

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 psycho-
therapeutischen Prozess. Eine praxisbasierte ExpertInnensicht

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

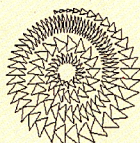
Alexandra Koschier, Michael Märtens, Risiken, Schäden und Neben-
wirkungen in der Psychotherapie. Ergebnisse einer niederösterreich-
weiten PatientInnenbefragung. Ein Kurzbericht

Gregor Liegl, Anton Leitner, Psychotherapie kann mit Zufrieden-
heitseinbußen 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 super-
visorischer Praxis“

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



Alexandra Koschier, Michael Märtens

Risiken, Schäden und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. Ergebnisse einer niederösterreichweiten PatientInnenbefragung

Ein Kurzbericht

Einleitung

Zum gegenwärtigen Stand der Forschung muss festgestellt werden, dass trotz der Fülle positiver Befunde klare Aussagen zu den Risiken und Neben-Wirkungen fehlen und die Schadensforschung noch immer ein Stiefkind der Psychotherapieforschung darstellt. Die gezielte Erfassung unerwünschter Ereignisse, Neben-Wirkungen und Wechselwirkungen hat in der Psychotherapie noch eine unterentwickelte Tradition, wenngleich diese seit nunmehr über 50 Jahren von unterschiedlichen AutorInnen gefordert wird (vgl. *Bergin* 1963, 1967, 1971, *Lambert, Hawkins & Hatfield* 2002, *Märtens & Petzold* 2002). Aus forschungstechnischer Perspektive stellt aber eine intensive Beschäftigung mit diesen Phänomenen eine wichtige Erkenntnisquelle dar, die zu einer notwendigen differenzierten Bewertung unterschiedlicher Vorgehensweisen beiträgt und unverzichtbar für die Qualitätssicherung ist (vgl. *Harmon et al.* 2007, *Lambert* 2007, *Barlow* 2010). Folgende Forschungsfragen standen im Vordergrund der Untersuchung:

- Wie verbreitet sind negative Therapieverläufe?
- Mit welchen Faktoren hängen Nebeneffekte und Schäden durch Psychotherapie zusammen?

Im Rahmen einer niederösterreichweiten Studie wurde untersucht, wie sich die Perspektive aus der PatientInnensicht darstellt.

Methodik

Datenerhebung

Zur quantitativen Exploration der Verbreitung von Neben-Wirkungen und Schäden bei Psychotherapie wurde ein explorativer Fragebogen konstruiert, der die Wahrnehmung von positiven Psychotherapiewirkungen einerseits sowie Schäden und Neben-Wirkungen andererseits zum Inhalt hatte. PatientInnen sollten zusätzlich zu Fragen bezüglich Wohlbefindens, Persönlichkeit, Therapiedauer, Therapieerfahrungen, auch differenziert Fragen zu Nebeneffekten, möglichen Risikofaktoren und Schäden beantworten (zum Überblick über das Forschungsprojekt, den theoretischen Hintergrund, Definitionen und Design vgl. *Leitner*, s. dieser Band).

Eine Zusammenarbeit mit der Niederösterreichischen Gebiets-Krankenkasse (NÖGKK) konnte gewährleisten, dass alle PatientInnen, die im 2. Quartal 2008

Zuschüsse zur Psychotherapie bzw. Psychotherapeutischen Medizin von der Krankenkasse bezogen hatten, einen Fragebogen von dieser zugesandt bekamen. Um die Anonymität zu wahren, erfolgte die Rücksendung ohne Angabe des Absenders an das Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie der Donau-Universität Krems. Diese Stichprobe entspricht einer Querschnittserhebung aller kassenfinanzierten Psychotherapien in Niederösterreich im genannten Zeitraum und liefert somit ein aktuelles Bild der ambulanten psychotherapeutischen Versorgungssituation.

Insgesamt nahmen an der niederösterreichweiten Fragebogenexploration 562 PatientInnen teil, was einem Rücklauf von 33,6%, bei insgesamt 1673 ausgeschickten Fragebögen, entsprach. Davon wurden zehn PatientInnen ausgeschlossen, da diese entweder das festgelegte Mindestalter von 18 Jahren noch nicht erreicht hatten, oder der Fragebogen unzureichend ausgefüllt retourniert wurde. Es konnten die Daten von N = 552 PatientInnen zur Auswertung herangezogen werden.

Methoden

Die Fragebogenerhebung sollte ein Bild vom realen Therapiealltag – vergleichbar mit der aktuellen Praxisstudie von *Albani Cornelia* et al. (2010) aus Deutschland - für Österreich liefern, um ein breites Spektrum potentiell unerwünschter Ereignisse aus der psychotherapeutischen Routineversorgung zu erfassen. Während die Untersuchung von *Albani* et al. eine bevölkerungsrepräsentative Erhebung (Juni 2008 bis September 2009) mit insgesamt 1212 Personen, die im Zeitraum der letzten 6 Jahre in ambulanter psychotherapeutischer Behandlung waren (698 Befragte) oder noch in ambulanter Psychotherapie sind (N=514) telefonisch zu ihren Erfahrungen mit ihrer ambulanten psychotherapeutischen Behandlung befragt wurden, erfolgte diese Erhebung postalisch.

Ausgehend von der vorangegangenen qualitativen Auswertung von PatientInnenbeschwerden (vgl. *Hinterwallner, Gerlich* et al., s. dieser Band) und ExpertInnendiskussionen (vgl. *Gerlich*, s. dieser Band) wurden 61 spezifische Items in Form von Statements erarbeitet, die von den PatientInnen auf einer 5-stufigen Skala (von 1 = „trifft nicht zu“ bis 5 = „trifft völlig zu“) bezogen auf die jeweilige persönliche Situation beurteilt werden sollten. Insgesamt umfasste der Fragebogen 180 Items. Die folgende Auswertung fokussiert hier auf die Kernitems zum Therapieprozessverlauf und der Ergebnisbewertung der Therapie aus PatientInnensicht.

Die mittels Faktorenanalyse zusammengeführten Items wurden zu Faktoren zusammengefasst und mit inhaltlichen Faktorenlabels bezeichnet (um die Extraktion der Faktoren inhaltlich interpretierbar zu machen, wurde ein orthogonales Verfahren, Varimax mit Kaisernormalisierung, verwendet). Die Faktorenanzahl wurde mithilfe des Scree-Tests bestimmt. Das Eigenwertdiagramm ließ eine Faktorenanzahl von 6 Faktoren festlegen, die 41,6% der Gesamtvarianz erklärten.

