

Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit einem Entwurf eines eigenen Modells¹

S. O. Hoffmann, G. Rudolf & B. Strauß

Zusammenfassung

Unerwünschte Wirkungen oder gar Schäden von Psychotherapie sind ein im Vergleich zur weiteren Forschung in diesem Feld stark vernachlässigtes Thema. Dabei liegt es nahe anzunehmen, dass bei gezielter Beeinflussung des Patienten in einem erwünschten Sinne unerwünschte Effekte mit Wahrscheinlichkeit zu erwarten sind. Nur was gar nicht wirkt, schadet auch nicht. Diese Rate nachteiliger Wirkungen wird einheitlich auf etwa 10 % der Fälle angesetzt (deterioration effect nach Bergin) und scheint in einer Reihe von Studien in dieser Größenordnung auf. Die vorliegende Übersicht geht auf die von Seiten der Patienten wie der Therapeuten ausgehenden Nebenwirkungen ein. Sie gibt einen methodenzentrierten Bericht zum Stand der unerwünschten Effekte bei Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Gesprächstherapie und – über die Grundorientierungen hinweg – bei der Gruppentherapie. Referiert wird auch der Stand der nachteiligen Auswirkungen auf den unbehandelten Partner. Den Abschluss bilden Vorschläge zur Reduzierung der negativen Auswirkungen von Psychotherapie. Die Autoren betonen besonders die wenig empfohlenen Möglichkeiten eines Wechsels des Behandlers, der Therapietechnik oder eines Wechsels zu einer anderen therapeutischen Grundorientierung.

Summary

Unwanted effects or even damage due to psychotherapy are largely neglected issues within psychotherapy research as compared to other fields. On the other hand, it is reasonable to assume that unwanted effects of a treatment which intends to influence patients into a positive direction are very likely. The rate of negative effects of psychotherapy (the deterioration effect according to Bergin) commonly is estimated with 10% of all cases and has been demonstrated showing this amount in a variety of studies. This review highlights side effects of psychotherapy rooted on the side of the patients as well as the therapists. It reports unwanted effects related to different psychotherapeutic methods, i.e. psychoanalysis, cognitive behaviour therapy, client centered psychotherapy and – beyond these basis orientations – group psychotherapy. The paper also reports on negative effects of psychotherapy within an untreated partner. Finally, some proposals are given how negative effects of psychotherapy could be diminished. The authors especially highlight the possibilities of changing the therapist, the treatment technique, or the theoretical treatment approach as a way to reduce negative effects.

Schlüsselbegriffe

Psychotherapie, Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen, Therapieschäden, Strukturelle Störungen

Key Words

Psychotherapy, sideeffects, therapy damages, deterioration effect, severe mental

¹ Dieser Beitrag beruht in Teilen auf einer früher publizierten Übersicht des Erstautors (Hoffmann 2002), die den Akzent auf der Störungsspezifität der Therapieansätze hatte sowie auf einem Beitrag von B. Strauß und J. Eckert (2001) mit dem Schwerpunkt auf der Gruppentherapie.

Psychotherapien tun nicht immer gut. So viel ist sicher. Bergin & Lambert (1978, 1994) haben in mehreren Auflagen des „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ hierzu erhebliches Material zusammengetragen (die 5. Auflage, Hg. Lambert 2004, handelt das Thema etwas knapper ab). Und seit 5 Jahren gibt es einen Übersichtsband zum Thema „Therapieschäden“, fast ein Handbuch, von Märtens & Petzold (2002) herausgegeben. Es ist gesichert, dass es mehr als ein Dutzend kontrollierter Studien zu verschiedenen Verfahren gibt, bei denen es den Patienten der Kontrollgruppe besser erging als den Patienten der Therapiegruppe. Bergin und Lambert halten des Weiteren für gesichert, dass eine „durch die Therapie oder den Therapeuten verursachte Verschlechterung verbreitet ist und bei einer Vielfalt von Verfahren einschließlich Paar- und Familientherapie auftritt“ (1994, S. 176).

Können Psychotherapien schaden?

Jeder der Autoren wurde oder wird regelmäßig von Patienten aufgesucht, die sich in unterschiedlichen Psychotherapien befinden und eine Beratung zur Frage wünschen, ob dies die geeignete Behandlung sei. Oft kann man diesbezüglich erhebliche Zweifel haben. In dieser von uns gesehenen Zufallsstichprobe, die wohl kaum repräsentativ ist, waren in den letzten 25 Jahren zahlreiche Personen, bei denen man den Eindruck gewann, dass sie von ihrer Psychotherapie nicht nur nicht profitiert hatten, sondern durch die Behandlung auch zusätzlich geschädigt worden waren. Oft ist eine massive Abhängigkeit von der Person des Therapeuten das nachhaltigste Erlebnis, das in keinem Verhältnis zur erreichten Symptommrückbildung steht (vgl. z. B. Akoluth 2004). Oder das weitere Leben wird von einer schweren Enttäuschung und Verbitterung beherrscht, wie sie in dieser Form vorher nicht da war. Woody Allen kann dem Thema (in seinem Film „Der Stadtneurotiker“) wenigstens noch Satirisches abgewinnen: „Natürlich mache ich auch eine Psychoanalyse, aber erst 15 Jahre, ich gebe meinem Analytiker noch ein Jahr, dann pilgere ich nach Lourdes“.

Man kann auch berühmtere Fälle zitieren. Den Verlauf der Therapie des 'Wolfsmannes' hielt Freud in einer Nebenbemerkung für „nicht besonders günstig“. Seine Schüler sahen es anders als der Meister. Dieser berühmte Patient war während seines langen Lebens in einer Reihe weiterer psychoanalytischer Behandlungen (Gardiner, Ed., 1972) und er blieb zeitlebens von Psychoanalytikern abhängig, am Ende auch finanziell. Als eine intelligente und respektlose Journalistin (Obholzer 1980) ihn im hohen Alter in Wien ausfindig machte und während zweier Jahre (1973/74) lange tonbanddokumentierte Gespräche mit ihm führte, versuchten die Psychoanalytiker, die sich offensichtlich im Besitz der Rechte an dem Fall wähnten, dies energisch zu verhindern. Von M. Gardiner kam die telegraphische Anweisung, sofort alle Kontakte abubrechen. Der so unter Kuratel Stehende war zu diesem Zeitpunkt 86 Jahre alt und, wie die Gesprächsprotokolle zeigen, im erstaunlichen Besitz seiner geistigen Kräfte bzw. im juristischen Sinne sicher geschäftsfähig. Was auch immer die klassische Psychoanalyse bewirkt – und wir sind überzeugt, dass sie in der Hand geeigneter Therapeuten Gutes bewirken kann – das oft genannte Therapieziel des autonomen, selbstverantwortlichen Menschen scheint sie nicht selten zu verfehlen. Im Falle des Wolfsmannes ging es wohl auch darum zu verheimlichen, dass eine Reihe der Beschwerden, die Freud beschrieben hatte, bei dem Patienten auch im hohen Alter weiter oder wieder bestanden. Die Selbstdarstellung seiner Symptomatik am Ende seines Lebens unterscheidet sich deutlich von den optimistischen Beschreibungen durch seine Behandler in der Fachliteratur (zusammengefasst bei Gardiner 1972). Die in ihren Ergebnissen eher unglücklichen Psychotherapien von Marilyn Monroe schildert Mecacci (2004). Auch hier

waren erfahrene und bekannte Psychoanalytiker beteiligt gewesen. Die Liste ließe sich fortsetzen.

Natürlich verursachen auch andere Psychotherapieformen Nebenwirkungen und Schäden. Umso mehr stellt sich die Frage nach systematischen Untersuchungen zu Nebenwirkungen und Schäden von Psychotherapie. Um es vorweg zunehmen: Sie sind nicht sehr zahlreich. Im deutschen Sprachraum sind vor allem die Übersichten von Joraschky u. Arnold (1992), Hoffmann (2002) und an erster Stelle natürlich Märtens u. Petzold (Hg., 2002). Schneiders Monographie (1990) zur Psychotherapie-Indikation geht zumindest kurz auf Kontraindikationen und Therapieschäden ein. In einer für den Zeitpunkt des Erscheinens ungewöhnlichen Weitsicht – es geht hier ja gerade um die Vermeidung von Therapieschäden – hatte das Lehrbuch von A. Dührssen (1972) Fragen der Indikation und Kontraindikation bereits über 30 Seiten gewidmet. Solche Sorgfalt ist in der Folge die Ausnahme geblieben.

Eine Sprachregelung für Misserfolg, Nebenwirkung und Therapieschaden

Bereits diese Begriffe selbst sind nicht eindeutig und vielfältig diskutiert. Jacobi (2002) beklagt z. B. die mangelnde theoretische Konzeptualisierung für Misserfolge. Wie steht es etwa mit Therapieabbrüchen, Rückfällen oder vorübergehenden Verschlechterungen? Die Grenzen in der Verwendung der Begriffe sind sicher fließend, weswegen Caspar u. Kächele (im Druck) den allgemeinen Begriff der „Fehlentwicklungen“ bevorzugen. Für den Gebrauch in dieser Übersicht sollen pragmatisch bezeichnet werden:

- *Misserfolge* als die unzureichende oder ganz 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,
- *Therapieschäden* als das Auftreten unerwarteter, anhaltender und für den Patienten erheblich nachteiliger Auswirkungen der Therapie.

Wir werden (s.u.) diese Einteilung noch genauer operationalisieren.

Sind unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie überhaupt zu vermeiden?

