

Fakultät Gesundheit und Medizin

Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit



Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden

Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie

Endbericht

Juli 2012

Projektleitung

Univ.-Prof. Dr. med. Anton Leitner, MSc

Wissenschaftliche Kooperation

Prof. Dr. Michael Märtens

Team

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Claudia Höfner, Mag.^a Alexandra Koschier

Mag.^a Dr.ⁱⁿ Katharina Gerlich, Bakk. phil. Heidemarie Hinterwallner, MA MA

Gregor Liegl, Mag. Gerhard Hintenberger, Dr.ⁱⁿ Brigitte Schigl

Impressum

Anton Leitner, Michael Märtens, Claudia Höfner, Alexandra Koschier, Katharina Gerlich, Heidemarie Hinterwallner, Gregor Liegl, Gerhard Hinterberger & Brigitte Schigl (2012). Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht.

Wissenschaftliches Lektorat, Grafik & Gesamtgestaltung:
Ilona Oestreich unter Mitarbeit von Bianca Heers

ISBN 978-3-200-02737-4

© 2012 Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit
Donau-Universität Krems, Fakultät Gesundheit und Medizin

Inhalt

Danke	4
Einleitende Worte	5
1 Stand der Forschung	9
1.1 Ursachen für die Vernachlässigung unerwünschter Effekte von Psychotherapie	10
1.2 Risiken, Nebenwirkungen und Schäden – was ist das überhaupt?	11
1.3 Zur geschätzten Prävalenz von unerwünschten Effekten	13
1.4 Ursachen und Bedingungen von unerwünschten Therapieeffekten	14
1.5 Möglichkeiten der Prävention oder Intervention	18
2 Forschungsdesign	20
2.1 Methodisches Vorgehen in der 1. Phase: Qualitative Methoden & Fragebogenkonstruktion	21
2.2 Methodisches Vorgehen in der 2. Phase: Quantitative Methodik – PatientInnenbefragung Niederösterreich	23
2.3 Methodisches Vorgehen in der 3. Phase: Quantitative Methodik – Online-PatientInnenbefragung	27
2.4 Möglichkeiten und Grenzen der Untersuchung	30
3 Ergebnisse	33
3.1 Qualitative Ergebnisse der Beschwerdebriefe	33
3.2 Qualitative Ergebnisse der ExpertInnendiskussionen	38
3.3 Quantitative Ergebnisse der PatientInnenbefragung in Niederösterreich	48
3.4 Quantitative Ergebnisse der Online-PatientInnenbefragung	58
4 Diskussion	73
4.1 Prävalenz	73
4.2 Risikobedingungen: Ursachen, Prädiktoren und Einflussvariablen	75
4.3 Wie können Therapiemisserfolge verhindert werden?	83
Ausblick	87
Literatur	92

Anhang (CD-ROM)

- A PatientInneninformation
- B Auszüge aus den Gesetzestexten
- C Beschwerdebriefe
- D Leitfaden ExpertInnendiskussionen
- E Quantitative Ergebnisse der PatientInnenbefragung in Niederösterreich
- F Quantitative Ergebnisse der Online-PatientInnenbefragung
- G Begleitschreiben und Fragebögen

Danke

Das Forschungsteam des Departments für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit (früher Psychosoziale Medizin und Psychotherapie) bedankt sich für die Zusammenarbeit, Unterstützung und Förderung im Besonderen beim Niederösterreichischen Gesundheits- und Sozialfonds NÖGUS (Herrn Dr. Robert Griessner und Frau Dr.ⁱⁿ Fabiola Fuchs), der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse NÖGKK (Frau Dir. Stv. Dr.ⁱⁿ Martina Amler) und dem Bundesministerium für Gesundheit (Herrn Prof. Dr. Michael Kierein).

Weiters danken wir Frau Dr.ⁱⁿ Eva Maria Hollerer (NÖGKK) für ihr Engagement bei der Unterstützung der Fragebogenaussendung sowie Frau Mag.^a Julia Girardi MBA, MSc für die konstruktive Mitarbeit beim Projektstart, Frau Mag.^a Sabrina Steiner für die Transkription der ExpertInnendiskussionen und Frau Mag.^a Dipl.-Psych. Ilona Oestreich für das außerordentlich engagierte wissenschaftliche Lektorat.

Danke auch den ExpertInnen, die aus ihren Psychotherapieerfahrungen risikorelevante Aspekte mitteilten und den ca. 4000 Personen, die an den Befragungen in Niederösterreich (Fragebögen) und der österreichweiten Online-Befragung teilnahmen.

Außerdem bedanken wir uns bei den 70 niedergelassenen PsychotherapeutInnen für die externe kritische Beurteilung der Erstversion des Fragebogens und beim wissenschaftlichen Beirat des Departments, Herrn Univ.-Prof. Dr. Ulrich Schnyder, sowie Frau Univ.-Prof.ⁱⁿ Dr.ⁱⁿ Silke Birgitta Gahleitner, für deren umfangreiche Unterstützung in der Endphase des Projekts.

Krems, den 20.7.2012

Univ.-Prof. Dr. Anton Leitner, MSc
 Prof. Dr. Michael Märtens
 Mag.^a Dr.ⁱⁿ Claudia Höfner, MSc
 Mag.^a Alexandra Koschier
 Mag.^a Dr.ⁱⁿ Katharina Gerlich
 Bakk. phil. Heidemarie Hinterwallner, MA MA
 Gregor Liegl
 Mag. Gerhard Hintenberger
 Dr.ⁱⁿ Brigitte Schigl, MSc

Einleitende Worte

Die Idee, eine Studie über Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin zu beginnen, entstand kurz nach dem Beginn der ersten „Effektivitätsstudie für Psychotherapeutische Medizin PSY III“ (Leitner, 2008) im Jahr 2000. Anfang des Jahres 2001 wurde vom Land Niederösterreich zum Ausbau der Forschungsaktivitäten der Donau-Universität Krems ein Zuschuss von 5 Mio ATS gewährt. Das Zentrum für Psychosoziale Medizin (später Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, jetzt Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit) reichte zu diesem Zeitpunkt Anträge für eine Evaluation von Supervision und für das Projekt Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin ein. Eine interne Kommission der Donau-Universität Krems stellte dem Zentrum zwar Mittel für das Supervisionsforschungsprojekt zur Verfügung, weitere Bemühungen der Zentrumsleitung (jetzige Departmentleitung) für die Förderung des Psychotherapieforschungsprojektes blieben damals erfolglos.

2005 wurde vom Bundesministerium für Gesundheit das vom Departmentleiter im Jahr 2000 eingereichte Fachspezifikum „Integrative Therapie“ anerkannt. Die Donau-Universität Krems wurde damit Ausbildungsträgerin für diese Psychotherapiemethode und bekam einen Sitz und eine Stimme in der Vollversammlung des Psychotherapiebeirats sowie in deren Forschungs- und Beschwerdeausschuss. Im Beschwerdeausschuss tauchte in der Folge eine Reihe von Themen und Inhalten auf, die eine Studie zur Unbedenklichkeit für diesen Beruf geradezu herausforderte. Daraus entstand die Idee, das ursprüngliche Ziel wieder aufzunehmen und das bereits 2001 geplante Projekt unter dem Namen „**Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden**“ (RISK) durchzuführen.

Der Qualitätssicherung wird in medizinischen und psychotherapeutischen Versorgungsstrukturen zunehmend mehr Bedeutung beigemessen, sie stellt jedoch für die psychotherapeutische Versorgung ein komplexes Unterfangen dar. Forschung in diesem Bereich muss daher multimethodisch vorgehen und detailliert deskribieren wie analysieren. Besonderer Wert wurde deshalb darauf gelegt, im Forschungsprozess eine Reihe von unterschiedlichen Perspektiven einzubeziehen: die Sicht von PatientInnen, die Beschwerden führten, die Sicht der PatientInnen, die sich in einer psychotherapeutischen Behandlung befinden/befanden, und die Sicht von PsychotherapeutInnen, die sich in Form von Gruppendiskussionen mit dem Thema beschäftigten. Dies sollte ermöglichen, sich dem

Gegenstand von verschiedenen Seiten zunächst zu nähern und ihn mittels Triangulation so weit wie möglich auszuleuchten.

Entlang des aktuellen Forschungsstandes und der bisherigen Forschungsergebnisse fokussiert das Projekt folgende Forschungsfragen:

- Welche Nebenwirkungen können bei einer psychotherapeutischen Behandlung auftreten und wie häufig kommen diese vor?
- Gibt es Risikofaktoren oder Prädiktoren für Therapiemisserfolg, Schäden und Nebenwirkungen?
- Worin liegen die Ursachen für Nebeneffekte und Schäden?
- Wie können negative Therapiefolgen diagnostiziert und zukünftig verhindert werden?

Ziel der Studie war, das Problemfeld darzustellen, weiter auszuformulieren und einen breiten Überblick über mögliche Risiken, Nebenwirkungen und Schäden von Psychotherapie zu bekommen, nicht zuletzt, um mögliche Gegenmaßnahmen zu erfassen. Die vorliegende mehrperspektivische Untersuchung gibt darüber Auskunft, welche positiven wie negativen Erfahrungen innerhalb des psychotherapeutischen Kontextes gemacht wurden und wie sich Schäden und Nebenwirkungen äußern können. Des Weiteren werden Risiken und mögliche Ursachen für unerwünschte Effekte beschrieben. Das Psychotherapiegesetz und der Berufskodex wurden herangezogen (siehe Anhang B.1-B.5), da sie wichtige Bezugsgrößen für die Fragestellung der Untersuchung darstellen. Aus forschungsmethodischen Gesichtspunkten wurde jedoch die juristische Perspektive ausgeklammert, um die oben angegebenen Fragestellungen im Fokus zu behalten. Das Phänomen selbst sollte ohne einschränkende Vorannahmen untersucht werden, wobei die gesetzlichen Rahmenbedingungen und berufsethischen Vorgaben mit ihren positiven und möglicherweise auch negativen normativen Wirkungen, nicht jedoch deren rechtliche Umsetzung, in das Zentrum des Interesses gestellt wurden.

Nach dieser Einführung widmet sich das erste Kapitel des vorliegenden Berichts dem Forschungsstand zum Thema Risiken, Nebenwirkungen und Schäden im Kontext von Psychotherapie. Nach einer kurzen Reflexion über mögliche Gründe, warum das Thema unerwünschter Effekte in der Psychotherapieforschung so stark vernachlässigt wird, erfolgt die Klärung zentraler Begrifflichkeiten und Annahmen im vorliegenden Forschungsvorhaben. Danach wird der Blick darauf gerichtet, inwiefern es bisherigen Untersuchungen gelungen ist, Auskunft zur Prävalenz von Risiken, Nebenwirkungen und Schäden zu

geben. Nach einer Darlegung bisher erforschter Ursachen und Bedingungen von unerwünschten Therapieeffekten werden die Möglichkeiten der Prävention und Intervention reflektiert, die bisher in Forschung und Praxis deutlich geworden sind.

Im zweiten Kapitel zum Forschungsdesign werden die einzelnen Forschungsphasen und die verwendeten qualitativen und quantitativen Zugänge, Erhebungen, Stichproben und Auswertungsmethoden beschrieben. Grafiken dienen dazu, den Forschungsprozess und den Aufbau des Konzeptes zu veranschaulichen. In diesem Kapitel wird auch auf die Möglichkeiten und Grenzen der vorliegenden Untersuchung eingegangen. Im dritten Kapitel erfolgt die Ergebnisdarstellung getrennt nach den einzelnen methodischen Herangehensweisen: die qualitativen Ergebnisse der Beschwerdebriefe, die qualitativen Ergebnisse der ExpertInnen Diskussionen, die quantitativen Ergebnisse der PatientInnenbefragung Niederösterreich und die quantitativen Ergebnisse der Online-Befragung.

Die Ergebnisse der einzelnen Forschungsschritte sind nach der Systematik des Qualitätsbegriffs nach Donabedian (1966, 1988) in Struktur, Prozess und Ergebnis unterteilt. Die Strukturqualität lässt sich erneut in drei Variablen aufteilen: die Settingvariablen, die PatientInnenvariablen und die TherapeutInnenvariablen. Unter die Settingvariable fallen alle Rahmenbedingungen einer psychotherapeutischen Behandlung. Die PatientInnenvariable und TherapeutInnenvariable bezeichnen alle Aspekte der Strukturqualität, die bei dem/der BehandlerIn bzw. dem/der TherapieempfängerIn angesiedelt sind. Unter Prozessqualität werden alle Interaktionen und Interventionen im psychotherapeutischen Prozess selbst subsumiert. Der therapeutischen Beziehung zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn wird hier eine wesentliche Rolle beigemessen. Innerhalb der Ergebnisqualität werden alle Auswirkungen des therapeutischen Prozesses auf die Persönlichkeit der PatientInnen, Veränderungen hinsichtlich ihres sozialen Umfeldes, sozio-emotionale Veränderungen, Veränderungen der Lebenszufriedenheit sowie eben auch Schäden inkludiert.

Im vierten Kapitel werden die Erkenntnisse aus dem vorliegenden Projekt kritisch im Hinblick auf die Fragestellungen und unter Einbezug des Theorie- und Forschungsstandes zum Thema Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie reflektiert. Als eines der zentralen Ergebnisse stellte sich heraus, wie bedeutsam die Partizipation (Leitner, 2009) der PatientInnen im Prozess der Psychotherapie in die Prävention und Intervention unerwünschter Wirkungen von Psychotherapie eingreift. Ein wichtiges Resultat der vorliegenden Studie stellt daher die Entwicklung einer PatientInneninformation (siehe Anhang A) dar, die (zukünftige) PatientInnen und ihre Angehörigen allgemein über Psychotherapie, ihre Methoden, Settings und Rahmenbedingungen aufklärt. Mit der vorliegenden

Studie soll daher nicht nur Wissen über Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie ermöglicht werden, sondern zugleich Problembewusstsein und Möglichkeiten der Handhabung hinsichtlich der Thematik bei PsychotherapeutInnen und verwandten Berufsgruppen, jedoch auch bei PsychotherapieempfängerInnen geschärft werden.

Ein kurzer Ausblick mit Vorschlägen für zukünftige Forschung schließt den Bericht als fünftes Kapitel ab. Im Anhang finden sich neben der PatientInneninformation (A) Gesetzestexte (B.1-B.11), Informationen zur Finanzierung von Psychotherapie in Österreich (B.12-B.13) sowie ergänzende Materialien zum qualitativen (C-D) und zum quantitativen Untersuchungsteil (E-F) sowie die Fragebögen der beiden quantitativen Untersuchungsabschnitte (G).

1 Stand der Forschung

Wie in allen Bereichen des Gesundheits- und Sozialwesens spielt auch in der Psychotherapie Qualitätssicherung vor allem aus Gründen des PatientInnenschutzes eine tragende Rolle (Laireiter & Vogel, 1998). Im Mittelpunkt gängiger Qualitätsprüfungen steht die grundsätzliche Wirksamkeit der Therapie, also deren Effektivität auf PatientInnenseite (Leitner, Liegl, Märtens & Gerlich, 2009). Aufgrund von breit angelegten Metaanalysen kann seit Ende der 1970er-Jahre (Smith, Blass & Miller, 1980) davon ausgegangen werden, dass psychotherapeutische Interventionen im Allgemeinen eine hohe, positive Wirkung erzielen (Strauß & Wittmann, 2005) und verschiedene Störungsbilder mit unterschiedlichen Therapiemethoden erfolgreich behandelt werden können (Grawe, Donati & Bernauer, 1994; Lambert, 2004; Lambert & Ogles, 2004). Cooper (2008) spricht deshalb in einer aktuellen Übersicht zu den wesentlichen empirischen Befunden der Forschung davon, dass die Fakten sehr freundlich für die Psychotherapie aussehen.

Obwohl damit empirisch bestätigt ist, dass Psychotherapie im Allgemeinen positive Effekte bewirkt, kann – wie auch in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung – davon ausgegangen werden, dass bei einem gewissen Prozentsatz der Behandlung auch unerwünschte Effekte auftreten (Bergin, 1963; Eysenck, 1952; Mays & Franks, 1985; Kleiber & Kuhr, 1988; Lieberei & Linden, 2008). Diesbezüglich fällt auf, dass sich unter der Vielzahl an Effektivitätsstudien kaum empirische Arbeiten finden, die sich systematisch mit Risiken und negativen Effekten beschäftigen (Lieberei & Linden, 2008), obwohl der aktuelle Stand der Forschung keinen Zweifel daran lässt, dass Psychotherapie auch mit Symptomverschlechterungen und/oder Verschlechterung der Lebensqualität einhergehen kann (Kraus, 2010; Lambert, Hawkins & Hatfield, 2002; Leitner, Liegl, Gerlich, Koschier & Hinterwallner, 2010; Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2003).

Während bis in die 1980er-Jahre die Möglichkeit einer Symptomverschlechterung infolge psychotherapeutischer Interventionen von der Forschung kaum wahrgenommen wurde (Jacobi, 2002; Kächele, 2011) und auch aktuell noch viele TherapeutInnen die von ihnen angewendeten Methoden als nebenwirkungsfreie Intervention ansehen (Nutt & Sharpe, 2008), scheint sich in der Forschung aktuell ein zunehmendes Bewusstsein für unerwünschte Effekte in der Psychotherapie zu entwickeln. Allerdings steckt diese Entwicklung, seit Eysenck die ExpertInnen 1952 mit seinem Hinweis aufgeschreckt hat, dass lange Psychoanalysen mehr Verschlechterungen hervorrufen als keine Therapie, immer noch in den Kinderschuhen, schreitet nur langsam voran und hat längst noch nicht alle

Beteiligten erreicht, obwohl es bereits in der 1990er-Jahren eine kurze Phase verstärkten Interesses gab (Kächele & Grundmann, 2011).

1.1 Ursachen für die Vernachlässigung unerwünschter Effekte von Psychotherapie

Eine mögliche methodische Ursache für die Vernachlässigung negativer Auswirkungen von Psychotherapie in der Forschung ist die Tatsache, dass den Berechnungen in Wirksamkeitsstudien – so auch bei Metaanalysen – häufig Mittelwertsvergleiche zugrunde liegen. Bei mehrheitlich positiven Ergebnissen führt diese Vorgehensweise dazu, dass Verschlechterungen unentdeckt bleiben (Leitner et al., 2010). Außerdem sind negative Therapieverläufe gegenüber positivem Outcome in Studien vermutlich unterrepräsentiert, da PatientInnen, die keine Besserung oder sogar eine Verschlechterung ihrer Beschwerden verzeichnen, ihre Therapie häufig rasch wieder beenden (Berk & Parker, 2009). Berk und Parker (2009) halten als zusätzliche Schwierigkeit bei der Untersuchung von unerwünschten Effekten fest, dass Verschlechterungen oft auch nur schwer auf einen negativen Therapieprozess zurückzuführen sind, sondern multifaktorielles Wirkgeschehen mit Einflüssen aus dem Umfeld und der Lebenssituation der PatientInnen darstellen.

Daneben kann auch mangelndes Problembewusstsein auf TherapeutInnenseite dazu beitragen, dass unerwünschten Therapieverläufen so wenig Aufmerksamkeit geschenkt wurde und immer noch wird. Busch und Lemme (1992) kamen vor ca. 20 Jahren zu dem Schluss, dass etwa 70% der befragten TherapeutInnen, die seit zehn Jahren ihren Beruf ausüben, die Vorstellung von Nebenwirkungen ablehnten. Des Weiteren deuten klassische Befunde wie Forschungsergebnisse aus der jüngsten Vergangenheit darauf hin, dass die Berufsgruppe der PsychotherapeutInnen besonders von Wahrnehmungsverzerrungen zugunsten der eigenen Fähigkeiten betroffen ist (vgl. u. a. Busch & Lemme, 1992; Freiburger, 2008; Lieberei & Linden, 2008). In einer Studie zur Selbsteinschätzung von Walfish, McAlister, O'Donnell und Lambert (2009) gaben rund die Hälfte der befragten TherapeutInnen an, dass es niemals zu Verschlechterungen bei den eigenen PatientInnen komme.

PatientInnen kann zwar keinesfalls die Sorge dafür zugewiesen werden, negative Aspekte einer Psychotherapie zu verhindern, aber sie können natürlich dennoch eine Rolle dabei spielen, ob negative Therapiewirkung unerkannt bleibt oder nicht. Dimidjian und Hollon (2010) verweisen darauf, dass bei verschiedenen Störungsbildern der natürliche Krankheitsverlauf nicht konstant bzw. nicht vorhersehbar ist, was wiederum die Ursachen-

zuschreibung von Symptomverschlechterungen erschwert. Außerdem kann es passieren, dass PatientInnen aus verschiedenen Gründen negative Verläufe nicht bemerken bzw. berichten oder davon ausgehen, dass Verschlechterungen als zum normalen Therapieverlauf gehörend akzeptiert werden müssen (Berk & Parker, 2009).

1.2 Risiken, Nebenwirkungen und Schäden – was ist das überhaupt?

Als einen weiteren Grund für den unbefriedigenden Forschungsstand bezüglich unerwünschter Wirkungen von Psychotherapie nennt Jacobi (2001) die unzureichende Konzeptualisierung von Therapiemisserfolgen und unerwünschten Wirkweisen. Um das Thema systematisch beforschen zu können, besteht die Notwendigkeit, Begrifflichkeiten wie „Misserfolg“, „Nebenwirkung“, „Therapieschaden“ etc. zu definieren und zu differenzieren (ebd.). Während es in anderen medizinischen Bereichen, insbesondere im medikamentösen Bereich, meist klare Definitionen von Nebenwirkungen gibt und die Erfassung von unerwünschten Ereignissen gesetzlich vorgesehen ist (Kohnen, Fichte, Hofmann, Kastrup & Meng, 1996; Kunath, 2003), wurden in der Psychotherapieforschung erst in den letzten Jahren von verschiedenen AutorInnen recht unterschiedliche Definitionen für negative Effekte vorgeschlagen. Diese Versuche unterscheiden sich jedoch bezüglich ihrer Herangehensweisen und fallen uneinheitlich aus.

Kächele und Grundmann (2011) nennen vier verschiedene Fehlertypen, je nach Fehlerquelle: (1) **strukturell bedingte Fehler**, wobei Faktoren wie z. B. Personalmangel eine Rolle spielen und zur Überforderung der TherapeutInnen führen können, (2) **methodenspezifische Risiken** (vgl. dazu auch Märtens & Petzold, 2002a), (3) **situations- oder personenspezifische Fehler** und (4) Fehler, die aus einer **Kombination** der Fehlertypen (1) bis (3) entstehen.

Dagegen haben Hoffmann, Rudolf und Strauß (2008) eine Einteilung nach den Auswirkungen von Fehlentwicklungen vorgenommen: **Misserfolge** liegen vor, wenn explizite oder implizite Therapieziele nicht erreicht werden. Von **unerwünschten Wirkungen** oder **Nebenwirkungen** ist die Rede, wenn negative Effekte neben den angestrebten Therapiezielen auftreten. Schließlich wird „das Auftreten unerwarteter, anhaltender und für den Patienten erheblich nachteiliger Auswirkungen der Therapie“ als **Therapieschaden** bezeichnet (ebd., S. 5).

Eine andere Einteilung von therapeutischen Misserfolgen in der Verhaltenstherapie nimmt Jacobi (2001) in Form einer Erweiterung der Klassifikation von Foa und Emmelkamp (1983) vor:

- (1) **Misserfolge im Vorfeld der Behandlung:** PatientInnen haben keinen Zugang zu Therapie.
- (2) **Therapie-Ablehner** (refusals): PatientInnen werden schon im Informationsstadium abgeschreckt.
- (3) **Abbrecher** (drop-outs): Hier sind sinnvolle vorzeitige Beendigungen aus PatientInnensicht von Fällen mit möglicherweise erfolgreichen Weiterbehandlungen zu unterscheiden.
- (4) **Nicht-Reagierer** (non-responder): PatientInnen, die auf die Behandlung aus den unterschiedlichsten Gründen nicht ansprechen.
- (5) **Verschlechterungen** (deterioration-effects): Zunahme der Eingangsprobleme und/oder Auftreten anderer Probleme und Symptome, die längerfristig erhalten bleiben.
- (6) **Rückfälle** (relapses): In der Therapie konnte eine erhebliche Symptomreduktion erreicht werden, nach der Therapie kommt es allerdings kurz- oder langfristig wieder zu Verschlechterungen.

Diese Klassifikation wurde von Märtens und Petzold (Märtens & Petzold, 2002a; Petzold & Märtens, 2002) auf zwölf Problembereiche erweitert, sodass sie grundsätzlich zur Erfassung unerwünschter Effekte therapeutischer Interventionen in unterschiedlichen Settings verwendet werden kann. Folgende Phänomene wurden dabei als unerwünscht identifiziert:

- (7) **Investierte Zeit und Kosten** auf PatientInnenseite.
- (8) **Effekte auf das Therapienutzerverhalten:** Enttäuschungen, die eine spätere notwendige Inanspruchnahme behindern, Therapieabhängigkeit, Immunisierung gegen spätere Therapie etc.
- (9) **Veränderungen von Einstellungen, Problembewältigungsmöglichkeiten und Lebensstil:** Hier müssen gezielt therapieschulenspezifische Denk- und Wahrnehmungsmuster wie z. B. psychoanalytische Deutungen, Selbstkonfrontationsstrategien, Paradoxe Verschreibungen, Umdeutungen, Introspektion etc. erfasst werden.
- (10) **Veränderungen in privaten Beziehungen.**
- (11) **Veränderungen im Berufsleben.**
- (12) **Übernahme einer schulenspezifischen Therapiephilosophie.**

1.3 Zur geschätzten Prävalenz von unerwünschten Effekten

Obwohl nur wenig Studien vorliegen, die sich systematisch mit Risiken von und Schäden durch Psychotherapie beschäftigen, lassen einige Forschungsarbeiten vorsichtige Schätzungen bezüglich der Prävalenzrate von unerwünschten Nebenwirkungen von Psychotherapie zu, die zuverlässiger erscheinen als die Provokation von Eysenck (1952) vor 60 Jahren. Dabei ist zu erwähnen, dass es sich bei negativen Therapieverläufen keineswegs um vernachlässigende Einzelfälle zu handeln scheint. In der „Menninger-Studie“ (Wallerstein, 1986), die mit bis zu 20 Jahren damals den längsten Beobachtungszeitraum umfasste, wurden 27% der Psychotherapieverläufe bei PatientInnen der Psychoanalyse und 25% der supportiven Psychotherapie als Verschlechterungen eingeschätzt. Drei von 42 PatientInnen wurden im Laufe der Behandlung psychotisch, drei nahmen sich während der Behandlung das Leben und bei drei weiteren ereigneten sich Suizide in einem indirekten Zusammenhang mit der Behandlung. Psychotherapie ist daher als gravierende, nachhaltig wirkende Intervention zu betrachten, bei der – neben den positiven Wirkeffekten – übliche medizinische Kriterien für Schäden an körperlicher und psychischer Gesundheit durchaus als Kriterium heranzuziehen sind.

Zur absoluten Auftretenswahrscheinlichkeit von symptombezogenen Verschlechterungen, die unstrittig und therapieschulenunabhängig als unerwünschte Wirkungen anzusehen sind, werden unterschiedliche Angaben auf empirischer Grundlage diskutiert. Bereits vor 50 Jahren kam Bergin (1963) zu dem Schluss, dass sich der Zustand bei in etwa 10% der PatientInnen im Zuge der Therapie verschlechterte. 1980 zeigte eine Metaanalyse von Smith und KollegInnen (1980) Verschlechterungen bei rund 12% der PatientInnen. Eine frühere indirekte Schätzung negativer Effekte aufgrund vorliegender empirischer Studien von Grawe und Mezenen (1985) kam auch zu einer Vermutung von bis zu 30% Verschlechterungen. Die Befunde der letzten Jahre geben keinesfalls Grund zu der Annahme, dass die Zahl an PatientInnen, die von unerwünschten Therapieeffekten betroffen sind, aktuell geringer ausfällt. Ausgehend von Metaanalysen und eigenen Untersuchungen kamen Lambert und KollegInnen in unterschiedlichen Jahren zu sehr ähnlichen Ergebnissen mit einem relativ konsistenten Anteil über verschieden angelegte Studien hinweg von mindestens 2-15% (Lambert et al., 2002) bzw. 5-10% (Lambert & Ogles, 2004).

Drei Jahre später nannte Lambert (2007) ohne Differenzierung nach Settings circa 21% mehr Verschlechterungen in Psychotherapien und Beratungen als verbreitet. Im gleichen Jahr wies Lilienfeld (2007) darauf hin, schon in der klassischen Metaanalyse von Smith

und KollegInnen (1980) sei aus den Daten zu erkennen gewesen, dass insbesondere bei Kindern und Jugendlichen bereits damals negative Therapieergebnisse bei 29% deutlich erkennbar waren (vgl. dazu auch Märtens & Petzold, 1995). Während verschiedene andere AutorInnen ähnlich wie zuvor Lambert und Ogles (2004) von einem Anteil von ca. 10% Verschlechterungen ausgehen (vgl. u. a. Jarrett, 2007; Berk & Parker, 2009), gelangen Kraus, Castonguay, Boswell, Nordberg und Hayes (2011) in einer aktuellen Studie sogar zu einer weitaus kritischeren Einschätzung. Sie belegen, dass 11-38% der PatientInnen Verschlechterungen der Symptomatik im Zuge der Therapie aufweisen, die im Wesentlichen auf den Einfluss der behandelnden TherapeutInnen zurückzuführen sind.

Leitner und KollegInnen (2010) konnten zeigen, dass PatientInnen neben Verschlechterungen bezüglich ihrer Symptomatik auch in weiteren Lebensbereichen von ungünstigen Entwicklungen betroffen sind. In einer Wirksamkeitsstudie zur Integrativen Therapie zeigte sich, dass etwa 19% der Befragten keinerlei Veränderung bezüglich ihrer subjektiv erlebten Lebenszufriedenheit im Zuge der Therapie feststellen konnten und weitere 12% sogar von teilweise drastischen Verschlechterungen in wesentlichen Bereichen ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit berichteten. Diesbezüglich kommt Kraus (2010) zu dem Schluss, dass sich bei 5% der TherapeutInnen die Lebensqualität beim überwiegenden Anteil der PatientInnen im Laufe der Therapie verschlechtert. Wampold und Brown belegten 2005 in einer Studie an 6000 PatientInnen ebenfalls erhebliche klinisch bedeutsame Verschlechterungen, sodass an einer weiten Verbreitung bei unterschiedlichen PatientInnengruppen kein Zweifel bestehen kann, wenngleich das Ausmaß immer vom Behandlungskontext und der PatientInnenstichprobe abhängt.

1.4 Ursachen und Bedingungen von unerwünschten Therapieeffekten

Wenn auch die teilweise sehr unterschiedlichen Befunde zu Prävalenzraten von Misserfolgen und negativen Effekten von Psychotherapie keine eindeutigen Aussagen über die tatsächliche Auftretswahrscheinlichkeit zulassen, so zeigen sie zumindest auf, dass auch Psychotherapie nicht als nebenwirkungsfreie Behandlungsmethode angesehen werden kann und ebenso Risiken für PatientInnen birgt wie andere medizinische Maßnahmen auch. Im Sinne des PatientInnenschutzes und der oben angesprochenen geforderten Qualitätssicherung muss von diesen Erkenntnissen ausgehend diskutiert werden, welche Faktoren Misserfolge begünstigen, um in Zukunft Präventions- und Interventionsmaßnahmen anbieten und Schädigungen verhindern bzw. eindämmen zu können.

Grundsätzlich kann in Bezug auf Risikobedingungen nach Hoffmann und Kollegen (2008; vgl. bereits Bergin, 1963; Strupp, Hadley & Gomes-Schwartz, 1977; Strupp, 1980) zwischen (1) **patientInnenseitigen Ursachen**, (2) **therapiespezifischen Ursachen** und (3) **therapeutInnenseitigen Ursachen** für unerwünschte Therapiewirkungen unterschieden werden, wie sie im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (aktuell in 5. Auflage: Lambert, 2004) seit 40 Jahren zur Erforschung psychotherapeutischer Prozesse diskutiert werden.

(1) PatientInnenseitige Risikoursachen und -bedingungen

Unter Risikobedingungen aufseiten der PatientInnen sind vor allem mit deren jeweiliger Symptomatik einhergehende ungünstige Voraussetzungen zu verstehen, die bezüglich der Behandlung mit bestimmten psychotherapeutischen Verfahren oder Methoden schlechte Erfolgchancen mit sich bringen oder das Risiko erhöhen, negative Effekte zu entwickeln. Dazu gehören beispielsweise eine schlechte Reflexionsfähigkeit, mangelnde Introspektionsfähigkeit, schwere Persönlichkeitsstörungen etc. PatientInnenseitige Voraussetzungen werden erst in Kombination mit anderen Therapiecharakteristika zu Risiken und können nicht als Ursache negativer Therapieverläufe gesehen werden. Seitens behandlungsbedürftiger PatientInnen gar von Schuld für Misserfolg zu sprechen, verkehrt das Verhältnis PatientIn – PsychotherapeutIn.

(2) Therapiespezifische Risikoursachen und -bedingungen

Mit therapiespezifischen Variablen sind Risikobedingungen gemeint, die mit der jeweiligen therapeutischen Methode in Zusammenhang gebracht werden können. Zu diesem Sachverhalt gibt es unterschiedliche Ergebnisse (vgl. dazu ausführlich Lilienfeld, 2007; s. u.). Hoffmann und Kollegen (2008) gehen beispielsweise davon aus, dass bestimmte Anwendungsweisen psychoanalytischer Verfahren besonders häufig unerwünschte Effekte hervorrufen können (vgl. auch Märtens & Petzold, 2002b; Lambert, 2004), obwohl sich die Psychoanalyse – entgegen häufiger PatientInnenberichte (z. B. Drigalski, 2002) – bisher kaum mit diesem Thema befasst hat (Fäh, 2002). Hoffmann und Kollegen (2008) nennen als mögliche Risikobedingung die „problematische Logik des Mehr des Gleichen“ (ebd., S. 11) und meinen damit, dass PsychoanalytikerInnen dysfunktionales PatientInnenverhalten als destruktive Impulse seitens der PatientInnen interpretieren, wobei psychoanalytisch-theoretisch mit längerer und intensiverer Behandlung entgegengewirkt werden soll. Dies kann dazu führen, dass negative Verläufe nicht erkannt und PatientInnen in ein langes, oft schädigendes Abhängigkeitsverhältnis zu den TherapeutInnen gebracht werden, ohne dass die gewünschte Wirkung erzielt werden kann (Hoffmann et al., 2008). Zu beachten

ist, dass sich dieser Zusammenhang speziell auf die Psychoanalyse bezieht, aber auch für andere Verfahren zutreffen kann und sicher nicht alle tiefenpsychologisch-psycho-dynamisch orientierten Therapierichtungen gleichermaßen betrifft. Auch steht infrage, ob sich die negativen Ergebnisse stärker auf die Dauer der Psychotherapie beziehen als auf das Verfahren. Insgesamt ist die Forschungslage noch zu dünn, um eindeutige Aussagen zu treffen.