Der erste Faktor erklärte 18,825% der Gesamtvarianz mit einem Eigenwert von 11,48. Ihm konnten 20 der 60 Items zugeordnet werden. Dieser Faktor wurde nach der Interpretation der zugehörigen Items „therapeutische Beziehungsqualität“ genannt und repräsentiert die erlebte Arbeitsbeziehung. Beispielimens für diesen Faktor waren Aussagen wie: *„Ich fühle mich von meinem Therapeuten / meiner Therapeutin verstanden“* oder *„Ich kann meinem Therapeuten / meiner Therapeutin vertrauen“*. Mit einem Eigenwert von 4,36 erklärte der zweite Faktor 7,145% der Gesamtvarianz. Ihm wurden 7 Items zugeordnet, mit dem Kategorienlabel „Erwünschte Wirkung“ versehen und enthielt unter anderem folgende Items: *„Ich habe den Eindruck, dass ich seit Therapiebeginn selbstbewusster geworden bin“* oder *„Ich erlebe mein Leben seit Therapiebeginn als sinnvoll“*. Der dritte Faktor hatte einen Eigenwert von 2,94, erklärte damit 4,811% der Gesamtvarianz und bildete mit seinen 8 zugeordneten Items die „Emotionale Sensibilität“ ab. Beispielimens für diesen Faktor waren: *„Ich fühle mich seit Therapiebeginn sensibler“* oder *„Ich fühle mich seit Therapiebeginn verletzlicher meinen Mitmenschen gegenüber“*. Mit einem Eigenwert von 2,53 erklärte der vierte Faktor 4,15% der Gesamtvarianz. Die 9 ihm zugeordneten Items deuteten darauf hin, dass niedrige Werte seitens der PatientInnen in diesem Faktor auf „Belastung durch die Therapie“ schließen ließen. Folgende Items konnten unter anderem hier zugeordnet werden: *„Ich fühle mich manchmal in der Therapie überfordert“* oder *„Ich habe Angst vor der Reaktion meines Therapeuten / meiner Therapeutin, wenn ich ihm / ihr sagen würde, dass ich die Therapie beenden will“*. Der fünfte Faktor hatte einen Eigenwert von 2,18 und erklärte 3,578% der Gesamtvarianz. Er wurde nach inhaltlicher Interpretation der ihm untergeordneten Items (insgesamt 9) „Isolation“ genannt und beinhaltete zum Beispiel folgende Items: *„Ich spreche, seitdem ich in Therapie bin, kaum mit anderen Menschen über meine Sorgen und Probleme“* oder *„Ich habe das Gefühl, mein Therapeut / meine Therapeutin ist derzeit der wichtigste Mensch in meinem Leben“*. Der sechste Faktor hatte einen Eigenwert von 1,89 und erklärte damit 3,104% der Gesamtvarianz. Die ihm zugeordneten Items dienten der „Aufklärung über mögliche Veränderungen“ und wurde unter anderem durch diese Items beschrieben: *„Mein Therapeut / meine Therapeutin hat mich zu Therapiebeginn darauf aufmerksam gemacht, dass ich mich möglicherweise verändern werde“* oder *„Mein Therapeut / meine Therapeutin hat mich darauf hingewiesen, dass Veränderungsprozesse manchmal sehr schmerzhaft sein können“*.

Ergebnisse

Stichprobenbeschreibung

Das Durchschnittsalter der 552 PatientInnen beträgt 42,9 Jahre (SD=12,08), wobei die/der Jüngste 18 und die/der Älteste 78 Jahre alt war. Insgesamt nahmen etwa viermal so viele Frauen (N = 441; 79,9%) als Männer (N = 111; 20,1%) an der Studie teil.

Die Geschlechterverteilung der Personen, die in Österreich ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen haben (vgl. *Statistik Austria* 2006/2007), ließ allerdings etwa gleichviel Frauen (11,9% der Österreicherinnen im Alter ab 15 Jahren waren im genannten Zeitraum in psychotherapeutischer Behandlung) wie Männer (11,5% der Österreicher im Alter ab 15 Jahren waren im genannten Zeitraum in psychotherapeutischer Behandlung) erwarten. Männer sind demzufolge in der Studie unterrepräsentiert.

In die vorliegende Untersuchung ging folgende Differenzierung im Hinblick auf die therapeutische Orientierung ein:

Es wurden PatientInnen von 222 (40,2%) PsychotherapeutInnen mit humanistisch-existenzieller Orientierung, von 125 (22,6%) verhaltenstherapeutisch orientierten PsychotherapeutInnen, von 97 (17,6%) PsychotherapeutInnen mit tiefenpsychologisch-psychodynamischer Orientierung, von 87 (15,8%) systemisch orientierten PsychotherapeutInnen, und PatientInnen von 21 (3,8%) ÄrztInnen mit einem ÖÄK-Diplom für Psychotherapeutische Medizin untersucht. Die Gruppe der PatientInnen von Psy-III-ÄrztInnen war für weitergehende Auswertungen zu klein.

Gründe für den Beginn einer Psychotherapie waren häufig Depressionen (62,8%; N = 346) und Angst (43,2%; N = 238), Sucht hingegen schien mit 5,6% (N = 31) unterrepräsentiert (Mehrfachantworten waren hier möglich). Es stellt sich daher die Frage, ob eine möglicherweise nicht benannte Suchtproblematik einen diagnostischen Mangel oder aber eine Labelingvermeidung darstellt. Fast die Hälfte der PatientInnen (46,7%; N = 257) gab an, vor der aktuellen Therapie schon einmal eine Psychotherapie gemacht zu haben, davon 220 PatientInnen (89,4%) in einer Praxis oder einer Beratungsstelle und 67 (25,1%) stationär im Krankenhaus (Mehrfachantworten waren möglich). Es ließen sich in Bezug auf diese Verteilung keine Unterschiede zwischen den einzelnen therapeutischen Orientierungen nachweisen. Insgesamt befanden sich 64,3% (N = 355) der PatientInnen zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch in Therapie, 25% (N = 138) gaben an, ihre Therapie bereits erfolgreich beendet zu haben, und die restlichen 10,7% (N = 59) hatten ihre Therapie abgebrochen. In Bezug auf die Verteilung des Verlaufsstatus der PatientInnen ließen sich keine Unterschiede zwischen den 4 Grundorientierungen bzw. Psychotherapeutischer Medizin feststellen.

Von den PatientInnen, die ihre Psychotherapie abgebrochen hatten, gaben 37,2% (N = 22) der Personen als Grund für den Therapieabbruch an, es habe keine Verbesserung stattgefunden. 42,4% (N = 25) der AbbrecherInnen war die Therapie einfach zu teuer (Eine Psychotherapieeinheit, 50 min., kostet in Österreich zwischen 60 und 90 EUR, 21,80 EUR zahlt die NÖGKK zurück, wenn die/der PsychotherapeutIn keine Kassenplätze hat.) Und 11,9% (N = 7) sagten, sie hätten sich bei ihrem Therapeuten / ihrer Therapeutin nicht wohl gefühlt.

Erhoben wurde auch das Geschlecht der TherapeutInnen, wobei 24,2% (N = 118) der behandelnden TherapeutInnen männlich und 75,8% (N = 369) weiblich waren. Bei 487 PatientInnen wurde das eigene Geschlecht *und* das Geschlecht der/des TherapeutIn bekannt gegeben. Davon waren bei 310 der PatientInnen-TherapeutInnen-Paare sowohl Therapeutin als auch Patientin weiblich (63,3%). Bei 78 Paaren war die Patientin weiblich und der Therapeut männlich (16,5%), bei 59 der PatientInnen-TherapeutInnen-Paare war der Patient männlich und die Therapeutin weiblich (12%). Nur 40 Paare bestanden aus männlichem Therapeuten und männlichem Patienten (8,2%).

