnis einer Psychotherapie verzeichnen ließ. Mohr (1995) gab bei 5–10% der behandelten Patienten eine Verschlechterung und bei weiteren 15–20% keine messbaren Veränderungen an. Diese Zahlen sind mit denen pharmakologischer Behandlungen vergleichbar (Barlow 2010; Berk u. Parker 2009; Dimidjian u. Hollon 2010; Hoffmann et al. 2008; Lieberei u. Linden 2008; Lilienfeld 2007).

Im *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (vgl. dort den Beitrag von Lambert u. Ogles, 2004) wird ausgeführt, dass Psychotherapie für einen Teil derer, die Hilfe suchen, schädlich ist, wobei auch hier wieder ein Anteil von 5–10% mit Verschlechterungen beziffert wird. Lambert u. Ogles (2004) machen deutlich, dass die genaue Studie von Therapieverläufen, wie sie beispielsweise in den Untersuchungen von Richard u. Kordy (2001), Lueger et al. (2001) bzw. Lambert et al. (2001) durchgeführt wurden, verdeutlicht, dass es unterschiedliche Verlaufstypen gibt. In der Studie von Richard u. Kordy beispielsweise gab es

- Patienten, die bereits früh in der Therapie reagieren und erfolgreich bleiben,
- Patienten, die früh reagierten, dann aber ein schlechtes Ergebnis zeigten,
- Patienten, die die Interventionen langsam mit einem letztlich positiven Ergebnis reagierten,
- Patienten, die langsam reagierten und sich im Endeffekt verschlechtern.

Vor diesem Hintergrund haben sich zahlreiche Bemühungen entwickelt, therapeutische Veränderungen kontinuierlich zu erfassen und Feedbacksysteme zu etablieren und zu evaluieren (vgl. Lambert 2008).

Seit die Thematik diskutiert wird, ranken sich Diskussionen auch um die Fragen, was letztendlich die Ursachen für negative Veränderungen sein könnten, ob diese permanent oder temporär sind, ob sie abhängig sind von den Kriterien, nach denen Therapieerfolg bestimmt wird und von Merkmalen der Patienten, die einer spezifischen Therapie behandelt werden. Interessanterweise werden bis heute immer wieder ältere Studien aus dem Bereich der Gruppenpsychotherapie herangezogen, die verdeutlichen, dass entweder für Gruppen ungeeignete Patienten oder aber unachtsame Therapeuten für Veränderungen negativer Art verantwortlich sein könnten (s. Kap. 6).

In einer der ersten umfassenden kritischen Übersichten über negative Effekte in der Psychotherapie, die Mohr (1995) publizierte, schlussfolgerte der Autor, dass

- Borderline-Patienten,
- zwanghafte Patienten mit ausgeprägten interpersonalen Schwierigkeiten und geringer Therapiemotivation bzw.
- Patienten, die erwarten, dass Psychotherapie „schmerzlos“ verläuft,

besonders von Verschlechterungen betroffen seien.

Aufseiten der Therapeuten wurde

- Empathiemangel,
- Unterschätzung des Schweregrads der Patientenprobleme,
- negative Gegenübertragungen,
- technische Fehler,
- Überbetonung von Übertragungsdeutungen sowie
- mangelnde Übereinstimmung mit dem Patienten bezüglich der Aspekte des Therapieprozesses

mit einem negativen Ergebnis verbunden.

Im Wesentlichen scheinen es Interaktionen zwischen Patientenmerkmalen und technischen Aspekten bzw. Therapeutenmerkmalen zu sein, die negative Veränderungen vorhersagen. Einige Studien machten dies besonders deutlich, wie beispielsweise die Vergleichsstudie von Beutler et al. (1984), in der verhaltensorientierte, supportive und expressiv-erfahrungsorientierte Interventionen in Gruppen verglichen wurden und sich die Patienten unter letztgenannten Bedingungen erheblich verschlechterten, was die Autoren letztendlich über eine Fehlanwendung dieser therapeutischen Technik im entsprechenden Setting zurückführten.

In einer neueren Arbeit von Albani und Mitarbeitern (2010a, b) wurde im Rahmen einer standardisierten Befragung aktueller und ehemaliger Psychotherapiepatienten gezeigt, dass die Befragten die Behandlung als höchst wirksam einschätzten. Jedoch beendeten 10% der Befragten ihre Behandlung aufgrund von Bedenken bezüglich der Kompetenz des Therapeuten. Weitere 8% der Patienten stimmten der Aussage zu, ihr Therapeut sei zu wenig engagiert, 3% gaben an, ihr Therapeut sei zu sehr mit Geld verdienen beschäftigt oder mache, wie in 0,2% der Fälle, unangemessene sexuelle Bemerkungen oder gar sexuelle Annäherungsversuche.

