

1 Definition und Entscheidungsschritte in der Bestimmung und Erfassung von Nebenwirkungen von Psychotherapie

Michael Linden, Bernhard Strauß, Eva-Lotta Brakemeier,
Yvonne Nestoriuc und Saskia Scholten

1.1 Bedeutung von Nebenwirkungen in der Psychotherapie

Wo immer therapeutisch gearbeitet wird, muss auch mit Nebenwirkungen gerechnet werden. Unter manchen Klinikern gilt sogar der Satz, dass eine Therapie, die keine Nebenwirkungen hat, womöglich auch keine Hauptwirkung hat (Freyberger u. Spitzer 2018). Diese Erkenntnis hat in vielen Bereichen der Medizin zu einer umfangreichen wissenschaftlichen aber auch ethischen, juristischen und behördlichen Befassung mit diesem Thema geführt. In der Psychotherapie stellt sich die Situation bislang noch anders dar. Obwohl es seit über 150 Jahren eine wissenschaftlich fundierte Psychotherapie gibt, fehlt in diesem Bereich bisher eine nebenwirkungsorientierte Forschungstradition und Behandlungskultur. Es finden sich zumeist nur kasuistische Berichte und nur begrenzt empirische Arbeiten, die zudem erhebliche methodische Schwächen aufweisen (Linden u. Strauss 2018). Je nach Erhebungsmethode, Population und Therapieart werden Inzidenzraten von Nebenwirkungen bei 3–100% aller Psychotherapie-Fälle berichtet (Crowne 2018; Mays u. Franks 1985; Mohr 1995; Dishion et al. 1999; Roback 2000; Bridge et al. 2005; Moos 2005; Boisvert et al. 2006; Jarrett 2007; Berk u. Parker 2009; Barlow 2010; Linden u. Schermuly-Haupt 2014; Moritz et al. 2019; Gerke et al. 2020; Muschalla et al. 2020).

Die Beachtung von Nebenwirkungen ist auch in der Psychotherapie zwingend erforderlich. Patienten haben ein Anrecht darauf, dass ihnen durch eine Behandlung geholfen und nicht geschadet wird (Linden u. Helmchen 2018). Sie haben sogar ein juristisch verbrieftes und berufsethisch verankertes Recht darauf, vor Einleitung einer Behandlung von Therapeuten über Therapierisiken informiert zu werden.

Dies ist die Voraussetzung für eine informierte Behandlungseinwilligung (informed consent) (Schleu et al. 2014; Jakl 2018). Therapeuten müssen also mit Therapierisiken vertraut sein, um gemäß ihrer Berufspflichten Patienten adäquat aufklären und um Risiken entgegenwirken zu können. Falls potenzielle Risiken schwerwiegender Natur sind, können diese 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.

1.2 Definition von Nebenwirkungen in der Psychotherapie

Ein Problem in der Befassung mit Nebenwirkungen von Psychotherapie besteht darin, dass es sehr unterschiedliche Definitionen von Nebenwirkungen gibt. Nicht einmal die Unterscheidung zwischen Haupt- und Nebenwirkungen ist immer klar umrissen (Freyberger u. Spitzer 2018). Nebenwirkungen werden in vielen Arbeiten mit Verschlechterungen, Therapiemisserfolgen oder sogar Folgen von Kunstfehlern und unethischem Verhalten gleichgesetzt (Hoffmann et al. 2008). Gerade die Unterscheidung zwischen Folgen einer korrekt oder inkorrekt durchgeführten Therapie ist jedoch in der Psychotherapie von zentraler Bedeutung, da eine sachliche Befassung mit Nebenwirkungen nicht möglich ist, wenn sie automatisch mit Therapeutenfehlverhalten gleichgesetzt werden.

Definition von Nebenwirkungen in der Psychotherapie (Linden 2013)

Nebenwirkungen von Psychotherapie sind unerwünschte Ereignisse bezüglich der Krankheitssymptomatik, des Therapieprozesses, der Krankheitsverarbeitung, wie auch des weiteren Lebensumfelds des Patienten, die durch eine korrekt durchgeführte Behandlung verursacht wurden.

Diese Definition lehnt sich an die Entwicklungen der Nebenwirkungsforschung in anderen Therapiebereichen an, denen auch die Psychotherapie folgen sollte, da das Problem der Nebenwirkungen immer auch einen juristischen, regulatorischen, gesellschaftlichen und ethischen Aspekt hat. Um terminologische Konfundierungen zu vermeiden muss klar sein, dass es dabei um „negative und unerwünschte“ Begleitwirkungen geht und nicht um unerwartete positive Begleiteffekte im Sinne „positiver Nebenwirkungen“ (Hoyer 2016). Von Bedeutung ist, dass auch dann von „unerwünschten“ Effekten gesprochen wird, wenn sie womöglich sogar therapeutisch intendiert und unvermeidlich sind (Linden 2021), beispielsweise um darüber einen positiven Effekt zu erzielen (etwa wenn eine vertiefte Beschäftigung mit negativen Emotionen und dysfunktionalen Verhaltensmustern im Rahmen einer Verhaltensanalyse vorübergehende Stimmungsverschlechterungen hervorrufen).

