

3 Zum dialektischen Verhältnis von Haupt- und Nebenwirkungen in der Psychotherapie: „Wo gehobelt wird, da fallen auch Späne“

Harald J. Freyberger und Carsten Spitzer

3.1 Nebenwirkungen als Therapieziel

Ein mehrfach replizierter Befund in der Psychotherapieforschung zeigt, dass die Varianz der Veränderungswerte während Psychotherapie grundsätzlich größer ist als jene spontaner Verläufe. Die positiven Effekte von Psychotherapie, die bei der Mehrzahl der Patienten gesehen werden, stehen negativen Effekten bei einer Minderheit gegenüber, die selbst dann zu konstatieren sind, wenn die Regeln der Kunst komplett eingehalten werden (Bergin 1966). In individuellen Verläufen ist in die Variabilität ebenfalls oft als hoch einzuschätzen, sodass sich auch hier kurzfristige positive und negative Effekte gegenüberstehen.

Die in letzter Zeit am breitesten diskutierte Frage im Kontext der Differenzierung von Haupt- und Nebenwirkungen und der darin liegenden Dialektik („Wo gehobelt wird, fallen auch Späne.“) betrifft den Einsatz von Expositions- oder Konfrontationstechniken in der Behandlung von Traumafolgestörungen. Wie Neuner (2008) in einer Übersichtsarbeit herausgestellt hat, stehen sich hier 2 Fraktionen gegenüber:

Speziell im deutschen Sprachraum wird von Fachgesellschaften (z.B. Deutsche Gesellschaft für Psychotraumatologie, DeGPT, www.degpt.de), in Lehrbüchern (z.B. Seidler et al. 2011) und in publizierten Leitlinien (Flatten et al. 2011a, b) die Auffassung vertreten, dass vor einer in der Therapie erfolgenden Konfrontation mit der traumatischen Erfahrung oder Erinnerung in jedem Fall eine Stabilisierungsphase zu erfolgen habe, in der die Betroffenen etwa Strategien zur Affektregulation und zur Kontrolle der Symptomatik erwerben sollen. Diese Konzeption basiert auf der evidenzten klinischen Annahme, dass ein zu invasives, frühzeitig traumatische Inhalte the-

matisierendes Vorgehen ohne eine angemessene Stabilität der therapeutischen Arbeitsbeziehung zu einer zumindest partiell unkontrollierbaren Induktion intrusiver Bilder und damit assoziierter somatischer und psychischer Angstäquivalente führt. In einer gewissen Hinsicht wird diese Annahme durch Befunde gestützt, die im Rahmen von frühen Interventionen (sog. Debriefing) erhoben wurden (Ehlers u. Clark 2003) und im Wesentlichen zeigen, dass in der postraumatischen Phase erfolgende Interventionen, die das traumatische Geschehen reaktualisieren, zu einer Risikoerhöhung bleibender Störungen bei den Betroffenen führen.