Therapeutische Beziehungsqualität

Die „therapeutische Beziehung“ wurde allgemein mit einem Mittelwert von MW = 1,54 (SD = 0,466; N = 543) sehr gut bewertet. Insgesamt erreichten hier sogar 88,4% der PatientInnen einen mittleren Item-Wert zwischen 1 und 2 (sehr niedrige Faktorenausprägung) und 10,1% einen mittleren Item-Wert zwischen 2 und 3 (eher niedrige Faktorenausprägung). Nur 1,5% berichteten von einer eher schlechten Beziehungsqualität (Item-Mittelwerte zwischen 3 und 4). Eine sehr schlechte Beziehungsqualität (Item-Mittelwerte zwischen 4 und 5) wurde nicht berichtet (vgl. Abb.1).

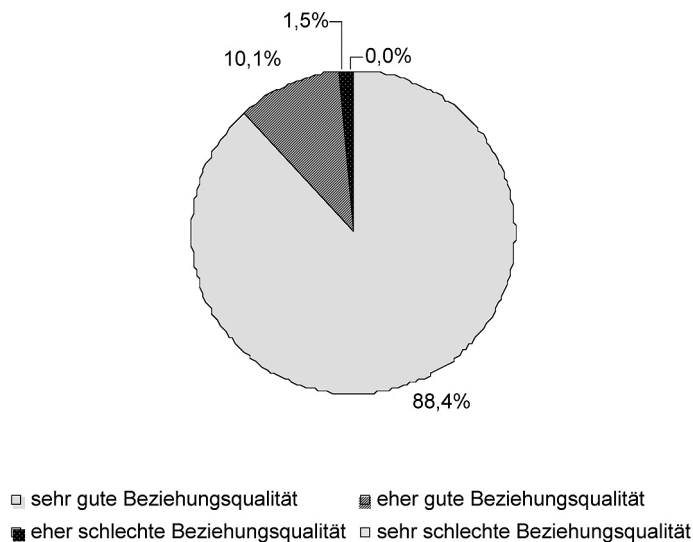


Abb. 1: Therapeutische Beziehungsqualität (N = 543)

Die verschiedenen therapeutischen Grundorientierungen bzw. Psychotherapeutische Medizin unterschieden sich nicht signifikant voneinander (*Kruskal-Wallis-Test*; $p = 0,093$). Der Mittelwert der therapeutischen Beziehungsqualität lag jeweils zwischen 1 und 2.

Es wurde außerdem verglichen, ob sich PatientInnen, die sich noch in Therapie befanden, PatientInnen, die erfolgreich beendet hatten und PatientInnen, die die Therapie abgebrochen hatten, bezüglich des Faktors „Therapeutische Beziehungsqualität“ voneinander unterschieden. Das äußerst signifikante Ergebnis (*Kruskal-Wallis-Test*; $p < 0,001$) sowie die genauere Analyse mittels *Mann-Whitney-Test* offenbarte, dass die AbbrecherInnen mit einem Mittelwert von $MW = 1,91$ ($SD = 0,660$) die therapeutische Beziehungsqualität deutlich schlechter einschätzten als PatientInnen, die die Therapie erfolgreich beendet hatten ($p < 0,001$) und auch als solche, die zum Zeitpunkt der Erhebung noch in Therapie waren ($p < 0,001$).

In Bezug auf die vier Kombinationsmöglichkeiten hinsichtlich des Geschlechts der PatientInnen und TherapeutInnen konnte ein signifikanter Mittelwertsunterschied (*Kruskal-Wallis-Test*; $p = 0,001$) zwischen den Gruppen nachgewiesen werden. Um herauszufinden, welche Geschlechtskombinationen sich bezüglich der therapeutischen Beziehungsqualität tatsächlich voneinander unterschieden, wurden alle Kombinationspaare mittels *Mann-Whitney-Test* auf signifikante Unterschiede untersucht. Jene Paare, bei denen sowohl Therapeutin als auch Patientin weiblich waren, erzielten die höchste Beziehungsqualität ($MW = 1,46$; $SD = 0,416$). Dieses Ergebnis unterschied sich sowohl von der Kombination „Therapeutin weiblich – Klient männlich“ ($MW = 1,66$; $SD = 0,466$) signifikant ($p < 0,001$), als auch von der Kombination „Therapeut männlich – Klient männlich“ ($MW = 1,63$; $SD = 0,477$; $p < 0,05$). Außerdem berichteten Patientinnen, die bei einem Mann in Therapie waren ($MW = 1,52$; $SD = 0,448$), von einer signifikant besseren Beziehung, als Patienten, die bei einer Frau in Therapie waren ($p < 0,05$).

Zudem interessierte in diesem Zusammenhang das Ausmaß an körperlicher Nähe zwischen PatientIn und TherapeutIn, das von 80,8% ($N = 446$) der PatientInnen mit als angemessen empfunden wurde. 4,3% ($N = 24$) der PatientInnen hatten subjektiv eher zu wenig und 3,1% ($N = 17$) viel zu wenig Nähe zu ihrer / ihrem TherapeutIn. Nur eine Person gab an, eher zu viel Nähe zur / zum TherapeutIn zu haben. Von 11,6% ($N = 64$) der PatientInnen wurde die Frage nach der körperlichen Nähe gar nicht beantwortet.

Erwünschte Wirkung

Der Faktor „Erwünschte Wirkung“ erreichte einen Mittelwert von $MW = 2,67$ ($SD = 0,79$; $N = 543$). Etwa jeder Fünfte (20,4%) zeigte sehr viel erwünschte Wirkung und immerhin 42,5% der PatientInnen zeigten zumindest eher viel erwünschte Wirkung. Dafür erlebte fast jeder Zehnte (9,2%) gar keine und 27,7% eher wenig gewünschte Wirkung der Therapie (vgl. Abb. 2).

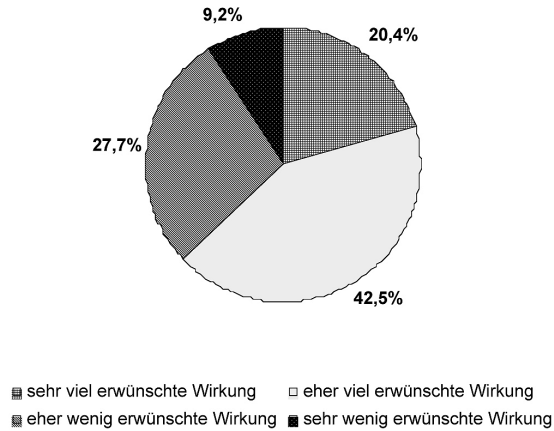


Abb. 2: Erwünschte Wirkung (N = 543)

Auch bei der erwünschten Wirkung der Psychotherapie unterschieden sich die Mittelwerte der verschiedenen therapeutischen Orientierungen bzw. Psychotherapeutischer Medizin nicht signifikant voneinander (*Kruskal-Wallis-Test*; $p = 0,074$).

