1 Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen

Marie-Luise Haupt, Michael Linden und Bernhard Strauß

1.1 Nebenwirkungsorientierung in der Psychotherapie

Wo immer therapeutisch gearbeitet wird, muss auch mit Nebenwirkungen gerechnet werden. In der Medizin gilt seit jeher die wichtige Regel des „Nil nocere" (nicht schaden). Dahinter steht die Erkenntnis, dass gute Intentionen nicht unbedingt auch zu erwünschten Wirkungen führen müssen. Die Medizingeschichte ist voll von Beispielen allgemein akzeptierter Behandlungsformen, die sich im Verlauf als schädigend für die Patienten erwiesen haben. Als historisches Beispiel können hier Aderlässe angeführt werden. Der Theorie nach sollten dadurch krankmachende Säfte aus dem Körper abfließen. In Wahrheit haben sie die Patienten geschwächt und viele Tote zur Folge gehabt. Die Lehre daraus ist, dass auch eine überzeugende Theorie, wohlmeinende Intentionen, feste Überzeugungen der Behandler und große Zufriedenheit der Patienten nicht vor Schädigungen der Patienten schützen können. Johann Wolfgang von Goethe lässt Faust anlässlich des Osterspazierganges über sich und seinen Vater sagen: „Hier war die Arznei, die Patienten starben und niemand fragte wer genaß. So haben wir mit höllischen Latwergen in diesen Tälern, diesen Bergen, weit schlimmer als die Pest getobt, Ich selbst habe das Gift an Tausende gegeben, sie welkten hin, Ich muss erleben, dass man die frechen Mörder lobt." (Goethe 2010, S. 33).

Die Erkenntnis, dass wohlmeinende und theoretisch gut begründete Therapien auch schaden können, hat in der Pharmakotherapie seit vielen Jahrzehnten umfangreiche Forschungsvorhaben zum Thema Nebenwirkungen angeregt. Diese Untersuchungen wurden von Wissenschaftlern, Praktikern, Epidemiologen und nicht zuletzt auch Zulassungsbehörden und dem Gesetzgeber vorangetrieben (Doll 1969; Skegg u. Doll

1977; Inman 1981; Nilsson 1990; Brown 2002; Barnes 2003; Wysowski u. Schwartz 2005; Bahri u. Tsintis 2005; Vallano et al. 2010).

In der Psychotherapie stellt sich die Situation völlig anders dar. Obwohl es seit über 150 Jahren eine wissenschaftlich fundierte Psychotherapie gibt, fehlt in diesem Bereich eine nebenwirkungsorientierte Forschungstradition und Behandlungskultur. Eine Suche in Pubmed und PsychInfo mit den Stichworten „Nebenwirkungen", „negative Effekte" und „Psychotherapie" oder „Verhaltenstherapie" für den Zeitraum von 1964 bis 2011 ergab, je nach Stichwortkombination, nicht mehr als ein Dutzend Treffer. Darunter befinden sich nahezu keine empirischen Studien. Ein Grund hierfür könnte die Annahme sein, dass durch eine Gesprächsinteraktion zwischen einem Therapeuten und einem Patienten eigentlich kein Schaden entstehen könne, insbesondere da der Therapeut ja wohlmeinend und gut ausgebildet ist (Nutt u. Sharpe 2008; Ventegodt u. Merrick 2009).

Soweit Schätzungen oder empirische Untersuchungen zur Häufigkeit von unerwünschten Wirkungen bei Psychotherapie vorliegen, muss die oben erwähnte Annahme der Unbedenklichkeit infrage gestellt werden. Es ist von einer Rate zwischen 3% und 15% aller Psychotherapie-Fälle mit unerwünschten Wirkungen auszugehen. Damit steht die Psychotherapie entsprechenden Werten der Pharmakotherapie nicht nach (Crown 1983; Mays u. Franks 1985; Mohr 1995; Dishion et al. 1999; Roback 2000; Bridge et al. 2005; Moos 2005; Boisvert u. Faust 2007; Jarrett 2007; Berk u. Parker 2009; Barlow 2010).