Auf der anderen Seite weist Neuner (2008) darauf hin, dass die vorliegenden randomisierten kontrollierten Therapiestudien eindeutig zeigen, dass die sog. traumafokussierten Therapiemethoden und -techniken mit unmittelbarer Konfrontation und bestenfalls rudimentärer Stabilisierung am erfolgreichsten sind und von den internationalen Fachgesellschaften auch empfohlen werden. Die direkten Expositionstherapien führen demnach nicht häufiger zu Verschlechterungen, werden nicht häufiger verweigert und auch nicht häufiger abgebrochen. Während breit die Risiken konfrontativer Verfahren beschrieben werden, finden sich kaum Hinweise auf die Gefahren ausgedehnter Stabilisierungsinterventionen. Bereits in der Ankündigung einer umfanglichen Stabilisierungsphase stecke auch die direkte und indirekte Botschaft an den Patienten, dass es gefährlich sei, sich mit dem Trauma auseinanderzusetzen bzw. der Betroffene – zumindest zum gegenwärtigen Zeitpunkt, seine eigenen Erinnerungen nicht verkraften könne. Stattdessen werde der Patient angeleitet, ausgefeilte Vermeidungstechniken zu lernen, sodass die Angst vor einer Konfrontation steigt und irrationale Befürchtungen hervorgerufen, bestätigt oder verstärkt werden. Die Erinnerung an das Trauma bleibe unaussprechlich und bedrohlich und der Therapeut vermittele möglicherweise den Eindruck, dass er selbst das schreckliche Erlebnis nicht hören möchte. Die Belastung des Patienten in der Konfrontationstherapie sei zu seiner Belastung im Alltag in Beziehung zu setzen, in dem unkontrollierbare Intrusionen ebenfalls evident sein könnten. Das Wiedererleben in der Therapie sei somit emotional für den Patienten keineswegs eine neue Erfahrung, wobei der Unterschied in der Therapie darin bestehe, dass der Patient nicht allein sei und vor seiner Erinnerung flüchten müsse, sondern sich dem Therapeuten mitteilen könne. Die konsequente Versprachlichung der Erfahrung führe dann zu einer Erleichterung und ermögliche die Korrektur fehlerhafter Überzeugungen. Analoge Argumentationen finden sich in der psychodynamischen Literatur im Zusammenhang mit Konzepten zur Ich-stabilisierenden Funktion der Abwehr (Mertens 2011). Neuner (2011) weist darauf hin, dass die Befürchtung, die Patienten durch die Auslösung intensiver Affekte zu schädigen, in der Psychotherapie eine lange Tradition hat. Bezogen auf die Verhaltenstherapie ist in diesem Zusammenhang auch die frühe Annahme Wolpes (1958) zu nennen, der meinte, dass starke Erregungszustände letztlich eine erfolgreiche Behandlung verhindern und zum Beispiel Angst verstärken würden. Die zurückliegenden Jahrzehnte verhaltenstherapeutischer Therapieforschung haben allerdings keinen Zweifel daran gelassen, dass sich Expositionsverfahren (unter dem Vorbehalt ihrer korrekten Anwendung) heute in der Behandlung von Angst- und Zwangsstörungen durchgesetzt haben.

Diese Debatte um die positive oder negative Sicht einer Auslösung von intensiven Affekten am Beispiel von Exposition und Konfrontation illustriert nachdrücklich die Dialektik von Haupt- und Nebenwirkungen bzw. heilsamer oder schädigender Begleitwirkungen, die mit dem Einsatz bestimmter therapeutischer Techniken assoziiert.

Grundsätzlich werden in der Psychotherapieforschung die Patienten mit Verschlechterungen ihrer Symptomatik nicht oder nur sehr selten betrachtet und auch die Definition, was eigentlich als Verschlechterung zu betrachten sei, variiert in den Untersuchungen. Präferiert wird bei der Klassifikation von Verschlechterungen ein Schwellenwert, der über dem erwartbaren Effekt von Wiederholungsmessungen liegt. Im Bereich der besonders breit diskutierten Traumatherapie existieren nur wenige Studien, die Verschlechterungen gesondert ausweisen und in diesen werden negative Verläufe in 5–10% aller Fälle berichtet, wobei diese Verschlechterungen unter Berücksichtigung des Messfehlers in der Regel nicht klinisch bedeutsam sind (Neuner 2011). Foa et al. (2002) haben zudem zeigen können, dass diese negativen Effekte aber keineswegs ein schlechteres Therapieergebnis nach Ende der Behandlung oder den Therapieabbruch prädiszieren. Differenzielle Vergleiche zwischen verschiedenen Techniken und Methoden im Hinblick auf Verschlechterungen sind bislang nicht publiziert worden.

Pitman et al. (1991) haben allerdings eine oft zitierte Untersuchung vorgelegt, in der sie fallbezogen negative Effekte bei einer reinen Expositionsbehandlung von Patienten mit posttraumatischen Belastungsstörungen dokumentieren. Sie zeigen, dass bestimmte Patientenmerkmale, wie intensiv bestehende Scham- und Schuldgefühle und vergleichsweise instabile psychiatrische Komorbidität, mit Substanzmissbrauch oder Suizidalität assoziiert mit negativen Effekten auftreten. Betrachtet man zusätzlich die Risikofaktorenstruktur posttraumatischer Störungen (Freyberger u. Widder 2010), so wäre zu erwarten, dass auch vorbestehende, vor allem prämorbid vorliegende komplexe Traumata und prämorbid vorliegende psychische Störungen das Auftreten von Nebenwirkungen begünstigen.

