

# 11 Erfassung von Nebenwirkungen in der Psychotherapie

Michael Linden und Marie-Luise Haupt

## 11.1 Der Mangel an Nebenwirkungsforschung in der Psychotherapie

Es gibt vielfältige Belege dafür, dass Psychotherapie unerwünschte Effekte haben kann, wenn nicht sogar haben muss (Mohr 1995; Lambert u. Ogles 2004; Lilienfeld 2007; Nutt u. Sharpe 2008; Berk u. Parker 2009). Dennoch fehlt es an einer systematischen empirischen Erforschung von unerwünschten Therapiewirkungen, selbst in Leitlinien findet dieses Problemfeld keine Erwähnung. So wird beispielsweise in der S3-Leitlinie zur Versorgung der unipolaren Depression in Deutschland (DGPPN et al. 2009) in dem Absatz Pharmakotherapie explizit über mögliche Nebenwirkungen und Risiken informiert, Drugmonitoring empfohlen und die Erstellung einer Kosten-Nutzen-Analyse gefordert, während es im Abschnitt Psychotherapie keinerlei entsprechende Hinweise gibt. Was das Repertoire an Messinstrumenten zur Erfassung von Nebenwirkungen, die Selbstverständlichkeit des Drugmonitorings sowie die Meldepflicht unerwünschter Therapieeffekte angeht, ist die Pharmakotherapie der Psychotherapie weit voraus.



**Das Thema der Nebenwirkungen von Psychotherapie erfordert also dringend mehr klinische Bearbeitung, offene Auseinandersetzung und empirische Forschung.**

Ein Grund für die unzureichende Bearbeitung des Themas ist, dass es bislang keine Übereinstimmung darin gibt, wie Nebenwirkungen von Psychotherapie zu definie-

ren sind. Unter dem Nebenwirkungsbegriff werden vielfältigste und unterschiedlichste negative Aspekte subsumiert: von Krankheitsverschlechterung über Therapieversagen bis hin zu Schädigungen durch Fehlverhalten vonseiten der Therapeuten, was bei genauerer Betrachtung nicht einmal als Nebenwirkung im engeren Sinne verstanden werden kann (Edwards u. Aronson 2000). Ohne eine verbindliche Definition, Klassifikation und Operationalisierung können jedoch keine reliablen und validen Studien durchgeführt werden.

Wie in dem Beitrag von Haupt, Linden und Strauß (s. Kap. 1) zur Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen ausgeführt, sind Nebenwirkungen von Psychotherapie alle unerwünschten und therapiebedingten Begleitwirkungen einer ordnungsgemäß durchgeführten Psychotherapie. Durch diese Definition können Nebenwirkungen auch von anderen Phänomenen, wie z.B. Folgen von Kunstfehlern oder Fehlbehandlungen, Therapiemisserfolgen oder spontanen Verschlechterungen im Krankheitsverlauf abgegrenzt werden. Insbesondere durch den Bezug auf eine „ordnungsgemäße“ Therapie werden Psychotherapie-Nebenwirkungen „entkriminalisiert“, was eine unabdingbare Voraussetzung für eine sachliche Diskussion und wissenschaftliche Erforschung darstellt. Zum einen schließt diese Definition Folgen von Straftaten und Kunstfehlern aus, die nicht der Psychotherapie an sich, sondern vielmehr einem Behandler zugeordnet werden können, zum anderen fördert sie das Verständnis dafür, dass es auch bei optimalem Verlauf unter optimalen Bedingungen zu unerwünschten Effekten kommen kann.

Auf der Basis dieser neuen Definition sollen im Folgenden einige grundsätzliche Probleme bei der Erfassung von Psychotherapie-Nebenwirkungen angesprochen und das Vorgehen bei der Erfassung beschrieben werden. Zusammenfassend wird ein Dokumentationssystem vorgestellt, die *UE-ATR-Checkliste* (Haupt u. Linden 2011; Linden 2012), die sowohl in empirischen Untersuchungen als auch in der Versorgung und Ausbildung von Psychotherapeuten einsetzbar ist.

## 11.2 Besondere Probleme der Erfassung von Nebenwirkungen in der Psychotherapie

Wer sich mit der Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie befasst, muss einige Besonderheiten berücksichtigen. Nebenwirkungen von Arzneimitteln können primär auf eingenommene Arzneimittel zurückgeführt werden. Nebenwirkungen von Psychotherapie hingegen werden auch immer im Zusammenhang mit dem Handeln des Therapeuten betrachtet (Sachs 1983; Haupt u. Linden 2011). Daraus können rechtliche, faktische und psychologische Barrieren resultieren, welche die Erfassung von Psychotherapie-Nebenwirkungen erschweren.

Da Psychotherapeuten immer auch mitverantwortlich für die Ergebnisse ihrer Interventionen sind, ist es naheliegend, dass sie geneigt sein könnten, negative Folgen des eigenen Handelns zu übersehen oder sogar ins Positive umzuattributionieren (Eaton et al. 1993; Frohburg 2002; Märtens u. Petzold 2002). Beispiele hierfür sind emotionale Ausbrüche, die Kündigung eines Arbeitsplatzes oder sogar eine Scheidung, die immer wieder als Therapieerfolg dargestellt werden, obwohl sie sicherlich nicht als primäre Therapieziele vereinbart worden waren, sondern in Wahrheit unerwünschte Ereignisse darstellen (Dishion et al. 1999; Märtens 2005; Gumz et al. 2010; Finset et al. 2011).