Diese so einfach erscheinende Frage wurde schon vor Jahrzehnten untersucht. Der Altmeister der Psychotherapieforschung A. Bergin hatte berechnet, dass durch die zwangsläufige Erhöhung der Verhaltensvarianz während der Psychotherapie, wenn sie denn zu Effekten führen soll, dies für einen gewissen Prozentsatz (nach Bergin etwa 10%) der Patienten eine Verschlechterung (deterioration) erwarten lasse (Bergin 1963, 1970). Dem wurde natürlich widersprochen, aber der Gedanke einer prinzipiellen Nichtvermeidbarkeit von Therapieschäden hat eine Logik für sich. So gilt bei allen therapeutischen Eingriffen in der Medizin, dass mit Differenz und Wirksamkeit der Therapie die Gefahr unerwünschter Effekte ansteigt. Nur was gar nicht wirkt, schadet auch nicht. In der im Auftrag der DPV durchgeführten Katamnesestudie (Rüger 2001) schätzten die Analytiker, die Patienten für die Studie zur Verfügung stellten, das Behandlungsergebnis bei 10.9% als „schlecht“ ein, was fast exakt der Schätzung von Bergin entspricht.

In der jüngsten Auflage des bereits zitierten 'Handbook' von Bergin u. Garfield (Lambert, Ed., 2004) geben Lambert u. Ogles (2004) in ihrer Übersicht zu den allgemeinen Therapieeffekten diese Basisrate nachteiliger Auswirkungen mit 5-10% der Fälle als weitgehend empirisch gesichert an. Dies entspricht in etwa der Angabe von Smith, Glass u. Miller (1980), die in ihrer klassischen Meta-Analyse zu den Wirkungen von Psychotherapie bei ca. 12% der Patienten eine Verschlechterung konstatieren. Mohr (1995)

gibt bei 5-10% Verschlechterung, bei weiteren 15-20% keine messbaren Veränderungen an.

Der von vielen Therapieforschern geschätzte K. Howard sah in einer Internet-Diskussion (9. 6. 2000) den Zusammenhang von Wirkung und Schaden bereits auf einer vordergründigen Ebene: „Cummings (and someone) showed that therapeutic effects could be achieved in one session; why not negative effects? The dose-response model indicates that about 14 % of people show significant improvement with zero sessions (just making an appointment seems to have this effect). I suppose it is possible that making an appointment also makes some people worse (...) Even so, the evidence is overwhelming that more therapy, in general, leads to more improvement (...) So it would be important to show that in some cases more therapy leads to more worsening of the patient's condition.“

Es muss also darum gehen, die Rate durch Psychotherapie verursachter Nachteile möglichst niedrig zu halten, wenn sie schon nicht zu vermeiden sind. Dass dies möglich ist, haben Lambert und seine Arbeitsgruppe belegt. Während Psychotherapeuten überraschend unzulänglich sind, früh die Kandidaten für eine Verschlechterung in der Therapie zu erkennen (Lambert u. Ogles 2004), sind sie sehr wohl in der Lage, auf „Vorwarnungen“, die über ein striktes Monitoring der Patienten gewonnen werden, zu reagieren. In einer konkreten Studie wurden 12% der Patienten als Kandidaten für ein hohes Verschlechterungsrisiko den Behandlern zurückgemeldet und diese konnten daraufhin bei dieser Gruppe die Abschlussergebnisse deutlich verbessern (Lambert, Whipple, Smart et al. 2001). In einer Replikationsstudie (Lambert, Whipple, Vermeerssch et al. 2002) erwies sich dieser Befund als stabil und die Effektstärke solcher Interventionen lag über der vergleichender Outcome-Studien. Monitoringsysteme, die die Aufmerksamkeit des Behandlers früh auf einen drohenden Nachteil für den Patienten hinweisen, sind damit als gesichert wirksam anzusehen – ein Befund, der die Rückmeldungen des Gutachters in der Richtlinienpsychotherapie in ihrer qualitätssichernden Wirkung unterstreicht (Rudolf u. Schmutterer 2003). Entsprechende Maßnahmen wären insbesondere für Psychotherapeuten wichtig, die generell schlechtere Ergebnisse aufweisen. Auch hierzu gibt es eine Studie aus der Arbeitsgruppe um Lambert (Okiishi, Lambert, Nielsen u. Ogles, 2003): Untersucht wurden hier Psychotherapeuten einer Beratungsstelle. Die erfolgreichsten Therapeuten erzielten 10 Mal größere Effekte als die am wenigsten erfolgreichen, in deren Therapien sich ein hoher Anteil der Patienten verschlechterte.

Ein Entwurf zur Einteilung unerwünschter und schädlicher Wirkungen von Psychotherapie

Die unerwünschten Therapieeffekte für den Patienten können auf unterschiedliche Weise entstehen. In Anlehnung an Hoffmann (2002) wird folgende Systematik vorgeschlagen:

1. 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.
2. 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.

3. Mangelnde Passung („mismatching“) einer Psychotherapeuten-Persönlichkeit und einer Patienten-Persönlichkeit

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-Patienten-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.

4. 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.

Dies wäre ein möglicher Ansatz zur Systematisierung von Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie.

Besondere Verdienste zur Überwindung des verschwiegenen Problems erwarb sich die Arbeitsgruppe um Suzanne Headley und Hans H. Strupp, die bereits in den 70er Jahren in einer Reihe von Publikationen das Thema systematisch behandelte (Headley u. Strupp 1976, Strupp u. Headley 1977, Strupp, Headley u. Gomes-Schwartz 1977). Im Rahmen der Studien wurde auch ein Instrument zur Erfassung von negativen Indikatoren in der Psychotherapie entwickelt, die Vanderbilt-Negative-Indicators-Scale (VNIS), die aber in der Folgezeit erstaunlich wenig Anwendung gefunden hat (Strauß et al., 1992).

Aus dem erstzitierten Werk stammt eine Systematik, die für die weitere Untersuchung des Themas sinnvoll erscheint. Nimmt man noch die Kurzmitteilung von Reimer (1975) und die Systematik von Schulz (1984; zit. nach Schneider 1990) hinzu, so entsteht bereits eine ziemlich vollständige Übersicht zu möglichen Nebenwirkungen und Schäden von Psychotherapie:

1. Unmittelbare unerwünschte Wirkungen und Schäden

- Verschlechterung bestehender Symptomatik
- Chronifizierung bestehender Symptome
- Auftreten neuer Symptome
- Auftreten von Suizidalität mit der Folge von Suizidversuchen oder Suizid
- Missbrauch der Therapie durch den Patienten
- Überforderung des Patienten durch eigene irrealen Ziele
- Vertrauensverlust des Patienten durch schwere Enttäuschungen in der Therapie
- Bleibende nachteilige Persönlichkeitsveränderungen („Psychotherapiedefekt“)

2. Mittelbare unerwünschte Wirkungen und Schäden

- Folgen negativer sozialer Bewertung der Therapie selbst (z. B. beruflich)
- Nachteile oder Schäden der sozialen Umwelt, vor allem der Partner

Die unmittelbaren wie die mittelbaren Schäden können 1. durch den Patienten, 2. durch den Therapeuten, 3. durch eine unglückliche Interaktion beider sowie 4. durch eine ungeeignete Therapietechnik verursacht sein. Relativ häufig bearbeitet sind die Ursachen

auf Seiten des Patienten, weniger die auf Seiten des Therapeuten, der Interaktion von Patient und Therapeut oder die durch eine bestimmte Therapietechnik verursachten.

Patientenseitige Ursachen

Die patientenseitigen Bedingungen für eine schlecht verlaufende Psychotherapie werden meist im Zusammenhang mit Indikationskriterien abgehandelt. Hier gibt es mittlerweile eine Übereinstimmung, die Lambert u. Bergin (1994) in ihrem Handbuchbeitrag als „offensichtlich“ bezeichnen. Diese Übereinstimmung findet sich in der Regel in den Katalogen, die bestimmte Patientengruppen von der Indikation zu einem bestimmten Verfahren ausschließen. Das bedeutet umgekehrt, dass wenn dennoch ambulante Einzel- oder Gruppentherapien bei Patienten mit solchen Merkmalen begonnen werden, die Behandlungen nur geringe Erfolgchancen bzw. das Risiko krisenhafter Verläufe tragen.

Für die Gruppenpsychotherapie nennt Yalom (1985) folgende Ausschlusskriterien:

- Hirnverletzungen
- Paranoide Züge
- Hypochondrische Züge
- Drogen- und Alkoholabhängigkeit
- Akute Psychosen
- Antisoziale Züge
- Akute Krisensituationen
- Schwer Depressive und Selbstmordgefährdete
- Unfähigkeit zur regelmäßigen Teilnahme an den Sitzungen

Diese Kriterien gelten cum grano salis für weite Bereiche der Indikation zur Einzeltherapie in gleicher Weise. Zu ergänzen sind nach der Übersicht von Bergin u. Lambert (1994) vor allem Schizophrenien und Borderline-Störungen, deren schlechte Psychotherapie-Prognose in einer Reihe von früheren Studien belegt wurde. Hier ist allerdings festzuhalten, dass die nachuntersuchten Borderline-Patienten noch nicht mit den neueren gerade für diese Störungsform entwickelten Therapieformen (vor allem nach Linehan, Kernberg, Rudolf oder Bateman u. Fonagy) behandelt wurden.