Für die psychodynamische Psychotherapie haben kürzlich Gold u. Stricker (2011) versucht, „failure“ zu definieren, und dargelegt, wie es speziell im psychoanalytischen Kontext aufgrund von Unschärfen und Unklarheiten bezüglich der Therapiezieldefinitionen (vgl. dazu Strauß 1996) schwierig ist, Erfolg und Misserfolg adäquat zu definieren. Die Autoren plädieren letztlich dafür, sowohl symptomatische und funktionelle wie auch theorie-spezifische Kriterien (Einsicht, strukturelle Veränderungen) für die Definition von Erfolg und Misserfolg (oder Scheitern) heranzuziehen und legen dar, dass Patienten nicht notwendigerweise in allen Kriterien deutliche Veränderungen erzielen werden, dass aber andererseits ein „komplettes Scheitern“ ebenfalls selten sei. Entsprechend dieser Konzeption wäre auch eine mehrdimensionale Erfassung von Therapieergebnissen nötig.

Als Prädiktoren für negative Veränderungen differenzieren Gold u. Stricker (2011)

- Patientenvariablen,
- Therapeutenfaktoren,
- Aspekte der therapeutischen Beziehung,
- technische Variablen und
- „third party variables“, wie beispielsweise Einflüsse von Partnern, Familienmitgliedern oder Freunden, die möglicherweise ein Interesse daran haben, dass sich Patienten nicht verändern.

2.4 Schäden und Kunstfehlerfolgen

Die 2007 erschienene Arbeit von Scott Lilienfeld mit dem Titel „*Psychological treatments that cause harm*“ erregte Aufsehen, prangerte sie doch eine ganze Reihe von psychotherapeutischen Methoden als schädlich an. Generell wies Lilienfeld sehr nachdrücklich auf die „Schattenseiten“ von Psychotherapie hin, was eine Gruppe namhafter Psychotherapieforscher (Castonguay et al. 2010) zum Anlass nahm, die Thematik im Kontext der Ausbildung intensiv zu diskutieren.

Generell lädt das in psychotherapeutischen Behandlungen oft vorliegende Abhängigkeitsverhältnis zu Grenzüberschreitungen unterschiedlichster Art ein. Nach Kanzow (2009) ist dieses Ungleichgewicht maßgeblich für das Auftreten und die Schwere der Folgen von Missbräuchen jeglicher Art. So liegt ein Missbrauch immer dann vor, wenn es in einer Abhängigkeitssituation wie der Therapeut-Patient-Beziehung vonseiten des Therapeuten zu einer *Grenzüberschreitung* kommt (Rüger 2003). Eine solche Grenzüberschreitung findet stets dann statt, wenn die Abhängigkeitssituation zwischen Patient und Therapeut zum eigenen narzisstischen, finanziellen oder sexuellen Vorteil des Therapeuten genutzt wird und schädigt in den allermeisten Fällen den Patienten erheblich (u. a. Hoffmann et al. 2008; Lieberei u. Linden 2008; Tschan 2004a).

Zu den derzeit am besten untersuchten negativen Vorkommnissen im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen zählen sexuelle Übergriffe durch Therapeuten. Es wird berichtet, dass bis zu 10% der Therapeuten mindestens ein Mal im Rahmen ihrer beruflichen Tätigkeit sexuelle Grenzüberschreitungen gegenüber Patienten begehen (Pfäfflin 2004; Pope 1990; Pope et al. 2006). Schätzungen zufolge finden in Deutschland jährlich ca. 300 sexuelle Grenzverletzungen seitens der behandelnden Psychotherapeuten statt. Wobei sich diese Zahlen jedoch ausschließlich auf die anerkannten Richtlinienverfahren beziehen. Es wird jedoch angenommen, dass es in Behandlungen, in denen nicht sozialrechtlich anerkannte Verfahren wie beispielsweise die Gesprächspsychotherapie oder die Gestalttherapie Anwendung finden, zu vergleichbar vielen Grenzüberschreitungen kommt. Neben diesen Annahmen muss von einer beträchtlichen Dunkelziffer ausgegangen werden, sodass vermutet werden muss, dass es zu weit mehr Fällen sexueller Grenzverletzungen in psychotherapeutischen Behandlungen pro Jahr in Deutschland kommt (Eichenberg et al. 2009; Hilibrand u. Waldherr 2006).

Bei näherer Betrachtung dieser Grenzüberschreitungen wurde beispielsweise in der ersten Prävalenzstudie zum Thema von Holroyd und Brodsky (1977) sehr deutlich, dass es meist zu sexuellen Übergriffen von männlichen Therapeuten auf überwiegend weibliche Patienten kommt. So handelt es sich in bis zu 88% der Fälle, in denen eine se-

xuelle Grenzverletzung vorlag, um einen männlichen Behandler und bei etwa 75% der Opfer um Frauen (Eichenberg et al. 2009; Holroyd u. Brodsky 1977; Tschan 2004a). Im Gegensatz zu diesen Zahlen bewegen sich die Angaben zu sexuellen Übergriffen durch weibliche Therapeuten zwischen einem und 12% der Fälle (Benowitz 1994; Pope 1988).