Ein anderer Aspekt betrifft die möglichst nebenwirkungsminimierende Dosierung therapeutischer Interventionen. Interessanterweise haben narrative und internetbasierte therapeutische Ansätze, die sich mit einer gestuften Exposition und Integration beschäftigen, einen erstaunlichen Erfolg insbesondere bei älteren Patientengruppen, die früher als besonders nebenwirkungsanfällig angesehen wurden (Ade-nauer et al. 2011; Böttche et al. 2012; Knaevelsrud u. Kuwert 2011). Derartige Ansätze überlassen den Betroffenen oft weitgehend die Kontrolle über das Ausmaß und die Intensität anzuwendender konfrontativer Techniken.

Schließlich kann hier noch die Frage diskutiert werden, in welchem Umfang der Einsatz psychopharmakologischer Substanzen in der Behandlung von Traumafolgestörungen zu Veränderungen in der Ansprechbarkeit auf die Behandlung und zum Auftreten von Nebenwirkungen führt (Schneier et al. 2012; Strawn et al. 2010). Auch hier scheiden sich die Geister wie auch bei anderen Störungsgruppen (Freyberger u. Grabe 2008). Während die Befürworter auf additive oder zumindest partiell additive Therapieeffekte hoffen und die psychopharmakologisch induzierte Symptomreduktion als eine Voraussetzung für das Gelingen einer Psychotherapie ansehen, führen die Gegner u. a. ins Feld, dass eine pharmakologische Behandlung zu einer Senkung der Selbstwirksamkeitserwartungen bzw. zu einer Abflachung des Angsterlebens in der Expositionsbehandlung und damit zu einer Abschwächung der Behandlungsmotivation und der Therapieeffekte führt. Auch dieser Aspekt darf als ein Beispiel für die Dialektik von Haupt- und Nebenwirkungen gelten, da die hierzu vorliegenden Forschungsergebnisse äußerst heterogen sind und darauf hinweisen, dass positive und negative Effekte im klinischen Feld offensichtlich koexistieren.

3.2 Monitoring und Wahrnehmung von Haupt- und Nebenwirkungen

In Befragungen von Psychotherapeuten zu ihren eigenen Psychotherapien (z.B. Buckley et al. 1981) geben immerhin etwa 21% an, dass schädliche Wirkungen auftreten ohne dass diese systematisch evaluiert werden. Umgekehrt geben Psychotherapeuten an, dass sich nur ein kleiner Teil ihrer Patienten unter der Behandlung tatsächlich verschlechtert, wobei die Verhaltenstherapeuten mit 2% verschlechterter Patienten die niedrigste und die Psychodramatiker mit 12% die höchste Rate berichten (Märrens 2005). Hingegen wurden in der „Menninger-Studie“ (Wallerstein 1986) 27% der Patienten in Psychoanalyse und 25% derjenigen, die supportiv behandelt wurden, als verschlechtert eingeschätzt – und zwar nicht durch die Therapeuten selbst, sondern durch einen unabhängigen Beurteiler.

Zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung dürfte in diesem Bereich also möglicherweise eine nicht unmaßgebliche Diskrepanz bestehen, die sich im Wesentlichen in Psychotherapien nur durch den Einsatz von Monitoring- bzw. Evaluationsverfahren beheben lassen dürfte. Psychotherapeuten können also bei einer leger artis-Durchführung ihrer Therapien bedeutsame Merkmale übersehen.

Ein charakteristisches Beispiel hierfür sind im Rahmen von Traumatherapien auftretende dissoziative Phänomene, die oft durch die Thematisierung traumarelevanter Inhalte induziert werden und zu Wahrnehmungsverzerrungen und amnestischen Prozessen bei den betroffenen Patienten führen können. Wie in einer eigenen Studie der Autoren gezeigt werden konnte (Freyberger u. Spitzer 2005), erreichen verhaltenstherapeutisch bzw. psychodynamisch ausgebildete Psychotherapeuten auf der Grundlage expertenbeurteilter videodokumentierter Interviewtranskripte nur Identifikationsraten entsprechender „Interviewereignisse“ zwischen 27–29%, während Patienten mit einer dissoziativen und posttraumatischen Symptomatik etwa 81% entsprechender Ereignisse identifizieren. Diese Befunde legen die Hypothese nahe, dass eine unzureichende Wahrnehmung für den Therapieprozess relevanter Symptome mit Signalcharakter einen Aspekt auftretender Nebenwirkungen darstellt, wobei diese nicht aufgegriffen, korrigiert oder verändert werden.