Die negative Indikationsliste von Yalom enthält eine Mischung aus Diagnosen, strukturellen Merkmalen und Verhaltensweisen. Es gibt daneben einige Kataloge, die überwiegend strukturelle Merkmale enthalten, wie der von Hoffmann u. Eckhardt-Henn (1999) für die Kontraindikation psychodynamischer Verfahren bei

Persönlichkeitsstörungen. Wir benannten folgende Gegenkriterien:

- Unfähigkeit zur Einhaltung eines Therapierahmens
- Mangelnde Impulskontrolle
- Übertragungspathologie (vor allem die Verwechslung von Übertragung und Realität)
- Therapie als Bedürfnisbefriedigung
- Profuse Regressionsneigung

Hier finden sich natürlich Elemente, die von anderen Autoren auch beschrieben wurden. Etwa die Bedürfnisbefriedigung in der Zweisamkeit der Therapie entspricht ziemlich genau dem, was Lambert u. Bergin (1994) als Missbrauch der Therapie durch den Patienten rubrizieren. Diese Autoren nennen in ihrer Übersicht auch eine Reihe weiterer struktureller Kriterien, die mit einem schlechten Therapieausgang korrelieren: So bezeichnet Kernberg (1973) eine geringe Qualität der interpersonellen Beziehungen, kombiniert mit geringer Angsttoleranz und geringer Motivation, als einen Prognosefaktor für einen schlechten Ausgang von Psychoanalysen und rein stützenden Therapien. Lieberman et al. (1973) sehen für Gruppentherapien eine geringe Einlassung mit der Gruppe, ein geringes Selbstwertgefühl, ein wenig positives Selbstkonzept und

einen stärkeren Drang zur Antizipation und Bedürfnisbefriedigung als Prädiktoren für eine Verschlechterung des Patienten in der Therapie an. In der Terminologie der Psychoanalytischen Ich- und Selbsttheorie werden hier fast ausnahmslos die Phänomene defizitärer Strukturen von Ich und Selbst als Indikatoren eines schlechten Psychotherapieausgangs beschrieben. So viel zur „Schuld“ des Patienten, wenn die Therapie nichts, vor allem nichts Positives bringt.

Therapeutenseitige Ursachen

Nach Jahren einer selbst auferlegten „Abstinenz“ der Psychotherapeuten in der Auseinandersetzung mit dem realen Missbrauch von Patientinnen in der Therapie, findet das Thema seit etwa 20 Jahren zunehmend eine angemessene Beachtung (Conte u. Karasu 1990, Pope 1990 b). Am strafrechtlich relevanten unethischen Verhalten in Psychotherapien, vor allem dem sexuellen Missbrauch von Patientinnen, sind zu gut 80 % männliche Behandler beteiligt (Bachmann und Ziemert 1995). Es gibt aber auch die umgekehrten Fälle (Karme 1993) des Missbrauchs durch weibliche Therapeutinnen.

Als realistisch für die Prävalenz derartiger Übergriffe gilt bei konservativer Schätzung („absolutes Minimum“, Bachmann u. Ziemert 1995) derzeit die Marke von mindestens 10 % der männlichen und maximal 2,5 % der weiblichen Therapeuten über alle Formen von psychiatrischer und psychotherapeutischer Tätigkeit und alle Qualitäten von Ausbildung und Ausbildungsstand (Moggi et al. 1992, Becker-Fischer u. Fischer 1994, Bachmann u. Ziemert 1995). In den USA liegt diese Rate eher höher, in Europa eher niedriger. Für Deutschland schätzen Becker-Fischer u. Fischer (2005) aufgrund ihrer Untersuchungen den sexuellen Missbrauch in der kassenfinanzierten Psychotherapie auf mindestens 300 Fälle jährlich; nehme man auch die nicht kassenfinanzierten Behandlungen hinzu, dann müsse diese Zahl gut verdoppelt werden. 80 % der Täter sind Wiederholungstäter. Dass solch unprofessionelles Verhalten negative Auswirkungen für die Patientinnen hat, ist gesichert. Ein Täterprofil wie es Fischer-Becker u. Fischer (2005) für Deutschland beschreiben, entspricht US-amerikanischen Erfahrungen. Fast 4/5 der befragten Täter leugneten dabei Nachteile für die Patientinnen oder sahen sich selbst als deren Opfer. Man sei ja auch nur ein Mensch. Trotz der Schamlosigkeit, mit der hier versucht wird, ethisches Fehlverhalten als Gewinn für die Therapie oder Wunsch der Patientin zu interpretieren (besonders kritisiert von Simon 1994 a und b), besteht in der Profession keine Frage, dass sexuelle Beziehungen von Therapeut und Patientin immer einen Missbrauch des Vertrauensverhältnisses darstellen und fast ausnahmslos für die Patientin schädlich sind (Pope 1990 a, Baylis 1993). Das gilt auch noch erwiesenermaßen für die Beziehungen, die Therapeuten nach Ende der eigentlichen Therapie zu ihren ehemaligen Patientinnen aufnehmen (Brown 1988, Lazarus 1992).

Zahlenmäßig sicher viel relevanter sind Schäden durch Fehlbehandlungen. Wie ausgeführt kann das Spektrum der Ursachen von mangelnder Kompetenz (die so gut wie kein Psychotherapeut je bei sich diagnostizieren dürfte), über mangelnde Ausbildung bis hin zu einem Mangel an jenen persönlichen Eigenschaften reichen, die Freud einmal als „einigermaßen verlässlichen Charakter“ bezeichnete. Freud forderte dieses Minimum allerdings nicht für Therapeuten, sondern für Patienten, die sich in eine Psychoanalyse begäben. Es gibt mittlerweile einige Studien zu den persönlichen Eigenarten des „guten“ Therapeuten. Ohne Frage gebührt C. Rogers (1957) das Verdienst, als einer der ersten darauf hingewiesen zu haben, dass jede Art von Therapie auch über die konkrete Persönlichkeit des Psychotherapeuten wirksam wird. Er nannte als unverzichtbar jene drei Charakteristika, die heute als die drei wichtigen, sich wechselseitig beeinflussende Aspekte des gesprächspsychotherapeutischen Beziehungsangebotes aufgefasst werden: „Bedingungsfreie positive Beachtung“, „Empathie“ und „Kongruenz“ (Eckert et al. 2006).

Viele weitere Punkte wurden angefügt, die vom Ausmaß, in dem der Therapeut sich an eine erlernte Therapietechnik hält (adherence; Luborsky) bis zu einer Haltefunktion (containing function; Winnicott) reichen. Elliott (2000) fasste folgende Faktoren zusammen: Spezifische Fertigkeiten (z. B. die Entwicklung einer positiven Beziehung zu fördern), interpersonale Fähigkeiten (z.B. Interesse, Toleranz, Empathie, Verzicht auf eigene Interessen, Kreativität, Responsivität) sowie intrapersonale Funktionen (z.B. Selbstakzeptanz, Wissen um eigene Einschränkungen und Grenzen, ein reflektiertes eigenes Bindungsmuster, allgemeine Selbstreflexivität etc.). Bedeutsam erscheint auch die Flexibilität, über die ein Therapeut verfügen muss, um zwischen den Polen von teilnehmender Empathie einerseits und abgrenzender Konfrontation andererseits zu oszillieren. Das eine ist ohne das andere u. E. nicht viel wert.

Der Umkehrschluss, dass Therapeuten, die über die genannten und weitere Variablen nicht verfügen, dem Patienten nur eingeschränkt nützen können, im Extrem sogar schaden, ist wohl zulässig. So fanden Yalom und Liebermann (1971; zit. nach Lambert u. Bergin 1994) den Stil des Therapeuten als wichtigsten Prädiktor für schlechte Ergebnisse in der Gruppentherapie. Sachs (1983) machte in einer sehr sorgfältigen Analyse der Ursachen schlechter Erfolge bei Kurztherapien vorwiegend Therapeutenvariablen im Umgang mit der Therapietechnik verantwortlich. An erster Stelle stand die Unfähigkeit des Therapeuten, die jeweilige Sitzung zu strukturieren oder zu fokussieren. Hinzu kamen das Versagen, eine negative Haltung des Patienten gegenüber der Therapie oder dem Therapeuten anzusprechen, die passive Hinnahme problematischer Aspekte im Verhalten des Patienten oder von Widerständen, sowie schließlich die Verwendung verletzender (d. i. inhaltlich oder zeitlich unangemessener) Interventionen.

Als letztes Beispiel: Mohr (1995) fand in einer kritischen Übersicht folgende Therapeutenvariablen als Prädiktoren eines schlechten Therapieerfolges:

- Mangelnde Empathie
- Unterschätzung der Schwere der Probleme des Patienten
- Negative Gegenübertragung
- Schlechte Technik
- starke Betonung von Übertragungsdeutungen
- Nichtübereinstimmung mit dem Patienten bezüglich des Therapieprozesses

Bei allen Aussagen zur Therapeutenbeteiligung an den weniger erfreulichen Ergebnissen ihrer Therapien unterliegen die Behandler selbst regelhaft einer *déformation professionnelle*: An den positiven Ergebnissen sehen sie sich stark, an den negativen wenig beteiligt (explorative Studie von Busch u. Lemme 1992, zit. nach Märtens u. Petzold 2002). Auch wenn sich bei den Therapeutenvariablen bereits einiges abzeichnet, leuchtet ein, dass sie offensichtlich um ein Vielfaches schlechter zu kontrollieren sind als die Patientenvariablen und auch erheblich seltener untersucht wurden. Patienten, die von einer Therapie nicht profitieren, kann man, wenn man es denn will, relativ gut erfassen und davon ausschließen. Therapeuten, die Patienten nicht zu einem Gewinn in der Therapie verhelfen können, müsste man letztlich (und wohl immer gegen ihren Willen) auf einen anderen Beruf umschulen, was ziemlich unrealistisch erscheint. Die derzeit umfassendste Übersicht über den – fördernden oder störenden – Einfluss aller je untersuchten Therapeutenvariablen auf den Therapieverlauf und das Ergebnis stammt von Beutler et al. (2004). Diese Übersicht ist insofern lesenswert, als sie verdeutlicht, dass viele Variablen (Beutler unterscheidet jeweils beobachtbare und zu erschließende Zustände [states] und Eigenschaften [traits] auf Seiten des Therapeuten) bisher keineswegs als empirisch gesicherte Einflussfaktoren auf ein positives Therapieergebnis gelten können (z.B. Supervision, Manualtreue oder langjährige Therapieerfahrung).

