

International Psychoanalytic University Berlin

Bachelor-Studiengang Psychologie

Sommersemester 2013, 6. Semester

Modul 11: Bachelor-Arbeit

Abschlussarbeit zur Erreichung des Bachelor of Arts

Erstgutachter: Prof. Dr. med. Dr. phil. Horst Kächele

Zweitgutachter: Prof. Dr. phil. Rainer Krause

Tag der Abgabe: **Datum**

Fehler, Nebenwirkungen, Nocebo

Eine begriffskritische Betrachtung unerwünschter Wirkungen und negativer
Begleiterscheinungen von und in psychotherapeutischen Behandlungen

Vorgelegt von:

Alice Engelhardt (1578)

Eisenacher Str. 35

10781 Berlin

Email: Alice.Engelhardt@ipu-berlin.de

Wer etwas bewirken will, muß mit allem rechnen
– besonders mit Nebenwirkungen.
- Ernst Ferstl in »Heutzutage«

Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit widmet sich einer begriffskritischen Auseinandersetzung mit unerwünschten Wirkungen und negativen Begleiterscheinungen psychotherapeutischer Behandlungen. Hierzu werden zunächst Fehler, Behandlungsfehler und Kunstfehler, sowie Misserfolge und gescheiterte Behandlungen vom Themengebiet abgegrenzt. Der Begriff der Nebenwirkungen von Behandlungen im eigentlichen Sinn wird diskutiert und anhand einzelner Kontexte exemplarisch dargestellt. Ferner wird der Frage nachgegangen, ob Nocebo-Effekte in der Psychotherapie eine Rolle spielen und inwiefern der medizinische Nocebo-Begriff auch in der Psychotherapie Verwendung finden kann. Hierzu wird zunächst dargestellt, inwieweit dies für den Placebo-Begriff gilt, da diese beiden Begriffe in der Literatur gemeinhin analog verwendet werden. Nach eingehender Betrachtung der zugrundeliegenden Arbeiten kann jedoch eine Verwendung des Begriffes nicht befürwortet werden. Es gibt Hinweise, dass negative Erwartungen des Patienten sich auf eine Behandlung und ihr Ergebnis auszuwirken. Hier besteht jedoch weiterer Untersuchungsbedarf, um diesbezüglich klare Erkenntnisse zu gewinnen. Eine Aufgabe für die Zukunft besteht darin, Erhebungsinstrumente zu entwickeln, die Nebenwirkungen psychotherapeutischer Behandlungen adäquat erfassen. Die Erwartungen von Patienten bezüglich Psychotherapie sollten in solchen Instrumenten ebenfalls Berücksichtigung finden.

Inhaltverzeichnis

Einleitung.....	5
1 Fehler, Behandlungsfehler, Kunstfehler	7
2 Misserfolge, erfolglose Behandlungen, Scheitern	8
3 Nebenwirkungen	9
4 Nocebo in der Psychotherapie?.....	15
4.1 Der Placebo-Begriff.....	15
4.1.1 Definitionen	15
4.1.2 Wirkmechanismen des Placebo-Effektes.....	16
4.1.3 Hat der Placebo-Begriff einen Platz in Psychotherapie und Psychotherapie- Forschung?.....	16
4.2 Der Nocebo-Begriff.....	17
4.2.1 Definitionen	17
4.2.2 Wirkmechanismen des Nocebo-Effektes.....	18
4.2.3 Neurobiologische Grundlagen	18
4.2.4 Hat der Nocebo-Begriff einen Platz in Psychotherapie und Psychotherapie- Forschung?.....	19
5 Die Auswirkungen von negativen oder nicht angemessenen Erwartungen auf die Psychotherapie	24
6 Methoden zur Erfassung von und Empfehlungen für den Umgang mit Nebenwirkungen von Psychotherapie	28
Fazit.....	33
Literatur.....	35

Einleitung

Jeder wirksamen Intervention wohnt sowohl die Fähigkeit zu heilen, als auch die zu schaden inne. So auch der Psychotherapie. Während bei medikamentösen Behandlungen die Überwachung von Nebenwirkung schon lange Pflicht ist, war die Psychotherapie bisher eher damit beschäftigt, ihre Wirksamkeit nachzuweisen. Repräsentative Untersuchungen zu Nebenwirkungen von Psychotherapie sind jedoch noch immer spärlich (Berk & Parker, 2009). Aus den bisherigen Untersuchungen geht aber hervor, dass ein nicht unbedeutender Prozentsatz der Patienten keine Verbesserung erfährt oder sich sogar innerhalb der Therapie verschlechtert (Noll-Hussong, 2012). Mohr (1995, zit. n. Hoffmann et al., 2008) gibt einen kritischen Überblick über Studien mit negativem Outcome und verzeichnet bei 5-10 % der Patienten Verschlechterungen und bei 15-25% keine messbaren Verbesserungen.

Unter unmittelbaren und mittelbaren Nebenwirkungen von Psychotherapie werden in der Literatur unter anderem die Exazerbation oder Chronifizierung bestehender Symptome, das Auftreten neuer Symptome (Suizidalität, Suizidversuche oder Suizid, psychotische Dekompensation, maligne Regression), Therapiemissbrauch durch den Patienten, schwere Enttäuschungen und damit ein Vertrauensverlust des Patienten, Abhängigkeit vom Psychotherapeuten, Überforderung durch vom Patienten selbst gesetzt irrealer Ziele, dauerhafte nachteilige Persönlichkeitsveränderungen, das Zerbrechen von sozialen, familiären oder partnerschaftlichen Beziehungen, Psychotherapie als Surrogat für tätiges Handeln im Alltag, das Setzen unrealistischer Lebensziele, Egozentrismus, Therapieabbrüche, Rückfälle uvm. verstanden (siehe hierzu auch Noll-Hussong, 2012; Hoffmann et al., 2008).

Zur Beschreibung der Nebenwirkungen von Psychotherapie existiert in der Literatur eine Vielzahl von Begriffen, die häufig synonym verwendet werden und schlecht voneinander abgegrenzt sind (siehe hierzu auch Hoffmann et al., 2008). Ebenso wie die Verwendung der Begriffe selbst, sind auch die Übergänge zwischen Erfolglosigkeit, Nebenwirkungen und Schäden häufig fließend (Kächele und Hilgers, 2013).

Betrachtet man das in jüngster Zeit vermehrte Erscheinen wissenschaftlicher Artikel zum Thema „Nebenwirkungen von Psychotherapie“, so fällt auf, dass ihnen allen keine einheitliche Definition und Begrifflichkeit zugrunde liegt. Es wird von Fehlern, Nebenwirkungen, unerwünschten Wirkungen, Fehlentwicklungen, negativen Folgen,

(Therapie-, Behandlungs- oder Kunst-) Fehlern, (Therapie- oder Behandlungs-) Schäden, Beinaheschäden, Risiken, Regelverletzungen, strafbaren oder unethischen Handlungen, Misserfolgen, unerwünschten oder vermeidbaren Ergebnissen etc. gesprochen, die jedoch vielfach nicht klar voneinander abgegrenzt werden. Dies wäre jedoch dringend notwendig, um spezifisch einschreiten und präventiv handeln zu können.

In dieser Arbeit soll eine begriffskritische Betrachtung unerwünschter Wirkungen und negativer Begleiterscheinungen von und in psychotherapeutischen Behandlungen erfolgen, wobei auch der Frage nachgegangen werden soll, ob Nocebo-Effekte in der Psychotherapie zu finden sind und inwiefern der Nocebo-Begriff einen Platz in Psychotherapie und Psychotherapie-Forschung hat. Dem Faktor Erwartung und vor allem dem Faktor negative Erwartung wird in dieser Arbeit also besondere Aufmerksamkeit geschenkt.

Im Folgenden sollen nun die jeweiligen Begrifflichkeiten definiert und voneinander abgegrenzt werden.

1 Fehler, Behandlungsfehler, Kunstfehler

Ein Fehler beschreibt zunächst einmal eine „Abweichung von einem optimalen od. normierten Zustand od. Verfahren; z.B. Behandlungsfehler, Beobachtungsfehler, Beurteilungsfehler, Messfehler“ (Margraf & Müller-Spahn, 2009, S. 279). Kunstfehler sollen hier definiert werden als die Folgen einer inkorrekt angewandten Therapie, die nicht der Methode selbst zugrunde liegen, sondern durch therapeutische Behandlungsfehler oder Regelverletzungen zustande kommen (Haupt & Linden, 2011) und vom Berufsstand auch übereinstimmend als solche identifiziert würden (Caspar & Kächele, 2008). Diese reichen von einer unsachgemäßen Patientenaufklärung über das Fehlen einer differenzierten Diagnostik, falsche Diagnosen, die Wahl einer falschen therapeutischen Technik (Haupt & Linden, 2011), ein Nicht-Hinweisen auf Ansätze, die für die jeweilige Störung des Patienten möglicherweise erfolgversprechender wären, eine fehlende oder fehlerhafte Unterscheidung zwischen eigener Übertragung des Therapeuten und seiner Gegenübertragung, bis hin zu Regelverletzungen und Verstößen gegen das Abstinenzgebot oder die Rahmenbedingungen der Therapie (Caspar & Kächele, 2008). Diese sind jeweils von unterschiedlicher strafrechtlicher Relevanz und nur teilweise (erfolgreich) justiziabel (Hoffmann et al., 2008). Sponzel (1997; 2002) gibt eine umfassende Übersicht zu Kunstfehlern in der Psychotherapie.

Davon abzugrenzen sind unethisches Verhalten und strafbare Handlungen, wie beispielsweise der Missbrauch des Patienten durch den Therapeuten. In diesem Zusammenhang werden verschiedene Formen unterschieden, die an dieser Stelle nur kurz genannt werden sollen: der narzisstische Missbrauch ist sicherlich die in der Praxis am häufigsten vorkommende Form, bei der der Therapeut die Bewunderung des Patienten ausnutzt, um sein eigenes kränkbares, labiles und bedürftiges Selbst zu stabilisieren und seine Selbstwertproblematik zu lösen. (Zu den Folgen von Narzisstischem Missbrauch siehe beispielsweise Caspar & Kächele, 2008). Eine weitere Form des Missbrauchs ist der materielle Missbrauch, bei dem der Patient selbst oder hinter ihm stehende Geldgeber zu ungerechtfertigten materiellen Leistungen aufgefordert werden. Hierunter fallen auch ein unnötiges Hinausziehen der Länge der Behandlung, sowie das Annehmen größerer Geschenke oder Leistungen durch den Patienten (Caspar & Kächele, 2008). Der sexuelle Missbrauch ist schließlich sicherlich die eklatanteste Form des Missbrauchs (Caspar &

Kächele, 2008). Das prominenteste Beispiel hierfür ist wohl die „folie à deux“ in der Behandlung von Marilyn Monroe durch den renommierten Psychoanalytiker Ralph Greenson (Kächele & Hilgers, 2013).

Häufig ist es schwierig, Fehler in der Psychotherapie nachzuweisen. Vielfach lassen sich überzeugende Argumente finden, die das, was der Patient kritisiert, als wichtigen Bestandteil der Therapie belegen. Zudem sind Patienten nicht immer hinreichend über Rückschläge, unangenehme Phasen und Stagnationen in der Therapie informiert, wodurch sich ihre Vorwürfe sich vielfach leicht entkräften lassen. Im Zweifelsfall steht Aussage gegen Aussage und kaum jemand kann nachträglich beweisen, was in der Therapie genau gesagt wurde (Sonnenmoser, 2006).

Die Folgen von Behandlungs- oder Kunstfehlern sollte m.E. aber nicht als Nebenwirkungen von Psychotherapien bezeichnet werden. Therapeutische Fehler können erhebliche nachteilige Konsequenzen für den Patienten bedeuten, weshalb hier vorgeschlagen wird, in solchen Fällen von Therapieschäden zu sprechen. Diese sollen hier definiert werden als unerwartete, anhaltende und erheblich nachteilige Auswirkungen von Psychotherapie (Hoffmann, Rudolf & Strauß, 2008), die durch fehlerhafte Indikation der Methode oder des Settings, eine ungünstige Passung zwischen Patient und Behandler, Fehler des Therapeuten, unpassende Deutungen, inadäquate Interventionen oder defizitäres Vorgehen hervorgerufen werden. Schädigungen durch Übergriffe des Behandlers sind davon zusätzlich abzugrenzen (Kächele & Hilgers, 2013).