Wenn Nebenwirkungen als Folge von therapeutischem Handeln betrachtet werden können, dann stellt sich gerechtfertigter- oder ungerechtfertigterweise immer auch die Frage nach ihrer Vermeidbarkeit und damit nach Therapiefehlern. Dadurch sind Therapeuten fast „gezwungen“, diese nicht zur Kenntnis zu nehmen oder gar zu kaschieren, weil ihnen ansonsten haftungs- und strafrechtliche Konsequenzen drohen könnten. Natürlich gilt für die Therapeuten der allgemeine juristische Grundsatz, dass niemand sich selbst beschuldigen muss. Dies darf aber nicht dazu führen, dass das Therapieergebnis oder Wohlbefinden eines Patienten gefährdet wird, weil unerwünschte Therapiefolgen übersehen oder geleugnet werden. Eine negative Entwicklung in der Psychotherapie festzustellen, ist überhaupt die Grundvoraussetzung, um geeignete Gegenmaßnahmen einleiten zu können.

Die Schwierigkeit, Nebenwirkungen zu erkennen oder sie gar von Hauptwirkungen oder auch Kunstfehlerfolgen zu unterscheiden, kommt schließlich auch daher, dass es im Bereich der Psychotherapie, z.B. im Vergleich zur Pharmakotherapie, sehr viel schwieriger ist, verbindlich festzulegen, was eine adäquate Therapie ist und was eine Fehlbehandlung, was therapeutisch angestrebt wurde und was sich unerwünscht ereignet hat, was unvermeidlich war und was vermeidbar gewesen wäre. Therapiestandards in der Psychotherapie sind vielfach unbestimmt und erschweren damit auch die Feststellung, was überhaupt eine Therapiefolge ist und was nur zufällig im Verlauf der Behandlung aufgetreten ist.

Die empirische Forschung bestätigt, dass Psychotherapeuten sehr schlecht darin sind, eine Verschlechterung ihrer Patienten im Verlauf der Therapie zu erkennen. Sie können auch kaum vorhersagen, welche Patienten am Ende der Therapie erfolgreich sein werden und welche nicht (Hannan et al. 2005; Dimidjian u. Hollon 2010; Hatfield et al. 2010). Misserfolge oder Interaktionsprobleme scheinen sie außerdem stärker auf die Persönlichkeit der Patienten zu attribuieren, als sich ihrer eigenen Motive und Schemata bewusst zu sein, die den Verlauf und Erfolg einer Therapie beeinflussen können (Märtens u. Petzold 2005; Chapman u. Talbot 2009; Brodsky 2011). Es scheint, als liege hier ein grundsätzlicher Wahrnehmungsbias oder ein den eigenen Selbstwert schützender Attributionsstil vor. Verstärkt wird dieser Effekt wohl noch durch den Glauben des Psychotherapeuten an das von ihm angewandte Verfahren, der zugleich ja auch unverzichtbar für eine gute Behandlung ist und ein wichtiges therapeutisches Agens darstellt (Freyberger 2007).

Andererseits zeigen Studien auch, dass Therapeuten durchaus erfolgreich mit ungünstigen Verläufen umgehen können. Werden sie z.B. durch Feedback über ausbleibende Verbesserungen ihrer Patienten informiert, können sie die Therapieergebnisse ihrer Patienten positiv beeinflussen (Lambert et al. 2001; Lambert et al. 2002). Psychotherapeuten müssen folglich darin geschult werden, Fehlentwicklungen und unerwünschte Effekte zu erkennen, sonst können sie auch keine geeigneten Gegenmaßnahmen einleiten. Obwohl es nur sehr wenige Instrumente zur Überwachung negativer Therapieeffekte gibt (Strauß 2005), sind sie für das Wohlergehen der Patienten unverzichtbar. Daher ist es die Aufgabe der Therapieforschung, den Therapeuten reliable und valide Instrumente zu liefern, mit denen sie Nebenwirkungen entdecken können, falls das klinische Urteil versagt.

Eine weitere Herausforderung bei der Erfassung von Psychotherapie-Nebenwirkungen besteht darin, zu bestimmen, aus welcher Quelle die Informationen gewonnen werden sollten. Ob Psychotherapie-Nebenwirkungen vornehmlich durch Selbst- oder

Fremdbeurteilung erfasst werden, kann sich maßgeblich auf die Rate von berichteten Nebenwirkungen auswirken. Aus Untersuchungen zu Psychopharmaka ist abzuleiten, dass Patienten häufiger über Nebenwirkungen berichten als ihre Ärzte und diese auch als schwerer beurteilen (Lindström et al. 2001; Lapshin et al. 2006). Es muss also auch für die Psychotherapie angenommen werden, dass Patienten häufiger unerwünschte Wirkungen der Psychotherapie erleben, als dies von Therapeuten wahrgenommen wird. Patienten müssten also bei der Erfassung von Nebenwirkungen eine wichtige Rolle spielen. In der alltäglichen Praxis werden die Patienten aber eher selten nach eventuellen Nebenwirkungen befragt. Natürlich sollte die Nebenwirkungserfassung nicht ausschließlich auf Einschätzungen der Patienten basieren, sondern auch durch den Kliniker erfolgen. Die Unterscheidung, ob die Zunahme von Schlafstörungen auf die Depression oder die Gespräche in den Sitzungen zurückzuführen ist, kann aber im Einzelfall sogar der Fachmann nicht abschließend klären.