Therapiespezifische Ursachen für unerwünschte Wirkungen

An dieser Stelle soll nur auf die „großen Drei“ (Psychoanalyse, Verhaltenstherapie und Gesprächstherapie) sowie – als besonders schwieriges Setting - die Gruppentherapie eingegangen werden. Systemische Familientherapie, Psychodrama, Gestalttherapie sowie andere weniger eingesetzte Verfahren scheinen zwar durchaus unerwünschte Effekte zu verursachen (z. B. Beutler et al. 1984, Mohr et al. 1995; s. auch Märtens u. Petzold 2002), sind aber in ihrer generellen Wirksamkeit so unzureichend belegt (Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie der BRD) und in der Patientenversorgung entsprechend wenig verbreitet, dass sie hier aus Platzgründen entfallen können.

1. Psychoanalyse

„Von meinem Gefühl her ist in der Psychoanalyse damals etwas kaputt gegangen, etwas, das nicht mehr reparabel ist. Es hat nichts mit ‚nachtragend‘ zu tun, es ist ein Gefühl, als hätte ich ein Bein verloren, ein Stück von mir, unwiederbringlich. ... Der Stumpf ist heute einigermaßen verheilt, aber ich werde nie wieder so gehen können, wie ich es vor der Therapie konnte.“ So beschreibt eine Patientin ihren Zustand 4 Jahre nach einer Psychoanalyse bei einem qualifizierten Behandler und nach 3 Jahren sich anschließender Psychotherapie bei einem anderen Therapeuten, die die „unerwünschten Wirkungen“ der ersten Behandlung nur teilweise revidieren konnte. Vermutlich waren es die Betonung von Übertragungsdeutungen und die Verkennung der Verletzlichkeit der Patientin, die im Sinne einer Retraumatisierung zu solch nachteiligen Folgen geführt hatten.

Es spricht einiges dafür, dass die Psychoanalyse von den klassischen Psychotherapieverfahren bezüglich von unerwünschten Nebenwirkungen und Schäden besonders gefährdet ist. Umso erstaunlicher scheint, dass innerhalb des engeren Faches eine Forschung über solche Effekte nicht existiert. Eine Recherche über die in Psychoanalytic Electronic Publishing (PeP 1.6) für die Jahre 1886-2003 zugänglichen 44.000 Artikel ist nicht zielführend. Die besten Übersichten finden sich außerhalb des Faches im Rahmen von Bergin u. Garfield's „Handbook“ (Lambert, Ed., 2004) und im deutschsprachigen Werk von Märtens u. Petzold (2002), dort besonders Fäh (2002). In diesem verdienstvollen Buch ist auch die derzeit ausführlichste Übersicht über unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie überhaupt enthalten, nämlich die von Lambert, Hawkins u. Hafield 2002.

In Bezug auf die Psychoanalyse lässt sich die gleiche Ausführlichkeit für den Beitrag von M. Fäh (2002) zum Thema ihrer unerwünschten und schädlichen Wirkungen festhalten. Fäh unterstellt für die Psychoanalyse eine palliative, eine kurative und eine salutogenetische Wirkung. Unerwünschte Wirkungen könnten im Rahmen dieser Logik dann in einer Symptomverschlechterung, dem Auftreten neuer krankheitsfördernder Faktoren und in einem Untergraben der Selbstheilungskräfte bestehen. Alles hält der Autor für möglich und kein kritischer Psychoanalytiker wird ihm hierin widersprechen können. Fäh teilt auch unsere Einschätzung, dass die Psychoanalyse sich bisher mit dem Thema kaum befasst hat („in der Psychoanalyse fehlt systematische Misserfolgsforschung“, 2002, S. 114). Zu den therapieimmanent diskutierten Problemen des Behandlungsfortschritts zählt er das Agieren, die sog. negative therapeutische Reaktion (Freud; gerade wenn es dem Patienten besser gehen müsste, geht es ihm schlechter), die Umkehr der Perspektive und die Sackgasse.

Während Details seiner Problemanalyse hier entfallen müssen, ist eine (gering modifizierte) Übersicht über die Systematik von Fäh möglich. Der Autor unterscheidet:

- *Unvorhersehbare* unerwünschte Wirkungen und Komplikationen psychoanalytischer Arbeit, wie z. B. maligne Regression oder selbstdestruktive Entwicklungen,

- *Vorhersehbare* Nebenwirkungen und Komplikationen psychoanalytischer Arbeit, wie z. B. paradoxe Selbstwertkrisen, Trieb-Entfesselung oder Widerstände gegen positive Veränderung
- *Wechselwirkungen* mit anderen Therapieeinwirkungen und Lebenssituationen (Kombination mit anderen Therapieformen, Psychopharmaka, Lebenskontexten) sowie
- *Behandlungsfehler*, z. B. die rigide Anwendung der Methode, mangelnde Abgrenzung, offener Missbrauch, narzisstischer Missbrauch.

Aufgrund unserer eigenen Beobachtungen scheint uns das Verhaftetbleiben in der eigenen Schlusslogik der Psychoanalyse, wenn es denn zu einer kritischen Entwicklung kommt, besonders fatal für die Ergebnisse. In der Praxis der Supervisionsempfehlungen geht es fast ausschließlich um „mehr des Gleichen“: Mehr Übertragungsdeutungen, mehr Regression, höhere Sitzungsfrequenz, längere Behandlungsdauer u. a. Bereits das Anstreben eines „Weniger“ dieser Qualitäten dürfte deutlich seltener sein und eine Empfehlung für einen Wechsel des Settings, der Therapiemethode oder des Behandlers die Ausnahme darstellen. Fehlen einer differenzierten Diagnostik, Festhalten an einer Standardmethode mit der Indikationsbreite von gesund bis psychotisch impliziert das Risiko einer Schädigung des Patienten und muss als therapeutischer Kunstfehler bewertet werden. Uns ist bewusst, dass andere Therapiemethoden ihrer internen Logik in gleicher Weise verpflichtet sind – nur könnte sich das als weniger nachteilig erweisen.

Es liegt auf der Hand, dass bei gravierenden chronifizierten Störungen wie z.B. Borderline-Persönlichkeitsstörungen befriedigende Behandlungsergebnisse nur schwer erzielt werden können. Dammann (2001) erwähnt in einer Literaturübersicht die Risiken hoher Abbruchraten, hoher Suizidquoten, therapeutische Krisen und Persistieren der Symptomatik, unabhängig von dem Therapieverfahren, mit dem Borderline-Persönlichkeitsstörungen behandelt wurden. Auf der Grundlage der OPD erhobene, differenzierte psychodynamische Befunde (AG OPD 1996) lassen zum einen erkennen, dass Patienten mit Persönlichkeitsstörungen erhebliche Einschränkungen der strukturellen Funktionen aufweisen (Oberbracht 2007) und zum anderen, dass die therapeutisch erzielten Veränderungen umso geringer sind je eingeschränkter das Strukturniveau bei Behandlungsbeginn war (Rudolf 2004). Es liegt also nahe anzunehmen, dass in der Behandlung von Patienten mit Strukturellen Störungen eine Ausrichtung des therapeutischen Vorgehens auf die speziellen psychischen Bedingungen des Patienten erforderlich ist. In diesem Sinne beschreiben Bateman und Fonagy (2004) die in einer klinischen Studie zum Mentalization-based Treatment erhärtete Erfahrung, dass Borderline-Patienten durch komplexe psychodynamische Interpretationen und Übertragungsdeutungen überfordert werden und therapeutisch negativ reagieren. Aufgrund ihrer „Mentalisierungsdefizite“ können sie den „als ob“-Charakter der therapeutischen Beziehung und speziell der Übertragungsbeziehung nicht von Realbeziehungen zum Therapeuten unterscheiden und sie können entsprechende therapeutische Deutungen nicht selbstreflexiv nutzen. Vielmehr erleben sie solche Interpretationen häufig als persönliche Infragestellung und Kritik, auf die sie hilflos oder aversiv reagieren. Im gleichen Sinne begründet Rudolf (2004, 2006) seine therapeutische Modifikation der Strukturbezogenen Psychotherapie. Er weist ferner darauf hin, dass aus den Berichten der Antragspsychotherapie bei ca. 30 bis 40% der Patienten auf strukturelle Einschränkungen geschlossen werden kann, die aber nur zum Teil als solche diagnostiziert und zu einem noch kleineren Teil in die Behandlungsplanung einbezogen werden. Dort, wo das geschieht und strukturbezogen modifiziert wird, lassen sich zufrieden stellende Therapieverläufe beobachten. Wo hingegen die strukturellen Einschränkungen unbeachtet bleiben, zeigen die Behandlungen sich als wenig effektiv. Im

günstigen Falle wird vom Patienten im Nachhinein berichtet, der Therapeut habe sich wohlwollend bemüht (was sicher eine positive Erfahrung ist), aber er habe letztlich den Patienten in seiner speziellen Problematik nicht helfen und seine Situation nicht verbessern können.