Die Beachtung von Nebenwirkungen erscheint daher auch in der Psychotherapie zwingend erforderlich. Patienten möchten, dass ihnen durch eine Behandlung geholfen und nicht geschadet wird. Sie haben sogar ein juristisch verbrieftes und berufsethisch verankertes Recht darauf, dass sie vor Einleitung einer Behandlung von Therapeuten über Therapierisiken informiert werden. Nur darauf aufbauend können Patienten eine informierte Behandlungseinwilligung *(Informed consent)* geben (Tress u. Erny 2008). Auch für Therapeuten ist die Kenntnis von Therapierisiken erforderlich, um diesen gegebenenfalls entgegenwirken zu können. Falls eventuelle Risiken schwerwiegender Natur sind, können sie auch eine Kontraindikation für eine bestimmte Therapieform oder Methode darstellen. Des Weiteren gilt, dass in der Regel die Mitwirkung des Patienten bei einer Behandlung von großer Bedeutung ist (Fehm u. Helbig-Lang 2011). Dazu müssen Patienten über Nebenwirkungen informiert sein und gegebenenfalls mit dem Therapeuten zusammen an der Bewältigung unerwünschter Wirkungen arbeiten. Wenn Therapeuten es schaffen, die Vorstellung der Patienten von der Psychotherapie mit dem, was tatsächlich in der Therapie geschieht, übereinzubringen, kann dies wiederum unmittelbar positive Auswirkungen auf die Abbruchraten und sogar das Therapieergebnis haben (Seligmann et al. 2009).

1.2 Bisherige Systematisierungsversuche von negativen Psychotherapiefolgen

Natürlich gab es schon einzelne Forschungsbemühungen, die sich der Problematik Nebenwirkungen von Psychotherapie angenommen haben. Im Bereich der psychodynamisch orientierten Psychotherapieforschung hat in den 1970er-Jahren insbesondere die Arbeitsgruppe um Hans H. Strupp an der Vanderbilt-Universität den Blick auf negative Aspekte von Psychotherapien gelenkt (Strupp 1980a–d). Im Rahmen der Vanderbilt-

Psychotherapieprojekte (Strupp 1998) wurden negative Effekte von Psychotherapie gezielt untersucht (Strupp et al. 1977) und Fälle mit negativem Therapieergebnis ausführlich analysiert. Aus dieser Arbeitsgruppe stammt auch ein Instrument zur Erfassung negativer Indikatoren in der Psychotherapie, die Vanderbilt Negative Indicators Scale (Suh et al. 1986), die in den folgenden Jahrzehnten allerdings nur selten zum Einsatz kam. In diesem Instrument sind insbesondere jene Ergebnisse von Strupps Arbeitsgruppe berücksichtigt, die darauf hindeuten, dass sich negative Effekte von Psychotherapien fast immer auf einer interpersonalen Ebene zeigen (Strupp, 2000). Erst in jüngster Zeit wird das Thema wieder mehr fokussiert (z.B. Lilienfeld 2007) und speziell im Hinblick auf seine Bedeutung im Ausbildungskontext diskutiert (Castonguay et al. 2010).

Betrachtet man die Literatur zu Nebenwirkungen, Risiken und negativen Folgen von Psychotherapie, dann wird deutlich, dass hier sehr unterschiedliche Phänomene diskutiert und konfundiert werden (siehe z.B. Jacobi 2001; Märtens 2005; Wampold 2010; Caspar u. Kächele 2008; Hoffmann et al. 2008).

Es gibt eine Reihe von Publikationen, die Nebenwirkungen von Psychotherapie weitgehend mit *Therapiemisserfolgen* gleichsetzen. So hat Jacobi (2001) in einem Übersichtsartikel negative Folgen von Psychotherapie als therapeutischen Misserfolg beschrieben und sich dabei auf eine frühere Klassifikation von Foa und Emmelkamp (1983) bezogen. Sie unterscheiden zwischen Misserfolgen im Vorfeld der Therapie (z.B. aufgrund mangelnden Zugangs), Therapieablehnern, Abbrüchen, Non-Respondern, Rückfällen und Verschlechterungen. Zustandsverschlechterungen (wenngleich kurzfristige und vorübergehende) bezeichnen sie als Nebenwirkungen im engeren Sinn.

