

INTEGRATIVE THERAPIE

ZEITSCHRIFT FÜR VERGLEICHENDE PSYCHOTHERAPIE UND METHODENINTEGRATION

„Wo viel Licht, dort ist auch Schatten“

Wirkungen, Nebenwirkungen, Risiken und Schäden durch Psychotherapie, Supervision und Beratung

Anton Leitner, Psychotherapie auf dem Weg...
Entwicklungen-Wirkungen-Nebenwirkungen-Negativeffekte

Katharina Gerlich, Risiko und Handhabung von Risiko im psychotherapeutischen Prozess. Eine praxisbasierte ExpertInnensicht

Heidemarie Hinterwallner, Katharina Gerlich, Alexandra Koschier,
PatientInnenbeschwerden in der Psychotherapie.
Eine Kurzarstellung

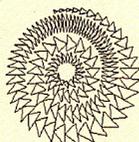
Alexandra Koschier, Michael Märtens, Risiken, Schäden und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Ergebnisse einer niederösterreichweiten PatientInnenbefragung. Ein Kurzbericht

Gregor Liegl, Anton Leitner, Psychotherapie kann mit Zufriedenheitseinbußen einhergehen. Welche Aspekte der allgemeinen Lebenszufriedenheit betroffen sind und welche Rolle Geschlecht und therapeutische Orientierung dabei spielen

Brigitte Schigl, Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Supervision und Beratung

Jutta Ehrhardt, Hilarion Petzold, Wenn Supervisionen schaden - explorative Untersuchungen im Dunkelfeld „riskanter supervisorischer Praxis“

Ulrich Sachsse, Retraumatisierung durch Psychotherapie - Schlag-Wort oder Gefahr?



Anton Leitner

Psychotherapie auf dem Weg...

Entwicklungen – Wirkungen – Nebenwirkungen - Negativeffekte

Dieser Beitrag will zu einem kritisch-selbstkritischen Diskurs bei den Anbietern von Psychotherapie, den Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen, anregen und den NutzerInnen von Psychotherapie, den PatientInnen, einen informativen Überblick über die Wirkungen, Möglichkeiten und Chancen sowie über potentielle Nebenwirkungen bieten.

Positive Wirkungen sind: Verschwinden oder Verbesserung von Symptomen, Belastungen, Leiden, also Heilung und Gesundheit. Nützliche Nebenwirkungen können sein: Gewinn von zusätzlicher Vitalität, Selbstvertrauen, Kreativität. Alles was wirkt, kann aber auch Nebenwirkungen haben. Harmlose Nebenwirkungen können sein: vorübergehende Beunruhigung, Unsicherheit, da der Mensch in der Therapie neue Verhaltensweisen entwickeln und sich verändern kann. Das kann auch einmal zu „schlaflosen Nächten“ führen. Solche Phänomene sind bekannt und kommen auf, wenn sich alte, dysfunktionale Muster verändern und sich durch neue Informationen neurozerebral umorganisieren (*Grawe 2004; Hüther 2006; Petzold 2002j*). Alle Wirkungen von Psychotherapie haben auch eine leibliche Grundlage, sie wirken auch auf das Gehirn – wir sprechen von „Neuroplastizität“, ebenso wirken sie auf das Immunsystem und die Grundvitalität des „Körpers als Informationssystem“ durch die neuen Informationen, die Psychotherapie mit sich bringt. *Petzold (2009c)* hat deshalb treffend vom „informed body“, vom „informierten Leib“ gesprochen, der bei jedem Menschen Grundlage seiner Lebensprozesse ist. Aber es können auch unerwünschte Wirkungen auftreten, wir sprechen dann von Negativeffekten. In gewisser Weise sind diese vergleichbar einer unerwünschten Medikamentenwirkung. Ängste können auftreten oder Symptome intensivieren sich, die Depression oder die Selbstunsicherheit nimmt zu statt ab. Dann müssen TherapeutIn **und** PatientIn aufmerksam werden und rasch die Ursachen zu erfassen suchen und wenn möglich verändern. In Therapien ist der wichtigste Wirkfaktor eine gute, gelingende „therapeutische Beziehung“. Das hat die empirische Psychotherapieforschung überzeugend gezeigt (*Orlinsky, Howard 1986; Grawe et al. 1994; Lambert, Ogles 2004*) und die schulenvergleichende Theorieforschung in der Psychotherapie zur „Rolle des Therapeuten und der therapeutischen Beziehung“, die zu dem Schluss kommt: „Die Beziehung ist das wesentliche 'Pharmakon' (Medikament)“ (*Petzold 1980f/1996³*). Auch aus Sicht der Medizin, die sich dem bio-psycho-sozialen Modell verpflichtet fühlt, steht die Arzt/Ärztin-Patient/Patientin-Beziehung im Mittelpunkt.

„Das am allerhäufigsten verwendete Heilmittel ist der Arzt selber. Leider gibt es für dieses wichtige Medikament bisher keine Pharmakologie und keine Toxikologie“ (*Michel Balint 1964; vgl. Luban-Plozza et al. 2002*).

Wenn keine gute Beziehung aufgebaut werden kann, weil man nicht zueinander „passt“, und damit keine „Passung“ („fit“, so der Fachbegriff, *Orlinsky, Howard* 1987) zu Stande kommt, kann es zu negativen Wirkungen kommen. Antipathie zwischen Menschen kommt vor, diese ist oft nicht veränderbar und darauf haben der Therapeut, die Therapeutin und gegebenenfalls der Patient, die Patientin zu reagieren. Dem Patienten/der Patientin müsste zu einem Therapiewechsel geraten werden bzw. als Patientin sollte ein Wechsel in Betracht gezogen werden, wenn der Aufbau einer guten therapeutischen Beziehung nicht gelingt. Ungünstige „Passungen“ sind in der Regel meistens nicht zu verändern, wie die Forschung zur Passung zeigte. Für gute Passungen hingegen, welche schon in den ersten Therapiestunden gelingen, kann ein positiver Fort- und Ausgang der Therapie sowie das Erreichen der gesteckten Ziele vorausgesagt werden (*Petzold, Leuenberger, Steffan* 1998; *Grawe* 1998).

Dieses Wissen sollen sowohl TherapeutInnen als auch PatientInnen haben, um danach konsequent verfahren zu können, damit unerwünschte Nebenwirkungen oder gar Negativeffekte vermieden werden können. Leider haben TherapeutInnen oft Mühe zu akzeptieren, dass die therapeutische Beziehung „nicht wirklich stimmt“, der Patient/die Patientin das Beziehungsangebot nicht annimmt, nicht annehmen kann oder vielleicht aus guten Gründen auch nicht annehmen will - man spricht dann von „Reaktanz“ (*Petzold, Müller* 2007). PatientInnen, Menschen haben aber ein Recht darauf, „nicht mit jedem können zu müssen!“ Einige Therapieformen sprechen dann vom „Widerstand“ und geben damit den PatientInnen die „Schuld“, wie ein großes, schulenübergreifendes Sammelwerk zu diesem Thema aufzeigte (*Petzold* 1981b). *Berger* und *Luckmann* (1970) enttarnten eine solche Vorgehensweise als eine dysfunktionale Machtstrategie der PsychotherapeutInnen, die sich damit gegen Kritik immunisieren. Das „Widerstandsthema“ ist bis heute ein offenes Problem in vielen Schulen. Beziehungen gegen einen „Widerstand“ sollen nicht erzwungen oder herbeimanipuliert werden, weil Widerstand, der auch eine „Schutzfunktion“ hat, sonst zu einem „Risiko-Konzept“ wird (*Petzold* 1981c), das gute „Affiliationen“ behindert, Negativeffekte begünstigt und einer positiven Wirkung von Therapie entgegensteht. Wenn zusätzlich zu den Negativeffekten noch Behandlungsfehler gesetzt werden – Menschen, auch Therapeuten machen Fehler, oder wenn es gar zu Fehlverhalten kommt – auch das gibt es bei Menschen -, die „Banalität des Bösen“ (*Hannah Arendt*), dann kann dies zu Schäden führen (*Märtens, Petzold* 2002). „Therapieschäden“ kommen leider vor: Es gibt Fehlverhalten, ja Missbrauch, zwar nicht oft, wie die Forschung zeigt, aber jedes Mal ist „einmal zu viel“.

Deshalb müssen solche Negativeffekte verhindert werden, von allen Seiten:

- von verantwortungsvollen, menschlich engagierten und professionell fundierten TherapeutInnen und ihrem „Respekt“ vor der „Integrität des Anderen“ (*Levinas* 1983, *Petzold* 1996k; *Sennett* 2002).
- von mündigen, lebensklugen und menschlich kompetenten PatientInnen

als „PartnerInnen“ im Therapieprozess (Leitner 2009; Petzold, Groebelbauer, Gschwendt 1999).

- von den politisch Verantwortlichen, die durch Unterstützung der heilkundlichen Psychotherapie, die Förderung der Forschung, die Sicherung von PatientInnenrechten einen optimalen Rahmen für die Versorgung der Bevölkerung mit dieser wichtigen therapeutischen Dienstleistung und Möglichkeit der Gesundheit gewährleisten.
- von den therapeutischen und supervisorischen Berufs- und Fachverbänden und den von ihnen getragenen, akkreditieren Aus- und Weiterbildungsinstituten, zu deren Qualitätssicherung sie maßgeblich beitragen.
- von verantwortungsbewussten, fachkompetenten und innovationsorientierten WissenschaftlerInnen, TherapieforscherInnen (Grawe et al. 1994, 2004; Lambert et al. 2004; Petzold, Märtens 1999; Leitner 2010), denen die Unterstützung wirksamer, nebenwirkungsarmer und patientInnengerechter Therapien am Herzen liegt.

Daher möge dieser Artikel auch dazu anregen, vermehrt empirische Forschung im Gesundheitsberuf Psychotherapie zu betreiben und an Untersuchungen mitzuwirken, bzw. dazu anhalten, z.B. Nachfolgeprojekte zu der hier vorgestellten Studie über „Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden durch Psychotherapie“ (kurz „RISK-Studie“ genannt) einzuleiten. Wir brauchen eine kritisch reflektierende, theorie- und forschungsfreundliche Kultur in unserem Berufsfeld, damit sichergestellt ist, dass in dieser Arbeit am Lebendigen mit „Herz und Verstand“ praktiziert wird: Denn Menschen vertrauen sich in ihrer Not anderen Menschen, denen sie Professionalität unterstellen, an!

Das Projekt RISK wurde in den Jahren 2007 bis 2010 am Department für Psycho-soziale Medizin und Psychotherapie an der Donau-Universität Krems mit Unterstützung des Bundesministeriums für Gesundheit (BMG), des Niederösterreichischen Gesundheitsfonds (NÖGUS) und der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse (NÖGKK) durchgeführt.

Zum Kontext: Nach einem 1999 entwickelten Konzept zur Aus-, Weiter- und Fortbildung in Psychotherapie an der Donau-Universität Krems und dem gesetzlichen Auftrag, eine die Weiterbildung begleitende Forschung durchzuführen, war es logisch, die Forschungslinie zunächst über Evaluationen der Universitätslehrgänge, nachfolgenden Effektivitätsstudien aufzubauen und danach die Frage nach möglichen Nebenwirkungen, ja sogar möglichen Schäden durch Psychotherapie zu stellen.

Heute sind „evidenzbasierte Interventionen“ in der Medizin Standard, gesetzlich vorgeschrieben, und werden auch von der Psychotherapie eingefordert. Für Psychotherapieverfahren werden Nachweise ihrer Wirksamkeit gesetzlich zwingend vorgeschrieben und erbracht, für die Nebenwirkungen und Schadensmöglichkeiten fehlen diese Hinweise! Hier steht die Psychotherapie auf dem Prüfstand. Es müssen Nachweise,

insbesondere auch jene der „Unbedenklichkeit“ erbracht werden, betreffend der Risiken, Nebenwirkungen, Schäden sowie deren rechtliche Problematiken (vgl. *Märtens, Petzold* 2002).

Unsere Arbeit der letzten vier Jahre versteht sich als ein Beitrag, Psychotherapie als Disziplin und Methode kritisch zu evaluieren, um zu ihrer Fundierung und Optimierung beizutragen. Dieses Forschungsprojekt (RISK) dient nicht nur dem Interesse der Disziplin selbst, sondern auch dem Wohle der PatientInnen, die Psychotherapie zur Behandlung und Linderung ihrer Leiden, ihrer Probleme in Anspruch nehmen!

Aus forschungstechnischer und therapiepraktischer Perspektive stellt eine intensive Beschäftigung mit den „negativen“ Phänomenen eine wichtige Erkenntnisquelle dar, die zu einer notwendigen, differenzierten Bewertung der Vorgehensweise in der Psychotherapie beiträgt und unverzichtbar ist für deren Qualitätssicherung. Dazu braucht es auch eine Vergrößerung des Problembewusstseins und erarbeitete Definitionen zu den Begriffen von: Wirkungen, Neben-Wirkungen, Wechselwirkungen und Schäden von Psychotherapie.

Besonders relevant sind die Ergebnisse dieser Studie einerseits für die Lehrpläne der Psychotherapieausbildungen und andererseits für eine effektive Prävention von Psychotherapie-Schäden.

Für PatientInnen oder interessierte Personen wurde analog einem „Beipackzettel“ eine PatientInneninformation erarbeitet, die auch im Internet abrufbar ist (<http://www.donau-uni.ac.at/psymed/risk>).

In dem integrativen Psychotherapie-Lehrbuch von *Wolfgang Senf* und *Michael Broda* (*Senf, Broda* 2005) ist Psychotherapie als ein wissenschaftlich fundiertes und professionelles Handeln im Rahmen und nach den Regeln des öffentlichen Gesundheitswesens definiert. Die Autoren betonen, dass Psychotherapie von professionellen PsychotherapeutInnen mit geprüfter Berufsqualifikation durchgeführt wird, die ethische Grundsätze und Normen wahren, qualitätssichernde Maßnahmen erfüllen und dem Gebot der Wirtschaftlichkeit folgen. Auch die schweizerische Gesetzgebung fordert (*Schnyder* 2009), dass psychotherapeutische Behandlungen dem Gebot der Wirksamkeit, Zweckmäßigkeit und Wirtschaftlichkeit, den sogenannten „WZW-Kriterien“ genügen müssen, wenn sie durch die obligatorischen Krankenversicherungen abgerechnet werden wollen.

Welche Entwicklungsschritte führten nun zu dem anerkannten Gesundheitsberuf „Psychotherapeut/Psychotherapeutin“?

