

Risiken, Nebenwirkungen und Fehlbehandlungen in der Psychotherapie¹

Bernhard Strauß

Institut für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Universitätsklinikum,
Friedrich-Schiller-Universität Jena, Stoyst. 3, 07740 Jena

In seiner Abhandlung über „Wesen und Kritik der Psychotherapie“ merkte Carl Jaspers an: „Psychotherapie ist heute zu einer Sache fast aller Menschen geworden. Zwar ist sie erwachsen auf ärztlichen Boden. Aber sie hat sich von ihrem Ursprung losgelöst ... Wer sich in psychotherapeutische Behandlung begeben will, *sollte wissen, was er tut und was er zu erwarten hat*“ (Jaspers, 1953, Hervorhebung d. d. Autor). In diesem Zitat kommt zum Ausdruck, dass – wie andere Heilbehandlungen auch – die Psychotherapie durchaus ein Unternehmen darstellt, dessen Ausgang keineswegs immer gewiss ist. Konsequenterweise gehören heute Maßnahmen der Qualitätssicherung und die kontinuierliche Prüfung der Effektivität von Psychotherapien zum Standard.

Die Psychotherapieforschung der letzten Jahrzehnte hat sich allerdings primär mit den positiven Effekten von Psychotherapie befasst, also mit Wirksamkeitsnachweisen, was aufgrund des lange dauernden, auch durch den Schulenstreit bedingten Rechtfertigungsdruck von Psychotherapie sicherlich auch verständlich ist. Die Tendenz, die Effekte von Psychotherapie über das Maß von Effektstärken oder generalisierte Dosis-Wirkungsbeziehungen darzustellen, verschleiert, dass psychotherapeutische Behandlungen höchst individuell und unterschiedlich verlaufen. Einige naturalistische Psychotherapiestudien der jüngeren Zeit, wie bspw. die sog. DKV-Studie von Puschner et al. (2007) verdeutlichen, wie unterschiedlich die individuellen Verläufe sind und machen auch klar, dass neben einer überwiegend positiven Entwicklung durchaus Fälle identifizierbar sind, in denen sich der Zustand von Patientinnen und Patienten zum Schlechteren wendet. Die in der Psychotherapie unvermeidlich zu beobachtenden negativen Entwicklungen werden in der wissenschaftlichen und in der öffentlichen Diskussion wenig berücksichtigt und finden oft nur dann Beachtung, wenn – oft in den öffentlichen Medien – Extremfälle berichtet werden, wie bspw. Fälle von schwerem sexuellem Missbrauch.

In einigen Übersichtsarbeiten der letzten Jahre haben verschiedene Autoren versucht, negative Effekte von Psychotherapie detaillierter zu beschreiben und zu klassifizieren. Als Beispiel seien die Vorschläge von Hoffmann et al. (2008) bzw. Caspar & Kächele (2008) genannt. Die entsprechenden Klassifikationen sind in Tabelle 1 wiedergegeben und zeigen,

¹ Kurzfassung eines Vortrags anlässlich des Landespsychotherapeutentags Berlin am 11.3.2010.

dass die ganz unterschiedliche Nomenklatur (Misserfolge, unerwünschte Wirkungen, Schäden, Fehlentwicklungen) für eine Vielzahl von Phänomenen in der Psychotherapie, die sich keineswegs immer nur auf ausgeprägte Kunstfehler beziehen müssen.

Tab. 1: Klassifikation unerwünschter und problematischer Effekte von Psychotherapie in neueren Übersichten

a) Hoffmann et al., 2008

- ◆ *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

- ◆ Erfolglosigkeit oder Nebenwirkungen einer angemessenen Therapie
- ◆ Erfolglosigkeit oder Nebenwirkungen durch unprofessionelle Ausübung der Behandlung
- ◆ Mangelnde Passung („mismatching“) einer Psychotherapeuten-Persönlichkeit und einer Patienten-Persönlichkeit
- ◆ Schädigung durch unethisches Verhalten des Therapeuten

b) Caspar & Kächele, 2008

- ◆ Nichtaufnahme eigentlich Erfolg versprechender Therapien
 - ◆ Passungsprobleme (Beziehung, Therapiekonzept, persönliche Merkmale wie Alter, kulturelle Passung)
 - ◆ Suboptimales Vorgehen
 - ◆ Überstarke Aktivierung persönlicher Anteile des Therapeuten
 - ◆ Missbrauch
-