3.3 Ereignisse außerhalb der Therapie

Zu den Faktoren, die mit den Wechselwirkungseffekten zwischen Haupt- und Nebenwirkungen in der Psychotherapie assoziiert sind, gehören auch positive wie belastende Lebensereignisse, die außerhalb des therapeutischen Kontextes stattfinden (z.B. Eheschließungen oder -scheidungen).

Interessanterweise haben negative Lebensereignisse einen stärkeren Effekt auf das Behandlungsergebnis als positive (Pilkonis et al. 1984).

Die systematische Berücksichtigung aller Lebensereignisse im Verlaufe einer Therapie findet jedoch in der Psychotherapieforschung eher selten statt und auch in der klinischen Praxis dürften sie häufig übersehen werden, da eine systematische Evaluation nicht erfolgt. Neuner (2011) nennt zudem erhöhte Trennungsraten in Beziehungen und betont, dass psychische Störungen und insbesondere Angststörungen Beziehungen stabilisieren können, die ansonsten von eher wenig Gemeinsamkeiten geprägt sind. Insofern könne eine Trennung während oder nach der Behandlung auch eine Befreiung von dysfunktionalen Beziehungsmustern darstellen. Auch in diesem Feld dürfte ein Nebeneinander von Haupt- und Nebenwirkungen zu vermuten sein.

! Unter naturalistischen Erwägungen als kritisch bzw. negativ betrachtete Lebensereignisse wie Trennungen, Scheidungen, Kündigungen am Arbeitsplatz können im psychotherapeutischen Kontext die beste aller schlechten Optionen darstellen oder sogar zu den explizit zu erreichenden Therapiezielen gehören.

3.4 Symptomschwere zu Beginn der Behandlung und die therapeutische Beziehung

Mohr (1995), der eine umfassende Übersicht zu Symptomverschlechterungen unter Psychotherapie vorlegte, benennt als relativ groben Prädiktor auftretender Nebenwirkungen eine *Borderline-Persönlichkeitsstörung* insbesondere unter dem Aspekt, wenn diese mit einer geringen Ich-Stärke und schwerst gestörten interpersonalen Beziehungen assoziiert ist.

Zudem haben generelle *Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich* einen hohen prädiktiven Wert, insbesondere hinsichtlich des Abbruchs in gruppenpsychotherapeutischen Verfahren (s. Kap. 6). Allerdings muss in diesem Kontext offen bleiben, in welcher Richtung, denn während Patienten mit vielen interpersonalen Problemen sehr von Psychotherapie profitieren können, stellen sie ebenso eine Hochrisikogruppe für Symptomverschlechterungen dar (Mohr 1995). Insbesondere misstrauische bzw. eher schizoide Patienten zeigen negative Behandlungsergebnisse, möglicherweise weil sie wichtiges Material nicht ansprechen. Allerdings scheinen diese Patienten mehr von distanzierten und weniger von warmherzig-zugewandten Therapeuten zu profitieren, sodass wahrscheinlich eher eine kontraproduktive Patient-Therapeut-Passung als das Misstrauen auf Patientenseite allein zu einem ungünstigen Ergebnis beiträgt. Dies unterstützt das Konzept, dass die Übereinstimmungen zwischen Patient und Therapeut hinsichtlich der Therapieziele sowie der Erwartungen und der Aufnahmebereitschaft für ein bestimmtes Behandlungskonzept für den Behandlungserfolg relevant sind (Strauß u. Wittmann 2011). Gleichzeitig kann die Symptomschwere im Rahmen einer Psychotherapie vermutlich auch zu verschiedenen Zeitpunkten der Behandlung über den damit verbundenen Leidensdruck zu einer Verbesserung der Therapieergebnisse führen (Schneider et al. 2010).