Tschan (2004a) fasst unter sexuellen Grenzüberschreitungen jegliche Formen sexueller Handlungen durch den Behandler. So beispielsweise vaginale, orale und anale Penetrationen sowie die Stimulation der Geschlechtsorgane, wobei es nicht zwangsläufig zu einer Ejakulation bzw. einem Orgasmus gekommen sein muss, sexuelle Handlungen wie Berührungen (auch bekleidet!), Streicheln, Betrachten bzw. Zeigen von Geschlechtsorganen sowie die Herstellung von Film- oder Fotomaterial. Auch verbale, sexuell gefärbte Handlungen wie beispielsweise erotische Komplimente, Datingversuche oder sexuell entwertende Äußerungen seitens des Behandlers stellen sexuelle Grenzüberschreitungen dar.

Es wird berichtet, dass sich nahezu jeder Psychotherapeut in seinem Berufsleben einmal von einem Patienten angezogen fühlt bzw. sich sexuellen Gefühlen seitens des Patienten gegenüberieht (Pope u. Tabachnick 1993; Pope et al. 2006). Etwa 10% der männlichen und ca. 3% der weiblichen Therapeuten werden tatsächlich sexuell grenzverletzend, wobei die Rezidivrate bei ca. 80% liegt (Holroyd u. Brodsky 1977). In einer Befragung von mehr als 200 österreichischen Psychotherapeuten konnte gezeigt werden, dass über ein Drittel von ihnen Patienten kannte, die über sexuelle Kontakte mit einem Therapeuten berichteten und 24% der befragten Therapeuten kannten Kollegen, die sexuelle Kontakte zu Patienten hatten (Haberfellner u. Zankl 2008). Im Rahmen einer groß angelegten Untersuchung im US-amerikanischen Raum wurde gezeigt, dass 65% der über 1.400 befragten Psychiater Patienten in Behandlung haben, die über sexuelle Grenzverletzungen durch frühere Therapeuten berichteten. Bemerkenswert ist, dass lediglich in 8% dieser bekannten Übergriffe rechtliche Schritte eingeleitet werden (Gartrell et al. 1987). In Deutschland sind Patienten zwar durch den § 174c (StGB) vor sexuellen Grenzübertretungen seitens des Psychotherapeuten geschützt, es wird jedoch angenommen, dass die Anzahl der Fälle, die zur Anzeige gebracht werden, bisher sehr gering ist (Eichenberg et al. 2009; Fischer u. Eichenberg 2007).

In mindestens 90% der Fälle von sexuellen Übergriffen durch Therapeuten nehmen die betroffenen Patienten Schaden (Gartrell et al. 1987; Moggi et al. 2000; Pope et al. 2006). Eichenberg und Kollegen veröffentlichten 2007 bzw. 2009 ähnliche Zahlen für die Bundesrepublik Deutschland. So berichteten sie, dass bei 70 bis 93% der Betroffenen nach sexuellen Grenzüberschreitungen durch den Therapeuten eine Verschlechterung des Befindens zu verzeichnen war, wie etwa eine deutliche Verstärkung der Symptome, das Hinzukommen neuer Beschwerden bzw. Probleme, z.B. Isolation und sozialer Rückzug, Misstrauen, Angst, Panik, Depression sowie Wut und Aggression. Des Weiteren werden Gefühle der Schuld und Scham, Trauer, Depression und Selbstabwertung, Ambivalenz und Konfusion als zentrale Folgen für die betroffenen Patienten berichtet (Schoener et al. 1984). Nachfolgende Untersuchungen berichteten zusätzlich vom Erleben innerer Leere und Isolation, von Identitätsdiffusion, Vertrauensverlust in Autoritätspersonen bis hin zu Paranoia, von emotionaler Aufgewühltheit und Labilität, unterdrückter Rache, dem Auftreten sexueller und kognitiver Dysfunktionen (v.a. die Aufmerksamkeit und Konzentration betreffend, wie beispielsweise das Auftreten von Flashbacks und Intrusionen) sowie Selbstzweifel und einem erhöhten Suizidrisiko dieser Patienten (Pope 1988; Sarkar 2004; Somer u. Saadon 1999).

Munz (2010) beschreibt eine teilweise jahrelang andauernde Arbeitsunfähigkeit und eine Hörigkeit gegenüber dem Therapeuten sowie das Auftreten psychotischer Dekompensation und Suizid bereits bei nur kurzfristigen sexuellen Kontakten.

Nach Fischer und Eichenberg (2007) kommen sexuelle Übergriffe durch Therapeuten einer regelrechten Traumatisierung gleich, d.h., das hohe Ausmaß psychotraumatischer Belastung aufseiten der betroffenen Patienten stellt sich als durchaus vergleichbar mit der von Folteropfern dar. Folglich müssen sie auch als solche behandelt werden. Wobei die Schwere der Auswirkungen sexueller Grenzüberschreitungen im psychotherapeutischen Rahmen sowohl davon unabhängig ist, wie sich der Übergriff gestaltete als auch vom Geschlecht des betreffenden Therapeuten (Becker-Fischer u. Fischer 2008; Benowitz 1994). Einen Einfluss auf die Schwere der Folgen haben offenbar die Stärke der Beschwerden vor der Behandlung und frühere sexuelle Missbrauchserlebnisse des Patienten (Feldmann-Summers u. Jones 1984).