2 Misserfolge, erfolglose Behandlungen, Scheitern

Auch erfolglose Behandlungen können unerwünschte Folgen nach sich ziehen.

Hoffmann und Kollegen (2008) definieren *Misserfolge* als unzureichende oder fehlende Erreichung expliziter und impliziter Therapieziele.

Die Annahme, Psychotherapie würde im schlimmsten Fall einfach nichts bewirken, ist schon alleine deshalb obsolet, da eine Behandlung, selbst wenn sie tatsächlich „nur“ nichts bewirkt, dennoch zur Folge hat, dass der erfolglos behandelte Patient sich selbst ggf. als hoffnungslosen Fall und unheilbar psychisch krank erleben kann, was sicherlich verheerende Auswirkungen auf sein weiteres Leben, seine Hoffnung auf Besserung und sein Selbstbild hätte. Caspar und Kächele (2008) betonen, dass in eine solche Behandlung zudem auch Ressourcen und Lebenszeit investiert werden, und dass sie einer anderen, möglicherweise erfolgreichen und wirkungsvolleren Therapie im Wege steht. Somit entsteht auch bei Nicht-

Erfolg durch das Ausbleiben einer eigentlich möglichen positiven Entwicklung ein Schaden für den Patienten.

Außerdem ist nach Caspar und Kächele (2008) bereits die Nicht-Aufnahme einer eigentlich erfolgversprechenden Therapie für behandelbare Patienten als Fehlentwicklung zu verstehen. Dies kann nach Meinung der Autoren zum einen dadurch bedingt sein, dass Therapeuten Patienten, die keine maximalen, aber doch ausreichende Erfolgchancen haben, nicht aufnehmen, um ihre Erfolgsrate zu erhöhen bzw. nicht zu senken, wobei die Patienten, die so ausgeslektiert werden in der Misserfolgsbilanz ebenfalls auftauchen müssten. Ein anderer Grund kann darin liegen, dass Patienten sich aufgrund von Vorinformationen selbst ausschließen, da sie zu große Befürchtungen und Ängste vor einer Behandlung haben oder unter körpernahen oder peinlichen Symptomen leiden. Auch materielle Faktoren oder Interessen des Therapeuten können dafür verantwortlich sein, dass eigentlich gut behandelbare Patienten keine Behandlung bekommen, etwa wenn Privatpatienten aufgrund der besseren Bezahlung den gesetzlich versicherte Patienten vorgezogen werden oder wenn bereits bestehende Behandlungen unnötig in die Länge gezogen werden, da die Aufnahme einer neuen Therapie einen größeren Aufwand darstellen würde. Auch Gruppentherapien werden kaum angeboten, da zwar im Prinzip eine kostendeckende Abrechnung möglich ist, aber der bürokratische Aufwand bei der Beantragung sehr hoch ist und die Aufrechterhaltung der Teilnehmerzahl im Verlauf der Behandlung ein Problem darstellen kann. Der Zugang zu Psychotherapie unterliegt letztlich auch einer geographischen Beschränkung, beispielsweise durch eine zu geringe Therapeutendichte in ländlichen Gebieten, sowie einer zu niedrigen Anzahl von Therapeuten, die der Muttersprache von Patienten mit Migrationshintergrund mächtig sind (Caspar & Kächele, 2008).

3 Nebenwirkungen

Das zentrale Feld der unerwünschten Wirkungen und negativen Begleiterscheinungen von Psychotherapie sind die Nebenwirkungen von Behandlungen im eigentlichen Sinn, die sich als sehr heterogen darstellen und zum Teil schwer zu definieren sind.

Unter einer Nebenwirkung wird zunächst eine „neben der intendierten Hauptwirkung auftretende Wirkung einer therapeutischen oder diagnostischen Maßnahme“ verstanden (Margraf & Müller-Spahn, 2009, S. 544f). Hoffmann et al. (2008) definieren unerwünschte Nebenwirkungen als andere (nachteilige) Effekte anstatt oder neben angestrebten Therapiezielen. Diese sind dabei nicht mit der Indikation, den Rahmenbedingungen oder den angestrebten Zielen verknüpft, sondern vielfach sogar gegenläufig (Kächele und Hilgers,

2013). Es handelt sich um negative Auswirkungen einer indizierten und lege artis durchgeführten Behandlung, die von Verschlechterungen außerhalb des therapeutischen Kontext, z.B. als Folge eines natürlichen Krankheitsverlaufes abzugrenzen sind. Jedoch kann auch eine Behandlung, in der die Therapiezeile realisiert werden, zu Nebenwirkungen führen, weshalb Nebenwirkungen als vom Therapieziel unabhängiges, eigenständiges Phänomen zu betrachten sind (Haupt & Linden, 2011). Es muss außerdem zwischen allgemeinen Nebenwirkungen von Psychotherapie als Behandlungsmethode und spezifischen, mit den Charakteristika der jeweiligen methodischen Modelle und therapeutischen Schulen variierenden Nebenwirkungen unterschieden werden. (Kächele & Hilgers, 2013).

Es gibt jedoch eine Grauzone zwischen lege artis durchgeführten Therapien ohne Vorliegen von Behandlungsfehlern und eindeutigen Behandlungs- oder Kunstfehlern. In diese fallen sowohl Handlungen, Umstände und Vorgehensweisen, die je nach therapeutischer Schule unterschiedlich beurteilt werden, als auch solche, die selbst unter den besten Bedingungen schwer als solche identifiziert und verhindert werden können (Caspar und Kächele, 2008). Sogar den erfahrensten, sorgfältigsten und kompetentesten Therapeuten unterlaufen Fehler. Therapeuten sind nicht immer alert und es kommt vor, dass sie wichtige Dinge vergessen oder verwechseln. Dies ist jedoch ein „realistisches Abbild jeder menschlichen Beziehung (...) eben weil es menschlich zugeht“ (Kächele & Hilgers, 2013, S. 50).

Manche Therapeuten wiederum tendieren zu einer allzu schematischen Anwendung von therapeutischen und technischen Standards, wie beispielsweise dem Verbot der Selbstoffenbarung in der Analyse oder der Angstexposition in der Verhaltenstherapie. Dies kann zu einer Überforderung des Patienten führen, da eine zu hohe Anpassung an die Technik des Therapeuten von ihm verlangt wird. Kächele und Hilgers (2013) machen hierfür die in der Ausbildung vermittelte Strenge bezüglich der Einhaltung technischer und methodischer Regeln und Standards verantwortlich, die bei vielen Therapeuten zu einer gewissen Unsicherheit im persönlichen Behandlungsstil führt und eine übermäßige Gewissenhaftigkeit und zu wenig Flexibilität und Nutzung von möglichen Freiräumen nach sich zieht. Dies macht es schwierig, die Wünsche und Ziele des Patienten zu verfolgen. Der Umgang mit Regeln ist oftmals schwierig, da sowohl ein Zuviel an guten Ratschlägen, als auch die Unterlassung von Forderungen, Grenzsetzungen oder Warnungen unerwünschte Wirkungen nach sich ziehen können.

Auch eine klare Trennung und Unterscheidung der Kausalität unerwünschter Wirkungen ist oftmals problematisch, da es sich um eine Folge des natürlichen

Krankheitsverlaufes, eine von der Therapie unabhängige Lebensentwicklung oder eine durch die Therapie selbst oder durch den Behandler verursachte Entwicklung handeln kann, wie beispielsweise Symptome, die sich aufgrund der vorherigen Abwehr des Patienten nicht entwickeln konnten und die nun aufgrund der gelockerten Abwehr auftreten (Haupt & Linden, 2011; Kächele & Hilgers, 2013). Zudem unterliegt die Unterscheidung zwischen kurzfristigen und langfristigen, positiven und negativen Wirkungen unterschiedlichen subjektiven Einschätzungen von Patient, Therapeut und Umwelt. Was also wird vom Patienten als Nebenwirkung empfunden, was vom Therapeuten nicht als solche angesehen wird, sondern vielmehr als unabdingbar oder nicht verhinderbar im therapeutischen Prozess? Unerwünschten Wirkungen müssen also in Bezug zu Therapie- und Lebenszielen, Bedürfnissen und Lebensregeln des Patienten betrachtet werden (Haupt & Linden, 2011). Die Schwierigkeit, nachteilige Effekte von Haupteffekten zu trennen, liegt auch in der Ergebnisoffenheit der therapeutischen Arbeit, da die vereinbarten Ziele potenziellen Veränderungen und Modifikationen unterworfen sind (Kächele und Hilgers, 2013).

Im Folgenden sollen einige wenige Beispiele für Nebenwirkungen von Psychotherapie gegeben werden, um aufzuzeigen, über welche Dimensionen sich dieses Feld erstreckt. Eine detaillierte Darstellung sämtlicher Facetten würde jedoch den Rahmen dieser Arbeit sprengen. (Ausführlicher befasst haben sich Berk & Parker (2009) mit Nebenwirkungen von psychodynamischen und evidenzbasierten Verfahren, Kächele und Hilgers (2013) mit psychodynamischen Verfahren, Gruppentherapie und stationären Behandlungen (auch von Kindern und Jugendlichen), Hoffmann, Rudolf & Strauß (2008) mit psychodynamischen und kognitiv-behavioralen Verfahren, sowie Gruppentherapie und Gesprächstherapie und Haupt und Linden (2011) mit verhaltenstherapeutischen Verfahren).

Haupt und Linden (2011) betrachten verschiedene Therapieprozesse und Rahmenbedingungen, die auch bei inzidierter und adäquater Durchführung zu negativen Folgen für den Patienten führen können. Diese sollen im Folgenden kurz skizziert werden:

Nebenwirkungen in der Folge der Therapiezielwahl

Nebenwirkungen können beispielsweise als Folge einer adäquat gestellten Therapiezielwahl auftreten, wenn der Therapieerfolg eine weiterführende Diagnostik verhindert. Die Autoren führen als Beispiel an, dass die erfolgreiche und indizierte Behandlung von Überforderung und Belastung am Arbeitsplatz, Müdigkeit und schlechter Stimmung, der Erkennung einer eventuell zugrunde liegenden Multiinfarktdemenz im Wege stehen könnte, wodurch dem

Patienten ein gravierender Schaden entstünde. Dem Patienten entsteht somit ein Schaden durch eine erfolgreiche und indizierte Behandlung.

Nebenwirkungen als Folge theoretischer Modelle

Auch können Nebenwirkungen als Folge professioneller Theorien und Modelle auftreten, wenn dadurch bestimmte soziale Beziehungen in den Fokus der Therapie gerückt werden und dies außerhalb der Therapie zu verschärften Konflikten in diesen Beziehungen führt. Zudem können andere relevante Aspekte übersehen und vernachlässigt werden oder es kommt zu Konflikten mit dem Therapeuten, da der Patient dem Konzept des Therapeuten nicht folgen kann oder es seinen Wertvorstellungen oder Erklärungen widerspricht.

Nebenwirkungen als Folge dysfunktionaler Interpretationen

Auch dysfunktionale Interpretationen auf Seiten des Patienten können zu negativen Folgen führen. Eine fälschlicherweise abgeleitete kausale Verknüpfung durch gezieltes Nachfragen des Therapeuten kann zu Nebenwirkungen führen, die vom Behandler nicht beabsichtigt waren.

Vielfach missverstehen Patienten zumindest in den Anfängen einer Behandlung Fragen, Interpretationen oder Deutungen des Therapeuten als Aufforderungen oder Anweisungen. Somit entstehen auch bei korrekten Interventionen unerwünschte Wirkungen durch Missverständnisse und Fehlinterpretationen des Patienten, der den Therapeut vielfach als streng und fordernd erlebt (Kächele & Hilgers, 2013).

Nebenwirkungen als Folge der Induktion von Fehlerinnerungen

Nebenwirkungen können weiterhin aufgrund der Induktion von Fehlerinnerungen auftreten, wenn etwa Erinnerungen an Ereignisse auftreten, die nie geschehen sind, wie beispielsweise solche an einen Missbrauch, der sich nie ereignet hat. Die Konsequenzen solcher Fehlerinnerungen können nicht nur für den Patienten verheerend sein.

Nebenwirkungen im Kontext von Problemerinnerungen

Ein weiterer Kontext, in dem Nebenwirkungen auftreten sind Problemerinnerungen, die zu Stimmungsbeeinträchtigungen führen. Es muss daher angenommen werden, dass jede Psychotherapie von Natur aus mit Nebenwirkungen beginnt.