In den nun folgenden Ausführungen soll ein kurzer geschichtlicher Aufriss dieses Gesundheitsberufes zu einem Ordnungsmodell (Tree of Science) für Psychotherapie hinführen, das 1991 von *Hilarion Gottfried Petzold* entwickelt wurde und sich bis heute als eine in sich konsistente und wissenschaftlich fundierte Konzeption erwie-

sen hat. Durch ein derartiges strukturgebendes Modell wird es erst möglich, die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren miteinander bezüglich Wirksamkeit und Effektivität zu vergleichen. Anschließend werden exemplarisch Ergebnisse einer Effektivitätsstudie (Leitner, Liegl et al. 2009) und zum Schluss die Forschungsschritte, Definitionen und die PatientInneninformation des Forschungsprojektes „Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden durch Psychotherapie“ vorgestellt (A. Leitner, M. Märtens, C. Höfner, A. Koschier, K. Gerlich, H. Hinterwallner, G. Liegl, G. Hintenberger, B. Schigl 2011).

Gleichzeitig ist dieser erste Artikel eine Einleitung zu den nachfolgenden Artikeln von Michael Märtens, Alexandra Koschier, Katharina Gerlich, Heidemarie Hinterwallner und Gregor Liegl, die zusammengenommen die gemeinsame Arbeit des oben genannten Teams - begleitet durch einen wissenschaftlichen Beirat - der letzten vier Jahre abbildet.

Kurzer geschichtlicher Hintergrund zum Gesundheitsberuf PsychotherapeutIn

Schon in den Heiltempeln der alten Heil- und Gesundheitsgottheiten *Asklepios* und seiner Tochter *Hygieia* (von der sich der Begriff der Hygiene ableitet) wurde eine Therapie praktiziert, die den Menschen in seiner sinnenhaften Wahrnehmungsfähigkeit und mit all seinen Ausdrucksmöglichkeiten in das Behandlungsgeschehen einbezog. Dabei kamen Bewegung, Musik, Tanz, Drama, Farbe, Ton etc. zur Anwendung (Petzold, Orth 1990a).

In der Antike hatte man noch keine Vorstellung von der Seele, daher gab es damals auch kein Konzept einer „Psychotherapie“ im modernen Sinne. Die Philosophen boten eine differenzierte „Seelenführung“ an, vergleichbar einer Lebensberatung. Die Philosophie soll die Seele heilen, meinten *Seneca* und *Epiktet*. Sie sahen ihre Schule als Behandlungspraxis, als „iatreion“, „Seelenambulanz“ und entwickelten dafür viele Prinzipien, Übungen und Praxen, auf die auch heutige PsychotherapeutInnen Bezug nehmen und die sie zum Teil nutzen (Hadot 1991; Petzold 2004c). Man glaubte damals an das Wirken der Götter, zuweilen auch an das Wirken des Weltengeistes (logos).

Mit der Zeit wuchs ein empirischer Zugang zur Heilung, zu dem Generationen von HeilerInnen, ÄrztInnen und TherapeutInnen aus unterschiedlichsten Zugängen über die Jahrhunderte beigetragen haben. Der Übergang zu einer zunehmend an Beobachtung und Erfahrung orientierten Therapie vollzog sich zwar sehr langsam, in Vorwärts- und manchmal auch in Rückwärtsbewegungen, aber ständig fortschreitend (Leitner 2010, 2011).

Aufgrund des Fehlens wirklich effektiver Hilfestellungen und eingeschränkter operativer Möglichkeiten war eine vorbeugende Medizin für viele Erkrankungen damals oberstes Prinzip. Der Arzt war zuerst Pädagoge und dann erst Arzneikundiger

(*Schipperges* 1986), und er war damals auch Lebensberater, denn er musste auf das „natura sanat, non medicus“ setzen: Die Natur heilt, nicht der Arzt. „Medicus curat, natura sanat!“, lautete die Denkweise der hippokratischen Ärzte: Der Arzt behandelt, die Natur heilt.

Die Reihenfolge eines ganzheitlichen Zuganges in der konkreten Behandlung kranker Menschen war - wie auch heute - von einer strukturellen Logik bestimmt: „Zuerst heile durch das Wort, erst dann durch die Arznei und zuletzt durch das Messer“ (*Rothschub* 1978). Prominente VertreterInnen solchen Denkens waren *Galenus* (129–199), im Mittelalter *Hildegard von Bingen* (1098–1179) oder, in der Neuzeit, *Theophrastus von Hohenheim*, genannt *Paracelsus* (1493–1541). Eine ähnliche Grundausrichtung wurde im Zeitrahmen der Aufklärung von *Carl Gustav Carus* (1789–1869) und *Ernst von Feuchtersleben* (1806–1849) vertreten. Bereits 1846 schrieb *Carus* in der Zeitschrift „Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele“ eine 93 Seiten umfassende Theorie zum Unbewussten und begann im ersten Abschnitt seines Buches mit einem Paukenschlag, der noch bis heute nachklingt: „Der Schlüssel zur Erkenntnis vom Wesen des bewussten Seelenlebens liegt in der Region des Unbewusstseins ...“ *Carus* vertrat bereits die Ansicht, „dass, da das Kranksein seine eigentliche Wurzel nur im unbewussten Seelenleben habe, die Idee der Krankheit nur hier erzeugt werden kann, eine eigentümliche allein im bewussten Geiste wurzelnde Krankheit unmöglich sei ...“ (*Carus* 1846, 430f.).

Der „Begründer einer allgemein und interdisziplinären Psychopathologie, Psychiatrie [...] und Psychotherapie“ (*Sponzel* 2005, 392), *Johann Christian Reil* (1759–1813), ein Leibarzt *Goethes*, verwendete als Erster den Begriff „Psychosomatik“. Er war stets bemüht, Erkanntes ins praktisch-ärztliche Handeln umzusetzen und im interdisziplinären Austausch seine psychologische Behandlungsmethode weiterzuentwickeln: „Ärzte und Philosophen sollen die Theorie der psychischen Kurmethode ihrer Vollendung immer mehr annähern“ (*Reil* 1803, 36).

Später haben *Wilhelm Maximilian Wundt* (1832-1920), *Jean-Marie Charcot*, *Pierre Janet*, *Sigmund Freud* (1856-1939), *Lev Vygotskij* (1896-1934), *Alexander Romanovitsch Lurija* (1902-1977), der Begründer der Neuropsychologie, diesen Ansatz weitergetragen (*Leitner* 2010, 2011).

Einer der bedeutendsten Pioniere der Psychotherapie war der erwähnte *Pierre Janet* (1855-1947), Philosoph, der erste „klinische Psychologe“, Arzt, Psychiater und Psychotherapeut, der mit seinem Mentor *Jean-Martin Charcot* (1825–1893; vgl. *Bogouslavsky* 2010) das Psychologische und das Physiologische zu integrieren bemüht war (*Janet* 1885; vgl. *Petzold* 2007b; *van der Hart* 2006).

Er dehnte diese Idee ins Soziale aus (*idem* 1889, 1924) und war auch Schöpfer des Begriffes des „Unterbewussten“ (zu unterscheiden vom Begriff des Unbewussten). *Janet* gab wichtige Anregungen für die systematische Entwicklung einer Theorie des Unbewussten durch *Freud*. *Henri F. Ellenberger* (1973, 1985) schreibt in seinem Stan-

dardwerk „Die Entdeckung des Unbewussten“: „Freuds Methoden und Konzepte waren denen Janets nachgebildet, von dem er sich anscheinend ständig hat inspirieren lassen“ (Regil, Hesnard 1992, 352).

Janet hielt nach dem Ersten Weltkrieg viele Vorlesungen und reiste 1937 auch nach Wien und besuchte Wagner von Jauregg. Eine Begegnung mit Freud kam allerdings aufgrund dessen Weigerung nicht zustande (Ellenberger 1973, 470).

Mit Beginn des 20. Jahrhunderts erfolgte eine rasante Entwicklung von neuen Behandlungsmöglichkeiten der Psychotherapie in vielfältigen methodischen Ausformungen.

Während die Medizin mit immer genaueren und damit auch kostenintensiveren, positivistisch-experimentellen Untersuchungsmethoden und den damit verbundenen Schwierigkeiten der Finanzierung des naturwissenschaftlich-technischen Fortschritts konfrontiert ist, ringt der Gesundheitsberuf „Psychotherapeut“ heute noch um Prägnanz, weil Psychotherapie ja nicht nur auf eine umfassende Wiederherstellung von physiologischer Gesundheit abzielt. Ein Ergebnis kann auch eine „restitutio ad integrum“ sein. Beabsichtigt ist natürlich, Heilung oder zumindest Besserung zu erwirken. Das ist nicht immer möglich; daher ist die Behandlung auch auf die „Wiederherstellung einer Integrität“ ausgerichtet. Damit kann in der Krankheit und trotz Krankheit Würde bewahrt oder auch wiedergewonnen werden, wie dies mit dem Konzept der „patient dignity“ vertreten wird (Müller, Petzold 2002a; Ricœur 2007), denn: Die Würde von PatientInnen (des Menschen) ist antastbar (Petzold 2005h):

Psychotherapie ist unter anderem der Versuch, über eine „die Selbsterkenntnis erweiternde“, dynamische Vorgehensweise, die subjektive Dimension sowohl des kranken Menschen als auch der TherapeutIn in den Prozess miteinzubeziehen. Auch die Bildung einer kooperativen Partnerschaft zwischen PsychotherapeutIn und PatientIn ist anzustreben, die auf Unterstützung (supporting), Erweiterung (enlargement), Bereicherung (enrichment) und als Bekräftigung (empowerment) der „persönlichen Souveränität“ des Patienten ausgerichtet ist und letztlich auf Heilung (curing) oder zumindest Besserung (Melioration) abzielt.

In der Psychotherapieforschung hat sich die Qualität der therapeutischen Beziehung als ein wichtiger Wirkfaktor bei der Heilung von PatientInnen herausgestellt. Heilung hat immer auch etwas zu tun mit der Inszenierung des „heilenden“ Settings, der Inszenierung der heilenden Beziehung durch Techniken, Methoden und der Einbeziehung von Medien und damit einhergehend, mit der Kraft dieser Inszenierungen. Dabei ist mit dem Patienten ein *informed consent* herzustellen, damit der „locus of control“ partizipativ verwaltet werden kann (Müller, Petzold 2002), denn die Forschung zeigt, dass die Erhöhung der Mitbestimmung durch den Patienten in der Therapie, die Erhöhung der Selbstwirksamkeit, mit der Gesundheit korreliert (Flammer 1990). In einem respektvollen Umgang mit dem/der PatientIn werden von dem/

der TherapeutIn die Befunde und geplanten Therapieschritte in geeigneter Weise partnerschaftlich kommuniziert. Damit wird unter Berücksichtigung des Verständnishorizontes des/der PatientIn durch Transparenz die Möglichkeit der qualifizierten Zustimmung zum und Mitwirkung am therapeutischen Vorgehen eröffnet (Leitner 2010).

Ein Ordnungsmodell für Psychotherapie als öffentlich rechtliches Regelwerk (Petzold 1991k)

Psychotherapeutische Verfahren sollten eine „interne Konsistenz und Kohärenz“ aufweisen, d.h. sie sollten konzeptuell „hinlänglich“ durchgängig sein. Die einzelnen Komponenten, die eine Ausbildung zu einem Psychotherapieverfahren ausweist: wie Selbsterfahrung im Einzelsetting und in der Gruppe, theorie- und praxisverschränkte Inhaltsvermittlung sowie Supervision und Praxis, basieren auf konsistenten, fachspezifischen Theorien. Sie verbinden auf der Grundlage klarer, erkenntnistheoretischer Positionen und Menschenbilder die aufeinanderfolgenden Ausbildungsschritte, die die Prozesse in der psychotherapeutischen Arbeit fundieren.

Die Grundvoraussetzung dafür ist, dass der theoretische Hintergrund einer Psychotherapie: metatheoretisch klar und nachvollziehbar verortet sein muss, auf dem Boden einer klinisch-theoretischen, die Realität des klinischen Alltags darlegenden (erklärenden oder erläuternden) Ebene sowie auf einer praxeologischen Ebene entwickelt werden muss. Dies bildet die Grundlage einer in sich stabilen (konsistenten) Praxis, die wiederum den Boden jeder Theorie bildet (vgl. Petzold 2000h, 2003a, 25-91). Das ermöglicht den Rahmen für eine systematisierende und gleichzeitig offene Ordnung von Theorien, die in der Psychotherapie relevant sind.

Psychotherapie-relevante Theorien können hinsichtlich Strukturniveau und Geltungsanspruch wissenschaftstheoretisch eingeordnet und diskutiert werden. Auf den ersten Blick stellt sich eine derartige metatheoretische Wissensstruktur als Modell dar, entlang derer Wissensbestände aufgefächert werden können. Auf den zweiten Blick bietet sich die metatheoretische Wissensstruktur als Entwurf für eine interdisziplinäre Fundierung von Psychotherapie an und soll durch die polyprismatische Vernetzung von transdisziplinären Wissensbeständen auf unterschiedlichen wissenschaftstheoretischen Ebenen erfolgen (Leitner 2010, 2011).

1. Metatheorien

Jede Arbeit mit Menschen – im Gesundheits- und Krankenpflegeberuf, in der Pädagogik, in der Sozialarbeit, in einer humanmedizinischen Behandlung etc. – liegen metatheoretische Annahmen über Menschenbilder, Vorstellungen von der Gesellschaft und ethiktheoretische Überlegungen zugrunde. Ohne derartige „Vor-Stellungen“ ist schlüssiges Handeln in der Praxis nicht möglich. Die Entscheidung für die jeweilige metatheoretische Position treffen wir Menschen:

- aufgrund unserer Zugehörigkeit zu einer Gemeinschaft (z.B. vermittelt durch das Elternhaus), oder
- aufgrund von Machtstrukturen, denen wir ausgeliefert sind (z.B. Gesinnungszwang in totalitären Systemen), oder
- aufgrund der argumentativen Überzeugungskraft, einer konzeptionellen Stimmigkeit oder
- aufgrund der „ökologischen Validität“, d.h. der Stimmigkeit für einen gegebenen Lebenszusammenhang (Kontext/Kontinuum).
- Schließlich kommt noch ein Moment persönlicher Affinität hinzu, entsprechend unserer persönlichen Weltanschauung und unserem Lebensgefühl, das über Sozialisation, Tradition und Strömungen aus dem kollektiven und individuellen Gedächtnis einfließt (*Janet 1928; Moscovici 2001; Petzold 2003a, b*).