Ein weiterer Risikofaktor für Symptomverschlechterungen aufseiten der Patienten ist die Vorstellung, dass Psychotherapie ein *nebenwirkungsfreies Verfahren* darstellt (Mohr 1995). Je klarer die initiale Aufklärung über potenzielle Nebenwirkungen erfolgt und je stärker diese Möglichkeit in das Therapiekonzept der Patienten integriert

wird, umso weniger scheinen sich Symptomverschlechterungen bei Nebenwirkungen einzustellen (Freyberger 2008).

Ein besonderes Problem ist die Symptomschwere zu *Behandlungsbeginn*. Aus der *Expertenperspektive*, d.h. gemäß der Einschätzung durch den Therapeuten oder gar durch einen an der Behandlung nicht beteiligten Forscher, besteht ein inverser Zusammenhang zwischen der initialen Psychopathologie und dem Behandlungsergebnis: Schwerer beeinträchtigte Patienten neigen eher zu einer Verschlechterung als diejenigen mit einer geringeren psychopathologischen Belastung. Genau umgekehrt verhält es sich aus der *Patientenperspektive*, d.h. wenn Patienten selbst ihre Symptome einschätzen: Je höher die anfängliche Symptomschwere, desto besser fällt das Therapieergebnis aus (Mohr 1995; Spitzer et al. 2007). Mohr (1995) schlägt vor, die Selbst- und Fremdeinschätzung zu einem Risikoindikator zu kombinieren, wobei diejenigen Patienten, die sich selbst als psychopathologisch wenig belastet beurteilen, aber von „außen“ (also vom Therapeuten oder von einem unabhängigen Beurteiler) als schwer beeinträchtigt eingeschätzt werden, ein besonders hohes Risiko für eine Symptomverschlechterung aufweisen.

Ausblick

Haupt- und Nebenwirkungen lassen sich in bestimmten Bereichen der Psychotherapie nicht voneinander trennen, sie stehen in einem dialektischen Verhältnis. Wie dies am Beispiel von traumatherapeutischen Interventionen oben diskutiert worden ist, weisen bestimmte Therapietechniken, wie etwa die Exposition und Konfrontation einerseits eine potenziell symptomverstärkende Komponente auf, andererseits sind diese zentral für den Therapieerfolg. Möglicherweise verbergen sich hinter den verschiedenen respondierenden Patientengruppen nicht nur in der Traumatherapie unterschiedliche Subpopulationen, wobei das Auftreten von Nebenwirkungen in den meisten Studien aber nicht anhand von einfachen Merkmalen wie soziodemografischen oder diagnosenbezogenen Variablen einschließlich Komorbidität beschrieben werden kann (Spitzer et al. 2007, 2008, 2010). Grundsätzlich ist auch bei lege artis durchgeführten Therapien damit zu rechnen, dass zumindest in 10% der Fälle Symptomverschlechterungen auftreten, obgleich manche Ergebnisse darauf hinweisen, dass dies seitens der beteiligten Patienten und Therapeuten sehr unterschiedlich bewertet werden kann. Ein „schädliches“ Verhalten der Therapeuten beginnt initial mit einer mangelhaften Aufklärung über Haupt- und Nebenwirkungen in der Psychotherapie, die zu den Voraussetzungen einer erfolgreichen Behandlung gehört, aber klinisch oft nicht ausreichend erfolgt (Freyberger 2008). Ist ein Patient ausreichend über potenzielle Nebenwirkungen informiert, kann er diese offensichtlich besser kompensieren oder integrieren und die schädlichen Folgen für die therapeutische Beziehung werden in Grenzen gehalten. Für gruppenpsychotherapeutische Ansätze konnte relativ konsistent gezeigt werden, dass ein pre-group-Training vor Beginn der eigentlichen Therapie die Abbruchraten reduziert (s. Kap. 6).

Schädliches Therapeutenverhalten setzt sich über eine bisweilen von Grenzüberschreitungen gekennzeichnete Interaktion fort, die geschäftliche oder private Kontakte bis hin zu sexuellem Missbrauch einschließen kann und tragischerweise in besonderer Weise zuvor traumatisierte Patientinnen betrifft, die besonders anfällig für derartige Übergriffe sind (Neuner 2011; Strauß et al. 2011).

