

Philipps



Universität
Marburg

NEGATIVE EFFEKTE VON PSYCHOTHERAPIE – EIN MIXED-METHODS ANSATZ

Dissertation

zur Erlangung des Doktorgrades der Naturwissenschaften

(Dr. rer. nat.)

dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von

Inga Ladwig

aus Rostock

Marburg an der Lahn, Juni 2016

Fachbereich Psychologie

der Philipps-Universität Marburg (Hochschulkennziffer 1080)

als Dissertation am 03.06.2016 angenommen.

Erstgutachterin: Prof. Dr. Yvonne Nestoriuc, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf

Zweitgutachter: Prof. Dr. Winfried Rief, Philipps-Universität Marburg

Tag der mündlichen Prüfung: 22.07.2016

DANKSAGUNG

An dieser Stelle möchte ich mich bei all denjenigen bedanken, die auf unterschiedlichste Art und Weise zum Gelingen dieser Dissertation beigetragen haben.

Ein herzlicher Dank gilt meiner Doktormutter Yvonne Nestoriuc. Ich habe bis zuletzt mit voller Überzeugung an unserem Thema, den Nebenwirkungen, gearbeitet, und hoffe, dass wir gemeinsam einen Beitrag zur Psychotherapieforschung leisten konnten. Du hast immer wieder neue Ideen eingebracht und meine Arbeit dadurch sehr bereichert und mich inspiriert. Ich hoffe, unsere Wege werden sich auch in Zukunft wieder kreuzen.

Großer Dank geht natürlich auch an Winfried Rief. Seit Beginn meines Studiums in Marburg kreuzen sich unsere Wege immer und immer wieder. Erst in diversen Kommissions- und FBR-Sitzungen, dann hast Du mir eine unglaublich spannende und schöne Zeit in Auckland bei Keith Petrie ermöglicht und mich mit dem Wissenschaftsgeist angesteckt. Zudem hast Du meine Prokrastination immer wieder mit einem Schmunzeln zu Kenntnis genommen, mich aber auch dabei unterstützt, es zu überwinden. Auch bei der Berufspolitik fanden wir Gemeinsamkeiten und Du ermutigtest mich einmal mehr, meine Meinung offen kund zu tun und aktiv zu werden, und warst interessiert an meinen Ideen, auch wenn sie Dir vielleicht nicht immer gefallen haben. Die gemeinsame Zeit in den letzten Jahren hat mich geprägt. Ich möchte Dir ganz herzlich dafür danken.

Ein großer Dank gilt der gesamten Arbeitsgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie, die in den letzten Jahren wie eine kleine Familie waren. Insbesondere meinen Bürokolleginnen Pia, Franziska und Natalie danke ich für die Unterstützung und zahlreichen Interventionen. Und natürlich auch einen riesengroßen Dank an Julia! Ohne Dich wäre diese gesamte Dissertation vielleicht nie zu einem Ende gekommen. - Danke auch an Japhia, Wiebke, Judith, Sue, Pantea, Nadine, Katharina, Jenny, Hanna und Holzi sowie an alle anderen lieben Promotions- und AusbildungskollegInnen. Mit Euch bleibt es eine unvergessliche Zeit-

Danke an meine Eltern, Geschwister, Tante, Cousinen und Großeltern für die unglaubliche Unterstützung trotz der Entfernung! Ihr gebt mir den Halt dieses Mammut-Projekt abzuschließen.

David, ich danke Dir von ganzem Herzen! Für die Geduld, die Kritik und die nicht enden wollende Motivation, die du mir vorgelebt hast. Du tust kompromisslos das, was du liebst und steckst deine ganze Energie dort rein. Ich hoffe, ich bin Dir eine ähnlich gute Stütze. Und natürlich auch einen unendlichen herzlichen Dank an unseren Sohn! Deine unbändige Neugier auf das Leben steckt an und hat mich motiviert.

Zuletzt gebührt ein großer Dank allen Patienten, die mit Ihrer Teilnahme diese Arbeit erst möglich gemacht haben, und den Diplomanden und Hiwi(ne) Katharina - mit Euch hat das Projekt an Qualität gewonnen und wunderbar spannende Erkenntnisse hervorgebracht. Danke Natalie, Katharina, Felix, Vivianne, Max und Paula!

INHALTSVERZEICHNIS

| | | |
|-------|---|----|
| 1 | Zusammenfassung und Abstract..... | 1 |
| 1.1 | Zusammenfassung | 1 |
| 1.2 | Abstract..... | 2 |
| 2 | Einleitung..... | 4 |
| 2.1 | Balancierte Psychotherapieforschung | 4 |
| 2.2 | Definition und Klassifikation von negativen Effekten von Psychotherapie | 6 |
| 2.3 | Erfassung von negativen Effekten von Psychotherapie..... | 9 |
| 2.4 | Empirische Befunden zu negativen Effekten von Psychotherapie | 11 |
| 2.4.1 | Häufigkeiten und Bereiche von negativen Effekten von Psychotherapie | 11 |
| 2.4.2 | Korrelate und Einflussfaktoren negativer Effekte von Psychotherapie | 12 |
| 2.4.3 | Patientenattributionen von Ursachen negativer Effekte von Psychotherapie ... | 13 |
| 3 | Darstellung des Dissertationsvorhabens..... | 15 |
| 3.1 | Relevanz und Herleitung der Fragestellung..... | 15 |
| 3.2 | Mixed-Methods Design..... | 16 |
| 3.3 | Zielsetzung und Fragestellungen des Dissertationsvorhabens..... | 17 |
| 4 | Zusammenfassung der Studien | 19 |
| 4.1 | Studie I: Entwicklung eines Instrumentes zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie – INEP (Inventar zur Erfassung negativer Effekte nach Psychotherapie) | 19 |
| 4.2 | Studie II: Negative Effekte von Psychotherapie nach ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Behandlung | 20 |
| 4.3 | Studie III: Untersuchung der Ursachenattribution negativer Effekte aus Patientensicht mit Hilfe qualitativer Interviews | 22 |
| 5 | Zusammenfassende Diskussion und Ausblick | 25 |
| 5.1 | Einschränkungen..... | 25 |
| 5.2 | Perspektiven | 26 |
| 5.2.1 | Forschung | 26 |
| 5.2.2 | Klinische Praxis | 27 |
| 5.3 | Fazit..... | 28 |
| 6 | Literatur..... | 30 |
| 7 | Appendix | 36 |

| | |
|--|-----|
| 7.1 Studie I | 37 |
| 7.2 Studie II | 50 |
| 7.3 Studie III | 89 |
| 8 Curriculum Vitae und Publikationen | 121 |
| 9 Erklärung | 123 |

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

| | |
|---|-----------|
| <i>Abbildung 1: Systematisierung von negativen Therapiefolgen nach Linden und Kollegen (Haupt et al., 2013; Linden, 2013)</i> | <i>7</i> |
| <i>Abbildung 2: Aspekte der Psychotherapieforschung nach Caspar und Jacobi (2004)</i> | <i>10</i> |
| <i>Abbildung 3: Fragestellungen der Dissertation anhand der empfohlenen Aspekte von Psychotherapieforschung nach Caspar und Jacobi (2004)</i> | <i>18</i> |

TABELLENVERZEICHNIS

| | |
|--|----------|
| <i>Tabelle 1: Literaturrecherche bezüglich negativer Effekte von Psychotherapie.....</i> | <i>5</i> |
|--|----------|

1 ZUSAMMENFASSUNG UND ABSTRACT

1.1 Zusammenfassung

Während der positive Einfluss psychotherapeutischer Behandlung eindrücklich belegt ist, sind mögliche negative Effekte von Psychotherapie bisher nur selten Gegenstand wissenschaftlicher Forschung gewesen (Jacobi, 2002; Margraf, 2009; Märten & Petzold, 2002). Ziel der vorliegenden Dissertation ist es, Häufigkeiten und Einflussfaktoren dieser negativen Effekte von Psychotherapie in der Standardversorgung mit quantitativen und qualitativen Methoden zu untersuchen. Mit dem Wissen, wann Psychotherapie auch zu negativen Wirkungen führen kann, ist eine balancierte Evaluation von psychotherapeutischen Interventionen möglich. Somit werden informierte und autonome Behandlungsentscheidungen im Sinne des Patientenrechtegesetzes gestärkt. Hierzu werden drei Publikationen in die kumulative Promotion einbezogen.

In Studie I wurde zunächst ein standardisierter Fragebogen zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie und unethischem Therapeutenverhalten/Kunstfehlern entwickelt. Dazu wurde ein per Expertengremium generierter Itempool im Rahmen einer Onlineerhebung an N=195 ehemaligen Psychotherapie-Patienten evaluiert und daraus das *Inventar zur Erfassung negativer Effekte nach Psychotherapie (INEP)* mit 21 Items erstellt. Die Teilnehmer wurden dabei zu negativen Effekten in verschiedenen Bereichen befragt (Verschlechterung von Symptomen; Auftreten neuer Symptome; Abhängigkeit vom Therapeuten; Konflikte in Partnerschaft, Familie oder Freundeskreis; Konflikte auf der Arbeit; Stigmatisierung durch Behandlung).

Anschließend erfolgte eine Erhebung (Studie II) mit dem Ziel, das neu entwickelte Instrument weiter zu evaluieren und dabei Aufschluss zu Häufigkeiten und Einflussfaktoren negativer Effekte in verschiedenen Behandlungssettings zu geben. Dazu wurden sowohl Patienten im ambulanten (N=182, querschnittliche Erhebung) als auch im stationären Setting (N=118, längsschnittlich) nach ihrer Behandlung zu negativen Effekten und unethischem Therapeutenverhalten/Kunstfehlern befragt. Dabei berichten ambulante Patienten am häufigsten von Schwierigkeiten mit ihrer Krankenversicherung, während stationäre Patienten am häufigsten über Verschlechterung ihrer Symptome berichten. Im Bezug auf unethisches Therapeutenverhalten/Kunstfehler durch den Therapeuten beklagen Patienten aus beiden Behandlungssettings am häufigsten, dass sie sich durch Aussagen ihres Behandlers verletzt und zu Interventionen gezwungen fühlten. Gleichzeitig berichtet ein Großteil der Patienten positive Effekte ihrer psychotherapeutischen Behandlung. Prädiktoranalysen ergaben, dass negative Effekte von Psychotherapie und unethischem Therapeutenverhalten/Kunstfehlern u.a. durch Vorerfahrung mit Psychotherapie, negativen Erwartungen und einer negativen therapeutischen Beziehung begünstigt werden.

¹Aus Gründen der Lesbarkeit wird im Folgenden ausschließlich die männliche Form verwendet.

Zusätzlich zu der quantitativen Datenerhebung im ambulanten und stationären Setting fand eine qualitative Erhebung statt (Studie III). Hierzu wurden insgesamt N=24 ehemalige Psychotherapiepatienten in einem selbstentwickelten halbstrukturierten Interview zu ihren negativen Erfahrungen mit Psychotherapie befragt. Es wurde mittels qualitativer Analysen untersucht, in welchen Lebensbereichen negative Effekte auftraten und welche Ursachen für diese negativen Effekte von Patienten genannt wurden. Dabei zeigte sich, dass ein wesentlicher Teil der Ursachen außerhalb der therapeutischen Beziehung gesehen werden; zum Beispiel in den Rahmenbedingungen der Klinik und der Inflexibilität des Gesundheitssystems.

Im Rahmen der vorliegenden Arbeit wurde mit der Erstellung eines neu entwickelten Fragebogens, welcher negative Effekte von Psychotherapie aus Patientenperspektive erfasst, ein ökonomisches Instrument entwickelt, um negative Effekte systematisch untersuchen zu können. Weiterhin konnten erste wichtige Erkenntnisse dazu gewonnen werden, was das Auftreten von negativen Effekten und Kunstfehlern begünstigt. Besonders frühere Therapieerfahrungen und ungünstige Erwartungen stellen hier einen Risikofaktor dar. Zudem konnten qualitative Daten einen vertieften Einblick darin geben, wodurch negative Effekte aus Patientensicht entstehen.

1.2 Abstract

While there is ample evidence of the positive influence of psychotherapy, its potential negative effects have seldom been the subject of scientific research (Jacobi, 2002; Margraf, 2009; Märten & Petzold, 2002). It was the aim of this dissertation to investigate the frequency of and factors influencing the negative effects from psychotherapy in standard health care by applying quantitative and qualitative methods. With deeper understanding about when and how psychotherapy can trigger negative effects, psychotherapeutic interventions could be evaluated in greater depth. That would also mean that treatment decisions could be made more autonomously and with patients informed consent, factors very much in harmony with the laws addressing patients' rights. To this end I will refer to three publications in my cumulative dissertation.

In Study I, a standardized questionnaire was developed to capture negative effects of psychotherapy and malpractice/unethical behavior. To that end, an item pool created by a committee of experts via online collection of data from N=195 former psychotherapy patients was evaluated. From that, an *Inventory for the assessment of Negative Effects after Psychotherapy (INEP)* containing 21 items was drafted. The participants were queried as to any negative effects in various respects (worsening symptoms, the appearance of novel symptoms, being overly dependent on the therapist, conflicts with their partner, family or circle of friends, conflicts at work, and stigmatization due to therapy).

My aim thereafter was to subject the new instrument to further assessment and thereby enable deeper insight into the factors influencing the negative effects of psychotherapy and their frequency in different therapeutic settings. In so doing, patients in an outpatient setting (N=182, cross-sectional) as well as an inpatient setting (N=118, longitudinal) were asked after their treatment whether they had experienced any negative effects, malpractice, or unethical behavior. What became evident was that outpatients most frequently report having trouble getting their health insurance, while inpatients most often report that their symptoms have worsened. When asked about malpractice or unethical behavior on their therapist's behalf, patients in both settings most often reported having been hurt by something the therapist had said and by having been forced to do therapeutic interventions they did not want to do. At the same time, most patients reported having experienced positive effects from their psychotherapy. Predictor analyses revealed that negative effects from psychotherapy and malpractice or unethical behavior are more likely to be reported by patients who have already undergone psychotherapy, and by negative expectations and a negative therapeutic relationship.

Qualitative data was collected in addition to collecting quantitative data. To that end, a total of N=24 previous psychotherapy patients were queried as to their negative experiences with psychotherapy in an interview I designed and structured. Via qualitative analyses I investigated those aspects of life in which negative effects arose and the causes the patients held responsible for them. These demonstrated that a substantial number of the causes could be attributed to factors outside the therapeutic relationship, eg, conditions in the clinic and an inflexible healthcare system.

In conducting this research I was able to draft a new questionnaire capturing the negative effects of psychotherapy from the patient's perspective – an economical instrument with which to systematically investigate negative effects. Moreover, I have been able to contribute to the knowledge about the factors that favor the perception of negative effects and malpractice. Previous experience with therapy and pessimistic expectations are particular risk factors in that context. I also deliver qualitative data that give us deeper insight into how negative effects come about from the patient's perspective.

2 EINLEITUNG

Die vorliegende Dissertation lässt sich in den Kontext der allgemeinen Wirksamkeitsforschung psychotherapeutischer Interventionen einbetten und setzt sich dabei insbesondere mit negativen Folgen einer Psychotherapie auseinander. Der Forschungsgegenstand wird zunächst in ein Gesamtmodell eingeordnet und einzelne relevante Komponenten werden vorgestellt. Negative Effekte und unethisches Therapeutenverhalten/Kunstfehler stehen dabei im Vordergrund. Zudem sollen kritische Punkte und offene Fragestellungen abgeleitet und in den Kontext der Studien, die dieser Arbeit zugrunde liegen, gebracht werden. Abschließend werden aus den offenen Forschungsfragen die Zielsetzung und das konkrete Vorgehen der Dissertation abgeleitet. Nach der Zusammenfassung der einzelnen Studien werden in der Diskussion kritische Aspekte Beachtung finden.

2.1 Balancierte Psychotherapieforschung

1916 begann sich eine fundierte Psychotherapieforschungstradition zu etablieren (Caspar & Jacobi, 2004). Seit dieser Zeit hat sich die Wirksamkeit von Psychotherapie immer wieder eindeutig bestätigen lassen, eine systematische nebenwirkungsorientierte Forschungstradition hat sich jedoch bis heute nicht entwickelt (Barlow, 2010; Berk & Parker, 2009; Margraf, 2009). Aus der Medizin ist bekannt: „Alles, was eine Hauptwirkung hat, muss auch Nebenwirkungen haben“ (nach Haupt, Linden, & Strauß, 2013). Warum sollte Psychotherapie die Ausnahme sein? Eine Suche in den gängigen Suchmaschinen mit Stichworten zu negativen Effekten ergibt vergleichsweise wenige Treffer (siehe Tabelle 1), auch wenn ein positiver Anstieg der Publikationen in den letzten 10 Jahren zu erkennen ist. Darunter finden sich jedoch noch immer wenige empirische Studien und vor allem theoretische Überlegungen.

Tabelle 1: Literaturrecherche bezüglich negativer Effekte von Psychotherapie

| Search Term* | PsycINFO + Psyn dex (1860-2016) | Medline (1946-2016) | Pubmed (1960-2016) |
|---------------------------------------|------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| negative side effects + psychotherapy | 11 | 2 | 2 |
| treatment failure + psychotherapy | 53 | 56 | 34 |
| therapeutic damage | 0 | 0 | 0 |
| negative effects + psychotherapy | 34 | 6 | 25 |
| unwanted effects + psychotherapy | 3 | 1 | 3 |
| harmful effects + psychotherapy | 9 | 2 | 5 |
| adverse effects + psychotherapy | 2 | 5 | 5 |
| adverse outcome + psychotherapy | 2 | 2 | 1 |
| negative outcome + psychotherapy | 14 | 1 | 6 |
| malpractice + psychotherapy | 30 | 14 | 12 |
| risk(s)+ psychotherapy | 7 | 16 | 6 |

Die Literaturrecherche wurde mit englischen und deutschen Suchbegriffen durchgeführt (Singular/Plural) bis einschließlich April 2016, "psychotherapy" beinhaltet "behavior therapy" (Ladwig, Rief, & Nestoriuc, submitted for publication)

Größtenteils herrscht unter den Therapeuten eine Annahme der Unbedenklichkeit oder die Ansicht, dass temporäre negative Veränderungen sich positiv auf den Therapieerfolg auswirken (Moritz et al., 2015). Jedoch liefern erste empirische Studien einen klaren Hinweis darauf, dass unerwünschte negative Effekte von Psychotherapie bestehen und mit einer Rate zwischen 3-33% beziffert werden (Jacobi, Umann, & Hoyer, 2011b; Lambert & Ogles, 2004; Mohr, 1995). Eine systematische Forschung negativer Effekte ist somit zwingend erforderlich, nicht zuletzt, da ein juristischer Zwang besteht, Patienten adäquat über Nebenwirkungen aufzuklären, und entsprechend wenig Informationen zur Verfügung stehen (Märtens, 2005). Mit der Neuerung des Patientenrechtegesetzes 2013 (§630 BGB, verfügbar unter "patienten-rechte-gesetz.de," 2013) sind psychologische Psychotherapeutinnen und Kinder- und Jugendtherapeutinnen verpflichtet, ihre Patientinnen über die zu erwartenden Folgen und Risiken der Maßnahme und die Erfolgsaussichten einer Therapie aufzuklären. Die folgende Dissertation soll dazu einen Beitrag leisten. Im Besonderen soll die Sichtweise der Betroffenen dargestellt werden, deren Perspektive in der bestehenden Forschung zum Thema oft vernachlässigt wird. Mit ausreichenden Informationen zu Kosten und Nutzen psychotherapeutischer Interventionen ist es Patienten möglich, eine informierte

Entscheidung für oder gegen eine Behandlung zu treffen und ihre Eigenständigkeit und Selbstwirksamkeit zu stärken.

2.2 Definition und Klassifikation von negativen Effekten von Psychotherapie

In der Auseinandersetzung mit negativen Folgen von psychotherapeutischer Behandlung finden sich in der Literatur zahlreiche Begriffe und Definitionen, mit denen versucht wird, sich dem Thema systematisch zu nähern (Caspar & Kächele, 2008; Hoffmann, Rudolf, & Strauß, 2008; Jacobi, 2001; Märtens, 2005; Mohr, 1995; W. Schulz, 1984 ; Wampold, 2010). Hier sollen einige dieser Begriffe genannt werden, um sie in die Definition einzuordnen, die in dieser Dissertation gültig ist.

Eine Klassifikation nach Foa und Emmelkamp (Foa & Emmelkamp, 1983) – erweitert durch Jacobi (Jacobi, 2001) - beschäftigt sich vor allem mit Misserfolgen in der Psychotherapie (Verschlechterung auf Symptomebene) und postuliert folgende Einteilung: Misserfolg im Vorfeld der Psychotherapie aufgrund von mangelndem Zugang, Therapieablehner, Therapieabbrecher, Nicht-Reagierer, Verschlechterungen und Rückfälle. Dabei werden Verschlechterung oder Non-Response mit Nebenwirkungen gleichgestellt, was ein grundlegendes Problem darstellt. Es wird immer wieder Störungen geben, die therapieresistent sind oder natürliche Verschlechterung im Verlauf beinhalten – dies kann nicht per se dem Therapeuten oder der Behandlungsmethode angelastet werden (Haupt et al., 2013). Zudem ist eine Beschränkung auf negative Veränderung ausschließlich auf Symptomebene nicht sinnvoll. Psychotherapeutische Behandlung verfolgt in der Regel einen ganzheitlichen Ansatz und es werden Interventionen durchgeführt, die Fähigkeiten und Fertigkeiten außerhalb der eigentlichen Symptomebene ansprechen. So ist anzunehmen, dass negative Effekte auch in anderen Lebens- und Funktionsbereichen des Patienten auftreten. Ein weiterer Ansatz setzt negative Effekte mit fehlerhafter oder falscher Anwendung der Behandlungsmethode gleich (Wampold, 2010). Hier wird jedoch impliziert, dass lege artis durchgeführte Behandlung generell keine negativen Effekte produzieren, was realistisch nicht anzunehmen ist.

Ein Modell, das versucht, negative Effekte auf andere Lebensbereiche zu erweitern und zudem zwischen fachlich korrekt oder inkorrekt durchgeführten Psychotherapien zu unterscheiden, wurde von Linden und Kollegen vorgestellt (Haupt et al., 2013; Linden, 2013). Hierbei wird zunächst davon ausgegangen, dass von Seiten des Patienten und/oder des Therapeuten ein sogenanntes *unerwünschtes Ereignis* wahrgenommen wird. Dieser Begriff ist der pharmakologischen Nebenwirkungsforschung entnommen und bezeichnet alle Ereignisse, die in Bezug auf den Patienten parallel zur Behandlung auftreten (zit. n. Linden, 2013; Skegg & Doll, 1977; Wysowski & Swartz, 2005). Grundsätzlich lässt sich sagen, dass bei Zuordnung eines Ereignisses konservativ vorgegangen wird, um keine Effekte zu übersehen – so werden alle Ereignisse, die nicht eindeutig als positiv bewertet werden können, erst einmal als *unerwünschtes Ereignis* klassifiziert. Es kann sich dabei

sowohl um somatische und psychische Symptome handeln, als auch um die soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten (Linden, 2013). Nach der Erfassung von *unerwünschten Ereignissen* muss geklärt werden, wie sie sich entwickelt haben und ob die psychotherapeutische Behandlung eindeutig als Ursache gesehen werden muss. Dabei können folgende Informationen einbezogen werden: Diagnostisches Vorgehen, Therapieschule, Therapieziele, Behandlungsmethoden, Sensibilisierungs- und Habituationsprozesse, therapeutische Beziehung und direkte Behandlungserfolge. Sobald die Ursache zumindest teilweise in der Psychotherapie begründet ist, spricht man von *negativen Therapiefolgen*. Grundsätzlich gilt hierbei: Nur wenn ohne Zweifel kein Zusammenhang zur Therapie belegt werden kann, wird das *unerwünschte Ereignis* keine *negative Therapiefolge*. Sobald eine *negative Therapiefolge* festgestellt wurde, ist zu klären, ob die psychotherapeutische Behandlung adäquat durchgeführt wurde. Dazu können die gleichen Kriterien wie schon bei der Einschätzung *unerwünschter Ereignisse* herangezogen werden. Bei lege artis durchgeführter Behandlung werden negative Therapiefolgen zu *Nebenwirkungen* im eigentlichen Sinne. Wenn jedoch eine fehlerhafte Behandlung durch den Therapeuten vorliegt, wird die *negative Therapiefolge* zu einer *Kunstfehlerfolge*. Alle bekannten *Nebenwirkungen* werden als *therapeutische Risiken* einer Interventionen bezeichnet und können im Zweifelsfall zu *Kontraindikationen* werden, wenn ein Patient ein besonders hohes Risiko für schwere *Nebenwirkungen* mit sich bringt. Sobald eine therapeutische Intervention trotz bekannter *Kontraindikationen* angewandt wird, kann wieder von einer *Kunstfehlerfolge* gesprochen werden (siehe auch Abbildung 1).

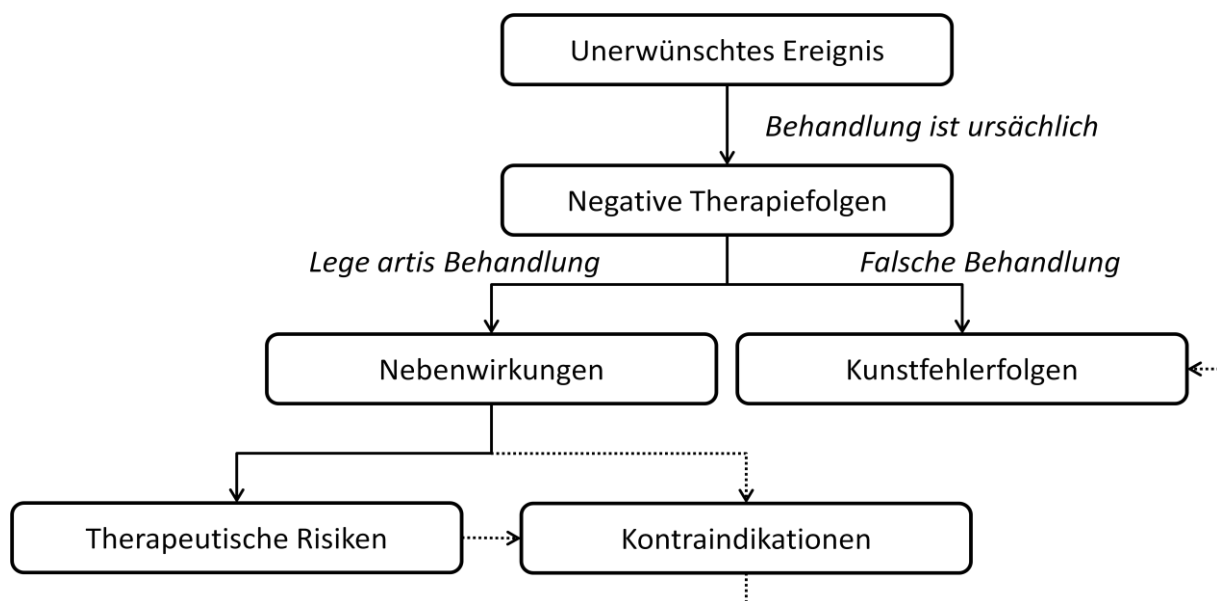


Abbildung 1: Systematisierung von negativen Therapiefolgen nach Linden und Kollegen (Haupt et al., 2013; Linden, 2013)

So ist zum Beispiel vermehrte Angst während der Expositionsbehandlung eine *Nebenwirkung*, auch wenn sie benötigt wird, um Habituation zu erreichen. So lange keine Behandlungsmethode gefunden wird, die ohne diese temporäre Verschlechterung der Symptomatik auskommt, müssen wir diese *Nebenwirkung* in Kauf nehmen. Sobald sich das jedoch ändert, eine andere, ähnlich effiziente Behandlungsmethode entwickelt wird, wäre es ein *Kunstfehler*, weiter Expositionsbehandlungen durchzuführen. Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass das Modell nach Linden und Kollegen für die Psychotherapie-Nebenwirkungsforschung als hilfreiche Rahmenstruktur dienen kann, um eine theoretische Einordnung zu ermöglichen. Im Rahmen der vorliegenden Dissertation wird mit negativen Effekten von Psychotherapie ein Begriff gesucht, der die genannten Konstrukte (Misserfolg, Verschlechterung, Nebenwirkung, Kunstfehlerfolgen und therapeutische Risiken) vereint und ihre spezifischen Aspekte zu einem Oberbegriff zusammenfasst. Dazu wurde bewusst eine breite Definition gewählt:

“Negative effects of psychotherapy (NEP) are changes in all areas of a patient’s “well-being” that are perceived as negative and cause direct or indirect harm to the patient. These changes can occur during, immediately after, or sometime after the psychotherapeutic treatment. Patients view the cause of this negative effect in the treatment and not in other external influences. Additionally, if the therapy was conducted lege artis and that has been verified by the therapist and/or objective independent raters, NEP can be further classified as side effects of psychotherapy. Malpractice and unethical behavior (MUB) are associated with negative effects in the sense that they are perceived as negative and cause direct or indirect harm to the patient. However, they are not characteristics of lege artis psychotherapy.”
(Ladwig et al., submitted for publication)

In dieser Definition werden also alle *negativen Therapiefolgen* nach Linden (2013) eingeschlossen und können so gemeinsam untersucht werden. Die Unterscheidung von lege artis oder falsch durchgeführter Therapie muss nicht getroffen werden; die Bewertung eines Effektes als negativ bzw. als belastend liegt alleine bei den Patienten. Sie sollen als Leittragende im Mittelpunkt des Forschungsinteresses stehen. Zukünftige Forschung kann hier eine Erweiterung vornehmen und objektive Kriterien entwickeln, aufgrund derer Behandlungen schnell und effizient als lege artis oder fehlerhafte/falsche Behandlungen eingeschätzt werden können.

2.3 Erfassung von negativen Effekten von Psychotherapie

Mit Einführung einer übergreifenden Definition sollen nun negative Effekte systematisch untersucht werden. Zur Implementierung der Forschung zu negativen Effekten von Psychotherapie in die gängige Psychotherapieforschung soll eine Systematik von Caspar und Jacobi (2004) herangezogen werden. Sie empfehlen vier Eckpunkte des gesamten Geschehens einer psychotherapeutischen Behandlung zu untersuchen, um eine valide Aussage darüber treffen zu können, ob eine Behandlung wirksam ist und wie diese Wirksamkeit zu Stande kommt. Im Folgenden werden die einzelnen Komponenten kurz dargestellt (Caspar & Jacobi, 2004):

- Outcome: Die Outcomeforschung beschäftigt sich mit dem Ergebnis von Psychotherapie. Dabei stehen die Untersuchung von Wirksamkeit (efficacy) und Effektivität (effectiveness) von psychotherapeutischen Interventionen im Vordergrund. Zudem stehen Definition und Messung von Therapieerfolg/Misserfolg im Fokus der Forschung.
- Prozess: Innerhalb der Prozessforschung stehen die Wirkfaktoren der Psychotherapie selbst im Mittelpunkt. Wie kommt es zu erfolgreichen oder weniger erfolgreichen Therapieergebnissen? Der prominenteste Wirkfaktor ist hier die therapeutische Beziehung (Martin, Garske, & Davis, 2000). Häufig werden Prozess- und Outcomeforschung miteinander vereint
- Patient: Es wird der Einfluss von Patientenmerkmalen auf den Prozess und das Ergebnis der Behandlung untersucht. Dabei können psychologische, demografische oder auch biologische Variablen von Bedeutung sein. Hierbei entsteht vermehrt eine differenzielle Forschungstradition, die versucht, Patienten anhand von verschiedenen Variablen (neben der Diagnose) therapeutischen Interventionen zuzuordnen, um die Wirksamkeit zu erhöhen.
- Therapeut und Passung: Dieser Aspekt setzt sich mit der Frage auseinander, welche Therapeutenmerkmale die Wirksamkeit einer Behandlung steigern und wie die Passung zwischen Patient und Therapeut gestalten sein muss.

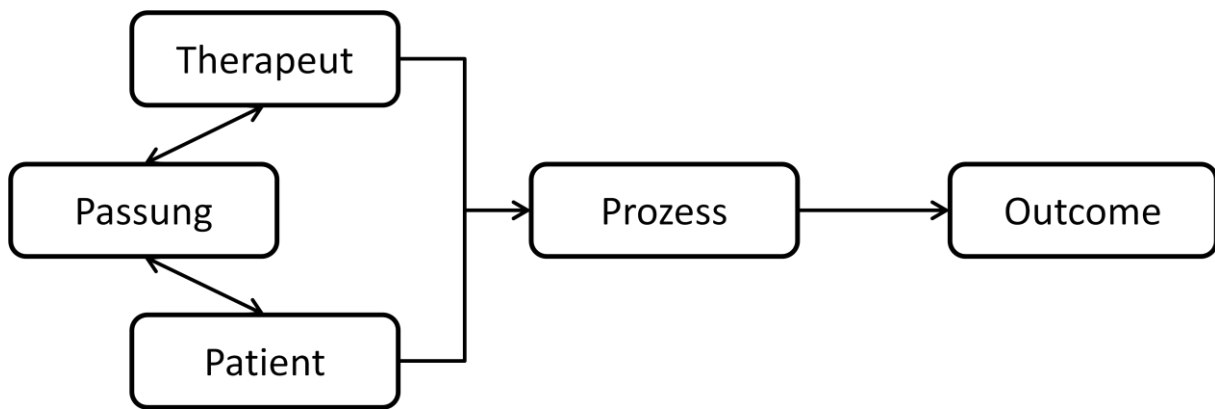


Abbildung 2: Aspekte der Psychotherapieforschung nach Caspar und Jacobi (2004)

In der vorliegenden Dissertation wurde angestrebt, möglichst alle empfohlenen Aspekte zu untersuchen. Dabei widmet sich Studie I der Outcomeforschung, indem ein objektives Instrument entwickelt wird, das negative Effekte von Psychotherapie systematisch erfasst. Im Anschluss werden in Studie II zusätzlich Patientenmerkmale (demografische Variablen, Behandlungscharakteristika, Behandlungserwartungen, Therapiemotivation) und eine Prozessvariable (therapeutische Beziehung) erfasst und deren Zusammenhang mit negativen Effekten untersucht. Studie III befasst sich erneut mit der Outcomeforschung und untersucht mithilfe eines qualitativen Interviews, ob zusätzlich zu den bereits quantitativ erfassten negativen Effekten noch weitere, bisher unbekannte negative Effekte von Patienten beschrieben werden. Im Mittelpunkt des qualitativen Interviews stehen desweiteren der gesamte Entstehungsprozess negativer Effekte nach Psychotherapie und die Patienten-, Therapeuten-, Passungs- und Prozessvariablen, die ursächlich für die Entstehung negativer Effekte sein könnten.

Zuletzt stellt sich die Frage, aus welcher Perspektive die Untersuchung erfolgen sollte. Es ist bekannt, dass die Einschätzungen des therapeutischen Geschehens und Ergebnisses zwischen Patient und Therapeut voneinander abweichen (Mohr, 1995), was eine Erhebung mit „Selbst- und Fremdrating“ nahelegt, um negative Effekte von Psychotherapie korrekt zu erfassen. Strupp und Kollegen (1977) entwickelten zur Hilfe der Therapieevaluation, das „tripartite model“. Das Therapieergebnis (positiv und negativ) wird hierbei aus Sicht des Patienten, des Therapeuten und der Gesellschaft erfasst, wobei alle unterschiedliche Ziele verfolgen und die Beurteilungen voneinander abweichen können. Der Patient orientiert sich dabei an seinem subjektiven Wohlbefinden und seiner Zufriedenheit mit der psychotherapeutischen Behandlung, während der Therapeut seinen Fokus auf empirische Modelle und allgemeine Erfolgskriterien legt. Die Gesellschaft hingegen definiert geistige Gesundheit als Stabilität, Vorhersehbarkeit und Angemessenheit von Verhalten und Emotionen. Jede Perspektive kann also Therapieerfolge und –misserfolge unterschiedlich definieren und

wahrnehmen. Je mehr Sichtweisen kombiniert werden, um so eher erhält man ein Bild des aktuellen geistigen Gesundheitszustandes des Patienten.