Für die Erfassung und Einordnung von Psychotherapie-Nebenwirkungen sind mehrere wissenschaftliche und therapeutische Urteile und Schritte erforderlich, die von einiger Komplexität sind und daher im Folgenden näher dargestellt werden sollen. Eine grafische Übersicht findet sich in Abbildung 1.

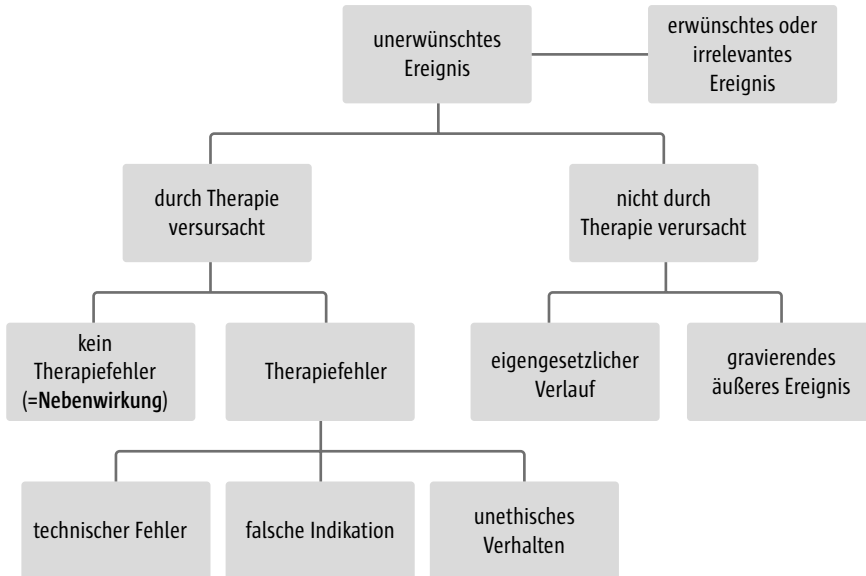


Abb. 1 Entscheidungsschritte in der Feststellung von Nebenwirkungen

1.3 Entscheidungsschritte in der Bestimmung von Psychotherapie-Nebenwirkungen

1.3.1 Was ist ein Ereignis?

Ein Ereignis definiert sich methodisch über die Kontingenz, also den zeitlichen, örtlichen, personengebundenen Zusammenhang zur Therapie. In der Zeit, in der ein Patient in Therapie ist, kann allerdings vieles geschehen. Die Symptomatik kann sich verschlechtern, die Partnerin kann sich trennen oder es kann ein sonstiges bedeutsames Ereignis vorkommen, wie etwa der Konkurs der Firma. Die Frage ist, worauf Therapeuten fokussieren sollten, um evtl. Nebenwirkungen überhaupt zu sehen. Dies ist der erste therapeutische Entscheidungsschritt (Übersicht unten). Ein Problem der bisherigen Nebenwirkungsforschung ist, dass ganze Lebensbereiche nicht angemessen berücksichtigt werden. Dabei kann eine Trennung durchaus eine Psychotherapiefolge sein. Hingegen ist bspw. ein Konkurs der Firma, auch wenn dies für den Patienten als gravierendes äußeres Ereignis gelten mag, in der Regel kein Bereich, der systematisch bei der Suche nach Therapienebenwirkungen berücksichtigt werden muss, es sei denn, dass eine unmittelbare Beziehung zum Patienten und der Therapie möglich sein könnte, also z.B. der Patient ein Mitglied der Geschäftsführung ist.

Für die Suche nach Psychotherapie-Nebenwirkungen gibt die UE-ATR-Checkliste (Unwanted Event-Adverse Treatment Reaction) einige Bereiche vor, die von Psychotherapeuten besonders bedacht werden sollten (Linden 2013; Linden u. Schermuly-Haupt 2014). Diese sind zum Ersten die unmittelbaren Beschwerden und Krankheitssymptome. Sie können sich verschlechtern oder nicht bessern oder auch neu