Metatheorien stellen keine „objektiven“, absoluten Wahrheiten zur Verfügung. Wir können sie als Niederschlag und Ausdruck bestimmter historischer, zeitgeschichtlicher, soziokultureller, sozioökonomischer und ökologischer Situationen verstehen. Sie sind beständig im Fluss. Diese Relativität, das Fehlen „ewiger Wahrheiten“ – außer der Wahrheit des fortwährenden Wandels, der immer neue Formen hervorbringt – ist für uns Menschen schwer auszuhalten, denn es lässt uns „die Last der Freiheit“ (*Berdjajev 1954*) spüren. Dadurch werden wir „motiviert“, an gewachsenen und verfestigten Gedankengebäuden festzuhalten, um in ihnen zu wohnen und uns geistig beheimatet zu fühlen.

Zu den Metatheorien zählen u.a.: Erkenntnistheorie, Wissenschaftstheorie, Anthropologie (einschließlich Gendertheorie), Gesellschaftstheorie und: Ethik.

Psychotherapie wirft immer in besonderer Weise ethische Perspektiven auf. Die Frage nach dem Anderen (*Levinas 1983; Petzold 1996k*) ist im Hinblick auf bemächtigende, objektivierende Betrachtungs- und Verhaltensweisen zu stellen. Die unvermeidliche (strukturelle) Unterwerfung des anderen ist durch Reflexion tendenziell aufzuheben. Die traditionelle christliche Ethik der Nächstenliebe oder die klassisch-medizinische Ethik (des „*nil nocere*“ im hippokratischen Eid), die selbst auferlegte Verpflichtung des Arztes, niemandem zu schaden, ist heute nicht mehr ausreichend (*Mackie 1981*).

Solche Einstellungen müssen abgelöst werden von einer Ethik der engagierten Verantwortung für das Leben schlechthin, das auch die Ökologie der gesamten Welt einschließt.

Auf psychotherapeutisches Handeln übertragen heißt das, im Sinne des Respektierens des anderen, den Bezug zum anderen Subjekt stets neu zu überdenken und in ein neues Erleben, Denken und Verhalten umzuwandeln. Dabei spielen die Aspekte: Achtung, Respekt, Takt, Verlässlichkeit, Vertrauen und Würde eine herausragende Rolle.

Konkrete ethische Fragestellungen von PatientInnen in der Psychotherapie sind z.B. Fragen bezüglich Scheidung, Abtreibung usw., oder Fragen der TherapeutInnen selbst zu den Themen Manipulation, Verführung, Sexualität in therapeutischen Kontexten, die in deren Supervision bearbeitet werden, aber auch Fragen nach Religion als eine Form der Spiritualität. Jede Religion beruht zumindest teilweise auf Spiritualität; aber nicht jede Spiritualität ist notwendigerweise religiös (*Comte-Sponville* 2009).

Die Psychotherapie hat als Gesundheitsberuf in einem säkular-wissenschaftlichen Rahmen zu bleiben, sodass die PatientInnen auf ihr Recht bauen können, mit überprüften und überprüfbaren Methoden bei vorliegenden Störungen sicher behandelt und bei Problemen fachlich kompetent beraten zu werden. Sie ist eine rechtlich geregelte Dienstleistung und setzt im Gegensatz zu spirituellen Handlungen eine gründliche Diagnostik und Differenzialdiagnostik sowie eine qualifizierte Differenzialindikation voraus. Der gravierende Unterschied liegt auch darin, dass Psychotherapie mit a priori formulierten und a posteriori evaluierten Therapiezielen durchgeführt wird. In eine gesetzlich geregelte Psychotherapie gehören keine spirituellen und keine esoterischen Interventionen. Durch das strukturelle Gefälle der TherapeutIn-PatientIn-Situation und der dadurch möglichen idealisierenden Übertragung ist bei jeder Intervention das Risiko von Manipulation und Missbrauch groß. Gespräche über spirituelle Fragen oder religiöse Themen können in einer Psychotherapie stattfinden, sofern sie vom Patienten eingebracht werden. Es ist das Recht der PatientInnen, alles in ihre Therapie einzubringen, was ihnen bedeutsam erscheint. PsychotherapeutInnen „behandeln“ jedoch keine religiöse Lebenshaltung, persönliche Spiritualität oder Glaubensentscheidungen, und PsychotherapeutInnen „behandeln“ auch nicht mit spirituellen Interventionen und religiösen Praktiken (*Petzold, Orth, Sieper* 2009). In den Freiraum von persönlichen und weltanschaulichen Entscheidungen sollte die Psychotherapie nicht eindringen. Das bleibt eine Sache des Respekts.

Auch der persönliche Freiraum und die Weltanschauung der/des PsychotherapeutIn sind zu respektieren. In der psychotherapeutischen Behandlung von PatientInnen ist jedoch ein theoriegeleiteter und forschungsgegründeter Zugang verpflichtend (*Leitner* 2010, 2011), wie er auch in der Formulierung der psychotherapeutischen Berufsumschreibung z.B. im österreichischen Psychotherapiegesetz vom 7. Juni 1990, BGBl. Nr. 361/1990, ausgeführt wird:

„Die Ausübung der Psychotherapie ist die nach einer allgemeinen und besonderen Ausbildung erlernte, umfassende, bewusste und geplante Behandlung von psychosozial oder auch psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen mit wissenschaftlich-psychotherapeutischen Methoden in einer Interaktion zwischen einem oder mehreren Behandelten (Gruppen) und einem oder mehreren PsychotherapeutInnen mit dem Ziel, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung, Entwicklung und Gesundheit des Behandelten zu fördern.“

Zu erwähnen ist an dieser Stelle, dass zu den Metatheorien ebenfalls die *allgemeine Forschungstheorie*, die konviviale und melioristische Ethik (Petzold 2009d), die *Kosmologie* und die *Ontologie* zählen, auf die hier nicht näher eingegangen wird (ausführlich in Petzold 2003a).

2. Methodenspezifische Theorien

Bei methodenspezifischen Theorien handelt es sich um Theorien für die Klärung konkreter Situationen in der jeweiligen psychotherapeutischen Behandlungsmethode. Sie sind für die empirische Überprüfung ihrer Annahmen und Aussagen prinzipiell geeignet.

Die oben beschriebenen metatheoretischen Annahmen und die methodenspezifischen Theorien müssen miteinander verträglich sein. Unvereinbarkeiten zwischen der Metatheorie und der methodenspezifischen Theorie können unvereinbare, bzw. in sich widersprüchliche Interventionsstrategien mit sich bringen. Annahmen der Anthropologie haben mit jenen der Persönlichkeitstheorie im Einklang zu stehen.

Zu den methodenspezifischen Theorien zählen:

- *Allgemeine Theorie der Psychotherapie* (Rezeption von Ergebnissen therapiespezifischer Wissensbestände in den Human- und Biowissenschaften, Theorie der Ziele von Psychotherapie, Theorie sozialer Relationalität, Genderfragen in der Psychotherapie etc.)
- *Theorie und Methodik der Psychotherapieforschung*
- *Persönlichkeitstheorie*
- *Entwicklungstheorie*
- *Gesundheits- und Krankheitslehre* (einschließlich einer Theorie der Diagnostik)
- *Spezielle Theorien der Psychotherapie*

3. Praxeologie

Unter Praxeologie wird die „Wissenschaft von der systematischen Praxis“ (Petzold 2000h) in den angewandten Humanwissenschaften verstanden. Hier kommen alle Bereiche der Metatheorie und methodenspezifischen Theorien zum Tragen und werden auf der Praxisebene verbunden.

Zur Praxeologie zählen:

- *Praxis der Psychotherapieforschung*
- *Interventionslehre* (Theorie der Methoden, Techniken, Medien, Stile etc.)
- *Prozesstheorien*
- *Theorien zu verschiedenen, insbesondere „prekären“ Lebenslagen*
- *die Theorie des Settings*
- *Theorien zu spezifischen PatientInnen systemen*
- *Theorien zu spezifischen Institutionen und Praxisfeldern*

4. Praxis

Die Praxis erfolgt im konkreten Umgang mit PatientInnen in unterschiedlichen Altersstufen, in Dyaden, in Gruppen und Netzwerken, in der Feldarbeit, in „Life/live“-Situationen, in Organisationen und Institutionen (*Petzold* 2000h, 2003a, 65). Hier wird immer im Sinne einer fundierten Praxeologie auf Positionen der methodenspezifischen Theorien zurückgegriffen; ebenso kommen Konzepte der Metatheorie zum Tragen (*Schuch* 1988). Somit bleibt Praxis unentwegt mit Theorie verwoben.

Vor dem Hintergrund eines derartigen Ordnungsmodells kann sich eine handlungsrelevante Theorie entwickeln, die Psychotherapie versteht:

- als heilendes (kuratives) und linderndes (palliatives) Handeln in ambulanten und stationären klinischen und rehabilitativen Settings,
- als gesundheitsfördernde Arbeit, z.B. für Prävention und Aufbau eines gesundheitsaktiven Lebensstils,
- als Weg der Persönlichkeitsentwicklung, z.B. durch Förderung von Bewusstheit, Kompetenzerleben, Selbstwirksamkeit, persönlicher Souveränität im privaten und öffentlichen Bereich sowie
- als Möglichkeit der Kulturarbeit und Kulturkritik durch die Förderung gesellschafts- und gesundheitspolitischen Bewusstseins, Engagement für soziale Gerechtigkeit, Gesundheitskultur, Menschen- und Patientenrechte sowie humane Lebensbedingungen.

Diese „Ordnungsstruktur“ (Metatheorien, Methodenspezifische Theorien, Praxeologie und Praxis) bildet eine Grundlage zur systematischen Reflexion, Diskussion und permanenten – wo immer möglich forschungsgestützten – Weiterentwicklung von Psychotherapie und erstreckt sich über Theorien unterschiedlicher Reichweite bis hin zu Praxeologie und Praxis.

Wirkung von Psychotherapie

Dass Psychotherapie wirkt, ist vielfach belegt. Psychotherapie braucht auch den Vergleich mit medikamentösen oder chirurgischen Behandlungen keineswegs zu scheuen (*Schnyder* 2009), wie das auch im direkten Effektstärkenvergleich versucht wird, darzustellen.

Als Effektstärke wird ein statistisches Maß bezeichnet, das die Größe eines Effekts (oder einer Wirkung) angibt. Die bekanntesten Effektstärkenmaße stellen der Korrelationskoeffizient r und das Differenzmaß d als Maß von Mittelwertunterschieden dar. Nach *Cohen* (1988, 82) wird das Differenzmaß d über Mittelwerte gebildet. Effektstärken unter $d = 0,20$ gelten als vernachlässigbar, ab $0,50$ als mittel und ab $0,80$ als groß. Insbesondere in der Medizin, den Sozialwissenschaften und der Psychologie bezeichnet die Effektstärke das Ausmaß der Wirkung eines Faktors und ist nach *Cohen* eine dimensionslose Zahl und von der Stichprobengröße unabhängig. So wird zur Verdeut-

lichung von signifikanten Ergebnissen die Wirkung von Interventionen in Effektstärken berechnet. Zum Beispiel weist die Verordnung von Acetylsalicylsäure zur Prävention des Herzinfarkts eine Effektstärke (behandelt versus unbehandelt) von 0.07 auf. Die medikamentöse Behandlung von rheumatoider Arthritis kommt mit 0.61 schon in den Bereich mittlerer Effektstärken. Die aortokoronare Bypass-Chirurgie erreicht mit 0,80 eine hohe Effektstärke. Mit einer Effektstärke von 0,88 kann die Psychotherapie, wenn alle Psychotherapie-Ansätze zusammengenommen werden (*Grawe, Braun 1994; Howard, Orlinsky et al. 1994; Lutz 2003a, 2003b*), gute Ergebnisse vorweisen.

Ausgenommen sind bei diesen Ergebnissen wohl schwere Störungen und Menschen aus prekären benachteiligten Schichten sowie das gravierende Problem der Exklusion großer Gruppen von Betroffenen (*Nestler 2010*).

Nicht ungehört bleiben soll an dieser Stelle der Warnruf *Grawes*, der klar formuliert: „Die Psychotherapieforschung vermittelt uns geschönte Bilder“, Psychotherapie wirke bislang oft nur mäßig, deshalb sei es „eine dringende Notwendigkeit, dass Psychotherapie besser wird“ (2005a, 78) – *um der PatientInnen willen*. Wie das gehen sollte? „Durch empirische Validierung“ (2005b), neurowissenschaftlich fundierte, neue Verfahren (2004, 2005a).

möchte nun exemplarisch einige Ergebnisse aus den aufwendigen Psychotherapie-Effektivitätsstudien, die an der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit EAG in Deutschland und an der Donau-Universität Krems in Österreich, in den Jahren 1994 bis 2009 durchgeführt wurden, herausgreifen, nämlich die zusätzlich berechneten Effektstärken in den einzelnen SCL-Skalen. Damit sind die Studien untereinander und mit anderen Studien vergleichbar (SCL 90 = Symptomcheckliste nach *Derogatis, Cleary*, dt. nach *Franke 2000*). Sie beinhaltet 90 Items zur Selbsteinschätzung psychischer Symptome und Belastungen).

Weitere Ergebnisse wie die Veränderungen des interpersonalen Verhaltens, die Veränderung der Depressionswerte (indirekt erhoben über die Langform der Allgemeinen Depressionsskala ADS-L), die sich verändernden Angstwerte (indirekt ermittelt anhand des State-Trait-Angstinventars STAI-G), die Veränderungen bezüglich der mehrperspektivischen Einschätzung der allgemeinen Lebenszufriedenheit der PatientInnen (erhoben mittels EAL), die Veränderungen des körperlichen Befindens der PatientInnen über die drei Testzeitpunkte hinweg sowie die Ergebnisse der Medikamentenvergleichsgruppe und Änderungen im sozialen Netzwerk der PatientInnen wurden an anderer Stelle vorgestellt (*Leitner 2010*).

Effektstärken im Vergleich

Für die Veränderungen in den einzelnen SCL-Skalen und des GSI wurden zusätzlich Effektstärken berechnet, um sie untereinander und mit anderen Studien vergleichen zu können (siehe Abb. 1). Als Referenz wurde die EAG-Untersuchung (2000, N = 124) als Vergleichsgruppe betrachtet:

| Dimensionen des SCL-90 | Effektstärken (ES) | |
|------------------------|--|--|
| | <i>Leitner et al. 2009</i> (N = 66) | Vergleichsgruppe EAG 2000 (N = 124) |
| Somatisierung | 0,67 | 0,72 |
| Zwanghaftigkeit | 0,89 | 0,86 |
| Unsicherheit | 0,64 | 0,92 |
| Depressivität | 0,95 | 1,12 |
| Ängstlichkeit | 1,00 | 0,86 |
| Aggressivität | 0,67 | 0,71 |
| Phobische Angst | 0,54 | 0,44 |
| Paranoides Denken | 0,63 | 0,67 |
| Psychotizismus | 0,79 | 0,65 |
| GSI | 0,96 | 1,02 |

Anmerkung: Effektstärken (ES), N = Anzahl der untersuchten Personen

1. Vergleichsgruppe: Untersuchung von *Leitner et al.* (2009); 2. Vergleichsgruppe von EAG (2000)

Abb. 1: Effektstärken der SCL-90-R zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung der Untersuchung *Leitner et al.* 2009 und der EAG-Vergleichsstudie 2000 (*Petzold, Hass, Märten, Steffan* 2000; *Steffan* 2002).