Auch im angloamerikanischen Sprachraum haben Autoren versucht, die Gründe für gescheiterte psychotherapeutische Behandlung zu systematisieren. So unterscheidet bspw. Wampold & Bolt (2006) folgende Aspekte:

- ◆ Misapplied (falsche Therapie)
- ◆ Mistakes (Empathiemangel, kein Fokus, Grenzverletzungen)
- ◆ Malpractice (Ausbeutung, Missbrauch etc.)
- ◆ Unrepaired (or irreparable) alliance ruptures (z. B. als Folge der Wiederholung problematischer Beziehungen)

Im Kontext der Debatte um negative Effekte wird von Praktikern immer wieder darauf verwiesen, dass nicht nur die Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten für diese negativen Effekte verantwortlich zeichnen, sondern auch – nach dem Prinzip „It takes two to tango“ - die Patientinnen und Patienten Anteil an problematischen Entwicklungen haben, die bspw. ihren Ursprung in negativen Übertragungen, dem Entstehen negativer Effekte, Überidentifikationen bspw. mit der Opferrolle etc. haben können. Im Zusammenhang mit der kritischen Prüfung von negativen Entwicklungen und Effekten ist dieser Aspekt immer mit zu berücksichtigen und muß bspw. im Kontext von Beschwerdeverfahren auch ausreichend fokussiert werden.

Die empirische Psychotherapieforschung hat – wenn auch manchmal sehr schwer auffindbar – eine ganze Reihe von Ergebnissen zu negativen Entwicklungen in der Psychotherapie beigesteuert, von denen einige beispielhaft in Tabelle 2 wiedergegeben sind.

Tab. 2: Negative Effekte von Psychotherapie – Einige Zahlen

-
- ◆ Lambert et al. (2002): „Failure“ 2-15% über alle Verfahren und Modalitäten; Abbrecher zw. 5-25%
 - ◆ Mohr (1995): 10% „failure“
 - ◆ Expositionsbehandlungen: 70-86% gebessert
 - ◆ Consumer Report: 1% verschlechtert
 - ◆ Soziale Phobie: 10% Abbruch, bis zu 30% „non-responders“ (CBT)
-

Insbesondere die Arbeitsgruppe um Lambert versucht seit einiger Zeit im Kontext eines Monitoring von Psychotherapie in unterschiedlichen Einrichtungen Verschlechterungen und negative Effekte systematisch zu dokumentieren, um auf diese Weise zu einer Art Benchmar-

king zu gelangen. In Tabelle 3 ist beispielhaft für ein Spektrum an psychotherapeutischen Einrichtungen in den USA (man beachte die kurze Therapiedauer!) ein derartiges Benchmarking dargestellt, das zeigt, dass der Anteil an Patientinnen und Patienten, die eine Verschlechterung in Kurzzeitpsychotherapien zeigen, von Institution zu Institution doch ganz beträchtlich schwankt.

Tab. 3: Verteilung von Therapieeffekten („Benchmarking“ n. Lambert 2007)

Einrichtung	Sitzungen	Verschlechterung	Keine Änderung	Ände-Besserung	„Heilung“
Beratungsst.	3.6	6.6	58.5	19.7	15.2
Univ.-ambulanz	5.8	9.7	57.6	20.1	12.6
Lokale Praxen	3.3	14.1	20.5	20.5	11.4
Staatl. Einrichtung	5.1	7.5	28.5	28.5	15.9
Ausbildungsinstitute	9.5	3.2	31.2	31.2	20
Com. Mental health ctr.	4.1	10.2	20.5	20.5	8.6
GESAMT	4.3	8.2	56.8	20.9	14.1

In der Arbeitsgruppe von Lambert wurde auch gezeigt, dass bei einer Untersuchung großer Zahlen von Therapeutinnen und Therapeuten deutlich wurde, dass es tatsächlich Psychotherapeuten gibt, die *systematisch* ungünstige Verläufe „produzieren“. So konnten bspw. Okiishi et al. (2003) bei der Analyse der Daten von 2000 Patienten zeigen, dass – vergleicht man Therapeuten, die mindestens 15 Patienten in einem bestimmten Zeitraum behandelt hatten – ganz deutlich erfolgreiche und wenig erfolgreiche Therapeuten zu unterscheiden sind. Die erfolgreichen Therapeuten erreichten zehnmal größere Effekte als die nicht erfolgreichen Therapeuten. Die Effekte waren relativ konstant und konsistent und nicht durch den Einfluss von Geschlecht, Erfahrung und Ausbildung erklärbar.