! **Diese Gleichsetzung von Nebenwirkungen mit Therapiemisserfolgen ist jedoch problematisch, da es beispielsweise eine Reihe von Erkrankungen gibt, die therapieresistent sind (Schmauß u. Messer 2009) oder die „naturgegeben" auch eine zunehmende Verschlechterung zeigen, ohne dass dies in irgendeinem Zusammenhang zur Therapie stünde oder dem Therapeuten angelastet werden könnte.**

Ein zweiter Ansatz der Nebenwirkungsdiskussion ist, Nebenwirkungen mit *Fehlanwendungen von Therapie* gleichzusetzen. In einer Arbeit von Wampold (2010) werden negative Therapieeffekte klassifiziert nach

- falschen Therapien *(misapplied)*,
- fehlerhaft angewandten Therapien, die sich beispielsweise durch mangelnde Fokussierung, Empathiemangel, Grenzverletzungen etc. auszeichnen *(mistakes)*,
- Ausbeutung und Missbrauch von Patienten *(malpractice)* und
- die Wiederholung problematischer Beziehungen aufgrund von nicht berücksichtigten bzw. nicht reparierbaren Brüchen in der therapeutischen Allianz *(unrepaired)*.

Auch dieser Ansatz ist problematisch, da er im Umkehrschluss impliziert, dass es Therapien gäbe, die keine Nebenwirkungen produzierten, und dass andererseits negative Auswirkungen von Therapie immer Folge einer Falschbehandlung darstellen würden. Die Grundannahme, dass eine fehlerfreie Therapie grundsätzlich nebenwirkungsfrei sei, ist jedoch sicherlich ebenso wenig realistisch, wie die Annahme, dass Psychotherapie keine Nebenwirkungen haben könnte.

Stattdessen ist es wichtig, zwischen Nebenwirkungen einer korrekt durchgeführten Therapie einerseits und Folgen einer falschen Behandlung andererseits zu unterscheiden. Niemand würde eine Vergiftung durch eine Überdosis eines Medikaments als „Nebenwirkung" klassifizieren. Eine derartige Komplikation ist völlig anderen Ursprungs, anders zu bewerten und muss andere Reaktionen und Konsequenzen zur Folge haben als eine Nebenwirkung.

Ein weiteres Problem in der Erfassung von Psychotherapie-Nebenwirkungen ist, dass Nebenwirkungen in der Literatur regelhaft auf den *Krankheitsstatus* eingeengt diskutiert werden, wie z.B. Verstärkung von Angst oder Zunahme von Hoffnungslosigkeit. Dies entspricht dem Vorgehen in der Pharmakotherapie, ist für den Bereich der Psychotherapie jedoch zu eng gegriffen (vgl. dazu die Diskussion von Stiles und Shapiro [1989] zur Problematik des Gebrauchs der Medikamentenmetapher in der Psychotherapie). Da Psychotherapie nicht nur unmittelbar an der Symptomatik arbeitet, sondern sich zugleich auch mit Themen befasst, wie dem Aufbau von Fähigkeiten zur Lebensbewältigung, der Bewältigung akuter oder chronischer Lebensprobleme und der Besserung der sozialen Anpassung, können Haupt- und Nebenwirkungen durchaus in Parametern außerhalb der vordergründigen Symptomatik sichtbar werden, wie z.B. Arbeitsfähigkeit, Probleme in der Beziehung oder insgesamt der sozialen Teilhabe. Bei Nebenwirkungen von Psychotherapie handelt es sich also um ein multidimensionales Problem (Lilienfeld 2007). Wenn das Vorhaben der Erfassung von Nebenwirkungen jedoch nur Instrumente enthält, die die Psychopathologie abbilden, dann besteht die Gefahr, dass substanzielle Nebenwirkungen der Therapie unerkannt bleiben (van Gent u. Zwart 1991; Märtens u. Petzold 2002; Szapocznik et al. 2004).

Die vorgenannten Überlegungen machen deutlich, dass im Bereich der Nebenwirkungen von Psychotherapie eine Reihe sehr unterschiedlicher Phänomene betrachtet und gegebenenfalls voneinander abgegrenzt werden müssen (s. Tab. 1). Zu unterscheiden ist zwischen unerwünschten Ereignissen, negativen Therapiefolgen, Nebenwirkungen, Kunstfehlerfolgen, Therapie Nonresponse, Krankheitsverschlechterung, therapeutischen Risiken und Kontraindikationen (Haupt u. Linden 2011; Linden 2012), wie im Folgenden dargestellt.

1.3 Unerwünschte Ereignisse

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

Das Konzept der unerwünschten Ereignisse verlangt eine Definition von „unerwünscht". Die Deutungshoheit obliegt hierbei sowohl dem Patienten als auch dem Therapeuten oder sogar Dritten.