Erwartungsgemäß konnte gezeigt werden, dass es zwischen TherapieabbrecherInnen, PatientInnen, die erfolgreich beendet hatten und solchen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch in Therapie waren, weitere signifikante Differenzen in den Mittelwerten des Faktors „Erwünschte Wirkungen“ gab (*Kruskal-Wallis-Test*; $p < 0,001$). AbbrecherInnen bewerteten mit einem Mittelwert von $MW = 3,19$ ($SD = 0,909$) die Therapie wesentlich weniger erfolgreich, als PatientInnen, die sich noch in Therapie befanden ($MW = 2,67$; $SD = 0,779$; $p < 0,001$) und PatientInnen, die ihre Therapie erfolgreich beendet hatten ($MW = 2,69$; $SD = 0,824$; $p < 0,001$; vgl. Abb. 3).

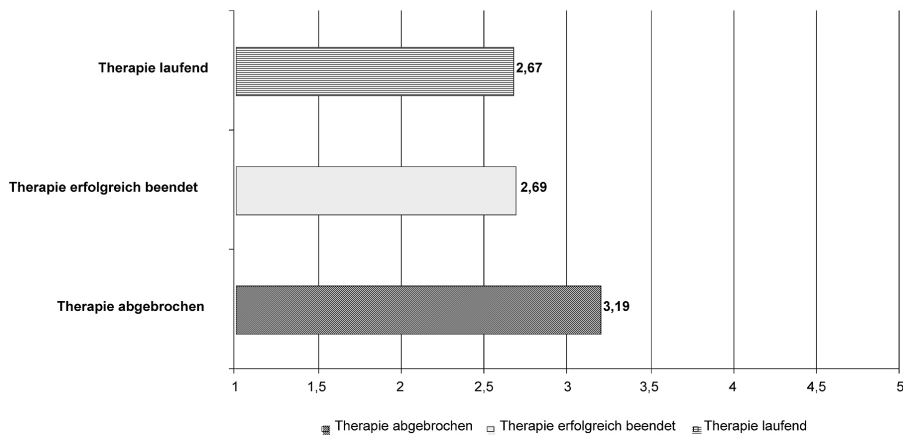


Abb. 3: Erwünschte Wirkung und Verlaufsstatus (N = 543)

Der *Kruskal-Wallis*-Test zeigte mit $p < 0,05$ einen signifikanten Mittelwertsunterschied zwischen den vier Kombinationsmöglichkeiten, was die Geschlechterkombination der PatientInnen und TherapeutInnen betraf. Es unterschied sich die Kombination „Therapeutin weiblich – Patientin weiblich“ mit einem Mittelwert von $MW = 2,62$ ($SD = 0,771$) signifikant von den beiden Kombinationsmöglichkeiten „Therapeutin weiblich – Patient männlich“ ($MW = 2,91$; $SD = 0,813$; $p < 0,05$) und „Therapeut männlich – Patient männlich“ ($MW = 3,00$; $SD = 0,991$; $p < 0,05$).

Emotionale Sensibilität

Was den Faktor „Emotionale Sensibilität“ betraf, so wurden hier mit $MW = 4,2$ ($SD = 0,634$; $N = 542$) eher wenig diesbezügliche Veränderungen erlebt. Nur 0,6% berichteten von sehr vielen und 3,3% von eher vielen Veränderungen der emotionalen Sensibilität. Ein Viertel (24,9%) der PatientInnen berichtete von eher wenigen Veränderungen in den Sozialbeziehungen und 71,2% der PatientInnen erlebten so etwas sehr selten bis gar nicht.

Die Therapierichtungen unterschieden sich nicht signifikant im Bereich emotionale Sensibilität (*Kruskal-Wallis*-Test; $p = 0,205$).

Ein ebenfalls äußerst signifikantes Ergebnis konnte hinsichtlich des Verlaufsstatus der PatientInnen gezeigt werden (*Kruskal-Wallis*-Test; $p = 0,008$). Die genauere Analyse mittels *Mann-Whitney*-Test zeigte, dass dies durch den signifikanten Mittelwertsunterschied zwischen AbbrecherInnen und PatientInnen, welche die Therapie erfolgreich beendet hatten, zustande kam ($p = 0,038$). AbbrecherInnen hatten mit einem Mittelwert von $MW = 4,09$ ($SD = 0,793$) die meisten Veränderungen in ihren sozialen Beziehungen. Demgegenüber erwähnten PatientInnen, die erfolgreich beendet hatten, nur wenig Veränderungen im sozialen Umfeld ($MW = 4,34$; $SD = 0,602$). Aber auch PatientInnen, die noch in Therapie waren, erlebten signifikant mehr Veränderungen als Personen, welche die Therapie erfolgreich hinter sich gebracht hatten ($p = 0,003$) (vgl. Abb.4).

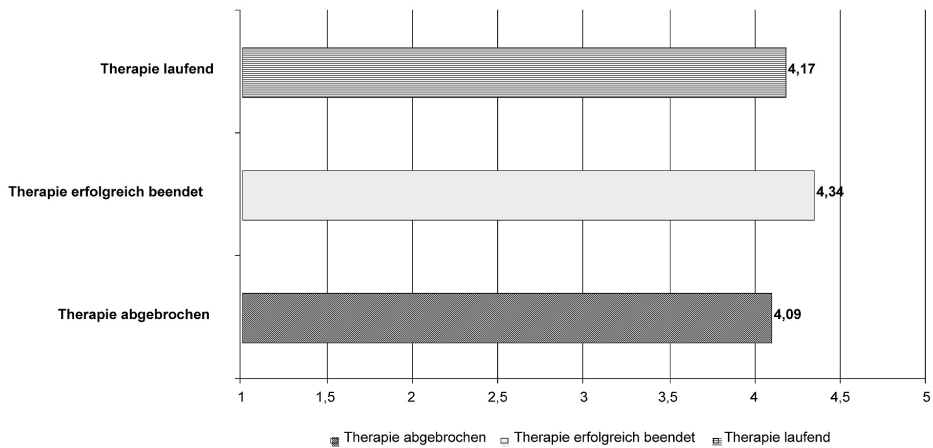


Abb. 4: Emotionale Sensibilität und Verlaufsstatus (N = 542)

Die vier Geschlechterkombinationen unterschieden sich nach Durchführung des *Kruskal-Wallis*-Tests nicht signifikant in den wahrgenommenen Veränderungen ihres sozialen Umfeldes ($p = 0,526$). Sämtliche Mittelwerte lagen knapp über einem Wert von 4.

Strukturqualität: Formaler Rahmen, Diagnose, Supervision

Ein Bereich, der häufig Anlass zu Beschwerden gab, lag im formalen Rahmen, in dem die Psychotherapie durchgeführt wurde (vgl. *Hinterwallner, Gerlich* et al., s. dieser Band). Unter dem formalen Rahmen sind Termine, Bezahlung, Kosten, Dauer, etc. zu verstehen. Deshalb wurde dieser Bereich auch näher beleuchtet:

Für 95% (N = 508) der PatientInnen war die Zeit angemessen, die zur Klärung des formalen Rahmens verwendet wurde. Auch die Information über die formalen Rahmenbedingungen erfolgte rechtzeitig (92,1%, N = 498). Nur 12 Patientinnen (2,2%) gaben an, keine rechtzeitige Information erhalten zu haben. Insgesamt wurde hier ein sehr positives Bild der PatientInnenzufriedenheit präsentiert.