Um ein weiteres Beispiel für therapiespezifische Risikobedingungen zu nennen, sind nach Jacobi (2002) auch in der Verhaltenstherapie Gründe für Misserfolg zu finden: Erstens haben viele unter praxisfernen Bedingungen gewonnene Forschungsergebnisse Übertragung in die therapeutische Praxis gefunden, zweitens wird der häufige Einsatz von Manualen als problematisch beschrieben, da so ein auf einzelne PatientInnen zugeschnittenes Vorgehen unterdrückt wird. Andererseits erfahren PatientInnen in der Verhaltenstherapie weniger Abhängigkeit, was bei Unzufriedenheit einen Abbruch ermöglicht, bevor sich die Therapie schädlich auswirken kann (Hoffmann et al., 2008). Zu den anderen Verfahren gibt es noch nicht ausreichend Studien, um eine Bestandsaufnahme vorzunehmen.

(3) TherapeutInnenseitige Risikoursachen und -bedingungen

Obwohl davon auszugehen ist, dass alle psychotherapeutischen Methoden in ungünstiger Kombination mit anderen Variablen Risiken bergen (Hoffmann et al., 2008), deuten verschiedene Befunde darauf hin, dass psychotherapeutischer Erfolg und Misserfolg stärker von der Person des/der TherapeutIn als von der angewendeten Methode abhängt (Crits-Christoph et al., 1991; Okiishi et al., 2003; Lecompte, 2010; Kraus et al., 2011). Bezüglich ungünstiger Therapieverläufe scheint es daher sinnvoll, auf therapeutInnenseitige Risiko-bedingungen besonderes Augenmerk zu legen. Ein möglicher Risikofaktor, der von TherapeutInnen ausgeht, wurde bereits angesprochen, nämlich die Neigung zu Wahrnehmungsverzerrungen zugunsten der eigenen Fähigkeiten (u. a. Walfish et al., 2009). Diesen Befund unterstützend zeigen die Ergebnisse von Hannan und KollegInnen (2005) auf, dass tatsächlich nur 20% der von den PatientInnen erlebten Verschlechterungen auch von deren TherapeutInnen bemerkt werden. Reimer (2008) stellt hierzu fest, dass PsychotherapeutInnen bei wahrgenommenen Verschlechterungen die Ursache häufig bei den PatientInnen und deren Abwehr oder in therapie-externen Bedingungen, nicht aber bei sich selbst oder den angewandten Methoden suchen. Während sich TherapeutInnen an positiven Ergebnissen selbst die Hauptverantwortung zuschreiben, sehen sie sich kaum beteiligt an negativen Verläufen. Lieberei und Linden (2008) meinen hierzu, dass negative

Effekte von Psychotherapie, anders als Medikamentennebenwirkungen, in der Vorstellung mit einem Scheitern der TherapeutInnen verknüpft sind. Aus narzisstisch motivierten Gründen kann es so dazu kommen, dass Misserfolge external, nämlich durch Fehlverhalten der jeweiligen PatientInnen begründet werden (ebd.).

Hoffmann und Kollegen (2008) weisen darauf hin, dass fehlende förderliche TherapeutInnenmerkmale wie Empathie, Selbstreflexivität u. v. m. (vgl. z. B. Eckert, Biermann-Ratjen & Höger, 2006; Elliott, 2000) das Risiko schädigender Auswirkungen erhöhen und für ausbleibende Therapieerfolge verantwortlich sein können. Interessanterweise scheinen ungünstige Verhaltensweisen bei bestimmten PsychotherapeutInnen immer wieder aufzutreten, bei anderen dagegen selten. In Prozessstudien, die sich über lange Zeiträume erstrecken, wurde dieses Ergebnis bereits mehrfach aufgefunden (Hoffmann et al., 2008; vgl. auch bereits Okiishi et al, 2003). Eine zentrale Fehlerquelle in psychotherapeutischen Interaktionen ist die professionelle Beziehungsgestaltung. Obwohl oder gerade weil die therapeutische Beziehung zu den wichtigsten Wirkfaktoren in der Psychotherapie zählt (z. B. Grawe, 2005; Hermer & Röhrle, 2008; Strauß & Wittmann, 2005), kann diese auch maßgeblich an einem unerwünschten Therapieverlauf beteiligt sein, insbesondere dann, wenn der/die PatientIn ein zu starkes Abhängigkeitsverhältnis zum/zur TherapeutIn entwickelt (Linden, 2011).

Bezogen auf die Verhaltenstherapie nennt Linden (2011) unterschiedliche ungünstige Therapiebedingungen, die mit therapeutInnenspezifischen Variablen zusammenhängen und zu Nebenwirkungen führen können, wobei die genannten Faktoren auch auf andere Therapieformen und Methoden übertragbar sind (Lieberei & Linden, 2008). Dazu zählen: (1) **Diagnostische Probleme**, die entstehen können aufgrund der Tendenz von TherapeutInnen, Symptome vorwiegend psychologisch zu erklären, auch wenn andere Faktoren zugrunde liegen; (2) Urteilsverzerrungen aufgrund **theoretischer Vorannahmen**, wobei hier vor allem die jeweilige methodenspezifische Perspektive zu Fehlinterpretationen führen kann; (3) der fehlgeschlagene Einsatz von **Behandlungsstrategien**; (4) das **falsche technische Vorgehen**, wobei bezüglich des Einsatzes von therapeutischen Techniken nicht eindeutig von richtig und falsch gesprochen werden kann; (5) **Nebenwirkungen aufgrund von Sensitivierungsprozessen**, z. B., wenn aufgrund von Gesprächen über ein traumatisches Erlebnis die psychische Störung verstärkt, wiederbelebt oder gar erst ausgelöst wird; und schließlich (6) **unerwünschte Effekte aufgrund von Beziehungs- bzw. Machtmissbrauch der TherapeutInnen**. Zu Letzterem zählt neben dem narzisstischen Missbrauch und Missbrauch zur Befriedigung der eigenen Bindungsbedürfnisse auch der sexuelle Missbrauch, der aufgrund der Dominanzposition des/der

TherapeutIn auch dann als solcher zu sehen ist, wenn der/die PatientIn in den sexuellen Kontakt einwilligt.

Einige dieser TherapeutInnenfehler werden in psychotherapeutischen Ethikkodizes und berufsrechtlichen Pflichten benannt und können auch rechtlich verfolgt werden. Die meisten anderen Fehler von PsychotherapeutInnen bewegen sich jedoch in einem subtilen Feld von Intimität, Beziehung und Abhängigkeit und sind schwer benennbar, nachweisbar oder juristisch verfolgbar.

1.5 Möglichkeiten der Prävention oder Intervention

Obwohl gerade in den letzten Jahren das Forschungsinteresse bezüglich Risiken und unerwünschten Wirkungen von Psychotherapie deutlich gestiegen ist (Strauß, 2010), wird Psychotherapie noch immer eher als nebenwirkungsfreie Behandlungsform betrachtet (s. o.). Vor allem die Sensibilisierung von TherapeutInnen für diese Thematik braucht weitere Anstrengungen, um negativen Therapieverläufen entgegenwirken zu können, so Linden (2011): Er schlägt vor, dass jegliche Psychotherapie nebenwirkungsgelitet erfolgen sollte. Obwohl gerade der Sensibilisierung von TherapeutInnen gegenüber Charakteristiken von Fehlentwicklungen und unerwünschten Effekten eine besondere Bedeutung zugeschrieben wird, sind diese im Vergleich zu PatientInnenvariablen bisher empirisch nicht ausreichend untersucht worden (Hoffmann et al., 2008) und erfordern zukünftig eine besondere Evaluation auf TherapeutInnenseite (Märtens, 2012).

PatientInnenvariablen überhaupt als Ursachen für unerwünschte Effekte heranzuziehen, stellt eine Umkehrung der Verantwortlichkeiten dar. Im Bereich der Prävention oder Intervention gegenüber Fehlverhalten in der Psychotherapie sind sie jedoch mitzudenken, da patientInnenseitige Charakteristiken einen erheblichen Einfluss auf Veränderungsprozesse darstellen (Castonguay, 2010). Garfield (1994) sah sie nicht als Ursachen, sondern neutral als Variablen. Gibt es PatientInnenvariablen, die zu unerwünschten Wirkungen oder Therapieschäden führen, so sind diese aus behandlungstechnischer Sicht wahrzunehmen, entsprechend in der Behandlung zu berücksichtigen oder als Kontraindikationen von TherapeutInnen zu respektieren. Manchmal ist eine Behandlung dann zu unterlassen. Ursachen für Behandlungsfehler liegen in der Art der Behandlung und nicht in dem/der PatientIn. Allenfalls können PatientInnenvariablen als Risikofaktoren betrachtet werden.

Die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren haben sich in den letzten Jahren sehr wenig mit Negativwirkungen der eigenen Therapiemethoden beschäftigt (Lambert, 2007),

und es fehlt diesbezüglich weitgehend an differenzierten Befunden. Abschließend sei erwähnt, dass auch die oben genannten Schätzungen bezüglich der Prävalenzraten von unerwünschten Effekten – abgesehen von den Studien von Wampold und Brown (2005) sowie Kraus und KollegInnen (2011) – häufig auf unsystematisch angelegten Studien beruhen (Kraus et al., 2011). Daten dazu wurden meist anhand sehr spezifischer Stichproben untersucht und auf unterschiedliche Weise erhoben. Generalisierte Aussagen bezüglich aller Aspekte psychotherapeutischer Nebenwirkungen und Risiken sind daher immer mit Vorbehalt zu betrachten und machen auch nur Sinn, wenn man diese Angaben auf Behandlungsformen unter Berücksichtigung des/der TherapeutIn als wichtige Einflussgröße und einen Behandlungskontext (z. B. Praxis oder Klinik) bezieht. Solche differenzierten Informationen sind zum derzeitigen Stand der Forschung nur sehr eingeschränkt möglich und liegen deshalb zur PatientInneninformation nicht vor.

2 Forschungsdesign

Da sich – wie in Kapitel 1 Stand der Forschung dargestellt – erst in den letzten Jahren ein verstärktes Forschungsinteresse bezüglich Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie (Märtens & Petzold, 2002a) entwickelt hat und damit bisher wenige empirisch gesicherte Befunde zum Thema vorliegen, wurde ein Design entwickelt, das auf einer Triangulation qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden (Flick, 2004) basiert. Es war für diese explorative Studie, die einen Überblick über Arten und Prävalenz möglicher Nebenwirkungen, Risiken und Schäden durch Psychotherapie geben sollte, sinnvoll, qualitative und quantitative Methoden zu kombinieren, um ein differenziertes Bild des Phänomens geben zu können (Kelle, 2008, zit. nach Lamnek, 2010). Multiperspektivisch wurden qualitative Daten sowohl von ExpertInnen (Gruppendiskussion) und PatientInnen (über die Beschwerdebriefe und Fragebögen) zur Beantwortung der in der Einleitung genannten Fragestellungen (siehe Kapitel Einleitende Worte) herangezogen und so verschiedene Perspektiven verknüpft. Die quantitativen Daten aus den beiden Erhebungen (PatientInnenbefragung Niederösterreich und Online-Befragung) sollten dabei in einer Breitenperspektive die in den qualitativen Ergebnissen erhobenen Aspekte überprüfen.

Tab. 1 Untersuchungsmethodik und Forschungsschritte

Untersuchungsdesign	Untersuchungsmethodik und Forschungsschritte
Phase 1	Bekanntmachung des Forschungsvorhabens im Psychotherapiebeirat
	Analyse der Beschwerdebriefe, qualitative Auswertung
	ExpertInnenbefragung: 7 Gruppendiskussionen mit TeilnehmerInnen aus allen Fachspezifika
	Qualitative Auswertung der Gruppendiskussionen
Phase 2	Konstruktion und Probelauf des Niederösterreich-Fragebogens
	Vergabe des Niederösterreich-Fragebogens
	Auswertung des Niederösterreich-Fragebogens und Adaption des Fragebogens für die Online-Version
	Präsentation erster Ergebnisse der Niederösterreich-Befragung (Kremser Tage 2010)
Phase 3	Einstellung des Online Version Fragebogens für 6 Monate im Netz
	Statistische Auswertung des Online-Fragebogens
	Triangulation der Ergebnisse und kommunikative Validierung
	Präsentation der Ergebnisse auf weiteren Fachtagungen und Abschlussbericht, Publikationen in Vorbereitung

Im Unterschied zu älteren Systematisierungsversuchen von therapeutischen Misserfolgen und unerwünschten Effekten durch Psychotherapie (Strupp, 1993; speziell für Verhaltenstherapie: Foa & Emmelkamp, 1983; speziell für Selbsthilfemanuale: Mohr, 1995, Mohr et al., 1990, Scogin et al., 1996; für Gruppentherapie: Yalom, 1971) und neueren Alternativen, die eher auch für methodenübergreifende Untersuchungen herangezogen werden können (Hoffmann et al., 2008; methodenübergreifend: Khele, Symons & Wheeler, 2008, Caspar & Kächele, 2007), erschien bezüglich der Differenziertheit und Umsetzbarkeit die Klassifikation von Märtens und Petzold (2002a) angemessen als Rahmen für ein grundsätzliches Verständnis der untersuchten Thematik, in welches das vorliegende Projekt eingebettet ist (vgl. dazu Kapitel 1.2 in diesem Bericht).

2.1 Methodisches Vorgehen in der 1. Phase: Qualitative Methoden & Fragebogenkonstruktion



Qualitative Methoden & Fragebogenkonstruktion: parallele Erhebung und Auswertung

Abb. 1

2.1.1 Qualitative Methodik – Beschwerdebriefe

Sekundäranalyse

Die Briefe von PatientInnen an den Beschwerdeausschuss des Psychotherapiebeirates im Bundesministerium für Gesundheit wurden nicht primär für diese Untersuchung erhoben, sondern lagen bereits vor. Daher kann man nach Weischer (2007) von einer Sekundäranalyse sprechen. Das bereits vorhandene Datenmaterial wurde anonymisiert vom Bundesministerium an das Projekt weitergeleitet. Es bietet einen direkten und unverfälschten Blick auf Beschwerdeaspekte in der Psychotherapie in zahlreichen Facetten.

Sampling

Die 42 anonymisierten Dokumentationen, die in der Zeit von 1991 bis 2007 beim Beschwerdeausschuss des Bundesministeriums für Gesundheit eingegangen waren, ergaben 188 Seiten an Datenmaterial von unerwünschten Vorkommnissen inklusive einiger Zusatzinformationen (u. a. Geschlecht der PatientInnen bzw. PsychotherapeutInnen, Geburtsjahr der PatientInnen bzw. PsychotherapeutInnen und jeweilige therapeutische Orientierung).

Auswertung

Die Beschwerdebriefe wurden mit Qualitativer Inhaltsanalyse (Mayring, 2010) ausgewertet. Durch diese deskriptive Auswertungsmethode bleiben wesentliche Inhalte des Gesagten erhalten, und es entsteht ein überschaubarer Kurztex, der anschließend in Oberthemen (Kategorien) zusammengefasst wird. Diese thematische Zusammenstellung stellte einerseits eigenständige Daten als Auswertung zur Verfügung (siehe Kapitel 3.1 Qualitative Ergebnisse der Beschwerdebriefe). Sie diente andererseits zur Erstellung des Fragebogens der PatientInnenbefragung Niederösterreich und nachfolgend der Online-PatientInnenbefragung.

2.1.2 Qualitative Methodik – ExpertInnendiskussionen

Leitfadengestützte Gruppendiskussionen

Der Fokus der Gruppendiskussionen lag auf Einstellungen und Erfahrungen der PsychotherapeutInnen als ExpertInnen (Bogner, Littig & Menz, 2005) bezüglich der Ursachen von Risiken, Nebenwirkungen und Schäden von Psychotherapie. Für die Datenerhebung in der Gruppendiskussion wurde ein Leitfaden (siehe Anhang D) verwendet, um gezielt auch spezifischen Phänomenen, die in großen statistischen Stichproben oft nicht aufgefunden werden können, Raum zu eröffnen (Friedrichs, 1973, zit. nach Atteslander, 2008). Nach einer allgemeinen Einstiegsfrage gingen weiterführende Fragen auf Nebenwirkungsindikatoren, Fehlverhalten und mit der Problematik in Zusammenhang stehende Prozess- und TherapeutInnenvariablen ein.

Sampling

Insgesamt nahmen 29 TherapeutInnen, davon 16 Frauen (55%) und 13 Männer (45%), an den sieben Gruppendiskussionen teil, wobei darauf geachtet wurde, dass mindestens ein/eine TherapeutIn aus jedem der 21 in Österreich angebotenen psychotherapeutischen Verfahren vertreten war. Die Gruppendiskussionen dauerten jeweils zwischen eineinhalb und zwei Stunden und führten zu insgesamt 377 Seiten Transkript.

Auswertung

Das Datenmaterial wurde mittels computergestützter Inhaltsanalyse (Mayring, 2000) in Kombination mit einer vertiefenden induktiven Kategorienbildung unter Anwendung des Strauss'schen Kodierparadigmas (Strauss, 1987) ausgewertet. Die Transkripte der sieben ExpertInnendiskussionen wurden unter Anwendung des computergestützten Programms Atlas.ti einer zusammenfassenden Inhaltsanalyse unterzogen. Die dabei identifizierten Kategorien dienten zur Erstellung der Items für den Fragebogen der PatientInnenbefragung (siehe Anhang G.2).

Auf dieser Grundlage wurde das Datenmaterial vertiefend kodiert. In den weiteren Arbeitsschritten wurden die gefundenen Konzepte in Kategorien und deren Subkategorien gebündelt. Die Kategorien wurden weiter vertieft, indem Eigenschaften und deren mögliche Dimensionen bis zur Sättigung zusammengestellt wurden. Die Konzepte und Kategorien wurden darüber hinaus auf Beziehungen zueinander untersucht und befragt, um Subkategorien zu identifizieren.

Da das Strauss'sche handlungsorientierte Kodierparadigma sich auf die Punkte: (1) Kontext, in den das Phänomen gebettet ist, (2) kausale Bedingungen für das gefundene Phänomen, (3) Eigenschaften der Handlungsstrategien, (4) intervenierende Bedingungen, (5) eigentliche Handlungs- und Interaktionsstrategien und deren Konsequenzen bezieht, bietet es viele Möglichkeiten, auf die eingangs gestellten Forschungsfragen Antworten zu generieren.

Die Auswertung der Beschwerdebriefe und die Analyse der ExpertInnendiskussionen liefen parallel, wobei in regelmäßigen Abständen ein Austausch in Zweierteams und Diskussionen im gesamten Forschungsteam stattfanden. Die Auseinandersetzung mit dem Datenmaterial im Plenum mit PraktikerInnen und ForschungskollegInnen war ein wichtiger Schritt innerhalb der Phase der Interpretation und Kategorienbildung und diente zudem der fundierten Erstellung des Fragebogens der PatientInnenbefragung Niederösterreich und nachfolgend der Online-Befragung.

2.2 Methodisches Vorgehen in der 2. Phase: Quantitative Methodik – PatientInnenbefragung Niederösterreich

In weiterführenden Forschungssitzungen mit externen BeraterInnen wurde ein Fragebogen entwickelt, der danach 70 PsychotherapeutInnen vorgelegt wurde, um ihn auszu-

füllen und zu kommentieren. Diese konstruktiven Anmerkungen wurden aufgegriffen und in den Fragebogen integriert.



Abb. 2 PatientInnenbefragung Niederösterreich

Aufbau des Fragebogens

Der Fragebogen (siehe Anhang G.2) umfasste schlussendlich insgesamt 180 Fragen und zielte auf die Erhebung von therapie-, patientInnen- und therapeutInnenbezogenen Informationen ab, die ein allgemeines Bild vom durchschnittlichen Therapiealltag liefern sollten. In diesen 180 Fragen waren neben Fragen zur Soziodemografie sowie zu den psychotherapeutischen Rahmenbedingungen auch 61 Items (Fragen 69-129) in Form von Statements inkludiert, die von den Befragten bezogen auf ihre persönliche Therapie-situation und Beziehung zum/zur PsychotherapeutIn mittels einer 5-stufigen Skala (von 1 = „trifft völlig zu“ bis 5 = „trifft nicht zu“) beurteilt wurden.

Ebenso wurde der Aspekt der Veränderung der Lebensqualität der PatientInnen (Fragen 163-173) in einer bezogen auf die Forschungsfragen modifizierten Form der Einschätzungs-skalen allgemeiner Lebenszufriedenheit (EAL) nach Petzold, Hass, Märtens und Steffan (2000) abgefragt. Die EAL sind ein Instrument zur Messung der subjektiv empfundenen Lebenszufriedenheit und basieren auf elf Bereichen der Lebenszufriedenheit, die sich inhaltlich an den „Säulen der Identität“ orientieren, wie sie in der Persönlichkeitstheorie der Integrativen Therapie (Petzold, 2003) dargestellt werden. Folgende elf Items bildeten die Lebensqualität im Fragebogen (siehe Anhang G.2) ab: (1) Persönlichkeit und persönliche Fähigkeiten, (2) Leben, (3) Freizeit, (4) Arbeit und Beruf, (5) Körper, (6) Sexualität, (7) wirtschaftliche Situation, (8) Wohnsituation, (9) Beziehung bzw. Single-Leben, (10) Familienleben, (11) Freundeskreis. Die PatientInnen konnten diese Lebensbereiche in Bezug auf die Veränderung im Zuge ihrer Therapie von 1 bis 10 einschätzen, wobei der Wert 1 aussagte,

dass sich die Zufriedenheit mit dem jeweiligen Lebensbereich im Zuge der Therapie massiv verschlechtert hatte. Je höher der Wert angesiedelt war, desto mehr hatte sich die Zufriedenheit verbessert. Als übergeordnete Variable wurde aus den Personenmittelwerten dieser Skalen jeweils ein Gesamtwert gebildet, der als Maß für die Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit des/der jeweiligen PatientIn diente (Cronbach $\alpha = .94$).

Zusätzlich hatten die PatientInnen am Ende des Fragebogens Raum für Anmerkungen, Statements etc. zur Thematik.

Stichprobenbeschreibung

Die Fragebogenerhebung sollte ein Bild vom realen Therapiealltag in Niederösterreich liefern, um ein breites Spektrum potenziell unerwünschter Ereignisse aus der psychotherapeutischen Behandlung zu erfassen. Eine Zusammenarbeit mit der niederösterreichischen Gebietskrankenkasse gewährleistete die Zusendung eines anonymen Fragebogens an all jene PatientInnen, die im zweiten Quartal 2008 Zuschüsse zur Psychotherapie bzw. psychotherapeutischen Medizin von der Krankenkasse bezogen hatten bzw. eine von der Krankenkasse vollfinanzierte Psychotherapie erhielten.

Von den 1676 von der niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) zentral ausgeschickten Fragebögen haben 562 PatientInnen den Fragebogen bis zum Stichtag 30.04.2009 an das Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie (heute: Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit) zurückgeschickt. Davon hatten 139 Personen die Therapie bereits abgeschlossen, 355 PatientInnen waren noch in „laufender“ Therapie. 61 Personen hatten die Therapie nach eigenen Angaben abgebrochen. Von zehn Personen mussten die Fragebögen ausscheiden, da diese entweder das vorher für die Studie festgelegte Mindestalter von 18 Jahren noch nicht erreicht hatten oder der Fragebogen unzureichend ausgefüllt retourniert wurde.

Auswertung

Da bezüglich der meisten Variablen nach Durchführung des Kolmogorov-Smirnov-Tests nicht angenommen werden darf, dass den ermittelten Testwerten eine Normalverteilung zugrunde liegt, wurden in der Untersuchung häufig nonparametrische Verfahren (v. a. Mann-Whitney-U-Test, Chi-Quadrat-Einzeltest, Kruskal-Wallis-H-Test, Spearman-Korrelationskoeffizient) eingesetzt.

Das Signifikanzniveau wurde bei allen Signifikanztests auf $\alpha = .05$ festgelegt.

Faktorenanalyse

Anhand einer orthogonalen Methode – Varimax mit Kaisernormalisierung – wurden von den 61 Statements zur persönlichen Therapiesituation der PatientInnen (Fragen 69-129) Faktoren zur näheren Untersuchung bestimmt. Als Entscheidungskriterium der optimalen Faktorenanzahl wurde der Scree-Test herangezogen: Betrachtet man das Eigenwertdiagramm, ist zu erkennen, dass sich die Eigenwerte der Faktoren spätestens ab dem siebten Faktor kaum noch vom Eigenwert des jeweils nächsten Faktors unterscheiden bzw. dass ein steiler Anstieg nur zwischen den ersten sechs Faktoren zu erkennen ist. Deshalb wurde eine Anzahl von sechs Faktoren festgelegt. Diese erklären 41,6% der Gesamtvarianz.

Als Maß für die Ausprägung der PatientInnen im jeweiligen Faktor wurden die gemittelten Werte der zugehörigen Items verwendet. Dabei meinen Mittelwerte zwischen 1 und 2 eine sehr starke und Werte zwischen 2 und 3 eine eher starke Ausprägung im jeweiligen Faktor. Demgegenüber sind gemittelte Werte zwischen 3 und 4 als eher niedrige und Werte zwischen 4 und 5 als sehr niedrige Ausprägungen zu verstehen.

Folgende sechs Faktoren, die den 61 Statements zugrunde liegen, konnten ermittelt werden (Item-Beispiele dazu finden sich in Anhang E.1):

- (1) **Therapeutische Beziehungsqualität:** erklärt 18,83% der Gesamtvarianz mit einem Eigenwert von 11,48. Er inkludiert 22 Items.
- (2) **Erwünschte Wirkung:** erklärt 7,15% der Gesamtvarianz mit einem Eigenwert von 4,36. Sieben Items werden ihm zugeteilt.
- (3) **Sozio-emotionale Veränderung:** hat einen Eigenwert von 2,94 und erklärt 4,81% der Gesamtvarianz. Acht Items konnten ihm zugeordnet werden.
- (4) **Belastung durch die Therapie:** hat einen Eigenwert von 2,53 und erklärt 4,15% der Gesamtvarianz. Neun Items konnten ihm zugeteilt werden.
- (5) **Isolation aufgrund der Therapie:** erklärt 3,58% der Gesamtvarianz und hat einen Eigenwert von 2,18. Zehn Items ließen sich diesem zuordnen.
- (6) **Aufklärung über unerwartete und möglicherweise belastende Veränderungen durch Psychotherapie:** hat einen Eigenwert von 1,89 und erklärt 3,10% der Gesamtvarianz. Er setzt sich aus fünf Items zusammen.

2.3 Methodisches Vorgehen in der 3. Phase: Quantitative Methodik – Online-PatientInnenbefragung

Um eine größere Anzahl von PatientInnen zu erreichen und die Thematik besser zu erfassen, wurde nach Abschluss der Auswertungen der PatientInnenbefragung Niederösterreich ein modifizierter Online-Fragebogen (siehe Anhang G.3) erstellt.



Online-PatientInnenbefragung in ganz Österreich

Abb. 3

Aufbau des Fragebogens

Der Online-Fragebogen umfasste 42 Fragen, die Informationen zum Therapiealltag, zur therapeutischen Beziehung, zu den therapiespezifischen Rahmenbedingungen liefern und die Veränderung der Lebensqualität erheben sollten. Er ist somit kürzer und kompakter als die Paper-Pencil-Version.

Bei der Messung der subjektiv erlebten Zufriedenheit und deren Veränderung seit Therapiebeginn in Anlehnung der Lebensbereiche an Petzold und KollegInnen (2000) wurden genau wie in der Niederösterreich-Befragung elf Lebensbereiche (Frage 33) angeführt, die auf einer abgeänderten Skala von -5 bis +5 eingeschätzt werden konnten. Hatte sich die Zufriedenheit mit dem jeweiligen Lebensbereich im Zuge der Therapie nicht verändert, so sollte dies mit einem Messwert von 0 beurteilt werden. Je höher der Wert im positiven Bereich angesiedelt war, desto mehr hatte sich die Zufriedenheit verbessert, je weiter der Wert in den negativen Bereich hineinreichte, desto mehr hatte sich die Zufriedenheit verschlechtert.

In der Online-Befragung wurden fünf der sechs in der PatientInnenbefragung Niederösterreich extrahierten Faktoren übernommen: **Therapeutische Beziehungsqualität, er-**

wünschte Wirkung, sozio-emotionale Veränderung, Isolation aufgrund der Therapie und Belastung aufgrund der Therapie.

In dieser kürzeren PatientInnenbefragung wurden die Ausprägungen der Items zur Faktormessung im Vergleich zur Niederösterreich-Befragung zwecks besserer Ergebnisdarstellung genau umgekehrt kodiert, nämlich von „1 = trifft überhaupt nicht zu“ bis „5 = trifft völlig zu“.

Stichprobenbeschreibung

Die Online-Befragung sollte ein Bild insbesondere von negativen Psychotherapieerfahrungen in Österreich liefern, um ein breites Spektrum potenziell unerwünschter Ereignisse zu erfassen. Der Online-Fragebogen wurde von Oktober 2009 bis April 2010 auf unterschiedlichen Plattformen und Medien beworben, wobei explizit erwachsene Personen über 18 Jahren angesprochen wurden, die schon mindestens einmal in psychotherapeutischer Behandlung waren und über ihre Erfahrungen berichten wollten. Abgesehen von Fragebögen von unter 18-jährigen Personen (insgesamt sechs Personen) wurden alle Fragebögen, die nur teilweise ausgefüllt (abgebrochen) waren, von der Auswertung ausgeschlossen (insgesamt 1376) sowie jene Fragebögen, die in weniger als vier Minuten vollständig ausgefüllt worden waren (eine Person; Anmerkung: Im Vorfeld wurde anhand von 30 Personen gemessen, wie lange das Ausfüllen des Fragebogens mindestens dauert, wenn der dazugehörige Text auch gelesen und der Inhalt des Fragebogens somit verstanden werden konnte. Dabei lagen die kürzesten Zeiten bei $t > 4$ Minuten).

Nach Ende des Erhebungszeitraums konnten insgesamt 2056 vollständig ausgefüllte Fragebögen zur Auswertung herangezogen werden.

Auswertung

Auch in der Online-Befragung wurden teilweise – bei Verletzung der Voraussetzungen – nonparametrische Verfahren eingesetzt.

Das Signifikanzniveau wurde auch hier konventionell auf $\alpha = .05$ festgelegt.

Messung der Veränderung der Lebenszufriedenheit

Bezüglich der Messung der Veränderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit werden gemittelte Gesamtwerte aller elf Skalen (Cronbach $\alpha = .95$) zwischen -0,9 und 0,9 dahingehend interpretiert, dass sich die allgemeine Lebenszufriedenheit im Zuge der Therapie nicht wesentlich verändert hat. Werte von 1 bis 5 bedeuten, dass sich die Zufriedenheit verbessert hat, und Werte zwischen -1 und -5 lassen darauf schließen, dass die jeweilige Person nach der Therapie mit ihrem Leben unzufriedener ist als zu Beginn der Therapie. Um die methodische Korrektheit dieses Vorgehens zu gewährleisten, wurde mit den elf Einzelskalen eine Faktorenanalyse berechnet, die belegt, dass allen Skalen ein einziger Faktor – also die allgemeine Lebenszufriedenheit – zugrunde liegt (Hauptkomponentenanalyse: Eigenwert = 7,2, erklärte Varianz = 65,6%).

Faktorenanalyse

Pro Faktor wurden nur die höchst ladenden Items ausgewählt (falls Faktorladung $\alpha > .7$). Daraufhin konnten drei bis vier Items pro Faktor übernommen werden. Insgesamt wurden Faktor (1) bis (5) in der Online-PatientInnenbefragung in den Fragebogen eingebettet. Eine Aufstellung der fünf übernommenen Faktoren findet sich im Anhang (F.1).

In der Online-Befragung sprechen Mittelwerte zwischen 1 und 2 für eine sehr niedrige und Werte zwischen 2 und 3 für eine eher niedrige Ausprägung im jeweiligen Faktor. Demgegenüber werden gemittelte Werte zwischen 3 und 4 als eher starke und Werte zwischen 4 und 5 als sehr starke Ausprägungen interpretiert.

Drei dieser fünf Faktoren hängen gehäuft mit Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie infolge eines negativen Therapieverlaufs zusammen: die subjektiv erlebte **Therapeutische Beziehungsqualität**, die von der Therapie ausgehende **Belastung durch die Therapie** und die **Isolation aufgrund der Therapie**. So wurden PatientInnen, die beim Faktor **Therapeutische Beziehungsqualität** einen Mittelwert von $MW < 3$ und bei den Faktoren **Belastung durch die Therapie** oder **Isolation aufgrund der Therapie** einen Mittelwert von $MW \geq 3$ aufwiesen, genauso wie PatientInnen, die ihre Therapie abgebrochen hatten, als „Risikogruppen“ bezüglich des jeweiligen Therapieaspekts untersucht. Jene PatientInnen, die sich in mindestens drei der vier genannten Faktoren in der Risikogruppe befanden, wurden als Hochrisiko-Therapieverlaufsgruppe (siehe Kapitel 3.4 Quantitative Ergebnisse der Online-Befragung) definiert und analysiert.

2.4 Möglichkeiten und Grenzen der Untersuchung

Qualitätssicherung im Bereich der Versorgungsforschung stellt ein komplexes Unterfangen dar. Viele Aspekte sind nicht quantifizierbar und nur schwer beschreibbar. Für das vorliegende Projekt wurde daher eine mehrperspektivische Kombination aus qualitativen und quantitativen Herangehensweisen gewählt (zur besonderen Bedeutung qualitativer Daten in der Erforschung von Therapierisiken vgl. bereits Bergin & Strupp, 1972; Kazdin, 2003; zur Auswertung von Beschwerdebriefen vgl. Kaczmarek et al., 2011). Dieses multimethodische Vorgehen birgt eine Reihe von Chancen, jedoch auch Gefahren. Das Verfahren der Triangulation bietet auf der einen Seite die Möglichkeit, Ergebnisse aus verschiedenen Perspektiven auszuleuchten, das kaleidoskopartige Gesamtbild erfährt jedoch dadurch auch missverständliche Brüche und Interpretationsgefahren (Flick, 2004). Unter dieser Prämisse müssen einige widersprüchliche Ergebnisse der Studie (vgl. z. B. Geschlechterkombinationen im Therapieprozess, Kapitel 3.4.5) reflektiert werden.

Entsprechend den Kriterien qualitativer Forschung wurde im qualitativen Teil der Studie prozesshaft vorgegangen, der Forschungsprozess interaktiv durchgeführt und im Auswertungsprozess deskriptiv die Sicht der jeweiligen ForschungspartnerInnen fokussiert. Zur argumentativen Interpretationsabsicherung wurde stets in einer Auswertungsgruppe gearbeitet. Dabei gehörte die Validierung an der Praxis (Köckeis-Stangl, 1980) durch einen themenzentrierten Austausch mit PraktikerInnen zum Standardvorgehen. Bei den Ergebnissen der ExpertInnendiskussion (Kapitel 3.2) muss bedacht werden, dass die subjektive Sichtweise der ExpertInnen – entsprechend den in der Studie zahlreich angesprochenen Problemen der Selbstüberschätzung von PsychotherapeutInnen – eine weitere Problematik darstellt. Zudem ist eine Verallgemeinerung der ExpertInnenmeinungen über Österreich hinaus nur sehr begrenzt möglich, da sich die Zusammensetzung der ExpertInnen an der Verteilung der unterschiedlichen Therapierichtungen in Österreich orientierte. Es ist möglich, dass die therapeutische Orientierung einen erheblichen Einfluss auf zentrale Einstellungen zur Einschätzung und den Umgang mit therapeutischen Risiken und Fehlern hat. Hier spielen z. B. eine für Österreich typische Überrepräsentation humanistischer Verfahren und eine ausgeprägte Unterrepräsentation der Verhaltenstherapie eine wesentliche Rolle. Die Zusammensetzung der therapeutischen Orientierungen ist in den USA und Deutschland anders (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Bei den Beschwerdebriefen wiederum handelt es sich um Sekundärdatenmaterial, welches nicht für den vorliegenden Zweck erhoben wurde. Bei aller forschungstechnischen Absicherung (s. o.) muss bei qualitativen Daten stets das Problem der Deutungshoheit mitreflektiert werden (vgl. dazu ausführlich Bar-On, 1996). Insofern stellt die vorliegende Studie hier keine

Ausnahme dar, sondern bewegt sich innerhalb der Möglichkeiten und Grenzen der gewählten Forschungsmethodik, die bei qualitativen Forschungsergebnissen stets mitbedacht werden müssen.