Tab. 1 Definition von Nebenwirkungen und verwandten Phänomenen

unerwünschtes Ereignis (unwanted events, UE) alle negativen Ereignisse, die parallel zur Therapie in Bezug zum Patienten auftreten
negative Therapiefolgen (Treatment emergent reactions, TER) alle UE, die durch die Therapie bedingt sind
Nebenwirkungen (Adverse treatment reactions, ATR) alle negativen Therapiefolgen einer korrekt durchgeführten Therapie
Kunstfehlerfolgen (Malpractice reaction, MPR) alle negativen Therapiefolgen einer inkorrekt durchgeführten Therapie
Therapie-Nonresponse (Treatment non response, TNR) unzureichende Besserung einer Krankheit trotz Therapie
Krankheitsverschlechterung (Deterioration of illness, DOI) Verschlechterung einer Krankheit trotz Therapie.
therapeutische Risiken (Therapeutic Risk, TR) alle bekannten und absehbaren Nebenwirkungen
Kontraindikationen (Contraindications) alle Patienten-, Situations- oder Therapiecharakteristika, die mit hoher Wahrscheinlichkeit erwarten lassen, dass schwere Nebenwirkungen auftreten

Als *unerwünscht* ist alles anzusehen, was kein Therapieziel darstellt und was wünschenswerter Weise aus Sicht des Patienten, des Behandlers oder der Umwelt zu vermeiden wäre.

Insofern ist eine Scheidung oder eine emotionale Destabilisierung während der Therapie ein unerwünschtes Ereignis, da kein Therapeut eine Behandlung mit dem Ziel beginnen würde, einen Patienten emotional aus dem Gleichgewicht zu bringen oder eine Scheidung anzuregen. Diese Beispiele können allerdings zur Erreichung anderer Therapieziele notwendig sein, sodass beides in Kauf genommen werden muss. Gäbe es jedoch eine Therapiealternative, die ohne derartige unerwünschte Ereignisse ermöglichen würde, das Behandlungsziel zu erreichen, dann wäre die erste Therapieoption obsolet, wenn nicht sogar ethisch und juristisch fragwürdig.

Bezüglich der Erfassung von unerwünschten Ereignissen ist es wichtig, dass diese zunächst rein deskriptiv und ohne theoretische oder ätiologische Vorannahmen erfolgt. Auch dann, wenn man meint sicher zu sein, dass ein bestimmtes unerwünschtes Ereignis keinen Bezug zur Therapie hat, wäre es zunächst einmal aufgrund seiner zeitlichen Koinzidenz mit der Therapie zu erfassen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass bei sorgfältiger Überprüfung der Kausalität Ereignisse, die primär als unabhängig von der Therapie angesehen wurden, sich im Weiteren doch als Therapiefolgen herausstellen, während scheinbar evidente Therapiefolgen sich im Weiteren als zufällige Effekte erweisen können (vgl. z.B. Norcross u. Lambert 2011).

Die Bestimmung dessen, was ein erwünschtes und was ein unerwünschtes Ereignis ist, wird auch dadurch erschwert, dass manche Ereignisse sowohl positiv als auch negativ sein können. So kann beispielsweise die im Rahmen eines Selbstsicherheitstrainings angestoßene verstärkte Auseinandersetzung eines Patienten mit Kollegen

gleichermaßen positiv wie negativ sein. Dennoch gilt auch hier, dass eine Therapie, die eine Auseinandersetzung mit Kollegen ermöglichen würde, ohne dass es zum Dissens kommt, zu bevorzugen wäre.

> *Insofern gilt die Grundregel, dass im Zweifelsfall jegliche parallel zur Therapie auftretenden Ereignisse, die nicht eindeutig positiv sind, als unerwünschte Ereignisse einzustufen sind.*

1.4 Negative Therapiewirkungen

Unerwünschte Ereignisse können therapiebezogen sein, müssen es jedoch nicht. Alle unerwünschten Ereignisse, die in kausalem Zusammenhang zur Therapie stehen, wären als negative Therapiewirkungen zu bezeichnen. So kann es parallel zu einer Therapie z.B. zu einer Trennung kommen und eine Prüfung der Kausalität ergeben, dass dies eindeutig keine Beziehung zur laufenden Behandlung hat. Insofern wäre es ein negatives Ereignis, jedoch keine Therapiewirkung. Die Unterscheidung zwischen einem unerwünschten Ereignis und negativer Therapiewirkung *(Treatment emergent reaction, TER)* erfordert ein Urteil über die Kausalität.