Grundsätzlich besteht in der Betrachtung von Haupt- und Nebenwirkungen die Gefahr, dass bei einer scharfen Begriffsbestimmung Nebenwirkungen als Hauptwirkungen missverstanden oder interpretiert werden. Wie in diesem Beitrag herausgearbeitet wurde, können bestimmte Aspekte einer Psychotherapie, wie temporäre Symptomverschlechterungen oder auftretende Änderungen der Lebensumstände

wie etwa Trennung und Scheidung, Ziel einer Therapie und damit Teil der Hauptwirkung seien. Sie bleiben jedoch immer mit dem Diktum der Negativfolgen behaftet und angesichts des zweifelsohne dialektischen Verhältnisses zwischen Haupt- und Nebenwirkungen, sollte das Ziel jeder Behandlung eine Minimierung der Nebenwirkungen sein.

Literatur

- Adenauer H, Catani C, Gola H, Keil J, Ruf M, Schauer M, Neuner F (2011) Narrative Exposure Therapy for PTSD increases top-down processing of aversive stimuli – evidence from a randomized controlled treatment trial. *BMC Neurosci* 12, 127
- Bergin AE (1966) Some implications of psychotherapeutic research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology* 71, 235–246
- Bergin AE, Murray EJ, Truax CB, Shoben EJ (1963) The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counselling Psychology* 3, 244–250
- Bienenstein S, Rother M (2009) Fehler in der Psychotherapie. Springer Wien
- Böttche M, Kuwert P, Knaevelsrud C (2012) Posttraumatic stress disorder in older adults: an overview of characteristics and treatment approaches. *Int J Geriatr Psychiatry* 27(3), 230–239
- Buckley P, Karasu TB, Charles E (1981) Psychotherapists view their personal therapy. *Psychotherapy* 18, 299–305
- Caspar F, Kächele H (2008) Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (Hrsg.) *Störungsorientierte Psychotherapie*. 729–743. Elsevier München
- Ehlers A, Clark D (2003) Early psychological interventions for adult survivors of trauma: a review. *Biol Psychiatry* 53, 817–826
- Flatten G, Bär O, Becker K, Bengel J, Frommberger U, Hofmann A, Lempa W, Möllering S (2011b) S2-Leitlinie Diagnostik und Behandlung von akuten Folgen psychischer Traumatisierung. *Trauma & Gewalt* 3, 214–221
- Flatten G, Gast U, Hofmann A, Knaevelsrud C, Lampe A, Liebermann P, Maercker A, Reddemann L, Wöller W (2011a) S3-Leitlinie Posttraumatische Belastungsstörung ICD-10: F43.1. *Trauma & Gewalt* 3, 202–211
- Foa EB, Zoellner LA, Feeny NC, Hambree EA, Alvarez-Conrad J (2002) Does imaginal exposure exacerbate PTSD symptoms? *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 70, 1022–1028
- Freyberger HJ (2008) Ethik in der Psychotherapie. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (Hrsg.) *Störungsorientierte Psychotherapie*. 721–727. Elsevier München
- Freyberger HJ, Grabe HJ (2008) Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie – am Beispiel der depressiven Störungen. *Die Psychiatrie* 5, 261–265
- Freyberger HJ, Spitzer C (2005) Zur Wahrnehmbarkeit dissoziativer Phänomene in der Psychotherapie. Eine Studie zu Symptom-Kontext-Beziehungen. *Psychodynamische Psychotherapie* 4, 128–136
- Freyberger HJ, Widder B (2010) Begutachtung von Traumatisierungen. *Psychotherapeut* 55, 401–408
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2007) Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut* 53, 4–16
- Jacobi F (2001) Misserfolgsforschung in der Verhaltenstherapie. In: Dohrenbusch R, Kaspers F (Hrsg.) *Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin*. 323–346. Pabst Lengerich
- Jacobi F, Poldrack A, Hoyer J (2001) Qualitätssicherung in der ambulanten Psychotherapie – Probleme, Strategien, Optionen. In: Sturm J, Vogel T (Hrsg.) *Neue Entwicklungen in Psychotherapie und Psychosomatik*. 161–185. Pabst Lengerich
- Knaevelsrud C, Kuwert P (2011) Internet-Therapie. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg.) *Handbuch der Psychotraumatologie*. 676–684. Klett-Cotta Stuttgart
- Lambert MJ, Barley DE (2002) Research summary on the therapeutic relationship and psychotherapy outcome. In: Norcross J (Hrsg.) *Psychotherapy relationships that work. Therapist contributions and responsiveness to patients*. 17–36. Oxford University Press New York
- Margraf J (2009) Risiken und Nebenwirkungen. In: Margraf J, Schneider S (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie (Band I)*. Springer Heidelberg
- Märtsen M, Petzold H (Hrsg.) (2002) *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Matthias-Grünwald-Verlag Mainz