In der vorliegenden Dissertation wurde in allen Erhebungen ausschließlich die Beurteilung aus Patientensicht gewählt. Dies birgt selbstverständlich Risiken – z.B. eine verzerrte Wahrnehmung der Patienten aufgrund von störungsbedingten überhöhten Erwartungen und Ansprüchen, Dispositionen zu Ängstlichkeit und Pessimismus oder interpersonale Schwierigkeiten im Zuge psychischer Störungen, die die Einschätzungen der Patienten beeinflussen. Jedoch überwiegen die Vorteile der Erhebung aus Patientensicht. Patienten können selbst verlässliche Aussagen über Einschränkungen in verschiedenen Lebensbereichen machen, die dem Therapeuten nicht zugänglich sind - so also auch über mögliche negative Effekte in allen Lebensbereichen. Zudem muss dem subjektiven Wohlbefinden und der Zufriedenheit der Patienten mit einer Behandlung ein besonders hoher Stellenwert eingeräumt werden, da sie letztendlich über Erfolg oder Misserfolg der Psychotherapie entscheiden (Bents, Frank, & Rey, 1996, S.4). Die Arbeitsgruppe um Haupt und Linden widmet sich in ihrer Untersuchung unerwünschter Therapieeffekte besonders der Patientenperspektive. Weitere Forschung sollte in einem nächsten wichtigen Schritt negative Effekte aus Sicht der Gesellschaft/Patientenumwelt erfassen. So kann ein vollständiges Bild zu negativen Effekten von Psychotherapie gewonnen werden.

2.4 Empirische Befunden zu negativen Effekten von Psychotherapie

2.4.1 Häufigkeiten und Bereiche von negativen Effekten von Psychotherapie

Die Auftretenswahrscheinlichkeit von negativen Effekten durch Psychotherapie wird je nach Kriterium in der Literatur auf 0-33% geschätzt. Als Indikatoren für negative Effekte werden u.a. genannt: Symptomzunahme oder Neuauftreten von Symptomen (wie z.B. depressive oder suizidale Krisen (- Jacobi, Uhlmann, & Hoyer, 2011a; Lambert & Ogles, 2004; Mohr, 1995) , Abhängigkeit vom Therapeuten (Schmoll, 2012), nachteilige Auswirkungen auf das soziale Umfeld (Zusammenbruch des sozialen Gefüges, voreiliger Abbruch von Beziehungen, Stigmatisierung) (Hand & Lamontagne, 1976; Mohr, 1995) und jede Form von Missbrauch (materieller, sexueller, narzisstischer) durch den Therapeuten (Conrad, 2009; Mohr, 1995; Tschan, 2005). Dabei können Veränderungen sowohl bei erfolgreicher Therapie hinsichtlich der Hauptsymptomatik, als auch bei Ausbleiben des Therapieerfolgs auftreten. Studie I und II im Rahmen der vorliegenden Dissertation sollen die bisherige Forschung durch eine systematische Untersuchung negativer Effekte in allen Lebensbereichen für verschiedene Therapieschulen und verschiedene Behandlungssettings ergänzen.

2.4.2 Korrelate und Einflussfaktoren negativer Effekte von Psychotherapie

Im folgenden Abschnitt sollen der theoretische Hintergrund und der Forschungsstand zu Einflussfaktoren auf negative Effekte von Psychotherapie vorgestellt werden. Die Auswahl erfolgte zunächst mithilfe einer theoretischen Systematik von Schulte und Eifert (2002), dem „Dualen Modell der Psychotherapie“. Sie postulieren, dass Therapieerfolg nur dann gewährleistet ist, wenn Patienten ein sogenanntes grundlegendes Verhalten zeigen. Dazu gehören der Beginn einer Behandlung, die Kooperation mit dem Psychotherapeuten, die Selbstöffnung, das Ausprobieren alternativer Verhaltensweisen und das Unterlassen aktiven Widerstandes. Ob und in welchem Ausmaß ein Patient dieses Verhalten zeigt, liegt an den aufgeführten sogenannten „common factors“: der *Therapiemotivation*, der *Therapieerwartung* und der *therapeutischen Beziehung*. Sie sind grundlegende Voraussetzungen für erfolgreiches therapeutisches Arbeiten. Innerhalb dieser Dissertation wird die Annahme untersucht, dass eine geringere Ausprägung dieser „common factors“ mit einem vermehrten Berichten von negativen Effekten einher geht. Zusätzlich soll der Einfluss *problematischen interpersonalen Verhaltens* von Patienten auf negative Effekte von Psychotherapie untersucht werden. Im Folgenden wird der aktuelle Forschungsstand der einzelnen Einflussfaktoren auf negative Effekte von Psychotherapie dargestellt.

Die *therapeutische Beziehung* – eine gemeinschaftliche und emotionale Bindung zwischen Patient und Therapeut - gehört zu den am besten untersuchten allgemeinen Wirkfaktoren in der Psychotherapie (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006) und spielt für den Verlauf und Erfolg eine wichtige Rolle. Dabei werden Zusammenhänge von $r = .22$ bis $r = .26$ zwischen der Beziehungsqualität und dem Therapieerfolg psychotherapeutischer Behandlungen berichtet (Martin et al., 2000). Umgekehrt konnte ein Zusammenhang zwischen Therapiemisserfolg und einer negativen therapeutischen Beziehung gefunden werden (Weck, Grikscheit, Jakob, Höfling, & Stangier, 2015). Gesicherte Zusammenhänge zwischen der Qualität der therapeutischen Beziehung und dem Erleben negativer Effekte von Psychotherapie in verschiedenen Lebensbereichen der Patienten gibt es bisher nicht.

Neben der therapeutischen Beziehung sind die positiven *Therapieerwartungen*, die ein Patient bezüglich seiner psychotherapeutischen Behandlung aufbaut, ein weiterer allgemeiner Wirkfaktor von Psychotherapie (Grencavage & Norcross, 1990). In der Literatur werden dabei zwei Arten von relevanten Erwartungen unterschieden: *Ergebniserwartungen* und *Behandlungserwartungen*. Bei *Ergebniserwartungen* handelt es sich um Ideen, die sich mit einer möglichen Zukunft nach Abschluss der Behandlung beschäftigen (Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006), wobei auch negative Erwartungen bezüglich des Ergebnisses beschrieben werden (Schulte, 2005). *Behandlungserwartungen* hingegen beziehen sich auf die Rolle des Patienten und des

Therapeuten innerhalb der Therapie und auf Inhalte, die während der Behandlung besprochen werden (Greenberg et al., 2006). Studien, die den Zusammenhang zwischen positiven Erwartungen und Therapieerfolg systematisch untersuchen, liefern eine heterogene Befundlage, sodass der Zusammenhang noch nicht empirisch gesichert ist. Befunde zum Zusammenhang zwischen negativen Therapieerwartungen und dem Auftreten von negativen Effekten gibt es bisher nicht.

Die *Therapiemotivation* stellt den dritten wichtigen Faktor für Beginn, Verlauf und Abschluss einer Psychotherapie dar (Schulte & Eifert, 2002). Schulz und Kollegen (2003) beschreiben Therapiemotivation als mehrdimensionales Konstrukt mit folgenden beispielhaften Faktoren: Leidensdruck, Krankheitsgewinn, Hoffnung auf Besserung, Wissen über Psychotherapie und Initiative auf Seiten der Patienten. Während es Hinweise auf den Zusammenhang zwischen geringer Therapiemotivation und Therapiemisserfolg im Sinne einer Symptomverschlechterung oder einem Ausbleiben von Veränderung gibt (Strupp, 1980a, 1980b), wurde der Einfluss von Therapiemotivation auf negative Effekte von Psychotherapie bisher noch nicht untersucht.

Zuletzt soll an dieser Stelle ein weiterer möglicher Einflussfaktor für die Entstehung von negativen Effekten genannt werden, nämlich interpersonale Fähigkeiten der Patienten. Viele psychotherapeutische Interventionen beschäftigen sich im Schwerpunkt mit interpersonalem Schwierigkeiten von Patienten und versuchen diese zu verbessern, damit Patienten die Beziehungen zu ihren Mitmenschen positiv beeinflussen können, was wiederum ihr Wohlbefinden verbessert. Horowitz und Kollegen entwickelten aus diesem Grund ein Instrument zur Erfassung der bedeutendsten interpersonalem Probleme psychisch kranker Patienten (Horowitz, Rosenberg, Baer, Ureño, & Villaseñor, 1988): autokratisch/dominant, zu streitsüchtig, zu abweisend, zu introvertiert, zu unterwürfig, zu ausnutzbar, zu fürsorglich und zu expressiv. Zwar scheint ein gewisses Ausmaß an interpersonalem Schwierigkeiten sich positiv auf das Behandlungsergebnis auszuwirken; besonders gravierende Ausprägungen zu Behandlungsende stehen jedoch im Zusammenhang mit einer Symptomverschlechterung nach Ende der Behandlung (Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle, 2002). Eine sehr hohe Ausprägung an interpersonalem Problemen geht mit negativen Therapieergebnissen einher (Davies-Osterkamp, Strauss, & Schmitz, 1996; Mohr et al., 1990). Zudem zeigt sich gehäuft ein positiver Zusammenhang zu Therapieabbruch. Hinweise zum Zusammenhang zwischen erhöhten interpersonalem Problemen und dem Auftreten von negativen Effekten in anderen Lebensbereichen (außerhalb der Symptomebene) gibt es bisher nicht.

2.4.3 Patientenattributionen von Ursachen negativer Effekte von Psychotherapie

Ein detailliertes Verständnis über die Ursachen negativer Effekte ist von zentraler Bedeutung, da es Präventionsansätze liefern kann, um negative Effekte langfristig zu reduzieren. Jedoch stellt sich

die Untersuchung dieser Ursachen besonders schwierig dar, da kontrollierte Studien in der Nebenwirkungsforschung aus ethischen und praktischen Gründen nicht umsetzbar sind und somit Kausalitätsschlüsse nicht getroffen werden können (Strauß, Linden, Haupt, & Kaczmarek, 2012). Daher liefert die Untersuchung von Einflussfaktoren (Studie II) an dieser Stelle nur korrelative Zusammenhänge. Bisherige Forschungen ergeben lediglich theoretische Überlegungen, durch welche Faktoren negative Effekte entstehen und begünstigt werden (Hoffmann et al., 2008; Lieberei & Linden, 2008). Lieberei und Linden (2008) unterscheiden in ihrem Modell unerwünschte Effekte durch Fehldiagnosen, falschen Therapiefokus, falsches therapeutisches Vorgehen, aufgrund von Sensibilisierungsprozessen oder wegen inadäquater Beziehungsgestaltung. Hoffmann und Kollegen (2008) hingegen schlagen ein noch breiteres, systematisches Schema zur Einteilung von Ursachen negativer Effekte von Psychotherapie vor, mit den folgenden 4 Komponenten:

- a) *Erfolglosigkeit oder Nebenwirkungen einer angemessenen Therapie*: verwendete Therapietechnik ist indiziert und von dem Therapeuten richtig durchgeführt
- b) *Mangelnde Passung („mismatching“) einer Psychotherapeutenpersönlichkeit und einer Patientenpersönlichkeit*: verwendete Therapietechnik ist indiziert und von dem Therapeuten richtig durchgeführt, keine effektive Therapeut-Patientenbeziehung
- c) *Erfolglosigkeit oder Nebenwirkungen durch unprofessionelle Ausübung der Behandlung*: Therapietechnik ist indiziert und prinzipiell geeignet, Behandlungsfehler durch Therapeuten
- d) *Schädigung durch unethisches Verhalten der Therapeutin*: Verletzung allgemeiner oder spezieller ethische Prinzipien durch den Therapeuten

Im Sinne von Linden und Kollegen (2013) werden die Ursachen negativer Effekte in einer lege artis Behandlung (Kategorie a, b) oder einer fehlerhaften Behandlung durch den Therapeuten gesehen (Kategorie c, d).

Studie III der vorliegenden Dissertation untersucht Ursachenattributionen negativer Effekte aus Patientensicht mithilfe qualitativer Methoden, um hier Abhilfe zu leisten und Ansatzpunkte für weitere Forschungen zu liefern. Dabei soll das Modell nach Hoffmann und Kollegen (2008) als Ausgangspunkt verwendet, empirisch geprüft und induktiv an das vorliegende Datenmaterial angepasst werden.

3 DARSTELLUNG DES DISSERTATIONSVORHABENS

3.1 Relevanz und Herleitung der Fragestellung

Während die Wirksamkeit vieler psychotherapeutischer Interventionen als belegt gelten kann, ist über potentielle negative Effekte von Psychotherapie noch wenig bekannt. Wie einleitend erwähnt wird davon ausgegangen, dass bei ca. 3-33% der Patienten symptomatische Verschlechterungen und daneben auch andere Folgeprobleme von Psychotherapie auftreten können (Jacobi et al., 2011a; Lambert & Ogles, 2004; Mohr, 1995). Bisher gibt es nur wenige empirische Studien, die negative Effekte von Psychotherapie systematisch untersucht haben (Haupt & Linden, 2011; Kaczmarek et al., 2012; Parker, Fletcher, Berk, & Paterson, 2013; Rozental, Boettcher, Andersson, Schmidt, & Carlbring, 2015). Mit der Novellierung des Patientenrechtegesetzes in Deutschland und der damit verbundenen Aufklärungspflicht zu Risiken und Nebenwirkungen von Behandlungen ergibt sich jedoch zwingend die Notwendigkeit einer extensiven Forschung zu möglichen negativen Effekten psychotherapeutischer Interventionen. Studie I beschäftigt sich deshalb zunächst mit der Entwicklung eines Selbstbeurteilungsinstrumentes, das negative Effekte von Psychotherapie und unethisches Therapeutenverhalten/Kunstfehler als Outcome systematisch erfasst. Hiermit können negative Effekte und unethisches Therapeutenverhalten/Kunstfehler in allen Lebensbereichen für verschiedene Therapieschulen und verschiedene Behandlungssettings erfasst werden. Das Systematisierungsschema zur Psychotherapieforschung nach Caspar und Jacobi (2004) eignet sich als theoretische Grundlage für die systematische Erhebung und Untersuchung negativer Effekte von Psychotherapie und unethischem Therapeutenverhalten/Kunstfehlern.

Neben der Erfassung, welche negativen Effekte von Patienten nach Psychotherapie berichtet werden, sind Einflussfaktoren auf Patienten- und Prozessebene, die negative Effekte begünstigen oder abschwächen, von besonders großem Interesse. Nach Schulte und Eifert (2002) und ihrem „Dualen Modell der Psychotherapie“ gibt es drei grundlegende Faktoren, die Voraussetzungen für erfolgreiches therapeutisches Arbeiten sind: die Therapiemotivation, die Therapieerwartung und die therapeutischen Beziehung. Zusätzlich gibt es einen nachgewiesenen Zusammenhang zwischen einer sehr hohen Ausprägung an interpersonalen Problemen auf Patientenseite und negativen Therapieergebnissen (siehe auch Abschnitt 2.4.2.). Studie II soll untersuchen, welche negativen Effekte in unterschiedlichen psychotherapeutischen Behandlungssettings berichtet werden und welchen Einfluss Patientenmerkmale (demografische Variablen, Behandlungscharakteristika, Behandlungserwartungen, Therapiemotivation, Interpersonale Probleme) und eine Prozessvariable (therapeutische Beziehung) auf das Berichten von negativen Effekten nach Psychotherapie haben.

Grundsätzlich gibt es jedoch eine große Schwierigkeit bezüglich der Untersuchung negativer Effekte, da aufgrund von fehlenden kontrollierten Studien Kausalitätsschlüsse in der Psychotherapieforschung nur bedingt gezogen werden können (Strauß et al., 2012). Studie III befasst sich deshalb mithilfe eines qualitativen Interviews mit dem gesamten Entstehungsprozess negativer Effekte nach Psychotherapie und den Patienten-, Therapeuten-, Passungs- und Prozessvariablen, die ursächlich für die Entstehung negativer Effekte sein könnten. Ein theoretisches Modell nach Hoffmann und Kollegen (2008) dient dabei als Grundlage und wird induktiv an die Antworten der Patienten angepasst.

3.2 Mixed-Methods Design

Seit einigen Jahren gibt es Verfechter eines „dritten“ Forschungsparadigmas, des sogenannten Mixed-Methods-Designs“, welches zum Ziel hat, die Vorteile quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden für ein und dasselbe Forschungsvorhaben miteinander zu kombinieren, um so die Stärken der jeweiligen Methode für die aktuelle Zielstellung zu nutzen und Schwächen auszugleichen (Johnson & Onwuegbuzie, 2004; Kelle, 2006; Oswald, 2010). Dabei liegt der Fokus quantitativer Methoden darauf, auf der Grundlage von vorher feststehenden Modellen deduktiv Hypothesen zu generieren und diese unter stabilen Ausgangsbedingungen zu testen. Es sollen möglichst kausale Zusammenhänge erklärt und auf die Gesamtpopulation übertragen werden (Kelle & Erzberger, 2010). Qualitative Forschung versucht hingegen, noch unbekannte Zusammenhänge zu erforschen und aus den Entdeckungen heraus induktiv Theorien und Modelle zu generieren. Der qualitative Forschungsprozess ist dynamisch und passt sich immer wieder an das vorliegende Material an, während quantitative Forschung statisch vorgeht. Daten müssen hier replizierbar sein. Diesen Anspruch hat qualitative Forschung nicht (Kelle & Erzberger, 2010). Oftmals empfinden noch heute quantitative wie qualitative Forscher ihre Methodenausrichtung als überlegen und sehen die Kombination der beiden Verfahren als nutzlos und sogar praktisch nicht umsetzbar an (Howe, 1988; Johnson & Onwuegbuzie, 2004). Nicht selten stellen sie die Validität der Forschungsergebnisse des jeweils anderen in Frage, und bis ins 21. Jahrhundert war die qualitative Forschung in der Psychologie nur wenig vertreten (Camic, Rhodes, & Yardley, 2003). Beim Betrachten der unterschiedlichen Herangehensweisen und Forschungsmethoden scheint das jedoch mehr als verwunderlich, da sie sich in vielen Fällen optimal ergänzen und schon seit langer Zeit Überschneidungen zwischen den beiden Forschungstraditionen zu finden sind. So gibt Mayring (Mayring, 2010b) ein eindrückliches Beispiel dafür, dass quantitative Häufigkeitsanalysen in fast jeder qualitativen Studie zu finden sind und andersherum qualitative Einzelfallstudien in quantitativen Forschungstradition schon seit Jahren fest verankert sind. Eine eindeutige Abgrenzung zwischen quantitativen und qualitativen Methoden ist also selbst anhand von metrischen Begriffen wie Häufigkeitsanalysen (eindeutig eine

Auswertungsmethode der quantitativen Forschung) nicht immer möglich. Es gilt also, die Vorteile beider Methoden miteinander zu verknüpfen und zu nutzen, um den Erkenntnisgewinn zu maximieren.

Diese Kombination der beiden Forschungstraditionen im Sinne eines Mixed-Methods Designs soll in der vorliegenden Dissertation angewandt werden. Zur Unterstützung wird dabei das Vertiefungsmodell nach Mayring (2001) herangezogen, nach dem auf eine quantitative Erhebung eine qualitative Studie folgt. Eine Ergänzung der quantitativen Erhebungen durch ein qualitatives Interview scheint für die Erforschung des relativ „jungen“ Forschungsfeldes besonders gewinnbringend. So können einzelne Aspekte der quantitativen Untersuchung differenziert betrachtet werden und neue Hypothesen generiert werden, sowohl bezüglich der Entstehung negativer Effekte, als auch um zu überprüfen, ob negative Effekte auch in bisher unbeachteten Lebensbereichen der Patienten auftreten. Quantitative Analysen in Studie I und Studie II erfolgten mittels deskriptiven Analysen, Faktoranalysen, Korrelationsanalysen und regressionsanalytischen Modellen. Studie III soll subjektive Erklärungsmodelle von Patienten untersuchen, um besser verstehen zu können, welche Faktoren an der Entstehung von negativen Effekten nach Psychotherapie beteiligt sind. Zu diesem Zweck wurde ein halbstrukturiertes Interview entwickelt. Die gewonnenen qualitativen Daten aus Studie III wurden im Folgenden mithilfe der strukturierenden, qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010a) untersucht.

3.3 Zielsetzung und Fragestellungen des Dissertationsvorhabens

Basierend auf der bisherigen Forschungslage wurden dem Dissertationsvorhaben folgende Zielsetzungen und Fragestellungen zu Grunde gelegt und in die Systematik von Caspar und Jacobi (2004) eingeordnet (siehe Abbildung 3):

In Studie I wurde ein Selbstbeurteilungsinstrument zur systematischen Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie und unethischem Therapeutenverhalten/Kunstfehlern entwickelt und seine Gütekriterien überprüft. Zudem wurden erste korrelative Zusammenhänge zu Einflussfaktoren überprüft (Studie I: Entwicklung eines Instrumentes).

Ziel von Studie II war es, Häufigkeiten und Einflussfaktoren negativer Effekte von Psychotherapie und unethischem Therapeutenverhalten/Kunstfehlern in verschiedenen Behandlungssettings zu erfassen. Dabei wurde sowohl ein querschnittliches als auch ein längsschnittliches Erhebungsdesign verwendet (Studie II: Häufigkeiten und Einflussfaktoren).

In Studie III wurden Patientenattributionen von Ursachen negativer Effekte von Psychotherapie mithilfe eines halbstrukturierten qualitativen Interviews analysiert (Studie III: Patientenattributionen).

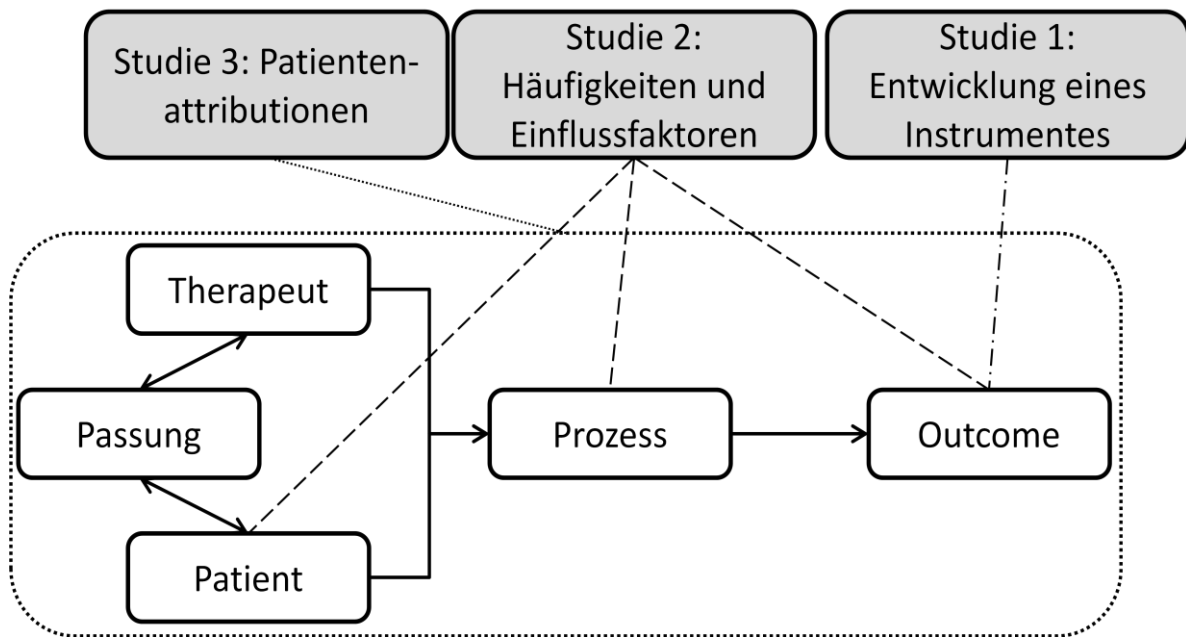


Abbildung 3: Fragestellungen der Dissertation anhand der empfohlenen Aspekte von Psychotherapieforschung nach Caspar und Jacobi (2004)

4 ZUSAMMENFASSUNG DER STUDIEN

Im Folgenden werden die drei Studien, die im Rahmen der vorliegenden Dissertation durchgeführt wurden, zusammenfassend dargestellt.

4.1 Studie I: Entwicklung eines Instrumentes zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie – INEP (Inventar zur Erfassung negativer Effekte nach Psychotherapie)

Zitation: Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? – Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP) [What Are the Risks and Side Effects of Psychotherapy? – Development of an Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP)]. *Verhaltenstherapie*, 24(4), 252-263. doi: 10.1159/000367928

Hintergrund. Die bisherige Tradition der Psychotherapieforschung konzentriert sich vor allem auf die Untersuchung von Therapieerfolg und dessen Einflussfaktoren. Mögliche negative Effekte und Therapiemisserfolg wurden bisher kaum in kontrollierten Therapiestudien berichtet und systematisch untersucht. So fehlt es vor allem an entsprechenden Instrumenten, die solche unerwünschten Phänomene erfassen können. Diese Studie soll einen wichtigen Beitrag zur Professionalisierung der Therapieforschung leisten und stellt die Konstruktion eines Selbstbeurteilungsverfahrens zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie vor.

Methoden. Mittels Literaturrecherche und Expertenbefragungen wurde ein Itempool generiert, der erlebte negative Veränderungen möglichst breit erfasst und sich über die Bereiche interpersonelle Veränderungen, Partnerschaft, Freunde und Familie, Arbeitsplatz, therapeutisches Fehlverhalten und Stigmatisierung erstreckt. Um negatives Priming zu verhindern, wurden die Items, wenn möglich, bipolar formuliert. Desweiteren wurde erfragt, ob die Patienten die negative Veränderung auf die Therapie oder externe Ursachen zurückführen. Im Anschluss wurden diese Fragen im Rahmen einer Onlineerhebung 195 ehemaligen Psychotherapiepatienten vorgelegt. Zusätzlich wurden die Rahmenbedingungen (Behandlungssetting, Behandlungsdauer etc.) der Psychotherapie von den Patienten erfragt. Die Rekrutierung erfolgte in einschlägigen Patientenforen und Websites. Ziel war es, im Anschluss eine ökonomische Kurzversion des Fragebogens zu erstellen und erste Hinweise zu möglichen Einflussfaktoren negativer Effekte zu bekommen.

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe deskriptiver Analysen, zusätzlich wurden Itemkennwerte berechnet. Anschließend wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt, um

die zugrunde liegende Struktur des Fragebogens zu untersuchen. Um die prädiktive Stärke signifikanter Korrelate zu ermitteln, wurde eine schrittweise hierarchische Regression berechnet.

Ergebnisse. 93,8% der 195 Teilnehmer der Studie berichteten negative Effekte der Psychotherapie. Während negative Effekte in den Bereichen interpersonelle Veränderungen (15,8%), Stigmatisierung (14,9%) und Partnerschaft (12,0%) am häufigsten erlebt wurden, traten unethisches Therapeutenverhalten und Kunstfehler wie sexuelle Belästigung (2,6%) oder körperliche Gewalt (1%) durch den Therapeuten selten auf. Die endgültige Version des INEP wurde nach inhaltlichen Kriterien sowie Itemanalysen erstellt und beinhaltet 21 Items ($\alpha = 0,86$). Im Anschluss wurde eine schrittweise multiple hierarchische Regression berechnet, um die Vorhersagekraft von demografischen/klinischen Variablen, der therapeutischen Beziehung und Therapieerwartungen zu bestimmen. Die aufgeklärte Varianz des Modells liegt bei 24% ($\Delta R^2_{\text{korr}} = 0,24$; $F(4,188) = 16,4$; $p < 0,01$), mit folgenden signifikanten Prädiktoren: „Insgesamt wurden meine Erwartungen an die Therapie nicht erfüllt“ ($R^2 = 0,17$), „Behandlung im stationären Setting“ (Schritt2; $\Delta R^2 = 0,04$; $p < 0,01$), „negative therapeutische Beziehung“ (Schritt 3; $\Delta R^2 = 0,02$; $p < 0,01$), „frühere Therapieerfahrungen“ (Schritt 4; $\Delta R^2 = 0,02$; $p < 0,01$). Der Erklärungszuwachs ist für jeden Schritt signifikant.

Diskussion. Negative Effekte von Psychotherapien sind feststellbar und treten in verschiedenen Lebensbereichen der Patienten auf. Das neu entwickelte INEP ermöglicht mittels Patientenbefragungen eine systematische Analyse dieser Effekte. Randomisiert kontrollierte Behandlungsstudien sollten standardmäßig neben positiven Effekten einer Intervention auch mögliche negative Effekte erfassen, und der hier vorgestellte Fragebogen ist dabei ein wichtiges Instrument. Es ist jedoch notwendig, das INEP in weiteren klinischen Populationen zu untersuchen und zu validieren.

4.2 Studie II: Negative Effekte von Psychotherapie nach ambulanter und stationärer psychotherapeutischer Behandlung

Zitation: Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (submitted for publication). Negative effects of psychotherapy in outpatient and inpatient facilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Hintergrund. Fehlende empirische Untersuchungen zu negativen Effekten von Psychotherapie erschweren eine adäquate Aufklärung der Patienten über mögliche Folgen und Risiken einer therapeutischen Behandlung. Eine solche Aufklärung ist jedoch zwingend erforderlich, damit die Patienten eine informierte Entscheidung für oder gegen eine Therapie treffen können. Ziel der vorliegenden Erhebung ist diese Wissenslücke zu füllen und negative Effekte systematisch in

verschiedenen Settings und mit verschiedenen Erhebungsdesigns zu untersuchen. Auf diesem Wege soll untersucht werden, welche negative Effekten in welchem Setting gehäuft auftreten. Zudem sollen die Studien erste Hinweise liefern, was das Auftreten dieser Effekte begünstigt.

Methoden. Zunächst wurden querschnittlich ehemalige Patienten einer verhaltenstherapeutischen Psychotherapieambulanz nach ihrer Behandlung zu negativen Effekten ihrer Psychotherapie und unethischem Therapeutenverhalten/Kunstfehlern befragt – Ambulante Erhebung (n=182). Zusätzlich wurden Patienten zu ihrer therapeutischen Beziehung und derzeitigen interpersonalen Problemen befragt – klinische Variablen wurden den Patientenakten entnommen. Die Befragung der Patienten wurde nach Abschluss der Therapie auf postalischem Wege durchgeführt. Im Anschluss erfolgte eine längsschnittliche Befragung stationärer Patienten in zwei verschiedenen Kliniken – Stationäre Erhebung (n=118). Die Behandlung erfolgte hier sowohl mit kognitiver Verhaltenstherapie, als auch nach psychodynamischen Therapiekonzepten. Wenn in der Vergangenheit schon eine psychotherapeutische Behandlung erfolgt war, wurden die Patienten auch zu negativen Effekten dieser Behandlung und der Qualität der therapeutischen Beziehung befragt. Während der Aufnahme wurden interpersonale Probleme, Therapieerwartungen und Therapiemotivation erfasst. Eine zweite Befragung zu negativen Effekten der stationären Behandlung und der Qualität der therapeutischen Beziehung zum Bezugstherapeuten in der Klinik erfolgte am Entlassungstag. Diese Variablen wurden in einer dritten Befragung zu einer 9-Monats-Katamnese erhoben. Zur Erfassung negativer Effekte und unethischem Therapeutenverhalten/Kunstfehlern wurde in beiden Studien das neu entwickelte INEP (Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie) eingesetzt.

Die statistische Auswertung erfolgte mithilfe deskriptiver Analysen und Berechnung von Rangkorrelationen nach Spearman zur Überprüfung der Zusammenhänge zwischen dem Berichten von negativen Effekte von Psychotherapie/ unethischen Therapeutenverhalten und folgenden Variablen: Therapieerwartung, Therapiemotivation, Qualität der therapeutischen Beziehung, interpersonalen Problemen, demografischen Merkmalen und klinischen Charakteristika der Behandlung. Um die prädiktive Stärke signifikanter Korrelate zu ermitteln, wurden im Anschluss explorativ binär logistische Regressionen durchgeführt.

Ergebnisse. 20,9% der ambulanten und 59,3% der stationären Patienten berichteten, mindestens einen negativen Effekt ihrer Behandlung erlebt zu haben. Am häufigsten klagten die ambulanten Patienten über Schwierigkeiten mit der Versicherung (8,2%) und Angst vor Stigmatisierung (3,8%). Die stationären Patienten berichteten hingegen von längeren Phasen, in denen sie sich schlechter fühlten (29,7%). In Bezug auf unethisches Therapeutenverhalten/Kunstfehler berichteten Patienten in beiden Settings am häufigsten, dass sie sich von Aussagen des Therapeuten verletzt und zu

bestimmten Interventionen gezwungen fühlten. Zudem beschrieb ein stationärer Patient, dass sein Therapeut die Schweigepflicht verletzt habe.

Prädiktoranalysen bezüglich des Berichtens von negativen Effekten von Psychotherapie ergaben in beiden Behandlungssettings signifikante Ergebnisse. Die untersuchten ambulanten Patienten mit therapeutischer Vorerfahrung und ohne spezifische Behandlungserwartungen berichteten über mehr negative Effekte von Psychotherapie. In der stationären Stichprobe berichteten Patienten mit Erfahrungen/Wissen über Psychotherapie, jüngere Patienten und Patienten, die Angst hatten, sich durch die Behandlung zum Negativen zu verändern, über signifikant mehr negative Effekte ihrer Therapie. Bezüglich des Erlebens von unethischem Therapeutenverhalten und Kunstfehlern zeigen sich ähnliche Einflussfaktoren. So berichteten junge ambulante Patienten häufiger über unethisches Therapeutenverhalten und Kunstfehler. Unter den stationären Patienten war eine positive therapeutische Beziehung ein protektiver Faktor, während Erfahrungen/Wissen über Psychotherapie und Patienteninitiative mit vermehrtem Berichten von unethischem Therapeutenverhalten/Kunstfehlern einherging.

Diskussion. Es ist gelungen, negative Effekte nach Psychotherapie in beiden Settings zu erfassen und mögliche Einflussfaktoren zu identifizieren, die das Auftreten dieser negativen Effekte und unethischen Therapeutenverhaltens/Kunstfehlern begünstigen. Innerhalb des stationären Settings werden mehr negative Effekte berichtet, was durch die verkürzte Behandlungsdauer bedingt sein kann. Hier bleibt stationären Patienten und Therapeuten weniger Raum eine stabile therapeutische Beziehung aufzubauen, was das Auftreten negativer Effekte begünstigen kann. Zudem bergen negative Therapieerfahrungen und ungünstige Behandlungserwartungen ein erhöhtes Risiko für das Auftreten negativer Effekte. Es gilt diese Patienten frühzeitig zu identifizieren und ihre Erwartungen positiv zu beeinflussen, um negativen Effekten präventiv vorzubeugen. Hier müssen zukünftige Interventionen zur Reduktion negativer Effekte ansetzen, um noch effektivere und schonendere Therapieverfahren zu entwickeln.

4.3 Studie III: Untersuchung der Ursachenattribution negativer Effekte aus Patientensicht mit Hilfe qualitativer Interviews

Zitation: Ladwig, I., Rheker, J., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (under review). Patients' attributions regarding negative effects of psychotherapy: Qualitative interviews with an affected group. *Psychotherapy Research*.