Die Untersuchung der *Kausalität* geschieht in der Psychotherapie, indem der laufende Therapieprozess mit der Frage analysiert wird, ob sich daraus Beziehungen zu einem unerwünschten Ereignis herstellen lassen. Dazu empfiehlt es sich, den Therapieprozess systematisch zu betrachten (Roback 2000). Dies ist analog zu dem Vorgehen in der Pharmakotherapie durchzuführen, wo Kenntnisse über die Pharmakodynamik einen wichtigen Ansatzpunkt darstellen, um unerwünschte Ereignisse als Therapiewirkungen zu identifizieren (Doll 1969).

Die Analyse des Therapieprozesses beginnt mit der *Diagnostik* und den *theoretischen Vorannahmen*. Psychotherapeuten haben theoretisch begründete Störungsmodelle, die wesentlich von den Therapieschulen geprägt sind und die darüber entscheiden, wie im konkreten Fall therapeutisch vorgegangen wird. Zu prüfen ist, ob die Entwicklung des unerwünschten Ereignisses über derartige diagnostische Schwerpunktbildungen erklärt werden kann. Fehlentwicklungen könnten z.B. entstehen, weil Herzrhythmusstörungen nicht Teil eines psychotherapeutischen Störungsmodells von Panikattacken sind. Es kann aber auch sein, dass aufgrund des Störungsmodells Lebensereignisse problematisiert werden. So kann zum Beispiel die Befassung mit der eigenen Biografie oder das Konzept des (Re-)Parenting unter der richtigen oder falschen Annahme von Problemen in der früheren Eltern-Kind-Beziehung dazu führen, dass es zu einer Belastung der aktuellen Beziehung zu den Eltern kommt. In diesem Zusammenhang kann es sogar zu therapeutisch induzierten Fehlerinnerungen aufgrund theoretischer Konzepte kommen. Patienten „erinnern" sich an sexuelle Übergriffe, weil diese nach den theoretischen Modellen eigentlich hätten existent sein müssen (Weisberg 1993; Marchewka 1996; Lilienfeld 2007; Linden u. Zehner 2007; Nutt u. Sharpe 2008). Die Entwicklung derartiger Paramnesien unter emotionaler Stimulation stellt u.a. in der Glaubwürdigkeitsbegutachtung vor Gericht ein regelmäßig auftretendes Problem dar.

Einen weiteren Ansatz zur Kausalitätsprüfung bei unerwünschten Ereignissen bieten die Wahl des *Therapiefokus* und die intendierten primären Therapiewirkungen.

Ein Patient der an Selbstsicherheit gewinnt, kann mit seiner neu gewonnenen Selbstsicherheit am Arbeitsplatz Gegenreaktionen auslösen, wobei er dann möglicherweise noch nicht genügend Kompetenzen hat, um diese abzufangen. Häufig werden Patienten behandelt, die aufgrund multipler Probleme zur Psychotherapie gekommen sind. Es ist durchaus vorstellbar, dass die Entscheidung, sich auf ein bestimmtes Thema zu fokussieren, zu einer Verschlechterung in anderen Problembereichen beitragen kann.

Ein Aspekt von grundsätzlicher Bedeutung ist, dass bestimmte psychotherapeutische Interventionen nahezu regelhaft zu unerwünschten Ereignissen führen. Das gilt für *Expositionsbehandlungen*, die zumeist Unbehagen hervorrufen und in manchen Fällen dann auch zu prolongierter verstärkter und chronifizierter Angst führen können, wenn beispielsweise eine Stimulusexposition anstelle einer Reaktionsexposition durchgeführt wurde, oder wenn es im Rahmen der Verhaltensanalyse nicht möglich war, den eigentlich angstauslösenden Stimulus zu identifizieren (z.B. Angst, nach einem eventuellen Herzinfarkt keine Hilfe zu bekommen) und die Therapie sich zunächst auf den vordergründig angstauslösenden Reiz (z.B. Aufzug) konzentrierte oder auch wenn eine Konfrontationsübung zu früh abgebrochen wurde.