Die Effektstärke der allgemeinen Symptombelastung (GSI) betrug bei der aktuell untersuchten Stichprobe 0,96. Die größten Effektstärken fanden sich bei den Skalen „Ängstlichkeit“ (ES = 1), „Depressivität“ (ES = 0,95) und „Zwanghaftigkeit“ (ES = 0,89).

Langfristige Veränderungen der Symptomatik im Vergleich

Auch sechs Monate nach Beendigung der Therapie wurden bei den PatientInnen Effekte in den verschiedenen Symptombereichen und im gesamten symptomalen Beschwerdeindex (GSI) ermittelt, um die längerfristige Effektivität der Therapie hinsichtlich Symptomreduktion zu überprüfen (*Leitner et al.* 2009).

Aus diesen weiteren Verbesserungen der Symptombelastung ergaben sich schließlich hohe Effektstärken für die Veränderungen zwischen Eingangs- und Katanese (siehe Abb. 2). Die niedrigsten Effektstärken zeigten sich in den Dimensionen „Zwanghaftigkeit“ (ES = 0,95) und „paranoides Denken“ (ES = 0,96), beide liegen im Bereich „hoher Effektstärken“. Die größten Effekte konnten bei den Skalen „Depressivität“ (ES = 1,78) und „Ängstlichkeit“ (ES = 1,51) erreicht werden, für den GSI ergab sich eine Effektstärke von 1,72.

Beim Vergleich der vorliegenden österreichischen Untersuchung mit der EAG-Studie zeigt sich, dass die Effektstärken unerwartet hoch sind. Das ist mit dem Sleeper-Effekt in der Studie *Leitner et al.* 2009 zu erklären. Das Ergebnis des Rücklaufs der Katanesestudie bei *Leitner et al.* 2009 weist auf eine hohe Motivation der teilnehmenden TherapeutInnen hin. Das bestätigt sich durch den gleich hohen Rücklauf wie in

der Abschlussstudie. Es liegt somit die Annahme nahe, dass deren hohe Motivation mit dem Sleeper-Effekt in Verbindung steht. Bei der EAG-Untersuchung (2000) kam es zwischen der Abschlusserhebung und der Katamnese zu keinen weiteren Verbesserungen in den Symptombereichen. Die Effektstärken der Veränderungen zwischen Eingangserhebung und katamnestischer Erhebung waren sogar durchwegs kleiner als jene der Veränderungen zwischen Eingangs- und Abschlusserhebung.

| Dimension der SCL-90-R | Effektstärken (ES) | |
|------------------------|--|-----------------------------|
| | Eingang – Katamnese | |
| | <i>Leitner et al. 2009</i> (N = 50) | <i>EAG 2000</i> (N = 70) |
| Somatisierung | 1,03 | 0,53 |
| Zwanghaftigkeit | 0,95 | 0,76 |
| Unsicherheit | 1,16 | 0,78 |
| Depressivität | 1,78 | 0,97 |
| Ängstlichkeit | 1,51 | 0,81 |
| Aggressivität | 1,37 | 0,65 |
| Phobische Angst | 1,26 | 0,30 |
| Paranoides Denken | 0,96 | 0,60 |
| Psychotizismus | 1,30 | 0,58 |
| GSI | 1,72 | 0,84 |

Anmerkung: Effektstärken (ES), N = Anzahl der untersuchten Personen
Vergleichsgruppen: Untersuchung von *Leitner et al.* (2009) und EAG-Studie (2000)

Abb. 2: Effektstärken (Eingang – Katamnese) der SCL-90-R; Vergleich Studie *Leitner et al.* 2009 mit EAG 2000

Nebenwirkungen von Psychotherapie

Informationen zur Projektentstehung

Erste Überlegungen zu einer Studie über Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden durch Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin entstanden im Jahr 2000, ein Jahr nach dem Start der ersten Effektivitätsstudie für Psychotherapeutische Medizin PSY3. 2005 wurde die Donau-Universität Krems als Ausbildungseinrichtung für das psychotherapeutische Fachspezifikum mit der Methode „Integrative Therapie“ gemäß § 7 Abs. 1 in Verbindung mit § 7 Abs. 4 des Psychotherapiegesetzes, BGBl. Nr. 361/1990 per Bescheid anerkannt. Dadurch hat die Donau-Universität Krems Sitz und Stimme in der Vollversammlung des Psychotherapiebeirats, ebenso im Forschungs- und Beschwerdeausschuss des Psychotherapiebeirats.

In der Geschäftsordnung des Psychotherapiebeirats ist laut Psychotherapiegesetz die Einsetzung von Fachausschüssen vorgesehen. Einer davon ist der Beschwerdeausschuss, der ca. 10 Mal im Jahr tagt. Die Aufgabe des Ausschusses besteht in der Annahme und Bearbeitung schriftlich eingegangener Beschwerden von PatientInnen

(siehe auch im Beitrag von *Heidi Hinterwallner, Katharina Gerlich und Alexandra Koschier*, dieser Band).

Im Beschwerdeausschuss wurde ich als Projektleiter der RISK-Studie mit Themen konfrontiert, die eine Unbedenklichkeitsforschung für diese berufliche Tätigkeit geradezu herausforderten. Ein bereits 2001 geplantes Forschungsprojekt „Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden durch Psychotherapie und Psychotherapeutische Medizin“ griff ich wieder auf und leitete dessen Umsetzung ein.

Forschungshintergrund

Psychische Probleme stellen heute bereits eine der vier häufigsten Ursachen für einen Krankenstand dar und werden in Zukunft noch erheblich steigen.¹ Erkrankungen wie das Burn-Out-Syndrom, Depressionen und psychosomatische Krankheitsbilder nehmen an Häufigkeit zu und stellen das Gesundheitssystem sowie die Psychotherapie vor neue Herausforderungen. Seit dem Bestehen des Psychotherapiegesetzes 1991 werden psychotherapeutische Behandlungen teilweise von österreichischen Krankenkassen bezahlt, das führte z.B. im Jahr 2002 zu Krankenkassenausgaben für Psychotherapie in Höhe von 38 Mio. Euro.² Diese Kosten stellen allerdings nur einen Bruchteil der tatsächlichen Aufwendungen für psychotherapeutische Behandlungen dar, da der Großteil der Therapien privat bezahlt und nicht mit den Sozialversicherungsträgern verrechnet wird. Es ist davon auszugehen, dass die Kosten für Psychotherapie aufgrund der immer häufiger auftretenden „psychischen“ Erkrankungen in den kommenden Jahren merklich steigen werden.

Dabei wird Psychotherapie oft als „sanfte“ Methode betrachtet, die keinen Schaden anrichten kann. Risiken und Schäden innerhalb der Psychotherapie werden aufgrund des „intimen Settings“ der Therapien tabuisiert. Im Gegensatz zu pharmazeutischen und traditionell-schulmedizinischen Studien, wo ein klarer linear-kausaler Zusammenhang zwischen körperlicher Verfassung und Behandlung zu sehen ist, arbeiten PsychotherapeutInnen unter anderen Voraussetzungen und mit anderen Methoden. Zum Beispiel ist der Fokus bei der Psychotherapie auf die therapeutische Beziehung zu PatientInnen sowie deren soziales und ökologisches Umfeld gerichtet. Der Heilungsprozess ist bei allen psychotherapeutischen Schulen dialogisch bzw. polylogisch und vulnerabel – der kurative Hauptfaktor ist aber immer die Qualität der therapeutischen Beziehung (*Lambert et al. 2002*).

Ausgehend von diesem Heilungsverlauf in einem intersubjektiven Prozess wurden Fragen hinsichtlich einer Formalisierung und Objektivierung der therapeutischen Arbeit laut, um therapeutische Schulen deutlicher voneinander zu unterscheiden und mehr Klarheit über das therapeutische Handeln gewinnen zu können. Gegen eine

¹ http://www.uni-potsdam.de/db/psycho/asig2007/pdf_dateien/abstracts_alle_ak.pdf (27.05.2009. 13:12)

² <http://www.bmgf.gv.at/cms/site/berichte.htm?channel=CH0093> (27.05.2009. 13:17)

Formalisierung spricht, dass diese die therapeutische Rolle einschränken und die Möglichkeiten der TherapeutInnen limitieren würde, spontan mit den PatientInnen zu interagieren sowie auf deren Bedürfnisse einzugehen. Studien zeigen, dass die Qualität der therapeutischen Beziehung eine größere Rolle für das Ergebnis der Therapie spielt als die psychotherapeutische Schule bzw. die angewandten Methoden.

Forschungsstand

Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden stellen immer noch ein Randthema der Psychotherapieforschung dar (*Petzold, Märten* 1999). In einem Überblickswerk zum Stand der Forschung und Praxisreflexion des Problems der Therapieschäden und Neben-Wirkungen (*Märten, Petzold* 2002) wird deutlich, dass dieser Bereich allgemein in der Psychotherapieforschung immer noch kaum berücksichtigt wird und von den VertreterInnen unterschiedlicher therapeutischer Orientierungen viel zu wenig Beachtung findet.

Im Gegensatz zur Medizin mit pharmazeutischem Behandlungsschwerpunkt, wo klinische Doppelblindversuche Voraussetzung zur Zulassung sind, fehlen im Bereich der Psychotherapie gezielte Forschungen zu den Themen Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden durch Psychotherapie.

Doch für die Psychotherapie trifft zu, was auch für jede medizinische Intervention zutrifft: Was wirkt, hat auch Neben-Wirkungen. Wie *Bergin* schon 1963 gezeigt hat, kommt es durch Psychotherapie zur Varianzerweiterung innerhalb der PatientInnenengruppe: Während ein Großteil der PatientInnen gesundheitliche Verbesserungen aufweist, geht es ca. 10 % der PatientInnen nach der Psychotherapie schlechter als im Vergleich zu vorher. Dieser Sachverhalt ist in neueren Studien reproduziert worden (*Fäh* 2001), jedoch ohne systematisch negative psychotherapeutische Prozesse zu beleuchten. Zur Bestimmung der Effektivität eines Ansatzes oder einer Behandlungsmethode werden, wie oben gezeigt, Mittelwerte oder Effektstärken angegeben, dabei gehen die Verschlechterungen verloren.

So finden sich in den umfangreichen empirischen Forschungsbefunden zur Psychotherapie fast keine Arbeiten, die gezielt nach Verschlechterungen oder Neben-Wirkungen gesucht haben. *Jacobi* stellt hierzu fest, dass bis in die Achtzigerjahre die Möglichkeit von Verschlechterungen gar nicht wahrgenommen wurde. Zum gegenwärtigen Stand der Forschung muss für die meisten Anwendungsbereiche festgestellt werden, dass trotz der Fülle positiver Befunde klare Aussagen zu den Risiken und Neben-Wirkungen noch fehlen (*Jacobi* 2001).

In einer Untersuchung von *Froburg* (2001) zum Schadensverständnis von GesprächspsychotherapeutInnen wird allerdings deutlich, dass zumindest 2/3 aller Befragten von der Möglichkeit einer Schädigung durch die Gesprächspsychotherapie ausgehen, während 1/3 „kein potenzielles Schadensrisiko“ annimmt. Ob diese Annahme gerechtfertigt ist, bedarf einer empirischen Abklärung.

Busch und *Lemme* fanden in einer Untersuchung 1992 bei durchschnittlich 10 Jahre praktizierenden TherapeutInnen unterschiedlicher Orientierung, dass fast 70 % der Befragten die Vorstellung von Neben-Wirkungen ablehnten und gerade in diesem Punkt einen wesentlichen Unterschied zu medizinischen Behandlungen annahmen. Die Untersuchung von *Frohburg* legt aber auch nahe, dass allgemein eine Akzeptanz bezüglich der Vorstellung der Möglichkeit von Neben-Wirkungen entsteht.

In der Psychoanalyse wird zwar immer wieder an Einzelfällen und unter bestimmten behandelungstechnischen Aspekten die Problematik von Neben-Wirkungen diskutiert, aber auch hier fehlen klare empirische Befunde, die über Ausmaß und Auftretenswahrscheinlichkeiten Aussagen machen (*Fäh* 2001). Dass sich an dokumentierten Einzelfällen schwerwiegende und tragische Fälle zeigen, verdeutlicht *Drigalski* (2001) in ihrem Überblick zu diesem Thema und weist auf die Notwendigkeit einer empirischen Klärung hin.

Die Erfassung unerwünschter Ereignisse, Nebenwirkungen und Wechselwirkungen hat im Bereich der Arzneimittelprüfung eine Tradition. Hier werden sehr differenziert Erfassungsstrategien gefordert. In Deutschland regelt das „Gesetz über den Verkehr mit Arzneimitteln“ (AMG, 5. Neufassung 1995, Arzneimittelgesetz) das Vorgehen, das im Konfliktfall mit den EG-Regelungen abgestimmt wird (*Kohnen, Fichte et al.* 1996). Dabei wird so lange von unerwünschten Ereignissen gesprochen, bis klar ist, ob sie in einem Zusammenhang mit der Behandlung stehen.

Gegenwärtig ist auch für die Psychotherapie eine Unterscheidung zwischen verschiedenen Phänomenen sinnvoll wie z.B.:

- Risiken als vorhersehbare mehr oder weniger kalkulierbare, aber mögliche Komplikationen
- Nebenwirkungen als unerwünschte Phänomene, die direkt auf die Behandlung zurückgeführt werden müssen.

Wechselwirkungen als Interaktionseffekte mit anderen medizinischen und/oder psychosozialen Interventionen, die zu unerwünschten Phänomenen führen können

Von diesen Ereignissen sind alle anderen unerwünschten Phänomene zu unterscheiden, die durch eine beim Stand gegenwärtiger „best practice“ nicht korrekt durchgeführte Behandlung oder durch sitten-, standes- und gesetzeswidriges Verhalten ausgelöst werden.

Es ist leider offensichtlich, dass alle psychotherapeutischen Verfahren, die gegenwärtig für die Versorgung von PatientInnen herangezogen werden, sich aus der Perspektive des Verbraucherschutzes und des Haftungsrechtes noch in einer vorprofessionellen Phase befinden. Die Verfahren geben keine Informationen bezüglich der Risiken und Neben-Wirkungen, was aber im Gesundheitsberuf auf Grund des geforderten „informed consent“ erfolgen sollte.