Hintergrund. Psychotherapeutische Behandlungen können negative Effekte hervorrufen. Diese werden von Patienten in unterschiedlichen Lebensbereichen erlebt und treten in allen

Therapieschulen auf (Ladwig, Rief, & Nestoriuc, 2014). Bisher ist jedoch nur wenig über deren Entstehung und mögliche Auslöser bekannt. Es gibt einige theoretische Überlegungen dazu, unter welchen Umständen es zu negativen Effekte kommen kann (Hoffmann et al., 2008; Kaczmarek et al., 2012; Lieberei & Linden, 2008). Jedoch wurde bisher keines dieser Modelle empirisch geprüft. Ziel der vorliegenden Studie war es deshalb, Ursachenattributionen negativer Effekte zu untersuchen und deren Entstehung nachvollziehen zu können. Um die bisher existierenden quantitativ orientierten Studien zu negativen Effekten zu komplettieren, wird für die vorliegende Erhebung ein qualitatives Forschungsdesign gewählt. Es bietet eine große Offenheit im Vorgehen, was neue, bisher unbekannte Aspekte bei der Entstehung negativer Effekte aufdecken kann und ein tieferes Verständnis der Ergebnisse verspricht.

Methoden. Mit einem halbstrukturierten Interview wurden 24 ehemalige Psychotherapiepatienten (75% weiblich, i.D. 39,9 Jahre) zu ihren Erfahrungen mit negativen Effekten und den daraus resultierenden Ursachenzuschreibungen telefonisch befragt. Es wurden dabei nur solche negativen Effekte ausgewertet, die auf die Psychotherapie attribuiert wurden. Die offenen Fragestellungen wurden mit Hilfe der strukturierenden qualitativen Inhaltsanalyse nach Mayring (2010a) unter Einsatz des Textanalysestystems MAXQDA (V. 10) analysiert. Dabei wurden zunächst alle genannten negativen Effekte kategorisiert und auf Basis des Inventars zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie (INEP; Ladwig, 2014) in die bereits bekannten Kategorien eingeteilt und, falls Effekte nicht in die bestehenden Kategorien passten, induktiv neue Kategorien gebildet. So wurde auch in der qualitativen Auswertung der Ursachenattributionen verfahren. Als deduktive Grundlage diente hier das Modell nach Hoffmann (2012). Zusätzlich zu der qualitativen Analyse erfolgten quantitative Häufigkeitsanalysen und die Bestimmung der Interrater-Reliabilität.

Ergebnisse. Es wurden zwei Kategoriensysteme aus den Interviews generiert, eines für Bereiche negativer Effekte und eines für deren Ursachen aus Patientensicht. Insgesamt wurden 127 negative Effekte von den teilnehmenden Patienten beschrieben. Neben den 11 bereits bekannten Bereichen negativer Effekte konnten innerhalb der Interviews vier neue Bereiche identifiziert werden. Hierbei handelt es sich um „Instabiles Selbstkonzept“, „Vertrauen gegenüber Mitmenschen/helfenden Gruppen“, „Selbstzufriedenheit“ und „Veränderung der Persönlichkeit“. Zu den berichteten negativen Effekten wurden insgesamt 299 Ursachenattributionen genannt (Mehrfachnennung möglich), welche sich in vier Hauptkategorien einteilen ließen. Die Kategorie „Ursachen für negative Effekte nach angemessener Therapie“ wurde am häufigsten genutzt (43,8%), hier wurden also trotz lege artis durchgeführter Behandlung negative Effekte erlebt. Hierbei waren Auslöser aus Patientensicht: ihre mangelnde Motivation oder Kooperationsfähigkeit, starke Belastung durch die Symptome, Stigmatisierung oder Unzulänglichkeiten des Gesundheitssystems. Die weiteren Kategorien von Ursachenattributionen waren „Probleme in der therapeutischen Beziehung“ (25,4%),

„Ursachen für negative Effekte durch unprofessionelle Ausübung der Behandlung“ (19,4%) und „Unethisches Therapeutenverhalten und Kunstfehler“ (11,4%).

Diskussion. Die vorliegende Untersuchung setzt sich systematisch mit negativen Effekten nach Psychotherapie und deren Ursachen auseinander. Mithilfe qualitativer Methoden konnte gezeigt werden, dass die Entstehung negativer Effekte aus Patientenperspektive äußerst komplex ist. Innerhalb der Interviews zeigte sich, dass eine wesentliche Anzahl von negativen Effekten bei lege artis durchgeführter Psychotherapie entstehen und somit Teil des therapeutischen Prozesses sind. Zukünftig ist es daher von großer Bedeutung, bei der Auswahl einer passenden Behandlung für einen Patienten auch mögliche negative Effekte mit einzubeziehen und die Therapieform zu wählen, die das beste Verhältnis zwischen positiven und negativen Effekten zeigt. Zudem sollte der Patient angemessen über negative Effekte aufgeklärt und gemeinsam Copingstrategien für den Umgang mit diesen Effekten entwickelt werden.

5 ZUSAMMENFASSENDE DISKUSSION UND AUSBLICK

Im Rahmen der hier vorliegenden publikationsbasierten Dissertation wurden erstmals negative Effekte von Psychotherapie systematisch mithilfe quantitativer und qualitativer Forschungsmethoden untersucht. Es ist in dieser Dissertation gelungen, ein ökonomisches Selbstbeurteilungsinstrument mit 21 Items zur quantitativen Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie und unethischem Therapeutenverhalten/Kunstfehlern zu erstellen (Studie I), welches nun in der balancierten Psychotherapieforschung Anwendung finden kann (siehe Abschnitt 5.2.1).

Studie II nutzte das neu entwickelte Instrument und lieferte wichtige Hinweise zu Häufigkeiten und Einflussfaktoren negativer Effekte in ambulanter und stationärer Psychotherapie. Hierbei zeigte sich, dass negative Effekte von Psychotherapie und unethisches Therapeutenverhalten/Kunstfehler häufiger bei stationärer Psychotherapie berichtet werden. Ambulante Patienten berichten am häufigsten von Schwierigkeiten mit ihrer Versicherung, während stationäre Patienten über eine Verschlechterung ihrer Symptomatik klagen. Zudem zeigte sich, dass besonders unspezifische und negative Erwartungen bezüglich der Behandlung zu vermehrtem Erleben von negativen Effekten führen, während eine positive therapeutische Beziehung sich erwartungsgemäß protektiv auswirkt. Interpersonale Probleme der Patienten hatten in der vorliegenden Stichprobe keinen Einfluss auf Erleben negativer Effekte. Hier ergeben sich also wichtige Implikation für den zukünftigen Umgang mit negativen Effekten und der Entwicklung von präventiven Maßnahmen und/oder Coping-Strategien (siehe Abschnitt 5.2.1).

Mithilfe eines halbstrukturierten qualitativen Interviews (Studie III) konnten zum einen weitere relevante Lebensbereiche entdeckt werden, in denen negative Effekte von Patienten erlebt werden. Zum anderen konnte dargestellt werden, dass Ursachen für die Entstehung negativer Effekte komplex sind, aber in einem modifizierten Modell von Hoffmann und Kollegen (2008) systematisiert werden können. Dabei werden am häufigsten negative Effekte nach lege artis durchgeführter Therapie berichtet. Die interviewten Patienten sehen die Auslöser von negativen Effekten vor allem in Unzulänglichkeiten des Gesundheitssystems oder berichten mangelnde Motivation oder Kooperationsfähigkeit sowie ihre eigenen Symptome als Hindernisse. Im Folgenden werden Einschränkungen, Vorzüge und Implikationen der vorliegenden Dissertation beschrieben, wobei der Schwerpunkt auf Aspekten liegt, die in den bereits beschriebenen Publikationen noch nicht genannt wurden.

5.1 Einschränkungen

Bei der Interpretation der Ergebnisse sind einige Einschränkungen zu berücksichtigen. So ist es möglich, dass bei der Rekrutierung von Patienten für die einzelnen Stichproben Selektionseffekte

aufgetreten sind, was die Generalisierbarkeit der Ergebnisse stark beeinträchtigen würde. Es wurde jedoch in allen Studien explizit zu „Effekten“ von Psychotherapie im Allgemeinen gefragt, um einen Bias zu vermeiden. Die Teilnahme war freiwillig und es lag kein zusätzlicher motivationaler Anreiz zur Teilnahme vor. Dennoch ist es möglich, dass vor allem Patienten teilgenommen haben, die eher negative Therapieerfahrungen gemacht haben und diese mitteilen wollten, wodurch die Häufigkeiten einzelner Effekte höher sein könnten, als es in der Grundpopulation der Fall ist. Speziell die Stichprobe in Studie III besteht aus besonders belasteten Patienten. Alle hatten Vorerfahrung mit Psychotherapie, und 79% der Befragten hatten bereits eine Folgetherapie begonnen. Jedoch wurden die Patienten genau aus dem Grund ausgewählt, dass sie besonders viele negative Effekte berichteten und nicht aufgrund von Repräsentativität. Eine Übertragbarkeit der Ergebnisse ist diesem Fall nicht gegeben, war jedoch auch nicht der Anspruch der qualitativen Studie. Vielmehr sollen mithilfe der Ergebnisse weitere Hypothesen generiert werden, die dann in Folgestudien experimentell überprüft werden müssen. So wurden beispielsweise neue, bisher unbekannte Bereiche negativer Effekte entdeckt. Hier müssen nachfolgende Studien untersuchen, ob sie so häufig auftreten, dass sich eine systematische Erhebung in Rahmen eines Fragebogens lohnt.

Zudem wurde, wie einleitend erklärt, bewusst nur die Perspektive der Patienten bei der Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie eingenommen. Im Sinne des bereits beschriebenen „Tripartite Modells“ nach Strupp und Hadley (1977) muss in weiteren Erhebungen die Perspektive des Therapeuten und der Gesellschaft unbedingt ergänzt werden, um ein umfassendes Bild zu negativen Effekten von Psychotherapie zu bekommen.

Zuletzt erheben die erfassten Einflussfaktoren auf negative Effekte keinen Anspruch auf Vollständigkeit. Die teilweise sehr niedrigen Korrelationen und Varianzaufklärungen der Prädiktoranalysen zeigen, dass nur ein kleiner Ausschnitt der relevanten Mechanismen bekannt ist und vermutlich weitere Faktoren eine Rolle bei der Entstehung von negativen Effekten spielen. Zukünftige Studien können mithilfe von sehr großen Stichproben verschiedene Prädiktoren simultan untersuchen und so die Varianzaufklärung erhöhen. Dabei soll anmerkt werden, dass diese Probleme auch in der Forschung zu Therapieerfolg bestehen. Der therapeutische Prozess ist komplex und zudem für jede neue Therapie individuell anders, was die Suche nach gemeinsamen Wirkfaktoren erschwert.

5.2 Perspektiven

5.2.1 Forschung

Die vorliegende Arbeit hatte vor allem das Ziel, der langen Vernachlässigung der Forschung zu negativen Effekten entgegen zu wirken und hier Abhilfe zu schaffen. Dazu wurde mithilfe der

beschriebenen Erhebungen ein wichtiger Beitrag geleistet, der zukünftigen Forschungsprojekten Ideen, Impulse und valide Instrumente bietet. Das Interesse an der Nebenwirkungsforschung nimmt in den letzten Jahren immer mehr zu (siehe Literaturrecherche bei 2.1.), und das neu entwickelte Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie (INEP) wird derzeit schon in experimentellen Interventionsstudien zu Zwangsstörungen (Külz et al., 2014; Moritz et al., 2015), Somatisierungsstörungen (Kleinstäuber, Gottschalk, Berking, Rau, & Rief, 2016), Prämenstruellem Syndrom (Janda, Kues, Kleinstäuber, & Weise, 2015) und Internettherapie (Boß et al., 2015) verwendet und in weiteren Übersichtsarbeiten erwähnt (Blease, Trachsel, & Holtforth, 2016; Einsle & Härtling, 2015; Jonsson, Johanson, Nilsson, & Lindblad, 2015; Linden & Schermuly-Haupt, 2014; Rief & Glombiewski, 2016). Das spricht dafür, dass das Interesse an negativen Effekten von Psychotherapie in der Forschungsgemeinschaft groß ist und mit weiteren Publikationen noch gesteigert werden kann. Das Ziel muss hier sein, eine balancierte Wirksamkeitsforschung von Psychotherapie zu kultivieren, die sowohl positive als auch negative Effekte einer Intervention untersucht und berichtet. Der neu entwickelte INEP kann hier ein hilfreiches und ökonomisches Erhebungsinstrument sein.

In Hinblick auf die Ergebnisse der Prädiktoranalysen aus Studie II sollte weitere Forschung den Fokus auf den Zusammenhang von früheren Therapieerfahrungen und Wissen um Psychotherapie mit Erwartungen legen. Wie verändern negative Therapieerfahrungen die Erwartungen von Patienten für zukünftige Behandlungen? Welche negativen Erwartungen und Befürchtungen werden konkret erlebt? Wie können diese negativen Erwartungen modifiziert werden? Auch hier könnten wieder qualitative Studien zum Einsatz kommen, um den Einfluss negativer Erfahrungen auf das Erleben von negativen Effekten besser verstehen zu können und Hypothesen zu generieren. In der pharmakologischen Forschung gibt es einige Hinweise darauf, dass sich vorherige Erfahrungen mit Medikamenten auf Patientenerwartungen auswirken und einen Einfluss auf das Behandlungsergebnis eines neuen Medikamentes haben (Kessner, Wiech, Forkmann, Ploner, & Bingel, 2013; Sohl, Schnur, & Montgomery, 2009). Dieser Zusammenhang sollte auf psychotherapeutische Behandlungserwartungen übertragen und experimentell untersucht werden. Wenn dieser Zusammenhang bestätigt werden kann, können spezifische Interventionen entwickelt werden, die negative und ungünstige Erwartungen gezielt reduzieren und somit das Risiko für negative Effekte von Psychotherapie reduzieren.

5.2.2 Klinische Praxis

Mithilfe der erhobenen qualitativen und quantitativen Daten über negative Effekte und deren Entstehung können eine gezielte Aufklärung und Schulung von Psychotherapeuten über dieses Thema schon in der Ausbildung erfolgen, damit sie weiter für das Thema sensibilisiert werden. Schon

junge Therapeuten lernen so in gesundem Maße, das eigene Verhalten und die Ereignisse innerhalb/während einer Behandlung kritisch zu reflektieren und negative Effekte frühzeitig zu erkennen. Besonders bezüglich negativer Effekte nach lege artis Therapien, also Nebenwirkungen im eigentlichen Sinne, sollten dabei relevante Aspekte aus Studie III berücksichtigt werden – wie zum Beispiel die das individuelle soziale Umfeld, Eigenarten des Gesundheitssystems, die Auswirkungen einer Therapie auf berufliche Möglichkeiten und mögliche Einschränkungen in Versicherungsabschlüssen.

Desweiteren muss die Prävention negativer Effekte und Entwicklung geeigneter Copingstrategien für den Umgang mit unvermeidlichen negativen Effekten im Fokus von Behandlern stehen. Es sollte dafür gesorgt werden, dass eine Aufklärung über negative Effekte von Psychotherapie in die psychotherapeutische Routineversorgung implementiert wird. Ob diese standardisiert oder individualisiert durchgeführt werden sollte, müssen zukünftige Erhebungen untersuchen. Die Komplexität der Ursachen legt allerdings eine individuelle Aufklärung nahe. Diese Aufklärung sollte vor allem auf die Bildung von realistischen Erwartungen abzielen sowie im gleichen Maße das Selbstbewusstsein der Patienten stärken, negative Effekte mit ihrem Behandler offen anzusprechen und gemeinsam nach Bewältigungsstrategien zu suchen. So werden die Selbstwirksamkeit der Patienten, die Patientenautonomie und die therapeutische Beziehung gestärkt.

5.3 Fazit

Zusammengenommen leistet die vorliegende Arbeit einen wichtigen Beitrag zur Etablierung einer Forschungstradition zu negativen Effekten von Psychotherapie in der Wirksamkeitsforschung. Die vorherrschende Meinung unter Praktikern ist häufig noch immer, dass Psychotherapie im schlimmsten Fall nicht wirkt und negative Effekte im Sinne von Nebenwirkungen nicht existieren. Diesem Irrglauben konnte entgegen gewirkt werden. Selbst lege artis durchgeführte Psychotherapie hat aus Patientenperspektive Nebenwirkungen, und diese haben ihre Ursachen zu nicht unwesentlichen Teilen in Faktoren außerhalb des therapeutischen Kontaktes (z.B. Stigmatisierung und Unzulänglichkeiten des Gesundheitssystems). Dabei berichten Patienten teilweise über sehr unterschiedliche negative Effekte ihrer Behandlung in ganz unterschiedlichen Lebensbereichen. Praktizierende Psychotherapeuten sollten also nicht nur Symptomverschlechterungen beachten, sondern auch mögliche Nebenwirkungen in anderen Lebensbereichen wie der Partnerschaft antizipieren. In Bezug auf die Entstehung von negativen Effekten von Psychotherapie zeigte sich, dass negative und unspezifische Erwartungen auf Seiten des Patienten das Auftreten von negativen Effekten einer Psychotherapie begünstigen. Über all diese Phänomene existieren nun erste wichtige Erkenntnisse und empirische Daten, die gegenüber der eigenen Profession und vor allem natürlich gegenüber den Patienten kommuniziert werden müssen. Nur so können individuelle

Copingstrategien für den Umgang mit negativen Effekten entwickelt und diese langfristig reduziert werden. Grundsätzlich ist Psychotherapie ein besonders erfolgreiches Behandlungsverfahren, das seine Wirksamkeit immer wieder beweisen konnte. Eine Beschäftigung mit negativen Effekten dieser Behandlungen kann die Wirksamkeit weiter steigern und uns helfen, noch effektivere und möglichst schonende Verfahren zur Behandlung psychischer Störungen zu entwickeln.

6 LITERATUR

- Barlow, D. H. (2010). Negative Effects From Psychological Treatments. *American Psychologist*, *65*(1), 13-20.
- Bents, H., Frank, R., & Rey, E. R. (1996). *Erfolg und Misserfolg in der Psychotherapie*. Regensburg: Roderer.
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*(9), 787-794.
- Blease, C., Trachsel, M., & Holtforth, M. G. (2016). Paternalism, Placebos, and Informed Consent in Psychotherapy: The Challenge of Ethical Disclosure. *Verhaltenstherapie*, *26*(1), 22-30.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *70*(2), 288-298. doi: 10.1037/0022-006X.70.2.288
- Boß, L., Lehr, D., Berking, M., Riper, H., Schaub, M. P., & Ebert, D. D. (2015). Evaluating the (cost-)effectiveness of guided and unguided Internet-based self-help for problematic alcohol use in employees - a three arm randomized controlled trial. *BMC Public Health*, *15*(1), 1-14. doi: 10.1186/s12889-015-2375-0
- Camic, P. M., Rhodes, J. E., & Yardley, L. (2003). Naming the stars: Integrating qualitative methods into psychological research. In P. M. Camic, J. E. Rhodes & L. Yardley (Eds.), *Qualitative research in psychology: Expanding perspectives in methodology and design* (pp. 3-15). Washington DC: American Psychological Association.
- Caspar, F., & Jacobi, F. (2004). Psychotherapieforschung. In W. Hiller & E. Leibing (Eds.), *Lehrbuch der Psychotherapie* (pp. 395 - 410). München: CIP-Medien.
- Caspar, F., & Kächele, H. . (2008). Fehlentwicklungen in der Psychotherapie. In S. Herpertz, C. Mundt & F. Caspar (Eds.), *Störungsspezifische Psychotherapie*. München: Urban & Fischer.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, *43*(3), 271-279. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.271>
- Conrad, A. (2009). *Ein verhängnisvolles Zusammenspiel. Misslungene Psychotherapie aus Klientensicht*. (PhD), Freie Universität Berlin, Berlin.
- Davies-Osterkamp, S., Strauss, B., & Schmitz, N. (1996). Interpersonal Problems as Predictors of Symptom Related Treatment Outcome in Longterm Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, *6*, 164-176.
- Einsle, F., & Härtling, S. (2015). Die Erforschung der Psychotherapie: Aktueller Stand und Themen für die Zukunft [Researching Psychotherapy: Current Status and Future Themes]. *Psychotherapie-Wissenschaft*, *5*(1), 38-50.

- Foa, E. B., & Emmelkamp, P. M. G. . (1983). *Failures in behavior therapy* New York Wiley
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review, 26*(6), 657-678. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Grencavage, L. M., & Norcross, J. C. (1990). Where are the commonalities among the therapeutic common factors? *Professional Psychology: Research and Practice, 21*(5), 372-378. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0735-7028.21.5.372>
- Hand, I., & Lamontagne, Y. (1976). The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia-removal. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice, 13*(4), 405.
- Haupt, M., & Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie - Das ECRS-ATR-Schema [Side effects and side effect documentation in psychotherapy - The ECRS-ATR-Schema]. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft, 13*(2), 9-27.
- Haupt, M., Linden, M., & Strauß, B. (2013). Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen. In M. Linden & B. Strauß (Eds.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (pp. 1-9). Berlin: MWV - Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft
- Hoffmann, S.O., Rudolf, G., & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut, 53*(1), 4-16.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureño, G., & Villaseñor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(6), 885-892.
- Howe, K. R. (1988). Against the Quantitative-Qualitative Incompatibility Thesis or Dogmas Die Hard. *Educational Researcher, 17*(8), 10-16. doi: 10.3102/0013189x017008010
- Jacobi, F. (2001). Misserfolgsvorschung in der Verhaltenstherapie. In R. Dohrenbusch & F. Kaspers (Eds.), *Fortschritte in der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin* (pp. 323-346). Lengrich: Pabst.
- Jacobi, F. (2002). Risiken und Nebenwirkungen verhaltenstherapeutischer Behandlung. In M. M. Märtens & H. G. Petzold (Eds.), *Therapieschäden: Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (pp. 89-108). Mainz: Matthias-Grünewald-Verlag.
- Jacobi, F., Uhlmann, S., & Hoyer, J. (2011a). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? [How frequent is negative outcome in outpatient psychotherapy? Results from a CBT outpatient clinic]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, 40*(4), 246-256.
- Jacobi, F., Uhlmann, S., & Hoyer, J. (2011b). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen

- Hochschulambulanz [How frequent is negative outcome in outpatient psychotherapy? Results from a CBT outpatient clinic]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 246-256.
- Janda, C., Kues, J. N., Kleinstäuber, M., & Weise, C. (2015). Wie kann man den Umgang mit prämenstruellen Symptomen verändern? Ein modularisiertes Behandlungsprogramm. *Verhaltenstherapie*, 25(4), 294-303.
- Johnson, R. B., & Onwuegbuzie, A. J. (2004). Mixed Methods Research: A Research Paradigm Whose Time Has Come. *Educational Researcher*, 33(7), 14-26. doi: 10.3102/0013189x033007014
- Jonsson, U., Johanson, J., Nilsson, E., & Lindblad, F. (2015). Adverse effects of psychological therapy: An exploratory study of practitioners' experiences from child and adolescent psychiatry. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, Nov, 1-15. doi: DOI: 10.1177/1359104515614072
- Kaczmarek, S., Passmann, K., Cappel, R., Hillebrand, V., Schleu, A., & Strauß, B. (2012). Wenn Psychotherapie schadet... Systematik von Beschwerden über psychotherapeutische Behandlungen [When psychotherapy causes harm... Systematics of complaints on psychotherapeutic treatment]. *Psychotherapeut*, 57(5), 402-409.
- Kelle, U. (2006). Combining qualitative and quantitative methods in research practice: purposes and advantages. *Qualitative Research in Psychology* 3, 293-311.
- Kelle, U., & Erzberger, C. (2010). Qualitative und quantitative Methoden: kein Gegensatz. In U. Flick, E. von Kardorff & I. Steinke (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschung in der Psychologie* (Vol. 8, pp. 299-309). Reinbeck bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch Verlag.
- Kessner, S., Wiech, K., Forkmann, K., Ploner, M., & Bingel, U. (2013). The effect of treatment history on therapeutic outcome: an experimental approach. *JAMA internal medicine*, 173(15), 1468-1469.
- Kleinstäuber, M., Gottschalk, J., Berking, M., Rau, J., & Rief, W. (2016). Enriching Cognitive Behavior Therapy with Emotion Regulation Training for Patients with Multiple Medically Unexplained Symptoms (ENCERT): Design and implementation of a multicenter, randomized, active-controlled trial. *Contemporary Clinical Trials*, 47, 54-63.
- Külz, A. K., Landmann, S., Cludius, B., Hottenrott, B., Rose, N., Heidenreich, T., . . . Moritz, S. (2014). Mindfulness-based cognitive therapy in obsessive-compulsive disorder: protocol of a randomized controlled trial. *BMC Psychiatry*, 14(1), 314.
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). What Are the Risks and Side Effects of Psychotherapy? – Development of an Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP). *Verhaltenstherapie*, 24(4), 252-263. doi: 10.1159/000367928
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (submitted for publication). Negative effects of psychotherapy in outpatient and inpatient facilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., pp. 139-193). New York: Wiley & Sons.
- Lieberei, B., & Linden, M. (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, *102*(9), 558-562.
- Linden, M. (2013). How to Define, Find and Classify Side Effects in Psychotherapy: From Unwanted Events to Adverse Treatment Reactions. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, *20*(4), 286-296. doi: 10.1002/cpp.1765
- Linden, M., & Schermuly-Haupt, M.-L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry*, *13*(3), 306-309.
- Margraf, J. (2009). Risiken und Nebenwirkungen [Risks and Side Effects]. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (pp. 277-296-296): Springer Berlin Heidelberg.
- Märtens, M. M. (2005). Misserfolge und Misserfolgsvorschung in der Psychotherapie. *Psychotherapie im Dialog*, *6*, 145-149.
- Märtens, M. M., & Petzold, H. G. (2002). *Therapieschäden Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Matthias-Grünwald-Verlag.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, *68*(3), 438-450.
- Mayring, P. (2001). Combination and Integration of Qualitative and Quantitative Analysis. *2001*, *2*(1). <http://www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/967/2110>
- Mayring, P. (2010a). Techniken qualitativer Inhaltsanalyse. In P. Mayring (Ed.), *Qualitative Inhaltsanalyse- Grundlagen und Techniken* (Vol. 11, pp. 48-109). Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
- Mayring, P. (2010b). Was ist qualitative Analyse? In P. Mayring (Ed.), *Qualitative Inhaltsanalyse- Grundlagen und Techniken* (Vol. 11, pp. 17-22). Weinheim und Basel: Beltz.
- Mohr, D. C. (1995). Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, *2*(1), 1-27. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x
- Mohr, D. C., Beutler, L. E., Engle, D., Shoham-Salomon, V., Bergan, J., Kaszniak, A. W., & Yost, E. B. (1990). Identification of patients at risk for nonresponse and negative outcome in psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *58*(5), 622-628. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.58.5.622>
- Moritz, S., Fieker, M., Hottenrott, B., Seeralan, T., Cludius, B., Kolbeck, K., & Nestoriuc, Y. (2015). No pain, no gain? Adverse effects of psychotherapy in obsessive-compulsive disorder and its

- relationship to treatment gains. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 61-66.
doi: 10.1016/j.jocrd.2015.02.002
- Oswald, H. (2010). Was heißt qualitativ forschen? Warnungen, Fehlerquellen, Möglichkeiten. In B. Friebertshäuser, A. Langer & A. Prengel (Eds.), *Handbuch Qualitative Forschungsmethoden in der Erziehungswissenschaft* (pp. 183-202). Weinheim und München: Juventa Verlag.
- Parker, G., Fletcher, K., Berk, M., & Paterson, A. (2013). Development of a measure quantifying adverse psychotherapeutic ingredients: The Experiences of Therapy Questionnaire (ETQ). *Psychiatry Research*, 206, 293-301.
- Rief, W., & Glombiewski, J. A. (2016). Erwartungsfokussierte Psychotherapeutische Interventionen (EFPI). *Verhaltenstherapie*, 26(1), 47-54.
- Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015). Negative effects of Internet interventions: A qualitative content analysis of patients' experiences with treatments delivered online. *Cognitive Behaviour Therapy*, 44(3), 223-236. doi: 10.1080/16506073.2015.1008033
- Schmoll, D. (2012). Nebenwirkungen bei psychoanalytisch orientierten Therapien. *Psychotherapeut*, 1-6.
- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV) [Patient Questionnaire on Therapy Expectation and Evaluation (PATHEV)]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 176-187.
- Schulte, D., & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 312-328. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/9.3.312>
- Schulz, H., Lang, K., Nübling, R., & Koch, U. (2003). Psychometrische Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation-FPTM-23 [Psychometric evaluation of the short form of the Psychotherapy Motivation Questionnaire – FPTM-23]. *Diagnostica*, 49(2), 83-93.
- Schulz, W. (1984). Analyse negativer Therapieeffekte und Probleme der Kontraindikation. In G. Jüttemann (Ed.), *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik* (pp. 149-168). Göttingen Hogrefe
- Skegg, D.C.G., & Doll, R. (1977). The case for recording events in clinical trials. . *British Medical Journal*, 6101(2), 1523-1524.
- Sohl, S. J, Schnur, J. B, & Montgomery, G. H. (2009). A meta-analysis of the relationship between response expectancies and cancer treatment-related side effects. *Journal of Pain and Symptom Management*, 38(5), 775-784.
- Strauß, B., Linden, M., Haupt, M.-L., & Kaczmarek, S. (2012). Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. *Psychotherapeut*, 57(5), 385-394.

- Strupp, H. H. (1980a). Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases: Comparison 1. *Archives of General Psychiatry*, 37(5), 595-603. doi: <http://dx.doi.org/10.1001/archpsyc.1980.01780180109014>
- Strupp, H. H. (1980b). Success and failure in time-limited psychotherapy: A systematic comparison of two cases: Comparison 2. *Archives of General Psychiatry*, 37(6), 708-716.
- Strupp, H. H., & Hadley, S. W. (1977). A tripartite model of mental health and therapeutic outcomes: With special reference to negative effects in psychotherapy. *American Psychologist*, 32(3), 187-196. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0003-066X.32.3.187>
- Strupp, H. H., Hadley, S. W., & Gomes-Schwartz, B. (1977). *Psychotherapy for better or worse. The problem of negative effects*. New York: Aronson
- Tschan, W. (2005). *Missbrauchtes Vertrauen. Sexuelle Grenzverletzung in professionellen Beziehungen*. Basel: Karger.
- Wampold, B. E. (2010). Research on effectiveness of psychotherapy. In B. E. Wampold (Ed.), *The basics of psychotherapy: An introduction of theory and practice* (pp. 61-83). Washington, DC: American Psychological Association.
- Weck, F., Grikscheit, F., Jakob, M., Höfling, V., & Stangier, U. (2015). Treatment failure in cognitive-behavioural therapy: Therapeutic alliance as a precondition for an adherent and competent implementation of techniques. *British Journal of Clinical Psychology*, 54(1), 91-108.
- Wysowski, D. K., & Swartz, L. (2005). Adverse drug event surveillance and drug withdrawals in the United States, 1969-2002: The importance of reporting suspected reactions. *Archives of Internal Medicine*, 165, 1363-1369.

7 APPENDIX

7.1. Studie I

Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? – Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP) [What Are the Risks and Side Effects of Psychotherapy? – Development of an Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP)]. *Verhaltenstherapie*, 24(4), 252-263. doi: 10.1159/000367928

7.2. Studie II

Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (submitted for publication). Negative effects of psychotherapy in outpatient and inpatient facilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

7.3. Studie III

Ladwig, I., Rheker, J., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (under review). Patients' attributions regarding negative effects of psychotherapy: Qualitative interviews with an affected group. *Psychotherapy Research*.

7.1 Studie I

Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? – Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP) [What Are the Risks and Side Effects of Psychotherapy? – Development of an Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP)]. *Verhaltenstherapie*, 24(4), 252-263. doi: 10.1159/000367928

Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? – Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP)

Inga Ladwig^a Winfried Rief^a Yvonne Nestoriuc^b^a Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Marburg, Deutschland^b Fakultät für Erziehungswissenschaft, Psychologie und Bewegungswissenschaft, Universität Hamburg, Deutschland

Schlüsselwörter

Psychotherapieforschung · Therapieergebnisse ·
Therapeutische Beziehung · Unerwünschte Effekte ·
Nebenwirkungen · Unethisches Therapeutenverhalten ·
Therapieschäden

Zusammenfassung

Hintergrund: Negative Effekte von Psychotherapie sind bis heute wenig systematisch untersucht. Diese Studie stellt die Konstruktion eines Selbstbeurteilungsverfahrens zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie vor. **Patienten und Methoden:** Ein Itempool zur breiten Erfassung möglicher erlebter negativer Veränderungen durch Psychotherapie in den Bereichen intrapersonelle Veränderungen, Partnerschaft, Freunde und Familie, Arbeitsplatz, therapeutisches Fehlverhalten und Stigmatisierung wurde über Literaturrecherchen und Expertenbefragungen generiert. Items wurden bipolar formuliert, um ein negatives Priming zu verhindern. Zusätzlich wurde die jeweilige Attribution der Veränderung auf die Psychotherapie oder andere externe Ursachen erfragt. Im Zeitraum von November 2010 bis Februar 2011 nahmen 195 ehemalige Psychotherapiepatienten (74,9% weiblich; Alter $M = 38,4$ Jahre; $SD = 11,8$) an einer Onlineuntersuchung teil, bei der auch die Rahmenbedingungen der Psychotherapie erfragt wurden. **Ergebnisse:** Von 195 Befragten gaben 93,8% ($n = 183$) an, negative Effekte durch ihre Psychotherapie erlebt zu haben. Die höchsten Raten erlebter negativer Effekte ergaben sich in den Bereichen intrapersonelle Veränderungen (15,8%), Stigmatisierung (14,9%) und Partnerschaft (12,0%). Schwerwiegendes therapeutisches Fehlverhalten wie sexuelle Belästigung (2,6%) oder körperliche Gewalt (1%) durch den Therapeuten hatten eine geringe Prävalenz. Anhand von Itemanalysen sowie inhaltlichen Kriterien wurde das Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie (INEP) mit 21 Items erstellt ($\alpha = 0,86$). **Diskussion:** Ein Großteil der negativen Veränderungen trat innerhalb des therapeutischen Settings auf (z.B. verletzendes Aussagen des Therapeuten, Phasen der Niedergeschlagenheit). Zudem wurden mehr negative Effekte genannt, wenn die therapeutische Beziehung als negativ beschrieben wurde. **Schlussfolgerung:** Negative Effekte von Psychotherapien sind feststellbar und können mittels Patientenbefragungen und einer systematischen Analyse, via INEP erfasst werden. Die Analyse des Instruments in weiteren klinischen Subpopulationen ist notwendig.

Keywords

Psychotherapy research · Therapy outcome ·
Therapeutic alliance · Adverse effects ·
Side effects · Unethical therapist behavior ·
Negative treatment effects

Summary

What are the Risks and Side Effects to Psychotherapy? – Development of an Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP)

Background: Potential negative effects of psychotherapeutic treatment have been little studied systematically to date. The current report describes the development of a self-report instrument for assessing negative effects of psychotherapy. **Patients and Methods:** Items assessing negative effects of psychotherapy in different areas of life (intrapersonal change, relationships, friendships, family, malpractice, and stigmatization) were generated via literature research and presented to a group of psychotherapy experts. Items were created with a bipolar scale to avoid negative priming. Additionally, patients' attributions regarding the cause of negative effects were assessed. Between November 2010 and February 2011, 195 former psychotherapy patients (74.9% female, age $M = 38.4$ years, $SD = 11.8$) took part in an online survey, also reporting on treatment conditions during therapy. **Results:** Of 195 participants, 93.8% ($n = 183$) have reported to have experienced negative effects in or after psychotherapy. The highest rates of negative effects were reported for intrapersonal changes (15.8%), stigmatization (14.9%), and relationships (12.0%). Reports of malpractice were few, with 2.6% sexual harassment, or 1% physical violence. On the basis of item analysis and content criteria, the Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP) comprising 21 items was created (Cronbach's $\alpha = 0.86$). **Discussion:** A significant number of negative effects were reported within the therapeutic setting (e.g., feeling offended by what the therapist said; stages of dejection). Additionally, patients who described the therapeutic alliance as poor also reported a high number of negative effects. **Conclusion:** Negative effects of psychological treatment can be identified and systematically assessed via patient survey and INEP. Further evaluation in different clinical subpopulations is needed.