Noch bedeutungsvoller in diesem Kontext ist aber, dass Psychotherapeuten grundsätzlich mit Patienten über ihre Probleme sprechen müssen, über die eigene Insuffizienz und über die Unfähigkeit mit schwierigen Problemen fertig zu werden. Es ist psychologisch vielfach belegt, dass die *Erinnerung an negative Erfahrungen* oder das „Reden über Probleme“ zu negativer Befindlichkeit führt (Roberts u. Kassel 1996; Beevers u. Miller 2004; Mongrain u. Trambakoulos 2007). Ein wiederholtes Durcharbeiten von negativen Erfahrungen kann dazu führen, dass diese zunehmend lebendiger werden, zunehmend häufiger erinnert werden, zunehmend stärkere negative Reaktionen hervorrufen und in einigen Fällen sogar die Qualität von Intrusionen entwickeln können (Mayou et al. 2000; Poepel 2006; Lieberei u. Linden 2008). Aufgrund dieses Mechanismus gilt, dass es nahezu keine Psychotherapie geben kann, die nicht auch automatisch unerwünschte Wirkungen entwickelt. Das ähnelt dem Vorgehen in der Chirurgie, bei dem vor dem heilenden Eingriff immer zunächst eine in Kauf genommene Verletzung mit anschließender Narbenbildung steht.

Schließlich ist auch noch die *therapeutische Beziehung* zu analysieren. Wenn diese gespannt und schlecht ist, wird dies in der Literatur regelmäßig mit einer inadäquaten Therapie oder auch Misserfolg gleichgesetzt (Ackerman u. Hilsenroth 2001; von der Lippe et al. 2008; Fitzpatrick et al. 2009), obwohl eine distanzierte, eher kühle und weniger warmherzige Beziehung keineswegs in allen Fällen als falsch angesehen werden kann. Ebenso ist eine sehr gute therapeutische Beziehung nicht zwangsläufig positiv. Sie kann auch Ausdruck einer entstehenden Abhängigkeit sein, mit der unerwünschten Folge einer Unterminierung des Selbstwirksamkeitserlebens des Patienten (Rüger 2004; Horowitz 2000; Nutt u. Sharpe 2008; Berk u. Parker 2009; Gumz et al. 2010). In diesen Fällen kann es sein, dass Patient und Therapeut trotzdem von einer besonders guten und gegebenenfalls auch besonders wirksamen Behandlung ausgehen. Nur wenn eine Therapieverlängerung an sich als unerwünschtes Ereignis anerkannt wird und danach die Frage analysiert wird, wie es zu der Notwendigkeit einer Verlängerung kam, besteht die Möglichkeit zu erkennen, dass es sich hierbei um eine negative Therapiewirkung handelt.

1.5 Nebenwirkung oder Kunstfehlerfolge

Wenn festgestellt ist, dass eine negative Therapiewirkung vorliegt, ist als nächstes zu klären, ob es eine Psychotherapie-Nebenwirkung ist oder eine Kunstfehlerfolge. Im vorgenannten Beispiel der „besonders guten" Therapeut-Patient-Beziehung könnte es sein, dass der Therapeut seine eigenen Dominanzbedürfnisse nicht unter Kontrolle hat und dem Patienten deshalb stetig zu verstehen gibt, dass er nichts kann, dass er nicht in der Lage ist, sein Leben zu meistern und dass es ohne die Therapie bei diesem Therapeuten nicht geht. Im Extrem kann dies dazu führen, dass Therapeuten von Patienten Sonderzahlungen verlangen, über das hinaus, was die Krankenkassen bezahlen. In diesen Fällen könnte man von einem Kunstfehler sprechen. Die „Therapieabhängigkeit" des Patienten wäre dann als eine Kunstfehlerfolge einzuordnen. Andererseits gehört zu einer korrekten Behandlungsdurchführung oft auch, zunächst eine Regression zu induzieren, wie dies beispielsweise für psychodynamische Therapien gilt. Auch bei fachgerecht durchgeführter Therapie kann es geschehen, dass ein Patient sich dabei zu sehr in die Therapie und die therapeutische Beziehung „hineinfallen" lässt und aus der therapeutischen Regression eine Therapieabhängigkeit wird. Dies wäre dann die Folge einer korrekt durchgeführten Therapie (eine „echte" Nebenwirkung), bei der es dem Therapeuten nicht möglich war, eine Fehlentwicklung aufzufangen.