Eine weitere Herausforderung ist, dass Patienten auch erhebliche Hemmungen besitzen können, ihre Therapeuten auf Nebenwirkungen hinzuweisen, insbesondere aus Angst, dass dies die therapeutische Beziehung gefährden könnte. Es ist tatsächlich nicht ausgeschlossen, dass Therapeuten Berichte von Patienten über Verschlechterungen als Kritik an ihrer persönlichen Arbeitsweise verstehen und mehr mit sich beschäftigt sind, als den Patienten zu unterstützen und nach möglichen Lösungen zu suchen. Es gibt bis jetzt keinen Königsweg bei der Erfassung von Nebenwirkungen. Sie sollte aber sowohl auf Patientenangaben wie auch Therapeutenurteilen aufbauen. Die Nutzung mehrerer Perspektiven scheint unabdingbar. Dies kann neben Patient und Therapeut auch noch Dritte einschließen, d. h. Pflegepersonal oder andere Therapeuten, aber auch Angehörige und Bezugspersonen.

Eines der grundsätzlichsten Hindernisse für die Erforschung von Nebenwirkungen von Psychotherapie ist aber, dass es bisher an einer verbindlichen Begriffsdefinition, Klassifikation und Operationalisierung mangelt. Es fehlen Methoden zur Erfassung, Früherkennung oder Überwachung von Psychotherapie-Nebenwirkungen. Dies erschwert die Integration der verschiedenen Befunde in der Literatur und eine klare Bestandsaufnahme. Eine Diskussion von Nebenwirkungen und Therapierisiken spielt daher auch in Supervisionssitzungen von Kandidaten in der Psychotherapieausbildung vielfach nur eine untergeordnete Rolle (Kohl et al. 2009). Schließlich leidet das Thema der Nebenwirkungen von Psychotherapie auch darunter, dass bei Psychotherapiestudien, anders als in der Pharmakotherapie, eine systematische Erfassung von Nebenwirkungen bislang nicht zum verbindlichen Standard gehört (Levine 1990; Märtens u. Petzold 2002; Märtens 2005; Wittmund 2007; Hoffmann et al. 2008; Nutt u. Sharpe 2008; Berk u. Parker 2009).

### 11.3 Allgemeine Methoden zur systematischen Erfassung von Nebenwirkungen

Es gibt in den therapeutischen Wissenschaften und insbesondere in der Pharmakotherapie eine lange Forschungstradition der Erfassung von Nebenwirkungen. Es gibt dabei mehrere grundsätzliche Probleme, die methodisch zu lösen sind. Nebenwirkungen können beispielsweise nie experimentell herbeigeführt werden. Sie werden primär durch Spontanbeobachtungen zugänglich. Dabei ist ein breites Spektrum

sehr unterschiedlicher Ereignisse denkbar, sodass es nur bedingt möglich ist, mit vorgefertigten Listen zu arbeiten. Dies ist dann möglich, wenn man gezielt das Auftreten bereits bekannter Nebenwirkungen untersuchen will. Häufig sind die einzelnen Nebenwirkungen seltene Ereignisse, was statistische Analysen erschwert. Um gruppenstatistische Auswertungen durchzuführen, müssen Nebenwirkungen notgedrungen in Gruppen zusammengefasst werden. Von der Gruppenbildung hängt dann aber unmittelbar ab, wie hoch die Prävalenzen werden. Hier gibt es die Möglichkeit zu Datenmodifikationen bis hin zur Intransparenz und Verfälschung.

Bei der *Erfassung von Nebenwirkungen* gibt es zwei grundsätzlich unterschiedliche Zugangswege:

- die Beobachtung während der laufenden Therapie oder
- der Bezug auf Sekundärdaten.

Der Rückgriff auf schriftliche Quellen, wie Falldokumentationen, Akten oder auch Krankenkassendaten, erlaubt die grundsätzliche Erforschung von Nebenwirkungsprofilen bestimmter Behandlungen. Dokumentierte Sachverhalte, wie bestimmte Beschwerden, die Häufigkeit von Arztbesuchen, die Häufigkeit bestimmter Zusatzmedikamente, die Arbeitsfähigkeit oder auch Suizidversuche während einer Behandlung, können als Indikatoren für Nebenwirkungen interpretiert werden.