Einleitung

An der Effektivität von Psychotherapie bestehen keine Zweifel. Zahlreiche Studien liefern eindeutige Belege für die erfolgreiche Behandlung unterschiedlicher psychischer Störungen mit den Methoden der gängigen Therapieverfahren [Smith und Glass, 1977; Wampold, 2001]. Wirksamkeitsforschung allerdings bedeutet, wie aus der Medizin bekannt, neben der Untersuchung der Hauptwirkungen auch eine Beschäftigung mit den potenziellen negativen Effekten einer Behandlung; jeder Eingriff in die biochemischen, physikalischen oder eben psychischen Abläufe im Körper eines Menschen wird fast zwangsläufig solche negative Effekte mit sich bringen.

Eine Beschäftigung mit negativen Effekten ist bisher in der Psychotherapieforschung stark vernachlässigt worden. Eine Literaturrecherche deutsch- und englischsprachiger Fachpublikationen im Jahre 2012 ergab nur vereinzelt Treffer und zeigt, dass die Erforschung möglicher negativer Effekte von psychotherapeutischen Interventionen eher unterrepräsentiert ist, gerade im Vergleich zur Wirksamkeitsforschung. Zudem wird deutlich, dass innerhalb der existierenden Studien von verschiedenen Konzepten wie therapeutischem Misserfolg, Therapierisiko, Kosten, Schäden oder Nebenwirkungen gesprochen wird; dabei gibt es bisher keine einheitliche Verwendung dieser Begriffe. Eine Definition der Begrifflichkeiten ist daher von äußerster Relevanz. Wie in der pharmakologischen Wirksamkeitsforschung wäre es auch für die psychotherapeutische Wirksamkeitsforschung selbstverständlich, die Begriffe «Hauptwirkungen» und «Nebenwirkungen» zu verwenden. Nach gesetzlicher Definition erfasst der Begriff Nebenwirkungen jedoch ausschließlich die «beim bestimmungsmäßigen Gebrauch auftretenden schädlichen unbeabsichtigten Reaktionen» (Arzneimittelgesetz (AMG) § 4 Abs. 1, Satz 13). Veränderungen und Schädigungen nach Behandlungsfehlern sind davon ausgeschlossen. Da die Behandlungsqualität in der Psychotherapie jedoch umso schwieriger zu bestimmen ist, wird folglich ein Begriff benötigt, der sowohl Veränderungen und Schädigungen in verschiedenen Lebens- und Funktionsbereichen nach *lege artis* angewandten Therapien berücksichtigt als auch negative Effekte beschreibt, die aus Behandlungsfehlern des Therapeuten resultieren. Daher schlagen wir den Begriff der negativen Effekte mit folgender Definition vor.

Negative Effekte von Psychotherapie

Negative Effekte von Psychotherapie werden als Veränderungen definiert, die vom Patienten als negativ erlebt werden und eine direkte oder indirekte Schädigungen darstellen, oder von der betroffenen Person als Nachteil erlebt werden. Diese Veränderung sollte in mindestens einem Funktions- und/oder Lebensbereich des Patienten auftreten sowie zeitlich während der Therapie, unmittelbar danach oder auch erst verzögert. Negative Effekte werden vom Patienten auf die Therapie und nicht auf andere externe Einflüsse zurückgeführt. Unter negative Effekte fällt auch unethisches Fehlverhalten durch den Therapeuten.

Bisherige Studien mit naturalistischen klinischen Stichproben [Lambert und Ogles, 2004; Mohr, 1995] zu negativen Effekten von Psychotherapie berichten Verschlechterungsraten von 5–10% auf der Symptomebene. Einige wenige Studien berichten negative Effekte auch in anderen Lebensbereichen der Patienten wie Abhängigkeit vom Therapeuten als Lebensberater, ohne den keine eigenständigen Entscheidungen getroffen werden können [Schmoll, 2012], oder auch vermehrt auftretende Probleme in der Partnerschaft nach erfolgreicher Psychotherapie [Hand und Lamontagne, 1976]. Andere negative Effekte sind Hoffnungslosigkeit und Motivationseinbrüche bei ausbleibendem Erfolg und ersten Rückschlägen, Problemaktualisierung oder Angstausweitung, z.B. im Rahmen einer Expositionstherapie, das «Übertrainieren» sozialer Fertigkeiten bis hin zu Egozentrismus, Angst vor Stigmatisierung oder Problemen beim Abschluss von neuen Versicherungen im Anschluss an die Behandlung (für eine ausführliche Diskussion siehe Nestoriuc und Rief [2012]). Dabei können Veränderungen sowohl bei erfolgreicher Therapie hinsichtlich der Hauptsymptomatik als auch bei Ausbleiben des Therapieerfolgs auftreten. Beispielsweise kann ein Patient eine Verbesserung seiner Depressionssymptomatik erleben, dabei jedoch vermehrt in Konflikte mit Familie und Freunden geraten, weil er während der Therapie gelernt hat, eigene Bedürfnisse durchzusetzen, welche er sich zuvor nicht zugestanden hatte. Diese abseits der erfolgreich behandelten Symptomatik entstandenen Probleme können neuen Leidensdruck verursachen. Daraus folgt einerseits eine ethische Pflicht zur Aufklärung der Patienten, um eine autonome Patientenentscheidung für oder gegen die Behandlung zu ermöglichen, und andererseits eine moralisch-praktische Pflicht, negative Effekte zu erkennen, um individuelle Copingstrategien zu finden. Dieser Pflicht kann bisher jedoch nur unzureichend nachgekommen werden, da wissenschaftliche Evidenz darüber fehlt, welche negativen Effekte mit welcher Häufigkeit tatsächlich von den Patienten erlebt werden.

Ziele der vorliegenden Studie sind deshalb die Entwicklung und Evaluation eines Instruments zur systematischen Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie und die Analyse von Häufigkeiten negativer Effekte und deren Korrelate auf Patienten- und Therapeutenseite.

Patienten und Methoden

Itemkonzeption

Über eine Literaturrecherche wurde ein Itempool von 120 möglichen negativen Effekten von Psychotherapie, inklusive verschiedener Aspekte therapeutischen Fehlverhaltens, zusammengestellt. Dieser wurde einer Gruppe von 8 Experten der Psychotherapieforschung in Deutschland vorgelegt und hinsichtlich ihrer Relevanz, Deutlichkeit und Redundanz qualitativ bewertet. Mithilfe dieser Urteile und nach inhaltlichen Überlegungen wurden 52 geeignete Items durch W.R. und Y.N. ausgewählt, die im Rahmen der vorliegenden Internetstudie empirisch evaluiert wurden. Ziel war dabei die Erstellung eines ökonomischen Fragebogens zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie. Die Items sind nach Mög-

lichkeit im bipolaren Format 7-stufig formuliert (-3 = negative Veränderung trifft völlig zu; 0 = unverändert; 3 = positive Veränderung trifft völlig zu), um neben Verschlechterungen auch Verbesserungen oder ausbleibende Veränderungen erfassen zu können und ein Bias im Sinne eines negativen Primings zu verhindern [Heuer et al., 2007]. Wenn ein bipolares Format inhaltlich nicht sinnvoll war, wurde ein 4-stufiges unipolares Antwortformat gewählt (0 = trifft gar nicht zu; 3 = trifft völlig zu). Zu jedem Item wurde die Attribution aus Patientensicht erfasst («Worauf führen Sie diese Veränderung zurück?» – «auf die Therapie» oder «auf andere Lebensumstände»). Für die Auswertung wurden nur negative Effekte berücksichtigt, die vom Patienten direkt auf die psychotherapeutische Behandlung zurückgeführt wurden.

Zusätzlich zu den 52 Items wurden weitere 15 Fragen ausgewählt, die Erwartungen an die Psychotherapie (jeweils 6 Items), die Qualität der therapeutischen Beziehung (jeweils 6 Items) und den allgemeinen Therapieerfolg erfassen (jeweils 3 Items; Anhang 1; www.karger.com/?DOI=000367928). Das Antwortformat entsprach dem der Fragen zu negativen Effekten.

Datenerhebung und Teilnehmer

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine Onlinebefragung. Die Umfrage wurde mithilfe der Unipark-Software Version 6.1 erstellt. Insgesamt besuchten 586 Personen die Befragungshomepage, und 319 von ihnen stimmten einer Teilnahme zu. Von diesen 319 Teilnehmern beendeten 200 Personen (61%) die Befragung vollständig. Diese Schwundquote von 39% entspricht Verlusten in anderen Internetstudien [Westermann et al., 2012].

Zur Teilnahme an der Erhebung wurden ehemalige Psychotherapiepatienten über Aufrufe auf Internetseiten oder schriftliche Mitgliedsbenachrichtigungen verschiedener eingetragener Vereine zur Hilfe und Selbsthilfe psychisch erkrankter Personen sowie über Aufrufe in sozialen Netzwerken eingeladen:

- Angst-Hilfe e.V. DASH/MASH (www.panik-attacken.de)
- Beratungs- und Informationsserver zu Essstörungen (www.ab-server.de)
- Gegen-Missbrauch e.V. (www.gegen-missbrauch.de)
- Deutsche Gesellschaft Zwangserkrankungen e.V. (www.zwaenge.de)
- Chronic Fatigue Syndrom Forum (www.cfs-treffpunkt.de)
- Angst- und Panikforum (www.angstforum.info)
- Deutsches Bündnis gegen Depressionen e.V.
- Facebook; StudiVZ.

Der schriftliche Aufruf zur Teilnahme war für alle Foren im folgenden Wortlaut gleich formuliert: «Erfahrungen mit Psychotherapie? – Teilnehmer für Umfrage gesucht! Wenn Sie selbst schon Erfahrungen mit Psychotherapie gesammelt haben und interessiert sind, Ihre Erlebnisse mitzuteilen, möchten wir Sie gerne einladen, an unserer Online-Umfrage teilzunehmen».

Ehemalige Psychotherapiepatienten konnten von November 2010 bis Februar 2011 an der Untersuchung teilnehmen. Einschlusskriterien waren ein Lebensalter von mindestens 18 Jahren, ausreichende Deutschkenntnisse sowie eine bereits in Anspruch genommene psychotherapeutische Behandlung. Nach einer Aufklärung über die Studieninhalte und einem eingeholten Einverständnis zur Studienteilnahme wurden den Probanden zunächst 52 Items zu möglichen negativen Effekten ihrer Psychotherapie vorgelegt und ihre Erwartungen gegenüber der Behandlung erfasst. Zudem wurden die Teilnehmer zur Qualität der therapeutischen Beziehung befragt (jeweils 6 Items). Falls bereits mehr als eine Psychotherapie absolviert wurde, sollten die Probanden sich auf die jüngste Behandlung beziehen. Im Anschluss wurden sie zu persönlichen soziodemografischen Merkmalen (Alter, Geschlecht, Nationalität, Familienstand, Bildungsstand und berufliche Situation) und Rahmenbedingungen der zurückliegenden Psychotherapie befragt. Erfasst wurden Therapieform (ambulant/stationär), Therapiedauer, theoretische Ausrichtung und spezifische Interventionselemente, Stundenanzahl, Therapeutengeschlecht, Therapeutenwechsel, früherer Therapieabbruch und frühere Therapieerfahrung sowie Diagnose bei Behandlungsbeginn. Bei den Angaben han-

Tab. 1. Soziodemografische und klinische Merkmale der Stichprobe (Selbstauskunft der Teilnehmer)

| Merkmale | N = 195 |
|--|--------------------|
| Geschlecht (weiblich), n (%) | 146 (74,9) |
| Alter, M (SD), range | 38,4 (11,8), 18–75 |
| Allein lebend, n (%) | 96 (49,2) |
| Bildung ^a , n (%) | |
| Kein Abschluss | 2 (1) |
| Hauptschule | 13 (6,7) |
| Realschule | 62 (32,1) |
| Abitur | 56 (29) |
| Hochschulabschluss | 59 (30,6) |
| Sonstiger Abschluss | 1 (0,5) |
| Berufsstand ^b , n (%) | |
| Angestellt | 89 (46,3) |
| Selbstständig | 18 (9,4) |
| Hausfrau/mann | 6 (3,1) |
| Schüler/Studierender/in Ausbildung | 33 (17,2) |
| Pensioniert | 29 (15,1) |
| Erwerbslos | 17 (8,9) |
| Psychische Diagnose ^c , n (%) | |
| Depression | 121 (62,1) |
| Angststörung | 103 (52,8) |
| Persönlichkeitsstörung | 52 (26,7) |
| Essstörung | 40 (20,5) |
| Schizophrenie | 4 (2,1) |
| Sonstige | 10 (5,1) |

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung.
^aAufgrund von fehlenden Werten n = 193.
^bAufgrund von fehlenden Werten n = 192.
^cMehrfachantworten möglich.

dete es sich um eine Selbstauskunft der Patienten, da keine offiziellen Unterlagen zur Behandlung vorlagen.

Um Verzerrungseffekte bei der Erinnerung der zurückliegenden Psychotherapie zu minimieren, wurde eine Ausreißeranalyse der Variable «Dauer seit Therapieende» durchgeführt. Die Variable wurde standardisiert (Z-transformiert), um einen geeigneten Cutoff zu finden. Gemäß Bortz und Schuster [2010] sind Werte, die mehr als 2 Standardabweichungen vom Mittelwert entfernt liegen, als Ausreißer definiert (Z-Wert >3,29). Aus diesem Grund wurden 5 Personen aus der Analyse ausgeschlossen, deren Psychotherapie länger als 5255 Tage, d.h. über 14 Jahre zurücklag. In der neu entstandenen Stichprobe (n = 195) lag die Behandlung nun im Mittel 1,99 Jahre zurück (Standardabweichung (SD) = 2,56 Jahre; Range = 0–12,33 Jahre). Die nachfolgenden Analysen wurden zunächst für beide Stichproben durchgeführt, um den Impact der Ausreißer festzustellen. Die Ergebnisse unterscheiden sich nur geringfügig, wobei die Stichprobe mit der erweiterten Varianz (n = 200) einige wenige Effekte unterdrückte. Aus diesem Grund werden im folgenden Ergebnisteil die Resultate der bereinigten Stichprobe (n = 195) berichtet.

Statistische Auswertung

Die statistische Auswertung wurde mit SPSS Version 17.0 vorgenommen. Es wurden zunächst deskriptive Analysen durchgeführt und Itemkennwerte berechnet. Anschließend wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt, um die zugrunde liegende Struktur des Fragebogens zu untersuchen. Um erste Hinweise zu möglichen Korrelaten von negativen Effekten von Psychotherapie zu bekommen, wurde im Anschluss eine schrittweise hierarchische Regression berechnet.

Tab. 2. Charakteristika der Psychotherapie (Selbstausskunft der Teilnehmer)

| Merkmale | N = 195 |
|---|----------------------|
| Therapeutengeschlecht (männlich), n (%) | 65 (33,3) |
| Behandlungssetting, n (%) | |
| Ambulant | 146 (74,9) |
| Stationär | 49 (25,1) |
| Behandlungsmodalität, n (%) | |
| Einzel | 147 (75,4) |
| Gruppe | 2 (1) |
| Einzel + Gruppe | 46 (23,6) |
| Therapieumfang in Sitzungen, n (%) | |
| 1–5 | 14 (7,2) |
| 6–25 | 54 (27,7) |
| 26–120 | 85 (43,6) |
| 121–300 | 29 (14,9) |
| >300 | 13 (6,7) |
| Theoretische Ausrichtung (nach Patientenaussage), n (%) | |
| VT | 74 (37,9) |
| PD | 61 (31,3) |
| GT | 40 (20,5) |
| Sonstige | 20 (10,3) |
| Vorzeitiger Therapieabbruch, n (%) | 43 (22,1) |
| Frühere Therapieerfahrungen, n (%) | 123 (63,1) |
| Zeit seit Ende der Behandlung in Jahren, M (SD), range | 1,99 (2,56), 0–12,33 |
| «Insgesamt wurden meine Erwartungen an die Therapie erfüllt / nicht erfüllt.», M (SD), range | 0,3 (2,3), –3–3 |
| «Ich erlebte die Beziehung zu meinem Therapeuten/ meiner Therapeutin insgesamt als positiv/negativ.», M (SD), range | 1,3 (1,8), –3–3 |

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; VT = Verhaltenstherapie; PD = Psychodynamische Therapie; GT = Gesprächstherapie; Sonstige = sonstige Ausrichtung.

Ergebnisse

Stichprobe

Die Studienteilnehmer umfassten 195 psychotherapieerfahrene Männer und Frauen. Eine Übersicht über die soziodemografischen und klinischen Merkmale der Stichprobe gibt Tabelle 1. Das durchschnittliche Alter beträgt 38,4 Jahre (SD = 11,8; Range = 18–75). 74,9% der Teilnehmer sind Frauen; 96,1% der Teilnehmer haben die deutsche Staatsangehörigkeit. Das Bildungsniveau in der Stichprobe ist hoch, wobei 30,6% über einen Hochschulabschluss, 29% über Abitur und 32,1% über die mittlere Reife verfügen. Der überwiegende Teil der untersuchten Patienten ist berufstätig (72,9%); der Anteil der Angestellten liegt bei 46,3%; 17,2% sind Schüler, Studierende oder Auszubildende. Diagnostisch handelt es sich vorwiegend um Patienten mit depressiven Störungen (62,1%) und Angststörungen (52,8%), wobei die Diagnose auf der Selbstaussage der Teilnehmer basiert.

Einen Überblick über die Charakteristika zurückliegender Behandlungen gibt Tabelle 2. 66,7% der Teilnehmer hatten eine weibliche Therapeutin; ein Großteil war in ambulanter Behandlung (74,9%). Die Mehrheit der Psychotherapien fand im Einzelsetting statt (75,4%), umfasste in der Hälfte der Fälle zwischen 26–120 Therapiestunden (43,6%) und lag im

Schnitt knapp 2 Jahre zurück (Range = 0–12,33 Jahre). 35 Personen (18%) befanden sich zum Zeitpunkt der Befragung noch in psychotherapeutischer Behandlung. Über die Hälfte der Patienten berichteten von früheren Therapieerfahrungen (63,1%), und ca. ein Fünftel hatte bereits eine frühere psychotherapeutische Behandlung vorzeitig abgebrochen (22,1%). Individuelle Erwartungen an die Psychotherapie wurden im Schnitt eher erfüllt als nicht erfüllt (Median (M) = 0,3, SD = 2,3). Bei Betrachtung des Antwortverhaltens ergibt sich eine U-förmige Häufigkeitsverteilung: 37,4% (n = 73) der Befragten gaben an, dass ihre Erwartungen an die Behandlung nicht erfüllt wurden (Werte von –1 bis –3); 56,9% (n = 111) gaben an, dass Erwartungen an die Psychotherapie erfüllt wurden. Die Beziehung zum Therapeuten wurde von den befragten Patienten als überwiegend positiv erlebt, und eine als negativ erlebte therapeutische Beziehung (Werte zwischen –1 und –3) wurde von 18% (n = 35) berichtet.

Häufigkeiten negativer Effekte und Itemkennwerte

Tabelle 3 zeigt Itemkennwerte für negative Effekte von psychotherapeutischer Behandlung in den folgenden Lebensbereichen: intrapersonelle Veränderungen, Partnerschaft, Familie und Freunde, Arbeit, Stigmatisierung und therapeutisches Fehlverhalten. Dabei werden nur solche Effekte be-

Tab. 3. Itemkennwerte

| Negative Effekte, die auf Psychotherapie zurückgeführt werden. | n_{negativ} (%) | $n_{\text{unverändert}}$ (%) | n_{positiv} (%) | M (SD) | Median | Range |
|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------|--------|-------|
| Intrapersonelle Veränderungen, N = 195 | | | | | | |
| 1. Angespannter/Entspannter* | 29 (14,9) | 6 (3,1) | 101 (51,8) | 0,8 (1,7) | 1 | -3-3 |
| 2. Unglücklicher/Glücklicher* | 29 (14,9) | 6 (3,1) | 94 (48,2) | 0,6 (1,6) | 1 | -3-3 |
| 3. Unsicherer/Selbstsicherer | 25 (12,8) | 7 (3,6) | 94 (48,2) | 0,7 (1,5) | 1 | -3-3 |
| 4. Hoffungsloser/Zuversichtlicher* | 32 (16,4) | 5 (2,6) | 92 (47,2) | 0,6 (1,6) | 1 | -3-3 |
| 5. Mehr/Weniger Schuldgefühle | 19 (9,7) | 7 (3,6) | 81 (41,5) | 0,6 (1,3) | 1 | -3-3 |
| 6. Mehr/Weniger Schamgefühle | 24 (12,3) | 6 (3,1) | 71 (36,4) | 0,5 (1,3) | 0 | -3-3 |
| 7. Mehr/Weniger Einsam | 21 (10,8) | 7 (3,6) | 46 (23,6) | 0,2 (1,2) | 0 | -3-3 |
| 8. Mehr/Weniger Ängstlich | 26 (13,3) | 7 (3,6) | 91 (46,7) | 0,5 (1,4) | 1 | -3-3 |
| 9. Mehr/Weniger Traurigkeit* | 34 (17,4) | 5 (2,6) | 68 (34,9) | 0,3 (1,4) | 0 | -3-3 |
| 10. Symptome verschlechtert/verbessert* | 31 (15,9) | 7 (3,6) | 101 (51,8) | 0,7 (1,7) | 1 | -3-3 |
| 11. Vertrauen zu anderen schwerer/leichter* | 30 (15,4) | 6 (3,1) | 49 (25,1) | 0 (1,3) | 0 | -3-3 |
| 12. Selbstakzeptanz schwerer/leichter | 19 (9,7) | 10 (5,1) | 85 (43,6) | 0,5 (1,3) | 1 | -3-3 |
| 13. Umgang mit Konflikten schlechter/besser | 13 (6,7) | 11 (5,6) | 91 (46,7) | 0,6 (1,2) | 1 | -3-3 |
| 14. Schlechterer/Besserer Umgang mit vergangenen Ereignissen* | 54 (27,7) | 4 (2,1) | 63 (32,3) | 0 (1,5) | 0 | -3-3 |
| 15. Entscheidung allein treffen schwerer/leichter* | 15 (7,7) | 6 (3,1) | 64 (32,8) | 0,5 (1,1) | 0 | -3-3 |
| 16. Längere Phasen, in denen es mir schlecht ging* | 83 (42,6) | 8 (4,1) | - | -0,9 (1,1) | -2 | -3-0 |
| 17. Unsicherer, labiler oder weniger belastbar* | 70 (35,9) | 12 (6,2) | - | -0,7 (1,1) | -2 | -3-0 |
| 18. Als Mensch zum Negativen verändert* | 37 (19) | 40 (20,5) | - | -0,4 (0,8) | 0 | -3-0 |
| 19. Häufiger/Seltener körperlich krank | 15 (7,7) | 7 (3,6) | 37 (19) | 0,2 (1,1) | 0 | -3-3 |
| 20. Mehr/Weniger Alkohol, Tabletten oder andere Drogen | 19 (9,7) | 3 (1,5) | 31 (15,9) | 0,2 (1,1) | 0 | -3-3 |
| 21. Mehr/Weniger Selbstmordgedanken | 25 (12,8) | 8 (4,1) | 47 (24,1) | 0,3 (1,3) | 0 | -3-3 |
| 22. Zum ersten Mal Selbstmordgedanken/Absichten* | 29 (14,9) | 10 (5,1) | - | -0,3 (0,7) | 0 | -3-0 |
| Therapeutisches Fehlverhalten, N = 195 | | | | | | |
| 23. Verletzende Aussagen durch den/die Therapeut/in* | 109 (55,9) | 85 (43,6) | - | -0,9 (1) | -1 | -3-0 |
| 24. Therapeut/in machte sich lustig* | 44 (22,6) | 151 (77,4) | - | -0,3 (0,7) | 0 | -3-0 |
| 25. Sexuelle Belästigung durch den/die Therapeuten/in* | 5 (2,6) | 190 (97,4) | - | 0 (0,2) | 0 | -3-0 |
| 26. Körperliche Angriffe durch den/die Therapeuten/in* | 2 (1) | 190 (97,4) | - | 0 (0,3) | 0 | -3-0 |
| 27. Therapeut/in zwang zu Interventionen (z.B. Konfrontationen, Rollenspiele, usw.)* | 61 (31,3) | 134 (68,7) | - | -0,5 (0,8) | 0 | -3-0 |
| 28. Therapeut/in brach die Schweigepflicht* | 15 (7,7) | 180 (92,3) | - | -0,2 (0,6) | 0 | -3-0 |
| Partnerschaft, N = 114 | | | | | | |
| 29. Verhältnis zum Partner/Partnerin schlechter/besser | 16 (14) | 2 (1,8) | 33 (28,9) | 0,3 (1,4) | 0 | -3-3 |
| 30. Mehr/weniger Konflikte in der Partnerschaft* | 21 (18,4) | 4 (3,5) | 25 (21,9) | 0 (1,3) | 0 | -3-3 |
| 31. Partner/Partnerin klagt über weniger/mehr Probleme | 11 (9,6) | 3 (2,6) | 13 (11,4) | 0 (0,9) | 0 | -3-3 |
| 32. Trennung während oder nach Ende der Behandlung | 13 (11,4) | 8 (7) | - | -0,3 (0,9) | 0 | -3-0 |
| 33. Partner/Partnerin vermeidet wichtige Gesprächsthemen | 9 (7,9) | 5 (4,4) | - | -0,1 (0,6) | 0 | -3-0 |
| 34. Eifersucht des/r Partner/Partnerin auf Beziehung zum/r Therapeuten/in* | 11 (9,6) | 3 (2,6) | - | -0,2 (0,5) | 0 | -3-0 |
| 35. Partner/Partnerin äußert Veränderungen zum Negativen | 15 (13,2) | 6 (5,3) | - | -0,3 (0,8) | 0 | -3-0 |

Tab. 3. Fortsetzung nächste Seite

Tab. 3. Itemkennwerte (Fortsetzung)

| Negative Effekte, die auf Psychotherapie zurückgeführt werden. | n_{negativ} (%) | $n_{\text{unverändert}}$ (%) | n_{positiv} (%) | M (SD) | Median | Range |
|--|--------------------------|------------------------------|--------------------------|------------|--------|-------|
| Familie und Freunde, N = 195 | | | | | | |
| 36. Schlechteres/Besseres Verhältnis zur Familie* | 28 (14,4) | 4 (2,1) | 59 (30,3) | 0,2 (1,4) | 0 | -3-3 |
| 37. Schlechter/Besser verstanden von der Familie | 23 (11,8) | 8 (4,1) | 46 (23,6) | 0,2 (1,3) | 0 | -3-3 |
| 38. Schlechteres/Besseres Verhältnis zu Freunden* | 16 (8,2) | 3 (1,5) | 46 (23,6) | 0,3 (1,1) | 0 | -3-3 |
| 39. Schlechter/Besser verstanden von Freunden | 12 (6,2) | 4 (2,1) | 46 (23,6) | 0,3 (1,1) | 0 | -3-3 |
| 40. Auf andere Menschen zuzugehen ist schwerer/leichter Arbeit, N = 152 | 14 (7,2) | 2 (1) | 68 (34,9) | 0,4 (1,2) | 0 | -3-3 |
| 41. Aufgaben in Beruf/Ausbildung/Universität und/oder Haushalt sind schwerer/leichter | 12 (7,9) | 2 (1,3) | 43 (28,3) | 0,3 (1,2) | 0 | -3-3 |
| 42. Konzentration auf der Arbeit schlechter/besser | 10 (6,6) | 1 (0,7) | 42 (27,6) | 0,3 (1,1) | 0 | -3-3 |
| 43. Fehlzeiten am Arbeitsplatz häufiger/weniger | 9 (5,9) | 5 (3,3) | 26 (17,1) | 0,3 (1,2) | 0 | -3-3 |
| 44. Mehr/weniger Konflikte mit Mitschülern/Kollegen/Vorgesetzten | 8 (5,3) | 5 (3,3) | 21 (13,8) | 0,2 (0,9) | 0 | -3-3 |
| 45. Angst, Mitschülern/Kollegen könnten von der Therapie erfahren* | 13 (8,6) | 13 (8,6) | - | -0,1 (0,5) | 0 | -3-0 |
| 46. Ausgeschlossen von Mitschülern/Kollegen | 9 (5,9) | 10 (6,6) | - | -0,1 (0,5) | 0 | -3-0 |
| 47. Fahrlässiger im Arbeitsalltag | 11 (7,2) | 9 (5,9) | - | -0,1 (0,5) | 0 | -3-0 |
| Stigma, N = 195 | | | | | | |
| 48. Angst vor einer Hochstufung der Versicherung (Lebensversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung)* | 31 (15,9) | 8 (4,1) | - | -0,4 (0,9) | 0 | -3-0 |
| 49. Probleme beim Abschluss von Versicherungen* | 36 (18,5) | 8 (4,1) | - | -0,5 (1) | 0 | -3-0 |
| 50. Mehr finanzielle Sorgen* | 31 (15,9) | 6 (3,1) | - | -0,4 (0,9) | -1 | -3-0 |
| 51. Karrierechancen gesunken/gestiegen | 26 (13,3) | 5 (2,6) | 40 (20,5) | 0,1 (1,3) | 0 | -3-3 |
| 52. Ich fühle mich schlecht/gut durch das Wissen Psychotherapiepatient/in gewesen zu sein. | 21 (10,8) | 7 (3,6) | 63 (32,3) | 0,5 (1,5) | 0 | -3-3 |
| Summe, negativer Effekte | | | | | | |
| Gesamtanzahl negativer Effekte, k = 52 | - | - | | 6,8 (7,1) | 4 | 0-39 |
| Gesamtanzahl negativer Effekte ohne therapeutisches Fehlverhalten, k = 46 | - | - | | 5,6 (6,4) | 3 | 0-35 |
| Therapeutisches Fehlverhalten, k = 6 | - | - | | 1,2 (1,3) | 1 | 0-6 |
| Intrapersonelle Veränderungen, k = 21 | - | - | | 3,4 (4,1) | 2 | 0-19 |
| Bereiche Partner, Freunde und Familie, k = 12 | - | - | | 1,0 (1,8) | 0 | 0-10 |
| Bereich Arbeit, k = 7 | - | - | | 0,4 (1,0) | 0 | 0-6 |
| Bereich Stigmatisierung, k = 5 | - | - | | 0,7 (1,2) | 0 | 0-5 |
| Bereich Abhängigkeit, k = 1 | - | - | | 0,1 (0,3) | 0 | 0-1 |

M = Mittelwert; SD = Standardabweichung; k = Anzahl der Items

*Items, die in das Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie (INEP) eingegangen sind.

Tab. 4. Zusammenfassung der schrittweisen hierarchischen Regressionsanalyse zur Vorhersage der Anzahl berichteter negativer Effekte von Psychotherapie (N = 195)

| Variable | B | SE B | β |
|---|--------|-------|---------|
| 1. Schritt (Constant) | 5,885 | 0,427 | |
| «Insgesamt wurden meine Erwartungen an die Therapie nicht erfüllt.» | -1,185 | 0,188 | -0,41** |
| 2. Schritt (Constant) | 5,122 | 0,481 | |
| «Insgesamt wurden meine Erwartungen an die Therapie nicht erfüllt.» | -1,180 | 0,183 | -0,41** |
| Setting: stationärer Klinikaufenthalt | 3,062 | 0,960 | 0,21** |
| 3. Schritt (Constant) | 6,028 | 0,605 | |
| «Insgesamt wurden meine Erwartungen an die Therapie nicht erfüllt.» | -0,737 | 0,257 | -0,26** |
| Setting: stationärer Klinikaufenthalt | 2,936 | 0,950 | 0,19** |
| «Ich erlebte die Beziehung zu meinem/r Therapeuten/in insgesamt als negativ.» | -0,790 | 0,326 | -0,22* |
| 4. Schritt (Constant) | 4,920 | 0,774 | |
| «Insgesamt wurden meine Erwartungen an die Therapie nicht erfüllt.» | -0,672 | 0,256 | -0,24* |
| Setting: stationärer Klinikaufenthalt | 2,734 | 0,944 | 0,18** |
| «Ich erlebte die Beziehung zu meinem/r Therapeuten/in insgesamt als negativ.» | -0,846 | 0,324 | -0,23* |
| Frühere Therapieerfahrungen | 1,915 | 0,850 | 0,14* |

R² = 0,17 für Schritt 1; Δ R² = 0,04 für Schritt 2; Δ R² = 0,02 für Schritt 3; Δ R² = 0,02 und R²korrr = 0,24, F (4,188) = 16,38 für Schritt 4 (p > 0,01).
* p > 0,05.; ** p > 0,01.

rücksichtigt, die die Teilnehmer ausdrücklich der psychotherapeutischen Behandlung zuschreiben. Wenn also ein Teilnehmer angibt, dass er sich nach der Therapie angespannter gefühlt habe, aber dies nicht direkt auf die Behandlung zurückführe, gilt dieses nicht als negativer Effekt der Psychotherapie. Da die Items im bipolaren Antwortformat formuliert sind, ergeben sich insgesamt 3 Kategorien von Effekten: negativ (-3 bis -1), unverändert (0), und positiv (1 bis 3). Neben Häufigkeiten werden Mittelwert, Standardabweichung, Median und der Itemrange angegeben. Die interne Konsistenz des gesamten Fragenkatalogs (k = 52) liegt bei einem Cronbachs α von 0,94 und ist damit als hoch einzuschätzen.

In der vorliegenden Stichprobe gaben 183 von 195 Befragten an, mindestens einen negativen Effekt nach oder während ihrer Psychotherapie erlebt zu haben. Die Häufigkeiten einzelner negativer Effekte lagen zwischen 1% («Mein/e Therapeut/in hat mich körperlich angegriffen.») und 55,9% («Ich fühlte mich durch die Aussagen meines/r Therapeuten/in verletzt»). Im Mittel gaben die Teilnehmer der Onlineumfrage an, 7 negative Effekte (SD = 7,1, Range = 0–39) erlebt zu haben, die sie auf ihre Behandlung zurückführen. Wenn man die Attribution außer Acht lässt, berichten die Teilnehmer ungefähr doppelt so viele negative Effekte (M = 12,3, SD = 7,9, Range = 0–39).

Die Mittelwerte und Häufigkeiten der einzelnen Lebensbereiche sind in Tabelle 3 dargestellt. In dem Bereich «intrapersonelle Veränderungen» erlebten die Teilnehmer im Mittel die meisten negativen Effekte mit 15,8% (Range = 6,7–42,6%; häufigstes Item: «Seit Abschluss meiner Therapie hatte ich längere Phasen, in denen es mir schlecht ging»). Am zweithäufigsten fanden sich erlebte oder befürchtete Stigmatisierungen durch andere, mit einer mittleren Häufigkeit von 14,9% (Range = 10,8–18,5%; häufigstes Item: «Seit Abschluss

meiner Therapie habe ich Probleme, bestimmte Versicherungen abzuschließen»). Darauf folgten mit 12% negative Effekte im Bereich der Partnerschaft (Range = 7,9–18,4%; häufigstes Item: «Seit Abschluss meiner Therapie erlebe ich in meiner Beziehung mehr Konflikte.») sowie mit 9,6% negative Effekte in Familie und Freundeskreis (Range = 6,2–14,4%; häufigstes Item: «Seit Abschluss meiner Therapie habe ich zu meiner Familie ein schlechteres Verhältnis»). Am wenigsten wurde im Mittel von negativen Veränderungen am Arbeitsplatz berichtet (6,8%; Range = 5,3–8,6%; häufigstes Item: «Seit Abschluss meiner Therapie leide ich unter der Angst, meine Kollegen könnten von der Therapie erfahren»). 5 Teilnehmerinnen berichteten über sexuelle Belästigung durch ihre (jeweils weibliche) Therapeutin und 2 von ihnen über körperliche Angriffe durch die gleiche Therapeutin.