Nebenwirkungen im Kontext von Sensitivierungsprozessen

Auch Sensitivierungsprozesse können zu Nebenwirkungen führen, beispielsweise durch wiederholtes Durcharbeiten von Ereignissen oder durch zu frühes debriefing nach Katastrophenerlebnissen. Dies kann zu anhaltenden Einstellungsänderungen, überdauernden emotionalen Problemen und immer lebhafter werdenden affektiven Reaktionen führen.

Nebenwirkungen im Kontext einer wirksamen Behandlung

Auch eine wirksame Behandlung kann nach Meinung der Autoren zu Nebenwirkungen führen, etwa wenn die neu erlernte und erarbeitete Durchsetzungskraft eines Patienten in seinem privaten Umfeld oder an seinem Arbeitsplatz zu Problemen führt.

Nebenwirkungen im Kontext von Enthemmungsphänomenen

Auch im Kontext von Enthemmungsphänomenen können Nebenwirkungen auftreten. Wenn der Prozess der Herausarbeitung, Beschreibung und Lösungsfindung von Problemen nicht vollständig gelingt, kann es bei nicht ausreichender emotionaler Verarbeitung zu Fehlverhalten auf Seiten des Patienten kommen und Kurzschlussreaktionen können die Folge sein.

Nebenwirkungen im Kontext technischer Komplikationen

Des Weiteren kann es durch technische Komplikationen zu nachteiligen Entwicklungen kommen, etwa wenn es durch technische Schwierigkeiten bei der Behandlung einer Panikstörung nicht zu einem Nachlassen von Angst, sondern zu einem Angstlernen kommt.

Nebenwirkungen im Kontext der therapeutischen Beziehung

Eine Nebenwirkung im Kontext der therapeutischen Beziehung wäre beispielsweise die Angst des Patienten, ohne den Therapeuten nicht mehr leben zu können und damit die Angst vor dem Ende einer Therapie.

Unabhängig von der Therapiemethode hat die Therapeutenvariable einen großen Einfluss auf das Therapieergebnis (Reiband, 2010), weshalb sie an dieser Stelle genauer in den Blick genommen werden soll. Persönliche Eigenschaften und zwischenmenschliche Kompetenzen des Therapeuten können die therapeutische Allianz sowohl fördern, als auch beeinträchtigen. Eigenschaften wie Empathie, Respekt gegenüber dem Patienten, die Vermittlung von Hoffnung und die Bereitstellung einer heilenden Umgebung haben einen

positiven Einfluss auf die Patient-Therapeut-Beziehung und somit auch auf die Therapie und ihr Ergebnis. Im ungünstigen Fall könnte daraus eine unerwünschte, übermäßige und andauernde Abhängigkeit vom Therapeuten resultieren, besonders dann, wenn ein möglicherweise sozial isolierter Patient mit einem dependenten Persönlichkeitsstil auf einen hilfsbereiten und tröstenden Behandler trifft. Die Fähigkeit des Patienten, eigene und unabhängige Entscheidungen zu treffen, kann gefährdet werden, wenn in den Sitzungen Entscheidungen an den Therapeuten delegiert oder außerhalb der Therapie eigene Entscheidungen am Modell des Therapeuten gemessen werden (Kächele & Hilgers, 2013; Berk & Parker, 2009).

Unerwünschte Wirkungen können zudem aufgrund einer kollusiven Beziehung zwischen Patient und Therapeut entstehen, bei der durch die gegenseitige Befriedigung unbewusster Wünsche die therapeutische Beziehung negiert und somit eine positive Veränderung verhindert wird, da diese möglicherweise zu Spannungen in der Patient-Therapeut-Beziehung führen könnte (Caspar & Kächele, 2008).

Außerdem sind nicht immer Behandlungssituationen gegeben, in denen Patient und Therapeut optimal zusammen passen, wie beispielsweise in stationären Psychotherapien oder psychosomatischen Reha-Behandlungen, bei denen sowohl für den Patienten, als auch für den Therapeuten in der Regel kaum eine Wahlmöglichkeit besteht. Auch das altersmäßige Zusammenpassen von Patient und Therapeut ist nicht immer gegeben. Dieses scheint im Durchschnitt zwar keine starken Effekte zu haben, einzelne Ergebnisse weisen jedoch auf Nachteile hin, die entstehen, wenn Therapeuten mehr als 10 Jahre jünger sind als ihre Patienten (Beck, 1988 zit. n. Caspar und Kächele, 2008). In Einzelfällen könnte die Übertragung von Vater-, Mutter- oder Kind-bezogenen Mustern verhindert oder erschwert werden. Zudem scheint es, dass jüngere Therapeuten Kohorteneffekte nicht immer ausreichend berücksichtigen (Caspar & Kächele, 2008). Auch die kulturelle Passung zwischen Therapeut und Patient spielt eine entscheidende Rolle. Ein zu geringes Wissen über den kulturellen Hintergrund des Patienten kann ebenso wie eine zu starke Berücksichtigung der Besonderheiten der Bevölkerungsgruppe und ihrer Lebenssituation zu nachteiligen Auswirkungen führen. Im ersten Fall kann dieses Nicht-Wissen die Verstehensprozesse des Therapeuten behindern, im zweiten Fall könnte ein Nicht-Hinterfragen kultureller Besonderheiten und Einschränkungen den Patienten in seinen Möglichkeiten, sich zu entfalten, begrenzen. Migration könnte zudem die Aufnahme einer angemessenen Therapie mit einem Therapeuten, der der entsprechenden Sprache mächtig ist und über das entsprechende Hintergrundwissen verfügt, erschweren. (Caspar & Kächele, 2008).

Ein Therapeut, der nicht über die oben genannten förderlichen Fähigkeiten und Eigenschaften verfügt, ist möglicherweise nicht in der Lage, sich adaptiv und adäquat auf die aktuelle Situation und die Bedürfnisse des Patienten einzustellen, wodurch sich keine tragfähige Beziehung zwischen beiden entwickeln kann. Bedürfnisse von Patienten sind außerdem einer gewissen Dynamik unterworfen. Zum einen sind sie zu Beginn einer Behandlung nicht immer zugänglich und kommunizierbar, zum anderen verändern sie sich im Laufe der Therapie oder in Anhängigkeit vom aktuell fokussierten Problem (Caspar & Kächele, 2008).

Ein Sonderfall der Fehlentwicklungen ist das Nicht-Bestehen von „Beziehungstests“ (Sampson & Weiss 1986 & Albani et al. 1999, zit. n. Caspar & Kächele, 2008), in denen die Patienten durch provozierendes Verhalten unbewusst herauszufinden versuchen, ob ihr Therapeut verlässlich ist. Solche Tests sind oft ein Hinweis auf eine neue, intensivere Therapiephase, in die der Patient eintritt, wenn der Therapeut den Test besteht.

4 Nocebo in der Psychotherapie?

Im nun folgenden Teil dieser Arbeit soll der Frage nachgegangen werden, ob der Nocebo-Begriff einen berechtigten Platz in Psychotherapie und Psychotherapie-Forschung hat. Hierzu soll zunächst in Kürze dargestellt werden, inwieweit dies für den Placebo-Begriff gilt, da diesen beiden Begriffen gemeinhin eine gewisse Analogie unterstellt wird.

4.1 Der Placebo-Begriff

4.1.1 Definitionen

Unter dem Begriff Placebo werden pharmakologisch unwirksame (Schein-) Medikamente verstanden, die den aktiven Präparaten in ihren äußeren Merkmalen wie Farbe, Form, Geruch und Geschmack gleichen und die dazu dienen, die spezifischen von den unspezifischen Wirkungen eines Arzneimittels zu trennen (Margraf & Müller-Spahn 2009, Häcker & Stapf 2009). In der Psychotherapie werden hierzu sogenannte Schein-Psychotherapien durchgeführt wie beispielsweise Diskussionsgruppen oder Placebo-Psychotherapien (Margraf & Müller-Spahn 2009).

Unter dem Begriff Placeboeffekt werden physiologische oder psychologische Veränderungen verstanden, die durch eine Placebo-Behandlung zustande kommen (Margraf & Müller-Spahn 2009).

4.1.2 Wirkmechanismen des Placebo-Effektes

Es gibt es zwei Hypothesen zur Erklärung der Wirkmechanismen des Placebo-Effektes: die der klassischen Konditionierung und die der Erwartung. Placebo-Effekte können durch klassische Konditionierung erzeugt oder verstärkt werden, wie etwa durch wiederholte Medikamenteneinnahme die mit einer Symptomverbesserung verbunden ist. Placebo-Effekte sind im Allgemeinen aber abhängig von Erwartungen. Klassische Konditionierung ist eine Quelle dieser Erwartungen, aber sie können auch durch andere Quellen von Informationen beeinflusst werden, wie beispielsweise durch Suggestion einer positiven Wirkung (Kirsch 1985; Kirsch 2005).

4.1.3 Hat der Placebo-Begriff einen Platz in Psychotherapie und Psychotherapie-Forschung?

Mittlerweile herrscht weitestgehend Einigkeit darüber, dass die Begriffe „Placebo“ und „Placebo-Effekt“ in Psychotherapie und Psychotherapieforschung keinen berechtigten Platz haben (siehe hierzu Patterson, 1985; Baskin et al. 2003; Kirsch 2005; Reiband 2010 usw.). Kirsch (1978 zit. n. Kirsch, 2005) postuliert, dass sich unüberwindliche Schwierigkeiten ergeben, wenn versucht wird, das medizinische Konzept von Placebo auf psychotherapeutische Verfahren zu übertragen. Die sich ergebenden Schwierigkeiten sind vielschichtig: Erstens können Placebo-Behandlungen in der Psychotherapie nicht in ausreichender Weise alle gemeinsamen Faktoren von Psychotherapie ausschließen (Baskin et al. 2003). Zweitens existiert ein Placebo als inerte Substanz nicht in der Psychotherapie (Patterson, 1985). Zudem ist es praktisch unmöglich, eine Placebo-Psychotherapie zu entwickeln, die die gleichen Eigenschaften besitzt, wie eine echte psychotherapeutische Behandlung (Kirsch, 2005). Drittens können Psychotherapie-Studien nicht in gleicher Weise doppelt verblindet werden wie Placebo-kontrollierte medizinische Studien, weshalb davon ausgegangen werden muss, dass der Therapeut, wenn er nicht verblindet ist, weiß, dass er die Placebo-Behandlung durchführt, was zur Folge haben könnte, dass er dies dann weniger treu und leidenschaftlich tut (Baskin et al. 2003). Viertens ist die Placebo-Behandlung in der Psychotherapie von der aktiven Behandlung unterscheidbar, das heißt, ein objektiver Beobachter und möglicherweise auch der Patient könnte die Unterschiede identifizieren. Die Gültigkeit dieser Designs in der Psychotherapie ist seiner Auffassung nach deshalb fraglich (Baskin et al. 2003).

Auch wenn die Erwartung einen großen Einfluss auf das Ergebnis einer Psychotherapie hat, lässt sich die Logik der medizinischen Placebo-Studien nicht gut auf die

Psychotherapieforschung übertragen. Die Idee, die Wirksamkeit von Psychotherapie durch die Kontrolle unspezifischer oder Placebo-Faktoren zu evaluieren, basiert nach Kirsch (2005) auf einer unzulässigen Analogie und sollte aufgegeben werden.

4.2 Der Nocebo-Begriff

Im Folgenden soll der Frage nachgegangen werden, ob der medizinische Nocebo-Begriff auch in der Psychotherapie Verwendung finden kann.

In der Medizin wird seit geraumer Zeit das Nocebo-Phänomen vermehrt diskutiert und untersucht. Der Nocebo-Begriff wurde ursprünglich als negativer Gegenpart des Placebo-Phänomens angesehen. Durch ihn sollten unerwünschte von erwünschten Wirkungen einer Placebo-Intervention abgegrenzt werden. Er kennzeichnete zunächst lediglich inaktive Substanzen oder Interventionen, die durch verbale Suggestionen von Beschwerdezunahmen zu unerwünschten Nebenwirkungen führten (Kennedy, 1961 zit. n. Häuser et al., 2012). Heute werden die beiden Begriffe Placebo und Nocebo jedoch in einem weiteren Sinn verwendet: Bei jeder medizinischen oder psychotherapeutischen Behandlung werden spezifische von unspezifischen Effekten unterschieden. Erstere werden durch die charakteristischen Elemente der Intervention hervorgerufen, letztere werden, je nach dem, ob sie nützlich oder schädlich sind, als Placebo- oder Nocebo-Effekte bezeichnet (Häuser et al., 2012).