*Erhebungen und Analysen von Psychotherapie-Nebenwirkungen im direkten Kontakt mit dem Patienten ermöglichen im Vergleich zur Analyse der Sekundärdaten einen höheren Detailgrad, eine Kombination von Selbstaussagen und klinischen Beobachtungen und sogar ergänzende Untersuchungen speziell bezogen auf die geklagte Nebenwirkung. Als Erhebungsmethoden stehen Spontanberichte der Patienten, offene Befragungen, standardisierte Befragungen mit einer Checkliste und systematische Beobachtungen zur Verfügung.*

Spontanberichte sind die häufigste Form der Nebenwirkungserfassung. Will man sie nicht nur für den individuellen Fall nutzen, sondern daraus allgemeine und wissenschaftliche Erkenntnisse gewinnen, müssen derartige Individualdaten im Weiteren mit anderen Fällen zusammengeführt werden, um eine aggregierte Analyse zu ermöglichen. Im Bereich der Pharmakotherapie gibt es hierzu zentrale Meldestellen, beispielsweise bei der Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft. Im Bereich der Psychotherapie sammeln die Beschwerdestellen der Psychotherapeutenkammern u. a. auch Meldungen über negative Auswirkungen von Psychotherapie. Diesbezüglich wäre aber sicher noch eine bessere Systematisierung denkbar, da es sich doch vorrangig um Meldestellen für Therapeutenfehlverhalten handelt und nicht um Nebenwirkungserfassungsstellen.

Für die systematische Erfassung von Nebenwirkungen gibt es eine Reihe allgemeiner Ratingskalen oder Checklisten, die ihrer Struktur nach auch für die Erfassung von Psychotherapie-Nebenwirkungen als Modell dienen können. Beispiele sind die *Scandinavian Society of Psychopharmacology Side Effects Rating Scale* (UKU, Lingjaerde et al. 1987), der *Adverse Drug Reaction Detection Questionnaire* (Corso et al. 1992) oder die *Monitoring of Side Effects Scale* (MOSES, Kalachnik 1985).

Mit diesen werden verschiedenste unerwünschte Effekte und deren Intensität festgestellt. Grundsätzlich lassen sich die Instrumente dadurch unterscheiden, ob sie allumfassende Nebenwirkungen abdecken wollen, auf eine spezifische Substanz oder Substanzgruppe begrenzt sind oder nur eine Gruppe spezieller Nebenwirkungen genauer erfassen. Diese Ratingskalen benutzen entweder dichotome Antwortformate wie „vorhanden“ und „nicht vorhanden“ oder häufig auch differenziertere Abstufungen wie „minimal“, „mild“, „mäßig“ oder „schwer“. Der größte Vorteil dieser systematischen Befragungen mit Checklisten liegt in ihrer Gründlichkeit. Wie oben schon beschrieben, lassen sich bei der Befragung der Patienten so deutlich mehr Nebenwirkungen identifizieren als bei offener Befragung oder Spontanäußerung (Corso et al. 1992; Rabkin et al. 1992).

Ein wichtiges Erhebungsprinzip ist die Unterscheidung zwischen *unerwünschten Ereignissen* (unwanted event, UE) und *negativen Therapiewirkungen* (treatment emergent reaction, TER) (Edwards u. Aronson 2000). Ein unerwünschtes Ereignis tritt parallel zur Behandlung auf, muss aber nicht durch diese verursacht worden sein. Hier kommen eine Reihe kritischer Lebensereignisse in Betracht, die unabhängig von der Psychotherapie auftreten können, aber deren Verlauf negativ beeinflussen (Bulmash et al. 2009; Lenze et al. 2008). TER sind alle durch die Therapie bedingten negativen Ereignisse. Dazu zählen Nebenwirkungen, die im Verlauf einer fachgerecht durchgeführten Psychotherapie entstehen (adverse treatment reaction, ATR), aber auch Folgen von Behandlungsfehlern oder unethischem Therapeutenverhalten (Rüger 2004), was im engeren Sinne keine Nebenwirkungen sondern Kunstfehlerfolgen wären.

Aus dieser Definition und Unterscheidung ergibt sich, dass mehrere Beurteilungsschritte in der Erfassung von Nebenwirkungen erforderlich sind. Zunächst muss nach unerwünschten Ereignissen gesucht, dann der Zusammenhang mit der Therapie untersucht werden. Zusätzlich muss die Angemessenheit der Therapie beurteilt und schließlich auch der Schweregrad eines unerwünschten Effektes bestimmt werden. Dadurch sollen relevante Ereignisse von Bagatellphänomenen unterschieden werden. Wie bereits angesprochen, ist dann schließlich auch noch eine Zusammenfassung in Oberkategorien zum Zwecke des Reports unumgänglich. Dazu können Beschwerden oder Symptome nach Körpersystemen zusammengefasst oder nach dem zeitlichen Erscheinen in Früh- oder Spätsymptome oder nach ihrer Dauer in Kurz- oder Langzeit-, transiente oder irreversible Folgen eingeteilt werden (Kalachnik 1999).

#### 11.4 Das UE-ATR-Schema und die Checkliste

Aufbauend auf den vorgenannten Überlegungen soll im Folgenden dargestellt werden, wie mit Blick auf die Psychotherapie Nebenwirkungen definiert, operationalisiert und in einem mehrschrittigen Prozess erhoben und dokumentiert werden können. Dies erfolgt unter Bezug auf die UE-ATR-Checkliste (Linden 2012).

Da Nebenwirkungen in ihrer Art vielfältig sind, in unterschiedlichen Kontexten auftreten können, von verschiedenen Personen wahrgenommen werden und einer fachlichen Bewertung bedürfen, bietet sich als Standardvorgehen ein halbstrukturiertes Interview unter Bezug auf eine Checkliste an (s. Tab. 6). Das halbstrukturierte Interview ermöglicht eine auf den Einzelfall bezogene detaillierte Analyse unter Einbeziehung verschiedener Informationsquellen. Die Checkliste kann Item für Item abge-

## 11.4 Das UE-ATR-Schema und die Checkliste

arbeitet werden und stellt sicher, dass wichtige Bereiche und Ereignisse systematisch untersucht und mit den dazugehörigen Ratingstufen generalisierbare und vergleichbare Daten gewonnen werden.