Korrelate negativer Effekte von Psychotherapie

Um mögliche korrelative Zusammenhänge negativer Effekte von psychotherapeutischer Behandlung zu untersuchen, wurde eine schrittweise (hierarchische) Regression durchgeführt. Als Outcome-Maß wurde dazu die absolute Anzahl an berichteten negativen Effekten (M = 6,8; SD = 7,1; Range = 0–39) verwendet (Summenwert, bereinigt um die Items zu therapeutischem Fehlverhalten, k = 46). Die Variablen, die in das Modell eingingen, wurden aufgrund einer bivariaten signifikanten Korrelation (Anhang 2; www.karger.com/?DOI=000367928) mit dem Outcome-Maß ausgewählt. Es ergaben sich signifikante korrelative Zusammenhänge zwischen der Anzahl negativer Effekte und einer als negativ beschriebenen therapeutischen Beziehung ($r_{\text{Pearson}} = 0,41$, $p < 0,01$), unerfüllten Therapieerwartungen ($r_{\text{Pearson}} = 0,43$, $p < 0,01$), dem Behandlungssetting («stationärer Klinikaufenthalt»; $r_{\text{Spearman}} = 0,27$, $p < 0,01$), früherer Therapieerfahrung ($r_{\text{Pearson}} = 0,18$, $p < 0,05$), Therapieabbruch in der Vergangenheit («Abbruch»; $r_{\text{Spearman}} = 0,17$, $p <$

0,05), dem Berufsstatus («erwerbslos»; $r_{\text{Spearman}} = 0,27$, $p < 0,01$), Partnerschaftstatus («allein lebend»; $r_{\text{Spearman}} = 0,16$, $p < 0,05$) und der Diagnose «Persönlichkeitsstörung» ($r_{\text{Spearman}} = 0,14$, $p < 0,05$) – zu allen anderen Variablen fanden sich keine Zusammenhänge (z.B. Achse-1-Diagnosen, Alter, Therapie-schule). Alle signifikanten Korrelate wurden dann in eine schrittweise hierarchische Regression eingeschlossen (Tab. 4). In Schritt 1 der hierarchischen Regression ist nur die Variable «Insgesamt wurden meine Erwartungen an die Therapie nicht erfüllt» enthalten. Den höchsten Erklärungszuwachs liefert dann die Variable «Behandlung im stationären Setting» (Schritt 2; $\Delta R^2 = 0,04$; $p < 0,01$). In den nächsten Schritten wurden die Variablen «negative therapeutische Beziehung» (Schritt 3; $\Delta R^2 = 0,02$; $p < 0,01$) und «frühere Therapieerfahrungen» (Schritt 4; $\Delta R^2 = 0,02$; $p < 0,01$) aufgenommen. Insgesamt klärt das Modell über 20% der Varianz auf ($\Delta R^2_{\text{kor}} = 0,24$; $F(4,188) = 16,4$; $p < 0,01$). Der Erklärungszuwachs ist für jeden Schritt signifikant. So wurden mehr negative Effekte angegeben, wenn der Teilnehmer die therapeutische Beziehung negativ bewertet hat, in einer stationären Behandlung war, frühere Therapieerfahrungen gemacht hatte und/oder seine Erwartungen an die durchgeführte Psychotherapie nicht erfüllt worden sind.

Erstellung des Inventars zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie (INEP)

Bei der Konstruktion des Inventars wurde darauf geachtet, alle Lebens- und Funktionsbereiche des Patienten zu berücksichtigen. Mit der Faktorenanalyse soll untersucht werden, ob sich diese theoretischen Konstrukte auch statistisch in den Daten wiederfinden. Zunächst wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation über die 52 Items berechnet. Weitere Analysen ergaben mit Velicers MAP-Test eine 7-Faktorenstruktur und eine 5-Faktorenlösung mit der Parallelanalyse. Folgend wurden für beide Lösungen konfirmatorische Faktorenanalysen berechnet, wobei die 5-Faktorenstruktur 46,7% der Varianz aufklärte und die 7-Faktorenstruktur eine Varianzaufklärung von 55,8% aufwies. Nach Untersuchung der einzelnen Faktorenstrukturen und Itemladungen sowie inhaltlichen Überlegungen erwies sich die 7-Faktorenstruktur als die zweckmäßigste. In Fällen von Doppelladungen wurden die Items nach inhaltlichen Überlegungen einem entsprechenden Faktor zugeordnet. Die Kennwerte der konfirmatorischen Analyse mit 7 Faktoren sind Tabelle 5 zu entnehmen.

Der erste Faktor (intrapersonale Veränderungen) umfasst 19 Items und beschreibt im weitesten Sinne negative Effekte im emotionalen Erleben und in der sozialen Funktionsfähigkeit. Der zweite Faktor (Partnerschaft) erfasst über 8 Items negative Effekte innerhalb der Partnerschaft, die durch die Therapie ausgelöst wurden. Faktor 3 (Stigmatisierung; 6 Items) beschreibt Befürchtungen, durch andere stigmatisiert zu werden und tatsächliche Benachteiligungen als Psychotherapiepatient zu erfahren. Die 4 Items in Faktor 4 (Emotionen) beschreiben negative Effekte, die einer depressiven

Symptomatik gleichen. Faktor 5 (Arbeitsplatz; 5 Items) und Faktor 7 (Familie und Freunde; 4 Items) beschreiben negative Effekte in den jeweiligen Lebensbereichen. Faktor 6 umfasst 6 Items und beschreibt therapeutisches Fehlverhalten durch den Behandler. Item 23 (Ich fühlte mich durch die Aussagen des Therapeuten/der Therapeutin verletzt) und Item 27 (Während der Therapie zwang mich mein Therapeut/meine Therapeutin Dinge zu tun, die ich eigentlich gar nicht wollte.) wurden aus inhaltlichen Gründen dem Faktor «therapeutisches Fehlverhalten» zugeordnet. Die Items innerhalb des Fragebogens verfügen über das gleiche Antwortformat mit je 2 unterschiedlichen Skalenniveaus und weisen eine hohe interne Konsistenz auf, was einen Teil der gemeinsamen Ladungen erklären kann.

Die Konstruktion des INEP erfolgte nach statistischen und inhaltlichen Kriterien, mit dem Ziel, ein ökonomisches Instrument zu erstellen. So gingen Items zur Erfassung therapeutischen Fehlverhaltens (Faktor 6) ungeachtet ihrer Häufigkeiten in den INEP ein, da diese Phänomene, wenn auch selten, als besonders schwerwiegend gelten und somit immer erfasst werden sollen. Im weiteren Verlauf wurden jeweils negative Effekte ausgewählt, die hohe Faktorladungen aufwiesen (Faktorladungen $>0,5$; Nebenladung $<0,35$) und/oder am häufigsten berichtet wurden (außerhalb des 1. Quartils, d.h. Häufigkeit $>16\%$). Diese Kriterien wurden gewählt, um die relevanten Items pro Faktor zu identifizieren und seltene negative Effekte auszusortieren. Nach Umsetzung der inhaltlichen Überlegungen und Anwendung der statistischen Kriterien «Faktorladung» und «Häufigkeit» reduzierte sich die Anzahl der Items auf 26 (Tab. 5). In einem weiteren Schritt wurden diese Items auf mögliche Interkorrelationen überprüft, um Redundanzen zu vermeiden. Wenn diese Iteminterkorrelationen 0,60 überstiegen, wurden die Items jeweils inhaltlich zu einem neuen Item zusammengeschlossen. So wurden die Items 1, 2, 4, 9, 10 sowie Items 16, 17 und Items 48, 49 aufgrund hoher Iteminterkorrelationen (r_{pearson} zwischen 0,65 und 0,74) zusammengefasst und haben nun folgenden Wortlaut:

- Items 1, 2, 4, 9, 10: «Seit Abschluss meiner Therapie fühle ich mich besser/schlechter.»
- Items 16, 17: «Seit Abschluss meiner Therapie hatte ich längere Phasen, in denen es mir schlecht ging.»
- Items 48, 49 «Seit Abschluss meiner Therapie habe ich Probleme mit Versicherungen (z.B. Lebensversicherung) bekommen bzw. Angst, dass Probleme entstehen könnten.»

Der Gesamtfragekatalog umfasste 20 Items. Zusätzlich wurde auf Anregung eines tiefenpsychologischen Experten ein neues Item generiert, das neben Item 15 die Abhängigkeit zum Therapeuten als einen negativen Effekt erfassen soll («Seit Abschluss meiner Therapie fühle ich mich von meinem Therapeuten/meiner Therapeutin abhängig.»). Die interne Konsistenz der Items, die in die Endversion eingingen ($k = 21$), lag bei einem Cronbachs α von 0,86. Letztlich wurden 2 offene Fragen zu weiteren negativen Effekten und neben der Psychotherapie eine Spezifikation anderer Ursachen negati-

Tab. 5. Konfirmatorische 7-Faktorenlösung inklusive Cronbachs α für die einzelnen Faktoren

| Items | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Faktor 6 | Faktor 7 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 1 = Interpersonale Veränderungen, $\alpha = 0,93$ | | | | | | | |
| 01. Angespannter* | 0,743 | | | 0,290 | -0,225 | -0,514 | 0,237 |
| 02. Unglücklicher* | 0,771 | | | | -0,345 | -0,507 | 0,239 |
| 03. Unsicherer | 0,772 | | | 0,226 | -0,240 | -0,508 | 0,314 |
| 04. Hoffungsloser* | 0,800 | 0,220 | | | -0,312 | -0,429 | 0,246 |
| 05. Mehr Schuldgefühle | 0,569 | | | | 0,269 | -0,233 | 0,282 |
| 06. Mehr Scham | 0,592 | | | | -0,302 | -0,302 | 0,278 |
| 07. Einsamer | 0,543 | | 0,291 | | -0,288 | -0,305 | 0,513 |
| 08. Ängstlicher | 0,713 | | | 0,283 | -0,342 | -0,421 | 0,310 |
| 09. Trauriger* | 0,802 | | | 0,241 | -0,224 | -0,431 | 0,209 |
| 10. Symptome verschlechtert* | 0,736 | | | 0,327 | -0,253 | -0,498 | 0,406 |
| 11. Vertrauen zu anderen schwerer* | 0,575 | | 0,281 | 0,318 | -0,321 | -0,565 | 0,249 |
| 12. Selbstakzeptanz schwerer | 0,741 | | | | -0,274 | -0,352 | |
| 13. Umgang mit Konflikten schlechter* | 0,639 | | | 0,327 | -0,390 | -0,385 | 0,341 |
| 14. Weniger Umgang mit vergangenen Ereignissen* | 0,518 | | | 0,314 | -0,239 | -0,203 | |
| 15. Entscheidung allein treffen fällt schwerer | 0,580 | | | | -0,394 | -0,205 | 0,394 |
| 19. Körperlich häufiger krank | 0,412 | | | 0,465 | -0,372 | -0,204 | 0,341 |
| 20. Mehr Alkohol, Tabletten oder andere Drogen | 0,293 | | | 0,240 | -0,204 | -0,229 | |
| 21. Mehr Selbstmordgedanken | 0,631 | | | 0,317 | -0,229 | -0,411 | |
| 40. Auf andere Menschen zuzugehen ist schwerer | 0,636 | | | 0,337 | -0,388 | -0,411 | 0,412 |
| 2 = Partnerschaft, $\alpha = 0,79$ | | | | | | | |
| 29. Verhältnis zum Partner/Partnerin schlechter | 0,303 | 0,470 | | | -0,527 | -0,281 | 0,434 |
| 30. Mehr Konflikte in der Partnerschaft* | | 0,440 | | | -0,578 | -0,207 | 0,399 |
| 31. Partner/Partnerin klagt über mehr Probleme | | 0,319 | | | -0,565 | | 0,420 |
| 32. Trennung während oder nach Ende der Behandlung | | 0,816 | | | | | |
| 33. Partner/Partnerin vermeidet wichtige Gesprächsthemen | | 0,827 | | | | | |
| 34. Eifersucht des/r Partner/Partnerin auf Beziehung zum/r Therapeuten/in* | | 0,772 | | | | | |
| 35. Partner/Partnerin äußert Veränderungen zum Negativen | 0,204 | 0,711 | | | -0,216 | | |
| 47. Fahrlässiger im Arbeitsalltag | | 0,413 | 0,253 | 0,234 | -0,201 | | |
| 3 = Stigmatisierung, $\alpha = 0,67$ | | | | | | | |
| 45. Angst, Mitschülern/Kommilitonen/Kollegen könnten von der Therapie erfahren* | | 0,701 | | | | -0,204 | |
| 46. Ausgeschlossener von Mitschülern/Kommilitonen/Kollegen | | 0,735 | | | | | |
| 48. Angst vor einer Hochstufung der Versicherung (Lebensversicherung, Berufsunfähigkeitsversicherung)* | | 0,719 | | | | | |
| 49. Probleme beim Abschluss von Versicherungen* | | 0,623 | | | | | |
| 50. Mehr finanzielle Sorgen* | 0,357 | 0,629 | | 0,364 | | -0,410 | 0,208 |
| 52. Ich fühle mich schlecht durch das Wissen Psychotherapeutin/in gewesen zu sein. | 0,578 | 0,259 | | | -0,282 | -0,456 | |
| 4 = Emotionen, $\alpha = 0,72$ | | | | | | | |
| 16. Längere Phasen, in denen es mir schlecht ging* | 0,239 | | | 0,757 | | | |
| 17. Unsicherer, labiler oder weniger belastbar* | 0,223 | | | 0,743 | | | 0,251 |
| 18. Als Mensch zum Negativen verändert* | 0,336 | | | 0,583 | | | 0,293 |
| 22. Zum ersten Mal Selbstmordgedanken/Absichten* | | | | ,485 | | | -0,324 |

Tab. 5. Fortsetzung nächste Seite

Tab. 5. Konfirmatorische 7-Faktorenlösung inklusive Cronbachs α für die einzelnen Faktoren (Fortsetzung)

| Items | Faktor 1 | Faktor 2 | Faktor 3 | Faktor 4 | Faktor 5 | Faktor 6 | Faktor 7 |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|
| 5 = Arbeitsplatz, $\alpha = 0,79$ | | | | | | | |
| 41. Aufgaben in Beruf/Ausbildung/Universität und/oder Haushalt sind schwerer | 0,575 | | | 0,314 | -0,579 | -0,357 | |
| 42. Konzentration auf der Arbeit schlechter | 0,488 | | 0,302 | 0,327 | -0,655 | -0,357 | 0,226 |
| 43. Fehlzeiten am Arbeitsplatz häufiger | 0,341 | | | 0,284 | -0,588 | -0,335 | |
| 44. Mehr Konflikte mit Mitschülern/Kommilitonen/Kollegen/Vorgesetzten | 0,211 | | | | -0,551 | -0,237 | |
| 51. Karrierechancen gesunken | 0,509 | | 0,271 | 0,323 | -0,417 | -0,417 | 0,234 |
| 6 = Therapeutisches Fehlverhalten, $\alpha = 0,73$ | | | | | | | |
| 23. Verletzende Aussagen durch den/die Therapeut/in* | 0,246 | | 0,456 | 0,363 | | -0,761 | 0,246 |
| 24. Therapeut/in machte sich lustig* | | | 0,524 | | | -0,685 | 0,258 |
| 25. Sexuelle Belästigung durch den/die Therapeuten/in* | | | 0,211 | | 0,287 | -0,371 | 0,442 |
| 26. Körperliche Angriffe durch den/die Therapeuten/in* | | | 0,231 | | | -0,267 | 0,303 |
| 27. Therapeut/in zwang zu Interventionen (z.B. Konfrontationen, Rollenspiele, usw.)* | 0,253 | | 0,555 | 0,318 | | -0,657 | 0,370 |
| 28. Therapeut/in brach die Schweigepflicht* | | | | | | -0,557 | |
| 7 = Familie und Freunde, $\alpha = 0,74$ | | | | | | | |
| 36. Verhältnis zur Familie schlechter* | 0,364 | | | 0,260 | | -0,304 | 0,698 |
| 37. Von der Familie schlechter verstanden | 0,310 | 0,218 | 0,227 | | -0,278 | -0,218 | 0,708 |
| 38. Verhältnis zu Freunden schlechter* | 0,584 | | 0,401 | | -0,267 | -0,372 | 0,353 |
| 39. Von Freunden schlechter verstanden | 0,589 | | 0,439 | | -0,335 | -0,287 | 0,237 |

Basis: 195 ehemalige Psychotherapiepatienten; erklärte Gesamtvarianz: 55,8%; Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse, Werte nach Varimaxrotation mit Kaiser-Normalisierung; Faktorladungen unter 0,2 sind nicht aufgeführt.

*Items, die in das Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie (INEP) eingegangen sind.

ver Effekte ergänzt, um Aufschluss über weitere negative Veränderungen zu bekommen und diese bei der Weiterentwicklung des Instrumentes berücksichtigen zu können. Das 7-stufige bipolare Antwortformat (4-stufig für unipolare Items) wurde beibehalten. Diese 21 Items (exklusive der 2 offenen Fragen) sind nun im INEP enthalten (Anhang 3; www.karger.com/?DOI=000367928).

Diskussion

Ziel dieser Erhebung war es, erste Hinweise zu Prävalenzen und Korrelaten für das Erleben negativer Effekte von Psychotherapie zu erhalten. Dazu wurde ein ökonomisches und reliables Selbstbeurteilungsverfahren entwickelt – das INEP mit 21 Items.

Grundsätzlich ist festzustellen, dass neben positiven auch eine nicht unerhebliche Anzahl negativer Effekte nach psychotherapeutischer Behandlung auftritt. Nur ein geringer Prozentsatz der Teilnehmer berichtete keinerlei negative Veränderungen durch ihre Behandlung. Die Prävalenzen einzelner negativer Effekte lagen zwischen 1 und 55,9%, wobei die mittleren Häufigkeiten je nach Lebensbereich zwischen 6,8 und 15,8% schwankten. Diese Prävalenzen liegen somit etwas höher als in vergleichbaren Studien zu therapeutischem Misserfolg [Lambert und Ogles, 2004]. Die ehemaligen Psychotherapiepatienten gaben dabei im Mittel am häufigsten negative Veränderungen in der eigenen Gedanken- und Gefühlswelt an (15,8%) – dort scheint das Risiko für das Erleben negativer Effekte besonders groß zu sein. Dies könnte in direktem Zusammenhang dazu stehen, dass ein Großteil der psychotherapeutischen Interventionen genau in diesem Bereich ansetzt und entsprechend auch dort den meisten Schaden anrichten kann. Andererseits könnten diese Häufigkeiten auch durch eine erhöhte Sensibilität in der Wahrnehmung von Veränderungen im eigenen Denken und Fühlen erklärt werden, die in der Psychotherapie erlernt wird.

Für den Bereich Partnerschaft stellten Hand und Lamontagne [1976] bei 33% der Patienten vermehrte Partnerschaftskonflikte nach der Behandlung von Agoraphobie fest. In der hier beschriebenen Stichprobe fielen die Häufigkeiten negativer Effekte im Bereich der Partnerschaft mit 12% im Mittel geringer aus. Auf Einzelitems gaben 7,9–18,4% der Befragten im Bereich Partnerschaft negative Effekte durch die Psychotherapie an. Betrachtet man nur die Patienten mit der Diagnose einer Angststörung ($n = 103$), so gaben im Mittel 7,8% der Befragten negative Effekte im Bereich Partnerschaft an; etwas mehr berichten Depressionspatienten (8,5%). Patienten mit Persönlichkeitsstörungen beschrieben im Mittel weniger negative Effekte (6,3%) innerhalb der Partnerschaft. Dabei muss jedoch die Validität der selbstberichteten Diagnosen berücksichtigt werden.

Neben diesen Effekten beschrieben Patienten auch gravierende und besorgniserregende Veränderungen. So gab eine substanzielle Anzahl von Teilnehmern (14,9%) an, im Rahmen der Behandlung erstmals Suizidgedanken erlebt zu haben. Daneben berichteten 1–2,6% der Teilnehmer von sexueller Belästigung und körperlichen Übergriffen durch den Behandler – therapeutisches Fehlverhalten, das zu weiteren negativen Veränderungen für die Patienten führen kann. Diese Zahlen fallen teilweise geringer aus als in bisherigen Studien. So berichtet Tschan [2005], dass es bei etwa 10% der Psychotherapien zu sexuellen Kontakten zwischen Therapeut und Patient kommt. Diese Befunde bestärken die Relevanz des Themas in ethischer und auch rechtlicher Hinsicht und machen es unabdingbar, sich mit negativen Effekten psychotherapeutischer Behandlung auseinanderzusetzen.

Das neu entwickelte Inventar hat sich in der vorliegenden Erhebung als objektiv und reliabel erwiesen. Faktorenanalytisch konnte die theoretisch erstellte Einteilung der negativen Effekte in verschiedene Lebens- und Funktionsbereiche in großen Teilen bestätigt und so für die Erstellung eines ökonomischen Instruments (INEP) genutzt werden. Folgestudien müssen die gefundene Faktorenstruktur auf ihre Replizierbarkeit überprüfen.

In Hinblick auf die Validität des INEP können bisher noch keine Aussagen getroffen werden. Innerhalb der hier durchgeführten Regressionsanalyse werden erste Hinweise zu möglichen Korrelaten negativer Effekte von Psychotherapie gegeben, wobei die Richtung der Zusammenhänge noch ungeklärt ist. Risikofaktoren für negative Effekte scheinen eine schlechte therapeutische Beziehung und unerfüllte Therapieerwartungen aufseiten des Patienten zu sein. Außerdem treten negative Effekte häufiger im stationären klinischen Umfeld auf als in ambulanten Behandlungssituationen. Ein Grund dafür könnte im erhöhten Symptomschweregrad der stationären Patienten liegen, der die Wahrnehmung eines Therapieeffekts als negativ möglicherweise begünstigt. In dieser Studie lagen die nötigen Daten zur Beurteilung der Symptomschwere der Teilnehmer allerdings nicht vor. Zusätzlich werden innerhalb stationärer Behandlungen in der Regel nur wenige Einzelsitzungen durchgeführt, und nicht selten finden zusätzlich Therapeutenwechsel statt, wodurch der Aufbau einer vertrauensvollen Beziehung zwischen Patient und Therapeut erschwert wird. Neben diesen therapiespezifischen Merkmalen kam mit der Diagnose der Persönlichkeitsstörung ein dezidiertes Patientenmerkmal zum Vorschein, das mit einem erhöhten Erleben von negativen Effekten einhergeht. Es ist anzunehmen, dass dieses Ergebnis eng mit den fehlenden interpersonellen Fähigkeiten dieser Patientengruppe zusammenhängt und somit im therapeutischen Kontext Probleme entstehen können, die die Gefahr für subjektiv erlebte negative Effekte erhöhen. Die Gründe für die oben genannten Zusammenhänge sind gewiss vielfältig, können an dieser Stelle jedoch nur spekulativ erörtert werden.

Keine Zusammenhänge konnten zwischen der Gesamtanzahl an negativen Effekten und den soziodemografischen Patientenmerkmalen oder spezifischen Therapieverfahren gefunden werden. Jedoch zeigten sich auf Itemebene Unterschiede bezüglich der Therapieschulen: So berichteten Patienten einer Verhaltenstherapie (VT) häufiger, von ihrem Therapeuten zu Interventionen gezwungen worden zu sein (36,5% =). Demgegenüber stand der Vergleich von Patienten einer psychodynamischen Therapie (PD; 23,0%), einer Gesprächstherapie (GT; 30,0%) und sonstigen Therapieformen (40,0%). Patienten einer GT gaben in der vorliegenden Stichprobe längere Phasen der Niedergeschlagenheit nach der Therapie an (GT = 50%; Sonstige = 50,0%; VT = 40,5%; PD = 37,7%;), während Patienten einer PD sich häufiger durch die Aussagen ihres Therapeuten verletzt fühlten (PD = 65,6%; GT = 60%; VT = 50%; Sonstige = 40,0%).

Diese Variablen sind erste Hinweise zu konvergenten und divergenten Konstrukten und müssen in Folgeerhebungen weiter untersucht werden. Eine spannende Frage für Nachfolgestudien wäre hierzu, ob die negative Effekte z.B. auch nach erfolgreichen Therapien oder vermehrt nach fehlgeschlagener Behandlung auftreten.

Limitationen und zukünftige Forschung

Auch wenn gezeigt werden konnte, dass negative Effekte infolge einer psychotherapeutischen Behandlung auftreten und mithilfe des INEP erfasst werden können, ist die vorliegende Studie noch in einigen Punkten begrenzt. So handelte es sich bei den Studienteilnehmern ausschließlich um Psychotherapieerfahrene, die über das Internet rekrutiert wurden. Die Ergebnisse können daher nicht ohne Weiteres verallgemeinert werden und sollten in weiteren Patientenstichproben überprüft werden. Auch kann nicht ausgeschlossen werden, dass bei der vorliegenden Stichprobe ein Selbstselektionsbias vorlag. Aus anschließenden qualitativen Interviews mit einigen Probanden ($n = 35$) wissen wir jedoch, dass sowohl Patienten teilnahmen, die sich sehr positiv über ihre Behandlung äußerten, als auch Therapieverdrossene. In Hinblick auf die Repräsentativität der Stichprobe verglichen Gosling und Kollegen [2004] mehrere Internetstichproben mit traditionellen Paper-and-Pencil-Stichproben und kamen zu dem Schluss, dass die Validität der erhobenen Daten in beiden Studien identisch war.

Im Rahmen der neu entwickelten Begriffsdefinition werden die untersuchten Effekte als negativ beschrieben, wobei die Valenz der einzelnen Effekte nicht direkt im Fragebogen abgefragt wird. Wir haben versucht, dieser Valenz indirekt über das bipolare Itemformat näherzukommen. Zusätzlich kann bei den erfragten Effekten davon ausgegangen werden, dass sie zunächst einen Stressor für den Patienten darstellen und demnach erst einmal als negativ empfunden werden. So bringt die Trennung vom Partner, auch wenn diese erwünscht ist, einen hohen Disstressfaktor mit sich. Folglich kann dabei jedoch nicht ausgeschlossen werden, dass ein negativer Effekt

für den einzelnen Patienten zu einem späteren Zeitpunkt auch positive Aspekte haben kann. Dies ist jedoch nicht Gegenstand des Fragebogens und der dargestellten Untersuchung.

Als weitere Einschränkung gilt, dass mit dem INEP nur die Perspektive der Klienten erfasst wird und damit die externe Validität hinsichtlich der Behandlerperspektive eingeschränkt ist. Obwohl die subjektive Erfahrung des Patienten von zentraler Bedeutung ist und auf diese bei der Erforschung von negativen Effekten nicht verzichtet werden darf, bietet das Instrument nicht die Möglichkeit, die Übereinstimmung der erlebten negativen Effekte mit den von Therapeuten beobachteten Effekten zu prüfen. Haupt und Linden [2011] haben hierzu ein Instrument entwickelt, das unerwartete Effekte aus Therapeutenperspektive erfasst und eine sinnvolle Ergänzung zum INEP darstellen könnte.

Zusätzlich muss die Validität mancher Patientenangaben im Rahmen der Befragung als unsicher bewertet werden (z.B. zu Diagnosen, Therapieverfahren usw.). So ist die gesamte Befragung aus retrospektiver Sicht durchgeführt worden, wobei unter den Teilnehmern unterschiedlich viel Zeit seit der Beendigung der Therapie vergangen war und die Antworten damit von unterschiedlicher Qualität sein könnten.

Implikationen

Bisher herrscht vorrangig die Meinung, dass Psychotherapie im «schlimmsten Fall» gar nicht wirkt, also im Gegensatz zu anderen, vor allem medizinischen Interventionen, nur wenige bis gar keine negativen Effekte hat und, wenn richtig durchgeführt, den Patienten nicht schaden kann. Jedoch zeigt die vorliegende Untersuchung, dass Psychotherapie, neben allen positiven Effekten, auch mit unerwünschten negativen Effekten einhergeht. Den Behandlern sollte bewusst sein, dass Psychotherapie einen Einfluss über die Hauptsymptoma-

tik hinaus auch auf andere Lebens- und Funktionsbereiche hat. Sowohl Klienten als auch Therapeuten und Kandidaten in Ausbildung sollten über die Möglichkeit von negativen Effekten aufgeklärt und dafür sensibilisiert werden. Dies könnte, ähnlich wie bei der Erfassung von Erfolgskriterien, zusätzlich über eine standardmäßige Evaluierung negativer Effekte erfolgen. Selbst wenn manche (aber bei Weitem nicht alle) negativen Effekte als Teil des therapeutischen Prozesses gesehen werden können und vielleicht sogar notwendig sind, so gilt es trotzdem, deren Häufigkeit zu reduzieren. Im Kontext der gesetzlichen Verpflichtung (Patientenrechtegesetz) bei der Richtlinien-Psychotherapie, Patienten vor Beginn einer Behandlung über mögliche negative Effekte zu informieren, liefert der INEP zudem eine wertvolle Informationsquelle. Neben diesen klinischen Implikationen muss die systematische Untersuchung negativer Effekte in unterschiedlichen Settings und aus unterschiedlichen Perspektiven weitergeführt werden. Nur dann können wir besser verstehen, wie und unter welchen Umständen welche negativen Effekte von Patienten berichtet werden und wie wir zukünftig damit umgehen wollen.

Dank

Unser Dank geht an Prof. Dr. Franz Caspar, Prof. Dr. Thomas Fydrieh, Prof. Dr. Harald Gründel, Prof. Dr. Peter Henningsen, Prof. Dr. Bernd Löwe, Prof. Dr. Jürgen Margraf, Prof. Dr. Bernhard Strauss und Prof. Dr. Dietmar Schulte für die wertvolle Unterstützung und das hilfreiche Feedback zum Konstruktionsprozess des INEP.

Disclosure Statement

Die Autoren erklären, dass keine Interessenkonflikte vorliegen.

Literatur

- Bortz J, Schuster C: Statistik für Human- und Sozialwissenschaftler, ed 7. Heidelberg, Springer, 2010.
- Gosling SD, Vazire S, Srivastava S, John OP: Should we trust web-based studies? A comparative analysis of six preconceptions about internet questionnaires. *Am Psychol* 2004;59:93–104.
- Hand I, Lamontagne Y: The exacerbation of interpersonal problems after rapid phobia-removal. *Psychother* 1976;13:405–411.
- Haupt M, Linden M: Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie – Das ECRS-ATR-Schema. *Psychoth Soz* 2011;13:9–27.
- Heuer H, Rösler F, Tack WH: Merkmale und Gütekriterien psychologischer Tests; in Krohne HW, Hock M (eds): *Psychologische Diagnostik: Grundlagen und Anwendungsfelder*. Stuttgart, Kohlhammer, 2007, pp 23–83.
- Lambert MJ, Ogles BM: The efficacy and effectiveness of psychotherapy; in Lambert MJ (ed): *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, ed 5. New York, Wiley and Sons, 2004, pp 139–193.
- Mohr D: Negative outcome in psychotherapy: a critical review. *Clin Psychol – Sci Pr* 1995;2:1–27.
- Nestoriuc Y, Rief W: Risiken und Nebenwirkungen von Verhaltenstherapie; in Linden M, Strauß B (eds): *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Berlin, MWV, 2012, pp 59–74.
- Schmoll D: Nebenwirkungen bei psychoanalytisch orientierten Therapien. *Psychotherapeut* 2012;57: 395–401.
- Smith ML, Glass G: Meta-analysis of psychotherapy outcome studies. *Am Psychol* 1977;32:752–760.
- Tschan W: *Missbrauchtes Vertrauen. Sexuelle Grenzverletzung in professionellen Beziehungen*. Basel, Karger, 2005.
- Wampold B: *The Great Psychotherapy Debate: Models, Methods, and Findings*. Mahwah, Taylor and Francis, 2001.
- Westermann S, Kesting M-L, Lincoln T: Being deluded after being excluded? How emotion regulation deficits in paranoia-prone individuals affect state paranoia during experimentally induced social stress. *Behav Ther* 2012;43:329–340.

7.2 Studie II

Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (submitted for publication). Negative effects of psychotherapy in outpatient and inpatient facilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.

Journal of Consulting and Clinical Psychology

Negative effects of psychotherapy in outpatient and inpatient facilities

--Manuscript Draft--

| | |
|--|--|
| Manuscript Number: | |
| Full Title: | Negative effects of psychotherapy in outpatient and inpatient facilities |
| Abstract: | Objective: Negative effects of psychotherapy (NEP) and malpractice or unethical behavior (MUB) by psychotherapists are a neglected field in outcome research. In this study, we systematically investigated NEP/MUB across different psychotherapeutic treatment conditions using both cross-sectional and longitudinal designs. Method: NEP/MUB were assessed in n=300 psychotherapy patients using the „Inventory for the assessment of negative effects of psychotherapy“. Study 1 addressed NEP/MUB in a cognitive-behavioral-oriented outpatient clinic (n=182) using a cross-sectional design and assessed therapeutic alliance, interpersonal functioning and clinical characteristics. Study 2 -- explored NEP/MUB via a longitudinal design in an inpatient setting (n=118) using cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy. Together with various baseline variables, NEP/MUB and therapeutic alliance were reassessed at discharge and at the 9-month follow-up. Results: 20.9% of outpatients and 59.3% of inpatients reported at least one NEP attributed to psychotherapy. Within the outpatient setting, participants most frequently reported trouble with their health care provider (8.2%). Inpatients complained of having "experienced more downs since the end of therapy" most frequently (29.7%). MUB were also reported (e.g., "therapist said hurtful things", violation of confidentiality). Logistic regression analyses revealed predictors for NEP/MUB such as prior psychotherapy, poor therapeutic alliance and treatment-specific expectations. Conclusion: NEP/MUB occur in different settings and are influenced partly by patients' expectations and experiences. It is necessary to discover which NEP can be avoided and which must be viewed as inherently part of the treatment process. Assessment of negative effects should be obligatory in trials evaluating psychological interventions. |
| Article Type: | Article |
| Keywords: | Psychotherapy research; negative treatment effects; adverse effects; side effects; therapeutic malpractice |
| Corresponding Author: | Inga Ladwig, Dipl.- Psych. Philipps-University Marburg Marburg, GERMANY |
| Corresponding Author E-Mail: | inga.ladwig@gmail.com |
| Corresponding Author Secondary Information: | |
| Corresponding Author's Institution: | Philipps-University Marburg |
| Other Authors: | Winfried Rief, Professor Yvonne Nestoriuc, Professor |
| Corresponding Author's Secondary Institution: | |
| First Author: | Inga Ladwig, Dipl.- Psych. |
| Order of Authors Secondary Information: | |
| Order of Authors: | Inga Ladwig, Dipl.- Psych. Winfried Rief, Professor Yvonne Nestoriuc, Professor |

Negative effects of psychotherapy in outpatient and inpatient facilities

Date of Submission: 06/02/2016

Abstract (250 words)

Objective: Negative effects of psychotherapy (NEP) and malpractice or unethical behavior (MUB) by psychotherapists are a neglected field in outcome research. In this study, we systematically investigated NEP/MUB across different psychotherapeutic treatment conditions using both cross-sectional and longitudinal designs. *Method:* NEP/MUB were assessed in n=300 psychotherapy patients using the „Inventory for the assessment of negative effects of psychotherapy“. Study 1 addressed NEP/MUB in a cognitive-behavioral-oriented outpatient clinic (n=182) using a cross-sectional design and assessed therapeutic alliance, interpersonal functioning and clinical characteristics. Study 2 — explored NEP/MUB via a longitudinal design in an inpatient setting (n=118) using cognitive-behavioral therapy and psychodynamic therapy. Together with various baseline variables, NEP/MUB and therapeutic alliance were reassessed at discharge and at the 9-month follow-up. *Results:* 20.9% of outpatients and 59.3% of inpatients reported at least one NEP attributed to psychotherapy. Within the outpatient setting, participants most frequently reported trouble with their health care provider (8.2%). Inpatients complained of having “experienced more downs since the end of therapy” most frequently (29.7%). MUB were also reported (e.g., “therapist said hurtful things”, violation of confidentiality). Logistic regression analyses revealed predictors for NEP/MUB such as prior psychotherapy, poor therapeutic alliance and treatment-specific expectations. *Conclusion:* NEP/MUB occur in different settings and are influenced partly by patients' expectations and experiences. It is necessary to discover which NEP can be avoided and which must be viewed as inherently part of the treatment process. Assessment of negative effects should be obligatory in trials evaluating psychological interventions.