Ausgesprochen problematische Verläufe zeigen sich in analytischen Behandlungen, die in einer strikten, theoriebasierten Technik die strukturellen Einschränkungen des Patienten als Abwehr gegen therapeutisch angebotene Veränderungsmöglichkeiten deuten bzw. das dysfunktionale Verhalten des Patienten in der Übertragung als gegen den Therapeuten und gegen die Therapie gerichtete destruktive Impulse interpretieren. Bei Begutachtung entsprechender Richtlinien-Anträge entsteht im Verlauf der Eindruck, dass in einem Teil der von uns beobachteten Fälle dem Patienten nicht nur nicht geholfen, sondern geschadet wurde. Jene strukturell gestörten Patienten, welche die Behandlung nicht ergebnislos abgebrochen haben (immerhin ein Drittel der als analytische Langzeitbehandlung begonnenen Therapien werden nach der ersten Antragstellung nicht fortgeführt), befinden sich am Ende der verfügbaren Behandlungszeit (d.h. nach maximal 300 Sitzungen) in einer regressiv getönten Abhängigkeit vom Therapeuten. Sie erscheinen als mit großen Hoffnungen und Sehnsüchten an die Behandlung gebunden und zugleich labilisiert durch die therapeutisch aufgelockerte Abwehr, die nun nicht mehr wie zuvor zur Verfügung steht. Psychoanalytisch-theoretisch müsste eine solche Behandlung viele Jahre fortgeführt werden, praktisch endet sie mit Auslaufen der Kassenfinanzierung, nicht selten mit der Notwendigkeit von Klinikaufnahmen und der Medikation mit Psychopharmaka. Die Falldiskussionen lassen erkennen, dass hier die bereits erwähnte problematische Logik des „Mehr des Gleichen“ im Sinne erhöhter Stundenfrequenz und intensivierter Abwehrdeutung und Übertragungsbearbeitung als Reaktion auf das dysfunktionale Verhalten des Patienten eingesetzt wurde, wo wahrscheinlich ein Wechsel zu entlastenden Interventionen und zu aktiver therapeutischer Unterstützung struktureller Stabilisierung notwendig gewesen wäre. In einzelnen Fällen scheint hier dem Therapeuten aufgrund übermäßiger Identifikation mit seinem Verfahren das Festhalten an dem psychoanalytischen Reglement wichtiger zu sein, als das Eingehen auf die Grenzen und Möglichkeiten des individuellen Patienten. In Anlehnung an Rudolf (2006) zögern wir nicht, diesen Umgang mit strukturell gestörten Patienten als therapeutischen Kunstfehler zu bezeichnen.

2. Verhaltenstherapie/Kognitiv-behaviorale Therapie

Auch in der VT (CBT) gibt es so gut wie keine Forschung zu Therapieschäden, wohl aber einige Beiträge zur Misserfolgsanalyse. Jacobi (2002) erörtert die bereits in der Forschung erzwungene ungute Tendenz zur Publikation der Erfolge und Unterdrückung der Nichterfolge in Therapiestudien. Weitere Probleme sieht er in der Übertragung von unter so anderen Bedingungen gewonnenen Forschungsergebnissen in die Praxis. Schließlich problematisiert der Autor auch den Einsatz von Manualen, die keineswegs für alle Symptomträger *passend* sein müssen. Fischer-Klepsch, Münchau u. Hand (2000) analysieren die Probleme im Lehrbuch von Margraf (2000) in ähnlicher Weise praxisnah (Ablehner, Abbrecher, Nichtreagierer, Rückfälle) und plädieren für präzise Diagnostik und Differentialdiagnostik, sorgfältige Planung von Interventionen, fortwährende Individualisierung der Therapie, Reflektion der therapeutischen Interaktion, Förderung des Selbsthilfepotentials und Rückfallprophylaxe. Es wird deutlich, dass hier und anderen Orts *Therapieschäden* in der Wahrnehmung der Beteiligten die Ausnahme darzustellen scheinen. In der schon erwähnten explorativen Studie (Busch u. Lemme 1992, zit. nach Märtens u. Petzold 2002) sahen denn auch Verhaltenstherapeuten im Vergleich mit Vertretern anderer Therapierichtungen ihre Patienten am meisten profitieren und sich am wenigsten verschlechtern. Dabei werden Behandlungsfehler nicht geleugnet. Emmelkamp

(1988, zit. nach Jacobi) hält fest: Für Misserfolge sind in der Regel Behandlungsfehler verantwortlich, nämlich

- falsche Diagnose
- unkorrekte Verhaltensanalyse
- Wahl einer falschen therapeutischen Technik,
- nicht tragfähige Therapeut-Patient-Beziehung

Lambert u. Bergin (1994) resümieren, dass dynamisch orientierte Behandlungen mit schwer gestörten Individuen und aggressive Gruppentechniken größere Risiken nach sich ziehen könnten als Nichtdirektive Therapietechniken und Verhaltenstherapie. So konnten vor allem die Befürchtungen, dass das „flooding“ und die Symptombelastung zu anhaltenden Schäden führten, in keiner Weise bestätigt werden. Durch Verhaltenstherapie direkt Geschädigte hat auch keiner der Autoren beobachtet, wohl aber eine ganze Reihe von Patienten, die Verhaltenstherapien vorzeitig abbrachen, da sie mit dem Behandlungskonzept nicht zurecht kamen oder unzufrieden waren. Wir gehen nicht nur deshalb global davon aus, dass Verhaltenstherapien weniger unerwünschte Nebeneffekte als Psychoanalysen verursachen. Offensichtlich werden diese Therapieformen wegen der geringeren Bedeutung von Regression und Bindung an den Therapeuten schneller abgebrochen und kommen wahrscheinlich seltener in den Bereich, in dem sie schädlich werden können. Man kann das nur vermuten.

3. Gesprächstherapie

In der schon zitierten Pilotstudie von Busch u. Lemme (1992) sahen die Gesprächstherapeuten ihre Erfolge und den Mangel an negativen Auswirkungen nicht ganz so günstig wie die Verhaltenstherapeuten, aber lagen – soweit die Studie aussagefähig ist – eindeutig am besseren Pol. Dazu passt das glaubwürdige Zeugnis eines so erfahrenen Gesprächstherapeuten wie J. Eckert (2007, pers. Mitt.), dass er im Rahmen seiner 2 Jahrzehnte währenden Tätigkeit an der Psychiatrischen Klinik der Universität Hamburg nie eine schwere Dekompensation beobachtet habe, die man mit Berechtigung auf die eingesetzte Gesprächstherapie hätte zurückführen können. Die im Vergleich zu anderen Verfahren häufig geringere Drop-out-Quote (z.B. Barrowclough et al. 2001) lässt sich unter Praxisbedingungen sicherlich darauf zurückführen, dass viele Gesprächspsychotherapeuten ihre Behandlungen regelmäßig auf Tonkassetten aufnehmen, um diese dann in der für sie obligatorischen Supervision vorzustellen. Auch der Einsatz von Stundenbögen, z.B. der Bielefelder Klientenerfahrungsbogen (s. Biermann-Ratjen et al. 2003, S. 213), bietet die Möglichkeit, therapeutische frühzeitig Fehlentwicklungen zu erkennen.

Da sich die generellen Effekte von Gesprächspsychotherapie nicht wesentlich von denen anderer Verfahren unterscheiden (Elliott et al. 2003) – es gilt das Dodo-bird Verdikt! – ist davon auszugehen, dass das auch für den Anteil der nichterfolgreichen Behandlungen gilt. Leider fehlen entsprechende Studie, die das genauer belegen könnten.

4. Gruppenpsychotherapie

Dass im Bereich der therapietechnisch verursachten Probleme Gruppentherapien etwas häufiger untersucht wurden, überrascht deshalb nicht, da das Geschehen in Gruppenpsychotherapien als besonders komplex erachtet wird, die vielfältigen Beziehungen in Gruppen mehr als in der Einzeltherapie die Gefahr problematischer Entwicklungen bergen und vermutet wird, dass es in Gruppentherapien häufiger zu Therapieabbrüchen kommt als in der Einzeltherapie. Studien zu Abbruchraten in Gruppen weisen darauf hin, dass zwischen 17% bis weit über 50% der Patienten, die eine Gruppentherapie beginnen, die Behandlung vorzeitig abbrechen (Burlingame et al. 2004). Bostwick (1987) ermittelte in einer Übersicht über 21 Studien über Therapieaussteiger eine

durchschnittliche Abbruchrate von immerhin 35%. Das verfrühte Aussteigen aus der Gruppe scheint sich schnell auf andere Gruppenmitglieder zu übertragen und kann einen nachteiligen Einfluss auf die verbleibenden Gruppenmitglieder ausüben, die dann Anzeichen von Entmutigung zeigen und oft dazu neigen, die Therapie ebenfalls vorzeitig zu beenden (Yalom 1996).

Dass Gruppentherapien erheblich negative Effekte haben können, zeigte die Studie von Beutler et al. (1984). In einem 3-Gruppen-Vergleich mit 3 Therapierichtungen schnitten Patienten einer „Expressive-experiential group“ gegenüber Verhaltenstherapie und stützender Therapie so schlecht ab, dass Beutler et al. den Wert dieses Behandlungstyps in der Krankenversorgung generell in Frage stellen. Sie halten allerdings fest, dass sie nicht klären konnten, ob die verheerenden Ergebnisse nicht durch unfähige Therapeuten oder eine unglückliche Kombination ungeeigneter Patienten verursacht seien. Offensichtlich führen Therapien mit emotional stark konfrontierenden Techniken gehäuft zu Problemen, was möglicherweise auch mit spezifischen Merkmalen der Gruppenleiter zusammenhängt.