Die Erhebung beginnt zunächst mit der Suche nach unerwünschten Ereignissen (UE), die zeitlich parallel zur Behandlung aufgetreten sind. Derartige unerwünschte Ereignisse sind zunächst rein deskriptiv festzuhalten ohne Vorannahmen über deren Genese. Dabei ist es von Bedeutung, einen sehr „weiten“ Blick auf mögliche unerwünschte Ereignisse zu haben, um keine unerwünschten Ereignisse zu übersehen. Auch Er-

Tab. 6 Rating Unerwünschter Ereignisse bei Psychotherapie

Patient:	Rater:		Datum:
	Kontext	Schwere	Therapiebezug
UE			
unzureichendes Therapieergebnis			
Therapieverlängerung			
Non-Compliance des Patienten			
Auftreten neuer Symptome			
Symptomverschlechterung			
Unwohlsein des Patienten			
Spannungen in der Patient-Therapeut-Beziehung			
außerordentlich gute Patient-Therapeut-Beziehung			
Probleme in den familiären Beziehungen			
Änderungen in familiären Beziehungen			
Probleme im Beruf			
Änderungen in der Berufssituation			
Arbeitsunfähigkeit des Patienten			
Probleme in sonstigen Sozialbeziehungen			
sonstige Änderungen in der Lebenssituation des Patienten			

## Ratingstufen

## Kontext der Entstehung

1. Diagnostik
2. theoretische Orientierung
3. Wahl des Therapiefokus
4. Therapieintervention
5. Sensitization-Prozesse
6. Enthemmungsprozesse
7. Therapiewirkungen
8. Therapeut-Patient-Beziehung

## Schwere

1. leicht, keine Konsequenzen
2. mittel, belastend
3. schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich
4. sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz
5. extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod

## Beziehung zur Therapie

1. ohne Bezug
2. wahrscheinlich ohne Bezug
3. eher keine Therapiefolge
4. eher eine Therapiefolge
5. wahrscheinliche Therapiefolge
6. eindeutige Therapiefolge

eignisse, die zunächst völlig unabhängig von der Therapie scheinen, sollten registriert werden. Dabei ist zu beachten, dass die Zuschreibung der negativen Bedeutung eines Ereignisses objektiv und genereller Natur sein kann, aber auch auf der Basis einer subjektiven Bewertung durch ein Individuum entsteht. Um unerwünschte Ereignisse zu identifizieren, ist es daher hilfreich, den Bezug zu Therapiezielen, Grundbedürfnissen, Lebensregeln oder Lebenszielen des Patienten herzustellen. Ein Ereignis ist dann als unerwünscht zu klassifizieren, wenn für den Patienten daraus negative Folgen entstehen, seine Therapieziele, Lebensziele oder Grundbedürfnisse gefährdet werden.

In der Therapeutenbefragung von Hatfield und Mitarbeitern (2010) gaben die Therapeuten an, sie würden eine Verschlechterung der Patienten anhand einer Verschlechterung der Symptomatik, Veränderung des Funktionsniveaus und Schwierigkeiten in der Therapie bemerken. Aus der praktischen Erfahrung, der Analyse des Therapieprozesses und der wissenschaftlichen Literatur ergeben sich folgende *Kategorien unerwünschter Ereignisse*: (a) unbefriedigendes Therapieergebnis, (b) das Erfordernis einer Therapieverlängerung, (c) Non-Compliance des Patienten, (d) Auftreten neuer Symptome, (e) Symptomverschlechterung, (f) Unwohlsein des Patienten, (g) Spannungen in der Patient-Therapeut-Beziehung, (h) außerordentlich gute Patient-Therapeut-Beziehung, (i) Probleme in den familiären Beziehungen, (j) Änderungen in den familiären Beziehungen, (k) Probleme im Beruf, (l) Änderungen der Berufssituation, (m) Arbeitsunfähigkeit des Patienten, (n) Probleme in sonstigen Sozialbeziehungen, (o) sonstige Änderungen in der Lebenssituation des Patienten oder (p) soziale Stigmatisierung.

Die Erfassung von unerwünschten Ereignissen, kann durch orientierende Fragen zu jeder dieser Kategorien von UE erfolgen, wie z.B. „Hat es Veränderungen in Ihren familiären Beziehungen gegeben?“ oder „Haben sie irgendwelche Veränderungen Ihrer Symptomatik bemerkt?“

Um ein unerwünschtes Ereignis als negative Therapiewirkung zu identifizieren, bedarf es eines sachverständigen Fachurteils. Dazu wird der Therapieprozess analysiert und der Kontext bestimmt, in dem das unerwünschte Ereignis aufgetreten ist. Nach Lieberei und Linden (2008) bieten sich dafür folgende *Kontextvariablen* an: (a) Diagnostik, (b) theoretische Orientierung, (c) Wahl des Therapiefokus, (d) Therapieintervention, (e) Sensitization Prozesse, (f) Enthemmungsprozesse, (g) Therapiewirkungen und (h) die Therapeut-Patient-Beziehung.