4.2.1 Definitionen

„Unter dem Begriff „Noceboeffekt“ werden Beschwerden und Symptomverschlimmerungen zusammengefasst, die unter einer Scheinbehandlung – zum Beispiel im Rahmen von klinischen Studien im Placeboarm der Studie – und/oder durch gezielte oder unbeabsichtigte Suggestionen und/oder negative Erwartungen entstehen“ (Colloca & Miller, 2011 zit. n. Häuser et al., 2012).

„Unter einer Noceboantwort („nocebo response“) werden Beschwerden und Symptomverschlimmerungen verstanden, die nur durch negative Erwartungen des Patienten und/oder negative verbale und nonverbale Kommunikation der Behandler ohne eine (Schein-) Behandlung hervorgerufen werden“ (Colloca & Miller, 2011 zit. n. Häuser et al., 2012).

4.2.2 Wirkmechanismen des Nocebo-Effektes

Eine starke pessimistische Erwartungshaltung, gekoppelt mit einer erhöhten Suggestibilität, einer konstitutionell bedingten oder durch externe Faktoren ausgelösten Angst, sowie psychische Belastungen spielen eine besondere Rolle bei der Entstehung von Nocebo-Effekten. Diese führen zu Änderungen in der Kognition, dem Verhalten, den emotionalen Reaktionen, sowie zu realen endokrinen Effekten und Änderungen des autonomen Nervensystems (Bock & Birnbaumer, 1998). Hinzu kommen Verstärkungseffekte durch schlechte Vorerfahrungen, sowie Mechanismen der klassischen Konditionierung oder negative Erwartungen aufgrund von negativen Informationen oder Suggestionen, die durch Medien, Ärzte, Freunde, Familie, andere Personenkreise oder das Lesen des Beipackzettels induziert werden (Bock & Birnbaumer, 1998; Häuser et al., 2012; Benedetti et al., 2007). Barsky et al. (2002) identifizierten mehrere Faktoren, die bei der Einnahme von aktiven Medikamenten mit dem Nocebo Phänomen und unspezifischen Nebenwirkungen verbunden waren: nebenwirkungsbezogene Erwartungen des Patienten zu Beginn der Behandlung, Konditionierungsprozesse in denen Patienten lernen, die Einnahme von Medikamenten mit somatischen Symptomen zu assoziieren, bestimmte psychologische Charakteristika wie Angst, Depression, die Tendenz zu somatisieren, sowie situative und kontextbezogene Faktoren. Auch die Auswirkungen von negativen Diagnosen oder das Misstrauen des Patienten in eine Therapie spielt eine bedeutende Rolle (Benedetti et al., 2007). Benedetti et al. (2003) fanden heraus, dass verbal induzierte Erwartungen zwar keinen Einfluss auf die Hormonausschüttung zu haben scheinen, dass sie jedoch Schmerzen und motorische Leistungsfähigkeit beeinflussen können. Dies deutet darauf hin, dass Placebo- und Nocebo-Reaktionen bei unbewussten physiologischen Prozessen durch Konditionierung vermittelt werden, während sie bei bewussten physiologischen Prozessen durch Erwartung vermittelt werden. Auch eine selbstfokussierte Aufmerksamkeit für die Symptome scheint eine Rolle zu spielen (Bootzin & Bailey, 2005).

4.2.3 Neurobiologische Grundlagen

Benedetti et al. (2006) untersuchen die biochemischen und neuroendokrinen Grundlagen der Nocebo-Hyperalgesie und konnten zeigen, dass verbal induzierte Nocebo-Hyperalgesie mit einer Hyperaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennieren-Achse (HPA) verbunden war. Zudem fanden sie heraus, dass sowohl die Nocebo-Hyperalgesie, als auch die HPA-Hyperaktivität von dem Benzodiazepin Diazepam antagonisiert wurden, was darauf hindeutet, dass Angst bei diesen Effekten eine wichtige Rolle spielt. Die Verabreichung von Proglumid,

ein Cholezystokinin-Antagonist, hemmte die Nocebo-Hyperalgesie vollständig, hatte aber keinen Einfluss auf die HPA-Hyperaktivität, was eine spezifische Beteiligung von Cholezystokinin, einem Peptidhormon, das bei der Entstehung von Angst und Panik sowie bei Angst- und Panikerkrankungen eine Rolle spielt, bei der Hyperalgesie, nicht aber bei der Angst-Komponente des Nocebo-Effektes nahelegt. Weder Diazepam, noch Proglumid zeigten eine analgetische Wirkung auf die basalen Schmerzen, lediglich auf die Nocebo-induzierten Schmerzen. Diese Daten verweisen auf eine enge Beziehung zwischen Angst und Nocebo-Hyperalgesie, wobei die cholezystokininergeren Systeme eine zentrale Rolle in der Angst-induzierten Hyperalgesie spielen.

Neuere Untersuchungen zeigen, dass negative Verbalsuggestionen Erwartungsangst bezüglich einer bevorstehenden Erhöhung von Schmerzen induzieren. Diese verbal-induzierte Angst löst die Aktivierung von Cholezystokinin aus, was wiederum die Schmerzübertragung erleichtert. Man konnte nachweisen, dass Cholezystokinin-Antagonisten die angstinduzierten Hyperalgesien blockieren können, was die Möglichkeit neuer therapeutischer Strategien eröffnet, wenn Schmerz eine wichtige Angst-Komponente besitzt. Die Ergebnisse unterstreichen die wichtige Rolle der Kognition bezüglich der therapeutischen Ergebnisse und weisen darauf hin, dass Nocebo-Effekte einen gewissen Risikofaktor sowohl im Krankheitsverlauf, als auch beim Ansprechen auf eine Therapie darstellen (Benedetti et al. 2007).

4.2.4 Hat der Nocebo-Begriff einen Platz in Psychotherapie und Psychotherapie-Forschung?

Der Nocebo-Effekt ist „von entscheidender Bedeutung für die Wirkung jeder Behandlung, jeder Operation, jeder Tablette, jeder Spritze und jeder Psychotherapie“. Dies postuliert Heier (2012, S. 9). Aber ist dem wirklich so? Sicherlich spielen nachteilige Effekte negativer Erwartungen oder Suggestionen auch in der Psychotherapie eine Rolle, aber dennoch muss diskutiert werden, ob der Nocebo-Begriff einen berechtigten Platz in der Psychotherapie hat. Zunächst aber ergeben sich definitorische Schwierigkeiten beim Nocebo-Begriff selbst. Nocebo ist nicht einfach bloß „Placebo's Evil Twin“, wie Kachmann (2010) ihn bezeichnet hat. Um es mit den Worten von Ferenc und György (2009, S. 697) zu sagen: *„After comparing the nocebo with the placebo, we are against the widespread view that treats them as crowd mirror images of each other“*. Dies Postulat ist sicherlich zutreffend. Und Nocebo ist nicht bloß „alles, was nicht Verum ist und einen negativen Effekt hat“ (Langewitz, 2011, S. 493). Nocebo-Effekte als sich selbst erfüllende Erwartungen (Heier, 2012) reichen von Nebenwirkungen inerte Substanzen, die etwa bei 20 bis 25% der Patienten auftreten (Barsky

et al., 2002), über Nebenwirkungen bei der Einnahme aktiver Medikamente (Ebd.), Erwartungsangst über die bevorstehende Erhöhung von Schmerzen durch negative Verbalsuggestionen (Benedetti et al., 2007), Multiple Chemical Sensitivity (MCS), bei der Patienten unter Symptomen leiden, die durch Chemikalien hervorgerufen werden, die in der nachgewiesenen Konzentration im Regelfall keine negativen Wirkungen zeigen (Bock & Birbaumer, 1998), bis hin zu schädlichen Wirkungen durch Handystrahlung, Elektrosmog, Windkraftanlagen, Infraschall oder Voodoo (Heier, 2012), von denen man in jüngster Zeit auch immer wieder in Zeitungen oder Internetartikeln lesen kann. Im Extrem können sie sogar die Mortalität von Patienten erhöhen: In der Framingham Heart Study konnte nachgewiesen werden, dass Frauen, die glaubten, anfällig für eine Herzerkrankung zu sein, fast die vierfache Wahrscheinlichkeit zeigten, an einem Myokardinfarkt oder einem plötzlichen Herztod zu sterben gegenüber Frauen mit ähnlichen Risikofaktoren, die jedoch nicht glauben, anfällig für eine Herzerkrankung zu sein (Voelker, 1996 zit. n. Matei, 2011). Nocebo-Effekte sind bisher jedoch nur wenig untersucht und der Begriff selbst muss dringend differenzierter definiert werden.

In letzter Zeit wurde vereinzelt versucht, den Nocebo-Begriff auch für den Bereich der Psychotherapie anzuwenden. Hierzu finden sich zwei Publikationen, die die Zusammenhänge zwischen Nocebo und Psychotherapie zum Gegenstand haben, nämlich die von Bootzin und Bailey (2005), sowie von Reinders et al. (2011), die im Folgenden kurz vorgestellt werden sollen.

Bootzin und Bailey (2005) beschreiben drei spezifische psychotherapeutische Maßnahmen, die ihrer Auffassung nach mehr Schaden als Nutzen für die behandelten Patienten bringen. Hierbei handelt es sich um das Critical Incident Stress Debriefing, die Gruppentherapie für Jugendliche mit Verhaltensstörungen und die Behandlung von dissoziativen Identitätsstörungen. Das Critical Incident Stress Debriefing ist eine siebenstufige Intervention zur Stressbearbeitung nach belastenden Ereignissen, die Posttraumatische Belastungsstörungen vorbeugen soll. Die Autoren postulieren, dass die Informationsphase, in der Gruppenleiter Informationen bezüglich Symptomen gibt, die die Teilnehmer in den kommenden Tagen, Wochen und Monaten entwickeln können die Gefahr birgt, durch Suggestionen zu negativen Entwicklungen und Ergebnissen zu führen, da dadurch Erwartungen bezüglich negativer Symptome geweckt werden und die Selbstaufmerksamkeit darauf gelenkt wird. Dies kann die Entwicklung einer Posttraumatischen Belastungsstörung begünstigen. Bezüglich der Gruppentherapie für Jugendliche mit Verhaltensstörungen befürchten die Autoren, dass eine Kombination von spezifischen Faktoren wie beispielsweise

der Einfluss einer abweichenden Peer-Kultur innerhalb der Gruppe und das Fehlen wichtiger unspezifische Faktoren, wie beispielsweise mangelnde Motivation zur Veränderung oder fehlende positive Erwartungen, negative Folgen haben können und das antisoziale Verhalten verstärken, anstatt es zu verringern. Bezüglich der Behandlung von Dissoziativen Identitätsstörungen befürchten die Autoren negative Folgen durch iatrogene, mittels Suggestion erzeugte Verschlechterungen des Krankheitsbildes. Sie führen an, dass Therapeuten, die mit der Diagnose der Dissoziativen Identitätsstörung sympathisieren, unter ihren Patienten eine relativ hohe Rate von Personen mit dieser Erkrankung finden, während andere Therapeuten nur sehr wenige oder überhaupt keine Patienten mit dieser Störung haben (Spanos 1994 & Lilienfeld et al. 1999 zit. n. Bootzin und Bailey, 2005). Sie befürchten, dass Suggestivfragen bei der Diagnoseerhebung oder der Versuch, beispielsweise in einer Hypnose Kontakt zu anderen Persönlichkeitsanteilen zu bekommen, zu einer Verschlechterung führen könnte. „Under such conditions of therapist demand, it is not surprising that patients could generate alter personalities“ (Bootzin & Bailey, 2005, S. 877).