aufzutreten. Zum Zweiten betrifft dies den Therapieprozess. So kann es zu Störungen der Interaktion, Konflikten und Bedrängnissen zwischen Therapeut und Patient oder auch zwischen Patienten in Gruppentherapien kommen oder auch zu Störungen des Arbeitsbündnisses und der Kooperation, bis hin zum Therapieabbruch. Es kann aber auch zu einer problematischen Therapie- oder Therapeutenabhängigkeit kommen mit vordergründig besonders guter Therapeut-Patient-Beziehung oder Therapieverlängerung. Weiterhin sind Störungen im sozialen Umfeld der Patienten zu nennen, sei es Konflikte in der Familie, am Arbeitsplatz oder in der Freizeit. Schließlich können Nebenwirkungen die Krankheitsbewältigung im weiteren Sinne betreffen. Von besonderer Bedeutung sind Änderungen im Krankheitsverständnis, sei es durch Induktion von Fehlerinnerungen oder durch eine Demoralisierung, weil sich die eigenen Probleme im Therapieverlauf als immer komplexer darstellen. Es kann jedoch auch zu externen Problemen kommen im Sinne einer Stigmatisierung bis hin zu einer abgelehnten Verbeamtung oder eine Nichtaufnahme in eine private Krankenversicherung.



Fachliche Entscheidungen in der Bestimmung von Psychotherapie-Nebenwirkungen

1. *In welchen Bereichen kann ein verdächtiges Ereignis auftauchen?*
 - *Symptomatik*
 - *Therapieprozess*
 - *Lebensumfeld*
 - *Krankheitsverarbeitung*
2. *Welche Eigenschaften charakterisiert ein unerwünschtes Ereignis?*
 - *negativ, auch wenn intendiert*
 - *inakzeptabel, wenn es eine bessere Therapie gäbe*
3. *Was ist ein durch die Therapie bedingtes, unerwünschtes Ereignis?*
 - *bekannt aus randomisiert-kontrollierten Studien oder dem Nebenwirkungsprofil*
 - *erklärbar durch den Therapieprozess*
4. *Was ist kein durch korrekte Therapie bedingtes, unerwünschtes Ereignis?*
 - *unethisches Verhalten des Therapeuten*
 - *idiosynkratische Therapiebesonderheiten*
5. *Was kennzeichnet möglicherweise ein durch korrekte Therapie bedingtes relevantes unerwünschtes Ereignis?*
 - *Schwere*
 - *Nachhaltigkeit*

1.3.2 Was ist unerwünscht?

Die Antwort auf die Frage, was erwünscht und unerwünscht ist, ist unter Psychotherapeuten und Wissenschaftlern immer wieder umstritten. Im Beispiel unten findet sich ein anonymisiertes Schreiben des Herausgebers einer hochrangigen

amerikanischen Fachzeitschrift, welches die Problematik deutlich illustriert. Die Argumentation ist, dass eine therapeutisch unumgängliche oder intendierte Therapiewirkung keine Nebenwirkung sein kann. Dieser Auffassung liegt ein Missverständnis zugrunde, da ein unerwünschtes Ereignis durchaus nicht nur unvermeidlich, sondern auch erwartet, und sogar intendiert sein kann.

Praxisbeispiel

Schreiben eines Herausgebers, der die Annahme eines ansonsten von den Reviewern akzeptierten Artikels mit folgender Begründung ablehnt (Übersetzung durch die Autoren):

„Die Nebenwirkungen die in dem Artikel berichtet werden, können auch ganz normale Reaktionen im Rahmen einer kognitiven Verhaltenstherapie sein und sogar ein unverzichtbarer Teil der Therapie. So führen beispielsweise Expositionsbehandlungen typischerweise zu einer Beeinträchtigung des Wohlbefindens und zu Stress. Ein Mann in einer schwierigen Ehe, der von seiner Frau ständig kritisiert wird, kann möglicherweise erleben, dass seine Frau mit ihm streitet, wenn er selbstbewusster auftritt. Dies sind in Wahrheit keine echten Nebenwirkungen, sondern ein erwünschter Teil der kognitiven Therapie.“

Zur Illustration mag ein Vergleich mit der Chirurgie dienen, woran sich die Problematik einfacher erläutern lässt. Eine Krebsoperation kann darauf abzielen eine Brust zu entfernen. Dies ist dann intendiert und unvermeidlich und dennoch unerwünscht und eine gravierende Nebenwirkung der Behandlung. Neue chirurgische Verfahren wurden mit dem ausschließlichen Ziel entwickelt, diese Nebenwirkung (Entfernung der Brust) bestmöglich zu vermeiden. In gleicher Weise ist es derzeit intendiert, dass bei einer Expositionsbehandlung der Patient Angst und damit auch Stress und eine Beeinträchtigung des Wohlbefindens erlebt, wie der Herausgeber schreibt. Dennoch wäre es wünschenswert, dass die Forschung therapeutische Alternativen entwickelt, die ermöglichen, das gleiche Therapieziel zu erreichen, ohne den Patienten zu belasten. Eine nebenwirkungsärmere Therapie wäre dann einer nebenwirkungsbelasteten Therapie auf jeden Fall vorzuziehen. Die Feststellung des zitierten Herausgebers verhindert, dass Psychotherapeuten und Wissenschaftler nach neuen Behandlungswegen suchen, die für Patienten weniger belastend sind. Sie kann sogar bei manchen Therapeuten der irrigen und eindeutig patientenschädigenden Haltung Vorschub leisten, dass ihre Psychotherapie umso „richtiger“ ist, je mehr sie dem Patienten zusetzt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass alles unerwünscht ist, was problematisch wäre, wenn es auch anders ginge. Eine Trennung mag also unvermeidlich sein, sie mag sogar im Verlauf einer Therapie als ein intendiertes Therapieziel erscheinen und den Patienten letztlich erleichtern. Dennoch wäre dieses therapeutische Vorgehen problematisch, wenn es eine Therapiealternative gäbe, die den Patienten und seinen Partner glücklich machen würde, unter Vermeidung der mit einer Trennung verbundenen negativen psychischen und finanziellen Folgen.