Bezüglich des quantitativen Teils der Studie in Niederösterreich muss zunächst berücksichtigt werden, dass der Rücklauf bei der Niederösterreich-Befragung von 33% zwar für postale Untersuchungen dieser Art vergleichsweise gut erscheint. Es bleibt aber die Frage offen, wie die anderen 67% der PatientInnen geantwortet hätten. Da die Länge des Fragebogens (elf Seiten) einen relativ großen Aufwand für die PatientInnen darstellte, ist denkbar, dass sich hier vor allem zufriedener PatientInnen dem Antwort-Prozedere unterzogen. Es muss daher davon ausgegangen werden, dass dabei eventuell unzufriedene und vorzeitige BeenderInnen in der Erhebung unterrepräsentiert sind. Frank & Fiegenbaum haben 1994 in einer 100%-Katamnese eine systematische Unterschätzung negativer Ergebnisse festgestellt, die linear mit dem Prozentsatz der nicht erreichten PatientInnen zusammenhängt (vgl. hierzu auch Lambert, 2010). Zudem wurde die Niederösterreich-Befragung durch die niederösterreichische Gebietskrankenkasse verschickt. Dieser Umstand könnte zu einer noch stärker ins Positive verzerrten PatientInnenzufriedenheit im Sinne sozialer Erwünschtheit geführt haben. Denkbar wäre eine Befürchtung der Antwortenden, die Krankenkassen-Bezuschussung oder Finanzierung bei negativer Äußerung über die Therapie zu verlieren.

Die Art der Rekrutierung bei der Online-Befragung führte mit großer Wahrscheinlichkeit zu einer anders gearteten Selektion: Beworben wurde über verschiedene Medien (Tageszeitungen, Onlinezeitungen, Online-Suchmaschinen etc.) zwar mit dem Hinweis, über die Wirkung von Psychotherapie, jedoch auch über „Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie“ etwas erfahren zu wollen. In welchem Ausmaß damit überproportional viele unzufriedene PatientInnen geantwortet haben, bleibt ungeklärt. Überproportional viele der Antwortenden in der Online-Befragung hatten zudem ihre Therapie zum Erhebungszeitpunkt bereits beendet, was zu retrospektiven Urteilsverzerrungen führt und die Ergebnisse grundsätzlich nur mit retrospektiven Einschätzungen vergleichbar macht. Dies betrifft allerdings erwünschte ebenso wie unerwünschte Effekte.

In der Untersuchung bestehen außerdem Unsicherheiten in der Einschätzung der klinischen Relevanz negativer Effekte. Die Wirkungen der Therapien wurden ausschließlich aus der subjektiven Perspektive der PatientInnen erhoben. Erschwert wird daher ein Vergleich mit Befunden, die „objektivere“ Daten zum Belastungsausmaß und der Schwere der Störung machen. Die Aussagen, die über das subjektive Erleben und die Belastungen der angeführten negativen Erfahrungen in der Therapie gemacht werden, behalten aber

ihre Bedeutung. In welchem Ausmaß hier – wie z. B. in der Erhebung von Kraus und Kollegen (2011) – klinisch bedeutsame Verschlechterungen erfasst wurden, kann nicht angegeben werden. Da die Untersuchung von Kraus und Kollegen allerdings die erste mit einer großen Stichprobe zu dieser Fragestellung und mit präzisen Angaben zu klinisch signifikanten Verschlechterungen (einschließlich Effektstärkenberechnungen) ist, die von mindestens 20-30% Verschlechterungen ausgeht, liegen die Ergebnisse der hier vorgestellten Erhebung in ihrem Ausmaß nicht weit davon entfernt, fallen aber etwas geringer aus. Deshalb wird die Vermutung, dass es sich auch bei den subjektiven Einschätzungen um bedeutsame Verschlechterungen mit Krankheitswert handelt, durch diese Studie maßgeblich unterstützt.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung stützen jedoch bisherige Schätzungen zur Prävalenz unerwünschter Wirkungen von Psychotherapie und betten sich in der Ursachenfrage wie auch in Bezug auf die aufgefundenen Vorschläge zur Prävention und Intervention gut in bisherige Studien ein bzw. entwickeln diese weiter. Sie beziehen sich jedoch stark auf ihren Ausgangspunkt – die ambulante Psychotherapie unter österreichischen Rahmenbedingungen – und sind unter dieser Prämisse zu betrachten. Dieses Faktum gilt aber für alle nationalen Untersuchungen zu diesem Forschungsgegenstand.

3 Ergebnisse

3.1 Qualitative Ergebnisse der Beschwerdebriefe

Die Auswertung der Beschwerdebriefe offenbart unterschiedliche Mängel auf den drei klassischen Ebenen der Qualitätssicherung (siehe Kapitel Einleitende Worte), also der Struktur-, Prozess- sowie der Ergebnisqualität. Eine detaillierte Darstellung der Ergebnisse über alle Kategorien und ihre Häufigkeiten findet sich im Anhang (C.1).

3.1.1 Strukturqualität – Settingvariable

Behandlungsgestaltung

Den Beschwerdebriefen ist zu entnehmen, dass in vielen Fällen ein sicherer Raum für den Therapieprozess nicht gegeben war bzw. die PatientInnen sich nicht darauf verlassen konnten, dass das vereinbarte Setting von den TherapeutInnen gewahrt wurde. Zu typischen Verletzungen des sicheren Rahmens gehören unfreiwillige oder nicht abgesprochene Settingwechsel zwischen Einzel- und Gruppensetting und Vermischungen von privaten und öffentlichen Situationen. Ein in der Vertragsphase gemeinsam mit dem/der PatientIn festgelegtes kontinuierliches Setting muss einen hinlänglich sicheren Rahmen bieten, in dem sich der therapeutische Prozess und die therapeutische Beziehung entfalten können, so die Aussagen der BeschwerdeführerInnen.

Vertragsphase, Abrechnung

Die Daten weisen auf Mängel in der Vertragsphase bzw. bei Einhaltung der Vereinbarungen hin. Abgesehen von Beschreibungen, die darauf hindeuten, dass in der Einstiegsphase gänzlich auf einvernehmliche Vereinbarungen verzichtet wurde, zeigten sich wiederholt Muster von Änderungen zu Sitzungsdauer, Frequenz und Kosten, die vonseiten der TherapeutInnen nicht ausreichend begründet wurden. Ungereimtheiten bei der Abrechnung (wie unklare Zahlungsmodi), finanzielle Lockangebote (wie, die Therapie-sitzungen erst später zu bezahlen) und Verweigerung von Rechnungsausstellungen gehören innerhalb dieser Kategorie ebenfalls zu häufigen Vorkommnissen.

3.1.2 Strukturqualität – PatientInnenvariable

Informiertheit und Partizipation

Als zentraler Aspekt bei der Analyse der Beschwerdebriefe kristallisiert sich der Grad der Informiertheit der 73% weiblichen und 17% männlichen PatientInnen heraus (10% mach-

ten keine Angabe), wobei als Inhalte der Information vor allem das Setting, die therapeutische Methode, Themen im Erstgespräch wie Honorarhöhe, Einschätzung der Dauer der Behandlung genannt werden. Wissen PatientInnen und ihre Angehörigen über diese typischen Elemente einer Psychotherapie und ihre Rechte als PatientIn Bescheid, dann scheinen sie auch keine Scheu zu haben, professionelle HelferInnen und ExpertInnen bei Fragen zu konsultieren. Die Tatsache, dass sich fünf BeschwerderschreiberInnen mit dem Berufskodex befasst haben und in ihrer Beschwerde zitieren, deutet darauf hin, dass PatientInnen durchaus in der Lage sind, partizipative Strukturen wahrzunehmen, ihre Psychotherapie kritisch zu reflektieren und rechtliche Fehler der TherapeutInnen aufzuzeigen. Die Hinterfragung der therapeutischen Methoden und Ansätze zeigt, dass auch eine Auseinandersetzung mit den therapeutischen Orientierungen seitens der PatientInnen möglich ist.

Hindernisse bei einer zeitnahen Beschwerde

Verfügen PatientInnen nicht über ausreichende Vorkenntnisse und Informationen über gesetzliche Vorgaben, ihre Rechte und Möglichkeiten zur Beschwerde, kann dies zu negativen Therapieverläufen führen. Zweifel an der Therapie aufgrund unerwünschter Nebenwirkungen können zudem mit Schamgefühl und Unsicherheit verbunden sein. Ängste vor Ablehnung und Sanktionen werden in den Beschwerdebriefen als Hindernisse angeführt, sich zeitnah mit dem/der TherapeutIn auseinanderzusetzen. Zweifel an der Therapie bzw. am Therapieerfolg werden dann eher geäußert und angegangen, wenn Therapieansatz oder -methode hinterfragt werden können, das soziale Umfeld der PatientInnen Störungen wahrnimmt oder die PatientInnen selbstständig die therapeutische Beziehung kritisch reflektieren.

Bezahlung der Therapiesitzungen

Der finanzielle Aspekt der Therapiesitzungen spielt eine essenzielle Rolle in den Beschwerdedokumenten. Häufig kommt es aufgrund von Aufstockungen der Therapiesitzungen zu finanziellen Engpässen. Die Dauer der psychotherapeutischen Behandlung kann sogar eine Verschuldung der PatientInnen zur Folge haben. Die Beschwerdebriefe zeigen vor allem auch die Schwierigkeit, sich eine Psychotherapie „leisten“ zu können, und machen auf den geringen Kostenzuschuss der Versorgungseinrichtungen in Österreich aufmerksam. Vielfach müssen Familienmitglieder und FreundInnen die Therapie mitfinanzieren und versetzen dadurch die PatientInnen in eine schwierige Lage, die von Verstrickung, Druck, Sorge und Schuld geprägt ist.

3.1.3 Strukturqualität – TherapeutInnenvariable

Geschlechterkonstellationen

Die PsychotherapeutInnen, gegen die eine Beschwerde in der Schlichtungsstelle des Psychotherapiebeirats eingereicht wurde, sind zu gleichen Teilen Frauen (50%) und Männer (48%). In vier Fällen wurde das Geschlecht nicht angegeben. Es ergeben sich daher folgende Geschlechterverhältnisse: Bei einem Drittel sind Patientin und Therapeutin weiblich (36%). Etwas höher ist der Anteil des therapeutischen Settings mit einem männlichen Therapeuten und einer weiblichen Patientin (38%). Alle anderen Konstellationen (Therapeutin-Kinder; Therapeut-Familie) lagen bei weniger als 10% der Beschwerdefälle.

Verfahren

Betrachtet man die 22 unterschiedlichen therapeutischen Methoden, so zeigt sich, dass mit 15 von 42 Beschwerdefällen vor allem die humanistisch-existenziellen Verfahren betroffen sind. Diese Richtung umfasst acht verschiedene Verfahren und ist mit 36% am häufigsten und die tiefenpsychologisch-psychodynamische Orientierung mit 14% am zweithäufigsten genannt. In 33% der Fälle fehlt leider die Angabe der Psychotherapie-richtung. Bezieht man die Häufigkeiten mit ein, mit denen die Verfahren in Österreich angeboten werden, dann zeigt sich, dass 27,65% der PsychotherapeutInnen der tiefenpsychologisch-psychodynamischen, 36,66% der humanistisch-existenziellen, 23,82% der systemischen und 11,87% der verhaltenstherapeutischen Orientierung zugeordnet sind. Somit verteilen sich die Beschwerden gleichmäßig auf die Methoden (ipp.bmgf.gv.at, Stand: 16.10.2010).

Werthaltungen und Grenzen

In den wenigen weiteren Textstellen in den Beschwerdebriefen, die sich auf die TherapeutInnenvariable beziehen, kristallisierten sich zwei wesentliche Thematiken heraus: die religiöse Haltung der PsychotherapeutInnen und die Abgrenzung von deren Privatleben. Aus den Briefen geht hervor, dass die Verbindung zu religiösen Gruppen mitunter einen Risikofaktor für die PatientInnen darstellen kann, wenn beispielsweise die religiösen Werte in die Therapiesitzungen einfließen. Ein ausschlaggebender Faktor scheint hier die Grenzziehung zwischen professionellem/r PsychotherapeutIn und privater Person zu sein. Dieses Thema spielt auch bei der Frage eine Rolle, ob TherapeutInnen PatientInnen behandeln sollen oder können, die sie aus dem privaten Umfeld bereits kennen. Die Beschwerdebriefe verweisen auch hier auf Schwierigkeiten, eine klare Trennung einzuhalten.

3.1.4 Prozessqualität

Erstgespräch

In den Beschwerdebriefen steht als zentrales Thema immer wieder der Erstkontakt mit ihren PsychotherapeutInnen, also das Kennenlernen im Fokus. Wichtige Fragen, wie die Honorarhöhe, Abklärung der Abrechnung der Therapiesitzungen, Häufigkeiten der Sitzungen, die therapeutische Methode und die Rahmenbedingungen der psychotherapeutischen Behandlung sind hierbei zentral und sollten zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn sorgfältig abgeklärt werden. Das ist nach den Aussagen der Beschwerdebriefe nicht immer der Fall.

Wirtschaftliche Bereicherungen

Zu den wirtschaftlichen Bereicherungen gehören unethische Abrechnungsmethoden, wie die Therapieeinheiten im Voraus bezahlen zu lassen und ungerechtfertigte Therapiedauer. Dabei kann es laut den Beschwerdebriefen auch dazu kommen, dass Druck ausgeübt wird, eine Therapie nicht zu beenden. Des Weiteren werden in diesem Zusammenhang auch außertherapeutische, berufliche bzw. geschäftliche Verbindungen und Geschenkkannnahmen genannt.

Fragwürdige Diagnosen

Auf die Diagnosen wird in den Dokumentationen wenig eingegangen. Es gibt jedoch Hinweise auf die Inkompetenz der PsychotherapeutInnen bei der Erstellung der Diagnosen, die von den PatientInnen als fragwürdig angemerkt wurden und „nicht einer sorgfältigen klinisch-psychologischen Diagnostik“ entsprechen.

Professionelle Beziehungsgestaltung

Aufgrund der Nähe und Intensität des therapeutischen Prozesses enthält die therapeutische Beziehung eine Reihe von Gefahrenmomenten. Unter schlechten Bedingungen der Strukturqualität und/oder bei mangelnder Professionalität und/oder Integrität der TherapeutInnen können dadurch sehr negative Verläufe entstehen. Die Beschwerdebriefe zeigen hier eine Reihe beziehungs- und prozessorientierter Beschwerdemeldungen auf:

Abhängigkeit/Verstrickung: Macht- und Abhängigkeitsphänomene werden in der Psychotherapie wenig berücksichtigt. Die Beschwerdebriefe zeigen jedoch eine Reihe von Abhängigkeitsdynamiken auf. Verhaltensweisen der PsychotherapeutInnen, die darauf ausgerichtet waren, Druck auszuüben, einzuschüchtern oder den Selbstwert der PatientInnen zu verringern bzw. unangemessen zu überhöhen, wurden genannt. Es ist darüber hinaus anzunehmen, dass in einem derartigen Abhängigkeitskontext sexuelle Übergriffe,

Missbrauch und/oder Erfüllung eigener Bedürfnisse an den PatientInnen eher stattfinden. Auch eine Loslösung bzw. ein TherapeutInnenwechsel wird dadurch erschwert.

Übergriffe: Emotionale, soziale und körperliche Übergriffe stehen in enger thematischer Verbindung mit den oben skizzierten Abhängigkeitsdynamiken, da diese Phänomene oft gemeinsam auftreten. Es wird jedoch auch von Übergriffen wie Beschimpfungen, Belästigungen, einem generell respektlosen Umgang mit PatientInnen, aber auch von Eingriffen ins Privatleben berichtet, die unabhängig von einer Abhängigkeit auftauchten. Die Beschwerden deuten auf einen Arbeitsstil bzw. eine Persönlichkeitsstruktur der jeweiligen TherapeutInnen hin, die respektlose und/oder nicht mit dem Berufskodex für PsychotherapeutInnen konform gehende Verhaltensweisen begünstigen. Auch inadäquate Behandlungsmethoden, unabgesprochene Interventionen oder psychotherapiefremde Behandlungen zählen zu Verhaltensweisen, die in diesem Kontext zu Beschwerden geführt haben.

Rollentausch: Die BeschwerdeführerInnen beziehen sich wiederholt auf die bereits erwähnte Befriedigung der wirtschaftlichen, sozialen, sexuellen Bedürfnisse seitens der TherapeutInnen. Die soziale Befriedigung reicht von einer Rollenumkehr, in der die PatientInnen zu ZuhörerInnen der Erzählungen der TherapeutInnen werden, dem Einholen persönlicher Bestätigung durch die PatientInnen bis zum Suchen einer freundschaftlichen Beziehung mit PatientInnen. Dazu gehören etwa der enge Kontakt außerhalb der Therapiesitzungen, private Treffen und gegenseitiger Austausch privater Erlebnisse. Durch das Verschwimmen der Rollen werden ethische Grenzen übertreten und unangemessene Erwartungen an die PatientInnen gestellt. Somit sind die Rahmenbedingungen und Funktionen der einzelnen Rollen nicht mehr gegeben. Das führt zu Unsicherheiten und Belastungen, wie die Beschwerdebriefe verdeutlichen.

3.1.5 Ergebnisqualität

Basierend auf den Beschwerdebriefen konnten Schäden in der Ergebnisqualität auf vier Ebenen herausgearbeitet werden:

- (1) **Schäden auf finanzieller Ebene:** Hierunter fallen alle monetären Aspekte, die im therapeutischen Prozess entstehen können. Dazu zählen finanzielle Belastungen, die zu Schulden und geschäftlichen Verlusten führen können. Ursachen für finanzielle Schäden sind vor allem hohe Therapiekosten, die entweder von den PatientInnen selbst oder aber auch von ihren Mitmenschen, wie Eltern oder Geschwistern, getragen werden müssen. Sie können vor allem dann entstehen, wenn die Therapiesitzungen innerhalb kurzer Zeit intensiviert werden oder unhinterfragt und

ohne Rücksicht auf die finanzielle Situation der PatientInnen sich über viele Jahre hinweg erstrecken.

- (2) **Schäden auf sozialer Ebene:** Die Beschwerdebriefe weisen auf Veränderungen der sozialen Beziehungen der PatientInnen hin. Die PatientInnen berichten davon, dass Beziehungskonflikte mit Angehörigen und PartnerInnen aufgrund des therapeutischen Prozesses und/oder therapeutischer Interventionen sich potenzieren können und hoher Druck auf das soziale Umfeld entstehen kann.
- (3) **Schäden auf physischer Ebene:** Sie umfassen neue, vermehrt oder intensiviert auftretende Symptome, die sich auf einer körperlichen Ebene manifestieren und in direktem Zusammenhang mit der Psychotherapie stehen.
- (4) **Schäden auf psychischer Ebene:** Sie zeigen sich insbesondere in von Druck, großer Nähe und Zwang geprägten Beziehungskonstellationen zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn. Das kann zu Problematiken mit dem Selbstwert der PatientInnen führen. Der Selbstwert kann z. B. extrem sinken, wenn sich die PatientInnen in einer abhängigen therapeutischen Beziehung befinden und einem Machtmissbrauch ausgesetzt sind.

Die Dokumentationen verdeutlichen, dass Schäden selten alleine auftreten, sondern in bestimmten Schadenskonstellationen. Es können jedoch keine generalisierten Aussagen getätigt werden, wann welche Schadenskonstellation mit genau welchem Output und welcher Schwere auftreten. Bei zwei Beschwerden war jedoch aufgrund einer belasteten Beziehungsqualität vonseiten des/der PatientIn bzw. als Folge eines erlebten sozialen, finanziellen, psychischen und/oder physischen Schadens eine weitere psychotherapeutische Behandlung notwendig.

3.2 Qualitative Ergebnisse der ExpertInnendiskussionen

Die Analyse der qualitativen Daten der ExpertInnendiskussionen liefert eine Reihe von Hinweisen und Hintergründen zum Risikominderungspotenzial in Psychotherapien und zum Umgang mit fehlerhaftem Verhalten aus TherapeutInnensicht. Die Ergebnisse der ExpertInnenbefragung heben die Bedeutung des Umgangs mit therapeutischen Fehlern hervor. Das Bemühen um Risikominderung erscheint dabei als konstitutiv zur Vermeidung von Schäden in der Psychotherapie. Die Zusammenstellung der Ergebnisse erfolgt aus einer schulenspezifischen und schulübergreifenden Zusammenschau.

3.2.1 Strukturqualität – Settingvariable

Übergreifend lassen sich Zeitmanagement und ökonomischer Druck als Risikofaktoren im ambulanten Psychotherapiesetting identifizieren. Die Settingvariable taucht des Weiteren in Form des Praxisortes, des Vertrags, der Dokumentation, der Schweigepflicht und der Einhaltung fachspezifisch bedingter therapeutischer Verhaltensregeln in den ExpertInnen-diskussionen auf. Im Folgenden werden diese Aspekte jeweils kurz angesprochen und durch Belegzitate veranschaulicht. Unterschiedliche Rahmenbedingungen haben, so die ExpertInnen, jedoch in jedem Fall einen großen Einfluss auf die Arbeit in psychotherapeutischen Praxen.

Behandlungsvertrag

Die gesetzliche Empfehlung des Berufskodex für TherapeutInnen (siehe Anhang B.1) ermöglicht – laut der Meinung der ExpertInnen – ein hohes Maß an individueller oder institutioneller Auslegung und Ausgestaltung. Der Behandlungsvertrag stellt ein wichtiges Instrument zur Klärung des Settings dar. Die Vertragsphase ist daher für die Wahrung des Berufskodex im Behandlungsverlauf von hoher Bedeutung. In der Praxis kommt dieser Einstiegsphase, also den ersten Sitzungen, an deren Abschluss der Vertrag steht, damit hohe Bedeutung zu – und birgt damit auch ein hohes Risikopotenzial. Daher sollte eine Vielzahl von Ebenen und Vertragspunkten berücksichtigt werden, die den Rahmen eines Erstgesprächs auch überschreiten können. Eine Expertin bemerkt: *„Sollte eigentlich ausreichend lange sein und bis das auch wirklich eine innere Klarheit beim Therapeuten ist.“*

Die ExpertInnen betonen, dass Voraussetzungen für einen positiven Verlauf des Erstgesprächs eine innere Klarheit der TherapeutInnen in Bezug auf die Vorgeschichte der PatientInnen, in Bezug auf eigene bewusste und/oder unbewusste Ziele, auf die Symptome, die vorläufige Diagnose und eine Vertragsvereinbarung sind. *„Das war einfach im Erstgespräch nicht so sichtbar“*, erzählt eine Expertin, *„aber manchmal kann man schon einiges klären. ... Und kriegst du hier überhaupt das, was du dir erwartest, oder z. B.: Ist irgendwas anderes indiziert?“* Beide AkteurInnen müssen also in diesem Prozess in der Lage sein, zwischen den Rollen als „VertragverhandlerIn“ einerseits und TherapeutIn bzw. PatientIn andererseits zu wechseln.

Die hohen Anforderungen an die Vertragserstellung und an TherapeutIn und PatientIn stehen im Widerspruch zum zeitlichen Rahmen (erste Stunde/Stunden) und einer qualitativ hochwertigen Diagnostik: *„Dann haben wir auch den Konsumentenschutz drinnen, dann haben wir ganz verschiedene Aspekte, die früher nicht die Rolle gespielt haben. Bei*

den Psychoanalytikern zum Beispiel war es nicht üblich, einen Arbeitsvertrag zu schließen, ... muss man mit der Anamnese früher anfangen. Und das verwirrt bis heute noch zum Teil Analytiker, dass wir jetzt in diesem Punkt eingebunden sind und Dinge, die man anders liefert, und das schafft auch ein Stück eine andere Beziehung.“

Berufskodex: Dokumentation und Schweigepflicht

Im Diskurs um die Dokumentation stand der Aspekt der persönlichen Aufzeichnungen im Vordergrund, da laut den ExpertInnen vor allem bei deren Abfassen ein Risiko für die PatientInnen entstehen kann. Gleichzeitig liegt laut den ExpertInnen der Nutzen für die Evaluierung und Reflexion des Prozesses wiederum genau in diesen Aufzeichnungen. Als Risikofaktoren werden genannt: Verschluss und Umgang mit persönlichen Aufzeichnungen sowie ein eventueller Verlust der Offenheit gegenüber dem Therapieprozess. Die Dokumentation der „Eckdaten“ und der medizinischen Faktoren tauchen in einigen Gruppendiskussionen ebenfalls auf, aber keineswegs durchgängig.

Insgesamt scheint das Risikopotenzial bzgl. der Schweigepflicht von folgenden Einflussfaktoren mitgestaltet zu werden: von der therapeutischen Erfahrung, von der Lokalität, vom Zeitpunkt, an dem die Psychotherapie-Ausbildung abgeschlossen wurde – und damit von gesellschaftlichen Entwicklungen bzgl. des Umgangs mit persönlichen Informationen im Therapieschehen. Aber auch die Situation in Einzelpraxen, so merkten die ExpertInnen an – der ökonomische Druck einerseits und mangelnder professioneller Austausch andererseits – kann zu negativen Auswirkungen auf die Wahrung der Schweigepflicht führen: *„Während in den Institutionen beschreiben ja die Kolleginnen, sie gehen hinaus und sagen das eine oder andere Mal einen Satz ... Also, es muss ja so was stattfinden. Wenn das nicht stattfinden kann, dass wir auch einmal irgendwas loswerden, dann glaube ich, ist das wirklich ein fruchtbarer Boden dafür, dann im Wirtshaus irgendwas zu erzählen.“*

Berufskodex: Verhaltensregeln

Zur Kategorie therapeutischer Verhaltensregeln werden die Definitionsunterschiede der jeweiligen Fachspezifika, „Abstinenz“-Brüche, deren Folgen und die Bedeutung der Abhängigkeit der PatientInnen von den ExpertInnen eingebracht. Die Auslegung therapeutischer Verhaltensregeln zeigt in den therapeutischen Fachspezifika und in der täglichen Praxis viele unterschiedliche Herangehensweisen. In dieser Definitionsschwierigkeit liegt auch das Risiko der Übertretung oder unangemessenen Starre. Eine Expertin berichtet: *„Ich ziehe die Grenze da ganz scharf, wenn die Abstinenz nicht eingehalten wird, ist die Folge davon, dass in irgendeiner Art der Patient abhängig gemacht wird, oder das trifft*

genau so auch den Bereich der Vorschläge. Also z. B. auf die typische Patientenfrage, ‚was soll ich in dem Problem machen?‘, zu sagen, ‚machen Sie so oder so.‘ Also in die direkte Anweisung zu gehen, so wie sich der Therapeut das vorstellt, selbst wenn das gut geht, ist es ein Abhängigmachen und führt nicht zur Stärkung des Willens des Patienten.“

Als ein Maßstab scheint das „Wohl des/der PatientIn“ der gemeinsame Nenner innerhalb der Diskussion um therapeutische Verhaltensregeln zu sein. Wird jedoch die körperliche Berührung als Hauptkriterium der „Abstinenz“-Thematik herangezogen, so ergeben sich aus den Zugängen der Fachspezifika, den kulturellen Gewohnheiten der PsychotherapeutInnen und PatientInnen so gravierende Unterschiede, dass dieses Merkmal eher zur Verwirrung führt. Ein weiterer Aspekt der Einhaltung therapeutischer Verhaltensregeln liegt in der „Selbstöffnung“, im Einbringen der persönlichen Lebenswelt durch die PsychotherapeutInnen. Als Marker kann hier immer nur rückblickend der Prozess reflektiert werden, da die Folgen eines Regelbruches immer erst weit nach der Grenzüberschreitung wahrgenommen werden können.

Arbeit in und mit Institutionen

Der ExpertInnenaustausch zu den Settingvariablen widmete sich auch der psychotherapeutischen Arbeit im Rahmen von Institutionen, in der Krisenintervention und in deren Überschneidungsbereichen mit der freien Praxis. Schnittstellen zwischen Institutionen und ambulanter Therapie nehmen in den Biografien von PatientInnen laut der Erfahrungen der ExpertInnen einen hohen Stellenwert ein. Die dabei auftretenden Kontraste in den Rahmenbedingungen haben einen gewichtigen Einfluss auf Settingbedingungen. PsychotherapeutInnen und PatientInnen handeln – so die ExpertInnen – nur bedingt autonom, da äußere Strukturen, Richtlinien und weitere involvierte Personen ihr Handeln auch in der freien Praxis mitgestalten.

PsychotherapeutInnen in Institutionen wiederum sind ganz besonders einem erhöhten Zeitdruck und engen Vorgaben zur Dauer der Behandlung ausgesetzt. Zusätzlich berichten die betroffenen TherapeutInnen von expliziten oder impliziten Erfolgsvorgaben. Zeit und Erfolgsdruck können zu einem Selbstüberschätzungsrisiko der PsychotherapeutInnen führen, das sich auch an die PatientInnen vermittelt bzw. delegiert. Mit diesem Spannungsfeld muss sorgsam und kooperativ umgegangen werden, damit das Risikopotenzial gering bleibt.

Dabei spielen auch Überlappungen zwischen den Formaten Krisenintervention, Coaching und Psychotherapie eine schwierige Rolle. Eine klare Unterscheidung und Beschreibung

dieser Bereiche in der Therapieeinstiegsphase kann in diesem Zusammenhang die Wahl der adäquaten Methode für die PatientInnen erleichtern. Wechselt ein/eine PatientIn jedoch mehrfach zwischen Angeboten, entsteht aufseiten der PatientInnen das Risiko für Trennungserfahrungen, Kontinuitätsverlust, Autonomieverlust, Loyalitätsprobleme und aufseiten der Professionellen das Risiko für Kommunikationsprobleme, fehlenden Informationsaustausch oder Konkurrenzgefühle. Diesen Übergängen ist dann – nach Aussagen der ExpertInnen – große Aufmerksamkeit zu widmen.

3.2.2 Strukturqualität – PatientInnenvariable

Die im Folgenden genannten Aspekte zu PatientInnenvariablen beschränken sich auf jene Kategorien, die in den ExpertInnendiskussionen einen deutlichen kausalen Zusammenhang zur Risikoprävention sichtbar werden ließen.

Autonomie und Ressourcen

Der Autonomie der PatientInnen, hier verstanden als Fähigkeit und Möglichkeit, das therapeutische Geschehen mitzugestalten, wird laut ExpertInnen eine hohe Bedeutung beigemessen. Trotz der Unterschiedlichkeit der verschiedenen Fachspezifika im Umgang mit der Eigenständigkeit und Mitgestaltung der PatientInnen zeigt sich zusammenfassend: Die Handlungsfähigkeit der PatientInnen im Vorfeld der Therapie und währenddessen stellt ein wichtiges Korrektiv im Umgang mit therapeutischen Nebenwirkungen und Schäden für die Professionellen dar. Diese Handlungsfähigkeit ist natürlich auch abhängig von der jeweiligen Krankheits- und Lebensgeschichte.

Kompetenzen und Fähigkeiten, die von Beginn an in den therapeutischen Prozess von PatientInnen eingebracht werden oder währenddessen auftauchen, wie z. B. emotionale, soziale und körperliche Ressourcen und Bewältigungsstrategien, haben laut den befragten ExpertInnen einen beträchtlichen Einfluss auf das Ausmaß von Fehlern, Konsequenzen aus Fehlern, auf sich wiederholende Fehler oder standeswidriges Verhalten aufseiten der TherapeutInnen. Nebenwirkungen und Schäden tauchen dann nicht nur weniger auf, sondern können im Prozess abgefangen werden. Dennoch liegt dies natürlich nicht in der Verantwortung der PatientInnen.

Transparenz und Mitgestaltung

Transparenz der TherapeutInnen ermöglicht nach Ansicht der ExpertInnen mehr Handlungsoptionen für PatientInnen. In diesem Sinne ist eine sorgfältige Aufklärung – nicht nur über die Rahmenbedingungen (siehe abermals Therapievertrag, Anhang B.1), sondern

auch über das Vorhandensein von eigenen (un)bewussten Zielsetzungen der TherapeutInnen – als TherapeutInnenpflicht zu verstehen, so die ExpertInnen. PatientInnen soll darüber Mitgestaltungsmöglichkeit eingeräumt werden. Die Möglichkeiten, mit dieser von TherapeutInnen eingebrachten – jedoch auch von PatientInnen geforderten – Transparenz umzugehen, sind jedoch offenbar sehr unterschiedlich. PatientInnen können damit auch überfordert werden. In den ExpertInnendiskussionen wurden die Fähigkeiten und Möglichkeiten der PatientInnen, sich in die therapeutische Beziehung und den Prozess einzubringen, mannigfaltig diskutiert. Unter den „aktuellen“ PatientInnen fällt den ExpertInnen im Kontrast zu früheren PatientInnen eine steigende Tendenz zur aktiven Mitarbeit am „informed consent“ auf.

Andererseits merken die ExpertInnen jedoch auch eine wachsende Tendenz zu einer Konsumhaltung gegenüber der Psychotherapie an. Ein Experte bemerkt: *„Man geht zum Frisör und Schuhe kaufen und auf dem Weg dahin noch schnell zum Therapeuten und vor allen Dingen, man lädt dort ab und erwartet, der macht dann alles gut, also in die Reparaturwerkstelle.“* Als Folge dieser Einstellungsentwicklung fällt laut den Ergebnissen der Schritt zur Therapie zwar leichter, die Erwartungen an den Modus des therapeutischen Geschehens scheinen aber nicht immer denen eines therapeutischen Prozesses und damit denen der TherapeutInnen zu entsprechen.

3.2.3 Strukturqualität – TherapeutInnenvariable

In einer selbstreflexiven und äußerst selbstkritischen Auseinandersetzung über TherapeutInneneigenschaften wurde in den ExpertInnendiskussionen zwischen dem, was TherapeutInnen „mitbringen“, und dem Umgang mit Risiken (s. o.) differenziert.