Auf der Basis der Klärung des Entstehungsprozesses in Anlehnung an die Kontextvariablen wird entschieden, ob ein unerwünschtes Ereignis eine unerwünschte Folge der Behandlung darstellt (ATR, adverse treatment reaction) oder nicht. Wenn ein Ereignis keiner Kontextvariablen zugeschrieben werden kann, dann handelt es sich womöglich nicht um einen durch die Therapie bedingten negativen Effekt. Unter Einbezug eines möglichen Bias von Therapeuten bei der Identifizierung von Nebenwirkungen ihrer Arbeit sollte allerdings diskutiert werden, warum ein UE kein ATR ist und nicht umgekehrt. Ein unerwünschtes Ereignis soll nur dann als ohne Bezug zur Therapie klassifiziert werden, wenn sich die Unabhängigkeit gut argumentieren lässt.

Da sich in vielen Fällen eine Kausalität nicht klar widerlegen oder belegen lässt, ist ein Rating über die Wahrscheinlichkeit des Zusammenhangs sinnvoll. Dieses Rating soll mit einer Skala von „eindeutig kein Bezug“ bis „eindeutig therapiebedingt“ vorgenommen werden. Im Bereich der Pharmakotherapie gibt es zur Unterstützung der Identifikation eines unerwünschten Medikamenten-Effektes (adverse drug reaction,

ADR) Schemata, die als Entscheidungshilfe dienen: „Ist der Effekt nach einer Dosis-Minderung schwächer geworden oder ist er bei Absetzen des Medikamentes verschwunden?“ (ADR Probability Scale, Naranjo et al. 1981; Edwards u. Biriell 1994). Derartige Heuristiken zur Absicherung des Zusammenhangs zwischen UE und der Psychotherapie gibt es (noch) nicht.

Wenn der Therapiebezug wahrscheinlich scheint, wird abschließend der Schweregrad des unerwünschten Ereignisses oder der ATR bestimmt. Der Schweregrad wird anhand der negativen Folgen für den Patienten bestimmt, wobei hier nicht nur die Einschränkung in der Bewältigung des Alltags gemeint ist. Nebenwirkungen, die keine weiteren Konsequenzen haben, können als „leicht“ angesehen werden, solche, die zu starkem subjektivem Leiden führen, sind als „schwer“ und solche, die möglicherweise zu wesentlichen Änderungen in der Lebenssituation des Patienten oder im Extremfall gar zum Tode führen, sind als „sehr schwer“ oder „extrem schwer“ einzustufen. Ist eine Nebenwirkung anhand des Schemas ausgewiesen, sollte noch die Dauer der ATR bestimmt werden. Die systematische Bestimmung von Nebenwirkungen endet, wenn für jede Kategorie der unerwünschten Ereignisse Eintragungen vorgenommen wurden.

## 11.5 Welche Erkenntnisse können mit der Checkliste gewonnen werden?

Mithilfe der UE-ATR-Checkliste kann das individuelle *Nebenwirkungsprofil* eines Patienten zu einem gegebenen Zeitpunkt erfasst werden. Damit kann ein Überblick nicht nur über die Häufigkeit von Nebenwirkungen sondern auch deren Intensität gewonnen werden.

In der alltäglichen klinischen Versorgung kann die UE-ATR-Checkliste in regelmäßigen Intervallen wiederholt werden, da sich das Nebenwirkungsprofil im Verlauf einer Psychotherapie verändern kann. Die Fragen bezüglich der UE beziehen sich dann auf den Zeitrahmen seit der letzten Befragung (gestern?, vor 6 Wochen?, seit Beginn der Therapie?). Die UE-ATR-Checkliste dient damit auch der Qualitätssicherung und dem Schutz der Patienten, denn nur ein Therapeut, der sich eventueller Nebenwirkungen bewusst ist, kann versuchen, gegenzusteuern.



**Gute Therapeuten sind solche, die die Nebenwirkungen ihrer Arbeit antizipieren und erkennen können.**

Um diese Grundhaltung zu fördern, kann die UE-ATR-Checkliste schon in der Ausbildung und Supervision von Therapeuten eingesetzt werden. Sie ist ein Instrument, mit dessen Hilfe gelehrt werden kann, was Nebenwirkungen sind, wie man sie erkennt und beurteilt. Dies kann dann der Ausgangspunkt sein, um zu lernen, mit unerwünschten Begleiteffekten optimal umzugehen. Psychotherapieausbildungskandidaten sollten möglichst früh eine Nebenwirkungsorientierung entwickeln, die darauf ausgerichtet ist, Schaden vom Patienten abzuwenden.

Die Quantifizierung der UE und ATR ermöglicht auch die Errechnung eines *Gesamtscores*, wodurch Vergleiche der Nebenwirkungsbelastung von Patienten in unter-

schiedlichen Therapien oder mit unterschiedlichen psychischen Störungen möglich werden. Solche Informationen sind von großer Bedeutung für die Therapiewahl. Durch einen normorientierten Vergleich kann weiterhin der Schweregrad und die Häufigkeit negativer Effekte zueinander in Bezug gesetzt werden. Wenn Therapiealternativen miteinander zu vergleichen sind, dann sind häufig auftretende milde unerwünschte Effekte weniger bedeutsam, als seltene schwerwiegende.