Die Gefahren gruppentherapeutischen Vorgehens zeigten sich zu deren Hochzeit an Studien von sog. Encountergruppen, die von offensichtlich unzureichend ausgebildeten, "Guru-ähnlichen" Personen geleitet wurden. Lambert und Bergin (1994) fassten diese Studien wie folgt zusammen: "The group experience is intense; and some persons use the experience to be brutally honest. Unrealistic expectations for help by some participants are also commonly mentioned, as well as coercive group norms for openness and intimacy. The leaders strive for rapid rebirth rather than enrichment, so that the encounter has a religious flare" (S.178). Diese Zusammenfassung zeigt, welche Macht ein Gruppenleiter besitzen kann, wenn es darum geht, Gruppennormen zu etablieren (s. dazu auch Yalom, 1996; König, 1996) und - begünstigt durch die Verführbarkeit und Ansteckbarkeit des Einzelnen durch diese Normen - Gruppen zu beeinflussen. In dieser Machtfunktion liegt sicher ein wesentliches Gefahrenmoment im Hinblick auf Schäden und negative Folgen von Gruppenerfahrungen, die wohl in nicht-therapeutischen Gruppen (Sekten, politischen Gruppen etc.) noch viel wesentlicher ins Gewicht fallen, in therapeutischen Gruppen aber immer zu reflektieren sind.

Neben der Macht des Gruppenleiters können sich auch die im Vergleich zur Einzeltherapie deutlich eingeschränkteren Möglichkeiten, den Psychotherapieprozess gezielt positiv zu beeinflussen, schädigend auswirken. Insbesondere die Befunde zur Soziodynamik in der Gruppe werfen die Frage auf, ob der Gruppenprozess nicht generell die Gefahr in sich birgt, dass einzelne Gruppenmitglieder durch komplexe gruppendynamische Prozesse ungünstige Positionen zugewiesen bekommen, die zwar für die Entwicklung der Gruppe essentiell sind, für den einzelnen aber schädlich wirken können. Es wird in jeder Gruppensitzung eine oder mehrere Personen geben, die von der Gruppe in einer Omegaposition sensu Schindler (1957) "gehalten" werden. Wenn es der Gruppe und dem Gruppenleiter nicht gelingt, ein Verharren in diesen Positionen aufzulösen, sind für die Betroffenen negative Folgen und Schäden vorprogrammiert.

Es wurde immer wieder darauf hingewiesen, dass die Interaktion in der therapeutischen Gruppe nicht nur als therapeutisch wirksames Agens gedacht werden darf. Es gibt eine Vielzahl kontraproduktiver Interaktionsmuster, die in Gruppen vorkommen können, wie Rivalitäten, offene Aggressivität, Unterwürfigkeit, Rückzug etc. (Strauß u. Eckert, 2002), die sozialpsychologischen Gesetzmäßigkeiten entsprechen und in Gruppen ganz unabhängig von der theoretischen Orientierung des Leiters reflektiert werden müssen.

Auch wenn die Vorstellung, "eine ideale Gruppe zu schaffen, ... ein Sirenengesang ist, der

viele Forscher verlockt" (Yalom, 1996, S. 286) und eine Utopie bleiben wird, gibt es eine Reihe von Indikationsregeln, die sich aus der Praxis und Forschung der Gruppenpsychotherapie ableiten lassen, und deren Berücksichtigung schädliche Auswirkungen von Gruppenpsychotherapie verhindern helfen dürfte. Wie in anderen Therapien auch, sind eine adäquate Vorbereitung und sorgfältige Indikationsstellung in der Gruppentherapie das – auch angesichts des Mangels an Wissen über andere Einflussfaktoren – beste Mittel, Abbrüche und negative Auswirkungen der Behandlung zu verhindern. Seit langem gilt als eines der am besten gesicherten Ergebnisse der Gruppentherapieforschung, dass eine adäquate Vorbereitung (bis hin zu systematischen „Pre-Group-Trainings“) die Effektivität von Gruppentherapien deutlich erhöhen. Die Praxis von Vorbereitungsgruppen ist im deutschen Sprachraum allerdings noch eher ungewöhnlich (als Ausnahme s. z. B. Liebler et al., 2004). Eine adäquate Vorbereitung wirkt sich den vorliegenden empirischen Befunden zu Folge positiv auf die Gruppenkohäsion aus, erhöht das Verständnis für Rollen und Verhaltensweisen in Gruppen und verpflichtet die Gruppenmitglieder mehr auf die Regeln einer Gruppe.

Oben wurden bereits die von Yalom (1985) formulierten Kriterien für eine Kontraindikation für Gruppentherapien erwähnt. Mittlerweile wurden die Indikations- und Kontraindikationskriterien verfeinert. Strauß u. Mattke nennen (in Anlehnung an Strauß et al., 2006) die folgenden Empfehlungen für Aufnahme- und Ausschlusskriterien in psychodynamisch orientierten Gruppentherapien:

Geeignete Kandidaten für eine Gruppentherapie...

1. haben Probleme in Beziehungen mit Eltern, Freunden und/oder Partner(in).
2. haben eine Vorstellung davon, dass die momentanen Beziehungen durch die Dynamik der Ursprungsfamilie beeinflusst sind.
3. können ihre Gefühle in gewissem Maß ansprechen und haben bereits gewisse Einsichten bzw. Vorerfahrungen mit Behandlungen.
4. scheinen wenigstens eine gesunde Beziehung zu haben und basale Kommunikationsfähigkeit ohne interferierende psychotische Symptome.
5. können durchaus in einer schwereren Krise sein oder Suizidgedanken haben, sollten aber in der Lage sein, mit anderen in Kontakt zu treten, ihre Gefühle zu besprechen und bereit sein, mit der Gruppe und deren Leitern einen Vertrag zu schließen.
6. sollten sich an die Rahmenvereinbarungen (wie Zeiten, Dauer der Gruppe) halten (können).
7. haben evtl. eine übermäßige Abhängigkeit an einen Einzeltherapeuten entwickelt und können von den multiplen Übertragungen in einer Gruppe profitieren.
8. sollten mit früheren Therapien zurechtgekommen sein und über positive vergangene Gruppenerfahrungen verfügen.
9. sollten durch die Teilnahme an einer Gruppe nicht im Hinblick auf ihre Gesundheit gefährdet sein.
10. sollten nicht fremdmotiviert sein.

Personen, die möglicherweise für Gruppentherapien ungeeignet sind

1. berichten über sehr viele interpersonale Konflikte im Leben – erscheinen aggressiv, abwehrend, agitiert oder feindselig in ihren Beziehungen
2. sind ausgeprägt schüchtern oder vermeidend; haben gar keine Freunde bzw. kein System sozialer Unterstützung.
3. berichten über häufige selbst-schädigende Verhaltensweisen – Drogen- oder Alkoholmissbrauch, parasuizidale Handlungen und riskantes Sexualverhalten.
4. berichten über ausgeprägte somatische Symptome und bringen diese nicht mit psychologischen Ursachen in Verbindung; neigen generell zur Verleugnung, prä-

sentieren ihre Probleme sehr diffus und vage und nehmen ihre Probleme nicht richtig ernst.

5. äußern das sichere Gefühl, sich in einer Gruppe nicht behaglich zu fühlen, nicht in der Lage zu sein, Probleme offen diskutieren zu können oder stellen die Wirksamkeit einer Gruppe ernsthaft in Frage.
6. leiden unter einer ausgeprägten Paranoia, die sich auf die Arbeit des einzelnen mit der Gruppe negativ auswirken würde.
7. könnten dazu neigen, von den Zielen der Gruppe in einer Weise abzuweichen, dass die anderen Gruppenmitglieder dadurch beeinträchtigt werden.
8. zeigen schwer wiegende Inkompatibilitäten mit einem oder mehreren Gruppenmitgliedern.
9. können die Sicherheit der Gruppe auf irgendeine Weise gefährden.

Diese Empfehlungen gelten für Gruppen ganz allgemein und unabhängig vom Behandlungsmodell. Für einzelne Modelle, inklusive der psychodynamischen Gruppentherapie (vgl. Strauß u. Mattke, 2007) gibt es einige spezifische Überlegungen und Forschungsbefunde, die sich im Kontext einer von Eckert & Biermann-Ratjen (1990) formulierten Auffassung verstehen lassen, wonach die „Theorie des Therapeuten“ der entscheidende Faktor für die Wirkung von Gruppentherapien sei. Die Autoren meinen damit, dass eine prinzipielle Übereinstimmung zwischen dem Behandlungskonzept des Therapeuten und der Behandlungserwartung des Patienten das wesentliche Kriterium für die Indikationsstellung sei und konnten dies auch empirisch bestätigen. Spätere Untersuchungen in der Einzel- und Gruppentherapie unterstützen diese Auffassung.

Mittelbare unerwünschte Wirkungen von Psychotherapie: Auswirkungen auf den Partner

Fast jeder Psychotherapeut kennt Situationen, in denen er mit erheblich beeinträchtigten Menschen konfrontiert wurde, die sich selbst als Opfer der Folgen einer Psychotherapie ihres Partners oder ihrer (erwachsenen) Kinder erleben. Typischerweise hört man eher im nichtprofessionellen Feld davon, wenn andere z. B. bei einer Einladung unseren Beruf erfahren. Uns ist es wichtig festzuhalten, dass wir solche Beschwerden immer Ernst genommen haben, zumal wir in Einzelfällen den kausalen Zusammenhang für durchaus wahrscheinlich hielten. Was ist davon gesichert?

Das Verdienst, in Deutschland erstmals auf die negativen Auswirkungen der Psychotherapie eines Familienmitglieds auf das soziale Umfeld hingewiesen und diese systematisch untersucht zu haben, gebührt ohne Frage dem Ehepaar Thomä. Psychoanalytiker, so die Autoren, beziehen das soziale Umfeld nur höchst widerwillig ein und bewirken damit, „dass sich die Angehörigen erst recht ausgeschlossen fühlen, und sich als Reaktion darauf das Misstrauen steigert“ (Tomä u. Thomä 1968, S. 814).