Wenn man Nocebo-Effekte in der Psychotherapie aus diesem Blickwinkel betrachten möchte, fällt bereits jetzt auf, dass sich einige Schwierigkeiten ergeben. Zum einen handelt es sich im ersten Beispiel um ein Verfahren, das das Potenzial hat, Schäden bei Patienten zu verursachen, da es ein erhöhtes Risiko für Symptome der Posttraumatischen Belastungsstörung birgt (Lilienfeld, 2007 zit. n. Siang-Yang, 2008). Zum zweiten müssen nachteilige Wirkungen in diesem Fall klar einem wenig behutsamen Therapeuten zugeschrieben werden, wodurch sich zwei Quellen für Nebenwirkungen ergeben, die nicht als Nocebo-Effekte definiert werden können, nämlich eine fehlerhafte Technik und ein therapeutische Fehler. Im zweiten Beispiel wird nicht ganz klar, worin genau der Nocebo-Effekt liegt. Die Autoren geben zwar eine Reihe von Belegen für mögliche Nebenwirkungen dieser Therapieform, dennoch scheint der Faktor Erwartung diesbezüglich keine bedeutende Rolle zu spielen. Eine möglicherweise falsche oder das Krankheitsgefühl verstärkende diagnostische Einschätzung aufgrund von Voreingenommenheit, wie im Falle des dritten Beispiels, muss in erster Linie als Kunstfehler angesehen werden. Die Auswirkungen dieses Kunstfehlers beruhen sicherlich auf Suggestionen und können demnach auch als Nocebo-Effekte bezeichnet werden, da sie aufgrund negativer Erwartungen entstehen, dennoch wird klar, dass sich bei der Übertragung der Terminologie deutliche Schwierigkeiten ergeben. Betrachten wir deshalb die zweite Publikation:

Hierbei handelt es sich um eine Niederländische Veröffentlichung von Reinders und Kollegen (2011). Die Autoren kritisieren, dass bisher zu wenig Aufmerksamkeit auf die

möglichen negativen Auswirkungen von Suggestionen in der Psychotherapie gelegt wurde. Sie beschreiben zwei Fälle, in denen Nocebo-Phänomene aufgetreten sind. Im ersten Fall geht es um einen Patienten, dessen Frau nach langer Krankheit verstorben ist. Er hatte aufgrund der zunehmenden Belastung durch die Krankheit seiner Frau, die Familie und den Beruf schon seit einiger Zeit eine Psychotherapie in Anspruch genommen. In der letzten Phase der Erkrankung seiner Frau hatte er sich von der Arbeit krank gemeldet. Nach ihrem Tod, wird er von Seiten seiner Freunde und Bekannten davor gewarnt, dass „der Schlag“ noch kommen würde. Diese Befürchtung bestätigt dann auch sein Psychiater. Als der Therapeut ihm vorschlägt, seine Arbeit wieder aufzunehmen, ist der Patient verunsichert und traut sich dies aufgrund der Befürchtung, die Warnung seiner Freunde und seines Psychiaters könne sich bewahrheiten, nicht zu. In der Therapie stellt sein Therapeut dann die Hypothese auf, dass die Trauer möglicherweise schon in der langen Krankheitsphase seiner Frau abgeschlossen wurde, was den Patienten erleichtert und es ihm ermöglicht, seine Arbeit wieder aufzunehmen.

In diesem Beispiel handelt es sich um die Auswirkungen von negativen Suggestionen durch das soziale Umfeld. Die (gut gemeinte) Warnung der Freunde, führt zu einem Warten auf eine Verschlechterung. Hier könnte von einem Nocebo-Effekt gesprochen werden.

Im zweiten Fall geht es um eine Patientin, die in den letzten sechs Jahren unter drei depressiven Phasen gelitten hatte. Nach der dritten Behandlung schlug ihr Therapeut ihr eine Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT) vor, eine Achtsamkeitsbasierte kognitive Therapie, die der Patientin einen Schutz vor einem erneuten Rückfall bieten soll. Der Therapeut erklärte der Patientin, dass in ihrem Fall nun von einer chronischen Depression gesprochen werden müsse, bei der das Rezidivrisiko bei 80% läge. Dies führte bei der Patientin zu einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit bezüglich depressiver Symptome und einer großen Angst vor einem erneuten Rückfall (Reinders et al., 2011).

In diesem Beispiel handelt es sich um negative Auswirkungen von Patientenaufklärung. Hier stellt sich jedoch die Frage, inwieweit das Vorgehen des Therapeuten einfühlsam und korrekt war und ob sich die Befürchtungen der Patientin hätten verhindern lassen. In diesem Fall wären die negativen Folgen den mangelnden Kompetenzen des Therapeuten anzulasten.

Nach Meinung der Autoren gibt es eine Reihe von Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit, dass Nocebo-Effekte auftreten, erhöhen können. Hierzu zählen sie stagnierende Behandlungen, fehlenden Optimismus des Therapeuten, Krisenmomente in der Therapie, negative Äußerungen über das Risiko eines Rückfalls, die eine

Symptomverschlechterung oder einen Rückfall erst herbeiführen, negative Kommentare von Kollegen, die beim Therapeuten eine negative Einstellung bezüglich des Patienten oder der Behandlung auslösen, sowie gescheiterte Behandlungen, die vielfach eine Quelle von Entmutigung und negativen Erwartungen sein können, besonders dann, wenn der Patient selbst sich dafür verantwortlich fühlt oder dafür verantwortlich gemacht wird.

Den beiden vorgestellten Arbeiten liegt jedoch kein klares Bild dessen, was ein Nocebo-Effekt in der Psychotherapie sein soll, zugrunde. Bei den genannten Beispielen handelt es sich vielfach um fehlerhafte Interventionen der Therapeuten, die sich irgendwo zwischen unprofessionellem Handeln und Kunstfehlern bewegen, weshalb eher von Fehlern als von Nocebo-Effekten gesprochen werden müsste. Dies macht eine kritische Auseinandersetzung mit dem Nocebo-Begriff in der Psychotherapie erforderlich. Dieser müsste, um überhaupt Verwendung finden zu können, zunächst einmal genauer definiert werden. Eine Aufschlüsselung in unerwünschte Wirkungen, die durch Erwartungen, Vorerfahrungen oder Vorurteile des Patienten selbst entstehen, solche die durch Dritte, wie beispielsweise die Medien, das Internet oder Personen aus dem sozialen oder familiären Umfeld des Patienten entstehen, sowie iatrogen erzeugte Nocebo-Effekte aufgrund negativer Suggestionen oder fehlerhafter Aufklärung durch den Psychotherapeuten wäre eine mögliche Einteilung.

In den ersten beiden Fällen könnte von Nocebo-Effekten gesprochen werden, im letzteren Fall jedoch liegt die Quelle unerwünschter Wirkungen irgendwo zwischen gut gemeinten Kommentaren, die nach Hinten losgehen (Reinders et al., 2011) und Fehlern in der Diagnose oder der Behandlung (Bootzin & Bailey, 2005) und demnach in einer Grauzone zwischen suboptimalem oder nicht ganz einwandfreiem therapeutischem Vorgehen und groben Behandlungs- oder Kunstfehlern. Für diese Grauzone verbietet sich die Verwendung des Nocebo-Begriffes. Im Fall von eigenen negativen Erwartungen des Patienten oder von solchen die durch das soziale oder familiäre Umfeld ausgelöst werden, kann dagegen von Nocebo-Effekten gesprochen werden. Man kann also nicht unbedingt behaupten, der Nocebo-Begriff sei in der Psychotherapie völlig deplatziert, dennoch besteht m. E. keine Notwendigkeit, diese Terminologie in Psychotherapie und Psychotherapie-Forschung aufzunehmen, was jedoch nicht bedeutet, dass die Auswirkungen negativer Erwartungen nicht (weiter) untersucht werden müssen!

Im Folgenden sollen deshalb bisherige Untersuchungsergebnisse betrachtet werden, die diese Thematik zum Gegenstand hatten.

5 Die Auswirkungen von negativen oder nicht angemessenen Erwartungen auf die Psychotherapie

Dieses Kapitel beschäftigt sich mit der Frage, wie sich eine (unbewusste) negative Erwartungshaltung des Patienten auf eine Behandlung und ihr Ergebnis auswirken kann.

Nach der „response expectancy theory“ (Kirsch, 1985) werden die Erfahrungen, die Menschen machen, teilweise von ihren Erwartungen bezüglich dieser Erfahrungen beeinflusst. Der Autor definiert „response expectancies“ als Erwartungen unwillentlicher Reaktionen und geht davon aus, dass die Erwartung einer subjektiven Erfahrung sich direkt und unmittelbar auf die entsprechende Erfahrung auswirkt. Demnach können sowohl subjektive, als auch physiologische Reaktionen verändert werden, wenn die Erwartungshaltung der betreffenden Person verändert wird.

Bezüglich der Psychotherapie sind die Erwartungen eines Patienten als ein gemeinsamer unspezifischer Wirkfaktor, der allen psychotherapeutischen Behandlungen gemeinsam ist, anzusehen. Die positiven Auswirkungen dieses Faktors werden schon seit einiger Zeit genauer untersucht (z.B. Noble et al., 2001; Greenberg et al., 2006; usf.). In der Psychotherapieforschung wurde das Konzept der Ergebnis-Erwartungen bisher jedoch fast ausschließlich dazu verwendet, den möglichen Nutzen der Behandlung zu belegen, aber nur selten, um negative Wirkungen zu zeigen (Schulte 2008 zit. n. Holtforth et al. 2011). Erwartungen richten sich jedoch nicht nur auf positive Ergebnisse, sondern auch auf mögliche negative Folgen wie Angst vor Veränderungen oder Nebenwirkungen (Carver & Scheier, 2001 & Heckhausen, 1991 zit. n. Holtforth et al. 2011).

In der Psychotherapieforschung wurden drei Arten von Erwartungen untersucht, nämlich Erwartungen vor Behandlungsbeginn, Erwartungen nach Behandlungsende bezüglich der Beibehaltung von Behandlungserfolgen und generelle bzw. ständige Erwartungen bezüglich der Konsequenzen bestimmter Lebensereignisse (Reiband, 2010). Erstere scheinen dazu zu führen, dass bei entsprechenden Erwartungen und Hoffnungen bereits nach der ersten Sitzung eine Verbesserung auftritt (Beckham 1989, zit. n. Reiband, 2010). Ob Patienten rückfällig werden, hängt ebenfalls von ihren Erwartungen ab. Schreibt der Patient eine Verbesserung sich selbst, seiner veränderten Persönlichkeit und seinen Coping-Strategien zu, halten die Veränderungen länger an (Weinberger, 1995 zit. n. Reiband, 2010). Die generelle Erwartungshaltung scheint schließlich einen Einfluss auf Stimmungsveränderungen im therapeutischen Prozess gut voraussagen (Peterson, Luborsky & Seligman, 1983 zit. n.

Reiband, 2010). „Es scheint klar zu sein, dass Erwartungen eine Kraft im menschlichen Funktionieren ist, und auch in der Psychotherapie ihre Wirkung zeigt“ (Reiband 2010, S. 85). Holtforth und Kollegen (2011) untersuchten die Beziehung zwischen positiven und negativen Erwartungen und den Behandlungsergebnissen bei stationären Psychotherapien und kamen zu dem Ergebnis, dass der Zustand bei der Aufnahme (Symptome, Wohlbefinden, etc.), sowohl mit positiven als auch mit negativen Ergebnis-Erwartungen zusammenhing. Obwohl positive Erwartungen bei der Aufnahme prädiktiv für das Behandlungsergebnis waren, waren negative Erwartungen dies jedoch nicht. Die Autoren postulieren dennoch „*However, the finding that fears do not predict outcome does not necessarily imply that negative outcome expectations are unimportant*“ (Holtforth et al. 2011, S. 322). Zudem geben sie zu bedenken, dass in ihrer Untersuchung Chronifizierung, vorherige Behandlungen oder Remission nach der Behandlung nicht bewertet wurden und dass nur vollständige Daten in die Analyse einbezogen wurden, was einen erheblichen Verlust an Follow-up-Daten bedeutete. Daher sei bei der Interpretation der langfristigen Auswirkungen der Ergebnis-Erwartungen Vorsicht geboten. Wenn die Patienten, die die Therapie abgebrochen haben, im Vergleich mit den Patienten, die sie beendet haben, zu Beginn mehr negative Erwartungen hatten, kann die hohe Abbruchrate daraus resultieren, dass die Auswirkungen negativer Erwartungen unterschätzt wurden. Diejenigen Patienten, die aufgrund negativer Erwartungen gar nicht erst eine Behandlung in Anspruch nehmen, müssten jedoch in die Auswertung einer solchen Untersuchung unbedingt miteinbezogen werden.