1.3.3 Was ist therapiebedingt?

In der wissenschaftlichen Literatur zu Negativwirkungen von Psychotherapie wird regelhaft über Therapieversagen und unzureichende Besserung geschrieben (Roental et al. 2019). Wenn eine Symptomatik sich nicht zurückbildet, ist dies fraglos ein „unerwünschtes Ereignis“. Es ist jedoch nicht zwangsläufig eine Nebenwirkung. Krankheiten nehmen einen Spontanverlauf oder sind therapierefraktär, ohne dass dies dem therapeutischen Vorgehen anzulasten ist. Sonst müsste jeder Todesfall in der Medizin als Nebenwirkung bezeichnet werden.

Die Feststellung einer Nebenwirkung setzt also voraus, dass ein direkter Zusammenhang mit dem Therapieprozess wahrscheinlich ist. Die Frage ist, wie eine solche Zusammenhangsfeststellung getroffen werden kann. Die zeitliche Koinzidenz gibt einen Hinweis, ist jedoch nicht beweisend.

In randomisiert-kontrollierten Therapiestudien kann eine breite Erfassung jeglicher parallel zur Therapie auftretender negativer Ereignisse von Beschwerden über Problemen in zwischenmenschlichen Beziehungen bis hin zu Verkehrsunfällen erfolgen, um ein Übersehen möglicher Nebenwirkungen vorzubeugen. Dies geschieht bislang aber eher selten (Rosendahl u. Strauss 2018). Der Bezug zur Therapie wird dann durch einen statistischen Gruppenvergleich hergestellt.

Ein weiterer Zusammenhängebeleg, der nicht nur wissenschaftlich, sondern auch in der therapeutischen Praxis zur Verfügung steht, ist die Verbindung eines unerwünschten Ereignisses mit dem Therapieprozess. In der UE-ATR-Checkliste (Linden 2013) werden als spezifische Therapieprozesse, die nebenwirkungsrelevant sein können, die diagnostischen und theoretischen Schwerpunktsetzungen, die Wahl des Behandlungsfokus, Art der Intervention, therapeutische Wirkungen, Sensitivierungsprozesse oder die therapeutische Beziehungsgestaltung genannt.

Ein Beispiel für Nebenwirkungen, die mit dem diagnostischen und theoretischen Schwerpunkt in Zusammenhang gebracht werden können, sind „false memories“ (Steffens u. Mecklenbräuker 2007). Da wissenschaftlich bekannt ist, dass das Reden über die Vergangenheit die Erinnerungen verändert, ist es plausibel anzunehmen, dass „false memories“, die sich parallel zur Therapie entwickelt haben, tatsächlich therapiebedingt sind. Wenn ein Therapeut z.B. nach sexuellem Missbrauch fragt, dann kann es zu „Erinnerungen“ an Ereignisse kommen, die nie stattgefunden haben.

Ein Beispiel für Nebenwirkungen im Zusammenhang mit dem Therapiefokus könnten Probleme mit den Eltern sein. Im Rahmen einer Schematherapie (Young 2003) wurde unter dem Reparenting-Paradigma über die Altfamilie gesprochen, was von der Patientin so verarbeitet wurde, dass sie meinte, ihre Mutter sei verantwortlich für ihre Borderline-Störung. Die Folge waren Vorwürfe gegen die Mutter, was letztendlich dazu führte, dass diese sich zurückzog und die Patientin anschließend ihr eigenes Kind in ein Heim geben musste, da die bislang stabilisierende Unterstützung durch die Altfamilie weggebrochen war.

Schließlich sind auch bestimmte Therapieverfahren ihrer Natur nach nebenwirkungsgefährdet. So können Expositionserfahrungen nicht nur zu einem Verlernen, sondern auch zu einem Erlernen und zur Verstärkung von Angst führen. Wenn ein Patient unter Therapie immer mehr Angst entwickelt, dann ist es plausibel zu sagen, dass dies „wegen“ der Therapie geschieht.