In Bezug auf die Diagnostik gaben 54,1% (N = 294) der PatientInnen an, dass eine Diagnose gestellt wurde, 19% (N = 103) der PatientInnen waren der Meinung, dass keine Diagnose gestellt wurde, und 26,9% (N = 146) der PatientInnen gaben an, nicht zu wissen, ob ihre / ihr TherapeutIn zu Beginn der Psychotherapie eine Diagnose gestellt hatte. Es ließen sich keine signifikanten Verteilungsunterschiede zwischen den einzelnen Therapierichtungen feststellen. Dies war überraschend, da die einzelnen Verfahren erhebliche theoretische Unterschiede hinsichtlich diagnostischer Vorgehensweisen aufweisen.

Aufgrund ganz seltener Zustimmungen zu einem breiten Spektrum an Klagen über ungewöhnliche Abrechnungspraktiken, Sonderregelungen und aus Beschwerdebriefen bekannten Vorwürfen zu unsozialen Verhaltensweisen in Therapiesitzungen, die

in N = 68 Items abgefragt wurden, konnten hierzu keine weiteren statistischen Auswertungen erfolgen. Hieraus kann geschlossen werden, dass in dieser Stichprobe grob standeswidrige Verhaltensweisen ausgesprochen selten (weniger als 1%) vorkam und eher Einzelfälle darstellten. Zusätzlich wurde gefragt, ob die/der TherapeutIn in der Supervision über die/den betroffene/betroffenen PatientIn spricht. Dabei antworten 6,8% (N = 36) mit „nein“, 19,5% (N = 104) mit „ja“ und 48% (N = 256) mit „weiß nicht“. Die restlichen 25,7% (N = 137) gaben an, sie wüssten nicht, was Supervision sei.

Aufklärung über mögliche Veränderungen

Im Faktor „Aufklärung über mögliche Veränderungen“ erreichten die PatientInnen einen Mittelwert von MW = 2,88 (SD = 0,919; N = 543). Zwar waren etwa ein Fünftel (20,3%) der PatientInnen sehr gut und weitere 35,5% zumindest eher gut über derartige mögliche Veränderungen aufgeklärt worden, allerdings hatten auch 29,3% der PatientInnen die Aufklärung als „eher schlecht“ eingestuft und 14,9% eine solche Aufklärung nur unzureichend bis gar nicht erlebt (vgl. Abb.5).

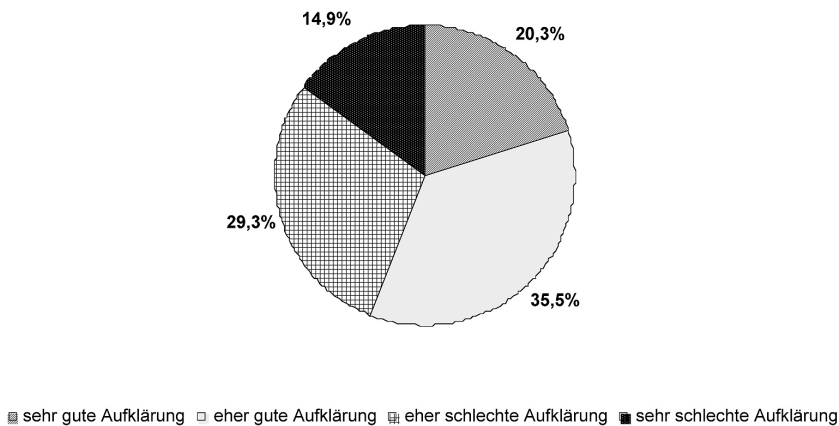


Abb. 5: Aufklärung über mögliche Veränderungen (N = 543)

Es konnten in diesem Faktor bezüglich der Therapierichtungen keine signifikanten Unterschiede nachgewiesen werden – weder mit dem *Kruskal-Wallis-Test*, noch bei Paarvergleichen mittels *Mann-Whitney-Test*.

Interessant war auch herauszufinden, ob sich PatientInnen, die noch in Therapie waren, oder diese erfolgreich beendet hatten, von jenen, die die Therapie abgebrochen hatten, bezüglich der Aufklärung über mögliche Veränderungen unterschieden.

Es konnte ein äußerst signifikantes Ergebnis gezeigt werden (*Kruskal-Wallis-Test*; $p = 0,005$), das aufgrund der AbbrecherInnen entstand (Analyse mittels *Mann-Whitney-*

Test). Die PatientInnen, die ihre Psychotherapie vorzeitig abgebrochen hatten, waren - mit einem Mittelwert von $MW = 3,28$ ($SD = 1,026$) - deutlich unzureichender aufgeklärt worden, als jene PatientInnen, die die Therapie erfolgreich beendet hatten ($p = 0,02$) und auch als solche, die zum Zeitpunkt der Erhebung noch in Therapie waren ($p < 0,001$).

Die Mittelwerte der vier unterschiedlichen Geschlechterkombinationen unterscheiden sich nicht signifikant voneinander.

Belastung durch die Therapie

Im Faktor „Belastung durch die Therapie“ erreichten die PatientInnen einen Mittelwert von $MW = 4,08$ ($SD = 0,712$; $N = 543$), was dahingehend interpretiert werden kann, dass die Belastungen kein häufiges Phänomen darstellen. Anzumerken ist hier, dass Belastungen nicht per se negativ zu bewerten sind, sondern nur dann, wenn Sie nicht gelöst werden und zu keiner Weiterentwicklung führen. 65,6% der PatientInnen berichteten von sehr wenig bis gar keinen Belastungssituationen und weitere 26,5% erlebten eher selten Belastung durch die Therapie. Insgesamt 7,9% meldeten allerdings auch eher viele bis sehr viele belastende Schwierigkeiten.

Bei den therapeutischen Orientierungen ergaben sich bezüglich des Faktors „Belastung durch die Therapie“ keine signifikanten Differenzen zwischen den Therapierichtungen (*Kruskal-Wallis-Test*; $p = 0,249$).

Zwischen TherapieabbrecherInnen, PatientInnen, die erfolgreich beendet hatten und PatientInnen, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch in Therapie waren, gab es sehr hoch signifikante Unterschiede (*Kruskal-Wallis-Test*; $p < 0,001$). AbbrecherInnen berichteten mit einem Mittelwert von $MW = 3,57$ ($SD = 0,860$) von deutlich mehr Belastung als PatientInnen, die sich noch in Therapie befanden und solchen, die ihre Therapie erfolgreich hinter sich gebracht hatten (vgl. Abb.6).