Einfluss der TherapeutInnenpersönlichkeit

Die Persönlichkeit des/der TherapeutIn und eventuelle Probleme bis hin zu Persönlichkeitsstörungen wurden als zentrales Einflusskriterium benannt. Dass im Berufsstand der PsychotherapeutInnen auch Personen aktiv sind, die aufgrund ihrer Persönlichkeit nicht für diesen Beruf geeignet sind und infolgedessen auch ein hohes Potenzial für Fehler und standeswidriges Verhalten in sich tragen, wurde im Rahmen der ExpertInnendiskussionen keineswegs verleugnet, sondern aus Erfahrungen mit KollegInnen bestätigt. *„Es gibt therapieresistente Menschen“,* sagt ein Experte, *„und wenn sie dann Therapeuten und Therapeutin sind, ist es umso schlimmer.“*

Erfahrung, Selbstreflexion, Kompetenz

Über die Bedeutung der Lebens- und Berufserfahrung von PsychotherapeutInnen und deren Kompetenzen sind sich die ExpertInnen einig. Aus diesem Bewusstsein resultiert ein hoher Anspruch an die Reflexionsfähigkeit und die abgeleisteten Praxisstunden in der Ausbildung. Eine Expertin führt aus: *„Ich denke, mit langer Inkompetenz kann es meiner Meinung nach sehr wohl auch zur Schädigung führen. Nämlich eben dann, wenn gleichzeitig der Patient in der Abhängigkeit gehalten wird, auch unbewusst.“* An dieser Stelle taucht auch wieder die persönliche Gestaltung des Arbeits- und Privatlebens der TherapeutInnen als Risiko- oder förderliches Potenzial auf. Sobald der Beruf aufgrund eines schlechten Zeit- und Energiemanagements zur Belastung wird oder die persönlichen Bedürfnisse im Privatleben nicht abgedeckt werden, laufen TherapeutInnen Gefahr, die Bereiche der Arbeit und des Privaten miteinander zu vermischen oder andere Risikopotenziale zu erhöhen.

Bedürftigkeit der PsychotherapeutInnen

Einen hohen Stellenwert in den ExpertInnendiskussionen nimmt der Aspekt der „eigenen Bedürfnisse“ der PsychotherapeutInnen ein. Die psychotherapeutische Arbeit ist aufgrund der möglichen Beziehungsdynamiken eine besonders anspruchsvolle Tätigkeit, die die Person und Persönlichkeit des/der TherapeutIn stark fordert. Wie bedeutsam im Hinblick auf diese Herausforderungen die Dimension der „Bedürfnisabdeckung der TherapeutInnen“ ist, wird in den quantitativen Ergebnissen deutlich. Die Wichtigkeit wird jedoch in den ExpertInnendiskussionen immer wieder deutlich. Ein Experte stellt sich z. B. die Frage: *In „einem Beruf, wo man immer nur für den anderen da sein soll, und wo kommen die eigenen Bedürfnisse hin? Und da, meine ich, ist auch so wichtig, da hilft nämlich die ganze Ausbildung und Methodik usw. und die Einsicht in ethisches Verhalten nichts, wenn meine Bedürfnisse unbefriedigt sind.“*

3.2.4 Prozessqualität

Der gesamte Psychotherapieprozess ist – so die ExpertInnen – stark vom Beziehungsgeschehen zwischen PatientInnen und TherapeutInnen bestimmt. Im Verlauf einer Psychotherapie können beziehungsimmanente Probleme auftauchen, insbesondere Kommunikationsschwierigkeiten und Machtdynamiken.

Macht

Die Macht des/der TherapeutIn kann sich in der Deutungshoheit, der Diagnosestellung und Beeinflussung bei PatientInnen-Entscheidungen manifestieren. PsychotherapeutIn-

nen können und müssen hier, so die ExpertInnen, ausbildungs- und erfahrungsbezogen die professionelle Beziehung und das methodische Vorgehen so gestalten, dass Machtmissbrauch möglichst wenig auftritt, wenn diese Dimension auch nicht ganz zu verhindern ist. Ein Experte bemerkt dazu: *„Ich glaube, dass selbst bei den reflektierten Therapeuten tendenziell manchmal immer noch so ein bisschen was einfließt, was den Patienten nicht nur gut tut. Ich glaube, dass dieses Setting so verführt, wie soll man sagen, das ist von vornherein so eine schwierige Situation, ja, dieses Gefälle, das da entsteht, und diese Öffnung, die der Klient hat, und sozusagen diese Einseitigkeit der Beziehung, die ist an sich schon so eine schwierige Konstellation, dass ich glaube, die ist sowieso problematisch.“*

Fehlende Grenzen und erotische Gefühle

Der Bereich der Kommunikation und der damit verbundenen Risiken von Konflikten, Fehlinterpretationen und Verwicklungen nehmen in den Daten einen großen Raum ein. Der Themenkomplex der Erotik und Verliebtheit schwingt, wie das folgende Zitat beispielhaft beschreibt, immer mit und birgt dabei, selbst bei hoher Korrektheit, ein Risiko für Nebenwirkungen, Fehler und standeswidriges Verhalten. *„Eine Therapie, wenn sie gut läuft, erzeugt ja Intimität und Nähe, die außerhalb der Therapie in der Dichte, in der Schnelligkeit nirgends sonst stattfindet. Und dann zu sagen, das entwickelt bei mir nicht irgendwie eine gewisse Art von Respons, das glaube ich einfach nicht, das muss jeder spüren, ja, da wird es wirklich dicht, und wie gehe ich um damit, ich denke, das ist Selbstbetrug, wenn ich sage, ‚nein, hab ich nie‘. Es ist wirklich das Umgehen damit.“*

Starre und Dogmatismus in der Methodik

Im Rahmen der ExpertInnendiskussionen wird auch auf eine andere Gefahr verwiesen, nämlich zu starr und dogmatisch an Konzepten und Regeln des eigenen Therapieverfahrens zu „kleben“. Wenn die gewählte Therapierichtung, Therapieintervention und Therapiedauer oder auch bewusste oder unbewusste Therapieziele zu starr eingehalten werden, kann dies allerdings ebenfalls zu einem fehlerhaften Verhalten führen. *„Ja, aber das ist ja eine Frage jetzt nicht der Methoden an sich, sondern der Versteinerung oder der Erstarrung von Methoden, wie sie betrieben werden und gelehrt werden. Auch Ausbildungen können versteinern.“*

Umgang mit Fehlern

Erkennt der/die TherapeutIn durch Selbstreflexion oder durch Unterstützung in der Intervention oder/und Supervision einen Fehler, so besteht die Chance, diesen im Rahmen der Therapie anzusprechen und zu klären. Vor allem anderen beeinflusst der Umgang

des/der TherapeutIn mit dem „passierten“ Fehler dessen Auswirkung. Als Formen des Umgangs mit Fehlern konnten in den ExpertInnendiskussionen drei Varianten identifiziert werden.

In der **1. Variante** wird der Fehler durch geäußertes Unwohlsein der PatientInnen, Selbstreflexion der TherapeutInnen oder Inter-/Supervision bewusst. Die TherapeutInnen schaffen daraufhin eine Atmosphäre und Möglichkeit, ihren Fehler und die Folgen zu besprechen. Dies schließt auch eine Erklärung und so notwendig eine Entschuldigung der TherapeutInnen ein. Im besten Fall kann durch die Reflexion der Fehler integriert und dadurch zu einem Teil des Verlaufs, sogar zuweilen zu einem Erfolgsfaktor werden. Durch die intensive Auseinandersetzung mit einem Fehler und dessen Konsequenzen erhöht sich die Chance auf Sensibilität gegenüber therapeutischer Fehlerneigung. In einem solchen Verlauf können die Auswirkungen eines Fehlers sehr gering oder nichtig sein.

In der **2. Variante** wird ein Fehler vonseiten der TherapeutInnen nicht bemerkt und sie auch nicht von den PatientInnen oder ihrem professionellen Umfeld (z. B. Inter-/Supervision) darauf aufmerksam gemacht. Ein unreflektierter Umgang kann auch darin bestehen, zwar auf einen Fehler aufmerksam gemacht worden zu sein, aber darauf aufgrund mangelnder Kompetenz oder Persönlichkeitsstruktur nicht adäquat reagieren zu können und damit ein Wiederholungsrisiko zu implizieren. Selbst im Falle eines einmaligen Fehlers können die Auswirkungen durch die fehlende Integration zu schweren Schäden führen.

In der **3. Variante** werden TherapeutInnen zwar (wiederholt) auf Fehler aufmerksam gemacht, nehmen diese Aufforderung zur Korrektur auch bewusst zur Kenntnis, sehen das eigene Verhalten jedoch nicht als problematisch und damit nicht als Anlass zur eigenen Reflexion oder gar Änderung des eigenen Verhaltens. Hier besteht eine extrem hohe Gefahr der Wiederholung und somit das Risiko, dass schwere Schäden entstehen und sich ständig weiter fortsetzen.

3.2.5 Ergebnisqualität

Die ExpertInneninterviews geben eine Reihe von Antworten auf die Fragestellungen der Studie zur Ergebnisqualität, in Bezug auf Nebenwirkungen, therapeutische Fehler und den Umgang mit Fehlern.

Nebenwirkungen im sozialen Kontext

Psychotherapie kann massive Auswirkungen auf das soziale Umfeld haben – im positiven wie im negativen Sinne. Bei zu geringer Berücksichtigung des sozialen Umfeldes bzw. der

Familie kann es daher laut den ExpertInnen z. B. zu Verschiebungen von Symptomen auf andere Familienmitglieder kommen. Eine Expertin bemerkt: *„Und ... eben die unmittelbare Rückwirkung auf die anderen Familienmitglieder, das würde ich auch schon als einen ernsthaften Schaden oder zumindest als eine ernsthafte Nebenwirkung definieren.“* Die Einschätzung als Wirkung oder Nebenwirkung fällt in manchen Fällen jedoch schwer.

Auch im Symptompektrum kann es zu „Verschiebungen“ kommen. Phasenweise kann es auch zu Verschlechterungen der Symptome kommen, oder durch eine Intervention wird ein besonderer Aspekt der Persönlichkeit zeitweise besonders gefördert bzw. „übertrieben“ und führt dann in weiterer Folge z. B. zu sozialen Problemen. Eine Expertin erzählt: *„Ja, geholfen haben dazu natürlich auch so Bücher wie ‚die Kunst ein Egoist zu sein‘, das ist was anderes als der Alltag, und da sehe ich manchmal zu wenig berücksichtigt, dass nachher das ganz normale Leben auf Erden weitergelebt werden muss.“*

Auswirkungen von Fehlern

Die Wirkung von Fehlern kann sehr unterschiedlich sein. Nach Meinung der ExpertInnen hängen die Auswirkungen von Fehlern von der Reaktion und den Fähigkeiten der TherapeutInnen und den Ressourcen und Strategien der PatientInnen ab (s. o., Kapitel 3.2.4 Prozessqualität). Sind Fehler durch Abweichungen vom Berufskodex entstanden, kann basierend auf den Daten der ExpertInnendiskussionen geschlussfolgert werden: Der Schlüssel zum potenziellen Schädigungsgrad einer Fehlentwicklung besteht in der Besprechbarkeit des unterlaufenen Fehlers. Laut Erfahrung der ExpertInnen kann dieser Umgang mit Fehlern Überforderungen, Traumatisierungen oder Retraumatisierungen maßgeblich verhindern helfen. Die Wirkung eines Fehlers in der Psychotherapie setzt sich also aus Art und Verhältnis der Risikofaktoren zueinander, aus der Schwere des Fehlers und dem zeitlichen Verlauf zusammen. Risikofaktoren können sich also verstärken, aber zuweilen auch gegenseitig aufheben. Die Definition und das subjektive Empfinden eines erlebten Schadens und seiner Schwere ist zudem abhängig von der Perspektive der Betroffenen.

Schadenskategorien und ihre Folgen

Missachtungen des Settings (Strukturvariable) und Fehlverhalten bedingt durch „Bedürfniserfüllung für TherapeutInnen“ auf Kosten der PatientInnen wurden im sozialen, praktischen, geschäftlichen, finanziellen, emotionalen sowie sexuellen Bereich geortet. Die Auswirkungen gestalten sich jedoch sehr individuell und müssen immer im biografischen Kontext betrachtet werden – so die ExpertInnen. Es zeigt sich allerdings, dass Schäden auch in leichteren Fällen langwierige Folgen für die Betroffenen haben können, insbeson-

dere wenn sie die Last der Bewältigung alleine tragen müssen. Die konkreten Auswirkungen reichen von einer finanziellen Belastung bei erfolglosen Therapien über emotionale Verunsicherung, Retraumatisierung bis hin zu einem vollkommenen Verlust des Selbstwertes, der Lebensfähigkeit oder gar Suizidalität.

Insbesondere destruktive Beziehungs- und Machtphänomene in der Therapie nehmen innerhalb der Risiken und Nebenwirkungen eine gewichtige Rolle ein. Abhängig von der Art des Fehlers und von den Ressourcen, der Biografie bzw. dem Krankheitsbild der PatientInnen schützt hier laut Ansicht der ExpertInnen auch der reflektierte Umgang nicht immer vor Schäden und langfristigen Konsequenzen.

3.3 Quantitative Ergebnisse der PatientInnenbefragung in Niederösterreich¹

3.3.1 Soziodemografie

Das Durchschnittsalter der 552 PatientInnen betrug 42.9 Jahre (SD = 12.08), wobei der/die Jüngste 18 und der/die Älteste 78 Jahre alt war (siehe Anhang, Abb. 28). Insgesamt nahmen etwa viermal so viele Frauen (N = 441; 79.9%) als Männer (N = 111; 20.1%) an der Studie teil (siehe Anhang, Abb. 29). 138 (25%) PatientInnen hatten ihre Therapie bereits abgeschlossen, 355 (64%) PatientInnen waren noch in „laufender“ Therapie und 59 (11%) PatientInnen hatten die Therapie abgebrochen (siehe Anhang, Abb. 30).

In die vorliegende Untersuchung ging folgende Differenzierung im Hinblick auf die therapeutische Orientierung ein: Es wurden PatientInnen von 222 (40.2%) PsychotherapeutInnen mit humanistisch-existenzieller Orientierung, von 125 (22.6%) verhaltenstherapeutisch orientierten PsychotherapeutInnen, von 97 (17.6%) PsychotherapeutInnen mit tiefenpsychologisch-psychodynamischer Orientierung, von 87 (15.8%) systemisch orientierten PsychotherapeutInnen und PatientInnen von 21 (3.8%) ÄrztInnen mit einem ÖÄK-Diplom für Psychotherapeutische Medizin untersucht (siehe Anhang, Abb. 31).

3.3.2 Strukturqualität – Settingvariable

Rahmenbedingungen

Für 95% (N = 508) der PatientInnen war die Zeit angemessen, die zur Klärung des formalen Rahmens (Termine, Frequenz, Dauer der Therapie, Art der Bezahlung, Höhe der Kos-

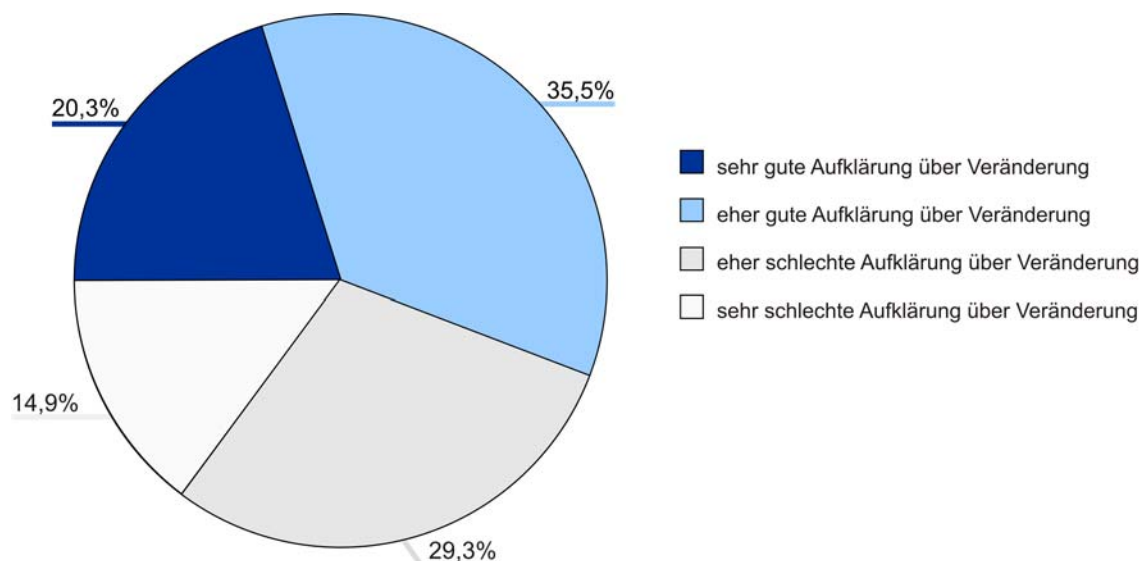
¹ Zur Veranschaulichung wurde die Darstellung von Mittelwerten gewählt.

ten etc.) verwendet wurde. Auch die Information über diese formalen Rahmenbedingungen erfolgte rechtzeitig (N = 498; 92.1%). Nur 12 PatientInnen (2.2%) gaben an, keine rechtzeitige Information erhalten zu haben. Die meisten PatientInnen hatten ihre Therapiezeitung entweder wöchentlich (N = 159; 29.3%) oder zweiwöchentlich (N = 168; 31%; siehe Anhang, Abb. 32), was ebenfalls vom überwiegenden Teil der PatientInnen als angemessen (87.9%) erlebt wurde.

Im Rahmen der offenen Anmerkungen wurde die hohe finanzielle Belastung durch die Psychotherapie kontroversiell thematisiert. Insgesamt wurde aber ein sehr positives Bild der PatientInnenzufriedenheit präsentiert.

Aufklärung

Im Faktor **Aufklärung über unerwartete und möglicherweise belastende Veränderungen durch Psychotherapie** (Faktorenanalyse siehe Anhang E.1) erreichten die PatientInnen einen Mittelwert von $MW = 2.88$ ($SD = 0.919$; $N = 543$). Zwar waren etwa ein Fünftel (20.3%; $N = 110$) der PatientInnen sehr gut und weitere 35.5% ($N = 193$) zumindest eher gut über derartige mögliche Veränderungen durch bzw. während der Psychotherapie aufgeklärt worden, allerdings hatten auch 29.3% ($N = 159$) der PatientInnen die Aufklärung als eher schlecht eingestuft und 14.9% ($N = 81$) eine solche Aufklärung nur unzureichend bis gar nicht erlebt (Abb. 4).



Aufklärung über mögliche Veränderungen durch Psychotherapie

Abb. 4

Ein signifikantes Ergebnis in Bezug auf den Verlaufsstatus zeigte sich ($p = .005$) bei den AbbrecherInnen. Die PatientInnen, die ihre Psychotherapie vorzeitig abgebrochen hatten,

waren – mit einem Mittelwert von $MW = 3.28$ ($SD = 1.026$) deutlich unzureichender aufgeklärt worden als jene PatientInnen, die die Therapie erfolgreich beendet hatten ($p = .02$), und auch als solche, die zum Zeitpunkt der Erhebung noch in Therapie waren ($p < .001$; siehe Anhang, Abb. 33).

Bezüglich der therapeutischen Orientierungen konnten keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden (siehe Anhang, Abb. 34). Auch die Mittelwerte der vier unterschiedlichen Geschlechterkombinationen (Patientin-Therapeutin, Patientin-Therapeut, Patient-Therapeutin, Patient-Therapeut) unterschieden sich nicht signifikant voneinander (siehe Anhang, Abb. 35).

3.3.3 Strukturqualität – PatientInnenvariable

Therapiebezogene PatientInneninformationen

Gründe für den Beginn einer Psychotherapie waren häufig Depressionen (62.8%; $N = 346$) und Angst (43.2%; $N = 238$), Sucht hingegen schien mit 5.6% ($N = 31$) unterrepräsentiert (Mehrfachantworten waren hier möglich; siehe Anhang, Abb. 36).

Fast die Hälfte der PatientInnen (46.6%; $N = 257$) gab an, vor der aktuellen Therapie schon einmal eine Psychotherapie gemacht zu haben (siehe Anhang, Abb. 37), davon 210 PatientInnen (89.4%) in einer privaten Psychotherapiepraxis oder einer Beratungsstelle und 62 (25.1%) stationär im Krankenhaus (Mehrfachantworten waren möglich). Es ließen sich bezüglich dieser Verteilung keine Unterschiede zwischen den einzelnen therapeutischen Orientierungen nachweisen.

Finanzierung

7.1% der PatientInnen, die den Fragebogen erhalten hatten, befanden sich in Therapie bei PSY III-ÄrztInnen, 63.8% bekamen einen Zuschuss von der Krankenkasse zur Finanzierung der Therapie und bei 29.1% der PatientInnen wurden die Kosten der Psychotherapie zur Gänze von der Krankenkasse übernommen (siehe Kapitel 4; siehe Anhang, Abb. 38).

Etwas anders gestaltete sich dieses Verhältnis bei den 552 PatientInnen, die den Fragebogen ausgefüllt zurückschickten. Von den PSY III-PatientInnen konnten insgesamt 3.8% ($N = 21$) ausgewertet werden, von PatientInnen mit Zuschuss 71.2% ($N = 393$) und von PatientInnen, deren Therapie durch Vereinslösung finanziert wurden, 25% ($N = 138$).

Diese Differenz in der Verteilung des Finanzierungsmodells zwischen verschickten und retournierten Fragebögen ist laut Chi-Quadrat-Test bezüglich der PSY III-PatientInnen als auch bezüglich der Zuschuss-PatientInnen signifikant ($p < .05$). PatientInnen von PSY III-ÄrztInnen schickten im Gegensatz zu den anderen wesentlich weniger Fragebögen zurück. PatientInnen, die einen Zuschuss erhielten, schickten dafür überdurchschnittlich viele Fragebögen zurück (siehe Anhang, Abb. 39).

Diagnose

54.1% (N = 294) der PatientInnen gaben an, dass eine Diagnose gestellt wurde, 19% (N = 103) der PatientInnen waren der Meinung, dass keine Diagnose gestellt wurde, und 26.9% (N = 146) der PatientInnen gaben an, nicht zu wissen, ob ihre TherapeutInnen zu Beginn der Psychotherapie eine Diagnose gestellt hatten (siehe Anhang, Abb. 40). Es ließen sich keine signifikanten Verteilungsunterschiede zwischen den einzelnen Therapie-richtungen feststellen.

Von den PatientInnen, deren Therapie mittels Vereinslösung finanziert wurde, wurden insgesamt nur 36.6% (N = 48) von deren TherapeutInnen zur klinisch-psychologischen diagnostischen Abklärung geschickt, und zwar 20.6% (N = 27) bereits vor der Therapie, 6.1% (N = 8) vor der zehnten Sitzung und 9.9% (N = 13) erst nach der zehnten Sitzung (siehe Anhang, Abb. 41).

Der Großteil der PatientInnen begann die Psychotherapie aus eigenem Entschluss (59.1%; N = 326). 41.1% (N = 227) kamen über ÄrztInnen bzw. eine Klinik zur Therapie. Weitere 17.8% (N = 98) nannten ihren Freundeskreis oder Bekannte, 13.6% (N = 75) Familie und Verwandte und 8% (N = 44) eine Beratungsstelle oder einen sozialen Dienst als Überweisende. Nur 1.1% (N = 6) der PatientInnen gaben Amt oder Behörde und nur 0.9% (N = 5) die Krankenkasse oder eine Krankenversicherung als Wege an, über die sie zur Psychotherapie gekommen waren (Mehrfachantworten waren möglich; siehe Anhang, Abb. 42).

3.3.4 Strukturqualität – TherapeutInnenvariable

Ähnlich wie bei den PatientInnen ist das Geschlechterverhältnis bei den TherapeutInnen. 24.2% der behandelnden TherapeutInnen sind männlich (N = 118) und 75.8% weiblich (N = 369; siehe Anhang, Abb. 43). Bei 487 PatientInnen (88.2% der Gesamtstichprobe) wurden das eigene Geschlecht und das Geschlecht des/der TherapeutIn angegeben. Davon waren bei 310 der PatientInnen-TherapeutInnen-Paare (63.7%) sowohl Therapeutin als auch Patientin weiblich. Bei 78 Paaren (16.0%) war die Patientin weiblich und der Therapeut männlich, bei 59 (12.1%) war der Patient männlich und die Therapeutin weibl-

ich. Nur 40 Paare (8.2%) waren ausschließlich männlich (siehe Anhang, Abb. 44). Damit entspricht die Stichprobe im Groben einer zu erwartenden Geschlechterverteilung.

Therapiebezogene TherapeutInneninformationen

Bezogen auf die Therapierichtung wurden 7.1% der Fragebögen an PSY III-PatientInnen und 15.9% an PatientInnen verschickt, die tiefenpsychologisch orientierte Therapien in Anspruch nahmen. Die meisten Fragebögen, nämlich 35.6%, erhielten PatientInnen, die eine humanistisch-existenziell orientierte Therapie absolvierten, 18.6% bekamen PatientInnen in systemischer Therapie und 22.7% der Fragebögen gingen an PatientInnen, die sich in einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie befanden (siehe Anhang, Abb. 45).

Insgesamt kamen von PSY III-PatientInnen (N = 21; 3.8%) und von PatientInnen der systemischen Therapie (N = 87; 15.8%) weniger zurück als erwartet ($p < .05$). Die relative Anzahl von PatientInnen in tiefenpsychologisch-orientierten Therapien (N = 97; 17.6%) sowie von verhaltenstherapeutischen Therapierichtungen (N = 125; 22.6%) stimmte bei den zurückgeschickten Fragebögen mit der relativen Anzahl der verschickten Fragebögen weitgehend überein. Bei PatientInnen, die diverse humanistisch-existenzielle Therapieformen in Anspruch nahmen, war die relative Zahl der retournierten Fragebögen mit 40.2% (N = 222) höher als erwartet ($p < .05$).

Auch hier wurden Unterschiede zwischen der Verteilung der verschickten Fragebögen und der Verteilung der retournierten Fragebögen mittels Chi-Quadrat-Test auf Signifikanz überprüft. Abgesehen von den schon oben dargestellten Ergebnissen bezüglich PSY III ließen sich keine signifikanten Verteilungsunterschiede feststellen.

Supervision

Aufgrund ganz seltener Zustimmungen zu einem breiten Spektrum an Klagen über ungewöhnliche Abrechnungspraktiken, Sonderregelungen und aus Beschwerdebriefen bekannten Vorwürfen zu unangemessenen Verhaltensweisen in Therapiesitzungen, die in 68 Items abgefragt wurden, konnten hierzu keine weiteren statistischen Auswertungen erfolgen. Hieraus kann geschlossen werden, dass in dieser Stichprobe grob standeswidrige Verhaltensweisen ausgesprochen selten (weniger als 1%) vorkamen und eher Einzelfälle darstellten.

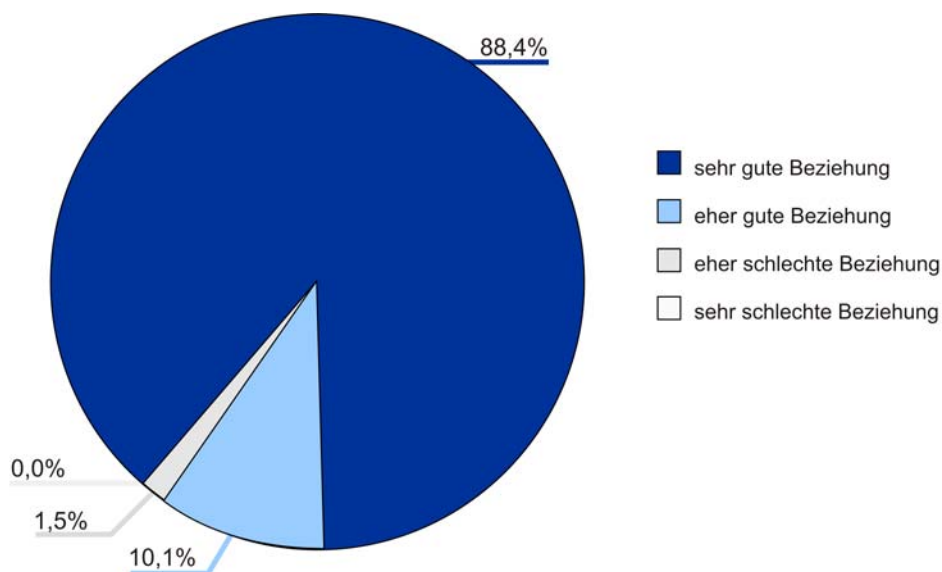
Zusätzlich wurde gefragt, ob die TherapeutInnen in der Supervision über die betroffenen PatientInnen sprechen. Dabei antworten 6.8% (N = 36) mit „nein“, 19.5% (N = 104) mit

„ja“ und 48% (N = 256) mit „ich weiß nicht“. Die restlichen 25.7% (N = 137) gaben an, sie wüssten nicht, was Supervision sei.

3.3.5 Prozessqualität

Therapeutische Beziehungsqualität

Der Faktor **therapeutische Beziehungsqualität** (Faktorenanalyse siehe Anhang E.1) wurde allgemein mit einem Mittelwert von $MW = 1.54$ ($SD = 0.466$; $N = 543$) sehr gut bewertet. Insgesamt berichteten hier sogar 88.4% der PatientInnen von einer sehr guten Beziehungsqualität und 10.1% von einer eher guten Qualität ihrer therapeutischen Beziehung. Nur 1.5% berichteten von einer eher schlechten Beziehungsqualität. Eine sehr schlechte Beziehungsqualität wurde nicht berichtet (Abb. 5).



Therapeutische Beziehungsqualität

Abb. 5

Die verschiedenen therapeutischen Grundorientierungen bzw. Psychotherapeutische Medizin unterschieden sich nicht signifikant voneinander ($p = .093$). Der Mittelwert der therapeutischen Beziehungsqualität lag jeweils auf sehr hohem Niveau (siehe Anhang, Abb. 46).

Allerdings schätzten Therapie-AbbrecherInnen mit einem Mittelwert von $MW = 1.91$ ($SD = 0.660$) die therapeutische Beziehungsqualität deutlich schlechter ein als PatientInnen, die die Therapie erfolgreich beendet hatten ($p < .001$), und auch als solche, die zum Zeitpunkt der Erhebung noch in Therapie waren ($p < .001$; siehe Anhang, Abb. 47).

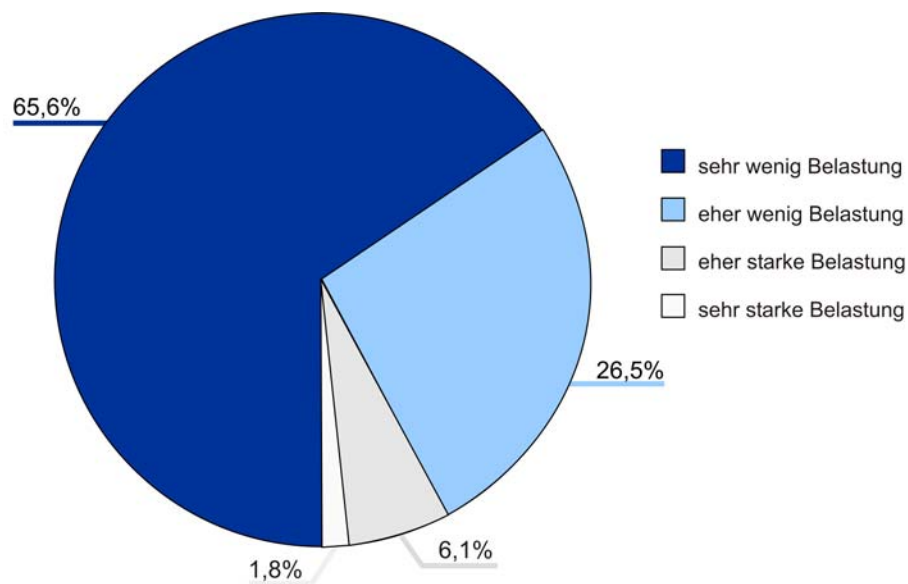
Und auch in Bezug auf die vier Kombinationsmöglichkeiten hinsichtlich des Geschlechts der PatientInnen und TherapeutInnen konnte ein signifikanter Mittelwertsunterschied ($p = .001$) zwischen den Gruppen nachgewiesen werden. Jene Paare, bei denen sowohl Therapeutin als auch Patientin weiblich waren, erzielten die höchste Beziehungsqualität (MW = 1.46; SD = 0.416). Dieses Ergebnis unterschied sich sowohl von der Kombination „Therapeutin weiblich – Patient männlich“ (MW = 1.66; SD = 0.466) signifikant ($p < .001$), als auch von der Kombination „Therapeut männlich – Patient männlich“ (MW = 1.63; SD = 0.477; $p < .05$). Bei den gemischten Geschlechterkonstellationen berichteten Patientinnen, die bei einem Mann in Therapie waren (MW = 1.52; SD = 0.448), von einer signifikant besseren Beziehung als Patienten, die bei einer Frau in Therapie waren ($p < .05$; siehe Anhang, Abb. 48).

Zudem interessierte in diesem Zusammenhang das Ausmaß an körperlicher Nähe zwischen PatientIn und TherapeutIn, das von 80.8% (N = 446) der PatientInnen mit als angemessen empfunden wurde. 4.3% (N = 24) der PatientInnen hatten subjektiv eher zu wenig und 3.1% (N = 17) viel zu wenig Nähe zu den TherapeutInnen. Nur eine Person gab an, eher zu viel Nähe zum/zur TherapeutIn zu haben. Von 11.6% (N = 64) der PatientInnen wurde die Frage nach der körperlichen Nähe gar nicht beantwortet (siehe Anhang, Abb. 49).

Belastung

Im Faktor **Belastung durch die Therapie** (Faktorenanalyse siehe Anhang E.1) erreichten die PatientInnen einen Mittelwert von MW = 4.08 (SD = 0.712; N = 543), was dahingehend interpretiert werden kann, dass die Belastungen kein häufiges Phänomen darstellen. 65.6% (N = 356) der PatientInnen berichteten von sehr wenig bis gar keinen Belastungssituationen und weitere 26.5% (N = 144) erlebten eher selten Belastung durch die Therapie. Insgesamt 7.9% (N = 49) meldeten allerdings auch eher viele bis sehr viele belastende Schwierigkeiten (Abb. 6).

Zwischen TherapieabbrecherInnen, PatientInnen, die erfolgreich beendet hatten, und PatientInnen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch in Therapie waren, gab es sehr hoch signifikante Unterschiede ($p < .001$). AbbrecherInnen berichteten mit einem Mittelwert von MW = 3.57 (SD = 0.860) von deutlich mehr Belastung als PatientInnen, die sich noch in Therapie befanden, und solchen, die ihre Therapie erfolgreich hinter sich gebracht hatten (siehe Anhang, Abb. 50). Bei den therapeutischen Orientierungen ergaben sich hingegen keine signifikanten Differenzen zwischen den Therapierichtungen ($p = .249$; siehe Anhang, Abb. 51).