Ganz ähnliche Befunde berichten Wampold & Bolt (2006) oder Sandell (2006) in der sog. Stockholmer Psychotherapiestudie, in der sich zeigte, dass es unter erfahrenen Psychoanalytikern eindeutig effektive vs. ineffektive Therapeuten gibt.

Es sei angemerkt, dass die Psychotherapieforschung auf die zunehmende Differenzierung von Therapieverläufen und die wachsende Erkenntnis eines deutlichen Einflusses der Person des Therapeuten auf das Therapieergebnis insofern reagiert hat, als mittlerweile *individualisierte Ergebnisforschung als eine Forschungsstrategie* sehr verbreitet ist. Durch diese Herangehensweise ist es möglich, die negativen Effekte von Psychotherapie besser zu kontrollieren. Das Prinzip individualisierter Ergebnisforschung ist, zunächst Messinstrumente zu entwickeln, die einen geeigneten Maßstab für die Einschätzung und Bewertung von Therapieergebnissen ermöglichen und aus denen sowohl eine realiable Veränderung ableitbar ist wie eine auch eine eindeutige Definition von Erfolg und Misserfolg. Zu letzterer wird meistens das Kriterium einer klinisch signifikanten Veränderung herangezogen. Über die Kontrolle individueller Verläufe ist es möglich, Fälle zu identifizieren, in denen die Entwicklung von Psychotherapie ungünstig erscheint. Mittlerweile liegen zahlreiche Studien vor, in denen derartige Forschungsansätze benutzt wurden, um Therapeutinnen und Therapeuten systematisch Rückmeldung über ihre Therapien zu geben. Wiederum in der Arbeitsgruppe von Lambert wurde gezeigt, dass insbesondere jene Therapien, die nicht vorhersagegemäß verlaufen, von Feedback, ggf. kombiniert mit spezifischen Empfehlungen, sehr stark profitieren. So zeigte eine der Studien aus der Arbeitsgruppe von Lambert (2007) eine Verschlechterung in 21 Prozent der Fälle, in denen kein Feedback erteilt wurde gegenüber 8 Prozent Verschlechterung in der Gruppe der Patienten, in denen ein Therapeutenfeedback in Kombination mit Empfehlungen gegeben wurde.

Im Rahmen einer Ausschreibung des BMBF zur Förderung von Methodenentwicklungen für die Patientensorientierte klinische Forschung wurde in den letzten Monaten ein Forschungsprojekt konzipiert, das sich mit unerwünschten Wirkungen und Fehlentwicklungen psychotherapeutischer, psychosomatischer und psychiatrischer Behandlungen befassen soll. Dieses Projekt, das zum Aufbau und zur Evaluation von Dokumentations-, Informations- und Beratungstools für Patientinnen und Patienten beitragen soll, fußt auf den oben erwähnten Übersichten zu Nebenwirkungen und unerwünschten Effekten der Psychotherapie, auf aktuell bestehenden Initiativen zur Beratung von betroffenen Patientinnen und Patienten, wie sie bspw. der Verein „Ethik in der Psychotherapie“ anbietet, und ersten Untersuchungen über die Art und den Inhalt von Beschwerden, wie sie gegenüber unterschiedlichen Institutionen, einschließlich der Schlichtungsstellen von Therapeutenvereinigungen und Kammern, geäußert werden. Beispielsweise wurde über derartige Beschwerden kürzlich für den deutschen Sprachraum von Lange et al. (2009) berichtet. Die British Association for Counselling and Psychotherapy (BACP) hat eine Analyse der Beschwerden für den Zeitraum 1996 bis 2006

dargestellt und ein System beschrieben, wie ein Management der Beschwerden erfolgen kann (Khele et al., 2006).

Hinzukommt, dass in der Psychotherapieforschung der letzten Jahre vor allem im Hinblick auf die Ausbildung und Ausbildungsstrukturen verdeutlicht wurde, dass Fehler, problematische Entwicklung und sogar schädigende Effekte mehr fokussiert werden sollten. In den Vereinigten Staaten hat eine von Lilienfeld (2007) veröffentlichte Arbeit relativ hohe Wellen geschlagen, in der der Autor die große Bedeutung von negativen Effekten betont, insbesondere im Zusammenhang mit Therapien von Kinder und Jugendlichen. So berichtet Lilienfeld, dass bereits in der berühmten Metaanalyse von Smith, Glas und Miller (1980) 29 Prozent der Studien zur Behandlung Jugendlicher durchschnittliche negative Effekte erbracht hätten. Lilienfeld kommt in seiner Übersicht letztlich zu einer Auflistung von Behandlungsmaßnahmen, die als „harmful“ oder „potentially harmful“ bezeichnet werden müssen und schlägt damit als erster Autor eine Negativliste von „psychotherapeutischen“ Behandlungsansätzen vor.