Die berichteten Befunde verdeutlichen, dass sexuelle Grenzverletzungen in der Psychotherapie zu massiven, schädigenden Auswirkungen auf den betroffenen Patienten führen.

Eichenberg und Mitarbeiter (2009) stellen

- männliches Geschlecht,
- Ansehen und Berufserfahrung des Therapeuten,
- eine eigene Praxis,
- eine aktuell schwierige Lebenssituation sowie
- narzisstische Defizite und
- Schwierigkeiten mit der Regulation von Nähe bzw. Distanz

als Risikofaktoren für sexuelle Übergriffe auf Patienten heraus. Des Weiteren nehmen sie an, dass die grenzverletzenden Therapeuten selbst Opfer früherer Traumatisierungen sind. Norris et al. (2003) benennen

- eigene Lebenskrisen,
- Krankheit,
- große Veränderungen im Leben des Therapeuten sowie
- die Neigung Patienten zu idealisieren,
- die Unfähigkeit Grenzen aufzuzeigen und
- die Verleugnung stattgefundener bzw. stattfindender Grenzverletzungen

als Risikofaktoren für sexuelle Übergriffe im Rahmen psychotherapeutischer Behandlungen. Als begünstigend seitens des Patienten sehen die Autoren eine „Überabhängigkeit“ vom Therapeuten, Verstrickung und die Aufnahme einer Behandlung um eine intensive Beziehung oder gar die „wahre Liebe“ zu finden an. Ein bereits in der Vergangenheit des Patienten stattgefundener sexueller Missbrauch birgt ebenfalls ein erhebliches Risiko erneut Opfer sexueller Übergriffe im Rahmen einer psychotherapeutischen Behandlung zu werden (Norris et al. 2003; Somer u. Saadon 1999).

In der Literatur ist mittlerweile ausführlich beschrieben, dass sexuelle Grenzverletzungen häufig eine lange dauernde Vorgeschichte haben und von „milderen“ Grenzüberschreitungen ausgehen (vgl. Franke u. Riecher-Rössler 2011; Sarkar 2004), was oft als „*slippery slope*“ bezeichnet wird. Dieser beginnt häufig mit einer Aushöhlung therapeutischer Neutralität in kleinsten Schritten, führt über das Angebot, sich zu duzen, die Gestaltung der Sitzung als soziales und nicht therapeutisches „Event“, eine „Spezialbehandlung“ für die Patientin, Selbstöffnungen bis hin zur Mitteilung se-

xueller Phantasien, erste Berührungen, gezielte Manipulationen, extratherapeutische Kontakte, Verlegung von Sitzungen auf den Abend, Verzicht auf Rechnungsstellungen, Treffen nach der Sitzung zum Abendessen etc.

Die nicht primär sexuellen Grenzverletzungen in Psychotherapien beschrieb Sarkar (2004) und unterschied:

- exzessive Selbstöffnung,
- spezielle finanzielle Regelungen für die Behandlung (z.B. reduzierte Preise, kostenlose Therapie),
- Verletzungen des Rahmens (z.B. Zeitüberschreitungen),
- Ausweitung der Kontakte auf Zeiten zwischen den Sitzungen (z.B. über Telefonkontakte),
- geschäftliche Beziehungen außerhalb der Therapie,
- private Treffen mit Patienten,
- Duzen der Patienten und Nennung beim Vornamen,
- Umgang mit dem Patienten wie mit einem Freund und Berührungen und Umarmungen.

Nach Dreyfus u. Haug (1992) werden narzisstische Grenzüberschreitungen als all jene Patient-Therapeut-Interaktionen und Konstellationen charakterisiert, die in erster Linie dem Wunsch des Therapeuten nach narzisstischer Gratifikation dienen und die die Entfaltung des „wahren Selbst“ des Patienten verhindern oder zumindest erschweren. Ihnen liegt meist eine kollusive narzisstische Beziehung (nach Willi 1972) zugrunde, die gekennzeichnet sein kann durch eine grenzenlose Empathie, das sogenannte „süße Gift symbiotischer Sprachlosigkeit“, aber auch einen narzisstischen Rückzug, d.h. der inneren Distanzierung des Therapeuten und damit eines Empathieverlustes gegenüber dem Patienten. Als spezielle Form dieses narzisstischen Rückzugs wird die Entwicklung von Omnipotenzfantasien, wie etwa die unrealistische Gewissheit, dass nur der behandelnde Therapeut dem Patienten zu helfen vermag, angesehen. Die Überschätzung des eigenen Behandlungsansatzes gilt ebenfalls als eine Facette narzisstischen Missbrauches (Reimer u. Rüger 2006).