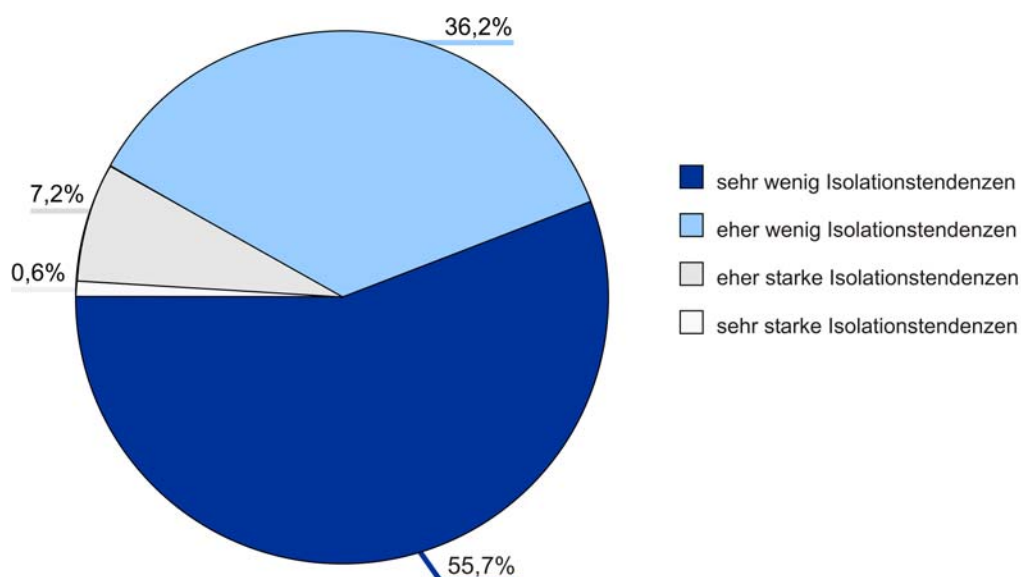


Belastung durch die Therapie

Abb. 6

Isolation

Im Faktor **Isolation aufgrund der Therapie** (Faktorenanalyse siehe Anhang E.1) erreichten die PatientInnen einen Mittelwert von $MW = 3.92$ ($SD = 0.675$). Nur fünf PatientInnen (0.9%) zeigten sehr starke Isolationstendenzen und 7.2% ($N = 39$) eher starke Isolation in Zusammenhang mit hoher Abhängigkeit von den TherapeutInnen. 91.9% ($N = 521$) der PatientInnen berichteten dagegen von eher wenig bis gar keinen Isolationstendenzen (Abb. 7).



Isolation aufgrund der Therapie

Abb. 7

Männer zeigten mit einem Mittelwert von $MW = 3.8$ ($SD = 0.675$) signifikant stärkere Isolationstendenzen als Frauen ($MW = 3.95$; $SD = 0.62$; $p < .05$). Weitere signifikante Unter-

schiede bezüglich der Geschlechterkombinationen (siehe Anhang, Abb. 52) und der therapeutischen Orientierungen ließen sich nicht zeigen (siehe Anhang, Abb. 53).

Auch in Bezug auf den Verlaufsstatus der Therapie konnten hoch signifikante Unterschiede gezeigt werden. Am wenigsten isoliert zeigten sich mit einem Mittelwert von $MW = 4.17$ ($SD = 0.61$) PatientInnen, die ihre Therapie bereits erfolgreich beendet hatten (siehe Anhang, Abb. 54). Dieser Wert ist signifikant höher als der Mittelwert der TherapieabbrucherInnen ($MW = 3.92$; $SD = 0.75$; $p < .05$) wie auch jener PatientInnen, die sich noch in Therapie befanden ($MW = 3.83$; $SD = 0.665$; $p < .001$).

3.3.6 Ergebnisqualität

Erwünschte Wirkung

Der Faktor **erwünschte Wirkung** (Faktorenanalyse siehe Anhang E.1) erreichte einen Mittelwert von $MW = 2.67$ ($SD = 0.79$; $N = 543$). Etwa jeder Fünfte ($N = 111$; 20.4%) zeigte sehr viel erwünschte Wirkung, und immerhin 42.5% ($N = 231$) der PatientInnen zeigte zumindest eher viel erwünschte Wirkung. Dafür erlebte fast jede/r zehnte PatientIn ($N = 50$; 9.2%) sehr wenig und 27.7% ($N = 151$) eher wenig erwünschte Wirkung der Therapie (Abb. 8).

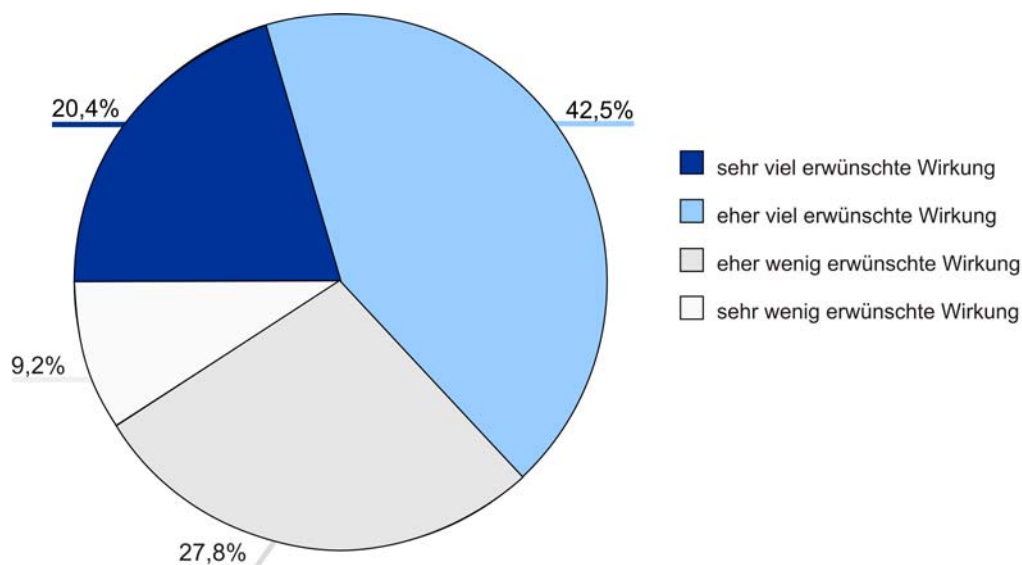


Abb. 8 Erwünschte Wirkung

Es konnten in Bezug auf die erwünschte Wirkung keine signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen den verschiedenen therapeutischen Orientierungen bzw. Psychotherapeutischer Medizin gefunden werden ($p = .074$; siehe Anhang, Abb. 55).

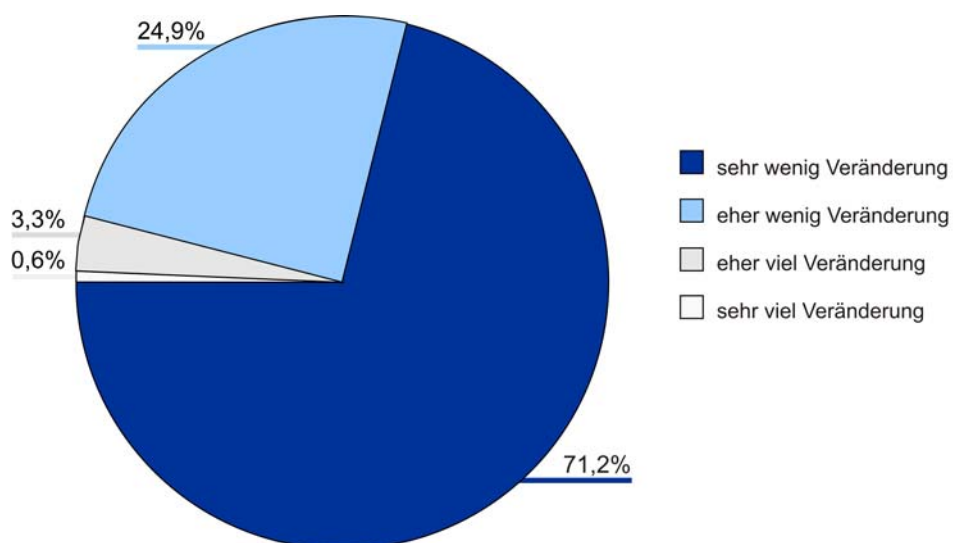
Zudem konnte gezeigt werden, dass es zwischen TherapieabbrucherInnen, PatientInnen, die erfolgreich beendet hatten, und solchen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch in

Therapie waren, weitere signifikante Differenzen in den Mittelwerten des Faktors „Erwünschte Wirkungen“ gab ($p < .001$). AbbrecherInnen bewerteten mit einem Mittelwert von $MW = 3.19$ ($SD = 0.909$) die Therapie wesentlich weniger erfolgreich als PatientInnen, die sich noch in Therapie befanden ($MW = 2.67$; $SD = 0.779$; $p < .001$), und PatientInnen, die ihre Therapie erfolgreich beendet hatten ($MW = 2.69$; $SD = 0.824$; $p < .001$; siehe Anhang, Abb. 56).

Insgesamt 105 PatientInnen äußerten sich gegenüber ihrer eigenen Psychotherapie positiv und 19 weitere führten wertneutrale Aspekte ihrer Psychotherapie an. Allerdings gab es doch immerhin 31 PatientInnen, die Negatives über ihre Psychotherapie zu berichten hatten.

Sozio-emotionale Veränderung

Was den Faktor **sozio-emotionale Veränderung** (Faktorenanalyse siehe Anhang E.1) betraf, so wurden hier mit $MW = 4.2$ ($SD = 0.634$; $N = 542$) eher wenig Veränderungen erlebt. Nur 0.6% ($N = 3$) berichteten von sehr vielen und 3.3% ($N = 18$) von eher vielen Veränderungen der emotionalen Sensibilität. Ein Viertel (24.9%; $N = 135$) der PatientInnen berichtete von eher wenigen Veränderungen in den Sozialbeziehungen und 71.2% ($N = 386$) der PatientInnen erlebten so etwas sehr selten bis gar nicht (Abb. 9).



Sozio-emotionale Veränderung

Abb. 9

Die Therapierichtungen ($p = .205$) und auch die Geschlechterkombinationen ($p = .526$) unterschieden sich nicht signifikant (siehe Anhang, Abbildungen 57 und 58).

Ein äußerst signifikantes Ergebnis konnte hingegen hinsichtlich des Verlaufsstatus der PatientInnen gezeigt werden ($p = .008$). AbbrecherInnen ($p = .038$) hatten mit einem Mittelwert von $MW = 4.09$ ($SD = 0.793$) die meisten Veränderungen in ihren sozialen Bezie-

hungen. Demgegenüber erwähnten PatientInnen, die erfolgreich beendet hatten, nur wenig Veränderungen im sozialen Umfeld (MW = 4.34; SD = 0.602). Aber auch PatientInnen, die noch in Therapie waren, erlebten signifikant mehr Veränderungen als jene PatientInnen, die ihre Therapie abgeschlossen hatten ($p = .003$; siehe Anhang, Abb. 59).

3.4 Quantitative Ergebnisse der Online-PatientInnenbefragung

3.4.1 Soziodemografie

In der vorliegenden Untersuchung sind Daten von 1357 weiblichen (66%) und von 699 männlichen (34%) PatientInnen eingegangen. Im Vergleich zur Grundgesamtheit ist hier der Anteil der Frauen überrepräsentiert.

1504 PatientInnen (73.2%) nannten die Therapierichtung der von ihnen absolvierten Psychotherapie. Davon waren 593 Personen (39.4% dieser Teilstichprobe) der humanistisch-existenziellen Orientierung zuordenbar, 573 (38.1%) der tiefenpsychologisch-psychodynamischen Orientierung, 200 (13.3%) der systemischen Therapie und 138 (9.2%) der Verhaltenstherapie.

3.4.2 Strukturqualität – Settingvariable

Rahmenbedingungen

In der Online-Erhebung präsentierte sich in Bezug auf den formalen Rahmen ein ähnliches Bild wie in der Niederösterreich-Erhebung:

Die Zeit, den formalen Rahmen zu klären (Termine, Frequenz, Dauer der Therapie, Art der Bezahlung, Höhe der Kosten etc.) empfanden 1698 Personen als angemessen (82.6%). Bei drei Viertel aller PatientInnen fanden die Therapieeinheiten entweder wöchentlich oder 14-tägig statt (siehe Anhang, Abb. 60). Insgesamt wurden die Therapiesitzungen mit einem Mittelwert von 2.92 (SD = 0.571) als eher zu selten beurteilt, da sich dieser Wert signifikant von MW = 3 (angemessen) unterscheidet ($p < .001$). Dabei unterschieden sich die Teilgruppen, aufgeteilt nach der tatsächlichen Häufigkeit, hoch signifikant voneinander ($p < .001$): Personen, die täglich (MW = 3.35; SD = 1.18) oder zumindest mehrmals pro Woche (MW = 3.29; SD = 0.69) Therapie hatten, stuften diese Häufigkeit als eher zu oft ein. PatientInnen, die einmal pro Woche (MW = 2.9; SD = 0.47), 14-tägig (MW = 2.83; SD = 0.5), einmal pro Monat (MW = 2.71; SD = 0.67) oder seltener, bei Bedarf (MW = 2.79; SD = 0.82), Therapie erhielten, stuften diese Häufigkeit hingegen im Mittel als eher zu selten ein.

Therapiedosis

Mit der Therapiedosis wurde die Anzahl der Monate der Therapiedauer in Kombination mit der wöchentlichen Frequenz der Therapieeinheiten ausgewertet. Die beendeten Therapien dauerten im Mittel 25 Monate (SD = 27.94), bei einem Minimum von weniger als einem Monat und einem Maximum von 30 Jahren und durchschnittlich 115 Therapiesitzungen (SD = 180.34) bei einem Minimum von einer Sitzung und einem Maximum von 2400 Sitzungen. Der Median² der Therapiesitzungen bei tiefenpsychologisch-psychodynamischer Orientierung lag bei 120 Sitzungen (MD = 120; MW = 223.8; SD = 282.5) und war damit signifikant höher als die mittlere Anzahl der Therapiesitzungen in humanistisch-existenzieller Orientierung (MD = 56; MW = 95.7; SD = 107.1; $p < .001$), in Verhaltenstherapie (MD = 48; MW = 77.2; SD = 88.9; $p < .001$) und in systemischer Orientierung (MD = 28; MW = 41.1; SD = 40.9; $p < .001$). Die durchschnittliche Anzahl der absolvierten Therapiesitzungen bei systemischer Psychotherapie war signifikant niedriger als bei humanistisch-existenzieller Orientierung ($p < .001$) und bei Verhaltenstherapie ($p < .01$).

Bei den tiefenpsychologisch-psychodynamisch behandelten PatientInnen korrelierte die Therapiedosis mit der Belastung durch die Therapie ($r = .22$; $p < .001$) und der erlebten Isolation ($r = .24$; $p < .001$). Zudem hatten in dieser Teilstichprobe die AbbrecherInnen mehr Therapiesitzungen absolviert (mittlerer Rang = 166) als die, die ihre Therapie erfolgreich beendeten (mittlerer Rang = 145; $p < .05$).

Bei den humanistisch-existenziell behandelten PatientInnen korrelierte die Therapiedosis mit dem erlebten Ausmaß an Isolation ($r = .22$; $p < .001$) und mit einer positiv erlebten Beziehungsqualität ($r = .18$; $p < .01$). In dieser Gruppe hatten aber die AbbrecherInnen weniger Therapiesitzungen absolviert (mittlerer Rang = 145) als jene PatientInnen, die ihre Therapie erfolgreich beendeten (mittlerer Rang = 170; $p < .05$).

Bei PatientInnen der Systemischen Therapie korrelierte die Therapiedosis mit der erlebten Belastung ($r = .24$; $p < .01$). Auch hier berichten AbbrecherInnen von einer signifikant niedrigeren Therapiedosis (mittlerer Rang = 54) als PatientInnen, die ihre Therapie erfolgreich beendeten (mittlerer Rang = 67; $p < .05$).

Bei den PatientInnen in Verhaltenstherapie fand sich ebenfalls eine signifikante Korrelation zwischen Therapiedosis und der Belastung durch die Therapie ($r = .24$; $p < .05$). Die

² Zur Veranschaulichung wurde die Darstellung vom Median gewählt, da der Mittelwert an dieser Stelle nicht so aussagekräftig ist.

Therapiedosis war jedoch gleich bei AbbrecherInnen und PatientInnen, die ihre Therapie erfolgreich beendeten (siehe Tab. 2).

Tab. 2 Orientierungsspezifische Korrelationen (Spearman-Rho) zwischen Therapiedosis und den Risiko-Indikatoren Beziehungsqualität, Belastung und Isolation

Therapeutische Orientierung		Therapiedosis	Beziehungsqualität	Belastung	
Tiefenpsychologisch- psychodynamisch	Therapiedosis	1.00			
	Beziehungsqualität	-.08	1.00		
	Belastung	.22**	-.63**	1.00	
	Isolation	.24**	-.19*	.34**	1.00
Humanistisch- existenziell	Therapiedosis	1.00			
	Beziehungsqualität	.18**	1.00		
	Belastung	.02	-.42**	1.00	
	Isolation	.22**	.09	.23**	1.00
Systemisch	Therapiedosis	1.00			
	Beziehungsqualität	.08	1.00		
	Belastung	.24**	-.33**	1.00	
	Isolation	.06	.11	.21*	1.00
Verhaltens- therapeutisch	Therapiedosis	1.00			
	Beziehungsqualität	.06	1.00		
	Belastung	.24*	-.56**	1.00	
	Isolation	.14	-.07	.38**	1.00

* Die Korrelation ist auf dem 0.05 Niveau signifikant (zweiseitig).

** Die Korrelation ist auf dem 0.01 Niveau signifikant (zweiseitig).

3.4.3 Strukturqualität – PatientInnenvariable

Therapiebezogene PatientInneninformationen

863 PatientInnen (42%) gaben an, erst eine Psychotherapie im Laufe ihres Lebens begonnen zu haben. Der Median³ lag hier aber bei zwei begonnenen Psychotherapien (MD = 2; SD = 1.58).

Bezüglich jener Therapie, über welche die PatientInnen in der Online-Erhebung berichteten, gaben 1309 PatientInnen (63.7%) an, diese Therapie bereits beendet zu haben, während sich 747 PatientInnen (36.3%) zum Zeitpunkt der Befragung noch in jener Therapie befanden, über die sie Auskunft gaben.

³ Zur Veranschaulichung wurde die Darstellung vom Median gewählt, da der Mittelwert an dieser Stelle nicht so aussagekräftig ist

Ein Großteil der PatientInnen begann die Therapie eher aus eigenem Entschluss als auf Anraten oder Druck anderer Personen (Bekannte, Familie, Amt, Beratungsstelle, sozialer Dienst, ÄrztInnen etc.; MW = 1.84; SD = 1.36; beurteilt auf einer 6-stufigen Skala 1 = „völlig aus eigenem Entschluss“ bis 6 = „nur wegen äußerem Druck“).

Therapieabbruch

Von den 1309 PatientInnen, die ihre Therapie bereits beendet hatten, konnten die Antworten auf die Frage nach dem Grund der Beendigung bei 735 PatientInnen (56.1%) dahingehend interpretiert werden, dass die Therapie erfolgreich beendet wurde, und bei 416 PatientInnen (31.8%), dass die Therapie seitens der jeweiligen PatientInnen abgebrochen wurde. Die Antworten von weiteren 158 PatientInnen, die zum Erhebungszeitpunkt nicht mehr in Therapie waren (12.1%), lassen dahingehend keine Aussagen zu.

Es fanden sich hoch signifikante Unterschiede in der Verteilung der therapeutischen Orientierungen. Der relative Anteil der PatientInnen in humanistisch-existenziell orientierten Therapierichtungen war in der Teilstichprobe der AbbrecherInnen signifikant niedriger als in der Teilstichprobe der PatientInnen, die ihre Therapie erfolgreich beendeten. Dagegen war der relative Anteil der PatientInnen in tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierten Therapierichtungen in der Teilstichprobe der AbbrecherInnen signifikant höher als in der Teilstichprobe der PatientInnen, die angaben, ihre Therapie erfolgreich beendet zu haben (siehe Anhang, Abb. 61).

Finanzierung

Während 931 PatientInnen (45.3%) die Kosten für ihre Therapie allein tragen/trugen, bekommen/bekamen 1125 PatientInnen (54.7%) finanzielle Unterstützung von Dritten. Bezüglich der Zufriedenheit mit dem Vorhandensein der finanziellen Unterstützung gab es signifikante Unterschiede, je nachdem, von wem diese Unterstützung kam. Während PatientInnen, die von Bekannten finanziert wurden, mit diesem Umstand zu durchschnittlich 53.3% zufrieden waren (SD = 38.61), zeigten sich PatientInnen, die finanzielle Unterstützung von Institutionen bekommen/bekamen, mit diesem Umstand wesentlich zufriedener (MW = 87.2%; SD = 25.56; $p < .001$).

3.4.4 Strukturqualität – TherapeutInnenvariable

61% der behandelnden TherapeutInnen waren weiblich (N = 1255) und 39% männlich (N = 801). Damit ergaben sich folgende Geschlechterkombinationen zwischen TherapeutIn und PatientIn: In 910 Fällen (44.3%) fand sich die Kombination „Therapeutin weiblich –

Patientin weiblich“, in 354 Fällen (17.2%) die Kombination „Therapeut männlich – Patient männlich“, 447 Mal (21.7%) ergab sich die Kombination „Therapeut männlich – Patientin weiblich“ und 345 Mal (16.8%) die Kombination „Therapeutin weiblich – Patient männlich“. Damit entspricht die Stichprobe im Groben einer zu erwartenden Geschlechterverteilung.

Supervision

Es wurde außerdem gefragt, ob die TherapeutInnen in der Supervision über die betroffenen PatientInnen sprechen. Dabei antworteten 148 Personen (7.2%) mit „nein“, 485 Personen (23.6%) mit „ja“ und 1260 Personen (61.3%) mit „ich weiß nicht“. Die restlichen 234 PatientInnen (7.9%) gaben an, sie wüssten nicht, was Supervision sei.

Arbeit mit nicht-psychotherapeutischen Therapiemethoden

Es hat sich gezeigt, dass auch Methoden, die nicht als psychotherapeutische Therapiemethoden gelten, im Rahmen der Psychotherapie angewendet werden. Hier wurden unter anderem folgende Methoden genannt: Holotropes Atmen (5,8%; N = 119), Astrologie (4,3%; N = 88), Reinkarnation (3,8%; N = 79), Qigong (3,6%; N = 75), Feng Shui (3,1%; N = 64), Reiki (2,8%; N = 57) und Ayurveda (2,5%; N = 51).

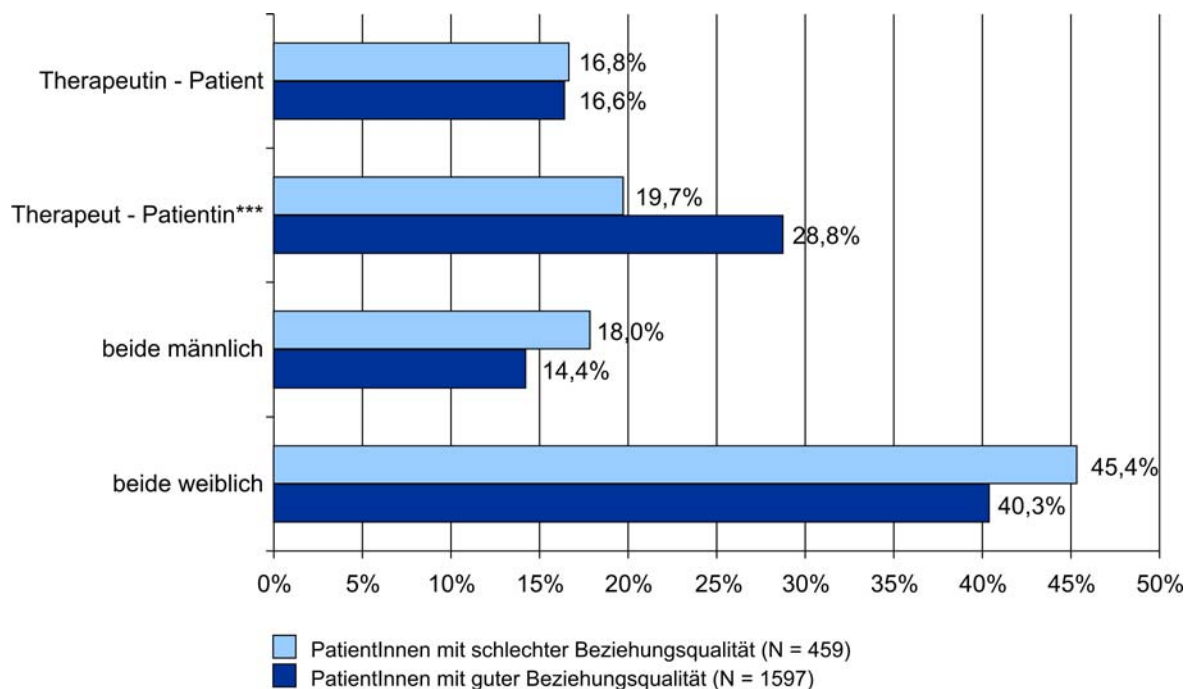
3.4.5 Prozessqualität

Therapeutische Beziehungsqualität

Im Faktor **therapeutische Beziehungsqualität** erreichten die PatientInnen einen Mittelwert von MW = 3.98 (SD = 1.18). Während 1387 PatientInnen (67.5%) eine sehr gute und weitere 210 PatientInnen (10.2%) zumindest eine eher gute therapeutische Beziehung erlebten, wiesen 231 PatientInnen (11.2%) eine eher schlechte und 228 PatientInnen (11.1%) sogar eine sehr schlechte therapeutische Beziehungsqualität auf. Daraus ergeben sich insgesamt 459 PatientInnen (22.3%), die ihre therapeutische Beziehung als mehr oder weniger schlecht bewerteten.

Weibliche PatientInnen unterschieden sich von männlichen nicht signifikant ($p = .077$). Allerdings erreichten PatientInnen, die bei einer Frau in Therapie waren, einen signifikant höheren Mittelwert (MW = 4.06; SD = 1.11) als PatientInnen, die bei einem Mann in Therapie waren (MW = 3.86; SD = 1.27; $p < .01$), und schätzten die Beziehung damit besser ein. Auch bezüglich der verschiedenen Geschlechterkombinationen zwischen TherapeutIn und PatientIn ließen sich signifikante Mittelwertsunterschiede in der erlebten therapeutischen Beziehungsqualität nachweisen ($p < .001$; siehe Anhang, Abb. 62).

Bezüglich der Verteilung der Geschlechterkombinationen zwischen der Gruppe von PatientInnen mit eher schlechter bis sehr schlechter Beziehungsqualität und der Gruppe von PatientInnen mit eher guter bis sehr guter Beziehungsqualität fanden sich ebenfalls signifikante Ergebnisse: Frauen in Therapie bei einem Mann waren unter den PatientInnen mit schlechter therapeutischer Beziehung in Relation signifikant häufiger zu finden als unter den PatientInnen mit guter Beziehungsqualität ($p < .001$; Abb. 10).



Beziehungsqualität und Geschlecht (Verteilung: gute versus schlechte therapeutische Beziehung) **Abb. 10**
 (***)Signifikanzniveau $\alpha = .001$

Es konnte gezeigt werden: Je besser die therapeutische Beziehungsqualität von den PatientInnen eingeschätzt wurde, umso mehr erwünschte Wirkung trat auf ($r = .67$; $p < .001$) und desto weniger Belastung wurde erlebt ($r = .50$; $p < .001$).

PatientInnen, die ihre therapeutische Beziehungsqualität relativ niedrig einschätzen, beendeten ihre Therapie mit durchschnittlich 24.6 Monaten (SD = 33.6) nicht signifikant früher als PatientInnen in relativ positiv eingeschätzten Therapiebeziehungen, die durchschnittlich unwesentlich länger, nämlich 25.5 Monate (SD = 25.5) in Therapie waren ($p = .79$). Allerdings war die Gruppe der PatientInnen mit niedriger Beziehungsqualität signifikant heterogener in Bezug auf die Therapiedauer ($p < .05$).

Dieser Befund legt nahe, dass es hier häufiger PatientInnen gibt, die ihre Therapie sehr bald beenden, andererseits aber auch viele ihre Therapie trotz niedriger Beziehungseinschätzung fortführen.

Belastung

Im Faktor **Belastung durch die Therapie** erreichten die PatientInnen einen Mittelwert von $MW = 2$ ($SD = 0.97$). Während 1309 PatientInnen (63.7%) sehr wenig Belastung und weitere 480 PatientInnen (23.3%) zumindest eher wenig Belastung aufgrund der Therapie erlebten, zeigten 158 PatientInnen (7.7%) ein eher hohes und 109 PatientInnen (5.3%) sogar ein sehr hohes Ausmaß an Belastung. 267 PatientInnen (13%) waren insgesamt durch die Therapie mehr oder weniger hoch belastet.

Es konnten keine genderspezifischen Unterschiede gefunden werden (siehe Anhang, Abb. 63). Allerdings zeigten sich signifikante Unterschiede bezüglich der Verteilung der Geschlechterkombinationen zwischen der Gruppe der eher stark bis sehr stark belasteten PatientInnen und der Gruppe der eher wenig bis sehr wenig belasteten PatientInnen: Mit 83 Frauen (31.1%) in Therapie bei einem Mann war diese Geschlechterkombination in der Gruppe der hoch belasteten PatientInnen signifikant stärker vertreten als bei den gering belasteten PatientInnen (20.3%, $p < .001$; Abb. 11).

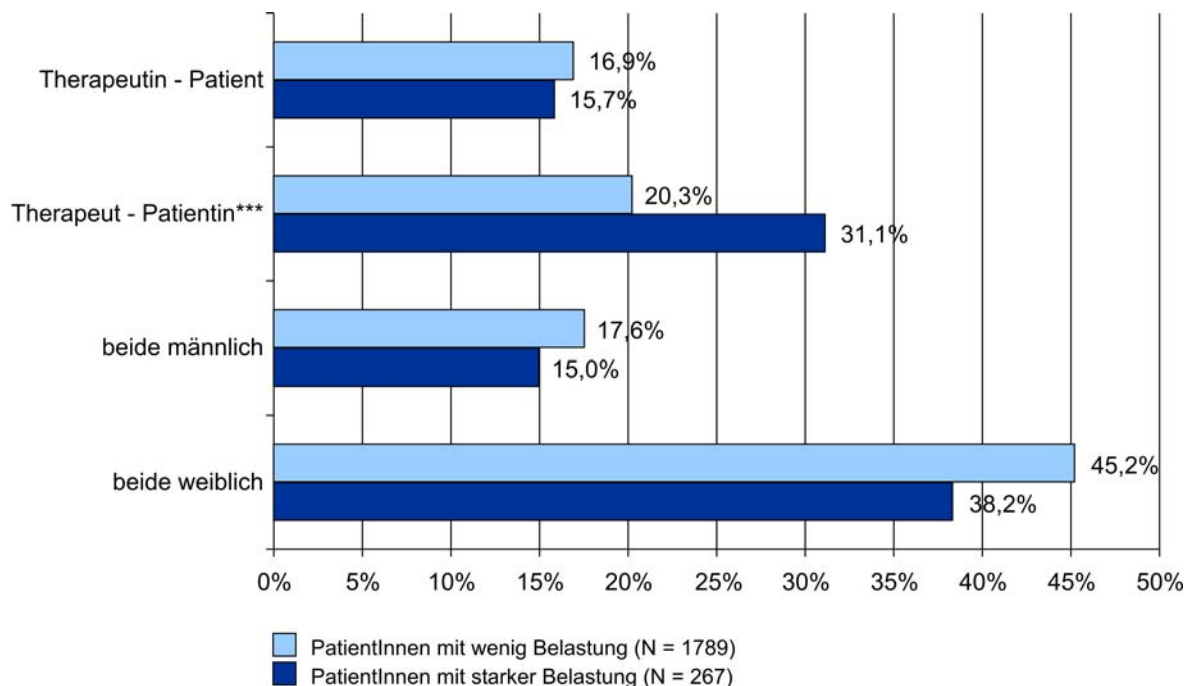


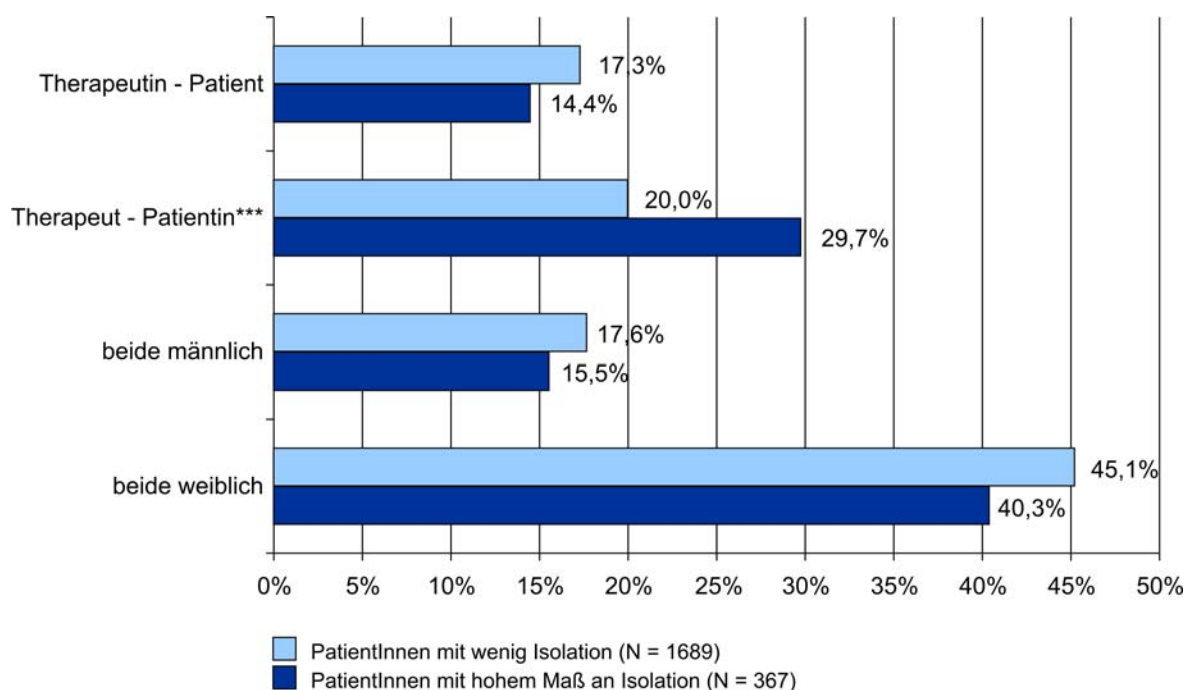
Abb. 11 Belastung und Geschlecht (Verteilung: gute versus schlechte therapeutische Beziehung)
 (***)Signifikanzniveau $\alpha = .001$

Isolation

Der Faktor **Isolation aufgrund der Therapie** erreichte einen Mittelwert von $MW = 2.27$ ($SD = 0.93$). Während 1032 PatientInnen (50.2%) sehr wenig und weitere 657 PatientInnen (32.0%) zumindest eher wenig Isolation aufgrund der Therapie erlebten, zeigten

240 PatientInnen (11.7%) ein eher hohes und 127 PatientInnen (6.2%) sogar ein sehr hohes Ausmaß an Isolation. Daraus ergeben sich insgesamt 367 PatientInnen (17.9%), die therapieinduzierte Isolation bzw. Abhängigkeit von deren TherapeutInnen in mehr oder weniger hohem Ausmaß erlebten.

Bezüglich der verschiedenen Geschlechterkombinationen zwischen TherapeutIn und PatientIn fanden sich signifikante Mittelwertsunterschiede in der erlebten therapieinduzierten Isolation ($p < .001$; siehe Anhang, Abb. 64). Auch im Hinblick auf die Verteilung der Geschlechterkombinationen zwischen der Gruppe mit einem hohen Maß an Isolation und der Gruppe mit wenig Isolation fanden sich signifikante Ergebnisse: Frauen in Therapie bei einem Mann waren unter den PatientInnen, die ein hohes Maß an Isolation erlebten, signifikant häufiger zu finden als unter den PatientInnen, die von wenig Isolation berichteten ($p < .001$; Abb. 12).