Seligmann et al. (2009) untersuchten die Auswirkungen unzutreffender Erwartungen auf die Reaktionen auf eine Psychotherapie. Sie führten hierzu zwei Experimente mit zwei nichtklinischen Gruppen von Studienanfängern im Fach Psychologie durch. In der ersten Untersuchung wurden die Teilnehmer gefragt, was ein Therapeut während einer typischen Psychotherapiesitzung tut, was Patienten in einer Psychotherapie zu tun erwarten und was typischerweise in einer Psychotherapie geschieht. Die Ergebnisse zeigten, dass die Vorstellung der Probanden bezüglich spezifischer Aufgaben und Ziele von Psychotherapie vielfach sehr ungenau oder unzutreffend sind. Die Autoren halten dies für wenig überraschend, da die Darstellung der Psychotherapie sowie die begrenzte öffentliche Aufklärung über die verschiedenen Verfahren nahelegen, dass Patienten zu Beginn einer Behandlung relativ ungenaue Erwartungen haben. Außerdem bezogen sich die Antworten der Probanden sich nicht wie erwartet auf kognitiv-behaviorale Therapien, sondern vielmehr auf nichtdirektive oder psychodynamische Verfahren. Hierfür machen die Autoren die Darstellung von Psychotherapie in Medien, Büchern und Filmen verantwortlich, die

überwiegend psychodynamische oder nichtdirektive Arten von Intervention zeigen. Dies könnte nach Meinung der Autoren einen Einfluss auf die Erwartung von Patienten an eine Psychotherapie haben. Sie fürchten, dass Patienten ihrer Vorstellung nach eine nichtdirektive oder psychodynamische Psychotherapie erwarten könnten, was dann einen nachteiligen Effekt auf die individuelle Wahrnehmung und das Ergebnis einer Behandlung haben könnte, die diesen Erwartungen nicht entspricht, ansonsten jedoch durchaus wirksam ist. Diese Ergebnisse zeigen die große Notwendigkeit der Aufklärung über das jeweilige therapeutische Verfahren vor Behandlungsbeginn.

In der zweiten Untersuchung wurden zwei Gruppen von Probanden je ein Informationsvideo über die kognitiv-behaviorale Gruppentherapie oder über die nichtdirektive, unterstützende Gruppentherapie gezeigt, wodurch bestimmte Erwartungen erzeugt wurden. Anschließend wurden die Teilnehmer randomisiert entweder der kognitiv-behavioralen oder der nichtdirektiven, unterstützenden Therapie zugeordnet, in der studiumsbezogene Probleme behandelt wurden. Die Autoren fanden eine signifikante Interaktion zwischen der Erwartung der Probanden und der Bewertung des Verfahrens. Diejenigen Teilnehmer, die eine nichtdirektive Behandlung erwartet und eine kognitiv-behaviorale Behandlung erhalten hatten, haben ihre erste Sitzung als etwas weniger hilfreich bewertet, als sie es vor Beginn der Behandlung erwartet hatten, während diejenigen Probanden, die eine nichtdirektive Behandlung erwartet und diese auch erhalten hatten, die erste Sitzung als etwas hilfreicher als ursprünglich erwartet bewerteten. Gleiches gilt umgekehrt auch für die Teilnehmer, die eine kognitiv-behaviorale Therapie erwartet hatten. Diese Ergebnisse zeigen, dass unzutreffende Erwartungen zu negativen Reaktionen auf Psychotherapie führen können, unabhängig von der Art der Behandlung (Seligmann et al., 2009).

Sicherlich gibt es einige Kritikpunkte bezüglich der Untersuchungen von Seligmann und Kollegen (2009). Zum einen umfasste die Behandlung in ihrer Studie nur drei Sitzungen, zum anderen handelte es sich nicht um Patienten, die aktiv nach Hilfe zur Bewältigung ihrer studiumsbezogenen Probleme suchten, sondern vielmehr um Probanden, die im Rahmen ihres Studiums an der Untersuchung teilnahmen und dafür entschädigt wurden. Diese Faktoren hatten sicherlich Einfluss auf die Ergebnisse der Untersuchungen, weshalb die Befunde mit Vorsicht zu interpretieren sind. Dennoch geben sie Hinweise auf den Einfluss negativer Erwartungen auf eine Behandlung und ihr Ergebnis.

Dieser Einfluss muss Zukunft näher untersucht werden. Wichtige zu klärende Fragen wären diesbezüglich: Welche Erwartungen und vor allem welche negativen Erwartungen

hegen Patienten bezüglich Psychotherapie? Wie können unangemessene oder überzogene Erwartungen erfasst und korrigiert werden? Welche Nebenwirkungen treten aufgrund negativer Erwartungen auf und wie können diese verhindert werden?

Wendisch (o.J.) zählt eine Reihe von Befürchtungen, negativen Erwartungen, Ängsten und Vorurteilen bezüglich Psychotherapie auf, die Patienten häufig hegen. Hierzu zählt er beispielsweise Angst vor manipulativer Beeinflussung, vor Abhängigkeit vom Therapeuten, vor raschen oder persönlichen Veränderungen, vor einer Verschlechterung im Verlauf der Behandlung oder vor einer negativen Bewertung als „labil“ oder „gestört“, sowie den möglichen gesellschaftlichen Konsequenzen daraus, wie beispielsweise die Einstufung als Risikofall in der Kranken- oder Lebensversicherung, Nachteile bei Scheidungs- oder Sorgerechtsprozessen oder schlechtere berufliche Perspektiven. Zudem bestehen Befürchtungen bezüglich unprofessioneller Ausübung von Psychotherapie, wie beispielsweise zur Durchführung bestimmter Methoden in der Therapie gedrängt zu werden oder zu einer Trennung oder einer anderen weitreichenden Entscheidung überredet zu werden. Luschas (2012) nennt diesbezüglich außerdem die Befürchtung, dass eine Therapie erfolglos bleiben könnte, sowie die Angst, alles von sich preisgeben, sein ganzes Leben aufarbeiten oder ein Trauma so lange durchleben zu müssen, bis es geheilt ist.

Sicherlich kommen die meisten Patienten mit positiven Erwartungen und Hoffnungen in die Psychotherapie und kritische Stimmen würden wahrscheinlich behaupten, dass ein Patient, der von der Wirksamkeit einer psychotherapeutischen Behandlung nicht überzeugt ist oder Angst davor hat, sich gar nicht erst in Behandlung begeben würde. Dies wäre jedoch auch als eine Art Misserfolg zu verstehen. Demnach müsste die Psychotherapie dringend an ihrem Image arbeiten. Und was ist mit denjenigen Patienten, die unbewusste Befürchtungen und Ängste haben oder nicht wirklich von Therapie überzeugt sind, und die dennoch eine Therapie beginnen? Hier stellt sich die Frage, inwieweit solche unbewussten negativen Erwartungen Einfluss auf den Therapieerfolg oder gar auf mögliche negative Begleiterscheinungen haben. Es kann nicht ausgeschlossen werden, dass es auch Patienten gibt, deren Leidensdruck so groß ist, dass sie bereit sind, über ihre Skepsis oder ihre Ängste hinwegzusehen und dennoch eine Therapie beginnen. Oder sie werden im Rahmen ihrer Mitwirkungspflicht von einem Sozialversicherungsträger zur Durchführung einer Therapie verpflichtet. Berk & Parker (2009) geben beispielsweise zu bedenken, dass die Annahme, ein Patient würde eine Therapie bei einem ausbeuterischen oder wenig empathischen Psychotherapeuten, nicht fortführen und somit auch keinem unerwünschten Ereignis ausgesetzt werden, falsch sein kann. In Analogie zum „boiling frog principle“ (das besagt,

dass ein Frosch, der in kaltes Wasser gesetzt wird, das langsam erhitzt wird, darin sitzen bleibt, bis er kocht) könnten nach Meinung der Autoren die weniger offensichtlichen, eklatanten oder unmittelbaren negativen Auswirkungen der Behandlung demnach akzeptiert oder übersehen werden, wenn sie schrittweise oder langsam auftreten.

Es wäre also individuell (unabhängig von den Therapiezielen) zu prüfen, was die (positiven oder negativen, angemessenen oder überzogenen) Erwartungen des Patienten an die Therapie sind, inwieweit diese den Patienten beeinflussen und welche Konsequenzen daraus resultieren. Viele Patienten haben beispielsweise die passive Erwartung, dass die Verantwortung für die Therapie und das, was in den Stunden passiert, voll und ganz beim Therapeuten liegt, oder sie erwarten, dass wenige Stunden Therapie eine jahrzehntelange Pathologie auflösen können, mit der entsprechenden Enttäuschung, wenn dies nicht eintritt. Ob derartige Hoffnungen oder o.g. Befürchtungen vorliegen, muss im Einzelfall abgeklärt werden, um unerwünschte Wirkungen aufgrund negativer Erwartungen zu vermeiden.

Auch über den Einfluss negativer Erwartungen des Therapeuten ist bisher wenig geforscht worden. Hier besteht dringender Untersuchungsbedarf.

6 Methoden zur Erfassung von und Empfehlungen für den Umgang mit Nebenwirkungen von Psychotherapie

Fehler in der Psychotherapie geschehen schon seit jeher, die Beschäftigung mit ihnen steckt allerdings noch in den Kinderschuhen. „Wir stehen erst am Anfang der Entwicklung einer konstruktiven Fehlerkultur“ (Sonnenmoser, 2006, S. 133). Es gilt, eine "Fehlerkultur" zu etablieren, die der offenen Auseinandersetzung mit Problemen und Fehlern Rechnung trägt.

Bislang beruht die Qualitätssicherung in der Psychotherapie vor allem auf Supervision, Intervision, sowie dem Gutachterverfahren. Nach Petzold et al. (2003) sind die Effekte von Supervision bislang jedoch wissenschaftlich noch nicht belegt. Besonders im deutschsprachigen Raum besteht ein erheblicher Mangel an empirischen Forschungsarbeiten. Außerdem gibt es eine Vielzahl problematischer und empirisch nicht überprüfter Konzepte von Supervision. Leitner et al. (2004) befassen sich in einer kritischen Übersicht mit den rechtlich relevanten Verletzungen der Schweigepflicht, sowie mit Wirkungen und Nebenwirkungen von Supervision. Außerdem muss an dieser Stelle die Frage aufgeworfen werden, ob diejenigen Fälle, die bezüglich negativer Wirkungen von Psychotherapie eigentlich dringend besprochen werden müssten, tatsächlich in Supervision und Intervision thematisiert werden? Es ist zudem nicht sicher, ob dort offen (genug) auf Behandlungsfehler und Nebenwirkungen hinweisen und eingegangen wird. Dies kann nämlich zu Diskussionen

oder Streitigkeiten führen, die das Gruppenklima nachhaltig negativ beeinflussen können. Protz & Ochs (2011) befassten sich ausführlicher mit Supervision und Intervision als Maßnahmen zur Qualitätssicherung der psychotherapeutischen Tätigkeit, unter anderem auch mit unerwünschten Nebenwirkungen von Supervision und Intervision, Unzufriedenheit der Teilnehmer und Hinderungsgründen zur optimalen Nutzung dieses Settings. Auch hinsichtlich des Gutachterverfahrens bestehen gewisse Grenzen, bei der Erfassung und Identifizierung von Nebenwirkungen und Fehlern in Behandlungen. Kallinke & Kosarz (2001) schlagen vor, Qualitätszirkel von Gutachtern einzuführen, um operationalisierte und transparente Kriterien für die Gutachtenerstellung zu erarbeiten. Sie empfehlen zudem, Messinstrumente und Patientenfragebögen einzubeziehen und fordern, dass das Dokumentationswesen beispielsweise durch einen Abschlussbericht verbessert werden soll. Nebenwirkungen von Psychotherapien könnten in solche Kriterien mit einbezogen werden.

Es bedarf dringend standardisierter Verfahren, um Prävalenz, Qualität und Intensität der Nebenwirkungen von Psychotherapie zu erfassen, psychotherapeutische Methoden zu verbessern und das Auftreten von Nebenwirkungen zu verringern. Diese Standards müssen es auch ermöglichen, zu unterscheiden, ob eine durchgeführte Therapie korrekt und fachgerecht war oder nicht, und ob nachteilige Wirkungen unausweichlich waren oder hätten vermieden werden können (Haupt & Linden, 2011). Caspar und Kächele (2008) halten eine Etablierung unabhängigerer Qualitätssicherungs-Maßnahmen für unabdingbar. Sie plädieren für ein kontinuierliches Qualitätsmonitoring, in dem Verläufe und Zwischenergebnisse multimodal von Patient, Therapeut und nach Möglichkeit auch durch unabhängige Dritte erfasst werden.