Keywords: Psychotherapy research, negative treatment effects, adverse effects, side effects, therapeutic malpractice

Public health significance: This study shows that psychotherapy seems to produce both positive effects and negative effects. Incidence rates reveal that about 20% of outpatients and 60% of inpatients report at least one negative effect attributed to psychotherapy. Even if some (but by far not all) negative

effects can be regarded as part of the therapeutic process and perhaps even necessary, it remains our duty as practitioners and researchers to reduce these effects to a minimum. Assessment of negative effects of psychotherapy should be obligatory in trials evaluating psychological interventions.

Introduction

Despite enormous developments in psychotherapy research, data on the potential negative effects of psychotherapy and even malpractice are sparse (Barlow, 2010; Berk & Parker, 2009). Moreover, new and unwanted symptoms may develop or other unexpected and unwanted changes may occur through psychotherapy (Bergin, 1966; Lambert & Ogles, 2004; Mohr, 1995). These changes could include negative effects in other areas of patients life such as conflicts with the family, fear of stigma or financial problems (Ladwig, Rief, & Nestoriuc, 2014; Nestoriuc & Rief, 2013; W. Schulz, 1984). Although treatment failures and adverse effects after psychotherapy are widely recognized as a genuine problem (Hadley & Strupp, 1976), the number of studies evaluating them systematically is still small (see Table 1), although some progress occurred in recent years. Research on negative effects is therefore vital to increase awareness in patients and practitioners, and thus contribute to further improvements in the therapeutic treatment of mental illnesses (Jacobi, Uhlmann, & Hoyer, 2011).

- Insert Table 1 here -

To conduct further research on the negative effects of psychotherapy, a distinct definition is necessary. Most previous studies focused on symptom deterioration. Lambert and Ogles (2004) state that 5-10% of patients report symptom deterioration during treatment, whereas Jacobi and colleagues (2011) report only 2.7%. But in an online-based study (Ladwig et al., 2014) 183 of 195 patients reported at least one negative effect stemming from different areas of life, with the two most prominent items being intrapersonal changes (e.g., things had not been going well for longer periods since the end of the therapy) and stigmatization (e.g., patients had difficulty obtaining insurance). Indicating that symptom deteriorations are only one possible area of negative effects of psychotherapy and others need to be investigated. These findings lead to a broad definition of negative effects. In the following report, we understand negative effects as follows:

Negative effects of psychotherapy (NEP) are changes in all areas of a patient's "well-being" that are perceived as negative and cause direct or indirect harm to the patient. These changes

can occur during, immediately after, or sometime after the psychotherapeutic treatment. Patients view the cause of this negative effect in the treatment and not in other external influences. Additionally, if the therapy was conducted lege artis and that has been verified by the therapist and/or objective independent raters, NEP can be further classified as side effects of psychotherapy. Malpractice and unethical behavior (MUB) are associated with negative effects in the sense that they are perceived as negative and cause direct or indirect harm to the patient. However, they are not characteristics of lege artis psychotherapy.

The available data on predictors of such NEP and MUB is also sparse (Margraf, 2009). As far as we know, only one study has investigated the origins and causes of NEP (Ladwig et al., 2014). It thus would make sense to consider effectiveness studies and analyze common factors that contribute to a positive treatment outcome. Here, it is non-specific factors especially - such as the relationship between therapist and client - that act independently of the type of therapeutic intervention, and that are key to a positive treatment outcome (Foa & Emmelkamp, 1983; Grawe, Donati, & Bernauer, 1994). Overall, the following variables are known to positively influence treatment outcome: therapeutic alliance (Castonguay, Constantino, & Holtforth, 2006; Foa & Emmelkamp, 1983; Martin, Garske, & Davis, 2000), perception of the quality of therapeutic alliance in the early sessions (Castonguay et al., 2006), patients' outcome expectations (Constantino, Arnkoff, Glass, Ametrano, & Smith, 2011; Foa & Emmelkamp, 1983; Schulte, 2008), motivation for treatment (Nübling, Schulz, Schmidt, Koch, & Wittmann, 2000) and interpersonal functioning (Borkovec, Newman, Pincus, & Lytle, 2002; Davies-Osterkamp, Strauss, & Schmitz, 1996). In previous study, significant negative correlations were documented between the number of NEP and therapeutic alliance (Ladwig et al., 2014). Goldsmith and colleagues (2015) supported this finding, showing that a poor therapeutic alliance has detrimental effects on symptomatic outcome. Additionally, significant correlations were found between NEP and patients' outcome expectations (Ladwig et al., 2014), revealing that the occurrence of NEP rose once patients' expectations about the treatment were not met. Based on these findings, incidences for NEP

and MUB in conjunction with different PT settings and associations with therapeutic alliance, motivation for treatment, outcome expectations, interpersonal functioning, and NEP/MUB will be investigated.

The current study. The absence of validated instrumentation restricts our ability to identify possible NEP/MUB and to define specific characteristics contributing to the development of those effects. The current report uses a newly developed and validated (Ladwig et al., 2014) self-report instrument designed to assess NEP and MUB – the Inventory for Negative Effects of Psychotherapy (INEP). Two separate studies were conducted. Study 1 investigated treatment in an outpatient clinic; study 2's data were collected at two inpatient facilities. We examined whether the type and occurrence of NEP and MUB in a natural outpatient and inpatient setting differ, as well as investigating cross-sectional and longitudinal predictors. We expected to find significant correlations with perceived therapeutic alliance, outcome expectancies, motivation for psychotherapy and interpersonal function of patients.

Study 1: Outpatient cross-sectional group

Study 1 - Methods

Setting and Participants. Participants in the study were 182 former patients at a cognitive-behavioral outpatient treatment center in Marburg, Germany. Treatment costs were covered by the patients' health care providers. Psychotherapeutic treatments were conducted within the last 10 years. Descriptive demographics of the men and women in the study are given below (see Table 2). Overall, the study subjects' mean age was 44 years ($SD=13.5$, Range [23-77]), 66.5% female). The main diagnoses were affective disorders (36.8%) and phobic disorders (33.0%). Patients had an average of 42.5 sessions ($SD=19.7$, Range [6-119]).

- Insert Table 2 here -

Study design and procedure. Former patients of an outpatient clinic were recruited for an “Effects of Psychotherapy” study from the outpatient treatment centers' own database (patients had consented to being contacted while in treatment). To be eligible for the study, patients had to meet the following criteria: (a) 18 years of age or older, (b) consent to be re-contacted further and (c) sufficient German

language fluency. First, we screened the files of all the patients treated in our outpatient clinic during the last 10 years (n=1918). Of those, n=502 patients met our inclusion criteria and were contacted by study personnel via telephone. For N=298 of those patients contact information were still valid, they agreed to participate in the study, and then received the required questionnaires (see measures sections) via mail. After providing written informed consent to participate in this study, they completed the questionnaires at home. Participation lasted 30 minutes, measures were administered in a standard order, and participants received no remuneration of any kind (Figure 1 provides an overview). Participation was completely voluntary. 61% (n=182) completed the questionnaire and had their data analyzed. The remaining 39% (n=116) dropped out of the study for the following reasons: did not respond (n=71), wrong address (n=6), "didn't have enough psychological problems" (n=1) and missing clinical data in the patient's file (n=38).

Data were collected over a period of 9 months during 2011-2012. Ethics approval for this study was obtained from our local ethics committee at the University of Marburg's Department of Psychology.

Measures.

Clinical characteristics and demographics. The information we gathered from patient records within the outpatient clinic was: socio-demographics, main diagnosis, number of diagnoses, previous psychotherapeutic treatments, mental health medication, number and duration of treatment sessions, and disability status. Participants self-reported gender, age, education, marital status. Patients were also asked whether they had had any specific treatment expectations when they started treatment, using one item in a forced-choice format: "I wanted help dealing with current conflicts" (cognitive behavioral) or "I wanted to dig deep into my past and deal with prior conflicts" (psychoanalysis) or "I didn't have any specific expectations".

Negative effects of psychotherapy, malpractice and unethical behavior. The Inventory for the assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP, http://www.karger.com/ProdukteDB/miscArchiv/000/367/928/000367928_sm_eversion.pdf) contains 21

items in bipolar ('1: better' – 0: unchanged – '-1:worse') or unipolar ('0: Disagree/Not applicable' to '-1: agree') format (Ladwig et al., 2014). Assessing part of the NEP with bipolar items has the advantage of also addressing psychotherapy's positive effects - thereby preventing negative priming effects of assessment and allowing for direct comparisons of negative and positive effects in one instrument. NEP are assessed in terms of: intrapersonal changes (items 1-3, 13-15), relationship with partner, family and friends (items 4-6, 12), stigmatization and financial worries (items 7-9) and dependency on therapist (items 10, 11). The last five questions are items concerning MUB (items 16-21). Patients' casual attributions of NEP and MUB (therapy or other circumstances) are assessed in conjunction with each effect. A total score of NEP and MUB is calculated by adding up items 1 to 15 and items 16 to 21, respectively. Items in the INEP proved reliable, with a Cronbach's alpha of .86 (Ladwig et al., 2014).

Therapeutic alliance. The therapeutic alliance was assessed via the Helping Alliance Questionnaire (HAQ; Bassler, Potratz, & Krauthauser, 1995) in a German translation. The HAQ consists of 11 items answered on a scale from 1:'strongly disagree' to 6:'strongly agree' and one item concerning therapeutic success answered on a scale from 1:'much worse' – 4:'unchanged' - to 7:'much better'. The subscales in the German translation differ from the original. Bassler and colleagues (1995) identified two inherent factors 'relation to the therapist' and 'satisfaction with the therapeutic outcome' that were used in the present study. A total score can also be computed. Its internal consistency and validity are satisfactory (Bassler et al., 1995; Ladwig, Rief, & Nestoriuc, submitted for publication).

Interpersonal functioning. Interpersonal functioning as experienced by patients are assessed using the self-report Inventory of interpersonal problems – circumplex (IIP-C) in a German translation. The 64 items are rated on a scale from 0:'not at all' to 4:'extremely'. The IIP-C contains 8 subscales representing various dimensions of dysfunctional behavior: *domineering, vindictive, cold, socially avoidant, non-assertive, exploitable, overly nurturant, and intrusive* personalities. An overall score can also be computed revealing the general degree of interpersonal difficulties. The IIP-C's psychometric utility is well established (Horowitz, Strauß, & Kordy, 2000).

- Insert Figure 1 here -

Strategy for data analyses. Missing data were analyzed and imputed using NORM (Schafer, 2000). The Expectation Maximization algorithm was used to compute starting values of missing data. Markov-Chain-Monte-Carlo methods then generated multiple imputations of the predictors (HAQ, IIP-C), whereas missing values in the criterion (INEP) were not imputed (number of imputations: 35). Data analysis proceeded in three ways: First, we examined descriptive data and frequencies of NEP and MUB in our sample. Second, we conducted correlational analyses between the overall number of NEP and MUB with demographic, clinical, and treatment characteristics, therapeutic alliance and interpersonal functioning (23 variables, including all subscales – see Table 2 for an overview). Treatment expectations were dummy-coded (“CBT” vs. “PA-expectation”) and tested against “no expectations”. Finally, we investigated the predictive power of all clinically significant correlates on NEP and MUB within separate multiple regression models.

Study 1 - Results

Frequencies and correlates of negative effects in an outpatient setting. Within our outpatient group, 38 (20.9%) respondents reported NEP from their psychotherapy. Twenty-six (68.4%) of those reported one NEP, 9 patients (23.8%) reported two NEP and 3 participants reported three, four and seven NEP, respectively. Regarding therapy-induced NEP, the outpatient participants reported trouble with their health care provider (8.2%) and the fear of being stigmatized most frequently (3.8%; see Table 3). In contrast, three-fourths of the participants (74.7%) reported positive effects from their treatment, with ‘feeling less troubled’ by their past being the most frequently-named item (53.8%).

Our analyses showed that having experienced an NEP is positively associated with having had more than one previous psychotherapeutic treatment ($r_{\text{Spearman}}=.15, p=.02$). Furthermore, experiencing a NEP was negatively associated with participants’ treatment-specific expectations regarding cognitive behavioral therapy “I wanted help dealing with current conflicts” ($r_{\text{Spearman}}=-.08, p=.03$) or psychoanalysis “I wanted to dig deep into my past and deal with prior conflicts” ($r_{\text{Spearman}}=-.06, p=.04$)

compared to having to no expectations. None of the other variables demonstrated any significant correlations.

- Insert Table 3 here -

Frequencies and correlates of malpractice and unethical behavior in an outpatient setting.

Among the items concerning MUBs, only thirteen patients reported having experienced one. Mostly they reported feeling hurt by something the therapist had said (3.8%) or that they felt forced to do certain interventions they did not want to (3.8%). Nobody reported sexual or physical abuse by their therapist or that confidentiality had been violated (see Table 3). Our analyses showed that having experienced MUB was positively associated with having a higher education ($r_{Spearman}=.14$, $p=.03$). Furthermore, experiencing a MUB was negatively associated with the participant's age ($r_{Spearman}=-.22$, $p=.00$), therapeutic success ($r_{Spearman}=-.13$, $p=.04$), therapeutic relationship ($r_{Spearman}=-.20$, $p=.00$) and the therapeutic alliance with their psychotherapist ($r_{Spearman}=-.21$, $p=.00$). None of the other variables demonstrated any significant correlations.

Predictors of negative effects in an outpatient setting. After identifying correlates, we investigated their predictive power on the reported number of NEP. Due to low reporting of NEP in the present sample (only 20.9% of all patients reported any NEP at all) we chose to dichotomize the outcome (no NEP vs. at least one NEP) for predictive analysis. Logistic regression was performed to assess the impact of significant correlates on the likelihood that respondents would report NEP concerning their psychotherapy. The model contained two independent variables: previous psychotherapeutic experience (none versus one or more) and treatment-specific expectations (CBT versus PA-expectation) that were entered simultaneously in one step. The full model was statistically significant, $\chi^2=10.73$, $p=.01$, indicating that the model distinguished between patients who reported and did not report experiencing at least one NEP. The model as a whole explained between 5.7% (Cox and Snell R^2) and 8.9% (Nagelkerke R^2) of the variance in reporting NEP, correctly classifying 80.2% of cases. As shown in Table 4, both variables made a unique statistical contribution to the model. The strongest

predictor was previous psychotherapeutic experience (*odds ratio [OR 2.54, $p=.02$, 95% confidence interval [95% CI]:1.13-5.73*), indicating that patients who had undergone prior treatment were more than twice as likely to report an NEP in conjunction with their latest psychotherapy than those who had not had psychotherapy before the aforementioned outpatient treatment. The *odds ratios (OR)* for specific expectations concerning cognitive behavioral therapy (CBT) (*OR .26, $p=.01$, 95%CI: .09-.75*) and psychodynamic therapy (PDT) (*OR .21, $p=.03$, 95%CI: .05-.86*) were less than 1, indicating that if such an expectation (compared to having none) was present, patients were less likely to report negative effects of their psychotherapy.

- Insert Table 4 here -

Predictors of malpractice or unethical behavior in an outpatient setting. We conducted a logistic regression to assess the impact of significant correlates on the likelihood that respondents would report MUB concerning their psychotherapy. Due to our study cohort's low rate of reporting MUB (only 13 patients reported any MUB at all) we chose to dichotomize the outcome (no MUB versus at least one MUB) for predictive analysis - similar to the NEP analysis. The model contained five independent variables (education, age, total score, and subscales of therapeutic alliance) entered simultaneously in one step. The full model was statistically significant, $\chi^2=15.31$, $p=.01$, indicating that the model distinguished between patients who reported and did not report experiencing at least one MUB. The model as a whole explained between 8.1% (Cox and Snell R^2) and 20.0% (Nagelkerke R^2) of the variance in reporting MUB, correctly classifying 92.7% of cases. As Table 5 shows, one variable made a unique statistical contribution to the model. The strongest predictor was age, yielding an *odds ratio* of .93 ($p=.02$, 95% CI: .88-.99), indicating that younger patients have a higher risk of experiencing malpractice and/or unethical behavior in outpatient settings.

- Insert Table 5 here -

Study 2: Inpatient longitudinal group

Study 2 - Methods

Setting and Participants. Our data were collected at two German inpatient facilities. In Germany, when outpatient care is considered insufficient in treating a mental illness or if the patient is a risk to him- or herself or others, inpatient treatment in a mental health care hospital is indicated; 28% of all patients suffering from mental illness are treated in an inpatient setting (Nübling et al., 2014). Within a multimodal approach, psychotherapeutic treatment (individual and group sessions) is typically combined with psychiatric and other medical treatments, physiotherapy, sports, arts, and occupational therapy. Psychotherapy is administered by medical doctors and/or licensed psychotherapists. Treatment costs are covered by patients' statutory health care.

Participants entering our inpatient study were treated between November 2011 and September 2012 and were recruited from two primary mental health care hospitals in Germany. Clinic A offers CBT for eating disorders, anxiety disorders, OCD, depression, borderline personality disorder, and PTSD. Clinic B offers CBT and PDT as a treatment options for the same disorders. The medical doctor or psychotherapist in charge decides on admission day whether a patient will receive CBT or PDT based on diagnostic tests, medical history, and individual judgment. Due to our sample's size and to maintain confidentiality, data from both clinics were combined for data analyses.

Participants in this study were 118 patients consecutively recruited in Clinic A (33.1%, n=39) and Clinic B (66.9%, n=79); (see Table 2). Overall, mean patient age was 48.1 years ($SD=9.3$, *Range* [20-64]), and 64.4% were female. The main diagnoses were affective disorders (66.1%) and phobic disorders (15.3%). The majority of patients were treated using standard CBT (78.8%), while 21.2% of patients underwent standard PDT. Our study cohort's average duration of stay - for Clinics A and B combined - was 45 days ($SD=15.9$ days, *Range* [4-111 days]), which conforms with health service statistics (Bundesamt, 2012).

Study design and procedure. Patients in the psychosomatic hospitals were recruited during their inpatient stay by study personnel. Eligible patients were (a) 18 years of age or older, (b) and had sufficient German language fluency (c) no premature treatment dropout, and (d) had no current alcohol

or drug addiction, psychoses, brain damage, or other severe somatic disorders requiring other treatments. All patients were informed about the treatment procedure and the study's nature, and gave written informed consent to participating in it.

A longitudinal design with self-report measures administered at admission (t0), discharge (t1), and at the 9-month follow-up (t2) was employed – see Figure 1. At admission (t0), patients who had consented were asked to provide information on their motivation and expectations regarding their upcoming psychotherapeutic treatment and interpersonal functioning. We also gathered information on prior psychotherapeutic treatments (positive effects, NEP and MUB, therapeutic alliance with former therapist, and treatment characteristics). At discharge (t1), patients were asked about positive effects, NEP, MUB and therapeutic alliance during their inpatient treatment. Positive effects, NEP and MUB of the inpatient treatment were then assessed again at the 9-month follow-up (t2) via mail. Participation in total lasted approximately 60 minutes, measures were administered in the same order, and participants received no remuneration of any kind. In total, n=345 patients participated at t0 *and/or* t1. Of them, n=252 (73.04%) returned the follow-up questionnaire 9 months after discharge (t2). Complete datasets (t0, t1 and t2) were used for the multiple regression analyses – reducing the cohort's size to n=118 completers. Permission to conduct the study was obtained from our local ethics committee and the chamber of physicians in Rheinland-Pfalz, Germany. Data were collected over the course of 20 months during 2011-2013, including the 9-month follow-up.

Measures. Positive effects, NEP, MUB, therapeutic alliance, and interpersonal functioning were administered as described in outpatient study. Demographics and clinical characteristics of patients' treatment were obtained from medical records. The measures below were also obtained.

Negative effects, malpractice and unethical behavior. To increase sensitivity, answering scales of the INEP were increased to 7-point Likert scale for bipolar items (“+3” to “-3”) and 4-point Likert scale for unipolar items (“0” to “-3”). To compute the total score of and enable comparison between studies one

and two, answers from “-1” to “-3” were re-coded to “-1” and then items were summed up for the total score of NEP and MUB, respectively.

Treatment motivation. Motivation for psychotherapy was assessed with the abridged form of the *Questionnaire on Psychotherapy Motivation* (QPM; H. Schulz, Lang, Nübling, & Koch, 2003) developed for a German-speaking audience. It contains 23 items answered on a scale from 0: ‘agree’ to 3: ‘fully disagree’. It produces 6 subscales representing different dimensions of patients’ motivation before entering psychotherapeutic treatment: Feeling high *psychological strain* due to mental illness, *Attention* from others *due to psychological symptoms*, *Hope* that the treatment will be helpful, *Denial about needing support* and inability to recognize the need for help, having prior *Experience* with psychotherapy and how much *Initiative* patients show to actively enter treatment. Low scores on these subscales tend to indicate low motivation. For the subscales *Attention due to psychological symptoms* and *Denial about needing support*, high scores indicate low motivation. The subscales’ internal consistency ($\alpha=.74 - .80$) and validity are satisfactory (H. Schulz et al., 2003).

Patients’ outcome expectations. Patients’ outcome expectations and their impression of treatment suitability were assessed via the questionnaire on *Patients’ Therapy Expectation and Evaluation* (PATHEV; (Schulte, 2008) consisting of 11 items answered on a scale from 1: ‘fully agree’ to 5 ‘fully Disagree’. Schulte (2008) identified three subscales via principal component analysis: *Hope* that treatment will improve the patient’s personal well-being, *Fear of negative change* in their personality caused by treatment, and *Suitability* of the treatment for their symptoms. Internal consistency ($\alpha=.73 - .89$) and the subscales’ construct validity with treatment outcome are satisfactory (Schulte, 2005).

Strategy for data analyses. Data analysis was identical to the aforementioned procedures in study 1. The investigated outcome were NEP and MUB at a 9-month follow-up and correlational analyses were also computed for therapeutic alliance to previous psychotherapist, NEP and MUB after previous therapy, treatment motivation, and patients’ outcome expectations (38 variables, including all subscales – see Table 2 for an overview).

Study 2 - Results

Frequencies and correlates of negative effects in two inpatient settings. Overall, 70 (59.3%) respondents reported at least one NEP in conjunction with their inpatient psychotherapy. Of those 70 patients, 26 (22.0%) reported one NEP, 20 patients (16.9%) reported two, and 24 (20.4%) reported three or more NEP (see also Figure 2). Patients most often reported that they had tended to “experience more downs” since the end of therapy (29.7%). In conjunction with the second most prevalent item, patients reported they felt “addicted to their therapist” (17.8%) and to a lesser extent that they had more financial worries than before (13.6% - see Table 3 for more detailed information). Furthermore, most participants (76.3%) reported positive effects from their treatment, with generally ‘feeling better’ being the most frequent item (64.4%).

- Insert Figure 2 here -

To test for significant correlates of NEP 9 months after psychotherapy, Spearman correlations were computed with demographic and clinical variables, therapeutic alliance, treatment motivation, patients’ outcome expectations, and interpersonal functioning. Again we chose to dichotomize the outcome (no NEP versus at least one) for further analyses. NEP after inpatient treatment at the 9-month follow-up *are positively associated with* having experienced an NEP during previous psychotherapeutic treatment ($r_{\text{Spearman}}=.22, p<.05$), declared NEP at discharge ($r_{\text{Spearman}}=.20, p=.01$), as well as reporting fear of negative change during inpatient treatment ($r_{\text{Spearman}}=-.30, p=.00$), psychological strain from their mental illness ($r_{\text{Spearman}}=.21, p=.01$), experience with psychotherapy ($r_{\text{Spearman}}=.21, p=.01$) and certain interpersonal difficulties: socially avoidant behavior ($r_{\text{Spearman}}=.22, p=.01$), exploitable behavior ($r_{\text{Spearman}}=.17, p=.03$), overly nurturant behavior ($r_{\text{Spearman}}=.20, p=.02$). NEP 9 months after psychotherapy are, however, *negatively associated with* age ($r_{\text{Spearman}}=-.22, p=.01$), a positive therapeutic relationship with previous psychotherapists ($r_{\text{Spearman}} = -.17, p=.04$), satisfaction with therapeutic success of inpatient treatment ($r_{\text{Spearman}}=-.22, p=.01$), the overall therapeutic alliance at the end of inpatient treatment ($r_{\text{Spearman}}=-.21, p=.05$) and attracting attention from others due to

psychological symptoms ($r_{\text{Spearman}}=-.18$, $p=.03$). None of the other variables demonstrated any significant correlations.

Frequencies and correlates of malpractice/unethical behavior in two inpatient settings. Among the items addressing MUB, 34 patients reported at least one incidence of malpractice or unethical behavior by their therapist (see Figure 2 for detailed information), the most prominent item being that they were hurt by something the therapist had said to them (20.3%), e.g., “she didn’t take me seriously” or “I felt misunderstood”. To a lesser extent, patients felt forced to participate in certain interventions against their will (14.4%), e.g. confrontations or “I didn’t want to open up during group sessions”. One patient reported that his/her therapist violated confidentiality by mentioning contents of the individual sessions within the discharge report. Another patient reported having been physically abused by their therapist but this was while role-playing. Nobody reported sexual abuse by their therapist. The results are shown in Table 3. Analyses further revealed that having experienced MUB was *positively associated* with having a higher education ($r_{\text{Spearman}}=.16$, $p=.04$), reporting the fear of negative change during inpatient treatment ($r_{\text{Spearman}}=.16$, $p=.04$), psychological strain from the mental illness ($r_{\text{Spearman}}=.20$, $p=.02$), experience with psychotherapy ($r_{\text{Spearman}}=.21$, $p=.01$), patients showing initiative to actively enter treatment ($r_{\text{Spearman}}=.18$, $p=.03$), and certain interpersonal difficulties: acting cold ($r_{\text{Spearman}}=.22$, $p=.01$) and being socially avoidant ($r_{\text{Spearman}}=.26$, $p=.00$). Furthermore, experiencing an MUB was *negatively associated* with the quality of the therapeutic relationship during previous therapy ($r_{\text{Spearman}}=-.17$, $p=.04$), quality of the therapeutic relationship during ongoing therapy ($r_{\text{Spearman}}=-.35$, $p=.00$), therapeutic success with ongoing therapy ($r_{\text{Spearman}}=-.43$, $p=.00$), overall therapeutic alliance with their current psychotherapist ($r_{\text{Spearman}}=-.38$, $p=.00$), patients’ hope that treatment will improve their personal well-being ($r_{\text{Spearman}}=-.28$, $p=.00$), and patients’ hope that the treatment will be helpful ($r_{\text{Spearman}}=-.19$, $p=.02$). None of the other variables demonstrated any significant correlations.

Predictors of negative effects in two inpatient settings. Logistic regression analysis was performed to assess the impact of significant correlates on the likelihood that respondents would report an NEP

during their inpatient treatment. The model contained 13 independent variables entered simultaneously in one step. The full model containing all predictors was statistically significant, $\chi^2=32.32$, $p=.00$, indicating that it distinguished between patients who reported and did not report experiencing at least one NEP during their psychotherapy. The model as a whole explained between 25.9% (Cox and Snell R^2) and 34.9% (Nagelkerke R^2) of the variance in reporting an NEP after inpatient treatment, and correctly classified 74.1% of cases. As shown in Table 5, three variables made a unique statistical contribution to the model, namely younger age ($OR .94$, $p=.03$, 95% CI :.89-.99), patients' fear of changing for the worse during psychotherapy ($OR 1.88$, $p=.04$, 95% CI :1.03-3.41), and having experience with psychotherapy ($OR 3.87$, $p=.00$, 95% CI :1.55-9.68) predicted higher odds of having experienced an NEP 9 months after the end of inpatient treatment.

Predictors of malpractice/unethical behavior in two inpatient settings. Logistic regression was performed to assess the impact of significant correlates on the likelihood that respondents would report a MUB during their inpatient psychotherapy. The model contained 13 independent variables entered simultaneously in one step. The full model was statistically significant, $\chi^2=43.23$, $p=.00$ indicating that it distinguished between patients who reported and did not report experiencing at least one MUB. The model as a whole explained between 33.0% (Cox and Snell R^2) and 46.6% (Nagelkerke R^2) of the variance in reporting a MUB, correctly classifying 82.4% of cases. As shown in Table 5, two variables made a unique statistical contribution to the model. First, a positive therapeutic alliance (subscale 'therapeutic success'; $OR .12$, $p=.01$, 95% CI : .02-.64) reduced the odds of experiencing an MUB for patients. Second, patients who show initiative to actively enter treatment ($OR 2.05$, $p=.02$, 95% CI : 1.11 – 3.77) have a higher risk of reporting a MUB in conjunction with their treatment.

Discussion

Overview. This study systematically analyzed NEP and MUB from the patients' perspective in different therapeutic settings. As expected, NEP and MUB were reported in conjunction with both outpatient and inpatient psychotherapy. Insurance problems and symptom deterioration were the most commonly

reported NEP in each study group. According to predictor analyses, NEP from outpatient therapy are more frequent in patients with prior psychotherapeutic experience and in those who harbor no distinct treatment expectations as opposed to having such expectations. In the inpatient group, patients who had previous experience with psychotherapy, younger patients and those afraid that treatment would change them for the worse were significantly more likely to report an NEP. For MUB, patients in both settings most commonly reported that they were hurt by what the therapist had said to them and that they had been forced to do things they did not want to do (e.g. role plays or confrontations). No sexual or physical abuse by a therapist was reported. Predictor analyses regarding outpatient therapy revealed that younger patients are more likely to report MUB. For the inpatient group, a good therapeutic alliance significantly reduced the risks of experiencing MUB, whereas patients who showed initiative to actively enter into treatment were more likely to report MUB during their inpatient treatment. Importantly, in addition to the negative effects (with incidence rates ranging up to 8% in the outpatient group and up to 30% in the inpatient group), positive effects from psychotherapy were reported by the majority of patients in both groups.

Negative effects of psychotherapy and malpractice/unethical behavior in different therapeutic settings. The prevalence of NEP reported in our studies are somewhat higher than in comparable studies investigating only therapeutic failure (Lambert & Ogles, 2004). Overall, outpatients reported significantly fewer NEP and MUB than patients treated in an inpatient setting, a finding also revealed in an earlier investigation (Ladwig et al., 2014). These differences might be due to the duration of treatment or a positive recall bias once treatment had finished. While the short-term deterioration of symptoms is not uncommon during psychotherapeutic treatment, such deterioration cannot always be addressed as effectively in the stationary setting due to the treatment's limited duration. Also, the perceived quality of life events such as psychotherapy is known to be unstable and subject to certain fluctuations (Moritz et al., 2015). On average, outpatients were questioned 3.8 years after the end of treatment and their perception could therefore have shifted towards a positive bias. This bias is also

apparent in our inpatient group, although it proves to be much smaller (on average fewer NEP and MUB are reported at the 9-month follow-up than at the discharge). Additionally, the answering scale for the INEP was adjusted for the inpatient investigation to make the instrument more sensitive.

Descriptive findings indicate that the outpatient group in our study cohort experience NEP mostly in regards to trouble with insurance and fears concerning stigmatization through others, whereas inpatients more commonly report NEP regarding their emotional well-being. MUB are reported within the therapeutic alliance in both settings, but the inpatients reveal a higher incidence. This might partly be influenced by the quality of the therapeutic alliance. Inpatients spend much less time with their therapists than do outpatients, making a positive, strong therapeutic relationship less likely and therefore potentially resulting in troublesome relationships, making the patient more likely to experience NEP and MUB. Moreover, inpatients are not usually able to choose their therapist or change to another when desired. Yet choice might exert a crucial impact on experiencing NEP and MUB. Bartley and colleagues demonstrated that if there is a choice between two treatments, patients report significantly fewer side effects and placebo effects are higher than is the case with patients whose medication was chosen for them (2002). This phenomenon could apply to inpatient settings also. Future studies will need to address the mediating role of shared factors such as therapeutic alliance or choice of therapist, on NEP and MUB alike.

Predictors of negative effects of psychotherapy and malpractice and unethical behavior. To our knowledge, no study has systematically analyzed possible predictors of NEP or MUB that make their occurrence more or less likely. In the present study we identified two common factors in psychotherapy and one socio-demographic variable that facilitate the occurrence of NEP. First, patients' negative or inappropriate expectations before and during treatment can result in experiencing an NEP thereafter. For outpatients, having treatment-specific expectations lowers the probability of experiencing NEP than does having no expectations at all. While we could not replicate these effects in our inpatient group, other expectation-related measures made a significant contribution predicting the occurrence of NEP.

Here, inpatients fearing that psychotherapy will change them for the worse, who initiate or actively seek treatment, and who have had experience with and knowledge about psychotherapy report more NEP and MUB in conjunction with their psychotherapy. Previous studies have consistently demonstrated that positive treatment expectations influence therapeutic outcome positively (Greenberg, Constantino, & Bruce, 2006), and the present findings suggest that this might also apply to negative expectations and NEP. Second, being older reduced the odds of experiencing NEP for inpatients and the occurrence of MUB for outpatients. From a cognitive-psychology perspective, better emotion regulation associated with older age can be attributed to both motivational factors and cognitive control mechanisms that reinforce positive information and weaken negative input (Moritz et al., 2015). It seems obvious that the findings we describe can be transferred to the experience of NEP and MUB. Third, a good therapeutic alliance seems to function as protecting factor against MUB, but not NEP. Whether this observation indicates that certain NEP are inherently part of the therapeutic process should be investigated in subsequent studies. Finally, our results within the outpatient group demonstrate that previous experience with psychotherapy increases the number of NEP in patients' ongoing psychotherapy, but we do not know whether this past psychotherapy was a negative or positive experience for patients. Over 90% of our inpatient group had already undergone psychotherapy, suppressing a potential effect during the analysis. However, we detected a significant correlation with NEP in their previous psychotherapy. These two findings together imply that patients had already had negative experiences during previous psychotherapy that might result in negative expectations regarding future treatments and thus influence the therapeutic experience we investigated in this study. This might thus be related to the negative and troublesome expectations already discussed. Generally speaking, the reasons for the correlations mentioned above are certainly diverse, and can only be speculated upon here.

Limitations. This report provides some preliminary guidance for the nature and development of NEP and MUB and therefore delivers important implications for future patients, therapists, and therapists training. Nevertheless, our study has some limitations. First, although our report only considers patients'

perspectives on NEP and MUB, one could argue that those experiences might not always correspond with the actual events that took place during the treatment; as such subjective experiences influence patients' well-being and their opinion of psychotherapy. Future investigations will have to address therapists' perspectives and compare the assessments of NEP and MUB by both patients and therapists. Haupt and Linden (2011) developed an instrument for this purpose that detects unexpected effects during psychotherapy from the therapists' perspective and may prove to be a useful addition to the instrument used in this report. Second, comparisons between our two study groups were hampered to some extent. Group sizes, the answering scales for the INEP and time of assessment differ. In order to know whether our findings can be generalized, replications will be needed in additional natural populations (outpatient and inpatient settings alike). Thirdly, our questionnaire does not assess NEP and MUB over time. It is very likely that some effects initially represent a stressor for the patient and are therefore perceived as negative. This interpretation could change over time and be perceived as a positive change at a later date by patients. We investigated this shift within a qualitative study and established that that does in fact occur.