Isolation und Geschlecht (Verteilung: gute versus schlechte therapeutische Beziehung)
 (***)Signifikanzniveau $\alpha = .001$

Abb. 12

Der Faktor Isolation korrelierte signifikant positiv mit der erlebten Belastung ($r = .28$; $p < .001$), nicht aber mit der subjektiven Beziehungsqualität ($r = -.04$; $p > .05$). Außerdem zeigte der Faktor Isolation einen signifikanten positiven Zusammenhang mit der absoluten Anzahl an insgesamt im Rahmen der Therapie absolvierten Therapiesitzungen ($r = .25$; $p < .001$)

Sexuelle Aspekte

273 PatientInnen (13.3%) gaben an, eine erotische Anziehung zu ihren TherapeutInnen zu spüren bzw. gespürt zu haben. 160 PatientInnen (7.8%) spüren bzw. spürten eine erotische Anziehung von ihren TherapeutInnen ausgehend. Bei der Frage, ob es schon zu sexuellen oder erotischen Berührungen mit ihren TherapeutInnen gekommen sei, antworteten 34 PatientInnen (1.7%) mit „Ja, mit meinem Einverständnis.“, 8 weitere (0.4%) mit „Ja, durch meine Initiative.“, und 35 (1.7%) mit „Ja, gegen meinen Willen“ (siehe Anhang, Tab. 4).

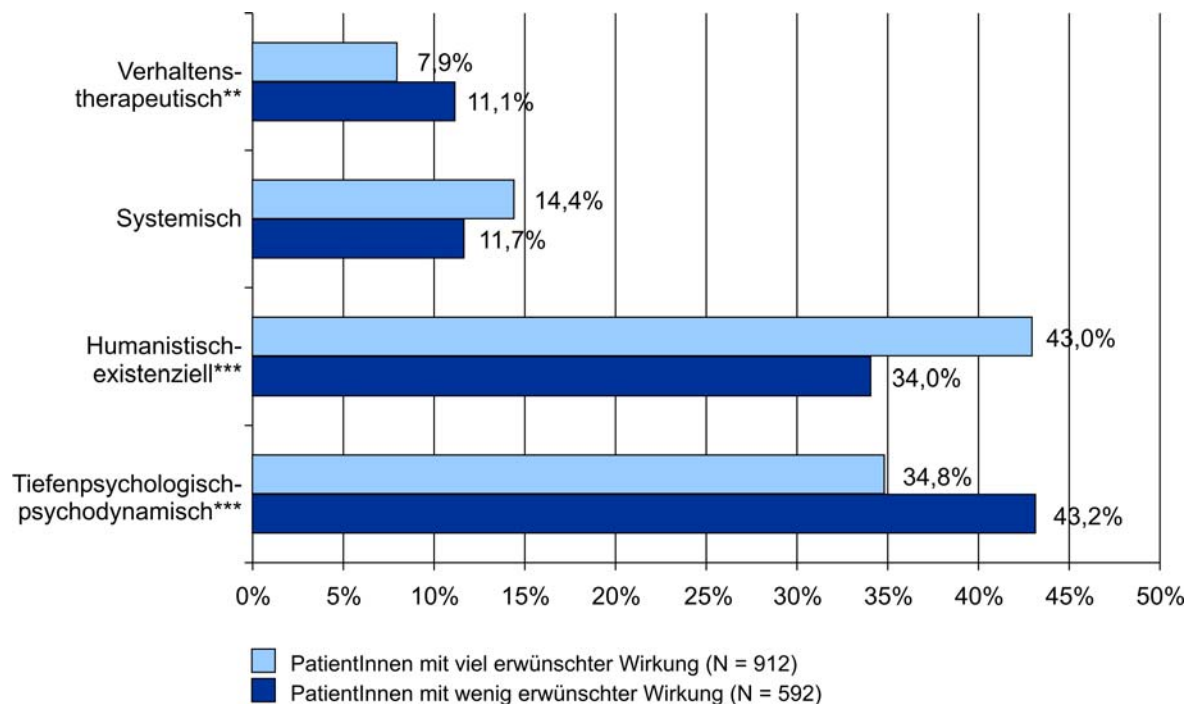
3.4.6 Ergebnisqualität

Erwünschte Wirkung

Im Faktor **erwünschte Wirkung** ergab sich ein Mittelwert von $MW = 3.24$ ($SD = 1.18$). Während 755 PatientInnen (36.7%) sehr viel und weitere 411 PatientInnen (20%) zumindest eher viel erwünschte Wirkung während ihrer Psychotherapie erlebten, zeigten 476 PatientInnen (23.2%) eher wenig und 414 PatientInnen (20.1%) sehr wenig erwünschte Wirkung. Daraus ergeben sich insgesamt 890 PatientInnen (43.3%), die im Laufe ihrer Therapie nur wenig erwünschte Wirkung der Therapie erfahren.

Genderspezifische Unterschiede konnten nicht gefunden werden (siehe Anhang, Abb. 65).

Zwischen den vier verschiedenen therapeutischen Orientierungen fanden sich im subjektiv erlebten Ausmaß an erwünschter Wirkung signifikante Mittelwertsunterschiede ($p < .001$; siehe Anhang, Abb. 66). Es konnten signifikante Unterschiede bezüglich der Verteilung der therapeutischen Orientierungen zwischen der Gruppe von PatientInnen mit wenig erwünschter Wirkung und der Gruppe mit viel erwünschter Wirkung festgestellt werden (siehe Anhang, Abb. 67). PatientInnen in humanistisch-existenziell orientierter Therapie sind unter den PatientInnen mit viel erwünschter Wirkung häufiger, PatientInnen in Verhaltenstherapie und in tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierter Therapie seltener zu finden, als aufgrund der Verteilung der Orientierungen unter den PatientInnen mit wenig erwünschten Wirkung zu erwarten gewesen wäre (Abb. 13).



Erwünschte Wirkung und therapeutische Orientierung (Verteilung: gute versus schlechte therapeutische Beziehung; **Signifikanzniveau $\alpha = .01$; ***Signifikanzniveau $\alpha = .001$)

Abb. 13

Sozio-emotionale Veränderung

Der Faktor **sozio-emotionale Veränderung** wies einen Mittelwert von $MW = 3.22$ ($SD = 1.06$) auf. Während 111 PatientInnen (54.0%) sehr wenig und weitere 551 PatientInnen (26.8%) zumindest eher wenig sozio-emotionale Veränderungen während der Psychotherapie erlebten, zeigten 211 PatientInnen (10.3%) ein eher hohes und 183 PatientInnen (8.9%) sogar ein sehr hohes Maß an sozio-emotionaler Veränderung. Daraus ergeben sich insgesamt 267 PatientInnen (13%), die im Laufe ihrer Therapie ein hohes Ausmaß an sozio-emotionaler Veränderung erfahren haben.

Auch bezüglich der verschiedenen Geschlechterkombinationen zwischen TherapeutIn und PatientIn konnte bezüglich der sozio-emotionalen Veränderung ein signifikanter Mittelwertsunterschied nachgewiesen werden ($p < .001$).

Es konnten außerdem signifikante Unterschiede bezüglich der Verteilung der therapeutischen Orientierungen zwischen der Gruppe von PatientInnen mit viel sozio-emotionaler Veränderung und der Gruppe von PatientInnen mit wenig sozio-emotionaler Veränderung gezeigt werden: PatientInnen in systemischer Therapie waren bei den stark belasteten PatientInnen seltener, PatientInnen in tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierten Therapierichtungen häufiger zu finden als bei den PatientInnen mit wenig Belastung durch die Therapie (Teilstichprobe $N = 1504$).

Hochrisiko-PatientInnen

166 PatientInnen (8.1%) befanden sich in mindestens drei der vier Risikogruppen (hohe Belastung, schlechte Beziehungsqualität, hohes Maß an Isolation, Therapieabbruch) und waren damit einem besonders hohem Schadensrisiko ausgesetzt. Im Gegensatz dazu konnten 1188 Patienten (57.8%) keiner einzigen Risikogruppe zugeordnet werden. PatientInnen in humanistisch-existenziell orientierten Therapierichtungen und in systemischer Therapie waren bei Hochrisikoverläufen seltener, PatientInnen in tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierten Therapierichtungen häufiger zu finden als bei den PatientInnen, die keiner Risikogruppe angehörten (Abb. 14).

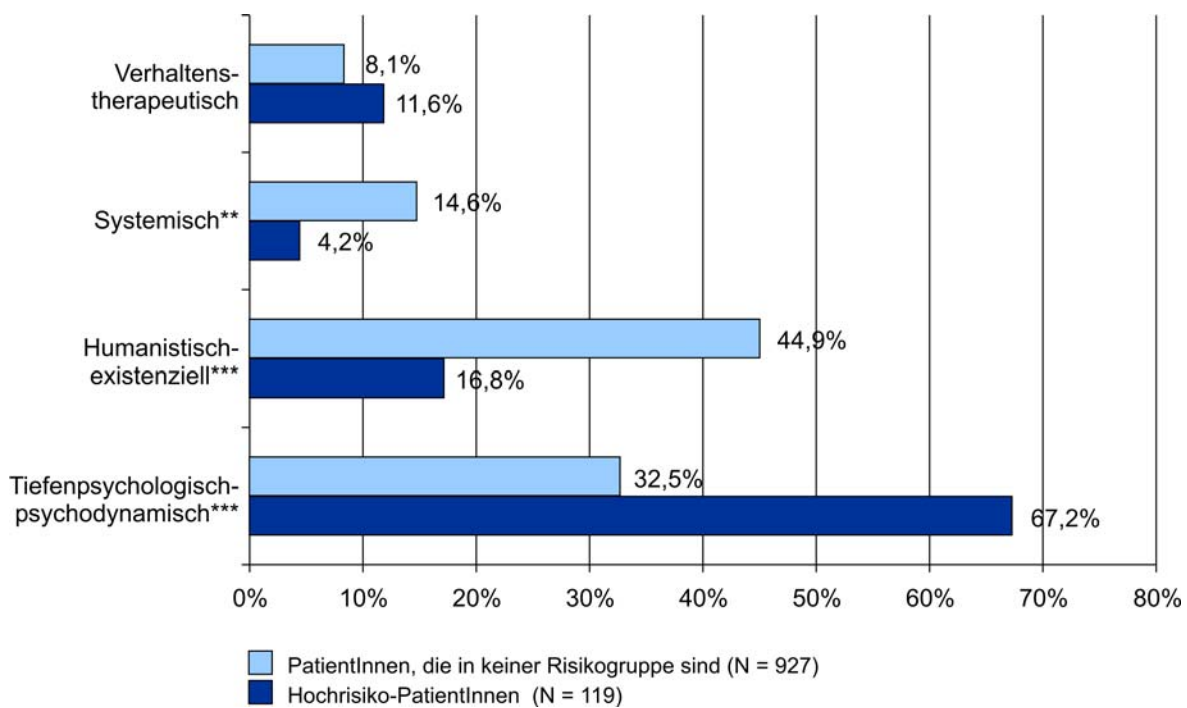
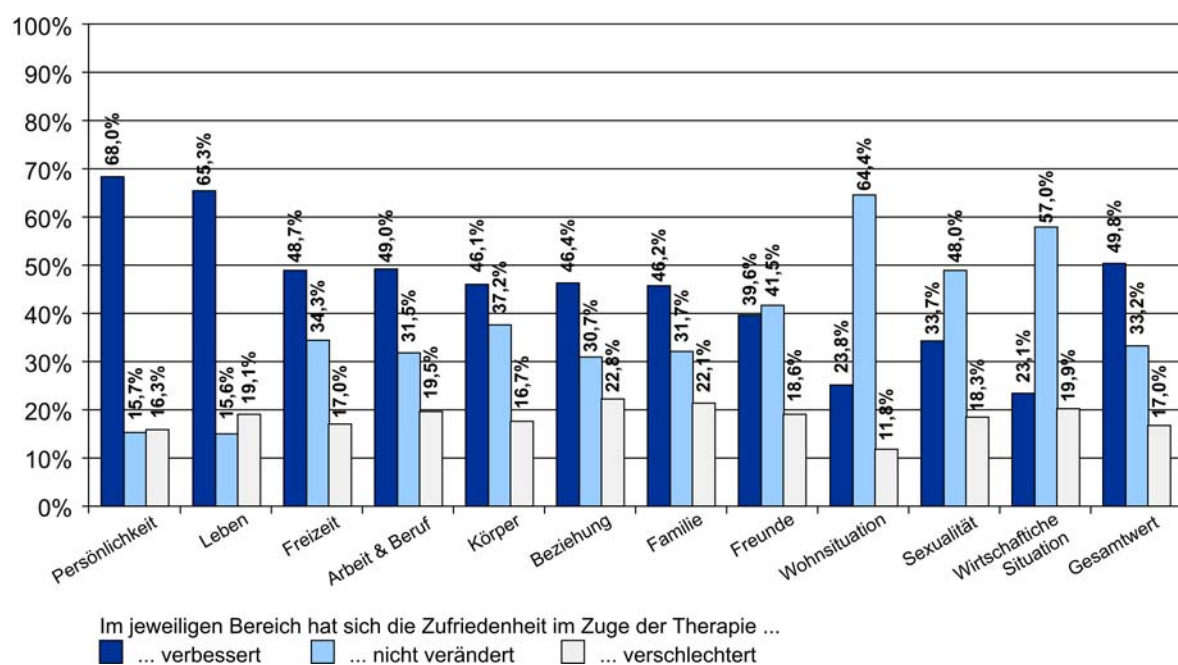


Abb. 14 Relativer Anteil der therapeutischen Orientierungen unter Hochrisiko-PatientInnen und unter PatientInnen, die in keiner Risikogruppe sind, im Vergleich (**Signifikanzniveau $\alpha = .01$; ***Signifikanzniveau $\alpha = .001$; N = Anzahl der Personen, die sich in einer Risikogruppen befanden und zusätzlich ihre Therapierichtung angeben)

Lebenszufriedenheit

In allen Lebensbereichen – mit Ausnahme der **wirtschaftlichen Situation** (MW = 0.02; SD = 2.16) – konnte die Zufriedenheit über die gesamte Stichprobe während der Therapie hoch signifikant ($p < .001$) verbessert werden. Dies spiegelte sich auch im Gesamtwert wider: Alle Skalen zusammengenommen konnte die allgemeine Lebenszufriedenheit der PatientInnen um 0.74 Skalenpunkte (SD = 2.17) erhöht werden ($p < .001$; siehe Anhang, Abb. 68).

Während die Betrachtung der Mittelwerte ein durchweg positives Bild bezüglich der Veränderung der Lebenszufriedenheit während der Psychotherapie zulässt, zeigte sich bei genauerer Analyse, dass tatsächlich ein beträchtlicher Anteil der PatientInnen von einer Verschlechterung in den einzelnen Skalen berichtete. Insgesamt erreichten 17% der Stichprobe einen Gesamtwert im negativen Bereich und 33% erlebten keine nennenswerte Veränderung ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit. In den Skalen **Beziehung**, bzw. **Single-Leben** und **Familienleben** wiesen sogar jeweils mehr als 20% der Befragten Zufriedenheitseinbußen im Zeitraum der Therapie auf. Aber auch in sämtlichen anderen Lebensbereichen zeigten 10-20% der PatientInnen Verschlechterungen (Abb. 15).



Richtung der Zufriedenheitsänderung in den einzelnen Skalen und im Gesamtwert

Abb. 15

Um die Frage zu klären, ob sich bestimmte Geschlechterkombinationen zwischen PatientIn und Therapeutin förderlicher auf die Lebenszufriedenheit auswirken als andere, wurden zuerst die jeweiligen Mittelwerte gegenübergestellt. Es zeigte sich, dass vor allem Frauen, die bei einem Mann in Therapie waren, über sämtliche Skalen hinweg die schlechtesten Ergebnisse erzielten. Signifikante Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Geschlechterkombinationen fanden sich in allen Skalen sowie auch im Gesamtwert.

Anhand des Gesamtwertes – in den die Werte aller Einzelskalen mit einfließen – lässt sich die allgemeine Tendenz darstellen: PatientInnen, die bei einem Mann in Therapie waren, erreichten einen mittleren Gesamtwert von $MW = 0.18$ ($SD = 2.6$) und erlebten damit signifikant weniger Verbesserung der allgemeinen Lebenszufriedenheit als PatientInnen,

die bei einer Frau in Therapie waren (MW = 0.87; SD = 1.97; $p < .01$) und als männliche Patienten, die bei einem Mann in Therapie waren (MW = 1.15; SD = 1.98; $p < .001$). Außerdem erreichten Männer, die bei einem männlichen Therapeuten waren, hier einen signifikant höheren Mittelwert als Männer, die bei einer Frau in Therapie waren (MW = 0.76; SD = 2.03; $p < .05$; siehe Anhang, Abb. 69).

Dazu ist zu sagen, dass sich der mittlere Gesamtwert aller weiblichen Patientinnen (MW = 0.63; SD = 2.25) von jenem aller männlichen Patienten (MW = 0.96; SD = 2.01) nicht signifikant unterschied. Und auch zwischen dem mittleren Gesamtwert aller TeilnehmerInnen mit männlichem Therapeuten (MW = 0.61; SD = 2.41) und jenen aller TeilnehmerInnen mit weiblicher Therapeutin (MW = 0.84; SD = 1.99) ließen sich keine signifikanten Unterschiede feststellen. Es ist also anzunehmen, dass die ermittelten Unterschiede erst durch bestimmte Geschlechterkombinationen zustandekommen und weder allein auf das Geschlecht der TherapeutInnen noch allein auf das Geschlecht der PatientInnen zurückzuführen sind.

Bisher wurden in Bezug auf die Geschlechterkombinationen Mittelwerte verglichen, was Aussagen dahingehend zulässt, in welche Richtung und in welchem Ausmaß sich die Zufriedenheit von Teilstichproben im Allgemeinen verändert. Im Folgenden wird das Augenmerk speziell auf jene PatientInnen gerichtet, die eindeutig Verschlechterungen während der Psychotherapie erfahren haben, also einen negativen Wert in einer der Einzelskalen bzw. im Gesamtwert erreichten. Auch hier kann eine eindeutige, alle Skalen der allgemeinen Lebenszufriedenheit übergreifende Tendenz festgestellt und anhand der Ergebnisse bezüglich des Gesamtwerts deutlich gemacht werden: In der Gruppe der PatientInnen, die Verschlechterungen der allgemeinen Lebenszufriedenheit während der Therapie erlebten, fanden sich höchst signifikant mehr Frauen, die bei einem Mann in Therapie waren (beobachtet: 85; erwartet: 44.5; $p < .001$). Dagegen gab es in dieser Gruppe signifikant weniger Frauen, die bei einer Frau in Therapie waren (beobachtet: 76; erwartet: 96.4; $p < .05$), und signifikant weniger Männer, die bei einem Mann in Therapie waren (beobachtet: 25; erwartet: 43.1; $p < .01$). Dass männliche Therapeuten, die Frauen behandeln, überdurchschnittlich häufig mit einer Verschlechterung der Zufriedenheit einhergehen, zeigte sich ausnahmslos in allen Lebensbereichen, genauso wie das Ergebnis, dass männliche Therapeuten, die Männer behandeln, in der Gruppe der PatientInnen mit Zufriedenheitseinbußen dagegen relativ selten vorkamen. In den Skalen **Persönlichkeit & Fähigkeiten, Körper, Beziehung/Single-Leben, Freundeskreis** und **Sexualität** fanden sich außerdem weniger Paare, in denen beide weiblich waren (siehe Anhang, Tab. 5).

Auch bezüglich der therapeutischen Orientierungen konnte ein eindeutiger Trend über alle Skalen hinweg festgestellt werden: PatientInnen, die in tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierter Therapie waren, berichteten wesentlich häufiger über Verschlechterungen der Zufriedenheit als erwartet. Dagegen befanden sich PatientInnen mit geringen Zufriedenheitseinbußen in allen Lebensbereichen selten in humanistisch-existenziell orientierten Therapien (siehe Anhang, Abb. 70 und Tabelle 6).

Veränderung der Lebenszufriedenheit und therapeutische Beziehungsqualität

Korrelationen zwischen der subjektiv erlebten therapeutischen Beziehungsqualität und den Skalen der allgemeinen Lebenszufriedenheit ließen im Allgemeinen auf relativ hohe positive Zusammenhänge zwischen den Zufriedenheitsveränderungen in den einzelnen Lebensbereichen und der erlebten therapeutischen Beziehung schließen. Die Korrelationskoeffizienten variierten je nach Skala zwischen $r = 0.34$ und $r = 0.69$, wobei alle Zusammenhänge als hoch signifikant eingestuft werden. Dabei zeigte sich, je mehr sich die Zufriedenheit mit einem Lebensbereich im Zuge der Therapie veränderte (in welche Richtung auch immer), desto höher war der Zusammenhang mit der subjektiv erlebten therapeutischen Beziehung. Die hohen Zusammenhänge spiegelten sich auch im Korrelationskoeffizienten des gemittelten Gesamtwertes wider: Der Zusammenhang zwischen der erlebten Therapiebeziehung und den Veränderungen der allgemeinen Lebenszufriedenheit lag bei $r = 0.68$, was einem hohen Zusammenhang entspricht (siehe Anhang, Abb. 71).

Um besonderes Augenmerk auf den Einfluss der Beziehungsqualität auf jene PatientInnen zu richten, die im Zuge der Therapie von Zufriedenheitseinbußen berichteten, wurde deren Anteil unter PatientInnen mit relativ niedriger Beziehungsqualität (Werte zwischen 1 und 2.9) mit deren Anteil unter PatientInnen mit relativ hoher Beziehungsqualität (Werte zwischen 3 und 5) verglichen. Dabei ergaben sich höchst signifikante Häufigkeitsunterschiede in allen Lebensbereichen zwischen diesen beiden Untergruppen. Unter PatientInnen, die ihre therapeutische Beziehung als zufriedenstellend erlebten, fanden signifikant weniger Verschlechterungen der Lebenszufriedenheit statt als unter PatientInnen mit niedrigeren Einschätzungen (Abb. 16).

Fast die Hälfte der PatientInnen mit relativ niedriger Einschätzung der therapeutischen Beziehung (49.3%) zeigte eine Verschlechterung der allgemeinen Lebenszufriedenheit. Unter PatientInnen mit relativ hoch eingeschätzter Beziehungsqualität waren es nur 4.5%.

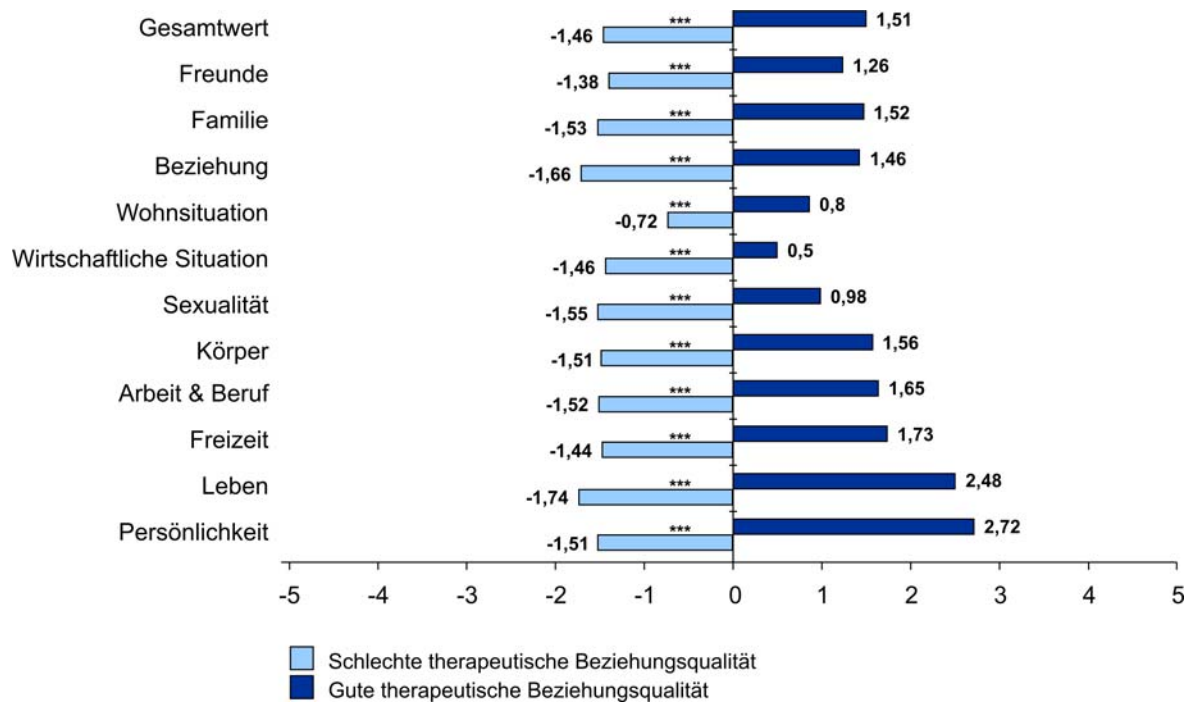


Abb. 16 Mittelwerte der Zufriedenheitsveränderungen in verschiedenen Lebensbereichen und im Gesamtwert zwischen PatientInnen mit guter und schlechter therapeutischer Beziehungsqualität (***)Signifikanzniveau $\alpha = .001$)

PatientInnen, deren allgemeine Lebenszufriedenheit sich im Laufe der Therapie verbesserte, waren mit durchschnittlich 27.8 (SD = 26.2) Monaten etwa gleich lang in Therapie wie PatientInnen, die Verschlechterungen erlebten (27.5 Monate; SD = 29.4; $p = .99$). Allerdings beendeten PatientInnen, die gar keine Veränderungen bezüglich der Lebenszufriedenheit erlebten, ihre Psychotherapie mit durchschnittlich 19.5 Monaten (SD = 26.2) signifikant früher als die beiden anderen Gruppen ($p < .01$).

4 Diskussion

Die quantitativen Ergebnisse der vorliegenden Studie zeigen, dass Psychotherapie vom Großteil der befragten PatientInnen in Niederösterreich als positiv, hilfreich und sinnvoll erlebt wird und risikoreiche Therapiebedingungen sowie negative Auswirkungen sich in Grenzen halten. Insbesondere jedoch die Online-Befragung macht deutlich, dass ein nicht zu vernachlässigender Teil der PatientInnen auch über schlechte Erfahrungen mit Psychotherapie berichten konnten. Diese Befunde unterstützen die Annahme von Linden (2011), dass solche Probleme im psychotherapeutischen Prozess ein weit verbreitetes, alltägliches Phänomen darstellen, das trotz Eysencks Kritik von 1952 und Bergins Hinweis auf das Varianzerweiterungsphänomen 1963 zu wenig Beachtung fand. Um diese – im Alltag ständig gegenwärtigen – Risikobedingungen zu erkennen und darauf adäquat reagieren zu können, scheint es notwendig, dass PsychotherapeutInnen Wissen und Interventionsmöglichkeiten an die Hand gegeben wird, um adäquat im therapeutischen Prozess zu reagieren (vgl. Linden, 2011). Da kaum davon auszugehen ist, dass die subjektive Wahrnehmung der PsychotherapeutInnen ausreicht, um Risikoverläufe und unerwünschte Wirkungen zu erkennen (vgl. Hannan et al., 2005), sind empirisch gesicherte Erkenntnisse notwendig, um Wissensbestände bereitstellen zu können, die auf PsychotherapeutInnenseite problemsensibilisierend wirken oder in kritischen Situationen als Handlungsgrundlage dienen können.

Forschungsbefunde über Probleme im psychotherapeutischen Prozess können anhand von drei Aufmerksamkeitslinien dargestellt und beschrieben werden: (1) Kenntnisse über die Auftrittswahrscheinlichkeiten von verschiedenen negativen Auswirkungen über alle PatientInnen hinweg (**Prävalenz**), (2) Kenntnisse über verschiedene Voraussetzungen, die das Auftreten von Nebenwirkungen wahrscheinlicher machen (**Risikobedingungen**) und schließlich (3) Kenntnisse über den positiven Umgang mit verschiedenen Risikofaktoren und Nebenwirkungen (**Risikoprävention und Intervention**). Entlang dieser drei Punkte sollen im vorliegenden Projekt gewonnenen Ergebnisse diskutiert werden.

4.1 Prävalenz

Was die Prävalenz negativer Therapieverläufe betrifft, so kommen Kraus und Kollegen (2011) aktuell zu dem Ergebnis, dass knapp ein Drittel der PatientInnen negative Effekte in psychotherapeutischen Prozessen aufweist. Aufgrund der großen Effektstärken der untersuchten Phänomene, u. a. das Auftreten bzw. die Verschlechterung depressiver und

psychotischer Symptome, erachten die Autoren die Ergebnisse als eine gesellschaftspolitische Herausforderung im Hinblick auf aktuelle Anforderungen an den PatientInnen-schutz (ebd.).

Auch in der Online-Befragung der vorliegenden Untersuchung fanden sich Hinweise darauf, dass in einer Größenordnung von etwa 10-20% der Therapieverläufe in Österreich von negativen Entwicklungen ausgegangen werden kann (Messgrundlage: Skala der allgemeinen Lebenszufriedenheit; siehe Anhang, Abb. 68). Damit scheint die Größenordnung von unerwünschten Effekten in Österreich zwar unter jener von Kraus und Kollegen (2011) angesiedelt zu sein, allerdings überschreitet die in der vorliegenden Studie gefundene Prävalenz die fast 50 Jahre alte 10%-Schätzung negativer Verläufe von Bergin (1963). Des Weiteren berichteten etwas mehr als 13% der PatientInnen in der Online-Befragung von starken Belastungen, die im Zuge der Psychotherapie auftraten. Allerdings ist anhand der Daten nicht zu klären, in welchen Fällen diese Belastungen tatsächlich auf Fehlentwicklungen zurückgeführt werden können. In der Studie von Kraus und Kollegen (2011) traten bei einigen PsychotherapeutInnen gehäuft klinisch bedeutsame Verschlechterungen bei vielen ihrer PatientInnen auf. Aufgrund der Ergebnisse der vorliegenden Studie können keine Aussagen zu einzelnen PsychotherapeutInnen gemacht werden. Die eingesetzten Erhebungsinstrumente erlauben auch keine differenzierten Einschätzungen psychopathologischer Symptome, da die patientInnenseitigen Angaben diesbezüglich in der Online-Befragung nicht hinreichend kontrolliert werden konnten. Allerdings erwähnen die ExpertInnen in den Gruppendiskussionen ebenfalls Häufungen von Problemen bei einzelnen PsychotherapeutInnen.

Im Überblick betrachtet, unterstützt die vorliegende Untersuchung die Einschätzung anderer AutorInnen, dass Schätzungen in Bezug auf die absolute Verbreitung negativer Therapieverläufe schwierig sind (Hoffmann et al., 2008; Conrad, 2009). Die Untersuchungsergebnisse sind jeweils stark davon abhängig, auf welche Bereiche der Lebensqualität man sich für die Einschätzung der Verläufe konzentriert bzw. welche psychischen und somatischen Symptome im Fokus des Interesses stehen. Grundsätzlich müssen dabei jedoch Aussagen zur Behandlungszufriedenheit befragter PatientInnen von objektiveren Behandlungsergebnissen unterschieden werden. Veränderungen einer Symptomatik mit Krankheitswert und Veränderungen weiterer bedeutsamer Parameter der Lebensgestaltung sind – unabhängig davon, ob sie in eine negative oder als erwünscht zu betrachtende Richtung weisen – als eigenständige Variable zu betrachten und zu erheben. Generelle Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit einer Behandlung verrät etwas über die Behandlungszufriedenheit und nicht zwingend auch über die eingetretenen

Behandlungseffekte (Schulte, 1993, 2008; Lyons, Howard, O'Mahoney & Lish, 1997). Im Allgemeinen bestehen allerdings schwach positive korrelative Zusammenhänge zwischen diesen beiden Variablen (Cooper, 2008; Lambert, 2010; Hill & Lambert, 2004; Orlinsky, Rønnestad & Willutzki, 2004). Darin drückt sich die Tatsache aus, dass eine als positiv erlebte Therapie meistens auch mit positiven Veränderungen einhergeht, wie sich das auch in vielen Fällen der quantitativen Befragungen der vorliegenden Untersuchung zeigte.

4.2 Risikobedingungen: Ursachen, Prädiktoren und Einflussvariablen

Noch komplexer als die Festlegung von reliablen Prävalenzraten über alle psychotherapeutischen Methoden und Kontextbedingungen hinweg ist das Explorieren von spezifischen Risikobedingungen im psychotherapeutischen Geschehen, die das Auftreten von Verschlechterungen wahrscheinlicher machen. Lehnt man sich an die Einteilung der Ursachen und Bedingungsfaktoren von Risiken und Nebenwirkungen durch Psychotherapie bei Hoffmann und Kollegen (2008) an, dann kann zwischen

- (1) patientInnenseitigen Ursachen und Bedingungsfaktoren,**
- (2) therapeutInnenseitigen Ursachen und Bedingungsfaktoren,**
- (3) therapiespezifischen, settingspezifischen und strukturellen Ursachen und Bedingungsfaktoren.**

für unerwünschte Therapiewirkungen unterschieden werden. Sowohl die qualitativen Daten aus den ExpertInnendiskussionen und Beschwerdebriefen der vorliegenden Untersuchung als auch die Ergebnisse der beiden quantitativen Erhebungen geben an vielen Stellen Aufschluss über die Bedingungsfaktoren von Psychotherapierisiken, über ihre Ursachen, Prädiktoren und Einflussvariablen – im Hinblick auf bereits erforschte Aspekte, aber auch darüber hinaus.