Die UE-ATR-Checkliste ist schließlich ein Instrument, das in der Forschung und d.h. insbesondere in Therapiestudien eingesetzt werden kann. Es ist ein Mangel vieler Therapiestudien, dass zwar großer Wert auf die Erfassung des Therapieerfolgs gelegt wird, eine explizite Methodik der Nebenwirkungserfassung in der Regel aber nicht vorgesehen ist. Dies ist einer der wesentlichen Gründe für den unzureichenden Kenntnisstand über Nebenwirkungen von Psychotherapie. Sinnvoll wäre dabei auch eine Dokumentation von eingeleiteten Gegenmaßnahmen, wenn ein „schweres“ UE bzw. ATR aufgetreten ist.

## Fazit

Trotz vieler Probleme, die sich bei der Umsetzung ergeben, ist die standardisierte Erfassung von Psychotherapie-Nebenwirkungen unabdingbar. Nebenwirkungen, die vom Psychotherapeuten übersehen werden, können die Patientenkooperation verringern, das Therapieergebnis verschlechtern und die Lebensqualität der Patienten gefährden. Erst eine aktive und sachgerechte systematische Untersuchung von Nebenwirkungen wird zuverlässige Zahlen über die Häufigkeit und den Schweregrad von unerwünschten Psychotherapiewirkungen liefern. Bei jeder sachgerecht durchgeführten Therapie muss auch mit Nebenwirkungen gerechnet werden. Eine offene Auseinandersetzung mit den unerwünschten Effekten von Psychotherapie ist für eine professionelle Fehlerkultur unverzichtbar. Letztlich können die Patienten und Therapeuten davon nur profitieren. Die UE-ATR-Checkliste bietet eine Struktur, um die Ausbildung, Supervision, Qualitätssicherung und die Forschung in der Psychotherapie zu unterstützen.

## Literatur

- Berk M, Parker G (2009) The elephant on the couch: side effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 43, 787–794
- Brodsky SL (2011) Reluctant and coerced therapists. In: Brodsky SL (Ed.) *Therapy with coerced and reluctant clients*. 31–44. American Psychological Association Washington
- Bulmash E, Harkness KL, Stewart JG, Bagby RM (2009) Personality, stressful life events, and treatment response in major depression. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77(6), 1067–1077
- Chapman BP, Talbot N (2009) Personality Traits and the Working Alliance in Psychotherapy Trainees: An Organizing Role for the Five Factor Model? *Journal of Social and Clinical Psychology* 28(5), 577–596
- Corso DM, Pucino F, DeLeo JM, Calis KA, Gallelli JF (1992) Development of a questionnaire for detecting potential adverse drug reactions. *Annals of Pharmacotherapy* 26, 890–896
- DGPPN, BÄK, KBV, AWMF, AkdÄ, BptK, BApK, DAGSHG, DEGAM, DGPM, DGPs, DGRW (Hrsg.) (2009) *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie Unipolare Depression*. Langfassung. Online unter: [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/nvl-005L\\_S3\\_Unipolare\\_Depression\\_2012-01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/nvl-005L_S3_Unipolare_Depression_2012-01.pdf) (zuletzt abgerufen am 06.09.2012)
- Dimidjian S, Hollon SD (2010) How would we know if psychotherapy is harmful? *American Psychologist* 65, 21–33
- Dishion TJ, McCord J, Poulin F (1999) When interventions harm. Peer groups and problem behaviour. *American Psychology* 54, 755–764
- Eaton TT, Abeles N, Gutfreund M (1993) Negative indicators, therapeutic alliance, and therapy outcome. *Psychotherapy Research* 3, 115–123