Psychotherapie ist aber allein schon wegen der zentralen Bedeutung der zwischenmenschlichen Interaktion immer eine Entscheidung mit einem Risiko und daher kein letztendlich kontrollierbares Geschehen werden kann (vgl. *Greffrath* 1998).

Die Ziele des RISK-Forschungsprojekts sind:

- 1.) Exploration des Problemfelds: **Überblick und Kategorisierung möglicher Risiken**, Neben-Wirkungen und Schäden von Psychotherapie
Fragebogenexploration zu Wirkungen, Neben-Wirkungen und möglichen Schäden von Psychotherapie
Analyse der dokumentierten Schadensfälle von Psychotherapie
- 2.) Exploration der Intentionen von PsychotherapeutInnen und deren Risikopotenzial: **Analyse von Mängeln und unprofessionellen Intentionen im psychotherapeutischen Alltag.**
- 3.) Beschreibung möglicher Ursachen für Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden: **Wahrgenommene Ursachen aus Sicht der (a) PsychotherapeutInnen und (b) PatientInnen von Psychotherapie innerhalb von verschiedenen Therapierichtungen und therapeutischen Settings.**
- 4.) Entwicklung von Richtlinien und Informationsmaterial für:
 - PatientInnen von Psychotherapie
 - zukünftige PatientInnen von Psychotherapie
 - Angehörige und FreundInnen von PatientInnen der Psychotherapie
- 5.) Vergrößerung des Problembewusstseins und Definition der Risikofaktoren für Psychotherapieprozesse

Forschungsmethodik

Zur qualitativen Exploration des Problemfelds, zur Analyse der professionellen Intentionen von PsychotherapeutInnen sowie zur Erfassung möglicher Ursachen für Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden wurden leitfadenorientierte Gruppendiskussionen mit ExpertInnen (*Bogner, Littig* et al. 2005) aller in Österreich anerkannter Therapieschulen durchgeführt (*A. Leitner, M. Märtens, C. Höfner, A. Koschier, K. Gerlich, H. Hinterwallner, G. Liegl, G. Hintenberger, B. Schigl* 2011).

Parallel dazu wurden die 42 anonymisierten, schriftlichen Beschwerden, die im Zeitraum von 1991 bis 2007 beim Beschwerdeausschuss des Psychotherapiebeirates im Österreichischen Gesundheitsministerium eingelangt waren, einer qualitativen Inhaltsanalyse unterzogen. Dabei wurde eine Tiefenanalyse des beschriebenen Schadens, der Ursachenbeschreibung, des Ausbildungshintergrundes sowie der Erfahrung der TherapeutInnen, Therapierichtung etc. vorgenommen.

Zur quantitativen Exploration des Problemfelds, zur Analyse des Bewusstseinsgrades

und der Verbreitung von Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden bei Psychotherapie wurde basierend auf den oben beschriebenen Analyseschritten ein explorativer Fragebogen am Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie konstruiert, der die Wahrnehmung von und das Bewusstsein für Psychotherapierisiken, Schäden und Neben-Wirkungen zum Inhalt hatte. Die PatientInnen sollten Fragen bezüglich Wohlbefindens, Persönlichkeit, Therapiedauer, Therapieerfahrungen unter dem Fokus von Nebenwirkungen, Risikofaktoren und Schäden beantworten.

Den PatientInnen wurden postalisch diese anonymen Fragebögen zugesandt (aus Datenschutzgründen durch die NÖGKK), die rückfrankiert an das Department der Donau-Universität Krems adressiert waren, um die Anonymität sicherzustellen.

Ein Großteil der Studien mit dem Fokus Psychotherapie ist im Bereich der Wirkungsforschung angesiedelt. Dabei werden „Non Responder“, bei denen keine Effekte bzw. negative Effekte vorkommen könnten, nicht gezählt und damit auch nicht explizit analysiert. Dadurch kann der Eindruck entstehen, dass Psychotherapie wenig bis keine Verschlechterungen beschert.

Vor dem Hintergrund dieser Überlegungen wurden die Effektivitätsstudien, die am Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie an der Donau-Universität Krems bereits durchgeführt wurden (*Leitner et al. 2009; Leitner 2010*), noch einmal differenziert betrachtet.

Dabei zeigte sich, dass die Effektstärke des allgemeinen Kennwertes GSI der SCL-90-R bezüglich der Werteverteilung bei 31,8 % der PatientInnen sehr große Effektstärken ($ES > 1,2$) und 13,7 % große Effekte ($0,8 < ES < 1,2$), bei 22,7 % mittlere Effekte ($0,4 < ES < 0,8$) und bei 16,6 % geringe Effekte ($0,0 < ES < 0,4$) ergaben, was eine deutliche Reduktion der durch den SCL-90-R gemessenen Belastungen indiziert. Bei 15,2 % der PatientInnen ließen sich jedoch negative Effekte nachweisen ($-0,1 > ES > -1,15$). Die Häufigkeit der negativen Effekte entspricht in der Größenordnung den Einschätzungen, die in der Literatur diskutiert werden (*Märtens, Petzold 2002; Lambert, Whipple et. al. 2002; Lambert, Ogles 2004; Lambert, Hawkin, Hatfield 2002; Lambert, Hawkins, Vermeersch, Whipple 2005; Märtens 2006*). Es ist aber davon auszugehen, dass durch die vielen „Dropouts“ die Größenordnung der negativen Effekte noch unterschätzt wird.

Im Forschungsprojekt „Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden durch Psychotherapie“ von 2007 bis 2010 (*Leitner, Märtens, Höfner, Koschier, Gerlich, Hinterwallner, Liegl et al. Abschlussbericht 2011*) wird ein Schritt zur Systematisierung der Phänomene des Risikos, der Neben-Wirkungen und Schäden in der Psychotherapie unternommen:

- einerseits durch die Identifikation der Hauptfaktoren des Risikos und deren Zusammenspiel,

- andererseits auch durch eine Quantifizierung dieser spezifischen Phänomene (Leitner 2011).

Forschungsfragen

Forschungen zu Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden durch Psychotherapie gibt es wie ausgeführt nur wenig und nicht systematisch (Märtens, Petzold 2002). Definitionen und Operationalisierungen, was Schäden oder Neben-Wirkungen von Psychotherapie sein könnten, liegen in der wissenschaftlichen Community nur in Ansätzen vor. Im Gegensatz dazu gibt es auf Grund von Fehlern in psychotherapeutischen Interventionen zahlreiche menschliche Schicksale, die die Notwendigkeit einer Weiterentwicklung eines Qualitätsmanagements aufzeigen wie:

- Suizid von PatientInnen
- Psychotische Dekompensationen
- Schwere psychosomatische Reaktionsbildungen
- Sexuelle oder andere Formen von Missbrauch
- Maligne Abhängigkeit von dem/der TherapeutIn
- Scheidung oder Isolation aufgrund der Psychotherapie etc.

Mögliche Risikofaktoren für kurative Effekte sind zum Beispiel:

- Funktionale Vermischung der TherapeutInnenrolle mit anderen Rollen wie etwa der/des ÄrztIn, der/des PartnerIn, der/des besten FreundIn etc.
- Falsche Intensität der therapeutischen Beziehung
- Mangel an qualifizierter Supervision oder qualitativvoller Intervision der TherapeutInnen
- Inadäquate Ausbildung der TherapeutInnen
- Plötzlicher Therapieabbruch
- TherapeutInnenwechsel
- Risikofaktoren in der Persönlichkeit der TherapeutInnen

Weitere mögliche Störungen des Therapieprozesses sind zum Beispiel:

- Ökonomische Abhängigkeit zwischen TherapeutIn und PatientIn
- Annahme von materiell wertvollen Geschenken u. ä. seitens der TherapeutInnen („kleine Geschenke“ des Dankes so Ferenczi 1927/28, sind davon nicht betroffen)
- Störungen der psychotherapeutischen Arbeit durch organisatorische Mängel seitens der TherapeutInnen, z.B. häufige Therapieunterbrechungen durch Telefonanrufe, Besuche etc.

Diese Beispiele verdeutlichen die Notwendigkeit eines laufenden Qualitätsmanagements und die Erstellung gut operationalisierter therapeutischer Richtlinien.

Die Liste möglicher Beschwerden ist viel länger und in der RISK-Studie wurde der

Versuch unternommen, diese systematisch zu analysieren. Für das Forschungsprojekt ergaben sich daher folgende Forschungsfragen:

- Worin liegen die Ursachen für diese Nebenwirkungen und Schäden?
- Wie können negative Therapiefolgen diagnostiziert und zukünftig verhindert werden?
- Gibt es Risikofaktoren oder Prädiktoren für Therapieerfolg, Schäden und Neben-Wirkungen?

Untersuchungsskizze

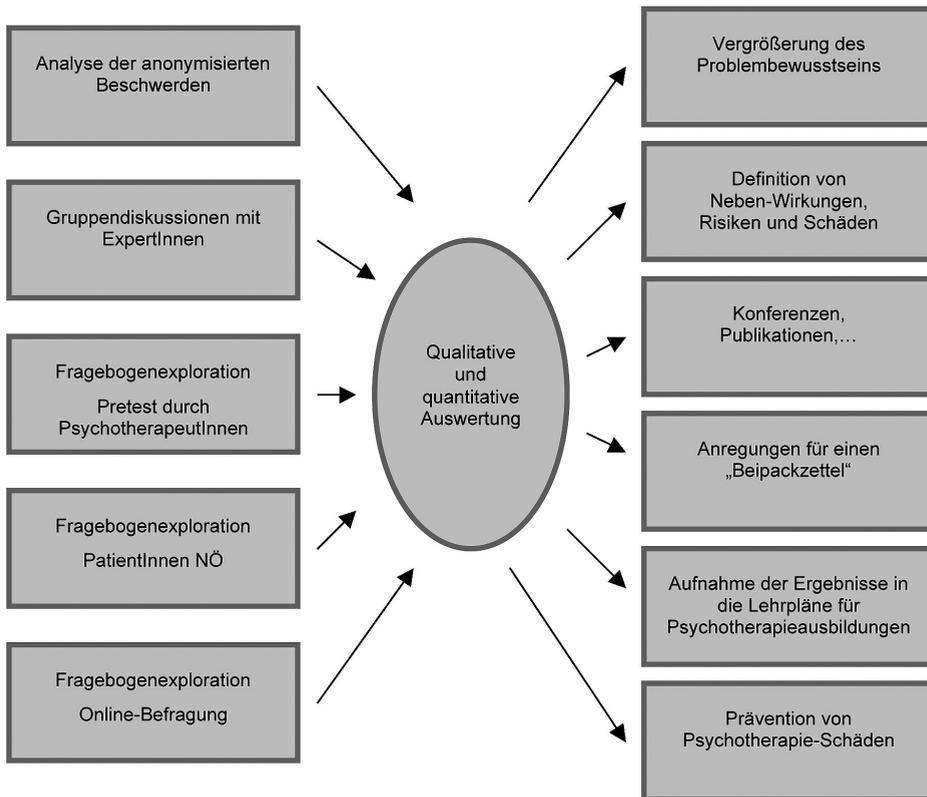


Abb. 3: Forschungsschritte und Ziele im Überblick

Die Untersuchung basiert auf einer Triangulation qualitativer und quantitativer Forschungsmethoden, wobei beide Methodenschritte auch autonom in ihrer Erhebung und Analyse betrachtet werden können. Das bedeutet, dass sowohl die ExpertInnendiskussionen (*Gerlich Katharina*, s. dieser Band), die anonymisierten Beschwerdebriefe (*Heidmarie Hinterwallner, Katharina Gerlich, Alexandra Koschier*, s. dieser Band) und die Fragebögen gesondert erhoben und ausgewertet wurden. Das gewon-

nene Datenmaterial wurde für die Erarbeitung des Fragebogens verwendet und war auch Grundlage für die Entwicklung des Kategoriensystems zu Risiken in der Psychotherapie, die in der Folge zur Strukturierung der Ergebnisse der Studie dienten. Ein Kategoriensystem der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Psychotherapie im Kontext wurde für die Auswertung der Daten erarbeitet.

Nach der Fragebogengenerierung wurde diese an 70 PsychotherapeutInnen ausgesendet und deren Resonanz eingeholt. Der Fragebogen wurde anschließend an 1676 Patienten aus Datenschutzgründen von der Niederösterreichischen Gebietskrankenkasse versandt. Es wurden Erfahrungen mit Psychotherapie mit tiefenpsychologisch-psychodynamischer (inkl. Psychoanalyse), humanistisch-existenzieller, systemischer und verhaltenstherapeutischer Orientierung abgefragt.

Die beantworteten Fragebögen wurden anonym von den Patienten an die Forschungsabteilung des Departments geschickt, 552 wurden ausgewertet (*Alexandra Koschier, Michael Märtns, s. dieser Band*).

Die Untersuchung erbrachte positive Ergebnisse. Beispielsweise waren 98 % der PatientInnen mit der Therapeut-Patient-Beziehung zufrieden und bescheinigten dieser eine gute bis sehr gute Qualität. 92 % fühlten sich von der Therapie nicht oder nur selten überfordert, und 92 % verspürten keine oder nur eine geringe Isolation durch die Therapie (*Leitner 2011*). Dabei fiel auf, dass besonders häufig in den schriftlichen Kommentaren der Fragebogen dazu benützt wurde, vor allem eine Weiterbezahlung bzw. mehr Zuschuss für die Psychotherapie von der NÖGKK einzufordern.

Die höchst bewerteten und die gravierendsten Problemfelder wurden in einem verkürzten Fragebogen zusammengefasst und unter Bedachtnahme auf das österreichische Datenschutzgesetz (2000) online gestellt. Im Zeitraum von Oktober 2009 bis April 2010 konnten die Antworten von 2056 Personen ausgewertet werden (*Gregor Liegl, Anton Leitner, s. dieser Band*). Es wurden nur vollständig ausgefüllte Fragebögen in die Studien aufgenommen.

Im Vorfeld wurde der technologiegestützte Einsatz von „Online-Research“ gründlich diskutiert. Nach Klärung aller Vor- und Nachteile und gestützt auf Forschungsgrundlagen, die die Online-Forschung als solche ins Visier nahm, und nach Abwägung von Argumenten und Erkenntnissen von OnlineforscherInnen, die das Internet heute als ein valides Erhebungsinstrument bestätigen, wurde dieser Weg der Datenerhebung gewählt (*Dzeyer 2001; Thielsch, Weltzin 2009; Birnbaum 2004; Batinic, Bosnjak 2000; Döring 2003; Eichenberg 2009*).

Bei der Auswertung gab es Ergebnisse zum Geschlechtsverhältnis zwischen PatientIn und TherapeutIn sowie Unterschiede in der Beziehungsqualität, dem Belastungs- und dem Isolationsempfinden sowie der Abbrecherquote im Vergleich psychotherapeutischer Orientierungen (Publikation in Vorbereitung).