4.2.1 PatientInnenseitige Ursachen und Bedingungsfaktoren

Auch wenn die Verantwortung für Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie keinesfalls bei den PatientInnen angesiedelt werden kann, zeigen die Ergebnisse aus den Beschwerdebriefen und den ExpertInnendiskussionen gleichermaßen patientInnenseitige Bedingungsfaktoren auf. Die Ergebnisse weisen zahlreiche Parallelen zu bereits publizierten PatientInneneigenschaften und Ressourcen auf, die einen Einfluss auf die Wirkung und Nebenwirkung psychotherapeutischer Prozesse haben. Demnach haben Persönlich-

keitseigenschaften, Kompetenzen und Fähigkeiten, die von Beginn an in den psychotherapeutischen Prozess von PatientInnen eingebracht werden oder währenddessen auftauchen, wie z. B. emotionale, kognitive, soziale und körperliche Ressourcen und Bewältigungsstrategien, einen beträchtlichen Einfluss – nicht nur auf das positive Outcome einer Psychotherapie, sondern auch auf die Entstehungsbedingungen von Fehlern, Konsequenzen aus Fehlern sowie auf die Wirkungen sich wiederholender Fehler (vgl. bereits Lambert & Bergin, 1994). „Both, the person who provides and the person who receives psychotherapy are likely to influence its results.“ (Castonguay, Boswell, Constantino, Goldfried & Hill, 2010, S. 39)

Eine Systematisierung dieser Voraussetzungen oder Eigenschaften ist jedoch bisher nicht gelungen. Hoffmann und Kollegen (2008) referieren eine Reihe struktureller Merkmale, Diagnosen und Verhaltensweisen, die in verschiedenen Therapiesettings jeweils verschiedene Implikationen mit sich bringen. Aspekte wie Verlässlichkeit, Reflexionsfähigkeit, Impulskontrolle und Fähigkeit zur Mitarbeit erhöhen nicht nur das Psychotherapieoutcome, sie erweisen sich auch in Bezug auf Risiken als hilfreich (vgl. hierzu die ausführliche Darstellung der PatientInnenvariablen aus subjektiver PatientInnensicht bei Conrad, 2009). Bisher gibt es jedoch ein breites Spektrum unterschiedlicher und sich oft widersprechender Erkenntnisse über die Bedeutung der PatientInnenvariablen im Prozessverlauf, die seit der Publikation des Handbuchs zur Psychotherapeutischen Prozessforschung von Greenberg und Pinsof (1986) diskutiert wurden (vgl. auch Garfield, 1994). Nur selten erlangten diese Variablen methoden- und settingübergreifend verallgemeinerbare Bedeutung (Clarkin & Levy, 2004) und wurden in neueren großen Studien in ihrer Bedeutung als Prädiktoren therapeutischer Prozesse weiter reduziert (Wampold & Brown, 2005; Kraus et al., 2011). In den qualitativen Forschungsergebnissen aus den ExpertInnendiskussionen wird der Einfluss der PatientInnen ganz besonders stark in der Anbahnungsphase, dem Erstgespräch und der Vertragsphase der Psychotherapie deutlich, in der entscheidende Aspekte des Umgangs miteinander ausgehandelt werden, die maßgeblich den weiteren Prozess bestimmen. Den ExpertInnen der vorliegenden Untersuchung fällt zudem bei den „aktuellen“ PatientInnen im Vergleich zu früheren PatientInnen eine steigende Tendenz zur aktiven Mitarbeit z. B. am „informed consent“ auf. Veränderungen des NutzerInnenverhaltens der PatientInnen durch mehr aktive Partizipation am Therapiegeschehen werden zwar in der Literatur implizit beschrieben (Duncan, Miller & Hubble, 2007), sind bisher kaum expliziter Fokus von Untersuchungen geworden. Hieraus resultiert möglicherweise auch eine größere Bereitschaft zur Beteili-

gung an Befragungen zum Erleben einer Therapie, wie sie in diesem Projekt durchgeführt wurde.

Wenngleich aus den quantitativen Daten der vorliegenden Untersuchung aufgrund der Selbsteinschätzungen nur begrenzt valide Aussagen über patientInnenseitige Risikobedingungen abzuleiten sind, wurden dennoch die unterschiedlichen Voraussetzungen, die von den PatientInnen in die Therapie eingebracht werden, deutlich. Am Beispiel der sozialen Einbettung ist das besonders gut aufzuzeigen: PatientInnen, welche die Qualität und Quantität ihrer Sozialkontakte, also die Unterstützung ihrer sozialen Netzwerke, als unbefriedigend einschätzen, liefen häufiger Gefahr, in ein Abhängigkeitsverhältnis zu ihren PsychotherapeutInnen zu geraten und sich von ihrer sozialen Umwelt noch weiter zu isolieren. Dieses Ergebnis ist relevant, da die quantitative Untersuchung zeigt, dass ein hohes Maß an Isolation und Abhängigkeit das Risiko einer überdurchschnittlichen Therapiedauer und -dosis (bezogen auf die Stichprobe) erhöht. Eine überdurchschnittliche Therapiedauer kann bei Misslingen der Therapie mit steigender Belastung einhergehen, obwohl keine Verbesserung der Lebenszufriedenheit mehr erreicht wird oder diese im Laufe der Therapie bezüglich verschiedener Lebensbereiche sogar abnimmt. Auch erwähnenswert ist, dass eine subjektiv erlebte Abhängigkeit von dem/der PsychotherapeutIn in keinem Zusammenhang mit der erlebten psychotherapeutischen Beziehungsqualität steht. Zusammenfassend kann daraus geschlossen werden, dass es PatientInnen gibt, die lange Zeit in Therapie bleiben, obwohl diese weder mit einer Verbesserung (oder sogar mit einer Verschlechterung) des ursprünglichen Leidenszustandes einhergeht und zudem kein Vertrauen zum/r PsychotherapeutIn besteht. Als Ursache bleibt aufgrund der vorliegenden Daten das bestehende Abhängigkeitsverhältnis zu vermuten, das aufgrund geringer sozialer Unterstützung außerhalb der Therapie sich wiederum besonders ausgeprägt gestalten kann.

Eine weitere Risikobedingung, die aufgrund der Online-Befragung zu vermuten ist und im weitesten Sinne mit der PatientInnenvariable in Zusammenhang gebracht werden kann, ist die jeweilige Geschlechterkonstellation der Psychotherapie. Die Ergebnisse der Online-Befragung lassen darauf schließen, dass Frauen, die von einem männlichen Therapeuten behandelt werden, einem größeren Risiko ausgesetzt sind, im Laufe der Therapie an Lebenszufriedenheit zu verlieren, in ein verstricktes Abhängigkeitsverhältnis zu geraten, von der Therapie überfordert zu sein und die Therapie vorzeitig zu beenden, als bei anderen Geschlechterkonstellationen. In den ExpertInnendiskussionen hingegen wird die Geschlechterkombination nicht als ausschlaggebend für den Therapieerfolg gewertet. Aus den Daten darf auch nicht geschlossen werden, dass (weibliche) Patientinnen oder

(männliche) Psychotherapeuten per se ein erhöhtes Risiko in Therapieprozessen darstellen. Auch die gemischtgeschlechtliche Dyade alleine kann nicht als zufriedenstellende Erklärung dienen: Männer, die bei einer Frau in Therapie sind, zeigen kaum vergleichbare Phänomene. Das Ergebnis zeigt jedoch eine Nähe zu Befunden der Genderforschung in der Psychotherapie (Neises & Barolin, 2009), dass nämlich bestimmte Themen in der Psychotherapie – je nach Geschlechterkombination – besser oder schlechter bearbeitet werden können (Schigl, 2012).

4.2.2 TherapeutInnenseitige Ursachen und Bedingungsfaktoren

Nebenwirkungen und Schäden zu verhindern, ist die Aufgabe der PsychotherapeutInnen, so der Tenor aus dem qualitativen Teil der Untersuchung. Dementsprechend ist das Spektrum an Möglichkeiten, Therapiefehler zu verhindern, auf PsychotherapeutInnenseite besonders breit. Nach den Auskünften der ExpertInnen sowie der Beschwerdebriefe spielen dabei im Prozess der Psychotherapie die Persönlichkeitseigenschaften der PsychotherapeutInnen sowie deren Ausmaß an Kompetenz, Erfahrung und Selbstreflexion eine entscheidende Rolle. Insbesondere die Gefahr, Bedürfnisse nach Macht, finanzieller Bereicherung, emotionaler und sexueller Befriedigung über PatientInnen auszuagieren – verbunden mit der Unfähigkeit, Grenzen zu halten und zu setzen – werden als Ursachen und Quellen für schwere Schäden und Nebenwirkungen angegeben, wie sie vergleichbar von Conrad (2009) detailliert dargestellt wurden.

In Bezug auf die Gefahr sexueller Übergriffe im psychotherapeutischen Kontext ist in den letzten Jahren viel publiziert worden (vgl. Untersuchung von Becker-Fischer & Fischer, 2008; Übersicht Hoffmann et al., 2008). Betrachtet man umfassender das gesamte Spektrum an therapeutischen Fehlhandlungen – resultierend aus mangelnder Kompetenz, ungeeigneten Persönlichkeitscharakteristika und Mängeln in der Ausbildung –, so reichen die Überlegungen dazu sogar bis weit in die Mitte des 20. Jahrhunderts zurück (ebd.; vgl. auch Eysenck, 1952). Neben mangelnden Kompetenzen auf der Ebene der Diagnostik und Intervention (vgl. hier auch Lieberei & Linden, 2008) oder der Unfähigkeit, die Sitzungen zu strukturieren oder zu fokussieren, spielt entlang bisheriger Forschungsergebnisse besonders die Qualität der professionellen Beziehung eine Schlüsselrolle für Fehleranfälligkeiten.

Die therapeutische Beziehung als zentrales Element der psychotherapeutischen Begleitung befördert auch nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung nicht nur ein Heilungspotenzial, sondern ebenso ein hohes Gefahrenpotenzial. Abhängigkeitsdynamiken in der Therapie bergen das Risiko, auf PatientInnen Druck auszuüben, ihren

Selbstwert zu gefährden und ihre emotionale Labilität weiter zu verstärken. Unter diese Kategorie von TherapeutInnenfehlern fällt auch die Gefahr, dass PatientInnen zu unterstützenden ZuhörerInnen ihrer TherapeutInnen werden. Die Auswirkungen einer problematischen Beziehungsgestaltung und der Missbrauch von Macht werden von den ExpertInnen als am schädigendsten eingeschätzt. Die Beschwerdebriefe weisen in eine ähnliche Richtung. Die Gefahr der abhängigen Verstrickung wurde anhand der quantitativen Daten besonders herausgestellt (s. o.; vgl. zu Beziehungsstörungen als Ursache für Fehlentwicklungen in der Psychotherapie auch Omer, 2000).

Aus den quantitativen Daten der vorliegenden Untersuchung geht auch hervor, dass PatientInnen, die ihre PsychotherapeutInnen als vertrauenswürdig, verständnisvoll und empathisch erleben, am meisten im Bezug auf die Verbesserung der Lebenszufriedenheit (Skala siehe Anhang, Abb. 68) profitierten. Eine positive Einschätzung der psychotherapeutischen Beziehungsqualität ging außerdem mit weniger Belastung einher. PatientInnen, die die Therapiebeziehung als besonders problematisch beschrieben, zeigten ein wesentlich erhöhtes Risiko, von Therapiemisserfolgen betroffen zu sein oder die Therapie abubrechen.

Respektlose und/oder nicht mit dem Berufskodex für PsychotherapeutInnen konform gehende Verhaltensweisen scheinen dabei immer wieder bei den gleichen PsychotherapeutInnen aufzutreten. Dieses in der bisherigen Forschung bereits mehrfach aufgefundene Ergebnis (Hoffmann et al., 2008; vgl. auch bereits Okiishi et al, 2003), deutet darauf hin, dass bereits in den Psychotherapieausbildungen auf eventuelle Merkmale diesbezüglich geachtet werden müsste, insbesondere wenn man berücksichtigt, dass PsychotherapeutInnen sich tendenziell eher über- als unterschätzen (Busch & Lemme, 1992; Freiburger, 2008; Lieberei & Linden, 2008). Beide Aspekte tauchten auch in den qualitativen Daten der vorliegenden Untersuchung auf.

Ein weiterer Bedingungsfaktor für Fehlentwicklungen, der zum nächsten Unterkapitel überleitet, stellt die Transparenz und die Informationsgestaltung für PatientInnen durch PsychotherapeutInnen dar. So wurde die Klärung des formalen Rahmens von der überwiegenden Mehrheit der PatientInnen in Niederösterreich als zufriedenstellend erlebt. In der Online-Erhebung gab etwa jede/r siebte PatientIn an, es gäbe zu wenig Zeit zur Klärung von Rahmenbedingungen, und etwa jede/r zehnte PatientIn machte die Erfahrung, nichts von einer Absageregulung zu wissen. Des Weiteren zeigten die Ergebnisse der Niederösterreich-Befragung, dass fast die Hälfte der PatientInnen nur unzureichend über unerwartete und möglicherweise belastende Veränderungen durch Psychotherapie

aufgeklärt worden waren. Die Bereitschaft, PatientInnen umfangreich bzw. ihren Bedürfnissen entsprechend aufzuklären, war überraschenderweise nicht an Haltungen gebunden, die sich aus einer psychotherapeutischen Methode ergeben, sondern scheint ein grundsätzliches Phänomen unter PsychotherapeutInnen zu sein, das sich nicht aus einer theoretischen Orientierung erklärt.

4.2.3 Therapiespezifische, settingspezifische und strukturelle Ursachen und Bedingungsfaktoren

Bei den setting- und therapiespezifischen Ursachen für Fehlentwicklungen in der Psychotherapie fällt innerhalb der qualitativen Daten insbesondere Dogmatik und Verfahrenstreue ins Auge. Viele Hinweise aus den Beschwerdebriefen und den ExpertInnendiskussionen weisen darauf hin, dass das unflexible Festhalten an Konzepten und Regeln des eigenen Therapieverfahrens – also an bestimmten Grundhaltungen, Therapieinterventionen und Therapiedosis – sich sehr schädlich auf den psychotherapeutischen Prozess auswirken kann. Dieses Phänomen ist aus bisheriger Forschung hinreichend bekannt (vgl. aktuell Castonguay et al., 2010; vgl. an Fallbeispielen im Traumabereich Gahleitner, 2005; vgl. bereits Bugental, 1988). Auch Lieberei und Linden (2008) kommen zu dem Schluss, dass Psychotherapie „stets an den einzelnen Patienten zu adaptieren“ (S. 560) ist. Auch in Bezug auf sog. „Sensitivierungsprozesse“ (ebd.), also Nebenwirkungen, die durch die Fokussierung psychotherapeutischen Vorgehens auf die dunklen Seiten des Lebens resultieren können, empfehlen sie neben Transparenz im Vorgehen einen individuell angepassten Umgang.

Diese Ergebnisse stimmen auch mit weiteren Forschungsdaten überein, die bzgl. Verfahren und Techniken wenige Unterschiede zwischen verschiedenen Psychotherapieverfahren in der Fehleranfälligkeit entdecken können (vgl. dazu erläuternd, jedoch auch kritisch Lilienfeld, 2007). Es scheint weniger darauf anzukommen, welche Techniken PsychotherapeutInnen einsetzen, sondern eher, wie gut sie diese Techniken jeweils beherrschen (vgl. Lutz & Grawe, 2005; Mohr, 1995). Bezüglich der verschiedenen Psychotherapieansätze zeigt – entsprechend diesen Ergebnissen – der qualitative Teil der hier vorliegenden Untersuchung keine Spezifik auf. Die problematischen Therapiesituationen in den Beschwerdebriefen entsprechen in ihren Prozentsätzen ungefähr der Häufigkeitsverteilung der Verfahren in Österreich. Ein ganz anderes Bild zeichnet sich in den quantitativen Daten ab. Bei der Auswertung der Ergebnisse zu den anerkannten Verfahren in Österreich wurden die Verfahren nach den vier Grundorientierungen – psychoanalytisch, humanistisch, verhaltensorientiert und systemisch – zusammengefasst. Dieses Vorgehen fokussiert auf die Frage, ob die theoriebedingten Unterschiede auch zu spezifischen Risiken führen. Vor allem in der

Online-Befragung fallen hier überdurchschnittlich positive Ergebnisse in humanistisch-existenziell orientierter Psychotherapie und in systemischer Therapie auf. Demgegenüber steht der hohe Anteil an PatientInnen in tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierter Therapie, deren Lebenszufriedenheit sich verschlechtert hat, die sich stark belastet und isoliert fühlen und auch eher zum Abbruch der Therapie neigen. PatientInnen in tiefenpsychologisch-psychodynamisch orientierter Therapie geben außerdem seltener an, erwünschte Wirkungen aufgrund der Therapie wahrgenommen zu haben, sodass aufgrund der erfassten Lebensbereiche weniger Transfereffekte in den Alltag festzustellen sind.

Da es einen ausgeprägten positiven Zusammenhang negativer Verläufe mit der Länge der Therapie gibt, bleibt jedoch ungeklärt, inwiefern die Länge der Therapie eher von Bedeutung ist als die psychodynamische Orientierung. Das schlechte Abschneiden der psychoanalytischen Behandlungen korreliert signifikant mit der Länge der Therapie. Kürzere tiefenpsychologische Prozesse z. B. schneiden keineswegs schlechter ab als andere Verfahren. Grundsätzlich legt dies eventuell eine neue Interpretation des klassischen Dose-Effect-Zusammenhangs von Howard, Kopta, Krause und Orlinsky von 1986 nahe, der lange Zeit als ein klarer gesetzmäßiger Zusammenhang betrachtet wurde. Die Daten zeigen, dass mit der Länge der Therapie auch die erlebte Intensität der Schädigung zunimmt, es also auch einen Dose-Effect für Schädigungen gibt, der bisher in den gruppenstatistischen Befunden zu den positiven Effekten untergegangen oder systematisch nicht erfasst wurde. Lange Therapien sind aber typisch für psychoanalytische Therapien. Häufig sammeln sich dort auch die schwierigsten PatientInnen. Dass Therapien häufig in kürzerer Zeit ihre optimale Wirkung erreichen als allgemein angenommen wird, ist allerdings in den letzten Jahren immer wieder aufgefunden worden (Kadera, Lambert & Andrews, 1996; Barkham et al., 2006; Carey, 2010). Das Phänomen wird neuerdings auch aus der PatientInnenperspektive durch qualitative Erhebungen bestätigt (Binder, Holgersen & Nielsen, 2010) und muss weiter untersucht werden.

Die ermittelten Daten sind daher differenziert zu betrachten. Die erhobenen Unterschiede können auch mit anderen Variablen (z. B. Persönlichkeitsmerkmale der PsychotherapeutInnen, Krankheitszustand der PatientInnen oder Kontextvariablen, die mit dem Verfahren einhergehen) zusammenhängen und somit eventuell nicht direkt auf das Verfahren zurückzuführen sein. Weitere Forschung zur Klärung des aufgefundenen Phänomens könnten auch andere Schattierungen aufzeigen. Anzumerken ist hier auch, dass aus den Ergebnissen keine Aussagen zu den Effekten einzelner PsychotherapeutInnen abgeleitet werden können, die unabhängig von der Orientierung wahrscheinlich den größten Anteil unerwünschter Effekte hervorrufen (Crits-Christoph et al., 1991; Crits-Christoph & Gallop,

2006; Wampold, 2006). Dies ist bei der Ergebnisdarstellung bezüglich der verschiedenen Grundorientierungen stets zu berücksichtigen. An dieser Stelle muss auch erneut angemerkt werden, dass Untersuchungen, die Selbstauskünfte als Datenquelle verwenden, nur begrenzte Aussagen zu Symptomausprägungen machen können, aber sehr wohl das für einen Therapieprozess und das Ergebnis sehr relevante subjektive Erleben abbilden (Strupp, 1969; Binder et al., 2010). In der Literatur wird aktuell insbesondere der ausgeprägte Effekt, der von der Person des/der einzelnen PsychotherapeutIn ausgeht, diskutiert (Wampold, 1997, 2001; Okiishi et al., 2003; Okiishi, Lambert, Nielsen & Ogles, 2006; Caspar, 2005; Wampold & Bolt, 2006, 2007a,b; Krause, Lutz & Saunders, 2007; Hill & Knox, 2009). Ist die Frage der Indikation zu einer psychotherapeutischen Behandlung also weniger eine Frage nach der richtigen Methode als eine Frage nach dem „richtigen“ Psychotherapeuten oder der „richtigen“ Psychotherapeutin (Hill, 2006; Hill & Knox, 2009; Märtens, 2012)? Hierbei sind Überlegungen zum Geschlecht der PsychotherapeutInnen nur ein Aspekt unter vielen Diversity- und Persönlichkeitsaspekten.

Bezieht man bei den therapiespezifischen Ursachen auch Settingaspekte und Rahmenbedingungen mit ein, zeigen sich in der vorliegenden österreichischen Untersuchung einige weiterführende Aspekte, die bisher in der Literatur nicht beschrieben sind. So wird z. B. deutlich, dass in der sensiblen Anfangsphase der Therapie Settingmerkmale und deren Gestaltung einen erheblichen Einfluss auf den Verlauf haben können. In der Vertragsphase sollte, so die Ergebnisse der ExpertInendiskussionen und der empirischen Erhebung, bereits qualitätssichernd darauf hingearbeitet werden, dass sich der psychotherapeutische Prozess und die psychotherapeutische Beziehung in einem sicheren Rahmen entfalten können, indem von therapeutischer Seite Transparenz über das Vorgehen geschaffen wird. Dafür, so die Aussagen der ExpertInnen, sei jedoch unter den gegebenen Bedingungen in Österreich der zeitliche Rahmen oft zu knapp. Auch ökonomischer Druck bei den PsychotherapeutInnen kann die Einhaltung fachspezifischer psychotherapeutischer Verhaltensregeln und -kodizes zu einem riskanten Balanceakt machen (vgl. zu strukturellen Bedingungen in Deutschland Conrad, 2009). An dieser Stelle muss auch aus PatientInnensicht die in der Niederösterreich-Befragung häufig genannte oft unvermeidbar finanzielle Belastung durch Psychotherapie angeführt werden, die auch als unerwünschte Nebenwirkung mit ihren Belastungen für PatientInnen angesehen werden kann (vgl. Petzold & Märtens, 2002). Die qualitativen Ergebnisse untermauern dieses Ergebnis. Vielfach müssen demnach Familienmitglieder und FreundInnen die Therapie mitfinanzieren und versetzen dadurch die PatientInnen in eine schwierige Lage, die von Verstrickung, Druck, Sorge und Schuld geprägt ist.

Noch ein anderer Aspekt soll hier Erwähnung finden, der in der Literatur bisher im Zusammenhang mit Fehlentwicklungen in der Psychotherapie noch gar nicht auftaucht: die psychotherapeutische Arbeit mit und in Institutionen. Aus dieser Schnittstelle erwachsen eine Reihe von Problemen für die PatientInnen und deren PsychotherapeutInnen, die künftig stärker in den Fokus der Betrachtung genommen werden sollten. Dabei spielen auch begriffliche und inhaltliche Überlappungen zwischen den Formaten Krisenintervention, Coaching und Psychotherapie eine verkomplizierende Rolle.

4.3 Wie können Therapiemisserfolge verhindert werden?

Bezüglich der Möglichkeit, Misserfolge zu verhindern, nennen Lieberei und Linden (2008) die Förderung des Bewusstseins darüber, dass es unerwünschte Effekte in der Psychotherapie gibt, sowie den angemessenen Umgang mit erfolgten Fehlern durch eine fehlerfreundliche Kultur (Kleiber & Wehner, 1988). Bienenstein und Rother (2009) sprechen von „Alltagsfehlern“, nicht verhinderbar, aber begrenztbar. Linden (2011) betont ergänzend die Notwendigkeit der Klärung der jeweiligen Risiken schon zu Beginn jeder einzelnen Therapie, um einerseits sicherzustellen, dass der/die PatientIn keinen zu großen Gefahren ausgesetzt ist, und um andererseits dem/der PsychotherapeutIn zu ermöglichen, entsprechende Gegenmaßnahmen zu setzen. Die Therapie soll seiner Ansicht nach nebenwirkungsgeleitet erfolgen: „Nicht zu schaden ist damit zunächst einmal wichtiger als zu helfen.“ (Linden, 2011, S. 49) Die Empfehlungen fordern – übergreifend betrachtet – eine wachsende Sensibilität gegenüber dem Thema und einen größeren Stellenwert in Supervision und Ausbildung. Dazu gehört auch, die Widerstände der PsychotherapeutInnen und der Therapiecommunity gegen die Wahrnehmung unerwünschter Effekte ernst zu nehmen und Gegenmaßnahmen zu entwickeln (vgl. dazu aktuell auch Kächele, 2011).

Die Daten der vorliegenden Untersuchung unterstützen diese Überlegungen und führen darüber hinaus zu weiteren Konsequenzen. Entlang der Befunde lassen sich zunächst zwei Aspekte unterscheiden, die im Umgang mit Nebenwirkungen und Schäden in der Psychotherapie von Bedeutung sind: zum einen die Frage nach präventiven Möglichkeiten, zum anderen die Frage nach dem Umgang mit eingetretenen Fehlern und Schäden im Therapieprozess (Harmon et al., 2007; Lambert, Hawkins, Vermeersch & Whipple, 2005; Bienenstein & Rother, 2009).

4.3.1 Risikoprävention

Präventiv erscheinen nach den vorliegenden Ergebnissen insbesondere folgende Aspekte zur Reduktion von negativen Verläufen in der Psychotherapie in Österreich empfehlenswert:

- eine Vereinheitlichung in der Auslegung psychotherapeutischer Verhaltensregeln in den psychotherapeutischen Fachspezifika in der Praxis für alle in Österreich anerkannten Verfahren;
- eine bereits in der Psychotherapieausbildung etablierte bewusste Reflexion der PsychotherapeutInnen bzgl. der eigenen professionellen Rolle, der Grenzen als PsychotherapeutIn sowie des Rechtsstatus inkl. seiner Verpflichtungen, der PatientInnenrechte und des PatientInnenschutzes;
- eine stärkere Sensibilisierung und Aufklärungsarbeit der PsychotherapeutInnen zu Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie;
- eine stärkere Sensibilisierung und Aufklärungsarbeit der PatientInnen und deren sozialem Umfeld zu Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie sowie über Rechte, Pflichten, Vorgehensweisen und gesetzliche Grundlagen und -kodizes;
- eine fortlaufende professionelle, auch auf diese Aspekte gerichtete Supervision.

Auch wenn in keiner Weise die Verantwortung für Psychotherapieschäden von den PsychotherapeutInnen auf die PatientInnen übertragen werden soll, wird an den vorliegenden und bisherigen Ergebnissen deutlich, dass eine adäquate Prävention in ein dialogisches Geschehen zwischen PsychotherapeutInnen und PatientInnen eingebettet sein muss. Daher stellt sich die Frage, wie man das korrektive Potenzial der PatientInnen unterstützen und fördern könnte. Mehr Bereitschaft zu einer kooperativen Interaktion zwischen TherapeutInnen und PatientInnen ist also hilfreich (Duncan et al., 2007), um Therapie effektiver zu gestalten. Viele PatientInnen sind aufgrund der Ergebnisse heute mehr als früher in der Lage, partizipative Angebote wahrzunehmen, ihre Psychotherapie kritisch zu reflektieren und Fehler der PsychotherapeutInnen anzusprechen. Daraus sollten nachhaltige Schlussfolgerungen für die PatientInnenaufklärung (Kierein & Leitner, 2011) gezogen werden. PatientInnen zu ermutigen, ihre Wahrnehmungen zuzulassen und in den therapeutischen Prozess einzubringen, ist zur Prävention negativer Verläufe definitiv hilfreich. Eine Förderung in diese Richtung kann präventiv Nebenwirkungen und Schäden begrenzen: Partizipation und dialogische Vorgehensweise erweisen sich damit als ein wichtiges Element der Qualitätssicherung in der Psychotherapie.

4.3.2 Risikointervention

Diese Überlegung gewinnt noch an Gewicht, wenn man die Korrektur bereits aufgetretener unerwünschter Nebenwirkungen, negativer Effekte und Schäden während der laufenden Psychotherapien mit berücksichtigt. Wie mit bereits eingetretenen Schäden weiter umgegangen wird und inwiefern sie ein schädigendes Potenzial für die Zukunft entfalten, wird maßgeblich von den strukturellen Bedingungen, den PsychotherapeutInnen selbst, jedoch auch von den PatientInnen und ihrem Umfeld mitgestaltet. Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung legen die Chancen korrektiven Verhaltens der PatientInnen nahe, wenn aufgrund gezielter Vorinformation – u. a. auch über die gesetzlichen Grundlagen und Ethikkodizes (siehe Anhang B) – das psychotherapeutische Vorgehen hinterfragt werden kann, das soziale Umfeld des/der PatientIn dabei miteinbezogen wird und der/die PatientIn die psychotherapeutische Beziehung infrage stellen kann.

Als zentraler Angelpunkt des psychotherapeutischen Geschehens konnte anhand der vorliegenden Untersuchung mit großer Eindeutigkeit herausgearbeitet werden: Eine partizipative, dialogische Vorgehensweise, das Zulassen individueller Rückmeldungen zum Prozess (vgl. auch Hatfield, McCullough, Frantz & Krieger, 2010), können Korrekturen innerhalb des Prozesses möglich machen, unter Umständen auch zu Beendigungen unproduktiver psychotherapeutischer Bemühungen bzw. zu einem TherapeutInnenwechsel führen. Die entscheidende Bedeutung dieser Aspekte wurde bereits zahlreich publiziert (u. a. Böhnke & Lutz, 2010; Hannan et al., 2005; Lambert et al. 2001; Lambert et al., 2005; Lambert, 2010; Lutz, Tholen & Kosfelder, 2004). Besonders bedeutsam für den weiteren Verlauf ist nach den vorliegenden Ergebnissen der Untersuchung jedoch, ob Signale im Hinblick auf negative Verläufe von TherapeutInnen aufgegriffen werden und wie sich deren konkreter Umgang mit Fehlersignalen gestaltet. Der Umgang des/der PsychotherapeutIn mit dem bereits eingetretenen Fehler moderiert demnach dessen Auswirkung in einem großen Maße (vgl. z. B. Berking, Orth & Lutz, 2006; Harmon et al., 2007; Lutz et al., 2006; Bienenstein & Rother, 2009). Nach den qualitativen Daten der vorliegenden Untersuchung lässt sich dabei unterscheiden zwischen

- proaktivem Umgang,
- unreflektiertem Umgang und
- ignorantem Umgang.

Beim **proaktiven Umgang** wird der Fehler den PsychotherapeutInnen durch Signale der PatientInnen bewusst, und sie reagieren adäquat darauf. Bei angemessener Reflexion des Fehlers kann dieser integriert und dadurch zuweilen sogar zu einem Erfolgsfaktor

werden. Die Chance auf Sensibilität gegenüber künftigen Fehlern steigt, die negativen Auswirkungen vermindern sich beträchtlich.

Beim **unreflektierten Umgang** werden die Signale nicht wahrgenommen, oder das Signal wird wahrgenommen, aber aufgrund mangelnder Kompetenz oder Persönlichkeitsstruktur können die PsychotherapeutInnen nicht adäquat reagieren. Ein Wiederholungsrisiko entsteht, die Auswirkungen durch die fehlende Integration in den Prozess können zu schweren Schäden führen.

Im Falle eines **ignoranten Umgangs** der PsychotherapeutInnen mit dem Fehler wird das als Fehler zu bezeichnende Geschehen zwar bewusst zur Kenntnis genommen, das eigene Verhalten jedoch als unproblematisch eingeschätzt. Eine Reflexion oder Änderung des eigenen Verhaltens steht dabei kaum zur Debatte. Hier besteht eine Wiederholungsgefahr, welche die Entwicklung schwerer Schäden dann verstärkt.

Erkennen PsychotherapeutInnen im Dialog mit den PatientInnen oder in der Inter- und/oder Supervision Fehlentwicklungen frühzeitig und reagieren darauf proaktiv, können negative Effekte möglicherweise maßgeblich vermindert werden. Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen damit die Forderung nach weiterer Erforschung des Phänomens der unerwünschten Wirkungen sowie deren Prävention und Intervention und geben deutliche Hinweise, dass im psychotherapeutischen Feld eine aktivere Haltung von TherapeutInnen notwendig ist (vgl. u.a. Castonguay et al., 2010; Maeschalk & Axens, 2007; Sachse, Fasbender & Hammelstein, 2012).

Ausblick

Im Rückblick auf die eingangs gestellten Fragen, welche Risiken und Nebenwirkungen bei psychotherapeutischen Behandlungen auftreten können, welche Ursachen, Prädiktoren und Bedingungsfaktoren es für Therapieerfolge, Schäden und Nebenwirkungen gibt und wie negative Therapiefolgen zukünftig erkannt und verhindert werden können, bleibt zunächst festzuhalten, dass Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie wie bei anderen Heilbehandlungen nicht zu verhindern sind. „Nur was gar nicht wirkt, schadet auch nicht“, so Hoffmann und Kollegen (2008). Die These von Linden (2011), dass Psychotherapie nebenwirkungsgeleitet erfolgen sollte, bietet hier eine adäquate Leitlinie: „Nicht zu schaden ist damit zunächst einmal wichtiger als zu helfen“ (ebd., S. 49).

In erster Linie stellt sich also die Frage, wie man eine stärkere Sensibilisierung bezüglich der Möglichkeit von Risiken und Nebenwirkungen erreichen und das korrektive Potenzial von PsychotherapeutInnen, PatientInnen und strukturellen Bedingungen für eine fundierte Problem-Prävention und -Intervention angemessen nutzen könnte. Kächele und Caspar (2009) plädieren in diesem Zusammenhang für eine „Fehlerkultur“ im Sinne einer kontinuierlichen und konstruktiven Auseinandersetzung mit Risiken, Nebenwirkungen und Schäden im psychotherapeutischen Geschehen, die durch eine kollegiale Überweisungskultur ergänzt werden sollte, damit PatientInnen nicht unnötig in schädigenden Therapiebeziehungen verharren (Märtens, 2006). Nur so kann auf Therapiemisserfolge, sei es auf struktureller oder individueller Ebene, adäquat präventiv und/oder intervenierend reagiert werden (Bienenstein & Rother, 2009). Auch die vorliegende Untersuchung kam zu dem Ergebnis, dass die Art und Weise, wie sich der konkrete Umgang mit Fehlersignalen gestaltet, für die Auswirkung von problematischen Therapiesituationen in einem großen Maße bedeutsam ist.

Im Folgenden sollen daher abschließend die wichtigsten Erkenntnisse des Projekts für eine qualitätssichernde Vorgehensweise in der Psychotherapie zusammengefasst werden.

(1) Über die Bedeutung professioneller Beziehungsgestaltung in der Psychotherapie ist bereits viel geschrieben und publiziert worden. In Bezug auf Risiken und Nebenwirkungen steht dabei im Fokus des Interesses insbesondere die therapeutische Fähigkeit, in der von Abhängigkeiten geprägten Beziehungsführung „zwischen den Polen von teilnehmender Empathie einerseits und abgrenzender Konfrontation andererseits zu oszillieren“

(Lieberei & Linden, 2008, S. 9). Es besteht die Gefahr, dass PsychotherapeutInnen PatientInnen für eigene Bedürfnisse nach Macht, finanzieller Bereicherung, emotionaler und sexueller Befriedigung oder nach spezifischen spirituellen Glaubensrichtungen und möglicherweise auch nach therapieschulenspezifischen Überzeugungen (Petzold & Märtens, 2002) missbrauchen. Ein solches therapeutisches Handeln wird in der bisherigen Forschung und nach den Ergebnissen des vorliegenden Projekts für die schwersten unter den Therapieschäden und Nebenwirkungen verantwortlich gemacht. Dass bei einzelnen PsychotherapeutInnen PatientInnen besonders oft gefährdet werden und dass PsychotherapeutInnen sich generell eher überschätzen als unterschätzen, zeigt den großen Bedarf, auf PatientInnen- wie TherapeutInnenebene präventiv und interventiv tätig zu werden.