Eine weitere Ursache von Nebenwirkungen können auch positive therapeutische Entwicklungen sein. Wenn ein Patient etwa zunehmend mehr an Selbstsicherheit und Durchsetzungsvermögen gewinnt, dann ist es plausibel, dass neu auftretender Ärger mit dem Partner oder Arbeitgeber eine Therapienebenwirkung sein kann.

Von Bedeutung sind auch Sensitivierungs- und Aggravationsprozesse. Psychotherapeuten bearbeiten regelhaft Probleme und Unzulänglichkeiten des Patienten. Darüber zu sprechen, kann an sich schon belastend sein. Wenn dies dann auch noch mit therapeutischer Hilfe „in die Tiefe geht“, dann kann es nicht ausbleiben, dass der Patient die Probleme immer komplexer wahrnimmt. In gleicher Weise können dann auch Alltäglichkeiten zum Problem werden. Die Angst vor dem Chef wird nun zum Ausdruck eines umfassenden Konfliktes und somit auch zu einer zusätzlichen Quelle der Verunsicherung. Es kommt zu einer Demoralisierung, einer vor allem in Gruppentherapien beobachtete Nebenwirkung (Linden et al. 2015).

Schließlich kann auch die Gestaltung der therapeutischen Beziehung Nebenwirkungen generieren (Eaton et al. 1993; Seligmann et al. 2009; Norcross u. Lambert 2011; Leitner et al. 2013). So können überfürsorgliche Therapeuten zu einer Abhängigkeit des Patienten führen. Eine herablassende Haltung kann zu Reaktanz führen. Überfordernde Erwartungen des Therapeuten können Insuffizienzerleben verstärken, was jeweils zu einer Zustandsverschlechterung beitragen kann.

Zur Beantwortung der Frage, ob ein unerwünschtes Ereignis therapie- verursacht sein könnte, sollte geprüft werden, welcher therapeutische Mechanismus zu dem Ereignis geführt haben könnte.

1.3.4 Was ist eine korrekte Therapie?

Auch in der Psychotherapie gibt es, wie allen anderen Bereichen, eine Kunstfehlerproblematik (Schleu 2018; Frenzl 2020). Dies beginnt mit den unspezifischen und allgemeine Wirkfaktoren („common factors“) (Norcross u. Lambert 2011), die durch den Therapeuten suboptimal realisiert werden können, wie dies beschrieben wurde für dominant, herablassend, kritisierend oder überfürsorglich auftretende Therapeuten. Es gibt inhaltlich problematische Interventionen, wenn beispielsweise ein Therapeut mit dem Patienten dessen Grundwerte oder Weltanschauungen diskutiert, weil sie ihm selbst nicht passen, statt mittels sokratischem Dialog die psychische Grundkonstellation zu analysieren. Auch technische Unvollkommenheiten sind denkbar, wie eine nicht korrekt durchgeführte Expositionsbehandlung.

Wie diese Beispiele zeigen, ist der Übergang zwischen adäquatem und inadäquatem Therapeutenverhalten fließend. Als Grundregel gilt, dass von keinem Therapeuten erwartet werden kann, dass er perfekt ist. Der Standard ist nicht die „optimale“, sondern die alltagsübliche Therapie. Eine „suboptimale“ Therapie ist daher kein Therapiefehler.

Davon abzugrenzen sind eindeutige und grobe Verstöße gegen die „Regeln der Kunst“. Beispiele sind ein sexueller Missbrauch von Patienten durch Therapeuten (Strauss et al. 2019), oder die Bagatellisierung von Suizidankündigungen. Folgen von fachlich eindeutig falschem Verhalten haben mit korrekt durchgeführter

Psychotherapie nichts zu tun und sind daher keine Nebenwirkungen. Sie sind ggf. haftungs- oder sogar strafrechtlich zu ahnden.

Für die Abgrenzung von Nebenwirkungen gegenüber Therapieschädigungen sollte als Grundregel gelten, dass nicht zu belegen ist, dass die Therapie korrekt gelaufen ist, sondern dass nachzuweisen ist, dass sie inkorrekt war. Wenn kein Hinweis auf grob fehlerhaftes Therapeutenverhalten zu sehen ist, dann kann von einer korrekten Therapie ausgegangen werden.

Dennoch kann grundsätzlich angemerkt werden, dass die Nebenwirkungsproblematik die Profession, wie auch den einzelnen Therapeuten zwingt zu belegen, was in der Behandlung gemacht wurde, weshalb die Dokumentationspflicht bedeutsam ist. Psychotherapie ist anerkanntermaßen eine wissenschaftlich fundierte und evidenzbasierte Therapieform und damit, trotz individueller Adaptation an den einzelnen Patienten, nicht beliebig. Bei einem Kunstfehlerwurf kann es bei unzureichender Dokumentation zu einer Beweislastumkehr kommen, d.h. der Therapeut muss belegen, was er gemacht hat und dass dies sachgerecht und „lege artis“ war.