Clinical implications and future directions. Our findings suggest that NEP occur naturally during psychotherapy and should therefore be given particular consideration in any treatment. Both therapists and those in training need to be aware of them and strive to reduce such effects to a minimum by applying techniques that trigger the fewest NEP. In addition, potential NEP and MUB need to be brought up during thorough discussions at the beginning of treatment to enable shared decision-making between therapist and patient, thereby promoting patient autonomy and fulfilling ethical and legal norms, while giving patients time to assess the benefit-cost-ratio when deciding on a given treatment. Additionally, any negative expectations, fears, and negative past experiences on the patient's part can be addressed early on, thus helping to de-stigmatize the experience and help patients to regard some NEP as being normal, especially as our study data suggest that patients with prior psychotherapy experience are more likely to report NEP and MUB. Moreover, patients and therapists can be enabled

to identify NEP and even MUB early on so that they can be dealt with right away. Our findings on NEP and MUB in both outpatient and inpatient settings are a valuable source of information for informed consent to take place.

Conclusion. A common opinion among psychotherapists is that - unlike other (especially medical) interventions – psychotherapy has no negative effects when properly carried out. However, the present study demonstrates that psychotherapy can indeed produce negative effects. Even if some (but by no means all) negative effects can be considered an inherent part of the therapeutic process and perhaps even necessary, it is still our duty as practitioners and researchers to reduce these effects to a minimum. We need to better understand how and under what circumstances patients report negative effects in order to develop strategies to deal with them accordingly. Licensed therapists and those in training alike need to be sensitized to this topic to address negative effects early on and be able to provide patients with adequate information.

Literature

- Barlow, D. H. (2010). Negative Effects From Psychological Treatments. *American Psychologist*, 65(1), 13-20.
- Bassler, M., Potratz, B., & Krauthauser, H. (1995). Der Helping Alliance Questionnaire"(HAQ) von Luborsky. Möglichkeiten zur Evaluation des therapeutischen Prozesses von stationärer Psychotherapie [The "Helping Alliance Questionnaire" (HAQ) by Luborsky]. *Psychotherapeut*, 40(1), 23-32.
- Bergin, A. E. (1966). Some implications of psychotherapy research for therapeutic practice. *Journal of Abnormal Psychology*, 71(4), 235-246.
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side effects of psychotherapy. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 43(9), 787-794.
- Borkovec, T. D., Newman, M. G., Pincus, A. L., & Lytle, R. (2002). A component analysis of cognitive-behavioral therapy for generalized anxiety disorder and the role of interpersonal problems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(2), 288-298. doi: 10.1037/0022-006X.70.2.288
- Bundesamt, Statistisches. (2012). Gesundheit - Grunddaten der Krankenhäuser (Vol. Fachserie 12 Reihe 6.1.1). Wiesbaden.
- Castonguay, L. G., Constantino, M. J., & Holtforth, M. G. (2006). The working alliance: Where are we and where should we go? *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 43(3), 271-279. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.43.3.271>
- Constantino, M. J., Arnkoff, D. B., Glass, C. R., Ametrano, R. M., & Smith, J. Z. (2011). Expectations. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 184-192. doi: 10.1002/jclp.20754
- Davies-Osterkamp, S., Strauss, B., & Schmitz, N. (1996). Interpersonal Problems as Predictors of Symptom Related Treatment Outcome in Longterm Psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 6, 164-176.

- Foa, E. B., & Emmelkamp, P. M. G. (1983). *Failures in Behaviour Therapy*. New York: Wiley.
- Goldsmith, L. P., Lewis, S. W., Dunn, G., & Bentall, R. P. (2015). Psychological treatments for early psychosis can be beneficial or harmful, depending on the therapeutic alliance: An instrumental variable analysis. *Psychological Medicine*, 45(11), 2365-2373. doi: 10.1017/S003329171500032X
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen Hogrefe
- Greenberg, R. P., Constantino, M. J., & Bruce, N. (2006). Are patient expectations still relevant for psychotherapy process and outcome? *Clinical Psychology Review*, 26(6), 657-678. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cpr.2005.03.002>
- Hadley, S. W., & Strupp, H. H. (1976). Contemporary Views of Negative Effects in Psychotherapy: An Integrated Account. *Arch Gen Psychiatry*, 33(11), 1291-1302. doi: 10.1001/archpsyc.1976.01770110019001
- Haupt, M., & Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie - Das ECRS-ATR-Schema [Side effects and side effect documentation in psychotherapy - The ECRS-ATR-Schema]. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 13(2), 9-27.
- Horowitz, L. M., Strauß, B., & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - Deutsche Version (2. überarbeitete und neunormierte Auflage)*. Göttingen: Beltz-Test.
- Jacobi, F., Uhlmann, S., & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen Hochschulambulanz [How frequent is negative outcome in outpatient psychotherapy? Results from a CBT outpatient clinic]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 246-256.
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). What Are the Risks and Side Effects of Psychotherapy? – Development of an Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP). *Verhaltenstherapie*, 24(4), 252-263. doi: 10.1159/000367928

- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (submitted for publication). Negative effects of psychotherapy in outpatient and inpatient facilities. . *Journal of Consulting and Clinical Psychology*.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (5 ed., pp. 139-193). New York: Wiley & Sons.
- Margraf, J. (2009). Risiken und Nebenwirkungen [Risks and Side Effects]. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (pp. 277-296-296): Springer Berlin Heidelberg.
- Margraf, J., & Scholten, S. (in prep.). Risiken und Nebenwirkungen [Risks and Side Effects]. In J. Margraf & S. Schneider (Eds.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Berlin Heidelberg: Springer.
- Martin, D. J., Garske, J. P., & Davis, M. K. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of consulting and clinical psychology*, 68(3), 438-450.
- Mohr, D. C. (1995). Negative Outcome in Psychotherapy: A Critical Review. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 2(1), 1-27. doi: 10.1111/j.1468-2850.1995.tb00022.x
- Moritz, S., Fieker, M., Hottenrott, B., Seeralan, T., Cludius, B., Kolbeck, K., & Nestoriuc, Y. (2015). No pain, no gain? Adverse effects of psychotherapy in obsessive-compulsive disorder and its relationship to treatment gains. *Journal of Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 61-66. doi: 10.1016/j.jocrd.2015.02.002
- Nestoriuc, Y., Ladwig, I., & Rief, W. (2011). Nebenwirkungen von Psychotherapien: Ergebnisse einer Online Studie zu Prävalenzen und Korrelaten. *Verhaltenstherapie*, 21 (Suppl. 1), 38.
- Nestoriuc, Y., & Rief, W. (2013). Risiken und Nebenwirkungen von Verhaltenstherapie [Risks and Side Effects of Cognitive Behavioral Therapy]. In M. Linden & B. Strauß (Eds.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (pp. 59-74). Berlin: MWV.
- Nübling, R., Bär, T., Jeschke, K., Ochs, M., Sarubin, N., & Schmidt, J. (2014). Versorgung psychisch kranker Erwachsener in Deutschland. *Psychotherapeutenjournal*(4), 389-397.

- Nübling, R., Schulz, H., Schmidt, Jürgen, Koch, Uwe, & Wittmann, Werner W. . (2000). Fragebogen zur Psychotherapiemotivation (FPTM) – Testkonstruktion und Gütekriterien. In R. Nübling, F. A. Muthny & J. Bengel (Eds.), *Reha-Motivation und Behandlungserwartung* (Vol. 47). Bern: Huber.
- Schafer, J. L. (2000). NORM: Multiple imputation of incomplete multivariate data under a normal model (Version 2.03). Retrieved from <http://methodology.psu.edu>: University Park: The Methodology Center. Penn State.
- Schulte, D. (2005). Messung der Therapieerwartung und Therapieevaluation von Patienten (PATHEV) [Patient Questionnaire on Therapy Expectation and Evaluation (PATHEV)]. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 34(3), 176-187.
- Schulte, D. (2008). Patients' outcome expectancies and their impression of suitability as predictors of treatment outcome. *Psychotherapy Research*, 18(4), 481-494. doi: 10.1080/10503300801932505
- Schulte, D., & Eifert, G. H. (2002). What to do when manuals fail? The dual model of psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 9(3), 312-328. doi: <http://dx.doi.org/10.1093/clipsy/9.3.312>
- Schulz, H., Lang, K., Nübling, R., & Koch, U. (2003). Psychometrische Überprüfung einer Kurzform des Fragebogens zur Psychotherapiemotivation-FPTM-23 [Psychometric evaluation of the short form of the Psychotherapy Motivation Questionnaire – FPTM-23]. *Diagnostica*, 49(2), 83-93.
- Schulz, W. (1984). Analyse negativer Therapieeffekte und Probleme der Kontraindikation. In G. Jüttemann (Ed.), *Neue Aspekte klinisch-psychologischer Diagnostik* (pp. 149-168). Göttingen Hogrefe

Table 1. Literature search concerning negative effects of psychotherapy

| Search Term* | PsycINFO + Psyndex (1860-2016) | Medline (1946-2016) | Pubmed (1960-2016) |
|---------------------------------------|--------------------------------------|------------------------|-----------------------|
| negative side effects + psychotherapy | 11 | 2 | 2 |
| treatment failure + psychotherapy | 53 | 56 | 34 |
| therapeutic damage | 0 | 0 | 0 |
| negative effects + psychotherapy | 34 | 6 | 25 |
| unwanted effects + psychotherapy | 3 | 1 | 3 |
| harmful effects + psychotherapy | 9 | 2 | 5 |
| adverse effects + psychotherapy | 2 | 5 | 5 |
| adverse outcome + psychotherapy | 2 | 2 | 1 |
| negative outcome + psychotherapy | 14 | 1 | 6 |
| malpractice + psychotherapy | 30 | 14 | 12 |
| risk(s)+ psychotherapy | 7 | 16 | 6 |

Note. Literature search was conducted using English and German search terms and singular/plural until/in April 2016, “psychotherapy” includes “behavior therapy”; Conducted in collaboration with Margraf and Scholten (in prep.)

Table 2 Characteristics of study participants

| Variables ^a | Outpatient Clinic | Inpatient Clinic |
|---|--------------------------|-------------------------|
| | (N=182) | (N=118) |
| Gender (female) <i>n</i> (%) | 121 (66.5%) | 76 (64.4%) |
| Age | 44.0 (13.5); [23-77] | 48.1 (9.3); [20-64] |
| Marital status (partnered) <i>n</i> (%) | 127 (70,6%) ^b | 88 (74.6%) |
| Education (Primary) <i>n</i> (%) | 76 (42.5%) ^c | 77 (65.3%) |
| Secondary | 94 (52.5%) ^c | 22 (18.6%) |
| No Degree | 9 (5.0%) ^c | 19 (16.1%) |
| System of psychotherapy (cognitive-behavioral) <i>n</i> (%) | 182 (100%) | 93 (78.8%) |
| Psychodynamic | 0 (0%) | 25 (21.2%) |
| Treatment duration in sessions/days | 42.5 (19.7); [6-119] | 45.0 (15.9); [4-111] |
| Time since end of therapy in months | 46.1 (23.7); [7-115] | 9-month-catamnesis |
| Previous psychotherapeutic treatment <i>n</i> (%) | 103 (56.6%) | 108 (91.5%) |
| Application for disability pension <i>n</i> (%) | 23 (12.6%) | 22 (19.3%) ^c |
| On mental health medication <i>n</i> (%) | 85 (53.5%) ^d | 70 (60.9%) ^c |
| Principal diagnosis <i>n</i> (%) | | |
| Affective Disorders | 67 (36.8%) | 78 (66.1%) |
| Phobic Disorders | 60 (33.0%) | 18 (15.3%) |
| Somatoform Disorder | 37 (20.3%) | 9 (7.6%) |
| Eating Disorder | 10 (5.5%) | 11 (9.3%) |
| Others | 8 (4.4%) | 2 (1.7%) |
| Secondary Diagnosis of PD <i>n</i> (%) | 12 (6.6%) | 5 (4.2%) |
| Number of Diagnoses | 1.6 (.8); [1-5] | 1.8 (.9); [1-5] |
| Treatment specific expectations <i>n</i> (%) | | |

| | | |
|--|----------------------|-----------------------------------|
| cognitive behavioral therapy | 138 (75.8%) | 65 (60.2%) ^e |
| psychodynamic therapy | 26 (14.3%) | 25 (23.1%) ^e |
| none | 18 (9.9%) | 18 (16.7%) ^e |
| NEP – previous therapy – total score | - | 1.5 (1.8); [0-6] ^e |
| NEP – at discharge – total score | - | 1.9 (2.3); [0-11] |
| NEP – post therapy/9-month catamnesis – total score | .3 (.8); [0-7] | 1.5 (1.9); [0-9] |
| MUB – previous therapy – total score | - | 1.96 (2.5); [0-6] |
| MUB – at discharge – total score | - | 2.1 (2.7); [0-6] |
| MUB – post therapy/9-month catamnesis – total score | .1 (.3) [0-2] | .4 (.7); [0-4] |
| Therapeutic alliance – previous therapy- total score | - | 51.1 (14.9); [12-73] ^e |
| therapeutic relationship | - | 4.5 (1.4); [1-6] ^e |
| therapeutic success | - | 3.8 (1.3); [1-6] ^e |
| Therapeutic alliance – ongoing therapy – total score | 58.3 (12.5); [20-73] | 58.5 (14.1); [12-73] |
| therapeutic relationship | 5.0 (1.2); [1.2-6] | 5.0 (1.2); [1-6] |
| therapeutic success | 4.8 (1.1); [1-6] | 4.6 (1.3); [1-6] |
| Psychotherapy Motivation | | |
| Psychological strain | - | 2.4 (.7); [0-2.8] |
| Attention due to psychological symptoms | - | 1.5 (.8); [0-3] |
| Hope | - | 2.11 (.7); [0-3] |
| Denial about needing support | - | .5 (.6); [0-3] |
| Experience | - | 2.0 (1.0); [0-3] |
| Initiative | - | 2.0 (.7); [0-3] |
| Patients' outcome expectations | | |
| Hope of improvement | - | 2.7 (.8); [0-4.0] |
| Fear of change | - | 1.2 (.9); [0-4.0] |

| | | |
|---|------------------------|------------------------|
| Suitability | - | 2.7 (.7); [0.7-4.0] |
| Interpersonal functioning - total score | 11.0 (4.3); [1.1-20.9] | 12.7 (3.8); [2.8-21.3] |
| Domineering | 6.8 (4.0); [0-20] | 7.5 (4.7); [0-19] |
| Vindictive | 8.2 (4.8); [0-23] | 8.5 (4.6); [0-26] |
| Cold | 9.6 (6.0); [0-25] | 9.4 (5.4); [1-24] |
| Socially avoidant | 12.0 (6.9); [0-27] | 13.8 (6.1); [0-27] |
| Non-assertive | 14.4 (7.0); [0-32] | 17.4 (6.1); [2-31] |
| Exploitable | 13.5 (6.0); [0-29] | 16.3 (5.4); [4-32] |
| Overly nurturant | 14.5 (5.9); [1-27] | 17.9 (5.7); [4-30] |
| Intrusive | 9.4 (4.8); [1-23] | 10.7 (5.9); [0-26] |

Note. NEP=negative effects of psychotherapy, MUB=malpractice and unethical behavior, a=M (SD); [Range] if not otherwise specified;9 months b=2 missing values, c=3 missing values, d=4 missing values, e=10 missing values, because no prior psychotherapeutic treatment

Table 3. Frequency of negative effects in outpatient (on average four years after completion) and inpatient groups (9 months after completion) of former psychotherapy patients

| Negative effects (attributed to psychotherapy) | | Outpatients (N=182) | | | Inpatients (N=118) | | |
|--|---|---------------------------|--------------|----------|---------------------------|--------------|----------|
| | | n _{negative} (%) | M (SD) | Range | n _{negative} (%) | M (SD) | Range |
| | I feel worse. | 1 (0,5%) | .50 (.04) | [1 - -1] | 7 (5.9%) | 1.34 (1.43) | [3 - -3] |
| | Trusting others has become harder. | 1 (0,5%) | .26 (.03) | [1 - -1] | 9 (7.6%) | .48 (1.13) | [3 - -3] |
| | I am more troubled by my past. | 1 (0,5%) | .53 (.04) | [1 - -1] | 8 (6.8%) | .97 (1.37) | [3 - -3] |
| <i>intrapersonal</i> | Everybody has ups and downs. Since the end of my therapy, I have experienced | | | | | | |
| <i>changes</i> | more downs. | 6 (3,3 %) | -.03 (.01) | [0 - -1] | 35 (29.7%) | -.62 (1.08) | [0 - -3] |
| | Since the end of my therapy, I have changed for the worse. | 4 (2,2%) | -.02 (.01) | [0 - -1] | 13 (11.0%) | -.18 (.55) | [0 - -3] |
| | During treatment or since the end of my therapy, I suffered from suicidal thoughts or | | | | | | |
| | intentions for the first time ever. | 2 (1,1%) | -0.01 (0.01) | [0 - -1] | 9 (7.6%) | -0.13 (0.50) | [0 - -3] |
| | My partner and I have experienced more conflicts. | 6 (3,3 %) | .13 (.03) | [1 - -1] | 8 (6.8%) | .40 (1.19) | [3 - -3] |
| <i>family and</i> | The relationship with my family has worsened. | 2 (1,1%) | .30 (.04) | [1 - -1] | 4 (3.4%) | .72 (1.21) | [3 - -3] |
| <i>friends</i> | Relationships with my friends have worsened. | 1 (0,5%) | .24 (.03) | [1 - -1] | 6 (5.1%) | .63 (1.17) | [3 - -2] |
| | My partner is or has been jealous of my therapist. | 4 (2,2%) | -.02 (.01) | [0 - -1] | 8 (6.8%) | -.09 (.34) | [0 - -2] |

| | | | | | | | |
|--|--|-----------|-------------|----------|------------|-------------|----------|
| <i>stigmatization</i> | I am worried that my colleagues or friends might find out about my psychotherapy. | 7 (3,8%) | -0.04 (.01) | [0 - -1] | 8 (6.8%) | -0.12 (.51) | [0 - -3] |
| <i>and financial</i> | I have had trouble finding insurance or am worried about applying for new insurance. | 15 (8,2%) | -0.08 (.02) | [0 - -1] | 12 (1.2%) | -0.20 (.66) | [0 - -3] |
| <i>worries</i> | I have more financial worries than before. | 3 (1,6%) | -0.02 (.01) | [0 - -1] | 16 (13.6%) | -0.25 (.69) | [0 - -3] |
| <i>dependency</i> | I feel addicted to my therapist. | 1 (0,5%) | -0.01 (.01) | [0 - -1] | 21 (17.8%) | -0.25 (.60) | [0 - -3] |
| <i>on therapist</i> | I have troubles making important decisions without my therapist. | 4 (2,2%) | -0.02 (.01) | [0 - -1] | 13 (11.0%) | -0.20 (.60) | [0 - -3] |
| Overall frequency of negative effects (sumscore items 1 – 15) ^a | | - | .32 (.81) | [0 - 7] | - | 1.50 (1.94) | [0 - 9] |

Malpractice and unethical behavior by therapist

| | | | | | | | |
|---|--|----------|--------------|----------|------------|--------------|----------|
| | I was hurt by what the therapist said to me. | 7 (3,8%) | -0.04 (0.01) | [0 - -1] | 24 (20.3%) | -0.31 (0.70) | [0 - -3] |
| | I felt personally ridiculed by my therapist. | 2 (1,1%) | -0.01 (0.01) | [0 - -1] | 4 (3.4%) | -0.05 (0.29) | [0 - -2] |
| | I felt sexually molested by my therapist. | 0 (0%) | 0 (0) | [0] | 0 (0%) | 0 (0) | [0] |
| | My therapist attacked me physically. | 0 (0%) | 0 (0) | [0] | 1 (0.8%) | -0.01 (0.09) | [0 - -1] |
| | My therapist forced me to do things I did not want to do (e.g., confrontations). | 7 (3,8%) | -0.04 (0.01) | [0 - -1] | 17 (14.4%) | -0.24 (0.65) | [0 - -3] |
| | My therapist violated confidentiality. | 0 (0%) | 0 (0) | [0] | 1 (.8%) | -0.03 (.28) | [0 - -3] |
| Overall frequency of malpractice and unethical behavior (sumscore items 16 – 21) ^b | | - | .09 (.34) | [0 - 2] | - | .40 (.73) | [0 - 4] |

Note: Most frequent items are highlighted in gray, a=significant difference between groups $t(298)=-7.31, p=.00$, b=significant difference between groups $t(298)=-$

4.98, $p=.00$

Table 4. Summary of logistic regression analysis of demographics and clinical characteristics predicting negative effects of outpatient psychotherapy and inpatient psychotherapy at 9-month follow up

| Predictors at baseline | B | S.E. | p | Odds Ratio | 95% C.I. |
|---|--------------|-------------|-------------|-------------|--------------------|
| <u>Outpatient sample (n=182)</u> | | | | | |
| Previous psychotherapy (Yes=1/No=0) | 0.94 | 0.41 | 0.02 | 2.55 | 1.13 – 5.72 |
| Cognitive behavioral treatment expectation vs. none | -1.34 | 0.54 | 0.01 | 0.26 | .09 – .75 |
| Psychodynamic treatment expectation vs. none | -1.59 | 0.74 | 0.03 | 0.21 | .05 – .87 |
| <u>Inpatient group (n=118)</u> | | | | | |
| Age | -0.06 | 0.03 | 0.03 | 0.94 | .89 - .99 |
| Negative effects of previous therapy | 0.17 | 0.52 | 0.75 | 1.19 | .42 - 3.29 |
| Negative effects of ongoing therapy reported at discharge | -1.03 | 0.53 | 0.05 | 0.36 | .12 - 1.01 |
| ‘Therapeutic relationship’ with previous therapist | -0.22 | 0.18 | 0.23 | 0.80 | .57 - 1.15 |
| ‘Therapeutic success’ in ongoing therapy | -0.53 | 0.65 | 0.41 | 0.59 | .16 - 2.09 |
| Overall ‘therapeutic alliance’ in ongoing therapy | 0.06 | 0.06 | 0.36 | 1.06 | .94 - 1.19 |
| ‘Fear of change’ for the worse through psychotherapy | -0.63 | 0.3 | 0.04 | 1.88 | 1.03 – 3.41 |
| High ‘psychological strain’ | -0.34 | 0.43 | 0.43 | 1.4 | .61 – 3.23 |
| ‘Attention due to psychological symptoms’ | -0.2 | 0.39 | 0.61 | 1.22 | .56 – 2.64 |
| ‘Experience’ with psychotherapy | -1.36 | 0.47 | 0 | 3.87 | 1.55 – 9.68 |
| ‘Socially avoidant’ behavior | 0.04 | 0.05 | 0.41 | 1.04 | .95 - 1.15 |
| ‘Exploitable’ behavior | -0.01 | 0.07 | 0.85 | 0.99 | .86 - 1.14 |
| ‘Overly nurturant’ behavior | 0.01 | 0.07 | 0.9 | 1.01 | .87 - 1.17 |

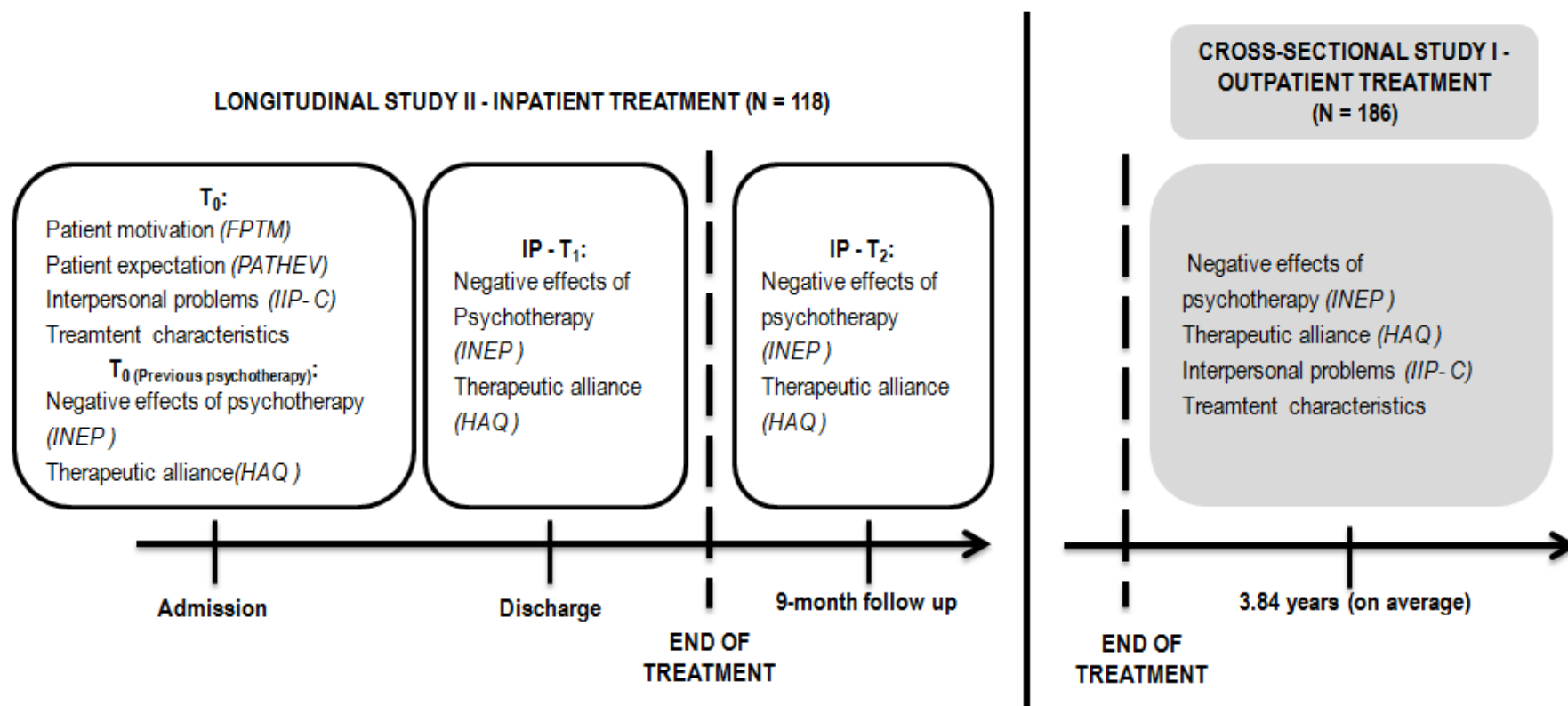
Note. Due to missing data, size of inpatient group dropped to n=108; Significant predictors are presented in bold letters

Table 5. Summary of logistic regression analysis of demographics and clinical characteristics predicting malpractice or unethical behavior of outpatient and inpatient psychotherapy at 9-month follow up

| Predictors at baseline | B | S.E. | p | Odds Ratio | 95% C.I. |
|--|--------------|------------|------------|-------------|--------------------|
| <u>Outpatient sample (n=182)</u> | | | | | |
| Degree | .29 | .66 | .67 | 1.33 | .36 - 4.91 |
| Age | -.07 | .03 | .02 | .93 | .88 - .99 |
| Overall 'therapeutic alliance' in ongoing therapy | -.37 | 1.29 | .78 | .69 | .05 - 8.69 |
| 'Therapeutic relationship' in ongoing therapy | .51 | 1.08 | .64 | 1.67 | .20 - 13.91 |
| 'Therapeutic success' in ongoing therapy | -.05 | .19 | .81 | .96 | .66 - 1.38 |
| <u>Inpatient group (n=118)</u> | | | | | |
| Degree | .17 | .53 | .74 | 1.19 | .42 - 3.36 |
| 'Therapeutic relationship' in previous therapy | .00 | .22 | 1.00 | 1.00 | .65 - 1.53 |
| 'Therapeutic relationship' in ongoing therapy ^a | -1.07 | .83 | .20 | .34 | .07 - 1.74 |
| 'Therapeutic success' in ongoing therapy ^a | -2.09 | .84 | .01 | .12 | .02 - .64 |
| Overall 'therapeutic alliance' in ongoing therapy ^a | -.21 | 1.08 | .84 | .81 | .10 - 6.70 |
| 'Hope' that treatment will improve personal well-being | -.31 | .46 | .50 | .73 | .30 - 1.81 |
| 'Fear of change' for the worse through psychotherapy | -.18 | .35 | .60 | .83 | .42 - 1.65 |
| High 'psychological strain' | .50 | .50 | .32 | 1.65 | .62 - 4.43 |
| 'Hope' that the treatment will be helpful | .40 | .59 | .50 | 1.49 | .47 - 4.75 |
| 'Initiative' to actively enter treatment | .72 | .31 | .02 | 2.05 | 1.11 - 3.77 |
| 'Experience' with psychotherapy | .99 | .52 | .06 | 2.68 | .97 - 7.45 |
| 'Cold' behavior | .05 | .07 | .50 | 1.05 | .92 - 1.19 |
| 'Socially avoidant' behavior | .08 | .06 | .19 | 1.08 | .96 - 1.22 |

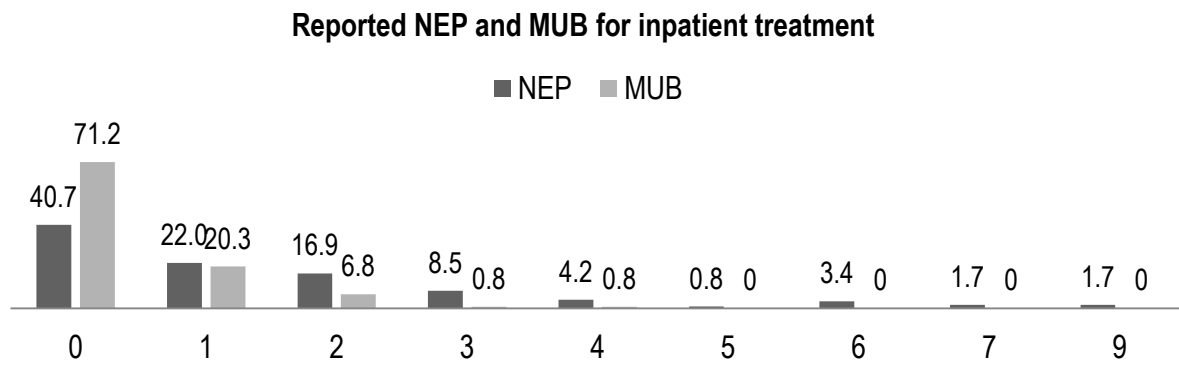
Note. Due to missing data, size of inpatient group dropped to n=108, Significant predictors are presented in bold letters, a=due to small sample size of inpatients reporting malpractice or unethical behavior, predictor variables were dichotomized using a median split

Figure 1 - Graphics showing study design for data collection in outpatient and inpatient groups



Note. *INEP*=Inventory for the assessment of negative effects of psychotherapy, *HAQ*=Helping Alliance Questionnaire, *QPM*=Questionnaire on Psychotherapy Motivation, *PATHEV*=Patients' Therapy Expectation and Evaluation, *IIP - C*=Inventory of interpersonal problems, *t0*=at the time of admission, *t1*=at the time of discharge, *t2*=catamnesis

Figure 2 - Graphics showing the overall number of negative effects and malpractice or unethical behavior for the inpatient group (n=118)



7.3 Studie III

Ladwig, I., Rheker, J., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (under review). Patients' attributions regarding negative effects of psychotherapy: Qualitative interviews with an affected group. *Psychotherapy Research*.



This document is strictly CONFIDENTIAL.

Patients' attributions regarding negative effects of psychotherapy

| | |
|------------------|--|
| Journal: | <i>Psychotherapy Research</i> |
| Manuscript ID | Draft |
| Manuscript Type: | Empirical Manuscript |
| Keywords: | Outcome Research, Process Research, Qualitative Research Methods, Psychoanalytic/Psychodynamic Therapy, Cognitive Behavior Therapy, Alliance |
| Keywords (user): | negative treatment effects, side effects |
| | |

SCHOLARONE™
Manuscripts

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

**Patients' attributions regarding negative effects of psychotherapy:
Qualitative interviews with an affected group**

For Peer Review Only

Word Count: 6832

Abstract

Objective: The current study aimed at identifying negative effects of psychotherapy and their origins through patient interviews. Method: Twenty-four former psychotherapy patients who had experienced negative treatment effects were interviewed. Recordings were transliterated and analysed by means of qualitative content analysis. Categories for underlying similar topics were developed, quantitatively analysed by means of frequency analysis, and incorporated in two systems of categories: one for areas of negative effects and one for the perceived origins of negative effects. Results: Altogether, we identified 127 negative effects grouped into 15 categories representing different areas of patients' lives. The origins patients reported for these effects could be allocated to four main categories with different subcategories. Of the four main categories, *reasons for negative effects of an appropriate therapy* was most frequently used (43.8%), followed by *problems in the therapeutic relationship* (25.4%), *reasons for negative effects due to unprofessionally performed therapy* (19.4%), and *malpractice and unethical behaviour* (11.4%). Conclusions: Negative effects of psychotherapy affect different areas of patients' lives. They occur after therapeutic misconduct but also after *lege artis* therapies. It is necessary to determine which negative effects can be avoided and which must be considered an inherent part of the treatment process.

Keywords: Psychotherapy research, negative treatment effects, adverse effects, side effects, unethical therapist behaviour, therapeutic malpractice

Introduction

Negative effects of psychotherapy have long been overlooked within effectiveness research and have only recently been addressed in empirical studies (Haupt & Linden, 2011; Ladwig, Rief, & Nestoriuc, 2014; Lambert & Ogles, 2004). They occur in different areas of patients' lives (Ladwig et al., 2014) and therapists often assume that negative effects are part of successful treatment ("no pain, no gain"). This point of view was refuted by a recent study, demonstrating that adverse effects of psychotherapy lead to less successful therapies in patients suffering from obsessive compulsive disorder (Moritz et al., 2015). It reinforces the need to reduce negative effects to a minimum and therefore makes it essential that we better understand what kinds of negative effects occur and where they originate.

When it comes to negative experiences of psychotherapy, different phenomena are described and different terms are used, e.g., symptom deterioration (Bergin & Lambert, 1978), side effects (Hoffmann, Rudolf, & Strauß, 2008), therapeutic malpractice (Emmelkamp & Foa, 1983), and unwanted effects (Haupt & Linden, 2011). To avoid overlooking any effects patients experience, we refer in this study to a broad definition of negative effects (see also Ladwig et al., 2014).