(2) Neben Angeboten der Supervision und Intervision für PsychotherapeutInnen zeigt die vorliegende Studie – im Einklang mit zahlreichen anderen Forschungsergebnissen (s. o.) –, wie bereits in den Psychotherapieausbildungen auf die Gefahr von Risiken, Nebenwirkungen und Therapieschäden Bezug genommen werden müsste. Das gilt für die Wissensvermittlung ebenso wie für Selbsterfahrung und Kompetenzentwicklungen und -überprüfungen. Eine fokussierte Reflexion der AusbildungskandidatInnen, jedoch auch der bereits praktizierenden PsychotherapeutInnen bzgl. der eigenen professionellen Rolle und des Rechtsstatus inkl. seiner Verpflichtungen, der PatientInnenrechte und des PatientInnenschutzes muss zur Selbstverständlichkeit im Rahmen der Aus- und Weiterbildung werden. Dazu gehört auch die Notwendigkeit konsistenter Auslegung psychotherapeutischer Verhaltensregeln in den verschiedenen psychotherapeutischen Fachspezifika in der alltäglichen Praxis. Castonguay und KollegInnen (2010) beispielsweise plädieren in diesem Kontext für die Implementierung von spezifischen Richtlinien für die Prävention von Fehlerrisiken in der Psychotherapie: in Bezug auf therapeutische Techniken und Vorgehensweisen, in Bezug auf die Beziehungsführung und auf PatientInnen- und TherapeutInnenvariablen. In diese Richtung könnte weitergearbeitet werden.

(3) Strukturelle Bedingungen des Settings und der Behandlung müssen die präzisen Umsetzungen der Ethik- und Verhaltenskodizes etc. erlauben und unterstützen. Die vorliegende Studie zeigt die große Bedeutung von finanziellen und zeitlichen Ressourcen für partizipative und dialogische Prozesse in der Vertragsphase oder anderer sensibler Momente einer psychotherapeutischen Behandlung auf. Ein Beispiel aus den Ergebnissen dafür ist, dass einerseits PatientInnen in Therapie bleiben, obwohl keine Verbesserung stattfindet, da sie zu Beginn der Psychotherapie nicht (genügend) über ihre Rechte informiert wurden. Andererseits ist es einer Reihe von Personen lediglich aus finanzieller Sicht nicht möglich, eine Psychotherapie zu Ende zu bringen, obwohl sie sich weitere

Verbesserungen erhoffen. Qualitätssichernd dafür zu sorgen, dass sich der psychotherapeutische Prozess und die psychotherapeutische Beziehung angemessen entwickeln können, bedarf auch struktureller Einbettungskonditionen, die dies ermöglichen. Ein besonderes Augenmerk sollte auch auf der psychotherapeutischen Arbeit mit und in Institutionen liegen. Über Erstattungsmodalitäten und strukturelle Rahmenbedingungen, die an dieser Schnittstelle und an kritischen Momenten des Behandlungsprozesses Fehlentwicklungen verhindern oder begrenzen können, sollte daher auch von politischer Seite und der Seite der Kostenträger verstärkt nachgedacht werden.

(4) Auch wenn in der vorliegenden Studie die Position geteilt wird, dass PatientInnen nicht in die Verantwortung für Fehlerprävention und -intervention genommen werden können, wird die große Bedeutung korrekiver Chancen von PatientInnenseite durch die erarbeiteten Daten unterstützt. Kann das psychotherapeutische Vorgehen in seinen Modalitäten, Vorgehensweisen und Zeiträumen hinterfragt und die psychotherapeutische Beziehung im Dialog kritisch reflektiert werden, entstehen zahlreiche Chancen zu Prävention und Intervention. Die vorliegende Untersuchung hat zudem eine steigende Tendenz der aktiven Beteiligung bei PatientInnen verzeichnet, zuweilen unterstützt durch das soziale Umfeld des/der PatientIn. Es zeigt sich auch, dass immer noch zahlreiche PatientInnen nur mangelhaft über unerwartete und möglicherweise belastende Veränderungen durch Psychotherapie bzw. gesetzliche Grundlagen und Ethikkodizes aufgeklärt werden. Eine stärkere Sensibilisierung und Aufklärungsarbeit der PatientInnen und die Ermutigung, eigene Wahrnehmungen zuzulassen und in den therapeutischen Prozess einzubringen, tut hier not: Partizipation und dialogisches Vorgehen erweisen sich damit als wichtige Elemente der Qualitätssicherung in der Psychotherapie! In diesem Sinne wurden aus dem vorliegenden Projekt „PatientInneninformationen“ entwickelt, die allen PatientInnen zu Beginn einer Psychotherapie zur Verfügung gestellt werden können (siehe Anhang A), die allerdings aufgrund relevanter Forschungsbefunde einer permanenten Aktualisierung bedürfen.

Welche Schlussfolgerungen ergeben sich daraus für die Forschung, national wie international? – Obwohl die quantitativen Daten des vorliegenden Projekts zeigen, dass es zu starken Verbesserungen der Lebenszufriedenheit beim Durchschnitt der PatientInnen kommt, wurde bei gut 20% der PatientInnen von Verschlechterungen berichtet. Dass die Verhältnisse in Deutschland ähnlich aussehen, zeigen u. a. auch Mitteilungen der Psychotherapeutenkammern in verschiedenen dortigen Bundesländern: So sind seit der Verabschiedung der Berufsordnung im Jahre 2005 bis Ende 2009 bei der Kammer Schleswig-Holstein insgesamt 46 Beschwerden eingegangen. Nahezu 50% aller Beschwerdefälle

beziehen sich auf Honorarstreitigkeiten, etwas weniger auf Verhalten von TherapeutInnen. International betrachtet entsprechen die obigen Befunde weiteren Untersuchungen wie z. B. von Beutler und KollegInnen (2004), Lambert (2010) und von Kraus und Kollegen (2011). Ein konstantes Problem bei der Erfassung von Therapiefehlern stellen die unterschiedlichen Systematiken dazu dar. Haupt und Linden z. B. erarbeiteten auf Basis einer Systematisierung ein sogenanntes Ereignis-Kontext-Relation-Schwere-Schema als Vorschlag (Haupt & Linden, 2011; vgl. weitere Ideen für Modelle auch Hannan et al., 2005; sowie Lutz et al., 2004). Die Ergebnisse bleiben abzuwarten.

Auf der Basis einigermaßen gesicherter Zahlen besteht der nächste Schritt für die Forschung auf jeden Fall in der Aufgabe, Subgruppen mit Verschlechterungen künftig genauer zu beforschen, um differenzielle Zusammenhänge zu erfassen (vgl. dazu auch Lutz, 2003; Krause et al., 2007; Lambert, 2010; Kraus et al., 2011; Youn, Kraus & Castonguay, 2012) und negative Verläufe besser zu identifizieren. Ebenso müssten Abbrüche und differenzielle Psychotherapieindikation (Cinkaya, Schindler & Hiller, 2011; Eckert, Frohburg & Kriz, 2004) dabei stärkere Thematisierung erfahren. Weitere Projekte zur Erfassung subjektiver Aspekte des individuellen Erlebens von PatientInnen, jedoch auch von PsychotherapeutInnen im Prozess, könnten an dieser Stelle einen wichtigen Beitrag leisten (vgl. dazu auch Märtens, 2012). Auch international wird dies insbesondere von Lambert (Lambert et al., 2001; Hannan et al., 2005; Lambert et al., 2005; Lambert, 2010) und Lutz (Lutz et al., 2004; Böhnke & Lutz, 2010) gefordert. Denn mindestens ein zentraler Schlüssel – so das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung – zur Prävention von Fehlentwicklungen besteht in der Dialogbereitschaft der TherapeutInnen über Therapiebedingungen und -umstände sowie eigene „Fehler“.

Erkennen PsychotherapeutInnen im Dialog mit ihren PatientInnen oder in der Inter- und/oder Supervision Fehlentwicklungen, können negative Effekte maßgeblich verhindert werden (Castonguay et al., 2010; Maeschalk & Axens, 2007; Sachse et al., 2012). Die aus den Projektergebnissen naheliegende Unterscheidung zwischen proaktivem Umgang, unreflektiertem Umgang und ignorantem Umgang könnte in dieser Hinsicht hilfreich für eine therapeutische Sensibilisierung sein. Konstruktiv am proaktiven Umgang mit Fehlern ist, dass sich die PsychotherapeutInnen den Anstoß selbst geben können bzw. selbst auf die Hinweise der PatientInnen reagieren. Für die anderen beiden Gruppen der unreflektierten und der ignoranten PsychotherapeutInnen sollten Überlegungen angestellt werden, wie sie diese Problem-Signale besser wahrnehmen lernen könnten und ihr Umgang mit Fehlern verändert werden könnte. Hierzu sind wahrscheinlich die entwickelten systematischen Feedbackverfahren im Lernprozess unerlässlich. In jedem Fall könnten eine

Systematisierung des Fehlerverhaltens und eine Integration dieses Wissens in Aus- und Weiterbildungen die Sensibilität für die drei verschiedenen Umgangstypen erhöhen und Veränderungschancen für die Zukunft herbeiführen.

Dennoch gibt es, so die Auskunft von PatientInnen und TherapeutInnen in dieser Untersuchung, im Hinblick auf diese reflexive, selbstreflexive und selbstkritische Grundhaltung und Arbeitsweise der PsychotherapeutInnen noch eine Menge zu tun. Der konstruktive fehlerfreundliche Umgang mit Fehlern zur Weiterentwicklung therapeutischer Kompetenzen und des PatientInnenwohls hat offensichtlich noch einen langen Weg zu bewältigen, aber er scheint die Anstrengungen wert zu sein. Mit dem vorliegenden Projekt und der Erstellung des praxisnahen Produkts der „PatientInneninformationen“ hoffen wir, einen weiteren Beitrag dazu geleistet zu haben.

Literatur

- Atteslander, Peter (2008). *Methoden der empirischen Sozialforschung* (12., durchges. Aufl.). Berlin: Erich Schmidt.
- Barkham, Michael, Connell, Janice, Stiles, William B., Miles, Jeremy N. V., Margison, Frank, Evans, Chris & Mellor-Clark, John (2006). Dose-effect relations and responsive regulation of treatment duration: The good enough level. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 74*(1), 160-167.
- Bar-On, Dan (1996). Ethical issues in biographical interviews and analysis. In Ruthellen Josselson (Hrsg.), *Ethics and process in the narrative study of lives* (S. 9-21). Thousand Oaks: Sage.
- Becker-Fischer, Monika & Fischer, Gottfried (2008). Sexuelle Übergriffe in der Psychotherapie und Psychiatrie. Orientierungshilfen für Therapeut und Klientin (2., neu bearb., erw. und aktual. Aufl.). Kröning: Asanger. (Reihe: Psychotraumatologie, Psychotherapie, Psychoanalyse, Bd. 18)
- Bergin, Allen E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology, 10*(3), 244-250.
- Bergin, Allen E. & Strupp, Hans H. (1972). *Changing frontiers in the science of psychotherapy*. Chicago, IL: Aldine.
- Berk, Michael & Parker, Gordon (2009). The elephant on the couch: Side-effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 43*(9), 787-794.
- Berking, Matthias, Orth, Ulrich & Lutz, Wolfgang (2006). Wie effektiv sind systematische Rückmeldungen des Therapieverlaufs an den Therapeuten? Eine empirische Studie in einem stationär-verhaltenstherapeutischen Setting. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 35*(1), 21-29
- Beutler, Larry E., Malik, Mary, Alimohamed, Shabia, Harwood, T. Mark, Talebi, Hani, Noble, Sharon & Wong, Eunice (2004). Therapist variables. In Michael J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl., S. 227-306). New York: Wiley.
- Bienenstein, Stefan & Rother, Matthias (2009). *Fehler in der Psychotherapie: Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis*. Wien: Springer.
- Binder, Per-Einar, Holgersen, Helge & Nielsen, Geir Hostmark (2010). What is a "good outcome" in psychotherapy? A qualitative exploration of former patients' point of view. *Psychotherapy Research, 20*(3), 285-294.
- Bogner, Alexander, Littig, Beate & Menz, Wolfgang (2005). *Das Experteninterview: Theorie, Methode, Anwendung* (2., durchges. Aufl.). Wiesbaden: VS.
- Böhnke, Jan R. & Lutz, Wolfgang (2010). War da was – oder doch nicht? Methoden zur Entwicklung veränderungssensitiver Kurzformen für Verlaufsmessung und Qualitätsmonitoring. *Klinische Diagnostik und Evaluation, 3*(1), 38-58.
- Bugental, James F. T. (1988). What is "failure" in psychotherapy? *Psychotherapy, 25*, 532-535.
- Busch, Ingrid & Lemme, Roswitha (1992). *Schulenspezifische Unterschiede hinsichtlich der Einstellung der Therapeuten zur Wirkung von Psychotherapie?* Diplomarbeit. Berlin: Technische Universität.

- Carey, Tim A. (2010). Will you follow while they lead? Introducing a patient-led approach to low intensity CBT interventions. In James Bennett-Levy, David Richards, Paul Farrand, Helen Christensen, Kathy Griffiths, David Kavanagh, Britt Klein, Mark A. Lau, Judy Proudfoot, Lee Ritterband, Jim White & Chris Williams (Hrsg.), *Oxford guide to low intensity CBT interventions* (S. 331-338). Oxford: Oxford University Press.
- Caspar, Franz (2005). Therapeut/Therapeutin und die Therapiebeziehung. In Joachim Kosfelder, Johannes Michalak, Silja Vocks & Ulrike Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 265-307). Göttingen: Hogrefe.
- Caspar, Franz & Kächele, Horst (2007). Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In Sabine Herpertz, Franz Caspar & Christoph Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 729-743). München: Urban & Fischer.
- Castonguay, Louis G. (2010). Research for clinicians. *Integrating Science and Practice*, 1(1), 5-6.
- Castonguay, Louis G., Boswell, James F., Constantino, Michael J., Goldfried, Marvin R. & Hill, Clara E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist*, 65(1), 34-49.
- Cinkaya, Fatima, Schindler, Amrei & Hiller, Wolfgang (2011). Wenn Therapien vorzeitig scheitern Merkmale und Risikofaktoren von Abbrüchen in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 224-234.
- Clarkin, John F. & Levy, Kenneth N. (2004). The influence of client variables on psychotherapy. In Michael J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Aufl., S. 194-226). New York: Wiley.
- Conrad, Annegret (2009). *Ein verhängnisvolles Zusammenspiel. Misslungene Psychotherapie aus Klientensicht*. Dissertation. Berlin: Freie Universität, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie. Online verfügbar: urn:nbn:de:kobv:188-fudissthesis000000015048-0 [22.06. 2012].
- Cooper, Mike (2008). *Essential research findings in counselling and psychotherapy. The facts are friendly*. London: Sage.
- Crits-Christoph, Paul, Baranackie, Kathryn, Kurcias, Julie S., Beck, Aaron T., Carroll, Kathleen, Perry, Kevin, Luborsky, Lester, McLellan, A. Thomas, Woody, George E., Thompson, Larry, Gallagher, Dolores & Zitrin, Charlotte (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1(2), 81-91.
- Crits-Christoph, Paul & Gallop, Robert (2006). Therapist effects in the National Institute of Mental Health Treatment of Depression Collaborative Research Program and other psychotherapy studies. *Psychotherapy Research*, 16(2), 178-181.
- Dimidjian, Sona & Hollon, Steven D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist*, 65(1), 21-33.
- Donabedian, Avedis (1966). Evaluating the quality of medical care. *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44(3), 166-203.
- Donabedian, Avedis (1988). The quality of care. How can it be assessed? *Journal of the American Medical Association*, 260(12), 1743-1748.
- Drigalski, Dörte von (2002). Das China-Syndrom der Psychotherapie. In Michael Märtens & Hilarion G. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden* (S. 60-71). Mainz: Grünewald.
- Duncan, Barry, Miller, Scott & Hubble, Mark (2007). How being bad can make you better. *Psychotherapy Networker*, 31(6), 36-41.

- Eckert, Jochen, Biermann-Ratjen, Eva-Maria & Höger, Dieter (Hrsg.) (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Berlin: Springer.
- Eckert, Jochen, Frohburg, Inge & Kriz, Jürgen (2004). Therapiewechsler. Differentielle Therapieindikation durch die Patienten? *Psychotherapeut*, 49(6), 415-426.
- Elliott, Robert M. (2000). *Bringing about a good therapist*. Vortrag beim Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago, Juni 2000.
- Eysenck, Hans Jürgen (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16(5), 319-324.
- Fäh, Markus (2002). Wenn Analyse krank macht. Methodenspezifische Nebenwirkungen psychoanalytischer Therapien. In Michael Märtens & Hilarion G. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 109-147). Mainz: Grünewald.
- Flick, Uwe (2004). *Triangulation: Eine Einführung*. Wiesbaden: VS.
- Foa, Edna B. & Emmelkamp, Paul M. G. (Hrsg.) (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Frank, Monika & Fiegenbaum, Wolfgang (1994). Therapieerfolgsmessung in der psychotherapeutischen Praxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 23(4), 268-275.
- Freyberger, Harald J. (2008). Ethik in der Psychotherapie. In Sabine Herpertz, Franz Caspar & Christoph Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 721-727). München: Elsevier.
- Gahleitner, Silke Birgitta (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung*. München: Reinhardt.
- Garfield, Sol L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In Sol L. Garfield & Allen E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy & behavior change* (4. Aufl., S. 190-228). New York: Wiley.
- Grawe, Klaus (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1(1), 4-11.
- Grawe, Klaus, Donati, Ruth & Bernauer, Friederike (1994). *Psychotherapien im Wandel: Von der Konfession zur Profession*. Heidelberg: Hogrefe.
- Grawe, Klaus & Mezenen, Urs (1985). Therapeutische Mißerfolge im Spiegel der empirischen Forschung. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4(4), 355-378.
- Greenberg, Leslie S. & Pinsof, William M. (Hrsg.) (1986). *The psychotherapeutic process – A research handbook*. New York: Guilford.
- Hannan, Corinne, Lambert, Michael J., Harmon, Cory, Nielsen, Stevan Lars, Smart, David W., Shimokawa, Kenichi & Sutton, Scott W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61(2), 155-163.
- Harmon, S. Cory, Lambert, Michael J., Smart, David M., Hawkins, Eric, Nielsen, Stevan L., Slade, Karstin & Lutz, Wolfgang (2007). Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist/client feedback and Clinical Support Tools. *Psychotherapy Research*, 17(4), 379-392.
- Hatfield, Derek, McCullough, Lynn, Frantz, Shelby H. B. & Krieger, Kenin (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists's ability to detect negative client change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(1), 25-32.

- Haupt, Marie-Luise & Linden, Michael (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie – Das ECRS-ATR-Schema. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 13(2), 9-27.
- Hermer, Matthias & Röhrle, Bernd (2008). Therapeutische Beziehungen: Geschichte, Entwicklung und Befunde. In Matthias Hermer & Bernd Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 15-108). Tübingen: dgvt.
- Hill, Clara E. (2006) Introduction to special section on therapist effects. *Psychotherapy Research*, 16(2), 143.
- Hill, Clara E. & Knox, Sarah (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13-29.
- Hill, Clara E. & Lambert, Michael J. (2004). Methodological issues in studying psychotherapy processes and outcomes. In Michael J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. Aufl., S. 84-136). New York: Wiley.
- Hoffmann, Sven Olaf, Rudolf, Gerd & Strauß, Bernhard (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut*, 53(1), 4-16.
- Howard, Kenneth I., Kopta, S. Mark, Krause, Merton S. & Orlinsky, David E. (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist*, 41(2), 159-164.
- Jacobi, Frank (2001). Misserfolgsvorschung in der Verhaltenstherapie. In Ralf Dohrenbusch & Frank Kaspers (Hrsg.), *Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin* (S. 323-346). Lengerich: Pabst. Online verfügbar: <http://www.psychologie.tu-dresden.de/i2/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/misserfolgsvorschung-050301.pdf> [22.06.2012].
- Jacobi, Frank (2002). Risiken und Nebenwirkungen verhaltenstherapeutischer Behandlung. In Michael Märtens & Hilarion G. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 89-108). Mainz: Grünewald.
- Jarrett, Christian (2007). When therapy causes harm. *Psychologist*, 21(1), 10-12.
- Kächele, Horst & Caspar, Franz (2009). Plädoyer für eine Fehlerkultur in der Psychotherapie. In Psychotherapeutenkammer Berlin (Hrsg.), *Psychotherapeuten und Psychotherapie – Entwicklung... Entwicklungsprozesse... Entwicklungskrisen... Dokumentation des 5. Landespsychotherapeutentags am 28. März 2009* (S. 42-51). Berlin: Psychotherapeutenkammer. Online verfügbar: http://www2.psychotherapeutenkammer-berlin.de/uploads/dokumentation_lpt2009.pdf [23.06.2012].
- Kächele, Horst & Grundmann, Esther Maria (2011). Editorial: Fehlerkultur. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 13(2), 5-8.
- Kächele, Horst (2011). Einige (abschließende) Gedanken zum Fehlerbewusstsein der Profession. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 13(2), 109-114.
- Kaczmarek, Sophie, Cappel, Ruben, Passmann, Kai, Hillebrand, Veronika, Schleu, Andrea & Strauß, Bernhard (2011). *Negative effects of psychotherapy: qualitative and quantitative analysis of patients' complaints*. Poster präsentiert beim 42. Annual Meeting der Society für Psychotherapy Research 29.06. bis 02.07.2011 in Bern. Online verfügbar: http://www.mpsy.uniklinikum-jena.de/mpsy_media/Downloads/SPR2011_Poster_SKaczmarek.pdf [24.06.2012].
- Kadera, Scott W., Lambert, Michael J. & Andrews, Alison A. (1996). How much therapy is really enough? A session-by-session analysis of the psychotherapy dose-effect relationship. *Journal of Psychotherapy Practice & Research*, 5(2), 132-151.

- Kazdin, Alan E. (2003). Psychotherapy for children and adolescents. *Annual Review of Psychology*, 54, 253 -276.
- Khele, Suky, Symons, Clare & Wheeler, Sue (2008). An analysis of complaints to the British Association for Counselling and Psychotherapy, 1996–2006. *Counselling and Psychotherapy Research*, 8(2), 124-132.
- Kierein, Michael & Leitner, Anton (2011). *Psychotherapie und Recht*. Wien: Facultas.
- Kleiber, Dieter & Kuhr, Armin (Hrsg.) (1988). *Handlungsfehler und Misserfolge in der Psychotherapie*. Tübingen: dgvt.
- Kleiber, Dieter & Wehner, Theo (1988). Fehlerfreundlichkeit: ein Plädoyer zur Vitalisierung nicht intendierter Ereignisse (Handlungsfehler, therapeutische Mißerfolge u. a.). In Dieter Kleiber & Armin Kuhr (Hrsg.), *Handlungsfehler und Mißerfolge in der Psychotherapie* (S. 18-33). Tübingen: DGVT. (Reihe: Tübinger Reihe, Bd. 8)
- Köckeis-Stangl, Eva (1980). Methoden der Sozialisationsforschung. In Klaus Hurrelmann & Dieter Ulich (Hrsg.), *Handbuch der Sozialisationsforschung* (S. 321-370). Weinheim: Beltz.
- Kohnen, Ralf, Fichte, Klaus, Hofmann, Sabine, Kastrup, Horst & Meng, Günter (1996). Erfassung unerwünschter Ereignisse und ihre Bewertung als unerwünschte Arzneimittelwirkungen in der Entwicklung von Therapien. In Collegium Internationale Psychiatriae Scalarum (Hrsg.), *Internationale Skalen für Psychiatrie* (4. überarb. Aufl., S. 187-201). Weinheim: Beltz.
- Kraus, David R. (2010). The empirically supported therapist: All clinicians have strengths and weaknesses. *Integrating Science and Practice*, 1(1), 12-15.
- Kraus, David R., Castonguay, Louis, Boswell, James F., Nordberg, Samuel S. & Hayes, Jeffrey A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21(3), 267-276.
- Krause, Merton S., Lutz, Wolfgang & Saunders, Stephen M. (2007). Empirically certified treatments or therapists: The issue of separability. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 44(3), 347-355.
- Kunath, Ulrich (2003). *Der kundige Patient: Wie bekomme ich die optimale Behandlung?* Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Laireiter, Anton-Rupert & Vogel, Heiner (1998). Einführung: Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung – Einblicke in die Werkstatt. In Anton Rupert Laireiter & Heiner Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 17-46). Tübingen: dgvt.
- Lambert, Michael J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5. Aufl). New York: Wiley.
- Lambert, Michael J. (2007). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1-14.
- Lambert, Michael J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Lambert, Michael J. & Bergin, Allen E. (1994). The effectiveness in psychotherapy. In Allen E. Bergin & Sol L. Garfield (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 143-189). New York: Wiley.

- Lambert, Michael J., Hawkins, Eric J. & Hatfield, Derek R. (2002). Empirische Forschung über negative Effekte in der Psychotherapie: Befunde und ihre Bedeutung für die Praxis und Forschung. In Michael Märtens & Hilarion G. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 40-59). Mainz: Grönewald.
- Lambert, Michael J., Hawkins, Eric J., Vermeersch, David A. & Whipple, Jason L. (2005). Die Auswirkungen eines Rückmeldesystems zur Erfassung des Therapiefortschritts von Klienten: Eine Zusammenfassung von vier, im klinischen Alltag durchgeföhrten Studien. In Joachim Kosfelder, Johannes Michalak, Silja Vocks & Ulrike Willutzki (Hrsg.), *Fortschritte der Psychotherapieforschung* (S. 309-337). Göttingen: Hogrefe.
- Lambert, Michael J. & Ogles, Benjamin M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In Michael L. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 139-193). New York: Wiley.
- Lambert, Michael J., Whipple, Jason L., Smart, David W., Vermeersch, David A., Nielsen, Stevan Lars & Hawkins, Erik J. (2001). The effects of providing therapists with feedback on patient progress during psychotherapy: Are outcomes enhanced. *Psychotherapy Research*, 11(1), 49-68.
- Lamnek, Siegfried (2010). *Qualitative Sozialforschung* (5. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Lecompte, Conrad (2010). How can therapeutic effectiveness be improved? *Integrating Science and Practice*, 1(1), 7-9.
- Leitner, Anton (2008). Psychotherapie reduziert Belastungen. *Österreichische Ärztezeitung*, 65(6), 58-60.
- Leitner, Anton (2009). Von der Compliance zur Adherence, vom Informed Consent zu respektvollem Informed Decision Making. *Integrative Therapie*, 35(1), 71-86.
- Leitner, Anton, Liegl, Gregor, Gerlich, Katharina, Koschier, Alexandra & Hinterwallner, Heidemarie (2010). Verschlechterung der Lebenszufriedenheit? Auch Psychotherapie hat Nebenwirkungen! *Jatros Neurologie und Psychatrie*, 18(7), 38-42.
- Leitner, Anton, Liegl, Gregor, Märtens, Michael & Gerlich, Katharina (2009). *Effektivität der Integrativen Therapie*. Krems: Donau-Universität Krems.
- Lieberei, Barbara & Linden, Michael (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102(9), 558-562.
- Lilienfeld, Scott O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives for psychological science*, 2(1), 53-70.
- Linden, Michael (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie. In Michael Linden & Martin Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 45-50). Berlin: Springer.
- Lutz, Wolfgang (2003). *Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung*. Tübingen: DGVT.
- Lutz, Wolfgang & Grawe, Klaus (2005). Psychotherapieforschung. In Franz Petermann & Hans Reinecker (Hrsg.), *Handbuch der Psychologie. Band 1: Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 92-100). Göttingen: Hogrefe.
- Lutz, Wolfgang, Lambert, Michael J., Harmon, S. Cory, Tschitsaz, Armita, Schürch, Eva & Stulz, Niklaus (2006). The probability of treatment success, failure and duration – what can be learned from empirical data to support decision making in clinical practice? *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 13(4), 223-232.

Lutz, Wolfgang, Tholen, Sven & Kosfelder, Joachim (2004). Ungünstige Behandlungsverläufe in der Psychotherapie – Auch ein Beitrag zur Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung. *Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin*, 25(4), 438-459.

Lyons, John S., Howard, Kenneth I., O'Mahoney, Michael & Lish, Jennifer D. (1997). *The measurement & management of clinical outcomes in mental health*. New York: Wiley.

Maeschalck, Cynthia & Axsen, Rob (2007). But will it help those clients? Once skeptical about the value of regularly seeking client feedback, therapists at a public agency become true believers *Psychotherapy Networker*, 31(6), 42-43.

Märtens, Michael (2006). „Sinnvoll wäre ein eigener Beipackzettel“. Misserfolge in der Psychotherapie. *Deutsches Ärzteblatt*, 5(3), 130-133.

Märtens, Michael (2012). Der Therapeut als Ansatzpunkt für die Vermeidung von Psychotherapieebenenwirkungen. In Bernhard Strauß & Michael Linden (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung*. Berlin: de Gruyter. (in Druck).

Märtens, Michael & Petzold, Hilarion G. (1995). Die Bedeutung der Psychotherapieforschung für die Behandlungspraxis von Kindern und Jugendlichen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 44(10), 302-321.

Märtens, Michael & Petzold, Hilarion G. (2002a). Die schwierige Entdeckung von Nebenwirkungen. In Michael Märtens & Hilarion G. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 15-38). Mainz: Grünewald.

Märtens, Michael & Petzold, Hilarion G. (Hrsg.) (2002b). *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.

Mayring, Phillip (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. 28 Absätze. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 2(1), Online verfügbar: <http://qualitative-research.net/fqs/fqs.htm> [18.07.2002].

Mayring, Phillip (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Techniken* (11., akt. und überarb. Aufl.). Weinheim: Beltz.

Mays, Daniel T. & Franks, Cyril M. (1985). *Negative outcome in psychotherapy and what to do about it*. New York: Springer.

Mohr, David C. (1995). Negative outcome in psychotherapy: A critical review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2, 1-27.

Mohr, David C., Beutler, Larry E., Engle, David, Shoham-Salomon, Varda, Bergan, John, Kaszniak, Alfred W. & Yost, Elizabeth B. (1990). Identification of patients at risk for non-response and negative outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 622-628.

Neises, Mechthild & Barolin, Gerhard S. (2009). Gender-spezifische Aspekte in der Psychotherapie. *Wiener Medizinische Wochenschrift*, 159(11-12), 281-287.

Nutt, David J. & Sharpe, Michael S. (2008). Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, 22(1), 3-6.

Okiishi, John, Lambert, Michael J., Nielsen, Stevan L. & Ogles, Benjamin M. (2003). Waiting for supershrink: An empirical analysis of therapist effects. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 10(6), 361-373.

Okiishi, John, Lambert, Michael J., Nielsen, Stevan L. & Ogles, Benjamin M. (2006). An Analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback in individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *International Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157-1172.

- Omer, Haim (2000). Troubles in the therapeutic relationship: A pluralistic perspective. *Journal of Clinical psychology*, 56(2), 201-210.
- Orlinsky, David E. & Rønnestad, Michael Helge (2005). *How psychotherapists develop: A study of therapeutic work and professional growth*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, David E., Rønnestad, Michael Helge & Willutzki, Ulrike (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: continuity and change. In Michael J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behaviour change* (S. 307-390). New York: Wiley.
- Petzold, Hilarion G. (2003). *Integrative Therapie*. 3 Bände. Paderborn: Junfermann.
- Petzold, Hilarion G., Hass, Wolfgang, Märtens, Michael & Steffan, Angela (2000). Therapeutische Wirksamkeit der Integrativen Therapie. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie*, 26(2/3), 277-355.
- Petzold, Hilarion G. & Märtens, Michael (2002). Ausblick: Überlegungen, Perspektiven und Konsequenzen – Zum Stand der Risikendebatte in der Psychotherapie und der psychotherapeutischen Schadensforschung. In Michael Märtens & Hilarion G. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 423-451). Mainz: Grünewald.
- Reimer, Christian (2008). Ethik der therapeutischen Beziehung. In Matthias Hermer & Bernd Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 251-264). Tübingen: dgvt.
- Sachse, Rainer, Fasbender, Jana & Hammelstein, Phillip (2012). Wie sollte eine Ausbildung in Psychotherapie beschaffen sein? Eine Analyse didaktischer Erfordernisse. *Report Psychologie*, 37(2), 50-53.
- Schigl, Brigitte (2012). *Psychotherapie und Gender. Konzepte. Forschung. Praxis. Welche Rolle spielt die Geschlechtszugehörigkeit im therapeutischen Prozess?* Wiesbaden: VS. (Reihe: Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung)
- Schulte, Dietmar (1993). Wie soll Therapieerfolg gemessen werden? Überblicksarbeit. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22(4), 374-393.
- Schulte, Dietmar (2008). Patients' outcome expectancies and their impression of suitability as predictors of treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 18(4), 481-494.
- Scogin, Forrest, Floyd, Mark, Jamison, Christine, Ackerson, Joseph, Landreville, Phillip & Bissonnette, Lynda (1996). Negative outcomes: What is the evidence on self-administered treatments? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64(5), 1086-1089.
- Smith, Mary Lee, Glass, Gene V. & Miller, Thomas I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press
- Strauss, Anselm L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauß, Bernhard (2010). Risiken, Nebenwirkungen und Fehlbehandlungen in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 9(2), 196-198.
- Strauß, Bernhard & Wittmann, Werner W. (2005). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In Wolfgang Senf & Michael Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (S. 760-781). Stuttgart: Thieme.
- Strupp, Hans H. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore: The Johns Hopkins University Press.

- Strupp, Hans H. (1980). Success and failure in time-limited psychotherapy: Further evidence. *Archives of General Psychiatry*, 37, 947-954.
- Strupp, Hans H. (1993). The Vanderbilt psychotherapy studies: Synopsis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61(3), 431-433.
- Strupp, Hans H., Hadley, Suzanne W. & Gomes-Schwartz, Beverly (1977). *Psychotherapy for better or worse: An analysis of the problem of negative effects*. Montvale, NJ: Jason Aronson.
- Walfish, Steven., McAlister, Brian, O'Donnell, Paul & Lambert, Michael J. (2009). *Are all psychotherapists from Lake Wobegon? An investigation of self-assessment bias in mental health providers*. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Wallerstein, Robert S. (1986). *Forty-two lives in treatment: A study of psychoanalysis and psychotherapy*. New York: Guilford.
- Wampold, Bruce E. (1997). Methodological problems in identifying efficacious psychotherapies. *Psychotherapy Research*, 7(1) 21-44.
- Wampold, Bruce E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, methods, and findings*. Mahwah, NJ: Erlbaum
- Wampold, Bruce E. (2006). The psychotherapist. In John C. Norcross, Larry E. Beutler & Ronald F. Levant (Hrsg.), *Evidencebased practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (S. 200-208). Washington, DC: American Psychological Association.
- Wampold, Bruce E. & Bolt, Daniel M. (2006). Therapist effects: Clever ways to make them (and everything else) disappear. *Psychotherapy Research*, 16(2), 184-187.
- Wampold, Bruce E. & Bolt, Daniel M. (2007a). Appropriate estimation of therapist effects: one more time. *Psychotherapy Research*, 17(2), 256-257.
- Wampold, Bruce E. & Bolt, Daniel M. (2007b). The consequences of "anchoring" in longitudinal multilevel models: Bias in the estimation of patient variability and therapist effects. *Psychotherapy Research*, 17(2), 509-514.
- Wampold, Bruce E. & Brown, George S. (2005). Estimating variability in outcomes attributable to therapists: A naturalistic study of outcomes in managed care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(5), 914-923.
- Weischer, Christoph (2007). *Sozialforschung*. Konstanz: UVK.
- Yalom, Irvin D. & Lieberman, Morton A. (1971). A study of encounter group casualties. *Archives of General Psychiatry*, 25, 16-30.
- Youn, Soo Jeong, Kraus, David R. & Castonguay, Louis G. (2012). The treatment outcome package: Facilitating practice and clinically relevant research. *Psychotherapy: Special Section: Research-Practice Integration*, 49(2), 115-122.