1.4 Welche Relevanz hat eine Nebenwirkung?

Erst nach Klärung der vorgenannten Schritte kann von einer Nebenwirkung gesprochen werden. Dennoch sind nicht alle Negativereignisse relevant. Ein Weinen des Patienten während der Therapiesitzung, weil er durch den Therapeuten an belastende Dinge erinnert wurde, ist zwar eine Nebenwirkung, aber in der Regel nicht weiter von Bedeutung, wenn es dabei bleibt und sich der Patient in der Folge dadurch nicht weiter emotional belastet fühlt oder vor der Therapie fürchtet. Relevante Nebenwirkungen, die eine therapeutische Aufmerksamkeit erfordern, sind vor allem nachhaltige Änderungen im Zustand oder der Lebenssituation des Patienten oder solche, die sich negativ auf den kurz- und/oder langfristigen Therapieerfolg auswirken. Dazu gehören Problemaggravierungen, unwiederbringlich negative Änderungen in der Lebenssituation des Patienten, Suizidhandlungen, oder eine erforderliche Krankenhauseinweisung. Auch zählen i.d.R. einschneidende Lebensereignisse wie eine Scheidung oder ein Arbeitsplatzverlust dazu.

Insofern können auch im Querschnitt nicht beeindruckende Nebenwirkungen im weiteren Verlauf den Patienten durchaus nachhaltig beeinträchtigen. So kann die Teilnahme an konflikthafter Gruppentherapiesitzungen beim Patienten die Einstellung verfestigen, dass Psychotherapie belastend und wenig hilfreich ist, mit der langfristigen Folge, dass er trotz Indikation keine weitere psychotherapeutische Hilfe mehr sucht. Ebenso kann ein Patient in der Therapie gelernt haben, dass Selbstfürsorge Schonverhalten meint, mit der Folge einer im Weiteren inadäquaten Lebensbewältigung am Arbeitsplatz oder Zuhause.

Umgekehrt kann es aber auch sein, dass im Querschnitt beeindruckende Nebenwirkungen den weiteren Verlauf einer Therapie nicht nachhaltig oder sogar positiv beeinflussen können. Beispiele hierfür wären Symptomverschlechterungen durch tiefgehende Bearbeitung von Konflikten mit gleichzeitig heilsamen therapeutischen Beziehungserfahrungen im Rahmen der Therapie, was langfristig zu einer Verbesserung der Symptomatik und anderer Lebensbereiche führt. Dies wäre dann möglicherweise vorübergehend eine schwere Nebenwirkung, da sie therapeutische

Gegenmaßnahmen erfordert, unter langfristiger Perspektive jedoch als leichte Nebenwirkung anzusehen. Bei der Beurteilung von Nebenwirkungen ist also auch immer das Verhältnis von kurz- und langfristigen Veränderungen zu beachten.

Die Frage der Relevanz von Nebenwirkungen stellt sich nicht nur bezüglich der Nachhaltigkeit des Einzelereignisses, sondern auch bezüglich der Nebenwirkungsrate einer Therapie. Psychotherapie ist nach den vorgenannten Zahlen den vergleichsweise belastenden, um nicht zu sagen „riskanten“ Behandlungsmethoden zuzurechnen. Es stellt sich damit die Frage, wie viele und welche Art von Nebenwirkungen einer Psychotherapiemethode akzeptierbar sind oder dazu führen sollten, dass von diesem Vorgehen eher abgeraten wird. In jedem Fall stellt sich aber die Frage nach der Behandlungsindikation im Einzelfall. Bei schweren Erkrankungen sind auch schwere Nebenwirkungen hinnehmbar, weil der Nutzen die unangenehmen und unerwünschten Seiten der Behandlung überwiegt, wohingegen bei leichten Erkrankungen die Nebenwirkungstoleranz geringer ist.

1.5 Der Umgang mit Nebenwirkungen

Niemand spricht gern über mögliche negative Folgen des eigenen Handelns. Auch Psychotherapeuten sind dabei keine Ausnahme und zeigen einen Attributionsbias (Frohberg 2002; Märtens u. Pätzold 2002; Märtens 2018). Überspitzt formuliert, könnte man es so ausdrücken: „Läuft die Therapie gut, war es der Therapeut selbst, gibt es Probleme, dann waren andere Faktoren schuld“. Da Psychotherapie ein dyadischer Prozess ist, besteht die Gefahr, den Patienten anzuschuldigen, wenn er beispielsweise seine Hausaufgaben nicht macht, weiterhin trinkt oder sich sein Zustand verschlechtert, statt nüchtern festzustellen, dass der Therapeut nicht in der Lage war, dies zu ändern. Da diese Tendenzen bekannt sind, gilt als Grundregel, dass Therapeuten im Zweifelsfall eher vom Vorliegen einer Nebenwirkung ausgehen sollten als nicht. Um dem eigenen Nebenwirkungsbias entgegenzuwirken, erscheint der Einsatz von standardisierten Instrumenten sinnvoll und wichtig.