In einer jüngst erschienen Übersicht von namhaften Psychotherapieforschern im American Psychologist wurden die Implikationen von schädigenden Effekten psychologischer Behandlungen für die Ausbildung betont. Castonguay et al. (2010) stellen in ihrer Arbeit dar, dass es zum Standard werden sollte, ein Arbeitsprogramm in Psychotherapieausbildungen zu integrieren, das spezifisch dem Zweck dient, potentiell schädigende Effekte von Psychotherapien zu minimieren. Zusammenfassend beschreiben die Autoren verschiedene Empfehlungen, die sich

- ◆ auf allgemeine und verfahrensübergreifende Prinzipien beziehen (bspw. Durchführung einer adäquaten Diagnostik),
- ◆ auf die Herstellung und Verbesserung einer guten therapeutischen Beziehung,
- ◆ den vorsichtigen und behutsamen Einsatz von therapeutischen Techniken,
- ◆ die Fähigkeit, Brüche in therapeutischen Beziehungen zu reparieren,
- ◆ die sorgfältige Indikationsstellung unter Berücksichtigung der Erwartungen aller Beteiligten
- ◆ sowie die Kenntnis der wissenschaftlichen Literatur zu den Qualitäten effektiver und weniger effektiver Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

Das geplante, oben erwähnte Forschungsprojekt hat unterschiedliche Zielsetzungen, so bspw. eine umfassende Bestandsaufnahme von unerwünschten Wirkungen und Fehlentwicklungen auf der Basis von Befragungen von Patientinnen und Patienten, aber auch von Behandlern und klinischen Einrichtungen, die Auswertung bereits vorhandenen Materials, die

Weiterentwicklung von Erhebungsmethoden zur Förderung der Patientensicherheit und der Qualitätssicherung in diesem Bereich, den Aufbau eines Internetportals zur niedrig schwelligen Anzeige von Beschwerden, die Entwicklung von Informationsmaterialien und -systemen für Betroffene, die Entwicklung von Instrumenten und Konzepten für die Ausbildung zur Vermittlung der Thematik, die Formulierung von Richtlinien bzw. Empfehlungen, die Diskussion der Erprobung von Beratungssystemen in Kooperation mit bestehenden Strukturen und schließlich den Aufbau einer öffentlichen Kampagne zu dieser Thematik.

Letztlich soll auch dieses geplante Projekt das Bewusstsein für eine „Fehlerkultur in der Psychotherapie“ (Kächele, pers. Mitt.) schärfen helfen, ohne dabei die überwiegend positiven Effekte psychotherapeutischer Behandlungen in Frage zu stellen.

Literatur

- Caspar F, Kächele H (2008): Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In: Herpertz SC, Caspar F, Mundt C (Hrsg) Störungsorientierte Psychotherapie. 1. Aufl., München: Elsevier 2008, 729-743.
- Castonguay LG, Boswell JF, Constantino M, Goldfried M, Hill C (2010) Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65, in press.
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2007) Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53:4-16.
- Jaspers K (1953) *Wesen und Kritik der Psychotherapie*. Frankfurt, Piper.
- Khele, S., Symons, C., Wheeler, S. (2008) An analysis of complaints to the British Association for Counselling and Psychotherapy, 1996 – 2006). *Counselling and Psychotherapy Research*, 8 (2): 124 – 132.
- Lambert, M (2007) Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17, 1 – 14
- Lange, E., Hillebrand, V., Pfäfflin, F. (2009): Beschwerden über Therapeuten. *Psychotherapeut* 54:4, 307 – 309.
- Lilienfeld SO (2007) Psychological treatments that cause harm. *Perspectives for psychological science*, 2, 53-70.
- Okiishi, J., Lambert, M. J., Nielsen, S. L. & Ogles, B. M. (2003). Waiting for Supershrink: An Empirical Analysis of Therapist Effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10, 361-373.
- Puschner, B., Kraft, S., Kächele, H. & Kordy, H. (2007). Course of improvement over 2 years in psychoanalytic and psychodynamic outpatient psychotherapy. *Psychology and Psychotherapy*, 80, 51-68.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. L. (1987). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore:John Hopkins University Press.
- Wampold, B. E. & Bolt, D. M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, 16(2), 184-187.