Bolk-Weischedel (1978) hatte bei 50 von ihr untersuchten Paaren in der Hälfte der Fälle einen Profit der Partnerschaft von der Psychotherapie eines Partners gefunden, 15 Paare waren unverändert und bei 10 (= 20 %) war es zu einer Trennung gekommen. Neumann (1987) untersuchte für 10 abgeschlossene unausgelesene Fälle seiner eigenen Praxis die Auswirkung der Therapie auf den unbehandelten Partner; er fand sie erheblich. Methodisch anspruchsvoller ist die Studie von Hessler u. Lamprecht (1986), die 44 unbehandelte Partner 1-2 Jahre nach der stationären Psychotherapie des anderen Teils untersuchten. Sie waren von der Rate von 16 Suizidversuchen, sowie dem erheblichen Anstieg von negativen Lebensereignissen, Krankschreibungen und der Inanspruchnahme medizinischer Leistungen beeindruckt.

An der Mainzer Psychosomatischen Universitätsklinik entstand eine Dissertation (T. Nothhelfer 1995; s. auch B. Jaeger 1997), in der die Auswirkungen von stationärer Psychotherapie prospektiv auf den nicht behandelten Partner untersucht wurden. Es lagen komplette Basisdaten von 100 Patienten und deren Partnern vor. Tatsächlich waren auch hier unerwünschte Auswirkungen auf das Befinden des Partners nachweisbar, aber sie waren insgesamt geringfügiger als in den bis dahin vorliegenden deutschen Studien. Die Therapieorientierung der Mainzer Klinik war in den Jahren der Untersuchung gezielt „partnerorientiert“, regelmäßige Paargespräche waren die Regel, Belastungsurlaube fanden praktisch an jedem Wochenende statt und brachten die sozialen Probleme intensiv in die Behandlung. Das Problem der Studie lag darin, dass ein Selektionseffekt nicht sicher ausgeschlossen werden konnte, auch wenn sich die Populationen nicht stärker unterschieden. Nach der Behandlung wurden noch gut zwei Drittel der Partner erreicht, 1 Jahr später nur noch gut die Hälfte – im Vergleich zu den 65%, die Hessler u. Lamprecht nachuntersuchen konnten, eindeutig zu wenig.

Die amerikanischen Studien, wie sie von Lambert u. Bergin (1994) zusammengefasst werden, weisen in die gleiche Richtung. Gurman u. Kniskern (1978, 1981, 1986) fanden bei einem Vergleich der Behandlung von Eheproblemen als Einzeltherapie und als Paartherapie eine deutliche Verschlechterung des unbehandelten Partners bei der Einzeltherapie. Wells u. Janetti (1986) haben diese Befunde aber in Frage gestellt. Lambert u. Bergin erörtern in ihrer ausgewogenen Art, dass natürlich für Familientherapeuten die Einbeziehung aller am Konflikt beteiligten Mitglieder redundant sei. Sie ergänzen, dass offenbar die nicht behandelten Partner beim Einsatz von Verhaltenstherapie weniger betroffen seien als bei anderen Verfahren. Fiegenbaum (1991) berichtete von einer auffallenden Trennungsrate (15 %) nach forcierter Expositionsbehandlung von Agoraphobikern in der Katamnese. Diese Rate entspräche jedoch der im entsprechenden Zeitraum zu erwartenden Trennungsrate der Allgemeinbevölkerung. Unterstellt man die Richtigkeit der Aussage, so gälte sie auch für die Befunde von Bolck-Weischedel (1978) nach psychoanalytischer Therapie, die diese Entlastungsargumentation nicht in Anspruch genommen hatte. Es scheint aber zu resultieren, dass insbesondere die psychoanalytischen Therapien eine Tendenz haben, beim unbehandelten Partner Probleme auszulösen. Der Gewinn an Autonomie in der Behandlung beeinträchtigt offensichtlich nicht selten die Bindung (Neumann 1987).

Vorbeugende Maßnahmen zur Vermeidung unerwünschter und schädlicher Therapieeffekte

Wie könnte konkret unerwünschten und schädlichen Wirkungen von Psychotherapie vorgebeugt werden? Bei Fähr (2002), der sich auf die Psychoanalyse bezieht, steht unter den so selbstverständlich wirkenden *Präventionsvorschlägen* zur Vermeidung von unerwünschten Wirkungen die Patientenaufklärung (informed consent) über die geplante Behandlung an erster Stelle („Zu viele Psychoanalytiker praktizieren Obskurantismus“, S. 142). Die Rollen von korrekter Indikation – wie schon in dieser Arbeit erörtert –, Reflektion der Behandlungstechnik, Ausbildung, Fortbildung und Lebensführung des Therapeuten kommen hinzu. Es fehlen – wie fast in allen der wenigen Untersuchungen – die Möglichkeit einer Empfehlung für den Wechsel des Behandlers oder der Methode. S. Schneider (2002) schlägt 6 einfache Maßnahmen vor:

- Sorgfältige Dokumentation problematischer Effekte schon in den Psychotherapiestudien
- Zulassungsverfahren für die unterschiedlichen Psychotherapieformen
- Einrichtung von Melderegistern (anonym, Hilfsangebote)
- Bereitstellung von Behandlungsrichtlinien
- Kontinuierliche Supervision und Weiterbildung der Behandler

- Sorgfältige Aufklärung des Patienten über Chancen, Probleme und mögliche Nebenwirkungen der geplanten Psychotherapie

Zur Vermeidung von Schäden in jeder Form der Psychotherapie erscheint uns sinnvoll, zusätzlich zu den vorgeschlagenen Direktiven auch

- einen Wechsel zu einem anderen Setting innerhalb der gleichen Methode (nicht einfach „Mehr des Gleichen“),
- einen Wechsel der bisher eingesetzten Therapiemethode, was in der Regel meist
- auch einem Wechsel des Behandlers entsprechen dürfte, zu reflektieren.
- Die Einbeziehung des Partners, und sei es nur zu einem kurzen Gespräch zu Beginn der Therapie, kann nach unserer Erfahrung die oben skizzierte Atmosphäre des Misstrauens deutlich verringern helfen. Davon profitieren Patient und Partner.

Schließlich: Keine Form der Psychotherapie ist ihrer immanenten Verpflichtung enthoben, sich einer anhaltenden Analyse ihrer Beschränkungen und Schwachstellen zu unterziehen. Ihre Erfolge werden sich von allein herumsprechen, aber ihre Schwächen mit einiger Verzögerung auch.

Literatur

- AG OPD (Hrsg.) 1996. Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik. Grundlagen und Manual. Bern: Huber.
- Akoluth, M. (2004) Unordnung und spätes Leid. Königshausen & Neumann, Würzburg
- Bachmann, K.M & Ziemert, B. (1995) Sexueller Missbrauch in der Psychotherapie. Möglichkeit einer epidemiologischen Quantifizierung. Nervenarzt, 66, 550-553
- Barrowclough C, King P, Colville J, Russell E, Burns A, Tarrier N. (2001). A randomized trial of the effectiveness of cognitive-behavioral therapy and supportive counselling for anxiety symptoms in older adults. Journal of Consulting and Clinical Psychology 2001; 69: 756-762.
- Bateman, A., Fonagy, P. 2004. Psychotherapy for Borderline Personality Disorders. Mentalization-based Treatment. Oxford: University Press.
- Baylis, F. (1993) Therapist-Patient Sexual Contact - A Non Consensual, Inherently Harmful Activity. Can.J.Psychiat.Rev., 38, 502-506
- Bergin, A.E. (1963) The effects of psychotherapy: Negative results revisited. Journal of Consulting Psychology, 10, 244-250. Bergin, A.E. (1970) The derioration effect: A reply to Braucht. J Abn Psychol, 75, 300-302
- Beutler, L.E., Frank, M., Schieber, S.C., Calvert, S. & Gaines, J. (1984) Comparative effects of group psychotherapies in a short-term inpatient setting: an experience with deterioration effect. Psychiat, 47, 67-77
- Beutler, L.E., Malik, M., Alimohamed, S., Harwood, T.M.; Talebi, H., Noble, S., Wong, E. (2004) Therapist Variables. In: M. J. Lambert (Ed.) Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change . John Wiley & Sons, New York, 5. Auflage, 227-306
- Biermann-Ratjen E-M, Eckert J, Schwartz H-J (2003) Gesprächspsychotherapie. Verändern durch Verstehen. 9. Aufl. Stuttgart: Kohlhammer
- Bostwick, G. (1987) "Where's Mary?": A review of the group treatment dropout literature. Social Work with Groups, 10(3), 117-131
- Brown, L.S. (1988) Harmful effects of posttermination sexual and romantic relationships between therapists and their former clients. Psychotherapy, 25, 249-255
- Burlingame, G. M., MacKenzie, K. R., & Strauß, B. (2004) Evidence-based small group treatments. In M. Lambert, A. E. Bergin, & S. L. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed.). New York: Wiley & Sons.
- Busch & Lemme (1992) zit. nach Märtens & Pätzold (2002)
- Caspar, F., Kächele, H. (im Druck) Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In S. Herpertz, Ch. Mundt, F. Caspar (Hrsg.), Störungsspezifische Psychotherapie. Urban & Fischer, München
- Conte, H.R. & Karasu, T.B. (1990) Malpractice in psychotherapy - an overview. Amer. J. Psychother., 44, 232-246
- Dammann, G. 2001. Bausteine einer allgemeinen Psychotherapie der Borderline-Störung. In: Dammann, G., Janssen, P.L. (Hrsg.) Psychotherapie der Borderline-Störungen. Stuttgart: Thieme. S. 232-257.
- Eckert, J., & Biermann-Ratjen, E.-M. (1990) Die „Theorie“ des Therapeuten – Ein heimlicher Wirkfaktor in der Gruppenpsychotherapie. In: V. Tschuschke, D.

Czogalik (Eds.), Psychotherapie – Welche Effekte verändern? Heidelberg, Springer.

Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg) Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis. Heidelberg, Springer.