Patienten sollten über potenzielle Nebenwirkungen informiert werden. Dies ist nicht nur ein Erfordernis im Rahmen der informierten Aufklärung und der erforderlichen Therapieeinwilligung, sondern auch eine Chance, möglichen Nebenwirkungen entgegenzuarbeiten oder ihnen sogar vorzubeugen. Wenn ein unerwünschtes Ereignis im Verlauf des Therapieprozesses aufgetreten ist, muss dies auch mit dem Patienten besprochen und bearbeitet werden.

1.6 Schlussfolgerung

Nebenwirkungen von Psychotherapie sind häufig, unvermeidlich und werden manchmal sogar wissend in Kauf genommen. Sie sind abzugrenzen von Kunstfehlern und unethischem Therapeutenverhalten. Nebenwirkungen stellen ein Problem für den Patienten, evtl. sein soziales Umfeld, die Therapeuten, sowie die Therapiegestaltung dar. Das Thema stellt wissenschaftlich wie in der täglichen Praxis hohe fachliche Anforderungen. Sowohl mit Blick auf Therapiemethoden wie auf den Einzelfall sollte Nebenwirkungen vorgebeugt werden. Sie sollten erkannt werden. Es muss ihnen therapeutisch begegnet werden, um langfristige negative

Auswirkungen zu minimieren bzw. bestenfalls ganz zu vermeiden. Gute Therapeuten kennen und sehen ihre eigenen Nebenwirkungen und sind in der Lage, eine nebenwirkungsorientierte Behandlung durchzuführen. Sieht ein Therapeut keine Nebenwirkungen, dann kann man davon ausgehen, dass er sie übersieht.

Das vorliegende Kapitel ist eine adaptierte Version der Publikation: Linden M, Strauss B et al. (2018) Definition und Entscheidungsschritte in der Bestimmung und Erfassung von Nebenwirkungen von Psychotherapie. *Psychother Psycho-som Med Psychol* 68, 377–382.

Literatur

- Barlow DH (2010) Negative Effects from Psychological Treatments. A Perspective. *Am Psychologist* 65, 13–20
- Bergin AE, Strupp HH (1970) The Directions in Psychotherapy Research. *J Abnormal Psychol* 76, 13–26
- Berk M, Parker G (2009) The Elephant on the Couch: Side Effects of Psychotherapy. *Australian and New Zealand J Psychiat* 43, 787–794
- Boisvert CM, Faust DF (2006) Practising Psychologist's Knowledge of General Psychotherapy Research Findings. *Professional Psychologist Research and Practice* 37, 708–716
- Bridge JA, Barbe RP, Birmaher B et al. (2005) Emergent Suicidality in a Clinical Psychotherapy Trial for Adolescent Depression. *Am J Psychiat* 162, 2173–2175
- Crown S (1983) Contraindications and Dangers of Psychotherapy. *British Journal of Psychiatry* 143, 436–441
- Dishion TJ, McCord J, Poulin F (1999) When Interventions Harm. Peer Groups and Problem Behavior. *Am Psych* 54, 755–764
- Eaton TT, Abeles N, Gutfreund MJ (1993) Negative Indicators, Therapeutic Alliance, and Therapy Outcome. *Psychother Res* 3, 115–123
- Fehm L, Helbig-Lang S (2011) Therapeutische Vereinbarungen: Hausaufgaben und Verhaltensverträge. In: Wittchen HU, Hoyer J (Hrsg.) *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Springer Berlin
- Frank J (1973) *Persuasion and Healing*. Johns Hopkins Press Baltimore
- Frenzl D, Gawlytta R, Schleu A, Strauß B (2020) (Kunst-)Fehler in der Psychotherapie. *Psychother* 65, 475–486
- Freyberger HJ, Spitzer C (2018) Zum dialektischen Verhältnis von Haupt- und Nebenwirkungen in der Psychotherapie: „Wo gehobelt wird, da fallen auch Späne“. In: Linden M, Strauß B (Hrsg.) *Erfassen von Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Frohburg I (2002) Untersuchung zum Schadensverständnis von Gesprächspsychotherapeutinnen. In: Märtens M, Petzold H (Hrsg.) *Therapieschäden*. Matthias Grünewald-Verlag Mainz
- Gerke L, Meyrose AK, Ladwig I, Rief W, Nestoriuc Y (2020) Frequencies and Predictors of Negative Effects in Routine Inpatient and Outpatient Psychotherapy: Two observational studies. *Frontiers in psychology* 11, 2144
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2008) Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychother* 53, 4–16
- Hoyer J (2016) „Positive Nebenwirkungen“ von Psychotherapie. Ein Plädoyer für die Erfassung multifinaler Wirkeffekte. *Z Klin Psychol Psychother* 45, 163–173
- Jakl B (2018) Die rechtlichen Nebenwirkungen von Psychotherapie. In: Linden M, Strauß B (Hrsg.) *Erfassen von Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Jarrett C (2007) When Therapy Causes Harm. *Psychologist* 21, 10–12
- Leitner A, Märtens M, Koschier A, Gerlich K, Liegl G, Hinterwallner H, Schnyder U (2013) Patients' Perceptions of Risky Developments During Psychotherapy. *J Contemp Psychother* 43, 95–105
- Linden M (2013) How to Define, Find, and Classify Side Effects in Psychotherapy: From Unwanted Events to Adverse Treatment Reactions. *Clin Psychol Psychother* 20, 286–296