Linden und Haupt (2013) haben ein Modell entwickelt um Nebenwirkungen von Psychotherapie erfassen und quantifizieren zu können. Das Ereignis-Context-Relation-Schwere Schema (E CRS-ATR) unterscheidet zunächst zwischen unerwünschten Ereignissen (UE), die in zeitlichem Zusammenhang mit einer Psychotherapie stehen und unerwünschten Wirkungen, verursacht durch Psychotherapie (adverse treatment reaction, ATR). Die unerwünschten Ereignisse umfassen folgende Kategorien: „(a) [ein] 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 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“ (Linden &

Haupt 2013, S. 162). Solche unerwünschte Ereignisse werden zunächst bloß erfasst. In einem zweiten Schritt wird dann überprüft, inwiefern es sich um eine durch die Psychotherapie hervorgerufene Nebenwirkung (ART) handelt. Hierzu entwickelten sie eine Liste von Kontextvariablen „(a) Diagnostik, (b) theoretische Orientierung, (c) Wahl des Therapiefokus, (d) Therapieintervention, (e) Sensitization Prozesse, (f) Enthemmungsprozesse, (g) Therapiewirkungen und (h) die Therapeut-Patient-Beziehung“ (Lieberei & Linden, 2008, zit. n. Linden & Haupt 2013, S. 162), um zu beurteilen, ob ein unerwünschtes Ereignis als adverse treatment reaction anzusehen ist. Das daraufhin gefällte Urteil ist ein Wahrscheinlichkeitsurteil, das auf einer Skala eingeschätzt wird. Im letzten Schritt wird dann aus den negativen Folgen für den Patienten die Schwere der Nebenwirkung eingeschätzt. Sodann können Maßnahmen zur Linderung ergriffen werden. Im Rahmen von Studien dient das ECRS-ATR Schema der Registrierung negativer Ereignisse im Zusammenhang mit Psychotherapie sowie der Unterscheidung zwischen Nebenwirkung und Kunstfehlern. Ferner kann damit herausgefunden werden, mit welcher Häufigkeit und welchem Schweregrad welche verschiedenen Nebenwirkungen auftreten.

Noll-Hussong (2012) beschäftigt sich mit Psychotherapie im Kontext klinischen Risikomanagements und schlägt vor, bei der Entwicklung von Methoden zur Erfassung und Quantifizierung von negativen Wirkungen von Psychotherapie auf Konzepte des Qualitäts- und Risikomanagements der somatischen Medizin zurückzugreifen wie beispielsweise das Critical incident reporting System (CIRS), ein Instrument zur Verbesserung der Patientensicherheit, bei dem eine anonyme Berichterstattung kritischer Zwischenfälle durch die Behandler erfolgt. Im Bereich der ambulanten Psychotherapie existieren bereits das internetbasierte Fehlerberichtssystem „CIRSmedical.de“, das gemeinsam von der Bundesärztekammer (BÄK) und der Kassenärztlichen Vereinigung (GKV) entwickelt wurde, oder „jeder-fehler-zählt.de“ des Frankfurter Instituts für Allgemeinmedizin. Weiterhin plädiert der Autor für die Entwicklung von Fragenkatalogen zur Analyse von Prozessen und Strukturen und der Beurteilung von Risikofaktoren. Unter Rückgriff auf Qualitätssicherungsmethoden könnten Risikomanagementsysteme und Verbesserungsmaßnahmen entwickelt werden. Auch ein Beschwerdemanagement sowie Patientenrisiko- und Sicherheitsbefragungen wären von großem Nutzen. Zudem äußert er die Forderung nach einer verstärkten und vor allem standardisierten Dokumentation des psychotherapeutischen Handelns, beispielsweise durch konkrete Checklisten. Hinsichtlich der Patientensicherheit wäre zudem ein verbesserter Informationsaustausch mit medizinischen

Disziplinen, und vor allem ein internationaler Informationstransfer wünschenswert, um ein aktives Voneinanderlernen zu fördern.

Die politische Stärkung der Position von Patientenorganisationen in den Gremien des Gemeinsamen Bundesausschusses (G-BA) ist bereits eingetreten und auch von Seiten der Kostenträger wird eine Risikoüberwachung zunehmend verfolgt (Noll-Hussong, 2012). Diese fordern die Veröffentlichung von Komplikationsstatistiken und hoffen, dadurch eine Verbesserung der Versorgung zu erreichen. Diesem Ziel widmet sich auch die Entwicklung von Patientensicherheitsindikatoren sowie die Validierung von Instrumenten zur Messung von unerwünschten Ereignissen, die durch Forschungsprojekte des Bonner Instituts für Patientensicherheit vorangetrieben werden. Nach Meinung des Autors wird dies voraussichtlich auch zu einer zunehmenden Standardisierung psychotherapeutischer Leistungen führen, um eine adäquate Überprüfbarkeit zu gewährleisten. Abweichungen oder deren Begründung würden somit dokumentationspflichtig und könnten rechtliche Folgen nach sich ziehen, wenn sie nicht plausibel sind. Zudem plädiert er dafür, Patientenleitlinien zu entwerfen, die die Beurteilung von Psychotherapien durch den Patienten selbst besser möglich machen.

Durch rechtzeitiges Hinweisen auf problematische Verläufe können Misserfolge verhindert werden. Hoffmann, Rudolf & Strauß (2008) betonen die Wirksamkeit und Effektivität von Monitoringsystemen, die den Behandler früh auf drohende Nachteile für den Patienten aufmerksam machen. Die Rückmeldung durch den Patienten ist das beste Mittel, um zu erkennen, ob sich Fehler oder Misserfolge in einer Therapie anbahnen (Sonnenmoser, 2006). Tatsächlich konnten Lambert et al. (2001, 2002, zit. n. Haupt & Linden, 2011) zeigen, dass Warnhinweise und Feedback an die Therapeuten die Ergebnisse bei problematischen Therapien deutlich verbesserten. Auch Reiband (2010) misst dem Feedback eine erhebliche Bedeutung zu. Ihrer Auffassung nach werden negative Therapieergebnisse von Therapeuten vielfach unterschätzt. Der Einsatz von Feedback-Manualen ist ein simples aber sehr wirkungsvolles Instrument, um zu erkennen, was in einer Behandlung falsch läuft und um das Therapieergebnis zu verbessern. Außerdem erhält der Patient selbst Informationen über den Erfolg seiner Therapie, weshalb die Autorin ein regelmäßiges Feedback des Patienten für äußerst sinnvoll hält.

Das Thema Nebenwirkungen von Psychotherapie muss auch in Studium, Aus- und Weiterbildung, Supervision und Intervision offen diskutiert werden (Noll-Hussong, 2012), was voraussetzt, dass Therapeuten für die Erfassung unerwünschter Wirkungen sensibilisiert werden, um Gegenmaßnahmen zu entwickeln (Haupt und Linden, 2011). Auch

Lehrtherapeuten und -analytiker, Supervisoren und Ausbilder müssen sich mit dieser Thematik aktiv auseinandersetzen (Kächele & Hilgers, 2013). Wichtig wäre es zudem, Behandlungspläne zukünftig unter dem Aspekt der Nebenwirkungsorientierung zu konzipieren, um zu verhindern, dass Patienten Risiken oder Nebenwirkungen ausgesetzt werden (Haupt und Linden, 2011). Zudem müssen Empfehlungen für einen Behandler- oder Methodenwechsel konzipiert werden (Hoffmann et al., 2008). Zur Vermeidung von Nebenwirkungen oder Schäden empfehlen die Autoren die Reflektion über einen Wechsel der Methode oder des Behandlers und betonen außerdem die Verpflichtung der verschiedenen Psychotherapieformen, ihre eigenen Beschränkungen und Schwachstellen zu reflektieren und zu analysieren.

Bezüglich des Einflusses negativer oder unpassender Erwartungen an eine Behandlung muss zudem berücksichtigt werden, ob der Patient ausreichend über den Verlauf und die Methoden der Behandlung informiert wurde (Sonnenmoser, 2006). Die Medizin sieht sich derzeit mit dem Dilemma des Aufklärungsgespräches konfrontiert (Häuser et al., 2012). Dort besteht eine ethische Implikation zur Patientenaufklärung über mögliche Komplikationen einer Therapie oder Behandlung sowie über Risiken und Nebenwirkungen. Die Autoren konnten jedoch zeigen, dass negative Erwartungen durch ein Aufklärungsgespräch erst induziert werden können, was auch die Häufigkeit unerwünschter Wirkungen erhöhte. Die Autoren schlagen vor, bei Aufklärungsgesprächen die Verträglichkeit und Vorzüge medizinischer Maßnahmen in den Vordergrund zu stellen. Auch das (vom Patienten) erlaubte Verschweigen von Risiken und Nebenwirkungen, sowie das Recht auf Nichtwissen wird in diesem Zusammenhang diskutiert (siehe hierzu auch Minwegen, 2010). Es wäre zu prüfen, ob ähnliches auch für die Psychotherapie gilt, denn auch dort besteht die Verpflichtung zur Patientenaufklärung über die angewendete Methode, sowie über mögliche Risiken und Nebenwirkungen und alternative Behandlungsmöglichkeiten. Viele Patienten haben kein ausreichendes Vorwissen bezüglich der jeweiligen therapeutischen Methoden und Schulen und ihre Erwartungen messen sich, wie wir gesehen haben, an den Eindrücken, die ihnen durch die Medien etc. vermittelt werden. Die so vermittelten unpassenden Erwartungen haben, wie Seligmann et al. (2009) zeigen konnten, einen Einfluss auf die Zufriedenheit mit einer Behandlung. Eine genaue Aufklärung über die jeweilige Methode ist demnach von zentraler Bedeutung für jede beginnende Therapie.

Inwieweit die Aufklärung über Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie einen Einfluss auf die Entstehung negativer Erwartungen oder Wirkungen haben kann, wurde bisher nicht untersucht. Es könnte beispielsweise dazu kommen, dass manche Patienten dann

eine Behandlung gar nicht erst in Anspruch nehmen. Dies müsste, wie bereits erwähnt, als Misserfolg angesehen werden. In Bezug auf diese Problematik müsste noch mehr Aufklärung über Möglichkeiten, Grenzen und (Neben-) Wirkungen psychotherapeutischer Verfahren erfolgen. In der Tat haben Korrelationsstudien gezeigt, dass Klienten mit kongruenten Erwartungen seltener eine Behandlung vorzeitig beenden (Day und Reznikoff 1980b; Hansen et al. 1992; Rabin et al. 1985, zit. n. Seligmann et al. 2009). Diesbezüglich besteht dringend weiterer Forschungsbedarf. Es ist deutlich geworden, dass Befürchtungen, die Patienten zu Beginn einer Behandlung hegen, unbedingt in der Therapie besprochen werden müssen, da es sich um Phantasien handelt, die erhebliche negative Auswirkungen haben können. Sicher ist, dass Patienten ausreichend über den Verlauf und die Methoden der Behandlung informiert werden müssen. Dennoch bestehen hier noch einige offenen Fragen: Zu welchem Zeitpunkt der Psychotherapie sollte auf Nebenwirkungen hingewiesen werden? Im Erstgespräch – wo sich eine therapeutische Beziehung gerade erst aufbaut? Oder wenn eine Behandlungsvereinbarung getroffen wird? Oder erst dann, wenn Nebenwirkungen tatsächlich auftreten? Denn die Frage, ob die Erwartung von Nebenwirkungen auch zu Nebenwirkungen führt (wie es bei medikamentösen Behandlungen vielfach der Fall ist), ist für die Psychotherapie noch nicht ausreichend geklärt. Ferner stellen sich Fragen wie: Bei welcher Persönlichkeitsstruktur von Patienten muss man mit Nebenwirkungen aufgrund negativer Erwartungen rechnen? Gibt es diesbezüglich bestimmte Persönlichkeitsmerkmale oder Persönlichkeitszüge? Auf welche Patienten muss man besonders achten? In einem Fragebogen (vor oder zu Beginn der Therapie) könnten Erwartungen, Hoffnungen und Ängsten bezüglich der bevorstehenden Behandlung abgefragt werden. Ein solcher Fragebogen könnte auch die Grundlage für einige Untersuchungen zu dieser Thematik darstellen.