Zur expliziteren Charakterisierung der grenzverletzenden Therapeuten wurde festgestellt, dass es sich in der Regel um überwiegend erfahrene und angesehene, meist allein praktizierende Therapeuten handelt. Auch konnte kein Zusammenhang zwischen grenzverletzendem Verhalten und der theoretischen Orientierung bzw. der Profession des jeweiligen Psychotherapeuten beobachtet werden (Gartrell et al. 1986; Pope 1990; Reimer 2010; Somer u. Saadon 1999). Bei der Betrachtung der Initiative zu sexuellen Handlungen wurde deutlich, dass in ca. 80% der Fälle die Therapeuten den ersten Schritt gehen (Eichenberg et al. 2009). Dabei kommt es in der Regel nicht zu sichtbarer Gewalt, sodass der Eindruck entstehen kann, es handele sich um eine Handlung im Konsens, deren Folgen jedoch für die Betroffenen oftmals verheerend sind (Tschan 2004a). Becker-Fischer und Fischer (2008) beschreiben sexuelle Grenzüberschreitungen lediglich als „Spitze des Eisberges“, da diesen meist vielfältige, „leisere Verstöße“, wie narzisstischer oder ökonomischer Missbrauch, durch den Behandler vorangegangen sind. Durch ihren meist subtileren Charakter sind sie jedoch in einem Großteil der Fälle weniger augenscheinlich, somit schwerer aufzudecken und kaum in Zahlen abbildbar (Hafke 1998; Reimer 2010).

Kaczmarek et al. (2012) analysierten die Beschwerden von Psychotherapiepatienten. Diese waren über einen Zeitraum von 2 Jahren beim Verein *Ethik in der Psychotherapie e.V.*,

einer gemeinnützigen Anlaufstelle für hinsichtlich psychotherapeutischer Behandlungen beschwerdewilligen Personen, eingegangen. Die Autoren konnten zeigen, dass u. a. in ca. 16% der Fälle eine Verletzung therapeutischer Basisvariablen wie beispielsweise ein Mangel an Empathie seitens des Therapeuten vorlag, in 15% der Beschwerdefälle sexuelle Grenzverletzungen durch den behandelnden Therapeuten berichtet sowie in 9% der betrachteten Fälle über ökonomischen Missbrauch geklagt wurde. Diese Zahlen stimmen weitgehend mit denen von Lange und Kollegen (2009) überein, die ebenfalls Patientenbeschwerden betrachteten.

Die vorgestellten empirischen Befunde stellen den aktuellen Stand der Forschung im Bereich der unerwünschten und negativen Effekte psychotherapeutischer Behandlungen dar und verdeutlichen, dass noch immer ein großer Forschungsbedarf besteht.

Ausblick

Es ist augenscheinlich, dass der hinsichtlich pharmakologischer Behandlungen längst akzeptierte Leitsatz „Alles was wirkt, hat auch Nebenwirkungen“ auch für die Psychotherapie zutrifft. Die dargestellten Ergebnisse legen nahe, dass es wahrscheinlich wesentlich häufiger zu unerwünschten Ereignissen, Wirkungen, aber auch Grenzüberschreitungen in psychotherapeutischen Behandlungen kommt, als manch einer möglicherweise annimmt.

Insbesondere die Folgen von Kunstfehlern und Schädigungen sind häufig drastisch und reichen von depressiven Verstimmungen und Misstrauen bis hin zu suizidalen sowie psychotischen Zuständen (z.B. Fischer u. Eichenberg 2007; Sarkar 2004) und sollten deshalb vermehrt beachtet werden.

Erstrebenswert wäre es, durch eine enge Zusammenarbeit mit Praktikern ein gezieltes Risikomanagement zu entwickeln und zu etablieren (Noll-Hussong 2012; Tschan 2006) und dadurch Sensibilisierung von Behandlern und von Patienten zu erreichen.

Präventionsmaßnahmen durch transparentere Informationen und niedrigschwellige Beratungsangebote sowohl für Psychotherapiepatienten als auch für Therapeuten sind zu verstärken (Eichenberg et al. 2009; Hillebrand u. Waldherr 2006; Norris et al. 2003; Thorn et al. 1993).

Eine gezielte Beachtung der Themen in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeuten sollte weiter etabliert werden (Boisvert 2010; Castonguay et al. 2010; Hoffmann et al. 2008; Lieberei u. Linden 2008; Tschan 2004a, b).

Trotz eines inzwischen wachsenden Problembewusstseins bezüglich der unerwünschten und negativen Wirkungen von Psychotherapie besteht nach wie vor ein Mangel an Wissen über deren Phänomenologie, Risikofaktoren und Präventionsmöglichkeiten. Auch mangelt es derzeit an praktikablen Instrumenten zur Erfassung problematischer Entwicklungen und deren Systematisierung.