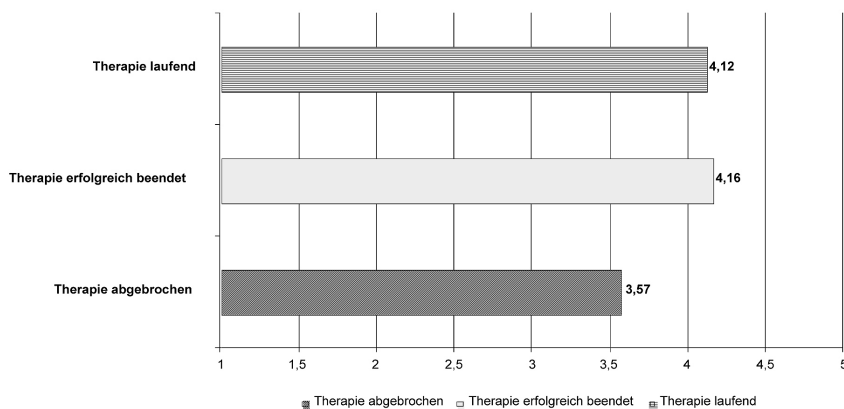


Abb. 6: Belastung durch die Therapie und Verlaufsstatus ($N = 543$)

Wieder unterschieden sich die vier Geschlechterkombinationen nicht signifikant (*Kruskal-Wallis-Test*; $p = 0,170$) in den Belastungsbewertungen.

Erwähnenswert sind die Anmerkungen der PatientInnen im Fragebogen, die am Ende in Form einer offenen Frage die Möglichkeit hatten, Ihnen wichtig erscheinende Mitteilungen zu verfassen. Insgesamt nutzten 219 PatientInnen (ca. 40% der Gesamtstichprobe) diese zusätzliche Form der Rückmeldung, davon 190 Frauen und nur 29 Männer.

Diese Inhalte konnten grob in 3 Kategorien eingeteilt werden: Anmerkungen zur eigenen Therapie, Anmerkungen zur Psychotherapie im Allgemeinen und Kritik am Fragebogen.

Bei den Anmerkungen zur eigenen Therapie äußerten sich insgesamt 105 PatientInnen (ca. 19% der Gesamtstichprobe) positiv gegenüber ihrer eigenen Psychotherapie, 19 (ca. 3%) führten weitere wertneutrale Aspekte an. Immerhin berichteten 31 PatientInnen (ca. 6% der Gesamtstichprobe) Negatives über ihre Psychotherapie und 11 PatientInnen (ca. 2%) gaben an, dass sie wegen negativer Erfahrungen die/den PsychotherapeutIn einmal oder mehrmals wechseln mussten.

Bei den allgemeinen Anmerkungen zur Psychotherapie äußerten sich 73 PatientInnen (ca. 13% der Gesamtstichprobe) zur finanziellen Belastung durch Psychotherapie. Davon dankten 20 Patientinnen (ca. 4%) der NÖGKK, bzw. dem „Staat“ für die finanzielle Unterstützung. Viele betonten, dass ihnen ohne diese Unterstützung trotz Notwendigkeit eine Therapie niemals leistbar gewesen wäre. Ein Großteil jedoch (50 PatientInnen, ca. 9% der Gesamtstichprobe), äußerte sich negativ gegenüber der finanziellen Situation in Bezug auf Psychotherapie. So wurde z.B. mitgeteilt, dass PatientInnen sich das nötige Ausmaß an Stunden nicht immer leisten konnten, und andere verzichteten sogar zu Gunsten Ihrer Kinder auf die eigene Psychotherapie, da zwei Therapien in einer Familie nicht leistbar wären. Einige betonten das Ungleichgewicht der finanziellen Unterstützung der Behandlung von psychischen Erkrankungen im Vergleich zur finanziellen Unterstützung bei der Behandlung von körperlichen Erkrankungen oder mit Medikamenten. Immer wieder forderten die PatientInnen, die Krankenkasse solle sämtliche Kosten der Psychotherapie übernehmen, um Psychotherapie auch für Niedrigverdiener zu ermöglichen und dadurch eventuell höhere Kosten für Arbeitgeber und Staat aufgrund von Krankenständen wegen psychischer Probleme zu verhindern. Der Grundkanon lautete, die finanzielle Situation eines Menschen sollte nicht über seine psychotherapeutischen Behandlungsmöglichkeiten und damit über sein psychisches Wohlbefinden bestimmen. Die Aufforderung an die Krankenkassen lautete im Allgemeinen: „Mehr PsychotherapeutInnen unter Vertrag nehmen!“ Drei PatientInnen zeigten sich zwar dankbar für die finanzielle Unterstützung, äußerten aber auch ihre Sorge, dass diese wegfallen könnte, beziehungsweise wünschten sich noch mehr Unterstützung.

Direkte Kritik zum Fragebogen äußerten 21 PatientInnen (ca. 4°% der Gesamtstichprobe). Der Großteil davon (12 PatientInnen, ca. 2°%) bemängelt die Fragen an sich, manche allgemein und nicht begründet (Bsp.: „Viele dumme Fragen...“), andere aber mit durchaus berechtigter und verständlicher Begründung. Zum Beispiel meinte eine PatientIn, dass die Bewertung einiger Fragen stimmungsabhängig sei, eine andere, dass auch das psychische Leiden der PatientInnen an sich die Ergebnisse verändern könnte, und eine weitere Patientin meinte, dass die Beantwortung der Fragen von der Therapiephase, in der sich der/die jeweilige PatientIn zur Zeit befindet, abhängt. Einige weitere fanden, die Fragen wären zu privat, beziehungsweise würden darauf abzielen, den/die TherapeutIn zu „bespitzeln“. 2 PatientInnen meinten, der Fragebogen wäre zu lang, beziehungsweise zu anstrengend und ein weiterer Patient teilte uns mit, dass er keinen Fragebogen mehr erhalten möchte. 5 PatientInnen machten uns auf Schreibfehler im Fragebogen aufmerksam.

Diskussion

Wie verbreitet sind nun negative Therapieverläufe? Die eingangs gestellte Frage kann für Niederösterreich ganz klar beantwortet werden: Die Ergebnisse der Befragung zeigen deutlich, dass Psychotherapie in Niederösterreich von einem Großteil der PatientInnen als positiv, hilfreich und sinnvoll erlebt wird und sich verschiedene Nebenwirkungen in engen Grenzen halten. Vor allem schwerwiegende Therapieschäden scheinen die Ausnahme zu sein.

Mit welchen Faktoren hängen aber diese unerwünschten Nebeneffekte und Schäden durch Psychotherapie potenziell zusammen?

Aus PatientInnensicht scheint dies wiederum vor allem in der Beziehung zur / zum TherapeutIn zu liegen. Misslungene Beziehungsangebote sind auch als Gründe für frühzeitige Beendigungen zu nennen. (Dass es sich dabei um gelungene Kurzzeittherapien handeln könnte, vgl. *Talmon Moshe* 1990, *Hoyt Michael, Rosenbaum Robert & Talmon* 1992, *Märtens* 1999, kann bei den PatientInnen dieser Studie ausgeschlossen werden, da hier nur PatientInnen untersucht wurden, die ihre Therapie negativ erlebt hatten und auch das Ergebnis negativ bewerten.)