- Edwards IR, Aronson JK (2000) Adverse drug reactions: definitions, diagnosis, and management. *The Lancet* 356, 1255-1259
- Edwards IR, Biriell C (1994) Harmonisation in pharmacovigilance. *Drug Safety* 10, 93-102
- Finset A, Stensrud TL, Holt E, Verheul W, Bensing J (2011) Electrodermal activity in response to empathic statements in clinical interviews with fibromyalgia patients. *Patient Education and Counseling* 82, 355-360
- Freyberger HJ (2007) Ethik in der Psychotherapie. In: Herpertz S, Caspar F, Mundt C (Hrsg.) *Störungsorientierte Psychotherapie*. 721-727. Elsevier Urban & Fischer München
- Frohburg I (2002) Untersuchung zum Schadensverständnis von Gesprächspsychotherapeutinnen. In: Märtens M, Petzold H (Hrsg.) *Therapieschäden*. 72-108. Matthias Grünewald-Verlag Mainz
- Gumz A, Kastner D, Geyer M, Wutzler U, Villmann T, Brähler E (2010) Instability and discontinuous change in the experience of therapeutic interaction: An extended single-case study of psychodynamic therapy processes. *Psychotherapy Research* 17, 1-15
- Hannan C, Lambert M, Harmon C, Nielson S, Smart D, Shimokawa K, Sutton SW (2005) A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology* 61(2), 155-163
- Hatfield D, McCullough L, Frantz S, Krieger K (2010) Do we Know When our Clients Get Worse? An Investigation of Therapists' Ability to Detect Negative Client Change. *Clinical Psychology and Psychotherapy* 17, 25-32
- Haupt M-L, Linden M (2011) Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie. Das ECRS-ATR-Schema. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft* 13(2), 9-28
- Hoffmann SO, Rudolf G, Strauß B (2008) Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut* 53, 4-16
- Kalachnik JE (1985) Medication monitoring procedures: thou shall, here's how. In: Gadow KD, Poling AG (Eds.) *Pharmacotherapy and mental retardation*. 231-268. College Hill Boston
- Kalachnik JE (1999) Measuring side effects of psychopharmacologic medication in individuals with mental retardation and developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews* 5, 348-359
- Kohl S, Barnow S, Brähler E, Fegert JM, Fliegel S, Freyberger HJ, Glaesmer H, Goldbeck L, Lebigler-Vogel J, Leuzinger-Bohleber M, Michels-Lucht F, Sonntag A, Spröber N, Willutzki U, Strauß B (2009) Die Psychotherapieausbildung aus Sicht der Lehrkräfte. Ergebnisse der Befragung von Dozenten, Supervisoren und Selbsterfahrungsleitern im Rahmen des Forschungsgutachtens. *Psychotherapeut* 54, 445-456
- Lambert MJ, Ogles BM (2004) The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Lambert MJ (Ed.) *Bergin & Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*. 139-193. Wiley & Sons New York
- Lambert MJ, Whipple JL, Smart DW, Vermeersch DA, Nielsen SL, Hawkins EJ (2001) The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced? *Psychotherapy Research* 11, 49-68
- Lambert MJ, Whipple JL, Vermeersch DA, Smart DW, Hawkins EJ, Nielsen SL, Goates M (2002) Enhancing psychotherapy outcomes via providing feedback on client progress: a replication. *Clinical Psychology & Psychotherapy* 9, 91-103
- Lapshin O, Skinner CJ, Finkelstein J (2006) How do Psychiatric Patients Perceive the Side Effects of Their Medications? *German Journal of Psychiatry* 9, 74-93
- Lenze SN, Cyranowski JM, Thompson WK, Anderson B, Frank E (2008) The cumulative impact of nonsevere life events predicts depression recurrence during maintenance treatment with interpersonal psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 76(6), 979-987
- Levine J (1990) Ascertainment of side effects in psychopharmacologic clinical trials. In: Benkert O, Maier W, Rickels K (Eds.) *Evaluation of psychotropic drugs. Psychopharmacology series* 8. 130-135. Springer-Verlag Berlin
- Lieberei B, Linden M (2008) Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen* 102, 558-562
- Lilienfeld SO (2007) Psychobiological treatments that cause harm. *Perspectives of Psychological Sciences* 2, 53-70
- Linden M (2012) How to Define, Find and Classify Side Effects in Psychotherapy: From Unwanted Events to Adverse Treatment Reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy* [Epub ahead of print]
- Lindström E, Lewander T, Malm U, Malt UF, Lublin H, Ahlfors UG (2001) Patient-rated versus clinician-rated side effects of drug treatment in schizophrenia. Clinical validation of a self-rating version of the UKU Side Effect Rating Scale (UKU-SERS-Pat). *Nordic Journal of Psychiatry* 55(44), 5-69

- Lingjaerde O, Ahlfors UG, Bech P, Dencker SJ, Elgen K (1987) The UKU side effect rating scale. A new comprehensive rating scale for psychotropic drugs and a cross-sectional study of side effects in neuroleptic-treated patients. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 76, 1–100
- Märtens M (2005) Misserfolge und Misserfolgsvorschung in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog* 6, 145–149
- Märtens M, Petzold H (2002) Einführung: Die schwierige Entdeckung von Nebenwirkung. In: Märtens M, Petzold H (Hrsg.) *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. 16–39. Matthias Grünewald-Verlag Mainz
- Mohr DC (1995) Negative outcome in psychotherapy. A critical review. *Clinical Psychology and Scientific Practice* 2, 1–27
- Naranjo CA, Busto U, Sellers EM, Sandor P, Ruiz I, Roberts EA, Janecek E, Domecq E, Greenblatt DJ (1981) A method for estimating the probability of adverse drug reactions. *Clinical Pharmacology and Therapeutics* 30(2), 239–245
- Nutt DJ, Sharpe MS (2008) Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology* 22, 3–6
- Rabkin JG, Markowitz JS, Osepek-Welikson K, Wagner SS (1992) General versus systematic inquiry about emergent clinical events with SAFTEE: Implications for clinical research. *Journal of Clinical Psychopharmacology* 12(1), 3–10
- Rüger U (2004) Gewalt und Missbrauch in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 48, 240–246
- Sachs JS (1983) Negative factors in brief psychotherapy: An empirical assessment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51, 557–564
- Strauß B (2005) VPPS/VNIS. Vanderbilt Psychotherapie-Prozess-Skala/Vanderbilt Negative Indicators Scale. In: Strauß B, Schumacher J (Hrsg.) *Klinische Interviews und Ratingskalen*. 473–477. Hogrefe Göttingen
- Wittmund B (2007) Stationäre Psychotherapie – über unerwünschte Wirkungen und andere Katastrophen. *Psychotherapie im Dialog* 8, 67–70