3 Zum dialektischen Verhältnis von Haupt- und Nebenwirkungen in der Psychotherapie: „Wo gehobelt wird, da fallen auch Späne“

- Märtens M (2005) Misserfolge und Misserfolgsvorschau in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog* 6, 145–149
- Mertens W (2011) Grundlagen psychoanalytischer Psychotherapie. In: Senf W, Broda M (Hrsg.) *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. 152–198. Thieme-Verlag Stuttgart, New York
- Mohr DC (1995) Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice* 6, 1–9
- Neuner F (2008) Stabilisierung vor Konfrontation in der Traumatherapie – Grundregel oder Mythos? *Verhaltens-therapie* 18, 109–118
- Neuner F (2011) Traumatische Nebenwirkungen der Psychotherapie. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg.) *Handbuch der Psychotraumatologie*. 404–412. Klett-Cotta Stuttgart
- Orlinsky DE (1994) Learning from many masters. Ansätze zu einer wissenschaftlichen Integration psychotherapeutischer Behandlungsmodelle. *Psychotherapeut* 39, 2–10
- Pilkonis PA, Imber SD, Lewis P, Rubinsky P (1984) A comparative study of individual, group, and conjoint psychotherapy. *Arch Gen Psychiatry* 41, 431–437
- Pitman RK, Altman B, Greenwald E, Longpre RE, Macklin ML, Poire RE, Steketee GS (1991) Psychiatric complications during flooding therapy for posttraumatic stress disorder. *Journal of Clinical Psychiatry* 52, 17–20
- Schneider W, Klauer T, Freyberger HJ (2010) Operationalized Psychodynamic Diagnoses in planning and evaluating the psychotherapeutic process. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 258 (suppl. 5): 86–91.
- Schneier FR, Neria Y, Pavlicova M, Hembree E, Suh EJ, Amsel L, Marshall RD (2012) Combined prolonged exposure therapy and paroxetine for PTSD related to the World Trade Center attack: a randomized controlled trial. *Am J Psychiatry* 169, 80–88
- Seidler G, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg.) (2011) *Handbuch der Psychotraumatologie*. Klett-Cotta Stuttgart
- Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ (2007) Dissociation predicts symptom-related treatment outcome in short-term inpatient psychotherapy. *Aust N Z J Psychiatry* 41, 682–687
- Spitzer C, Barnow S, Freyberger HJ, Grabe HJ (2008) Symptomverschlechterung während stationärer Psychotherapie – wer ist betroffen? *Psychodynamische Psychotherapie* 7(1), 3–15
- Spitzer C, Richter R, Löwe B, Freyberger HJ (2010) Auf dem Prüfstand: Nebenwirkungen von Psychotherapie. *Gehirn & Geist* 9, 32–37
- Strauß B, Kaczmarek S, Freyberger HJ (2011) Folgen von narzisstischem und sexuellem Missbrauch in der Psychotherapie. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maercker A (Hrsg.) *Handbuch der Psychotraumatologie*. Klett-Cotta Stuttgart
- Strauß B, Wittmann WW (2011) Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In: Senf W, Broda M (Hrsg.) *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch*. 125–145. Thieme-Verlag, Stuttgart, New York
- Strawn JR, Keshin BR, DelBello MP, Geriaco TD, Putnam FW (2010) Psychopharmacological treatment of post-traumatic stress disorder in children and adolescents: a review. *J Clin Psychiatry* 71, 932–941
- Wallerstein RS (1986) *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. Guilford Press New York
- Wallerstein RS (1989) The psychotherapy research project (PRP) of the Menninger Foundation: An overview. *J Consult Clin Psychol* 57, 195–205
- Wampold BE (2001) *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Erlbaum Mahwah
- Wolpe J (1958) *Psychotherapy by reciprocal inhibition*. Stanford University Press Stanford, CA