Luis Botella und MitarbeiterInnen (2008) haben eine Untersuchung zu vorzeitigen Behandlungsabbrüchen vorgelegt. Zu den AbbrecherInnen (N = 165, bei 239 regulären Beendigungen) wird festgestellt, dass diese keinen Unterschied hinsichtlich der Störungsschwere aufwiesen. Es gibt keinen Hinweis auf einen Zusammenhang zwischen der Belastungsschwere und einer größeren Neigung zum Therapieabbruch. Hinsichtlich der therapeutischen Allianz, gemessen mit der Kurzversion des WAI, Working Alliance Inventory von *Horvath Adam & Greenberg Leslie* (1986), zeigte sich bei den AbbrecherInnen, die durchschnittlich eine leichte Verschlechterung der Eingangssymptomatik zum Zeitpunkt des Abbruchs aufwiesen, dass es bei ihnen schon statistisch signifikant schlechte Einschätzungen bezüglich der in der ersten

Sitzung erlebten Beziehungsqualität gab. Der festgestellte Unterschied vergrößerte sich innerhalb von drei Sitzungen (vgl. *Botella, Corbella et al 2008, 538*). Interessanterweise zeigten später im Therapieprozess auftretende Symptomverschlechterungen oder Krisen in der therapeutischen Beziehung mit schlechteren Bewertungen aus Sicht der PatientInnen keine wesentlichen Auswirkungen auf die grundsätzlichen Bewertungen des Therapieprozesses. Allerdings ergaben sich aus diesem Phänomen deutlich längere Therapiedauern und eine etwas geringere Verbesserung der eingeschätzten Besserung aus PatientInnensicht am Ende der Therapie. Damit zeigt sich in der Untersuchung von *Botella*, die ebenfalls mit einer Stichprobe ambulanter PsychotherapiepatientInnen durchgeführt wurde, eine ähnliche Situation. In der Therapiebeziehungsbeurteilung finden sich die deutlichsten Anzeichen für unerwünschte Verläufe. Die Ergebnisse unterstützen die Daten von *Horvath und Symonds B. Dianne (1991)*, dass stärkere Symptombesserungen mit besseren Beziehungsbewertungen einhergehen, ohne dass hieraus ein linearer Zusammenhang zu interpretieren ist.

Die therapeutische Beziehung, deren Komplexität das Handbuch der therapeutischen Beziehung von *Hermer Matthias und Röhrle Bernd 2008* auf fast 1700 Seiten mit ihren vielen Aspekten beleuchtet, bestimmt den Therapieerfolg zu einem hohen Maß – ein Befund, der sich auch in der vorliegenden Studie widerspiegelt.

In der Niederösterreich-Studie schätzten die TherapieabbrecherInnen die Beziehungsqualität am schlechtesten ein und waren mit den erhofften Effekten nicht zufrieden. Hier hätte eventuell eine umfassendere Aufklärung helfen können, Abbrüche zu vermeiden. Die Befunde zeigten einen deutlichen Zusammenhang zwischen dem vorzeitigen Therapieende und mangelnder Aufklärung über mögliche Veränderungen, die mit dem Therapieprozess einhergehen können.

Kritisch anzumerken ist zu den Ergebnissen, dass es sich bei einem Rücklauf von einem Drittel der ausgesendeten Fragebögen nicht um eine repräsentative Erhebung handeln kann. Trotzdem kann angenommen werden, dass es kaum weitverbreitete unstandesgemäße Vorfälle gibt. Durch die explizite Aufforderung, sich zu allen erdenklichen Verstößen äußern zu können, wurde einer Gesamtheit von niederösterreichischen Kassen-PatientInnen die Möglichkeit geboten, sich über vorhandene Ärgere zu beschweren, sich zu Irritationen zu äußern und zur Klärung von Beschwerden einen Ansprechpartner zu haben. Von dieser Möglichkeit haben die Angeschriebenen kaum Gebrauch gemacht. Angenommen werden kann, dass sich unter den Nichtantwortenden noch weitere PatientInnen mit potenziellen Klagen finden könnten.

Die Rückmeldungen der PatientInnen dieser Untersuchung fielen insgesamt sehr homogen positiv aus, die Gruppe jener Personen, die über schlechte Erfahrungen in ihrer Therapie berichteten, war sehr klein. Daher konnten die Hintergründe, Ursachen und Bedingungen der negativen Therapieverläufe nicht differenzierter untersucht, bzw. keine Signifikanztests und aussagekräftigen Gruppenvergleiche durchgeführt werden. Eine Online-Studie wurde aus diesen Gründen angeschlossen (*Liegl, Leitner, s. dieser Band*).

**Zusammenfassung: Risiken, Schäden und Nebenwirkungen in der Psychotherapie.
Ergebnisse einer niederösterreichweiten PatientInnenbefragung**

Insgesamt präsentierte sich ein sehr positives Bild der Psychotherapie in Niederösterreich. Besonders deutlich ist das positive Erleben der Therapie in Bezug auf die Einschätzung der Beziehungsqualität. Auch ließ sich ein deutlicher, erlebter Therapieerfolg im Sinne einer erwünschten Wirkung der Psychotherapie feststellen. Dieses Ergebnis ist deshalb so beeindruckend, weil davon ausgegangen werden kann, dass sich fast zwei Drittel der PatientInnen zum Zeitpunkt der Erhebung noch in den unterschiedlichsten Phasen des Therapieprozesses befunden haben.

Die AbbrecherInnen berichteten erwartungsgemäß in vielen zentralen Dimensionen von deutlich schlechteren Erfahrungen. So zeigten sie eine schlechtere Einschätzung der Beziehungsqualität, weniger erwünschte Wirkung, mehr Belastung durch die Therapie sowie mehr Veränderungen in ihrem sozialen Gefüge. Sie waren andererseits aber auch schlechter über mögliche Veränderungen im Rahmen der Psychotherapie aufgeklärt. Hier wird deutlich, dass zum jetzigen Zeitpunkt kaum von negativen Effekten einer weitergehenden PatientInneninformation - auch über die Gefahren einer Therapie - auszugehen ist. Mehr Aufklärung trägt dazu bei, irrationale Befürchtungen abzubauen und durch das Benennen möglicher Belastungen Abbrüchen vorzubeugen.

Das Geschlecht der PatientInnen spielte häufig eine Rolle. Frauen schätzten die therapeutische Beziehung signifikant besser ein als männliche Patienten. Frauen zeigten weiters weniger Abhängigkeit von TherapeutInnen und berichten über mehr positive Wirkungen der Therapie. Aber auch die Kombination weibliche Therapeutin und weibliche Patientin erleichtert anscheinend die Entstehung einer guten Beziehungsqualität.

Da aber, wie in den meisten Untersuchungen dieser Art, nur ein Drittel der Befragten geantwortet hat, kann eine stichprobenbedingte Ergebnisverzerrung nicht ausgeschlossen werden. Aus unterschiedlichen Gründen, die das Unterlassen der Beantwortung motiviert haben könnten, sind möglicherweise unerwünschte Phänomene zu wenig erfasst worden, so dass die gefundene Prävalenzrate als zu wenig abgesichert betrachtet werden muss. Demgegenüber bestärken die Befunde die zentrale Bedeutung der therapeutischen Beziehung als wichtigen Faktor im Prozess der Therapie und bestärken eine weitere Entwicklung unterschiedlicher und pragmatischer Feedbacksysteme (vgl. z.B. *Lambert, Hawkins et al. 2005*) zur erfahrenen Therapiebeziehung in der Sitzung.