1 Definition und Entscheidungsschritte in der Bestimmung und Erfassung von Nebenwirkungen von Psychotherapie

- Linden M (2021) Ethical Dimensions of Psychotherapy Side Effects. In: Trachsel S, Gaab J, Biller-Andorno N, Tekin S, Sadler JZ Oxford Handbook of Psychotherapy Ethics. Oxford Univ Press Oxford
- Linden M, Schermuly-Haupt ML (2014) Definition, Assessment and Rate of Psychotherapy Side Effects. *World Psychiatry* 13, 306–309
- Linden M, Helmchen H (2018) Ethische Problemstellungen in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 63, 68–74
- Linden M, Strauß B (2018) Erfassen von Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Linden M, Walter M, Fritz K, Muschalla B (2015) Unerwünschte Therapiewirkungen bei verhaltenstherapeutischer Gruppentherapie. Häufigkeit und Spektrum. *Nervenarzt* 86, 1371–1382
- Märtens M, Petzold H (2002) Einführung: Die schwierige Entdeckung von Nebenwirkung. In: Märtens M, Petzold H (Hrsg.) Therapieschäden. Matthias Grünewald-Verlag Mainz
- Märtens M (2018) Der Therapeut als Ansatzpunkt für die Vermeidung von Psychotherapie Nebenwirkungen. In: Linden M, Strauß B (Hrsg.) Erfassen von Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Mays D, Franks C (1985) Negative Outcome in Psychotherapy. Springer New York
- Mohr DC (1995) Negative Outcome in Psychotherapy. A critical review. *Clinical Psychology and Scientific Practice* 2, 1–27
- Moos RH (2005) Iatrogenic Effects of Psychosocial Interventions for Substance Use Disorders: Prevalence, Predictors, Prevention. *Addiction* 100, 534–536
- Moritz S, Nestorici Y, Rief W, Klein JP, Jelinek L, Peth J (2019) It Can't Hurt, Right? Adverse Effects of Psychotherapy in Patients with Depression. *Europ Arch Psychiat Clin Neuroscience*, 269, 577–586
- Muschalla B, Flöge B, Linden M (2020) Unwanted Effects within a Cognitive Behavioral Therapy Group in Comparison with a Recreational Group – A Cluster-randomized Controlled Trial. *Psychiatria Danubina* 32, 115–121
- Norcross JC, Lambert MJ (2011) Psychotherapy Relationships that Work II. *Psychotherapy* 48, 4–8
- Roback HB (2000) Adverse Outcomes in Group Psychotherapy. Risk Factors, Prevention, and Research Directions. *J Psychother Practice Res* 9, 113–122
- Rosendahl J, Strauß B (2018) Empfehlungen zur Erfassung von Nebenwirkungen von Psychotherapie in wissenschaftlichen Studien. In: Linden M, Strauß B (Hrsg.) Erfassung von Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft Berlin
- Rozental A, Andersson G, Carlbring P (2019) In the Absence of Effects: An Individual Patient Data Meta-Analysis of Non-response and its Predictors in Internet-based Cognitive Behavior Therapy. *Frontiers Psychol* 10, 589
- Schleu A (2018) Risikofaktor Psychotherapeut. *PTT-Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie* 22, 279–293
- Schleu A, Schreiber-Willnow K, Wöller W (2014) Verwickeln und entwickeln – Ethische Fragen in der Psychotherapie. VAS Frankfurt
- Seligmann LD, Wuyek LA, Geers AL et al. (2009) The Effects of Inaccurate Expectations on Experiences with Psychotherapy. *Cog Ther Res* 33, 139–149
- Steffens M, Mecklenbräuer S (2007) False Memories. Phenomena, Theories, and Implications. *J Psychol* 215, 12–24
- Strauß B, Kaczmarek S, Schwartz D et al. (2018) Folgen von narzisstischem und sexuellem Missbrauch in der Psychotherapie. In: Seidler GH, Freyberger HJ, Maerker A (Hrsg.) *Handbuch der Psychotraumatologie*. Klett-Cotta Stuttgart
- Young JE, Klosko JS, Weishaar ME (2003) *Schema Therapy*. Guilford New York