Literatur

- Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E (2010a) Ambulante Psychotherapie aus Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut* 55, 503–514
- Albani C, Blaser G, Geyer M, Schmutzer G, Brähler E (2010b) Ambulante Psychotherapie aus Sicht der Patienten. Teil 2: Wirksamkeit. *Psychotherapeut* 56, 51–61
- Barlow DH (2010) Negative Effects from Psychological Treatments. *American Psychologist* 65, 13–20
- Becker-Fischer M, Fischer G (2008) Sexuelle Übergriffe in Psychotherapie und Psychiatrie. Asanger Heidelberg

- Benowitz M (1994) Comparing the experiences of woman clients sexually exploited by female versus male psychotherapists. *Woman & Therapy* 15, 69–83
- Bergin AE (1971) The evaluation of therapeutic outcomes. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg.) *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. Wiley New York
- Bergin AE, Murray EJ, Truax CB, Shoben EJ (1963) The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counselling Psychology* 3, 244–250
- Berk M, Parker G (2009) The elephant on the couch: Side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 43, 787–794
- Beutler LE, Frank M, Schieber SC, Calvert S, Gaines J (1984) Comparative effects of group psychotherapies in a short-term inpatient setting: an experience with deterioration effect. *Psychiatry* 47, 67–77
- Boisvert CM (2010) Negative Treatment Effects: Is It Time for a Black Box Warning? *American Psychologist* 65(7), 680–681
- Boisvert CM, Faust DF (2007) Practicing psychologists' knowledge of general psychotherapy research findings. *Professional Psychology: Research and Practice* 37, 708–716
- Bolk-Weischel D (1978) Veränderungen beim unbehandelten Partner des Patienten während einer analytischen Psychotherapie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse* 24, 116–128
- Caspar F, Kächele H (2008) Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (Hrsg.) *Störungsorientierte Psychotherapie*. 729–743. Elsevier München
- Castonguay LG, Boswell JF, Constantino M, Goldfried M, Hill C (2010) Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist* 65(1), 34–49
- Dimidjian S, Hollon SD (2010) How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychological Association* 65(1), 21–33
- Dreyfus R, Haug H (1992) Zum narzisstischen Missbrauch in der Therapie. In: Hoffmann-Axthelm D (Hrsg.) *Verführung in Kindheit und Psychotherapie*. 90–108. Transform Oldenburg
- Eichenberg C, Dorniak J, Fischer G (2009) Sexuelle Übergriffe in therapeutischen Beziehungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 59, 337–344
- Eysenck HJ (1952) The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology* 16, 319–324
- Feldman-Summers S, Jones G (1984) Psychological Impacts of Sexual Contact between Therapists or Other Health Care Practitioners and Their Clients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 52(6), 1054–1061
- Fischer T (2001) *Strafgesetzbuch und Nebengesetze*. Beck München
- Fischer G, Eichenberg C (2007) Sexuelle Kontakte innerhalb therapeutischer Beziehungen. *Psychotherapie Forum* 15(4), 189–191
- Frankel I, Riecher-Rössler A (2011) Missbrauch in therapeutischen Beziehungen. *Der Nervenarzt* 82(9), 1145–1150
- Gartrell N, Herman J, Olarte S, Feldstein M, Localio R (1986) Psychiatrist-patient sexual contact: results of a national survey. 1: Prevalence. *American Journal of Psychiatry* 143, 1126–1131
- Gartrell N, Herman J, Olarte S, Feldstein M, Localio R (1987) Reporting practices of psychiatrists who knew of sexual misconduct by colleagues. *American Journal of Orthopsychiatry* 57(2), 287–295
- Gold J, Stricker G (2011) Failures in psychodynamic psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology* 67(11), 1096–1105
- Haberfellner EM, Zankl S (2008) Einstellung zu sexuellen Kontakten in der Psychotherapie: Ergebnisse einer Befragung unter oberösterreichischen Psychotherapeuten. *Psychotherapie Forum* 16, 92–97
- Hafke C (1998) Vertrauen und Versuchung. Über Machtmissbrauch in der Therapie. Rowohlt Reinbek
- Hessler M, Lamprecht F (1986) Der Effekt stationärer psychoanalytisch orientierter Behandlung auf den unbehandelten Partner. *Psychotherapie, Psychosomatik & Medizinische Psychologie* 36, 173–178
- Hillebrand V, Waldherr B (2006) Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie: Den Opfern eine Stimme geben. *Deutsches Ärzteblatt* 103(33), A-2157/B-1862/C-1800
- Hoffmann SO (2002) Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. In: Matthe D, Hertel G, Büsing S, Schreiber-Willnow K (Hrsg.) *Störungsspezifische Konzepte und Behandlung in der Psychosomatik*. 15–32. VAS Frankfurt a.M.
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2008) Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut* 53, 4–16
- Holroyd JC, Brodsky AM (1977) Psychologists' attitudes and practices regarding erotic and nonerotic physical contact with clients. *American Psychologist* 32, 843–849