Daraus Schlüsse über Therapieverfahren zu ziehen, wäre aber voreilig. Allerdings

sollten die Befunde auch nicht ignoriert werden - sie erfordern weitere Untersuchungen. So müsste z.B. noch genauer als bisher festgestellt werden, welche psychotherapeutischen Verfahren sich bei verschiedenen psychischen Störungen und Indikationen besonders eignen und welche nicht. Entsprechende Erkenntnisse sollten nicht nur den Fachleuten, sondern auch den PatientInnen und deren Angehörigen zur Verfügung gestellt werden. Über die Wirksamkeit verschiedener Verfahren bei bestimmten Beschwerden, als auch über mögliche Risiken und Neben-Wirkungen von Psychotherapie muss vor Beginn einer Psychotherapie informiert werden. Das könnte dazu beitragen, den PatientInnen die Entscheidung für oder gegen eine bestimmte Therapierichtung zu erleichtern, falsche Erwartungen zu vermeiden und vorzeitige Therapieabbrüche zu verhindern (*Leitner 2011*).

Ein weiteres wichtiges Ergebnis der Studie war auch das Definieren von Effekten der Psychotherapie. Dabei wurde die spezifische Schreibweise gewählt wie „Neben-Wirkungen“, da oft sowohl „erwünschte“ als auch „unerwünschte“ Neben-Wirkungen möglich sind.

Folgende Begrifflichkeiten wurden erarbeitet:

Haupt-Wirkungen

Die erwünschte Haupt-Wirkung von Psychotherapie zielt auf die Linderung der Ausgangsbeschwerden ab. Dieses Ziel wird in der Regel zwischen Patientin und Psychotherapeuten ausgehandelt.

Laut gesetzlicher Berufsumschreibung (Österreichisches Psychotherapiegesetz, BGBl § 1 Nr. 361/1990) ist das Ziel von Psychotherapie, bestehende Symptome zu mildern oder zu beseitigen, gestörte Verhaltensweisen und Einstellungen zu ändern und die Reifung Entwicklung und Gesundung des Behandelten zu fördern.

Neben-Wirkungen

Bei allen Therapien, die wirken, können zusätzlich zu den angestrebten noch weitere Wirkungen auftreten – so auch in der Psychotherapie. Diese Neben-Wirkungen treten aber genauso wie die Haupt-Wirkungen nicht bei jeder Patientin im gleichen Maße auf. Sie können sich auf somatischer, psychischer und/oder sozialer Ebene manifestieren. Die Unterscheidung zwischen erwünscht und unerwünscht hängt von den unterschiedlichen Perspektiven der Beurteilung dieser Wirkungen ab. Der Blick des Patienten, des sozialen Umfelds, der Therapeutin und deren Wertesysteme können sich stark voneinander unterscheiden. Daher kann keine Generalisierung von erwünschten und unerwünschten Wirkungen festgelegt werden.

Wechsel-Wirkungen

Wechselwirkungen können als „Interferenzeffekte“ mit anderen therapeutischen In-

erventionen (medizinischen und/oder psychosozialen) auftreten, die zu erwünschten und/oder unerwünschten Phänomenen führen.

Schäden

Bei Psychotherapieschäden ist zwischen den erlebbaren, sichtbaren „messbaren“ Schäden und Handlungen, die zu Schäden führen können, zu unterscheiden

Das Benennen und das Definieren eines Schadens ist abhängig von der Perspektive einer therapeutischen und weltanschaulichen Orientierung. Je nachdem, welche Therapieschule herangezogen wird, gibt es neben einer Kernmenge von allen als negativ zu sehende Effekte, eine große Anzahl von Effekten, die sehr unterschiedlich bewertet werden. Die juristische Dimension wird hier ausgeklammert

Sie würde der Komplexität noch eine weitere Komplexitätssteigerung bescheren. Die individuelle Auswirkung eines Schadens ist abhängig von Intensität, Grad, Dauer, Art der Schädigung sowie den Ressourcen, Coping- und Creating-Strategien der PatientInnen.



Abb. 4: Wirkungen von Psychotherapie

Um betroffene oder interessierte Personen schnell und direkt über Wirkungen und Neben-Wirkungen von Psychotherapie zu informieren, wurde auf der Grundlage der Ergebnisse der über vier Jahre laufenden RISK-Studie eine gut verständliche PatientInneninformation analog einem „Beipackzettel“ erstellt, die anschließend unter Anhang zu finden ist. Sie enthält Informationen über Psychotherapie allgemein, Wirkungsweisen, Verlauf, Frequenz und Dauer, Indikationen und Kontraindikationen, Neben- und

Wechsel-Wirkungen, Vorsichtsmaßnahmen etc. Die PatientInneninformation bietet einen knappen Überblick und hilft dabei, sich rasch und unkompliziert mit wesentlichen Fragen im Zusammenhang mit Psychotherapie zu befassen. Die Patienteninformation für Psychotherapie könnte ebenso selbstverständlich und in Zukunft vielleicht verpflichtend für alle PsychotherapeutenInnen werden, wie es die Patienteninformation vor medikamentösen Behandlungen und Operationen schon ist.

Nachdrücklich ist festzuhalten, dass im Vorfeld gut informierte PatientInnen die Grundlage zu einem „erklärten Einverständnis“ und Selbstwirksamkeit mitbringen, was nachweislich mit Gesundheit korreliert.

In den folgenden Artikeln stellt das Forschungsteam: *Michael Märtenz, Alexandra Koschier, Katharina Gerlich, Heidemarie Hinterwallner, Gregor Liegl* einzelne Schwerpunkte und erste Ergebnisse der RISK-Studie vor.

Zusammenfassung: Psychotherapie auf dem Weg...

Entwicklungen – Wirkungen – Neben-Wirkungen

In einem breit angelegten Übersichtsartikel wird zuerst in einem kurzen geschichtlichen Aufriss an die Quellen jener Behandlungspraxis erinnert, die heute in einem rechtlichen Regelwerk als Gesundheitsberuf gesetzlich verankert sind. Anschließend wird eine Strukturierung psychotherapie-relevanter Theorien, das Ordnungsmodell „Tree of Science“ von *H.G. Petzold* vorgestellt.

Dass Psychotherapie wirkt, ist belegt. Exemplarisch werden Effektstärkenergebnisse präsentiert, aber auch die Problematik von Mittelwert-/Effektstärkenvergleichen aufgezeigt, bei denen mögliche Verschlechterungen keine Beachtung finden. Negative Effekte von Psychotherapie sind Inhalt eines umfangreichen, mehrjährigen Forschungsprojektes, dessen Fragen, Design und Begrifflichkeiten bis hin zu einer PatientInneninformation hier vorgestellt werden und eine Einleitung zu den nachfolgenden Artikeln darstellt.

Schlüsselwörter: Psychotherapieforschung, Risiken, Neben-Wirkungen, Schäden, PatientInneninformation

Summary: Psychotherapy on the Way

Developments - Effects - Side-effects

This comprehensive review article first recalls a brief historical elevation of the origins of the treatment practice, which is now established as a health profession within a legal regulatory framework. Then a structure model for the relevant theories of psychotherapy, the „Tree of Science“ by *H.G. Petzold*, is presented.

The fact that psychotherapy has effects has been established. Exemplary results of effect sizes are presented, while also highlighting the problems of comparisons of means and effect sizes, where any potential reduction finds no attention. Negative effects of psychotherapy are the subject of an extensive, multi-year research project. Its research questions, design and concepts resulting in a patients' information will be presented here as an introduction to the following articles.

Keywords: Psychotherapy-research, risk, side-effects, damage, patients' information

Anhang

PatientInneninformation

Liebe Patientin, lieber Patient,
bitte lesen Sie folgendes Informationsblatt aufmerksam durch, weil es wichtige Hinweise darüber enthält, was Sie bei der Anwendung einer psychotherapeutischen Behandlung beachten sollen. Wenden Sie sich bei Fragen bitte an Ihren/Ihre PsychotherapeutIn.

Psychotherapeutische Behandlung

Was ist Psychotherapie?

Psychotherapie ist ein eigenständiges Heilverfahren im Gesundheitsbereich für die Behandlung von psychischen, psychosozialen oder psychosomatisch bedingten Verhaltensstörungen und Leidenszuständen. Sie steht gleichberechtigt neben anderen Heilverfahren, wie z. B. der medizinischen oder der klinisch-psychologischen Behandlung. Die Ausübung der Psychotherapie ist durch das österreichische Psychotherapiegesetz geregelt. Im Zentrum stehen das Gespräch und der Austausch zwischen PsychotherapeutIn bzw. PatientIn. Je nach psychotherapeutischer Methode kann dieser Austausch durch Übungen und andere Interventionen unterstützt und gefördert werden.

Formen der Psychotherapie?

Einzel-, Paar-, Familien- und Gruppentherapie.

Wie und wodurch wirkt Psychotherapie und wie verläuft sie?

Psychotherapie kann kurativ (heilend), palliativ (lindernd), gesundheitsfördernd, präventiv (vorbeugend) und persönlichkeitsentwickelnd wirken. Belegte Wirkfaktoren sind einführendes Verstehen, emotionale Annahme und Stütze durch den/die PsychotherapeutIn.

Darüber hinaus wirkt Psychotherapie durch die Förderung des emotionalen Ausdrucks, die Förderung von Einsichts- und Sinneserleben, die Förderung kommunikativer Kompetenz und Beziehungsfähigkeit, die Förderung der Bewusstheit, Selbstregulation, die Förderung von Lernmöglichkeiten, Lernprozessen und Interessen, ebenso durch die Förderung kreativer Erlebnismöglichkeiten sowie die Erarbeitung von positiven Zukunftsperspektiven. Sehr entscheidend sind auch die Förderung eines positiven, persönlichen Wertebezuges sowie die Förderung tragfähiger sozialer Netzwerke und Erfahrungen der Zusammengehörigkeit (Petzold, Steffan 2000).

In der Regel verläuft Psychotherapie so: Der/die PatientIn beschreibt in einem Erst-

kontakt die Beschwerden, dabei sollten auch seine/ihre Erwartungen und Motivationen besprochen werden. Danach erfolgen die therapeutischen Interventionen manchmal unter Einbezug des Umfelds und im Blick auf die Lebensgeschichte des/der PatientIn. In gemeinsamen Überlegungen zwischen PatientIn und TherapeutIn wird das zuvor Bearbeitete geordnet, integriert, und die Umsetzung des Erfahrenen oder Erlernten in den Alltag vorbereitet und begleitet. Eine ambulante Psychotherapie – wie hier beschrieben – ist in einigen Aspekten zu unterscheiden von einer stationären Psychotherapie, in der der/die PatientIn z. B. durch ein TherapeutInnenteam behandelt und betreut wird.

Wann wird Psychotherapie durchgeführt?

- Bei psychischen Störungen oder psychiatrischen und psychosomatischen Erkrankungen aller Altersgruppen: Persönlichkeitsstörungen, Depressionen, posttraumatische Belastungszustände, Suchtprobleme, Verhaltensstörungen, Sexualstörungen, Schulversagen, Ängste (Phobien, Panikattacken), Lernstörungen, Dissozialität, Ablösungs-, Trennungs- und Verlustproblematiken und ihre somatischen und psychischen Begleiterscheinungen und Folgen.
- Bei Störungen und Erkrankungen infolge allgemeiner Lebens- bzw. Veränderungskrisen, in denen der/die PatientIn das Gefühl hat, mit ihnen alleine nicht mehr zurecht zu kommen.
- Für die Unterstützung gg. auch Begleitung von Schwerstkranken und Sterbenden.
- Unterstützend bei einer medikamentösen Behandlung.

In welchen Fällen reicht Psychotherapie nicht bzw. nur unter Vorbehalt aus?

Begrenzungen in der psychotherapeutischen Behandlung sind dann gegeben, wenn Störungsbilder zuerst bzw. begleitend eine medizinische Maßnahme erfordern.

Worauf sollten Sie bei Beginn einer Psychotherapie achten?

Es wird empfohlen, sich vor Beginn der Therapie über die verschiedenen psychotherapeutischen Verfahren zu informieren (Broschüre des Gesundheitsministeriums bzw. Homepage des Bundesverbandes für Psychotherapie bzw. Netzwerk Psychosomatik).

Der Beginn einer Psychotherapie soll auf eine freie Entscheidung des/der PatientIn hin erfolgen. Er/sie soll das Gefühl haben, dem/der TherapeutIn vertrauen zu können.

Das psychotherapeutische Verfahren sollte mit seinen Methoden, Techniken und Rahmenbedingungen von dem/der PatientIn gut annehmbar sein.

Zu Beginn der Therapie hat der/die PsychotherapeutIn den Patienten über die Art

und Weise ihres psychotherapeutischen Verfahrens, seine Möglichkeiten im Bezug auf seine Beschwerden zu informieren und über mögliche Risiken und Nebenwirkungen aufzuklären. Auf dem Boden dieser Informationen können dann Therapeutin und PatientIn in einem partnerschaftlichen Übereinkommen festlegen, warum Psychotherapie in Anspruch genommen wird, welche Ziele im Rahmen der Therapie erreicht werden sollen und woran der Therapieerfolg nach Abschluss der Behandlung gemessen werden soll. Ein von PatientInnen mitgestalteter Therapieprozess hat sich als hilfreich erwiesen.

Wie oft? Frequenz und Dauer der psychotherapeutischen Behandlung

Frequenz und Dauer hängen vom jeweiligen Störungsbild bzw. von der Lebenssituation des/der PatientIn ab und fallen je nach angewandter Methode unterschiedlich aus.

Der/die PatientIn kann jederzeit die Therapie beenden, sollte dies aber mit seinem/ihrer PsychotherapeutIn vorher besprechen!

Die Dauer der psychotherapeutischen Behandlung ist fachlich zu begründen.

Was müssen PatientInnen beachten? Rechte und Pflichten bei einer psychotherapeutischen Behandlung und besondere Hinweise

- Zu Beginn ist ein „Therapievertrag“ (mündlich oder schriftlich) bezüglich der Vorgangsweise und Ziel(en) der Psychotherapie zwischen PatientIn und PsychotherapeutIn zu vereinbaren.
- Die Höhe des Honorars und der Zahlungsmodus sollen im Verlauf des Erstgesprächs geklärt werden. Es gibt auch die Möglichkeit, Psychotherapie von der Krankenkasse bezahlt zu bekommen.
- In der Therapie ist der respektvolle Umgang mit den Wünschen des/der PatientIn unabdingbar.
- Der/die PatientIn hat ein Recht darauf, dass der/die PsychotherapeutIn Fragen zum therapeutischen Vorgehen beantwortet.
- PsychotherapeutInnen dürfen keine persönlichen, wirtschaftlichen oder sexuellen Interessen gegenüber PatientInnen verfolgen.
- Die Psychotherapie sollte langfristig soziale Kontakte fördern und nicht belasten.
- Der/die TherapeutIn hat laut dem Psychotherapiegesetz Berufspflichten, wie z.B. Weiterbildung und Verschwiegenheit. Jeder/jede PsychotherapeutIn soll zudem regelmäßig Supervision in Anspruch nehmen.
- In Österreich gibt es 22 anerkannte wissenschaftlich-psychotherapeutische Methoden, die sich derzeit in vier Hauptströmungen differenzieren lassen: tiefenpsychologisch-psychodynamische, humanistische, systemische und verhaltenstherapeutische.