Diese Unterscheidung zwischen Nebenwirkungen einerseits und Kunstfehlerfolgen andererseits verlangt ein Urteil über die Korrektheit der Behandlung. Da es im Bereich der Psychotherapie, wie bereits ausgeführt, in vielen Bereichen nur begrenzt explizite Therapiestandards gibt und zusätzlich in der Praxis davon abweichende Herausforderungen entstehen (Pence et al. 2010), ist auch die Feststellung von Kunstfehlern schwierig. Ein Ansatz zur Unterscheidung liegt in den bereits angesprochenen *Prozessanalysen*. Bei der Klärung des diagnostischen Prozesses, des therapeutischen Fokus, der Therapiewirkungen, der Sensitization-Effekte oder der therapeutischen Beziehung (Lieberei u. Linden 2008) sollte nicht nur diskutiert werden, ob das unerwünschte Ereignis einen Kausalbezug zum Therapieprozess besitzt, sondern auch, ob der Therapeut den aktuellen Therapieprozess hätte anders gestalten können oder müssen.

> *Diese Fragen sollten nicht aus der „*ex post facto Perspektive*" untersucht werden, sondern möglichst aus der „*ex ante Perspektive*". Eine Analyse sollte also nicht erst erfolgen, wenn man schon weiß, dass die Therapie negative Auswirkungen hatte, sondern aus der Perspektive des Therapeuten zum Zeitpunkt der Durchführung der Behandlung. Ist aus dieser Perspektive zu sagen, dass die konkrete Behandlung in erheblichem Maße von dem abweicht, was andere Therapeuten üblicherweise in der gleichen Situation getan hätten (Linden u. Hautzinger 2011), dann kann von einem Kunstfehler gesprochen werden und die negative Therapiewirkung wäre damit als Kunstfehlerfolge identifiziert. Ist diese grobe Abweichung von den Regeln jedoch nicht gegeben, dann handelt es sich um eine Psychotherapie-Nebenwirkung im engeren Sinne.*

Aus den bisherigen Überlegungen ergibt sich, dass vier Kriterien erfüllt sein müssen, um von Nebenwirkungen einer Psychotherapie sprechen zu können. Sie sind

1. unerwünscht,
2. in der Regel unvermeidlich,
3. therapiebedingt und
4. Folge einer ordnungsgemäß durchgeführten Psychotherapie.

1.6 Therapeutische Risiken und Kontraindikationen

Therapeutische Risiken sind die Nebenwirkungen, die bei üblicher Behandlungsdurchführung regelhaft zu erwarten sind. Soweit sie nach Häufigkeit und Schwere für den Patienten von Bedeutung sind, handelt es sich um die „relevanten therapeutischen Risiken". Über diese sind Patienten vorab zu informieren. Dieses *„Risikoprofil"* ist bei jeder Art von Therapie in Abhängigkeit vom Psychotherapieverfahren, der eingesetzten Methoden oder dem individuellen Therapiekonzept unterschiedlich. Es liegt in der Hand des Therapeuten, sich vor Einleitung einer Psychotherapie Gedanken über die gegebenen therapeutischen Risiken zu machen und den Patienten darüber zu informieren.

Erst recht ist eine Abschätzung der therapeutischen Risiken erforderlich, wenn im Einzelfall Rahmenbedingungen gegeben sind, die bedeuten, dass ernsthafte Nebenwirkungen mit höherer Wahrscheinlichkeit auftreten. Rahmenbedingungen, die zur Entstehung ernsthafter negativer Therapiewirkungen führen, werden *„Kontraindikationen"* genannt. Negative Therapiewirkungen, die im Kontext einer Therapie auftreten, die trotz Kontraindikationen eingeleitet wurde, sind nahezu zwingend als Kunstfehlerfolgen einzustufen. Beispiele hierfür könnten sein, wenn ein Psychotherapeut mit einer Patientin zu arbeiten beginnt, obwohl er eine über das Übliche hinausgehende sexuelle Attraktivität verspürt oder wenn eine belastende Expositionsübung bei einem Patienten mit vorgeschädigtem Herzen durchgeführt wird.

1.7 Abschätzung der Schwere und negativer Folgen von Psychotherapie-Nebenwirkungen

Ein wichtiges Kriterium bei der Erfassung von Nebenwirkungen ist die Beurteilung des *Schweregrads*. Übliche leichtere Nebenwirkungen, wenn sie denn unvermeidlich sind, dürfen in Kauf genommen werden, während schwere Nebenwirkungen einen Behandlungsausschluss darstellen. Die Schwere einer Nebenwirkung wird üblicherweise nach ihren *Konsequenzen* beurteilt.