- Jacobi F (2002) Risiken und Nebenwirkungen verhaltenstherapeutischer Behandlung. In: Märtens M, Petzold H (Hrsg.) *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. 89–108. Grünewald Mainz
- Jaeger B (1997) Die Bedeutung der Partnerbeziehung als Prädiktor für den Erfolg stationärer Psychotherapie. Inauguraldissertation, Universität Mainz
- Kaczmarek S, Cappel R, Passmann K, Hillebrand V, Strauß B (2012) Wenn Psychotherapie schadet. Eine qualitative und quantitative Untersuchung negativer Wirkungen psychotherapeutischer Behandlungen. Manuscript submitted for publication, Friedrich-Schiller-Universität Jena
- Kanzow WT (2009) Macht und Bemächtigung. Gewalt in der Psychotherapie. *Balint* 10, 33–40
- Kraus DR, Castonguay L, Boswell JF, Nordberg SS, Hayes JA (2011) Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research* 21, 267–276
- Lambert MJ (2008) What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research* 17, 1–14
- Lambert MJ, Bergin AE (1994) The effectiveness of psychotherapy. In: Bergin AE, Garfield SL (Hrsg.) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. Wiley New York
- Lambert MJ, Hansen BM, Finch AE (2001) Patient focused research. *Journal of consulting and clinical psychology* 69, 159–172
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Hrsg.) *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change*. 139–193. Wiley & Sons New York
- Lange E, Hillebrand V, Pfäfflin F (2009) Beschwerden über Therapeuten. *Psychotherapeut* 54, 307–309
- Lieberei B, Linden M (2008) Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102, 558–562
- Linden M (2011) Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie. In: Linden M, Hautzinger M (Hrsg.) *Verhaltenstherapiemanual*. 45–50. Springer Berlin Heidelberg
- Linden M, Westram A (2010) Prescribing a Sedative Antidepressant for Patients at Work or on Sick Leave under Conditions of Routine Care. *Pharmacopsychiatry* 43, 1–6
- Lilienfeld SO (2007) Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science* 2(1), 53–70
- Lueger RJ, Howard KI, Martinovic Z, Lutz W, Anderson EE, Grissom G (2001) Assessing treatment progress of individual patients. *Journal of consulting and clinical psychology* 69, 150–158
- Mays DT, Franks CM (1985) *Negative outcome in Psychotherapy and what to do about it*. Springer New York
- Moggi F, Brodbeck J, Hirsbrunner HP (2000) Therapist-patient sexual involvement: Risk factors and consequences. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 7, 54–60
- Mohr D (1995) Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 2(1), 1–27
- Munz D (2010) Abstinenz als ethische Grundhaltung in der Psychotherapie. Vortrag auf der Fachtagung der Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg zu „Verantwortung in der Psychotherapie: Abstinenz aus fachlicher und juristischer Sicht“. Online: http://www.lpk-bw.de/archiv/news2010/pdf/100711_abstinenz_als_ethische_grundhaltung.pdf (zuletzt abgerufen am 06.09.2012)
- Nothelfer T (1995) Die Auswirkungen einer stationären Psychotherapie auf das körperliche und psychische Befinden des unbehandelten Partners. Inauguraldissertation, Universität Mainz
- Noll-Hussong M (2012) Primum non nocere, secundus opinio vulnero. Psychotherapie im Fokus des klinischen Risikomanagements. *Psychotherapeut* 57(1), 50–54
- Norris DM, Gutheil TG, Strasburger LH (2003) This Couldn't Happen to Me: Boundary Problems and Sexual Misconduct in the Psychotherapy Relationship. *Psychiatric Services* 54(4), 517–522
- Okiishi J, Lambert MJ, Nielsen SL, Ogles BM (2001) Waiting for the supershrink. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 42, 993–1006
- Pfäfflin F (2004) Sexuelle Grenzverletzungen im therapeutischen Rahmen. In: Venzlaff U, Foerster K (Hrsg.) *Psychiatrische Begutachtung. Ein praktisches Handbuch für Ärzte und Juristen*. 303–316. Urban und Fischer München
- Pope KS (1988) How clients are harmed by sexual contact with mental health professionals: The syndrome and its prevalence. *Journal of Counselling and Development* 67, 222–226
- Pope KS (1990) Therapist-patient sexual involvement: A review of the research. *Clinical Psychology Review* 10, 477–490
- Pope KS, Tabachnick BG (1993) Therapists' Anger, Hate Fear, and Sexual Feelings: National Survey of Therapist Responses, Client Characteristics, Critical Events, Formal Complaints, and Training. *Professional Psychology: Research and Practice* 24(2), 142–152