Fazit

In der vorliegenden Arbeit wurde eine begriffskritische Betrachtung unerwünschter Wirkungen und negativer Begleiterscheinungen psychotherapeutischer Behandlungen vorgenommen. Es bleibt festzuhalten, dass Fehler, Behandlungsfehler und Kunstfehler zwar unerwünschte Wirkungen und Schäden nach sich ziehen können, dass diese jedoch nicht als Nebenwirkungen von Psychotherapie bezeichnet werden dürfen. Auch gescheiterte Behandlungen und Misserfolge können zu unerwünschten Folgen führen, müssen jedoch ebenfalls als eigenständiges Themengebiet betrachtet werden. Das zentrale Feld unerwünschter Wirkungen sind die Nebenwirkungen psychotherapeutischer Behandlungen im

eigentlichen Sinn. Diese erstrecken sich über ein weites Feld, das es in Zukunft weiter zu strukturieren gilt. Bezüglich der Frage, ob Nocebo-Effekte in der Psychotherapie zu finden sind und inwiefern der Nocebo-Begriff einen berechtigten Platz in Psychotherapie und Psychotherapie-Forschung hat, wurde festgestellt, dass sich erhebliche Schwierigkeiten ergeben, wenn diese Terminologie auf Psychotherapie und Psychotherapie-Forschung übertragen werden soll. Eine Verwendung des Begriffes kann also nicht befürwortet werden. Dennoch spielen negative oder unangemessene Erwartungen bezüglich Psychotherapien eine wichtige Rolle. Dieser Faktor scheint eine schwer zu messende, aber nicht unwesentliche Größe innerhalb der Psychotherapie zu sein. Inwieweit er auch Einfluss auf die Entstehung negativer Wirkungen von Psychotherapie hat, müsste zukünftig weiter untersucht werden. Eine Aufgabe für die Zukunft besteht darin, Erhebungsinstrumente zu entwickeln, die der Erfassung von Nebenwirkungen psychotherapeutischer Behandlungen ebenso Rechnung tragen, wie der Berücksichtigung der individuellen Erwartungen von Patienten. Der Frage, inwieweit spezifische oder diffuse, bewusste oder unbewusste Erwartungen, Befürchtungen oder Ängste bezüglich negativer Entwicklungen und Wirkungen von Psychotherapie einen Einfluss auf die tatsächliche Entstehung solcher Wirkungen haben, ist bisher kaum untersucht worden. Hier gilt es, zukünftig Untersuchungen anzustellen. Der Faktor Erwartung, vor allem der Faktor negative Erwartung, sollte zudem in Modelle der Erfassung und Prävention von Nebenwirkungen psychotherapeutischer Behandlungen mit einbezogen werden.

Literatur

- Barsky, A., Saintfort, R., Pogers, M. P., & Borus, J. F. (2002). Nonspecific Medication Side Effects and the Nocebo Phenomenon. *Journal of the American Medical Association*, 287(5), 622–627.
- Baskin, T. W., Tierney, S. C., Minamy, T., & Wampold, B. E. (2003). Establishing Specificity in Psychotherapy: A Meta-Analysis of Structural Equivalence of Placebo Controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71(6), 973-979.
- Benedetti, F., Pollo, A., Lopiano, L., Lanotte, M., Vighetti, S., & Rainero, I. (2003). Conscious Expectation and Unconscious Conditioning in Analgesic, Motor, and Hormonal Placebo/Nocebo Responses. *Journal of Neuroscience*, 23(10), 4315–4323.
- Benedetti, F., Amanzio, M., Vighetti, S., & Asteggiano, G. (2006). The Biochemical and Neuroendocrine Bases of the Hyperalgesic Nocebo Effect. *Journal of Neuroscience*, 26(46), 12014–12022.
- Benedetti, F., Lanotte, M., Lopiano, L., Colloca, L. (2007). When words are painful: unraveling the mechanisms of the nocebo effect. *Neuroscience*, 147(2), 260–271.
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(9), 787-794.
- Bock, K. W., & Birbaumer, N. (1998). Multiple Chemical Sensitivity. Schädigung durch

- Chemikalien oder Nozeboeffekt. *Deutsches Ärzteblatt*, 95(3), A91–A94.
- Bootzin, R. R., & Bailey, E. T. (2005). Understanding placebo, nocebo, and iatrogenic treatment effects. *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 871-880.
- Caspar, F., & Kächele, H. (2008). Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In: S. Herpertz, F. Caspar & C. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 729-743). München: Urban & Fischer.
- Ferenc, K., & György, B. (2009). Nil nocere? A nocebo-jelenség. *Magyar Pszichológiai Szemle*, 64(4), 697-727.
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657-678.
- Haupt, M.-L., & Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie. Das ECRS-ATR-Schema. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 13(2), 9-28.
- Häcker, H. O., & Stapf, K. H. (Hrsg.). (2009). *Dorsch Psychologisches Wörterbuch* (15. Aufl.). Bern: Verlag Hans Huber
- Häuser, W., Hansen, E., & Enck, P. (2012). Nocebo phenomena in medicine: their relevance in everyday clinical practice. *Deutsches Ärzteblatt*, 109(26), 459-465.
- Heier, M. (2012). *Nocebo: Wer's glaubt wird krank. Wie man trotz Gentests, Beipackzetteln und Röntgenbildern gesund bleibt* (2. Aufl.). Stuttgart: Hirzel.
- Hoffmann, S.O., Rudolf, G., & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit einem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut*, 53(1), 4-16.
- Holtforth, M. G. Krieger, T. Bochsler, K., & Mauler, B. (2011). The Prediction of Psychothe-

- rapy Success by Outcome Expectations in Inpatient Psychotherapy. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 80(5), 321–322.
- Kachmann, R. (2010). *Nocebo: Placebo's Evil Twin*. Indiana: Kachmann Media, LLC.
- Kächele, H., & Hilgers, M. (2013). Spezifische Nebenwirkungen von psychodynamischer Psychotherapie In: M. Linden & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 41-57). Berlin: MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Kallinke, D. & Kosarz, P. (2001). *Gutachterverfahren in der Psychotherapie. Sinnvoll und verbesserungsfähig*. *Ärzteblatt*. 98(40), A2554. Zugriff am: 15.06.2013. Verfügbar unter: <http://www.aerzteblatt.de/archiv/28870/Gutachterverfahren-in-der-Psychotherapie-Sinnvoll-und-verbesserungsfaehig>.
- Kirsch, I. (1985). Response expectancy as a determinant of experience and behavior. *American Psychologist*, 40(11), 1189-1202.
- Kirsch, I. (2005) Placebo psychotherapy: synonym or oxymoron? *Journal of Clinical Psychology*, 61(7), 791-803.
- Langewitz, W. (2011). Placebo-Nocebo. In: R.H. Adler, W. Herzog, P. Joraschk, K. Köhle, W. Langewitz, W. Söllner & W. Wesiack (Hrsg.). *Uexküll Psychosomatische Medizin. Theoretische Modelle und klinische Praxis* (7. Aufl., S. 493-498). München Wien Baltimore: Urban & Fischer.
- Leitner, A., Petzold, H. G., Orth, S., Sieper, J. & Telsemeyer, P. (2004). *Mythos Supervision? Zur Notwendigkeit von „konzeptkritischen“ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Rechtsverletzungen in der supervisorischen Praxis*. Zugriff am 03.09.2013. Verfügbar unter: http://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/studium/umwelt_medizin/psymed/artikel/mythsu04.pdf
- Linden, M. & Haupt, M. L. (2013). Erfassung von Nebenwirkungen in der Psychotherapie.

- In: M. Linden & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 155-166). Berlin: MWV Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Luschas, F. (2012). *"Ich bin doch nicht verrückt!" (Teil 2). Die Angst vor Psychotherapie.* Zugriff am 13.08.2013. Verfügbar unter <http://franziskaluschas.de/blog/ich-bin-doch-nicht-verrueckt-teil-2-die-angst-vor-psychotherapie/>.
- Margraf, J., & Müller-Spahn, F. J. (Hrsg.). (2009). *Psychyrembel. Psychiatrie Klinische Psychologie Psychotherapie.* Berlin: de Gruyter.
- Matei, V. (2011). The dark side of the Pills. *Romanian Journal of Psychiatry*, 13(4), 151-156.
- Minwegen, R. (2010). Placebo: Missverständnisse und Vorurteile. *Deutsches Ärzteblatt*, 107(33), 568.
- Mohr, D. C. (1995). Negative Outcome in Psychotherapy: A critical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 1–27.
- Noble, L. M., Douglas, B. C., & Newman, S. P. (2001). What do patients expect of psychiatric services? A systematic and critical review of empirical studies. *Social Science & Medicine*, 52(7), 985-998.
- Noll-Hussong, M. (2012). Primum non nocere, secundus opino vulnero. Psychotherapie im Fokus des klinischen Risikomanagements. *Psychotherapeut*, 57(1), 50-54.
- Patterson, C. H. (1985). What is the Placebo in Psychotherapy? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 22(2), 163-169.
- Petzold, H. G., Schigl, B., Fischer, M., & Höfner, C. (2003). *Supervision auf dem Prüfstand : Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation.* Opladen: Leske & Budrich.
- Protz, J. & Ochs, M. (2011). *Mitgliederbefragung Supervision/Intervision. Abschlussbericht der qualitativen Auswertung.* Wiesbaden: Psychotherapeutenkammer Hessen. Zugriff

am: 03.09.2013. Verfügbar unter: <http://www.ptk-hessen.de/neptun/neptun.php/oktopus/download/761>

Reiband, N. (2010). *Klient, Therapeut und das unbekannte Dritte. Placeboeffekte in der Psychotherapie und was wirklich wirkt* (2. Aufl.). Heidelberg: Carl-Auer Verlag.

Reinders, M., Arts, W., & Ras, D. (2011). De klap komt nog - een verhandeling over het nocebo-effect. *Gedragstherapie*, 44(1), 39-51.

Seligman, L. D., Wuyek, L. A., Geers, A. L., Hovey, J. D., & Motley, R. L. (2009). The effects of inaccurate expectations on experiences with psychotherapy. *Cognitive Therapy & Research*, 33(2), 139-149.

Sonnenmoser, M. (2006). Misserfolge in der Psychotherapie: „Sinnvoll wäre ein eigener Beipackzettel“ *Deutsches Ärzteblatt PP*, 5(3), 132-134.

Sponsel, R. (1997). *Potentielle Kunst-/ Fehler aus der Sicht der Allgemeinen und Integrativen Psychologischen Psychotherapie. Materialien zur Qualitätssicherung mit einer Literaturübersicht*. (Originalveröffentlichung: Report Psychologie, 22(8), 602-621. Internet-Publikation DAS: Erlangen) Zugriff am: 08.08.2013. Verfügbar unter <http://www.sgipt.org/gipt/kfehl.htm>.

Sponsel, R. (2002). *Über potentielle Kunst- oder Behandlungsfehler in der Psychotherapie aus allgemeiner und integrativer Sicht*. (Vortrag auf der Ersten Fachtagung des IVS am Samstag den 27. Juli 2002. Festsaal, Klinikum am Europakanal. Erlangen IP-GIPT). Zugriff am 27.08.2013. Verfügbar unter <http://www.sgipt.org/gipt/kf/kf020727.htm>.

Siang-Yang, T. (2008). Potentially harmful therapies: Psychological treatments that can cause harm. *Journal of Psychology and Christianity*, 27(1), 61-65.

Weinberger, J., Adelphi, U., & Gordon, F. (1995). Common factors aren't so common: The common factors dilemma. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 45-69.

Wendisch, M. (o. J.) *Was Sie über Psychotherapie wissen sollten?* (Text für Interessenten).
Zugriff am 13.08.2013. Verfügbar unter http://www.psychotherapie-freiburg.com/fp_files/Psychotherapie-Info.pdf.

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich an Eides statt, die vorliegende Arbeit selbstständig und ohne unzulässige Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt zu haben. Alle Ausführungen, die fremden Quellen wörtlich oder sinngemäß entnommen wurden, wurden als solche kenntlich gemacht und mit einem Literaturhinweis gekennzeichnet. Diese Arbeit war außerdem in gleicher oder ähnlicher Fassung noch nicht Bestandteil einer anderen Studien- oder Prüfungsleistung, wurde bisher keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch nicht veröffentlicht.

Berlin, den **Datum**

Unterschrift