- Esoterische Verfahren dürfen im Rahmen von Psychotherapie nicht angewendet werden.

Wechselwirkungen von Psychotherapie

Wenn der/die PatientIn zur selben Zeit mehrere Psychotherapien oder psychosoziale Beratungen in Anspruch nimmt, kann dies zu unerwünschten Wirkungen führen. Ausnahmen können dann angezeigt sein, wenn in Absprache mit dem/der TherapeutIn im selben Zeitrahmen z. B. eine Paartherapie oder Entspannungstherapie in Anspruch genommen wird

Neben-Wirkungen von Psychotherapie

- Es kann Phasen der Symptomverschlechterung geben.
 - Es können Phasen von Selbstüberschätzung und/oder Selbstzweifel eintreten.
 - Partnerschaftliche, familiäre und freundschaftliche Beziehungen können sich verändern, verbessern oder verschlechtern.
 - Berufliche Veränderungen in positiver und negativer Weise können auftreten.
- In der Therapie sollten solche Wirkungen mit dem/der PsychotherapeutIn besprochen werden können.

Welche unerwünschten Wirkungen können durch Psychotherapie auftreten?

- Die finanzielle und zeitliche Belastung.
- Verstrickungen in der Beziehung zum/zur PsychotherapeutIn - die psychotherapeutische Beziehung ist keine private, sondern eine bezahlte Arbeitsbeziehung.
- Wenn überhaupt keine Veränderung in Richtung der gestellten Therapieziele eintritt, wird empfohlen:
 1. Ansprechen der Problematik mit dem/der PsychotherapeutIn.

Wenn keine zufriedenstellende Reaktion von Seiten des/der TherapeutIn erfolgt:

2. Ansprechen der Problematik mit anderen fachlich kompetenten Personen z.B. in Beratungsstellen etc.
3. Eventuell nochmalige/zusätzliche medizinische Abklärung.
4. Einen PsychotherapeutInnenwechsel in Betracht ziehen.

Für Fragen stehen sowohl Ihr/Ihre PsychotherapeutIn als auch die Landesverbände des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie (ÖBVP) zur Verfügung: www.psychotherapie.at

Literatur

- Balint Michael (1964): *Der Arzt, sein Patient und die Krankheit*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Batinic Bernad, Bosnjak Michael (2000): Fragebogenuntersuchungen im Internet. In: Batinic Bernad (Hg.): *Internet für Psychologen*. Göttingen: Hogrefe, 287-317.
- Berdjajew Nikolai (1954): *Von der Menschen Knechtschaft und Freiheit. Versuch einer personalistischen Philosophie*. Darmstadt.
- Bergin Allen E. (1963): The effects of psychotherapy: Negative results revisited. In: *Journal of Counseling Psychology*. 10. APA, 244-250.
- Berger Peter L., Luckmann Thomas (1970): *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*. Frankfurt/M.: Fischer.
- Birnbaum Michael H. (2004): Human Research and data collection via the internet. *Annual Review of Psychology* 55, 803-32.
- Bogner Alexander, Littig Beate, Menz Wolfgang (2005): *Das Experteninterview. Theorie, Methoden, Anwendungen*. Wiesbaden: VS Verlag.
- Bogousslavsky J. (Ed.) (2010): *Following Charcot: A Forgotten History of Neurology and Psychiatry (Frontiers of Neurology and Neuroscience)*. S Karger Pub.
- Bourdieu Pierre (1997): *Das Elend der Welt. Zeugnisse und Diagnosen alltäglichen Leidens an der Gesellschaft*. Konstanz: UVK.
- Brähler Elmar, Horowitz Leonard M., Kordy Hans, Schumacher Jörg, Strauß Bernhard (1999): Zur Validierung des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49, 422-431.
- Carus Carl G. (1846, 1. Auflage): *Psyche. Zur Entwicklungsgeschichte der Seele*. Pforzheim: Flammer & Hoffmann.
- Cohen Jacob (1988): *Statistical power analysis for the behavioral science*. Hillsdale: Erlbaum
- Comte-Sponville André (2009): *Woran glaubt ein Atheist? Spiritualität ohne Gott*. Diogenes: Zürich.
- Dauk Elke (1989): *Denken als Ethos und Methode. Foucault lesen*. Berlin: Reimer.
- Derogatis L. R. (1986): Symptom-Check-Liste (SCL-90-R). In: *Collegium Internationale Psychiatriae Scalurum* (Hg.): *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz; deutsche Version: Franke Gabriele H., Manual. Göttingen: Beltz.
- Döring Nicola (2003, 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage): *Sozialpsychologie des Internet. Die Bedeutung des Internet für Kommunikationsprozesse, Identitäten, soziale Beziehungen und Gruppen*. Göttingen: Hogrefe.
- Drigalski Dörte v. (2001): *Das China-Syndrom der Psychotherapie*. In: *Märtens Michael, Petzold Hilarion* (Hg.) (2002): *Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Dzcyk Waldemar (2001): Ethische Dimensionen der Online-Forschung. *Kölner Psychologische Studien* 6/1, 1-30.
- Eichenberg Christiane (2009): Sexuelle Übergriffe in therapeutischen Beziehungen: Risikofaktoren, Folgen und rechtliche Schritte. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 59, 9/10, 337-344.
- Ellenberger Henri F. (1973, 1985, 2. Auflage): *Die Entdeckung des Unbewußten*. 2 Bde.. Bern: Huber. Zürich: Diogenes.
- Fäh Markus (2001): Wenn Analyse krank macht. Methodenspezifische Nebenwirkungen psychoanalytischer Therapien. In: *Märtens Michael, Petzold Hilarion G.* (Hg.) (2002): *Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen*. Mainz: Matthias-Grünwald Verlag.
- Fäh Markus (2002): Mental Health - its significance for society and conditions for its development. In: *Leuzinger-Bohleber, M., Target, M.* (Eds.): *Outcomes of Psychoanalytic Treatment. Perspectives for Therapists and Researchers*. London: Whurr, 177-185.
- Flammer August (1990): *Erfahrung der eigenen Wirksamkeit. Einführung in die Psychologie der Kontrollmeinung*. Bern: Huber.

- Foucault Michel P.* (1992): Was ist Kritik? Berlin: Merve.
- Foucault Michel P.* (1996): Diskurs und Wahrheit. Berkeley-Vorlesungen. Berlin: Merve.
- Foucault Michel P.* (1998): Ausgewählte Schriften. Hg. v. *Mazumdar P.* München: Diederichs.
- Frohborg Inge* (2001): Untersuchungen zum Schadensverständnis von Gesprächspsychotherapeut(inn)en. In: *Märtens Michael, Petzold Hilarion* (Hg) (2002): Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Grawe Klaus, Braun Urs* (1994): Qualitätskontrolle in der Psychotherapiepraxis. *Zeitschrift für Klinische Psychologie* 23, 242–267. *Grawe Klaus* (1998): Psychologische Therapie. Göttingen: Hogrefe. Herzneurose. *Material zur Psychoanalyse und Psychotherapie* 5, 159-172
- Grawe Klaus* (2004): Neuropsychotherapie. Göttingen. Hogrefe.
- Grawe Klaus* (2005a): Alle Psychotherapien haben ihre Grenzen. *Neue Zürcher Zeitung* 23.10.2005, Nr. 43, 78.
- Grawe Klaus* (2005b): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal* 2005, 4-11.
- Gröbelbauer G., Petzold Hilarion G., Gschwed I.* (1998): Patienten als „Partner“ oder als „Widersacher“ und „Fälle“. Über die Beziehung zwischen Patienten und Psychotherapeuten – kritische Gedanken und Anmerkungen. *Gestalt* (Schweiz) 32, 15-41.
- Greffrath* (1998): Montaigne heute. Zürich: Diogenes Verlag.
- Hart van der, Ormo* (2006): The influence of Pierre Janet's Views in the Field of Psychotraumatology. *Janetian Studies*, n spécial 01: 54-63.
- Hadot Pierre* (1991): Philosophie als Lebensform. Geistige Übungen in der Antike. Berlin: Gatzka.
- Hautzinger Martin, Bailer Maja* (1993): Allgemeine Depressions-Skala (ADS). Deutsche Version, Manual. Weinheim: Beltz.
- Hessel Aike, Schumacher Jörg, Geyer Michael, Brähler Elmar* (2000): Symptom-Checkliste SCL-90 R. Theoretische Überprüfung und Normierung an einer bevölkerungsrepräsentativen Stichprobe. *Diagnostica*, 47, 27-39.
- Horowitz Leonard M., Strauß Bernhard, Kordy Hans* (2000): Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, IIP-D; deutsche Version. Manual. Weinheim: Beltz.
- Howard Kenneth I., Orlinsky David, Lueger Robert* (1994): The design of clinically relevant outcome research: Some considerations and an example. In *M. Aveline u. D. Shapiro* (Eds.): Research foundations of psychotherapy services (pp. 178-195). Sussex, England: John Wiley & Sons.
- Hüther Gerald* (2006): Biologie der Angst. Wie aus Streß Gefühle werden. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Iljine Vladimir N., Petzold, Hilarion, Sieper, Johanna* (1967/1990): Kokreation – die leibliche Dimension des Schöpferischen – Aufzeichnungen aus gemeinsamen Gedankengängen. In: *Petzold Hilarion G., Orth Ilse* (Hg.) (1994, 3. Auflage): **Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie.** 2 Bde., Paderborn: Junfermann, 203–213.
- Janet Pierre* (1885): Notes sur quelques phénomènes de somnambulisme. Bulletin de la Société de la psychologie physiologique, Bd. 1, 24–32.
- Janet Pierre* (1889): L'automatisme psychologique. Paris: Alcan; Nachdruck: Paris: Société Pierre Janet, 1973.
- Janet Pierre* (1924): La médecine psychologique. Paris: Flammarion.
- Janet Pierre* (1928): L'évolution de la mémoire et de la notion du temps. Paris: Chahine.
- Jacobi Frank* (2001): Risiken und Nebenwirkungen verhaltenstherapeutischer Behandlung. In: *Märtens Michael, Petzold Hilarion G.* (Hg): Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Kazdin Alan E.* (1997): A Model of Developing Effective Treatments: Progression and Interplay of Theory, Research and Practice. *Journal of Clinical Child Psychology* 26, 114–129.
- Kohnen R., Fichte K., Hofmann S. Kastrup H., Meng G.* (1996, 4. überarbeitete Auflage): Erfassung unerwünschter Ereignisse und ihre Bewertung als unerwünschte Arzneimittelwirkung in der Ent-

- wicklung von Therapien. In: Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (Hg.) Internationale Skalen für Psychiatrie. Weinheim: Beltz, 187-201.
- Kriz Jürgen (1981): Methodenkritik empirischer Sozialforschung. Stuttgart: Teubner.
- Laireiter Anton-Ruprecht (2002): Negative Effekte von Selbsterfahrung und Eigentherapie von TherapeutInnen in der Psychotherapie. In: Märten Michael, Petzold Hilarion G. (Hg.): Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald, 384–412.
- Lambert Michael J., Whipple Jason L., Bishop Matthew J., Vermeersch David A., Gray Geoffrey V., Finch Arthur E. (2002): Comparison of empirically-derived and rationally-derived methods for identifying patients at risk for treatment failure. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 9, 146-164.
- 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: Märten Michael, Petzold Hilarion (Hg.) Therapieschäden. Mainz: Matthias Grünewald-Verlag, 40-59.
- Lambert Michael J., Ogles Brenda M. (2004): The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In: Bergin A. E. & Garfield, S. L. Handbook of Psychotherapy and Behavior Change. 5th ed. New York: Wiley & Sons.
- 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 durchgeführten Studien. In: Kosfelder Joachim, Michalak Johannes, Vocks Silja & Willutzki Ulrike (Hg.) Fortschritte der Psychotherapieforschung. Göttingen: Hogrefe, 309-337.
- Laux Lothar, Glanzmann Peter, Schaffner Paul, Spielberger Charles D. (1970): Das State-Trait-Angstinventar (STAI). Deutsche Version. Manual. (1981): Göttingen: Beltz.
- Leitner Anton (2009): Von der Compliance zur Adherence, vom Informed Consent zu respektvollem Informed Decision Making. In: *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* (2009): Vol. 35, No. 1. Edition Donau-Universität Krems. Wien: Krammer Verlag, 71–86. Und in: Petzold Hilarion G., Orth Ilse, Sieper Johanna (Hg.) (2011): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben. Werte und Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer Verlag.
- Leitner Anton (2010): Handbuch der Integrativen Therapie. Wien, New York: Springer.
- Leitner Anton (2011): Psychotherapie auf dem Weg zur Professionalisierung. Geschichte, Ordnungsmodell, Wirkungen und Neben-Wirkungen. In: Kierein Michael, Leitner Anton (Hg.) (2011): Psychotherapie und Recht. Wien: Facultas Verlag.
- Leitner Anton, Petzold Hilarion G., Orth Susanne, Sieper Johanna, Telsemeyer Petra (2004): Mythos Supervision? – Zur Notwendigkeit von „konzeptkritischen“ Untersuchungen im Hell- und Dunkelfeld zu Risiken, Nebenwirkungen und Rechtsverletzungen. Düsseldorf/Hückeswagen, www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift 2.*
- Leitner Anton, Höfner Claudia, Märten Michael, Koschier Alexandra, Petzold Hilarion G. (2008): Die Effektivität psychotherapeutischer Medizin. *Psychologische Medizin*, Wien: Facultas, 4–11.
- Leitner Anton, Liegl Gregor, Märten Michael, Gerlich Katharina (2009): Endbericht Effektivität der Integrativen Therapie. Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems.
- Leitner Anton, Märten Michael, Höfner Claudia, Koschier Alexandra, Gerlich Katharina, Hinterwallner Heidemarie, Liegl Gregor, Hintenberger Gerhard, Schigl Brigitte (2011): Endbericht „Risiken, Nebenwirkungen und Schäden durch Psychotherapie“. Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie, Donau-Universität Krems.
- Lévinas Emmanuel (1983/1999): Die Spur des Anderen. Freiburg: Alber.
- Levine Joseph (1983): Materialism and Qualia: *The Explanatory Gap. Pacific Philosophical Quarterly* 64/4, 354–361.
- Lorenz Rüdiger (2004): Salutogenese: Grundwissen für Psychologen, Mediziner, Gesundheits- und