- Pope KS, Keith-Spiegel P, Tabachnick BG (2006) Sexual attraction to clients: The human therapist and the (sometimes) inhuman training system. *Training and Education in Professional Psychology* 5(2), 96–111
- Reimer C (2010) Die Bedeutung der Ethik in der Psychotherapie. In: Arolt V, Kersting A (Hrsg.) *Psychotherapie in der Psychiatrie. Welche Störung behandelt man wie?* 577–584. Springer Berlin
- Reimer C, Rüger U (2006) Ethische Aspekte der Psychotherapie. In: Reimer C, Rüger U (Hrsg.) *Psychodynamische Psychotherapien. Lehrbuch der tiefenpsychologisch fundierten Psychotherapieverfahren*. 391–412. Springer Heidelberg
- Richard M, Kordy H (2001) Early treatment response. *Forschungsstelle für Psychotherapie Stuttgart*
- Ruff W, von Ekesparre D, Grabenstedt Y, Kaiser-Livne M, Langl W, Nagell W (2011) Behandlungs- und Kunstfehler in der Psychoanalyse. *Forum der Psychoanalyse* 27, 43–60
- Rüger U (2003) Gewalt und Missbrauch in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 48, 240–246
- Sarkar SP (2004) Boundary violation and sexual exploitation in psychiatry and psychotherapy: A review. *Advances in Psychiatric Treatment* 10, 312–320
- Schoener G, Milgrom JH, Gonsiorek J (1984) Sexual exploitation of clients by therapists. *Woman and Mental Health* 3(3), 63–69
- Shapiro DA, Shapiro D (1982) Meta-analysis of comparative therapy outcome studies: A replication and refinement. *Psychological Bulletin* 92, 581–604
- Skegg DCG, Doll R (1977) The case for recording events in clinical trials. *British Medical Journal* 2(6101), 1523–1524
- Smith ML, Glass GV (1977) Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *American Psychology* 32, 752–760
- Smith M, Glass G, Miller T (1980) The benefits of psychotherapy. John Hopkins Press Baltimore
- Somer E, Saadon M (1999) Therapist-client sex: Clients' retrospective reports. *Professional Psychology: Research and Practice* 30(5), 504–509 (Online: <http://www.maytal.co.il/articles/1999.tcs.pdf>; zuletzt abgerufen am 06.09.2012)
- Steffanowski A, Kramer D, Fembacher A, Glahn EM, Bruckmayer E, v Heymann F, Kriz D, Pfaffinger I, Wittmann W (2011) Praxisubergreifende Dokumentation der Ergebnisqualität ambulanter Psychotherapie in Bayern. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 40, 267–282
- Strauß B (1996) Therapieziele in der psychoanalytischen Psychotherapie. In: Ambühl H, Strauß B (Hrsg.) *Therapieziele*. 197–225. Hogrefe Göttingen
- Strauß B, Strupp HH, Burgmeier-Lohse M (1992) Deutsche Version der Vanderbilt-Psychotherapie-Prozessskalen: Beschreibung und Anwendung in zwei Kurztherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie* 40, 411–430
- Strupp HH, Moras K, Sandell JA, Waterhouse GJ, O'Malley SS, Keithly LJ, Gomes-Schwartz B (1981) Vanderbilt Negative Indicators Scale: An instrument for the identification of deterrents to progress in time-limited dynamic psychotherapy. Unpublished manuscript, Vanderbilt University, Vanderbilt Psychotherapy Research Project, Nashville, TN
- Suh CS, Strupp HH, O'Malley SS (1986) The Vanderbilt process measures: the Psychotherapy Process Scale (VPPS) and the Negative Indicators Scale (VNIS). In: Greenberg LS, Pinsof WM (Hrsg.) *The psychotherapeutic process: a research handbook*. Guilford clinical psychology and psychotherapy series. 285–323. Guilford Press New York
- Thom H, Thom B (1986) Die Rolle der Angehörigen in der psychoanalytischen Technik. *Zeitschrift für Psychoanalyse* 22, 802–822
- Thorn BE, Clayton Shealy R, Briggs SD (1993) Sexual Misconduct in Psychotherapy: Reactions to a Consumer-Oriented Brochure. *Professional Psychology: Research and Practice* 24(1), 75–82
- Tschan W (2004a) Helfer als Täter. Sexuelle Grenzverletzungen durch medizinische und psychosoziale Fachpersonen. *Psychotherapie im Dialog* 2, 181–185
- Tschan W (2004b) Sexuelle Übergriffe durch Medizinalpersonen. *Schweizerische Ärztezeitung* 85, 1552–1553
- Tschan W (2006) Prévention von sexuellen Übergriffen in Institutionen. *Zeitschrift für Psychotraumatologie und Psychologische Medizin* 4, 39–44
- Wampold BE (2010) Research on effectiveness of psychotherapy. In: Wampold BE (Hrsg.) *The basics of psychotherapy: An introduction to theory and practice*. 61–83. US: American Psychological Association Washington, DC
- Willi J (1972) Die Zweierbeziehung. Rowohlt Reinbek
- Wittmann WW, Steffanowski A (2011) Qualitatsmonitoring in der ambulanten Psychotherapie: Ergebnisse des TK-Modellprojekts. *Psychotherapie Aktuell* 3, 6–12
- Wysowski DK, Swartz L (2005) Adverse drug event surveillance and drug withdrawals in the United States, 1969–2002: the importance of reporting suspected reactions. *Archives of Internal Medicine* 165, 1363–1369