Elliott, R.M. (2000) Bringing about a good therapist. Vortrag, Annual Meeting der Society for Psychotherapy Research, Chicago, Juni 2000

Elliott, R., Greenberg, L. S. & Lietaer, G. (2003). Research on Experiential Psychotherapies. In: M. Lambert, A. Bergin, & S. Garfield (Eds.), Handbook of psychotherapy and behavior change (5th ed.), (pp. 493-539). New York: Wiley.

Fäh, M. (2022) Wenn Analyse krank macht. Methodenspezifische Nebenwirkungen psychoanalytischer Therapien. In: Märtens & Petzold (Hg.) Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mathias-Grünwald-Verlag, Mainz, 109-147

Fiegenbaum, W. (1991) Behandlung von Angstzuständen und Agoraphobien. Vortrag am 6.11.91, Psychiatrische Universitätsklinik Mainz

Fischer, G. & Becker-Fischer, M. (2005) Folgetherapie nach sexuellem Missbrauch in Psychotherapie und Psychiatrie In: U.T. Egle, S.O. Hoffmann & P. Joraschky (Hg.) Sexueller Missbrauch, Misshandlung, Vernachlässigung. Schattauer, Stuttgart, 3. Auflage, 608-620

Gardiner, M. (Hg.1972) Der Wolfsmann vom Wolfsmann. Fischer, Frankfurt/M.

Hadley, S.W. & Strupp, H.H. (1976) Contemporary views of negative effects in psychotherapy. Archs. Gen. Psychiat., 33, 1291-1303

Hessler, M. & Lamprecht, F. (1986) Der Effekt stationärer psychoanalytisch orientierter Behandlung auf den unbehandelten Partner. Psychother. Psychosom. Med.Psychol., 36, 173-178

Howard, K. (2000) Votum in einer Internetdiskussion am 9.6.2000, dokumentiert von H. Kächele, Ulm.

Jacobi, F. (2002) Risiken und Nebenwirkungen verhaltenstherapeutischer Behandlung. In: M. Märtens & H. Petzold (Hg.) Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie, M. Grünwald, Mainz, 89-108

Jaeger, B. (1997) Die Bedeutung der Partnerbeziehung als Prädiktor für den Erfolg stationärer Psychotherapie. Inauguraldissertation Universität Mainz

Joraschky, P. & Arnold, S. (1992) Unerwünschte Wirkungen der Psychotherapie. Nervenheilk., 11, 146-152

Karme, L. (1993) Male Patients and Female Analysts: Erotic and Other Psychoanalytic Encounters. Psia.Inqu., 13, 192-205

König, O. (1996) Macht in Gruppen. München: Pfeiffer.

Lambert, J.M., Hawkins, E.J. & Hafield, D.R. (2002) Empirische Forschung über negative Effekte in der Psychotherapie: Befunde und ihre Bedeutung für Praxis und Forschung. In: Märtens & Petzold (Hg.) Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapien. Mathias-Grünwald-Verlag, Mainz, 40-59

Lambert, M.J. (Hg. 2004) Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wiley & Sons, New York, 5. Auflage

Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994) The Effectiveness of Psychotherapy. In: Bergin & Garfield (Eds.) Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. John Wiley, New. York, 4. Auflage

- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Smart, D.W., Vermeersch, D.A., Nielsen, S.L. & Hawkins, E.J. (2001) The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced?. *Psychoth Res*, 11, 49-68
- Lambert, M.J., Whipple, J.L., Vermeersch, Smart, D., D.A., Hawkins, E.J., Nielsen, S.L. & Goates, M. (2002) Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: A replication. *Clin Psychol Psychoth*, 9, 91-103
- Lambert, M.J. & Ogles, B.M. (2004) The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: M. J. Lambert (Ed.) *Bergin & Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. John Wiley & Sons, New York, 5. Auflage, 139-193
- Lazarus, J.A. (1992) Sex with Former Patients Almost Always Unethical. *Am.J.Psychiat.*, 149, 855-857
- Liebler, A.; Huber, T. J. (2004) Die Therapie-Vorbereitungsgruppe: „Vortraining“ zur stationären Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 49, 272-276.
- Märtens, M. & Petzold, H. (2002) *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Grünewald-Verlag, Mainz
- Mecacci, L. (2004) *Der Fall Marilyn Monroe und andere Desaster der Psychoanalyse*. Btb-Verlag, München
- Moggi, F. & Bossi, J.B. & Bachmann, K.M. (1992) Sexueller Missbrauch in therapeutischen Beziehungen. *Nervenarzt*, 63, 705-709
- Mohr, D.C. (1995) Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Am.Psychol.Assoc.*, 12, 1-27
- Neumann, H. (1987) Ein Ohr für den Partner. *Forum Psychoanal.*, 3, 112-126
- Nothhelfer, T. (1995) *Die Auswirkungen einer stationären Psychotherapie auf das körperliche und psychische Befinden des unbehandelten Partners*. Inauguraldissertation Universität Mainz
- Oberbracht, C. (2007) *Psychische Struktur im Spiegel der Beziehung*. Inauguraldiss. Med. Fakultät der Univ. Heidelberg
- Obholzer, K. (1980) *Gespräche mit dem Wolfsmann*. Rowohlt, Reinbek bei Hamburg
- Okiishi, J., Lambert, M.J., Nielsen, S.L. & Ogles, B.M. (2003) Waiting for the supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 10, 361-373
- Pope, K.S. (1990a) Therapist-patient sex as sex abuse: six scientific, professional, and practical dilemmas in addressing victimization and rehabilitation. *Prof. Psychol. Res. Pract.*, 21, 227-239
- Pope, K.S. (1990b) Therapist-patient sexual involvement - a review of the research. *Clin. Psychol. Rev.*, 10, 477-490
- Quadrio, C. (1996). Sexual abuse in therapy: Gender issues. *Austr.N.Z.J.Psychiat.*, 30, 124-133
- Reimer, F. (1975) Der Psychotherapie-Defekt. *Der Nervenarzt*, 46, 115-116
- Rogers, C.R. (1957) The Necessary and Sufficient Conditions of Therapeutic Personality. *J.Cons.Psychol.*, 21, 95-103
- Rudolf, G. 2004. *Strukturbezogene Psychotherapie*. Stuttgart: Schattauer. (2. Auflage 2006)
- Rudolf, G. 2006. Psychotherapie struktureller Störungen. Behandlung „as usual“ oder strukturbezogene Modifikation. In: Springer, A., Gerlach, A., Schlösser, A.M. (Hrsg.) *Störungen der Persönlichkeit*. Gießen: Psychosozial Verlag. S. 93-

114.

Rudolf, G. & Schmutterer, J. (2003) Qualitätssichernde Therapiebegleitung. Dt. Äbl. (1) 13-15

Rüger, B. (2001) Statistisches Design und Repräsentativität der Psychoanalytischen Katamnese-Studie (DPV). In: U. Stuhr, M. Leuzinger-Bohleber, M. Beutel (Hrsg.), Langzeit-Psychotherapie. Kohlhammer, Stuttgart

Sachs, J.S. (1983) Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. J Consult Clin Psychol, 51, 557-564

Schindler, R. (1957) Grundprinzipien der Psychodynamik in der Gruppe. Psyche 11: 308-314.

Simon, R.I. (1994a) Transference in Therapist - Patient Sex: The Illusion of Patient Improvement and Consent, Part II. Cont.Psychiat., 24, 561-565

Simon, R.I. (1994b) Transference in Therapist-Patient Sex - The Illusion of Patient Improvement and Consent. 1.. Psychiat.Annals, 24, 509-515

Smith M, Glass G, Miller T. The benefits of psychotherapy. Baltimore: John Hopkins Press; 1980.

Strauß, B., Eckert, J. (2001) Schäden und negative Folgen von Gruppenpsychotherapien. Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 37, 45-67

Strauß, B., Mattke, D. (2007) Differenzielle Indikationsstellung für die psychodynamische Gruppenpsychotherapie. Psychodynamische Psychotherapie, 6, 78-88

Strauß, B., Strupp, H.H., Burgmeier-Lohse, M., Storm, S., Wille, H. (1992) Deutsche Version der Vanderbilt-Psychotherapie-Prozeßskalen: Beschreibung und Anwendung in zwei Kurztherapien. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 40, 411-430

Strauß, B., Burlingame, G.M, Joyce, T., MacKenzie, K.R., MacNair-Semands, R., Ogrodniczuk, J., Taylor, S. (2006) Entwicklung eines Basismethodeninventars für die gruppenpsychotherapeutische Praxis und Forschung (CORE-R). Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 42, 2,7-229

Strupp, H.H. & Hadley, S.W. (1977) A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. Am J Psychol, 32, 187-196

Strupp, H.H. & Hadley, S.W. & Gomes-Schwartz, B. (1977) Psychotherapy for better or worse: an analysis of the problem of negative effects. J. Aronson, New York

Thomä, H. & Thomä, b. (1986) Die Rolle der Angehörigen in der psychoanalytischen Technik. Psyche, 22, 802-822

Truax, C.B. (1973) Scales for Therapist Acute Empathy, Nonpossessive Warmth, and Genuineness. In: D. Kiesler (Ed.) The Process of Psychotherapy. Aldine Publ. Comp., Chicago, 113-131

Yalom, I.D. & Lieberman, M.A. (1971) A Study of Encounter Group Casualities. Arch Gen Psychiat, 25, 16-30

Yalom, I.D. (1985) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie. Pfeiffer, München, 3. Auflage

Yalom, I. D: (1996) Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie (4. Auflage). München: Pfeiffer.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. S. O. Hoffmann, Dipl.-Psych.

Hoffmann et al. Nebenwirkungen von PT

Sierichstr. 175

22299 Hamburg

E-Mail: s.o.hoffmann@hamburg.de