Die Ergebnisse zeigen die Notwendigkeit weiterer, vertiefender Forschung zu den Faktoren auf, die mit unerwünschten Therapieverläufen zusammenhängen. Stichproben negativer Verläufe sind verstärkt zu untersuchen, da sonst die spezifischen Faktoren dieser Prozesse nicht erfasst werden.

Schlüsselwörter: Psychotherapie, therapeutische Beziehung, Therapierisiko

**Summary: Risks, Damage and Side-Effects in Psychotherapy.
Results of a Survey throughout Lower Austria**

Overall, the study presented a very positive picture of psychotherapy in Lower Austria. The positive experience of therapy is particularly evident, considering the perceived quality of psychotherapeutic relationship. Also, a significant therapeutic success in terms of a desired effect of psychotherapy had been noticed. This result is so impressive, because you have to assume that almost two thirds of the patients at the time of the survey have been in various stages of the treatment process.

The dropouts reported, as expected, in many key dimensions of significantly worse experiences. They showed a poorer assessment of relationship quality, less desirable effect, more exposure to the therapy, and more changes in their social structure. On the other hand they were even worse informed about possible changes in the context of psychotherapy. It is evident, that at this stage it is hard to act on the assumption of negative effects of further information to patients about the dangers of treatment. More clarification will help to reduce irrational fears and to prevent dropouts through the naming of potential burdens.

The sex of the patients often played a role. Women valued the therapeutic relationship significantly better than male patients. Women showed far less dependence on therapists, and report more positive effects of therapy. But the combination of female therapist and female patient seems to facilitate good psychotherapeutic relationship. But since, as in most studies of this kind, replied only a third of respondents, a random distortion related result cannot be excluded. For various reasons that may have motivated the failure to answer, undesirable phenomena again are possibly to little recorded, so that the found prevalence rates are considered as not to be secured enough. In contrast, the findings reinforce the centrality of the therapeutic relationship as a key factor in encouraging the process of therapy and further developing various pragmatic feedback systems (e.g., *Lambert, Hawkins et al. 2005*) on the therapeutic relationship experienced in the session.

From the results the need for further, additional research on the factors related to adverse treatment is evident. For this purpose, studies must continue to be studied with samples of negative trends, for the specific factors of these processes are not covered.

Keywords: Psychotherapy, psychotherapeutic relationship, psychotherapeutic risk

Literatur

- Albani Cornelia, Blaser Gerd, Geyer Michael, Schmutzer Gabriele & Brähler Elmar (2010): Ambulante Psychotherapie in Deutschland aus der Sicht der Patienten. Teil 1: Versorgungssituation. *Psychotherapeut* 55 (6), 503-514.
- Barlow David H. (2010): Negative Effects From Psychological Treatments: A Perspective. *The American Psychologist* 65, 13-20.
- Bergin Allen E. (1963): The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology* 10, 244-250.
- Bergin Allen E. (1967): Further comments on psychotherapy research and psychotherapeutic practise. *International Journal of Abnormal Psychiatry* 3, 317-323.
- Bergin Allen E (1971): The evaluation of therapeutic outcome. In: Bergin Allen E. & Garfield Sol L. (Hg.): Handbook of psychotherapy and behavior change. New York: Wiley & Sons, 217-270.
- Botella Luis, Corbella Sergi, Bellers Laia, Pacheco Meritxell, Gómes Antonia Maria, Herrero Olga, Ribas Emma & Pedro Nuria (2008): Predictors of therapeutic outcome and process. *Psychotherapy Research* 18 (5), 535-542.
- Gerlich Katharina (2011): Potentiale der Prävention im psychotherapeutischen Prozess. *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* (2011): Vol. 37, No. 1/2, pp.
- Harmon S. Cory, Lambert Michael J., Smart David M., Hawkins Eric J., Nielsen Stevan L. Slade Karstin & Lutz Wolfgang (2007): Enhancing outcome for potential treatment failures: Therapist-client feedback and clinical support tools. *Psychotherapy Research* (17), 4, 379-392.
- Hermer Matthias & Röhrle Bernd (Hg.) (2008a): Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil. Tübingen: DGVT.
- Hermer Matthias & Röhrle Bernd (Hg.) (2008b): Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 2: Spezieller Teil. Tübingen: DGVT.
- Hinterwallner Heidemarie, Gerlich Katharina, Koschier Alexandra (2011): Analyse der Beschwerdebriefe. *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* (2011): Vol. 37, No. 1/2, pp.
- Horvath Adam O. & Greenberg Leslie S. (1986): The development of the working alliance inventory. In: Greenberg Leslie S. & Pinsof William M. (Hg.): The psychotherapeutic process: A research handbook. New York, London: The Guilford Press, 529-556.
- Horvath Adam O. & Symonds B. Dianne (1991): Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology* 38 (2), 139-149.
- Hoyt Michael F., Rosenbaum Robert & Talmon Moshe (1992): Planned single-session therapy. In: Budman Simon H., Hoyt Michael F. & Friedman Steven (Hg.) The first session in brief therapy: A book of cases. New York: Guilford, 59-86 .
- Lambert Michael J. (2007): Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research* 17 (1), 1-14.
- Lambert Michael J., 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.
- 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: Märtens Michael & Petzold Hilarion (Hg.): Therapieschäden. Mainz: Matthias Grünewald-Verlag, 40-59.
- Leitner Anton (2011): Psychotherapie auf dem Weg... Entwicklung – Wirkung – Neben-Wirkung von Psychotherapie. *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* (2011): Vol. 37, No. 1/2, pp.

- Leitner Anton, Märtens Michael, Höfner Claudia, Koschier Alexandra, Gerlich Katharina, Hinterwallner Heidemarie, Liegl Gregor, Hintenberger Gerhard, Schigl Brigitte* (2011): Psychotherapie: Risiken, Neben-Wirkungen und Schäden. Abschlussbericht Forschungsprojekt 2007-2010.(in Vorbereitung).
- Leitner Anton, Märtens Michael, Koschier Alexandra, Gerlich Katharina, Liegl Gregor, Hinterwallner Heidemarie & Schnyder Ulrich* (2011): Effektive treatment always goes along with side effects. (in Vorbereitung).
- Liegl Gregor, Leitner Anton* (2011): Psychotherapie kann zu Zufriedenheitseinbußen führen! *Integrative Therapie. Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methodenintegration* (2011): Vol. 37, No. 1/2, pp.
- Märtens Michael & Petzold Hilarion* (Hg.) (2002): Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Märtens Michael M.* (1999): Einmalberatung: Chancen, therapeutische Grundlagen und Grenzen. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag .
- Statistik Austria* (2006/2007): Gesundheitsbefragung 2006/07 erstellt am: 18.07.2008 http://www.statistik.at/web_de/.../ambulante_versorgung_200607_022268.pdf (18.01.2011).
- Talmon Moshe* (1990): Single session therapy. Maximizing the effect of the first (and often only) therapeutic encounter. San Francisco: Jossey Bass.

Korrespondenzadresse:

Mag.^a Alexandra Koschier
Donau-Universität Krems
Department für Psychosoziale Medizin und Psychotherapie

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

E-Mail-Adresse:

alexandra.koschier@donau-uni.ac.at
maertens@fb4.fh-frankfurt.de

Web-Adresse:

www.donau-uni.ac.at/psymed