- **Eine leichte Nebenwirkung** hat keine weiteren Konsequenzen zur Folge, wie beispielsweise ein Ausbruch von Weinen und Verzweiflung während einer Therapiesitzung.
- **Mittelgradige Nebenwirkungen** führen zu überdauernden Beeinträchtigungen des Patienten, wie beispielsweise verstärkte Konflikte am Arbeitsplatz oder in der Partnerschaft.
- **Auf schwere Nebenwirkungen**, wie beispielsweise das Vorhaben, einen sicheren Arbeitsplatz kündigen zu wollen, muss unbedingt mit Gegenmaßnahmen reagiert werden.
- **Sehr schwere Nebenwirkungen** führen zu unwiderruflicher Schädigung, wie beispielsweise einer Scheidung oder einem Herzinfarkt.

- **Extreme Nebenwirkungen** gehen mit Lebensgefahr einher oder erfordern eine stationäre Behandlung wie zum Beispiel bei akuter Suizidalität.

Wie bereits angesprochen, haben Psychotherapie-Nebenwirkungen immer auch *Folgen für den Therapeuten* selbst, sei es bezüglich seines Behandlungsplans, seines Selbstbildes, der therapeutischen Beziehung, des Haftungsrechts oder einer strafrechtlichen Verantwortung. Deshalb bedarf es einer klaren Terminologie, damit Nebenwirkungen in der Psychotherapie offener diskutiert und häufiger erforscht werden. Wäre jede Nebenwirkung ein Kunstfehler, dann wäre jeder Therapeut, der Nebenwirkungen in seiner Behandlung beobachtet, ein schlechter Therapeut und gegebenenfalls sogar in Gefahr, wegen eines Kunstfehlers zur Verantwortung gezogen zu werden. Eine realistischere Sichtweise ist, dass Nebenwirkungen in der Regel unvermeidliche Konsequenzen einer ordnungsgemäß durchgeführten Behandlung sind. Daraus ergibt sich, dass Therapeuten, die keine Nebenwirkungen sehen, womöglich wichtige Informationen übersehen. Therapeuten sollten sich daher den Risiken ihrer Therapien bewusst sein, nach drohenden und auftretenden Nebenwirkungen suchen und soweit möglich versuchen, ihnen entgegen zu steuern. Dies verlangt auch eine „nebenwirkungsorientierte Therapie", das heißt die Wahl des Behandlungsverfahrens sollte davon geleitet werden, welche der gegebenen therapeutischen Alternativen die geringsten Risiken birgt. So könnte beispielsweise argumentiert werden, dass Exposition in Begleitung mehr Risiken birgt als vom Patienten selbst durchgeführte Exposition, sodass *guided practice* im Vergleich beider Behandlungsmethoden zur Therapie zweiter Wahl würde und nur dann zum Zuge käme, wenn mit Blick auf den konkreten Fall begründet werden könnte, dass die selbst durchgeführte Exposition nicht hinreichend und zielführend wäre.

Schlussfolgerungen

Es gibt eine Reihe von Punkten, auf die im Kontext des Themas Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie hinzuweisen ist:

1. In der Psychotherapie gilt, wie in anderen therapeutischen Bereichen, dass es das erste Ziel sein muss, Nebenwirkungen zu vermeiden und den Patienten nicht zu schaden.
2. Nebenwirkungen sind auch in der Psychotherapie unvermeidlich und treten regelhaft auf.
3. In der Psychotherapie ist es für die Behandler wie die Patienten besonders schwierig, Nebenwirkungen als solche zu erkennen, weil ein Bias die Wahrnehmung erschwert.
4. Psychotherapeuten sollten auch ohne speziellen Anlass nach Nebenwirkungen fragen.
5. Bei Ereignissen von unklarer Wertigkeit und unklarer Verursachung sollte bis zum Beweis des Gegenteils von Nebenwirkungen ausgegangen werden, statt sie als positive Therapiewirkungen oder Folge von Patientenverhalten oder Zufall zu ignorieren.
6. Die Frage nach Nebenwirkungen sollte Teil der Supervision, Intervision und des therapeutischen Selbstmonitorings sein.
7. In die Therapeutenausbildung sollten Kurse zum Nebenwirkungsmanagement integriert werden, um den zukünftigen Therapeuten zu vermitteln, was Nebenwirkungen sind, wie sie erkannt werden können und wie darauf zu reagieren ist.
8. Nebenwirkungen bedeuten nicht, dass ein Kunstfehler vorliegt. Es sind gute Therapeuten, die Nebenwirkungen erkennen und wenig aufmerksame, die keine Nebenwirkungen sehen.