- Pflegewissenschaftler. Mit einem Geleitwort von H. Petzold. München: Reinhardt, 2., durchgesehene Aufl. 2005, 8–12.
- Luban-Plozza B, Laederach-Hofmann K, Knaak L, Dickhaut HH. (2002, 8. Auflage): Der Arzt als Arznei. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Lutz Wolfgang (2003a): Efficacy, effectiveness, and expected treatment progress in psychotherapy. *Journal of Clinical Psychology*, 59, 1-6.
- Lutz Wolfgang (2003b): Die Wiederentdeckung des Individuums in der Psychotherapieforschung: Ein Beispiel zur patientenorientierten Psychotherapieforschung und Qualitätssicherung. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Macki John L. (1981): Ethik. Auf der Suche nach dem Richtigen und Falschen. Stuttgart: Reclam.
- Märtens Michael (2006): Misserfolge in der Psychotherapie: Sinnvoll wäre ein eigener Beipackzettel. *Deutsches Ärzteblatt*, Heft 3, 130-133.
- Märtens Michael, Petzold Hilarion G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. München: Grünewald.
- Merleau-Ponty Michel (1945/1966): Phänomenologie der Wahrnehmung. Berlin: de Gruyter.
- Merleau-Ponty Michel (1964/1986): Das Sichtbare und das Unsichtbare. München: Fink.
- Möller Heidi (2003): Reinkarnation und Rebirthing – Esoterikboom und postmoderne Heilserwartungen. Skriptum Donau-Universität Krems.
- Moscovici Serge (2001): Social Representations. Explorations in Social Psychology. New York: New York University Press.
- Müller Lotti, Petzold Hilarion G. (2002a): Problematische und riskante Therapie (nicht nur) in der Arbeit mit älteren und alten Menschen in „prekären Lebenslagen“ – „Client dignity?“ In: Märtens Michael, Petzold Hilarion G. (2002): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Grünewald, 293–332.
- Nestler Steffen (2010): Belief perseverance: The role of accessible content and accessibility experiences. *Social Psychology*, 41, 35-41.
- Oeltze Joachim, Ebert Wolfgang, Petzold Hilarion G. (2002): Integrative Supervision in Ausbildung und Praxis – eine empirische Evaluationsstudie im Mehrebenenmodell. Düsseldorf/Hückeswagen: FPI-Publikationen. www.fpi-publikationen.de/supervision – *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* 1.
- Orlinsky David E., Howard Kenneth I. (1986): Prozess an outcome in psychotherapy. In S. Garfield and A. Bergin, Eds., *Handbook of psychotherapy and behavior change*, 3rd ed. New York: Wiley.
- Petzold Hilarion G. (1980f): Die Rolle der Therapeuten und die therapeutische Beziehung. Paderborn: Junfermann.
- Petzold Hilarion G. (Hg.) (1981b): Widerstand – ein strittiges Konzept der Psychotherapie. Paderborn: Junfermann.
- Petzold Hilarion G. (1981c): Konzept des Widerstandes in der Psychotherapie. In: Petzold Hilarion G. (1981b), 7-37.
- Petzold Hilarion G. (1991k): Der „Tree of Science“ als metahermeneutische Folie für die Theorie und Praxis der Integrativen Therapie. In: Petzold Hilarion G. (1992a): Integrative Therapie. Ausgewählte Werke Bd. II, 2: Klinische Theorie, überarbeitete Neuauflage (2003a). Paderborn: Junfermann.
- Petzold Hilarion G. (1993m): „Kontrollanalyse“ und Gruppensupervision in „Kompetenzgruppen“ – zwei unverzichtbare, aber unterschiedliche Methoden der psychotherapeutischen Weiterbildung in einer integrativen Perspektive. In: Frühmann Renate, Petzold Hilarion G. (1993a): Lehrjahre der Seele. Paderborn: Junfermann, 479–616.
- Petzold Hilarion G. (1996k): Der „Andere“ – das Fremde und das Selbst. Tentative und grundsätzliche und persönliche Überlegungen anlässlich des Todes von Emmanuel Levinas (1906–1995). *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* 21/2–3, 319–349.
- Petzold Hilarion G. (1998a, 2007a, 2. erweiterte Auflage): Integrative Supervision, Meta-Consulting & Organisationsentwicklung. Modelle und Methoden reflexiver Praxis. Ein Handbuch. Bd. 1, Paderborn: Junfermann. Wiesbaden: Verlag für Sozialwissenschaften.

- Petzold Hilarion G.* (2000h): Wissenschaftsbegriff, Erkenntnistheorie und Theorienbildung der „Integrativen Therapie“ und ihrer biopsychosozialen Praxis (Chartakolloquium). Europäische Akademie für Psychosoziale Gesundheit.
- Petzold Hilarion G.* (2002j): Der „informierte Leib“ – embodied und embedded in Kontext/Kontinuum. Düsseldorf/Hückeswagen. Internet: www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm - POLYLOGE: Materialien aus der Europäischen Akademie für Psychosoziale Gesundheit 07/2002; repr. „Integrative Therapie“, Bd. II, 1051-1092.
- Petzold Hilarion G.* (2003a): Integrative Therapie – Modelle, Theorien und Methoden für eine schulübergreifende Psychotherapie. 3 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold Hilarion G.* (2003b): Integrative Beratung, differentielle Konflikttheorie und „komplexe soziale Repräsentationen“. Düsseldorf/Hückeswagen, www.fpi-publikationen.de/materialien.htm – *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* 1.
- Petzold Hilarion G.* (2004c): Pierre Janet – ein Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. In: *Petzold Hilarion G.* (2004b): Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. Düsseldorf/Hückeswagen, www.fpi-publikationen.de/materialien.htm – Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 1; revid. in: *Petzold Hilarion G.* (2006a): Lust auf Erkenntnis. ReferenztheoretikerInnen der Integrativen Therapie. Polyloge und Referenzen – Materialien zu meiner intellektuellen Biographie zu 40 Jahren „transversaler Suche und kokreativer Konnektivierung“. Düsseldorf/Hückeswagen, www.FPIPublikationen.de/materialien.htm – Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit 7.
- Petzold Hilarion G.* (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Petzold Hilarion G.* (2005b): Unterwegs zu einem „erweiterten Seelsorgekonzept“ für eine „transversale Moderne“. In: Henke K., Marzinzik-Boness A. (Hrsg.): „Aus dem etwas machen, wozu ich gemacht worden bin“ – Gestaltseelsorge und Integrative Pastoralarbeit. Stuttgart: Kohlhammer, 213–237.
- Petzold Hilarion G.* (2005h): Ein schlimmer Rückblick: Die „Würde des Patienten ist antastbar“ – „Patient Dignity“ als Leitkonzept angewandter Gerontologie. In: *Petzold, H.G.* (2005a): Mit alten Menschen arbeiten. Bd. 2: Psychotherapie – Lebenshilfe – Integrationsarbeit. Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta, S. 284-292.
- Petzold Hilarion G.* (2007b): Pierre Janet (1855–1947) Ideengeber für Freud, Referenztheoretiker der Integrativen Therapie. *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* (2007): Vol. 33, No. 1/2, 59-86 und gekürzt in: *Psychologische Medizin* 2 (2007) 11-16.
- Petzold Hilarion G.* (2008b): „Mentalisierung“ an den Schnittflächen von Leiblichkeit, Gehirn, Sozialität: „Biopsychosoziale Kulturprozesse“. Geschichtsbewusste Reflexionsarbeit zu „dunklen Zeiten“ und zu „proaktivem Friedensstreben“ – ein Essay. Düsseldorf/Hückeswagen, www.FPI-Publikationen.de/materialien.htm – Polyloge: Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit.
- Petzold Hilarion G.* (2009c): Körper-Seele-Geist-Welt-Verhältnisse in der Integrativen Therapie. Der „Informierte Leib“, das „psychophysische Problem“ und die Praxis. *Psychologische Medizin*, 20/2009, 20-33.
- Petzold Hilarion G.* (2009d): „Macht, Supervisorenmacht und potenzialorientiertes Engagement“. Überlegungen zu vermiedenen Themen im Feld der Supervision und Therapie, verbunden mit einem Plädoyer für eine Kultur „transversaler und säkular-melioristischer Verantwortung“. Düsseldorf/Hückeswagen, FPI-Publikationen, <http://www.fpi-publikation.de/supervision>.
- Petzold Hilarion G., Leuenberger Res, Steffan Angela* (1998): Ziele in der Integrativen Therapie. In: *Ambühl Hansruedi, Strauß Bernhard* (Hg.): Therapieziele. Göttingen. Hogrefe.
- Petzold Hilarion G., Ebert Wolfgang, Sieper Johanna* (1999): Kritische Diskurse und supervisorische Kultur. Supervision: Konzeptionen, Begriffe, Qualität. Probleme in der supervisorischen „Feldentwicklung“ – transdisziplinäre, parrhesiastische und integrative Perspektiven. Düsseldorf/Hückes-

- wagen: FPI/EAG; erweitert und überarbeitet in: Düsseldorf/Hückeswagen: www.fpi-publikationen.de/supervision – *Supervision: Theorie – Praxis – Forschung. Eine interdisziplinäre Internet-Zeitschrift* 01/2001.
- Petzold Hilarion G., Märtens Michael (Hg.) (1999): Wege zu effektiven Psychotherapien. Psychotherapieforschung und Praxis. Band I: Modelle, Konzepte, Settings. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold Hilarion G., Hass Wolfgang, Märtens Michael, Steffan Angela (2000): Therapeutische Wirksamkeit der Integrativen Therapie. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluationsstudie im ambulanten Setting. *Integrative Therapie* 2.
- Petzold Hilarion G., Müller Lotti (2005): Supervision in der Altenarbeit, Pflege, Gerontotherapie: Brisante Themen.
- Petzold Hilarion G., Müller Lotti (2007): Titel: Supervision in der Altenarbeit, Pflege und Gerontotherapie. Brisante Themen - Konzepte - Praxis Integrative Perspektiven. Wien: Krammer Verlag.
- Petzold Hilarion G., Orth Ilse (Hg.) (1990a): Die neuen Kreativitätstherapien. Handbuch der Kunsttherapie. 2 Bde. Paderborn: Junfermann.
- Petzold Hilarion G., Orth Ilse (1999a): Die Mythen der Psychotherapie. Ideologien, Machtstrukturen und Wege kritischer Praxis. Paderborn: Junfermann.
- Petzold Hilarion G., Orth Ilse, Sieper Johanna (2009): Psychotherapie und „spirituelle Interventionen“? – Differenzielle Antworten aus integrativer Sicht für eine moderne psychotherapeutische Praxeologie auf „zivilgesellschaftlichem“ und „emergent-materialistisch-monistischem“ Boden. *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* (2009): Vol. 35, No. 1, 87–122.
- Petzold Hilarion G., Schigl Brigitte, Fischer Martin, Höfner Claudia (2003): Supervision auf dem Prüfstand. Wirksamkeit, Forschung, Anwendungsfelder, Innovation. Opladen: Leske + Budrich.
- Petzold Hilarion G., Orth Ilse, Sieper Johanna (2011): Gewissensarbeit, Weisheitstherapie, Geistiges Leben als Themen moderner Psychotherapie. Wien: Krammer Verlag.
- Petzold Hilarion G., Sieper Johanna (2011): Menschenliebe heilt. Altruismus und Engagement. Potentialorientierte Psychotherapie. Die Aktualität des HENRY DUNANT 1828 – 1910. Wien: Krammer Verlag.
- Régis Emmanuel, Hesnard, Angélo (1922, 2. Auflage): La Psychoanalyse des nèvroses et des psychoses. Paris: Alcan.
- Reil Johann Ch. (1803): Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerüttungen. Halle.
- Ricœur Paul (1996): Das Selbst als ein Anderer. München: Fink.
- Ricœur Paul (2007): Der Unterschied zwischen dem Normalen und dem Pathologischen als Quelle des Respekts. In: Sieper Johanna, Orth Ilse, Schuch Hans W. (Hrsg.): Neue Wege Integrativer Therapie. Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit – Polyloge. Edition Sirius. Bielefeld: Aisthesis, 259–269.
- Rothschuh Karl E. (1978): Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart. Stuttgart: Hippokrates.
- Schipperges Heinrich (1986): Der Arzt als Pädagoge. *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* (1986): No. 4, 264–283.
- Schnyder Ulrich (2009): Therapie gewinnt durch Vielfalt – Evidenz versus Kreativität. In: *Integrative Therapie* Vol. 35, No. 1 (2009). Edition Donau-Universität Krems. Wien: Krammer, 51–69.
- Schuch Hans W. (1988): Psychotherapie zwischen Wertorientierung und Normierung. *Integrative Therapie* 2–3, 108–131.
- Seligman Martin E. P. (1996): Die Effektivität von Psychotherapie – Die Consumer-Reports-Studie. *Integrative Therapie* 2/3, 264–287.
- Sennett Richard (2001): Respekt im Zeitalter der Ungleichheit. Berlin: Berlin Verlag.
- Senf Wolfgang, Broda Michael (2005): Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch. Stuttgart: Thieme.

- Steffan Angela* (2002): *Integrative Therapie in der Praxis. Ergebnisse einer Psychotherapie-Evaluation im ambulanten Setting.* Berlin: Logos.
- Sponsel Rudolf* (2009): Irrtümer und Irrwege Freuds aus allgemein-integrativer Sicht. In: *Leitner Anton, Petzold Hilarion G.* (Hg.) *Sigmund Freud heute.* Wien: Krammer Verlag, 201-222.
- Stumm Gerhard, Pritz Alfred, Voracek Martin, Gumbhalter Paul, Nemeskeri Nora* (2005): *Personenlexikon der Psychotherapie.* Wien, New York: Springer.
- Thielsch Meinald T., Weltzin Simone* (2009): Online-Befragungen in der Praxis. In: *Brandenburg Torsten, Thielsch, Meinald T.* (Hg.): *Praxis der Wirtschaftspsychologie: Themen und Fallbeispiele für Studium und Praxis.* Münster: MV Wissenschaft, 69-85.
- Wachtler Joannes* (1896): *De Alcmaeone Crotoniata.* Leipzig: Teubner.

Kontaktadresse:

Univ.-Prof. Dr. med. Anton Leitner, MSc
Donau-Universität Krems
Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30
3500 Krems
Österreich

E-Mail-Adresse:

anton.leitner@donau-uni.ac.at

Web-Adresse:

www.donau-uni.ac.at/psymed