Negative effects of psychotherapy (NEP) are changes in all areas of a patient's "well-being" that are perceived as negative and cause direct or indirect harm to the patient. These changes can occur during, immediately after, or sometime after the psychotherapeutic treatment. Patients view the cause of this negative effect in the treatment and not in other external influences. Additionally, if the therapy was conducted lege artis and that has been verified by the therapist and/or objective independent raters, NEP can be further classified as side effects of psychotherapy. Malpractice and unethical behavior (MUB) are

1
2
3 *associated with negative effects in the sense that they are perceived as negative*
4 *and cause direct or indirect harm to the patient. However, they are not*
5 *characteristics of lege artis psychotherapy.*
6
7
8

9
10 Little is known about the incidence and prevalence of NEP. The few existing empirical
11 studies state that 2 to 10% of patients report symptom deterioration or negative effects
12 during or after treatment (Crawford et al., 2016; Jacobi, Uhmann, & Hoyer, 2011;
13 Lambert & Ogles, 2004). In an online-based study (Ladwig et al., 2014), we
14 investigated NEP and MUB in all areas of patients' lives and discovered that almost all
15 former psychotherapy patients reported at least one NEP they attributed to treatment.
16
17 The most frequent NEP patients reported were in the field of intrapersonal changes
18 (e.g., things had not been going well for longer periods since the end of therapy) and in
19 the field of stigmatisation (e.g., patients had difficulty obtaining insurance). Our results
20 confirm that symptom deterioration is only one aspect of NEP, a finding consistent with
21 the aforementioned broad definition of NEP. Nevertheless, frequency alone cannot
22 provide insight into the origins of these effects and which aspects of the
23 psychotherapeutic treatment facilitate their occurrence. An approach that could
24 complement these initial, worthwhile studies on the frequency of NEP is qualitative
25 research (see for example Fossey, Harvey, McDermott, & Davidson, 2002). Its methods
26 provide a valuable source of information to gain deeper understanding of individual
27 patients' experiences, perceptions, and the mechanisms that result in NEP.
28
29

30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47 Various researchers have started identifying the origins of NEP and have tried to
48 categorise them. However, no clear distinction between the effects themselves and their
49 origins has been made, nor has a systematic assessment been carried out (Kaczmarek et
50 al., 2012; Lieberei & Linden, 2008). A system of categories clearly targeting the origins
51 of NEP and based on their clinical experience was proposed by Hoffmann, Rudolf, &
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 Strauß (2008). They propose four categories: the first refers to *lack of success or side*
4 *effects of an appropriate therapy*, meaning that the therapy was carried out according to
5 the guidelines but negative effects occurred anyway. The second category is *lack of*
6 *success or side effects due to unprofessionally performed therapy*, meaning that the
7 therapy's indication and technique were generally correct but the therapist had violated
8 therapeutic base variables. *Lack of fit („mismatching“)* between the personalities of the
9 *therapist and patient* is the third category in Hoffmann et al.'s system and refers to
10 cases in which the patient and therapist are both suitable for treatment but that the two
11 together do not combine well or "fit". In the last category, *damage due to unethical*
12 *therapist behaviour*, any of the therapist's behaviours are categorised that violate ethical
13 principles and hence lead to negative effects. This category is equal to MUB, as
14 proposed in the definition of NEP described above and indicates that MUB can lead to
15 NEP. In our study we refer to Hoffmann et al.'s classification since it attempts to
16 provide an all-encompassing system for the origins of NEP.

17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34 Nevertheless, as no evaluation of these origins has been conducted so far, we made it
35 the focus of this study. Most of the literature on NEP, and attempts to categorise them
36 are based on theoretical frameworks or case reports and personal experiences by
37 therapists or clinicians, but not by those affected, namely the patients (Berk & Parker,
38 2009; Hoffmann et al., 2008; Lieberei & Linden, 2008). Even when therapy outcomes
39 are evaluated from a patient's perspective, this is often done within pre-defined
40 categories using quantitative methods, e.g., via questionnaires or structured interviews
41 that leave no room to gather further information, and most clinical trials in
42 psychotherapy do not assess NEP at all. As mentioned previously, a qualitative
43 approach might overcome such problems and has already been successfully applied in
44 categorising negative effects of internet-based treatments (Rozental, Boettcher,
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 Andersson, Schmidt, & Carlbring, 2015). Thus, being based on patient interviews, in
4
5 this study we attempt to determine the specific factors patients hold responsible for the
6
7 development of NEP and whether these can be grouped into meaningful categories in
8
9 order to better understand how NEP might develop. We aimed to answer the following
10
11 questions:

12
13
14 (1) Which kind of NEP are reported by a sample of affected psychotherapeutic patients?

15
16 (2) What are the subjective origins to which patients attribute these NEP? (3) Can these
17
18 attributions be categorised according to the system proposed by Hoffmann et al.?
19

20 21 **Methods**

22
23 The reporting follows the COREQ-Checklist (Consolidated Criteria for Reporting
24
25 Qualitative Research; Tong, Sainsbury, & Craig, 2007).
26

27 28 **Participants**

29
30 We interviewed 24 former psychotherapy patients (18 women, 6 men) aged between 21
31
32 and 60 years ($M=39.9$, $SD=12.4$). Table 1 illustrates their socio-demographics. Most
33
34 were treated in an outpatient setting (58%). Therapy duration ranged from just a few
35
36 sessions to more than 300 sessions, and was completed on average 4.1 years ago ($SD =$
37
38 4.5, range: 3 months – 17 years). When asked about their therapist's approach, eight
39
40 patients named psychoanalysis, four reported having been in cognitive behavioural
41
42 therapy, another four reported having undergone a psychodynamic approach; three
43
44 patients named other therapeutic approaches ("body-oriented therapy", "integrative
45
46 therapy", "transactional analysis"). Five patients could not name their therapist's
47
48 approach.
49

50
51
52 - Enter Table 1 here -

53
54 Patients' reasons for seeking treatment ranged from general overload and stress to
55
56 actual psychological diagnoses (depression, PTSD, anxiety, eating disorders, etc.).
57
58

1
2
3 Table 2 provides an overview of all self-reported reasons for seeking psychological
4
5 treatment.
6

7
8 - Enter Table 2 here -
9

10 **recruitment.** Participants were recruited from a previous study's cohort
11 validating a new instrument online: the Inventory for Negative Effects of Psychotherapy
12 (INEP; Ladwig et al., 2014). The present study's inclusion criteria were the patients'
13 having experienced NEP, being cognitively fit, at least 18 years of age, and able to
14 understand and speak German. 109 participants provided informed consent to be re-
15 contacted for a follow-up study involving a telephone interview. Participants who had
16 reported at least two NEP (n = 95; 14 participants reported none or only one NEP and
17 were excluded from further analyses) were selected as potential participants and sent an
18 information sheet about the study as well as an informed consent form via email.
19 Patients interested in participating sent their phone number and the signed informed
20 consent in separate emails. Altogether, 33 individuals agreed to study participation (61
21 did not respond to the email invitation and one email address was incorrect) and
22 finished their interviews. Of the 33, five participants were part of training interviews
23 and four experienced negative effects that could not be clearly attributed to the
24 psychotherapeutic treatment and were hence excluded from data analysis. Ultimately,
25 24 participants were included in our data analysis. For having participated in the study,
26 patients were offered a gift certificate worth 5 Euros for an e-commerce company.
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46

47 **Interview Protocol**

48 The interview design was based on the INEP (Ladwig et al., 2014) and consisted of four
49 open and eight closed questions for each negative effect. Patients were asked to refer to
50 one psychotherapeutic experience only. In the beginning, participants were queried
51 about their previous psychotherapy (setting, theoretical background, time frame, etc.).
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 They were then asked about possible NEP in eleven set categories addressing areas of
4 life in which NEP might have occurred. These categories were developed based on the
5 INEP (Ladwig et al., 2014). In order not to overlook any areas of life in which NEP
6 might have occurred, participants were asked to openly name other areas and were then
7 interviewed about them. For every change they indicated, participants first had to report
8 whether the change was experienced as negative and where they think it originated.
9 Afterwards, they had to answer questions about the therapy in general. In case the
10 interview was overly emotional for the patients, they were able to stop the interview at
11 anytime and/or be put in contact with a trained psychotherapist (IL or YN). Patients
12 were interviewed only once.
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24

25 **Data Collection**

26
27 Interviews were conducted via the software “Skype” and recorded (with patients’
28 consent) with “Call Graph”. At the beginning of the interview, participants were again
29 informed about the procedure and could pose questions. The interview was conducted
30 according to a script by a female advanced clinical psychology master student. She
31 conducted five interviews as training in advance (under the supervision of IL and YN)
32 and had had no prior relationship with the patients. Interviews lasted between 41 and
33 153 minutes, and were carried out over a three-month period in the spring of 2012. The
34 mean duration of the interviews was one hour and eleven minutes (SD: 28 minutes). No
35 notes were taken during the interviews, however, important impressions were written
36 down after the end of each interview. After the end of data collection, participants were
37 offered a transcript of their interview.
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50

51 Ethical approval for this study was obtained from the local ethics committee,
52 Department of Psychology, Philipps-University Marburg, Germany.
53
54
55
56
57
58
59
60

Data Analysis

To examine which NEP patients experience and where and how they thought these NEP originated, qualitative data was collected and then analysed using Mayring's structuring qualitative content analysis (Mayring, 2010). Quantitative data (sociodemographic and clinical variables) were analysed statistically using SPSS Version 21 and Microsoft Excel Version 15.

transcription. The interviews were transliterated with "f4 plus" according to a guideline previously designed by our research team and based on guidelines according to Dresing and Pehl (2012). All interviews were transcribed by three graduate students in clinical psychology, one of them being the initial interviewer. Then, the entire research team compared and rechecked the transcripts to identify and correct potential inaccuracies. The research team consisted of three graduate students (two female and one male), one PhD candidate (IL, female), and one senior researcher (YN, PhD, female). The PhD candidate underwent special training to become a psychotherapist, the senior researcher is a licensed psychotherapist and experienced in patient care. Once this process was finished, the team agreed upon a transcript for each interview, which formed the basis for coding the material.

development of a system of categories concerning negative effects of psychotherapy and their origins from the patients' perspective. According to structuring qualitative content analyses as proposed by Mayring (Mayring, 2010) we analysed the qualitative material step by step, broke it down into content analytical units (sentences or just words) and then assigned those to categories and subcategories (coded) - common themes within the interviews. The goal was to filter out an underlying structure of the material and create a system of categories. Content analytical units were coded to previously-defined categories (empirically driven, deductive) or

1
2
3 newly-discovered categories (data-driven, inductive). To achieve this, guidelines for the
4 coding process had been formulated within a coding agenda including key examples,
5 with rules for coding in each separate category. If necessary, the system of categories
6 was re-examined and revised; this necessitated a reappraisal of the material. Revisions
7 of the system of categories or implementation of new categories underwent several
8 feedback loops within the research team. Disagreements were discussed and resolved by
9 consensus. All interviews were independently coded by each graduate student. The
10 interview transcripts were coded using MAXQDA 10 (VERBI Software Consult., n.d.).
11 Concerning NEP, eleven categories had been established in accordance with a
12 previously-generated questionnaire (see section “Interview Protocol”), and those formed
13 the basis for the coding agenda. Any additional NEP that failed to fit within the
14 established categories were assigned to inductively-developed categories and added to
15 the coding agenda. A NEP was determined according to the following definition: (1) a
16 change had to be experienced as negative by the participant and (2) this had to have
17 been found subjectively stressful either during or after treatment. After several analyses
18 and restructuring rounds, the coding system for NEP consisted of fifteen main
19 categories.

20
21 Regarding potential origins of NEP, a coding agenda was generated from the model by
22 Hoffmann and colleagues (2008). If attributions concerning the origins of NEP did not
23 fit within this agenda, the content of a category was adjusted and these modified
24 categories then incorporated within the coding agenda. After several analyses and
25 restructuring rounds within the research team, the coding system for the origins of NEP
26 revealed four modified main categories as compared to Hoffmann and colleagues (see
27 below for detailed description). Ongoing verbal and written exchanges among research
28 team members ensured validity as well as reliability. Furthermore, we calculated the

1
2
3 commonly used reliability index Cohen's kappa from all three raters' codings. We
4
5 achieved intercoder reliability of $\kappa = .73$, indicating good reliability for qualitative
6
7 projects. In addition, we analysed quantitative properties such as each category's base
8
9 rates.

11 Results

14 Occurrence and Categories of Negative Effects

16 All in all, 127 NEP were reported ranging from one to ten effects per patient, with a
17
18 mean of five NEP (SD = 2.3) per patient. The most frequently reported NEP
19
20 corresponded to the categories *therapeutic relationship* (k = 18), *existing symptoms* (k =
21
22 18), and *new symptoms* (k = 14), see also Table 3.

24 - Insert Table 3 -

26 NEP occurred in all eleven established categories (*existing symptoms*, *new symptoms*,
27
28 *problems in the therapeutic relationship*, *reduced ability to cope with stress*, *reduced*
29
30 *ability to relax*, *more conflicts in partnership*, *worse relationship with family*, *worse*
31
32 *relationship with friends*, *stigmatisation*, *dependence on therapist*, *dependence on*
33
34 *therapy*) as well as in several other areas, which were then analysed and subsumed in
35
36 four new categories by referring to the qualitative content analysis. These four new
37
38 categories were *negative change in personality*, *difficulty trusting others*, *fragile self-*
39
40 *concept*, and *lack of complacency* (see also Table 3). Figure 1 shows the number of NEP
41
42 per category.
43
44
45
46

47 - Enter Figure 1 here -

50 Patients' attributions regarding the origin of negative effects

51
52 Since it was possible to name more than one origin for each negative effect, the patients
53
54 reported 299 origins for the 127 NEP. We identified four main categories for these 299
55
56 attributions (see also Table 4). Within the main categories, 25 subcategories were
57
58
59
60

1
2
3 derived.

4
5 - Enter Table 4 here -
6

7 *Category 1: Reasons for negative effects of an appropriate therapy.* The first category
8 summarises origins for NEP from therapeutic treatments the patients regarded *lege*
9 *artis*. Each participant yielded at least one coding in this category; a total of 131 codings
10 were reported. We identified eight subcategories (see also table 4):
11
12
13
14

- 15
16 (1) *Characteristics of patients' environment* encodes origins that are not specific to
17 treatment like the health care system, family problems, and stigmatisation.
18
19 (2) Origins such as the psychological disorder, specific symptoms, patients' own
20 standards, and lack of cooperation on the part of the patient were coded as
21 *characteristics of the patient*.
22
23 (3) In the subcategory *characteristics of the therapeutic setting* origins such as the
24 therapist's gender, time spent in therapy, and required effort are summarised.
25
26 (4) Patients who reported being dependent on the therapy or who focused too
27 intensely on the therapy are allocated to *dependency on therapist or therapy*.
28
29 (5) *Not the right therapy/technique* means that patients found the theoretical
30 background or interventions unsuitable for solving their problems, as a citation
31 from one patient shows (patient ID in brackets):
32
33

34 "I trace it back to this classical psychoanalysis setting; [...] the
35 kind man just sitting behind me and not reassuring me [...]." (#017)
36
37

- 38 (6) The fact that new problems might become apparent during therapy is
39 summarised in the subcategory *therapy as a process that reveals and changes*
40 *things*. One patient for instance said:
41
42

43 "[...] for the first time, certain things stood out or became clear that
44 hadn't been [...] noticed before, [...]" (#014)
45
46
47
48
49
50
51
52
53

- 1
2
3 (7) In case the therapy was unsuccessful or symptoms deteriorated, this was
4 allocated to *lack of success and deterioration*:

5
6
7 “Yeah, because I couldn’t make any progress.” (#026)

- 8
9 (8) *Characteristics of the clinical setting* refers to features of the treatment facility,
10 i.e., when a patient’s request for a change of therapist is not granted.
11

12
13
14
15 *Category 2: Problems in the therapeutic relationship.* Originally Hoffmann and
16 colleagues postulated a category referred to as a „mismatch“ between the personalities
17 of the therapist and patient; however this category was identified as only one of eight
18 subcategories in our sample. Nineteen patients yielded 76 codes in the second category.
19

- 20
21
22 (1) *Lack of support* means that patients felt inadequately supported by their
23 therapist, for instance because their family had not been integrated in the
24 therapy, or because the therapist ended the therapy when the patient refused to
25 agree to pharmaceutical treatment.
26

- 27
28 (2) The subcategory *lack of empathy* describes therapists who misunderstood their
29 patients, who did not recognise or validate their problems, and who had failed to
30 respond empathetically to them.
31

- 32
33 (3) *Lack of acceptance/appreciation* refers to patients feeling unappreciated or
34 accepted as a person.
35

36
37
38 “And what bothered me a lot was that she only defined me by my
39 compulsions, [...] every behaviour was marked as compulsive,
40 [...] sometimes I got the impression that I wasn’t a person
41 anymore, but just OCD [...].” (#018)
42

- 43
44 (4) In the category *lack of fit* („mismatching“) *between the personalities of the*
45 *therapist and patient*, patients reported the characteristics or behaviours of the
46 therapist they disliked (e.g., “cocky”, “bullheaded”, “dominant”, “ignorant”).
47
48
49
50
51
52

1
2
3 (5) If the therapist seemed generally qualified but unable to cope with that particular
4 patient or the disorder's severity, this was categorised under *therapist seemed*
5 *unable to cope*.
6
7

8
9 (6) *Difficult hierarchy between therapist and patient* refers to the patient's feeling
10 inferior to the therapist due to real or perceived hierarchical differences.
11

12
13 (7) The category *lack of transparency* incorporates patients who felt the therapist
14 withheld important information:
15

16 "Because in my opinion, she didn't share insights, [...] that she'd
17 gained for herself, with me." (#026)
18

19
20 (8) *Therapist went too slow or too fast* means that the patient preferred a different
21 pace.
22

23 "And also the tempo, the speed. Mine [therapist – author's note]
24 was rather slow." (#026)
25
26

27
28
29
30
31
32
33 *Category 3: Reasons for negative effects due to unprofessionally performed therapy.* In
34 contrast to the first category, the third category refers to origins of NEP in the context of
35 "unprofessional" performed therapy. A total of 58 codings by 16 patients were made in
36 this category. We identified five subcategories.
37

38
39 (1) *Therapeutic error/s* refers to errors by the therapist within the therapeutic setting
40 and treatment, for example if important problems were not addressed during
41 treatment.
42

43 "I was in treatment because of panic and anxiety disorders [...].
44 And I would have preferred practical approaches, well, not just
45 sitting in the room, but actually going outdoors. At least have a
46 little exposure therapy [...]." (#027)
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 (2) Again, *characteristics of the clinical setting* was identified as one category.

4
5 However, in this context, perceived chaos in the clinic, busy treatment plans,
6
7 and lacking support by social workers were reported.

8
9 “Well, I would have preferred a different kind of collaboration.

10
11 With youth welfare services, social services, and advice on how to
12
13 take action against my husband’s behaviour.” (#025)

14
15
16 (3) In case patients were not informed about the process, setting, and contents of the
17
18 therapy, this was characterised as *inaccurate patient information*.

19
20 (4) *Therapist not qualified* refers to when patients regarded the therapist as
21
22 unqualified and when they believed the therapists lacked knowledge about
23
24 psychological phenomena or the appropriate training/schooling:

25
26
27 “It was just ignorance about this subject. I mean, I kept asking
28
29 myself, if you really don’t know how dissociations work, why
30
31 would you be pretending to treat it [...]. That was [...] a bit
32
33 confusing, for me as a patient.” (#029)

34
35
36 (5) *Wrong diagnosis* encodes incorrectly interpreted findings and patients who felt
37
38 they were given the wrong diagnosis.

39
40
41 “And I was given a few nice diagnoses there. For example,
42
43 Borderline [Personality Disorder – author’s note]. That was the
44
45 only institution that gave me that diagnosis. Well, everybody else I
46
47 had to deal with later just shook their head about it. [...]” (#023)

48
49
50 *Category 4: Malpractice and unethical behaviour.* Any therapeutic behaviour
51
52 considered improper and unethical is allocated to the fourth category in which four
53
54 subcategories were identified. Eleven patients made 34 codings in this category.

- 1
2
3 (1) If patients felt put down or humiliated by the therapists' comments or
4 behaviours, this was categorised as *perceived degradation/humiliation by the*
5 *therapist* when such degradation or humiliation occurred in conjunction with the
6 disorder, personal characteristics, or patients' achievements.
7
8

9
10
11 "Making little of my problems, or ironic comments, rather the
12 therapist satisfying their curiosity [...] instead of genuinely
13 responding to me [...] For example, every time [...] I wanted to
14 talk about my main topic I was interrupted at the start by cheeky
15 comments. That meant it was over for me." (#026)
16
17
18
19
20
21

- 22
23 (2) Under *misuse of power of the therapeutic position*, patients reported the abuse of
24 the therapeutic position, i.e., urging patients to take medication even though they
25 refused, or ordering their compulsory hospitalisation.
26
27
28

- 29
30 (3) *Sexual abuse* means that the patient felt sexually abused by their therapists in
31 any way.
32

33
34 Interviewer: "[You mentioned that your therapist– author's note]
35 tried to sexually abuse you by inviting you to go to the pool
36 together [...] did the acts happen there?"
37
38

39
40 Patient: "Yes. We were in the public pool and then in the back of
41 his practice, when we were suddenly alone."
42

43
44 Interviewer: "And this is where the abuse happened?"
45

46
47 Patient: "Mmh" (affirmative)
48

49
50 "He always said it was part of the therapy" (#024)
51

- 52 (4) *Profit-orientation at the patient's expense* was categorised when the therapist
53 was perceived as mainly wanting to profit financially from the treatment.
54
55
56
57
58
59
60

Discussion

This study is the first to systematically evaluate the types and origins of NEP with a mixed-methods design combining qualitative and quantitative analyses. By interviewing former psychotherapy patients, we found that NEP occurred in different areas of life grouped into 15 categories. Patients attributed these effects to different origins that could be classified in four main categories with several subcategories. Two of the main categories are consistent with those in Hoffmann et al.'s model (2008); whereas the other two had to be modified.

The fact that NEP occurred in 15 different categories underlines that they are a rather broad construct and go beyond therapeutic malpractice or worsening symptoms (e.g. Ladwig et al., 2014; Linden, 2013; Nestoriuc, 2015). Eleven of the 15 categories of NEP found in the current sample conformed to the categories of Ladwig et al. (2014). In addition, four new categories were developed, depicting *negative change in personality*, *difficulty trusting others*, *fragile self-concept*, and *lack of complacency*. *Negative change in personality* and *difficulty trusting others* are categories already postulated as revealing NEP (Hoffmann et al., 2008). *Fragile self-concept* and *lack of complacency* have been reported by patients who named depression or eating disorders as their reason for treatment. The related constructs low self-esteem and low self-worth are symptoms of depression (Dilling & Freyberger, 2014) and are very common among individuals with eating disorders (Fairburn, 2012). Hence, in our study, the NEP related to self-concept and complacency might also be closely associated with low self-esteem and thereby actually or at least partly encompass symptom deterioration.

The most frequently named origins for NEP stem from the category *reasons for negative effects of an appropriate therapy*. This category refers to *lege artis* therapies, where the patient perceived the treatment to be adequately carried out by the therapist.

1
2
3 The same applies to the category *problems in the therapeutic relationship*, associated
4 with the second highest number of reported origins; implying that NEP cannot be
5 attributed to the therapist or therapeutic mistakes per se but other factors outside the
6 therapeutic dyad are relevant as well. This phenomenon is observed even within the
7 category *reasons for negative effects due to unprofessionally performed therapy*. Here,
8 aside from the therapist's misconduct, patients also describe shortcomings in the general
9 context of the treatment facility. Especially in inpatient settings, the current health care
10 system demands speedy diagnoses and prompt treatment starts due to tight schedules,
11 which, in some cases, leave limited space for accurate diagnostics, health education,
12 shared decision-making, and a detailed planning for the right interventions. Hence,
13 therapy regarded as unprofessional might at least in part be attributable to societal
14 characteristics and are thereby difficult for therapists to prevent. It is therefore much
15 more important that therapists develop coping strategies for such circumstances with
16 their patients.
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32

33
34 About half of the patients reported NEP due to unprofessional and even unethical
35 behaviour by their therapist, referred to as MUB (see definition above). This is in line
36 with our assumption that MUB can actually lead to further NEP. The most frequent
37 complaints were that patients felt humiliated by their therapists or that their
38 psychotherapist misused his or her position of power. While it may seem superfluous to
39 emphasise that therapists adhere to basic ethical principles, our findings show that this
40 is not always the case among practising psychotherapists. However, there could be
41 differences in how these unprofessional behaviours between therapist and patient are
42 perceived. What is perceived as a deep violation of patients' trust might have been
43 intended as constructive criticism on the therapist's part – reflecting a deeply
44 dysfunctional relationship between the two. Further research needs to closely look at
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 these troublesome interactions between therapists and patients to better understand how
4 they develop and how they can be better handled by therapists and patients alike.

5
6
7 Comparing our categories to those of Hoffmann et al. (2008), we found that two
8 coincide - *reasons for negative effects due to unprofessionally performed therapy* and
9 *malpractice and unethical behaviour*. The category *reasons for negative effects of an*
10 *appropriate therapy* was broader than Hoffmann's original. Ours integrates origins
11 directly linked to the therapeutic dyad as well as external factors relating to society, the
12 health care system, and clinical setting. Likewise, our category *problems in the*
13 *therapeutic relationship* represents a broader version of Hoffmann's category *lack of fit*
14 *(„mismatching“) between the personalities of the therapist and patient*. The decision
15 for this was because the origins reported by our patients went beyond a perceived
16 mismatching between them and the therapist. In addition, it entails general disruptions
17 in the therapeutic relationship which might be due to the perceived absence of
18 therapeutic base variables such as empathy and support.
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33

34 Our findings suggest that there are multiple origins for the occurrence of NEP,
35 and that their development is quite complex and should therefore be given particular
36 consideration during the therapeutic process. The fact that they also occur within *lege*
37 *artis* therapies suggests that they are part of the psychotherapeutic treatment and are not
38 per se caused by therapeutic mistakes or MUB; a frequent assumption that may lead to
39 the fear of litigation and biased, overly cautious, or reluctant reactions to the topic of
40 NEP (Linden, 2013; Sachs, 1983). This new knowledge may be used to make it easier
41 to talk about NEP within the profession and sensitise professionals to these effects.
42 Hence, coping strategies can be developed together with the patient when or even
43 before NEP arise. Communicating the possibility of NEP may also help to destigmatise
44 the therapeutic experience and help patients and therapists to view such factors as
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

1
2
3 nothing unusual. Discussing potential NEP within treatment may enhance a patient's
4
5 experience of a collaborative health partnership with their therapist and shift their focus
6
7 towards managing these unwanted effects rather than avoiding them. Given how
8
9 sensitive the topic of NEP is, it would make sense for therapists to actively initiate
10
11 conversations regarding possible NEP rather than merely being receptive to patients'
12
13 questions or concerns.
14

15
16 Our results should be considered in light of the following limitations. First, while the
17
18 two category systems for NEP and their origins reveal promising validity within the
19
20 collected sample, more thorough validation in representative samples is warranted. We
21
22 specifically interviewed a sample of patients that experienced quite a number of NEP
23
24 during their psychotherapy. Due to self-serving bias, patients might be more likely to
25
26 attribute NEP to their therapists or other external factors rather than to factors
27
28 concerning themselves. In addition, the time between the end of the therapy and study
29
30 participation varied between patients, and memory biases cannot be ruled out. Second,
31
32 this study was based purely on the patients' perspectives. It would be interesting to
33
34 replicate such interviews in a therapist sample. Finally, we note that it was not always
35
36 possible to distinctly separate NEP and their perceived origins. Thus, a therapeutic
37
38 relationship perceived as suboptimal can either be the result of perceived MUB or cause
39
40 possible future NEP themselves. Distinguishing NEP and their origins can be
41
42 particularly difficult within the categories *problems in the therapeutic relationship* and
43
44 *malpractice and unethical behaviour*. While creating the coding agenda, we discussed
45
46 these cases thoroughly and decided on each case individually as to whether patients
47
48 were describing an origin or an effect.
49
50
51
52

53
54 The current study helps us better understand how and under what circumstances patients
55
56 experience NEP. Most importantly, we documented a significant number of NEP not
57
58
59
60

1
2
3 perceived to be caused by therapeutic malpractice or mistakes but that occurred during
4
5 therapies perceived as otherwise completely adequate. This supports the idea that some
6
7 NEP must be regarded as a natural, inherent part of the therapeutic process. Moreover,
8
9 some NEP could result from general shortcomings within the health care system.
10
11 Especially regarding those effects, coping strategies can be developed to help patients
12
13 handle them accordingly. Moreover, clinical trials in psychotherapy should be planned
14
15 to include the systematic assessment of NEP, to enable the benefit-cost ratios of
16
17 interventions to be adequately assessed. In light of the results, further steps can be
18
19 undertaken by practitioners and researchers to reduce the potential NEP to a minimum
20
21 and to raise awareness both within our profession and in patients and the public.
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

References

- Bergin, A. E., & Lambert, M. J. (1978). The evaluation of therapeutic outcomes. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Eds.), *Handbook of psychotherapy and behavior change: An empirical analysis* (pp. 139–189). New York: Wiley.
- Berk, M., & Parker, G. (2009). The elephant on the couch: side-effects of psychotherapy. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *43*(9), 787–94. <http://doi.org/10.1080/00048670903107559>
- Crawford, M. J., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., ... Parry, G. D. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *The British Journal of Psychiatry*, *208*(3), 260–265. <http://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162628>
- Dilling, H., & Freyberger, H. J. (Eds.). (2014). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen [Pocket guide to ICD-10 classification of mental and behavioural disorders]*. Bern: Huber.
- Dresing, T., & Pehl, T. (2012). *Praxisbuch Interview & Transkription: Regelsysteme und Anleitungen für qualitative ForscherInnen*. (T. Dresing & T. Pehl, Eds.) (2nd ed.). Marburg: Eigenverlag.
- Emmelkamp, P. M. G., & Foa, E. B. (1983). Failures are a challenge. In *Failures in behavior therapy* (pp. 1–9). New York : Wiley .
- Fairburn, C. G. (2012). *Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen [Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders]*. Stuttgart: Schattauer.
- Fossey, E., Harvey, C., McDermott, F., & Davidson, L. (2002). Understanding and evaluating qualitative research. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, *36*(6), 717–732. <http://doi.org/10.1046/j.1440-1614.2002.01100.x>
- Haupt, M., & Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie - Das ECRS-ATR-Schema. [Side effects and side effect documentation in psychotherapy - The ECRS-ATR-Schema]. *Psychotherapie Und Sozialwissenschaft*, *13*(2), 9–27.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G., & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie [Unwanted and damaging effects of

- 1
2
3 psychotherapy. An overview with a draft of a new model]. *Psychotherapeut*, 53(1),
4 4–16. <http://doi.org/10.1007/s00278-007-0578-2>
5
6
7 Jacobi, F., Uhlmann, S., & Hoyer, J. (2011). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in
8 der ambulanten psychotherapie? Ergebnisse aus einer verhaltenstherapeutischen
9 Hochschulambulanz [How frequent is negative outcome in outpatient
10 psychotherapy? Results from a CBT outpatient clinic]. *Zeitschrift Fur Klinische*
11 *Psychologie Und Psychotherapie*, 40(4), 246–256. [http://doi.org/10.1026/1616-](http://doi.org/10.1026/1616-3443/a000122)
12 [3443/a000122](http://doi.org/10.1026/1616-3443/a000122)
13
14
15
16
17 Kaczmarek, S., Passmann, K., Cappel, R., Hillebrand, V., Schleu, A., & Strauß, B.
18 (2012). Wenn Psychotherapie schadet... Systematik von Beschwerden über
19 psychotherapeutische Behandlungen [When psychotherapy causes harm...
20 Systematics of complaints on psychotherapeutic treatment]. *Psychotherapeut*,
21 57(5), 402–409. <http://doi.org/10.1007/s00278-012-0916-x>
22
23
24
25
26 Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). What Are the Risks and Side Effects of
27 Psychotherapy? – Development of an Inventory for the Assessment of Negative
28 Effects of Psychotherapy (INEP). *Verhaltenstherapie*, 24, 252–263.
29 <http://doi.org/10.1159/000367928>
30
31
32
33 Lambert, M. J., & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of
34 psychotherapy. In M. J. Lambert (Ed.), (5th ed., pp. 139–193). New York: Wiley
35 & Sons.
36
37
38
39 Lieberei, B., & Linden, M. (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und
40 Behandlungsfehler in der Psychotherapie [Adverse effects, side effects and
41 medical malpractice in psychotherapy]. *Zeitschrift Für Evidenz, Fortbildung Und*
42 *Qualität Im Gesundheitswesen*, 102(9), 558–562.
43 <http://doi.org/10.1016/j.zefq.2008.09.017>
44
45
46
47 Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from
48 unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology &*
49 *Psychotherapy*, 20(4), 286–296. <http://doi.org/10.1002/cpp.1765>
50
51
52
53 Mayring, P. (2010). *Qualitative Inhaltsanalyse: Grundlagen und Technik*. Weinheim:
54 Beltz.
55
56
57 Moritz, S., Fieker, M., Hottenrott, B., Seeralan, T., Cludius, B., Kolbeck, K., ...
58
59
60

- 1
2
3 Nestoriuc, Y. (2015). No pain, no gain? Adverse effects of psychotherapy in
4 obsessive-compulsive disorder and its relationship to treatment gains. *Journal of*
5 *Obsessive-Compulsive and Related Disorders*, 5, 61–66.
6 <http://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.02.002>
7
8
9
10 Nestoriuc, A. Y. (2015). Risiken und Nebenwirkungen psychotherapeutischer
11 Behandlung. *Psychotherapie Im Dialog*, (4), 36–39.
12
13
14 Rozental, A., Boettcher, J., Andersson, G., Schmidt, B., & Carlbring, P. (2015).
15 Negative Effects of Internet Interventions: A Qualitative Content Analysis of
16 Patients' Experiences with Treatments Delivered Online. *Cognitive Behaviour*
17 *Therapy*, 44(3), 223–236. <http://doi.org/10.1080/16506073.2015.1008033>
18
19
20
21 Sachs, J. S. (1983). Negative factors in brief psychotherapy: an empirical assessment.
22 *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(4), 557–564.
23 <http://doi.org/10.1037/0022-006X.51.4.557>
24
25
26
27 Tong, A., Sainsbury, P., & Craig, J. (2007). Consolidated criteria for reporting
28 qualitative research (COREQ): a 32- item checklist for interviews and focus
29 groups. *International Journal of Qualitative in Health Care*, 19(6), 349 –357.
30
31
32 VERBI Software Consult. (n.d.). MAXQDA - Software für qualitative Datenanalyse.
33 Berlin, Deutschland: Sozialforschung GmbH.
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

Table 1. Characteristics of study participants

| Variables | | n | % |
|-------------------------|-------------------------------|----------|----------|
| Gender | female | 18 | 75% |
| Age | 21-30 years | 8 | 33.3% |
| | 31-40 years | 3 | 12.5% |
| | 41-50 years | 8 | 33.3% |
| | 51-60 years | 5 | 20.9% |
| Marital status | single | 9 | 37.5% |
| | attached | 2 | 12.5% |
| | married | 9 | 37.5% |
| | divorced | 3 | 12.5% |
| Education | secondary general school | 1 | 4.2% |
| | intermediate secondary school | 7 | 29.2% |
| | A-level | 7 | 33.3% |
| | university degree | 7 | 33.3% |
| | | | |
| Occupation | unemployed | 1 | 4.2% |
| | employed | 12 | 50% |
| | pupil/student | 5 | 20.8% |
| | retired | 6 | 25% |
| Setting | outpatient | 14 | 58.3% |
| | inpatient | 10 | 41.7% |
| Therapy school | psychoanalysis | 8 | 33.3% |
| | behavioural therapy | 4 | 16.7% |
| | psychodynamic Therapy | 4 | 16.7% |
| | other | 3 | 12.5% |
| | "I don't know" | 5 | 20.8% |
| | | | |
| Therapy duration | 1-5 sessions | 2 | 8.3% |
| | 6-25 sessions | 4 | 16.7% |
| | 26-119 sessions | 11 | 45.8% |
| | 120-300 sessions | 5 | 20.9% |
| | >300 sessions | 2 | 8.3% |

Table 2. Self-reported reasons for seeking psychological treatment referred to in the interview

| Patient ID | "Why did you seek psychotherapy?" |
|------------|--|
| #006 | depression |
| #009 | depression, suicidal thoughts |
| #014 | depression, retraumatisation |
| #015 | depression, anxiety, abuse |
| #016 | depression, partnership and family problems |
| #021 | depression |
| #008 | general anxiety disorder |
| #004 | panic attacks |
| #010 | agoraphobia, compulsive acts, obsessional thoughts |
| #018 | agoraphobia, panic disorder |
| #002 | anxiety and panic disorder, PTSD, ongoing personality changes, dissociation, depersonalisation |
| #013 | PTSD |
| #017 | PTSD |
| #023 | PTSD, dissociative disorder |
| #001 | dissociative disorder |
| #003 | eating disorder |
| #005 | bulimia nervosa, self-harm |
| #011 | bulimia nervosa |
| #007 | obsessive compulsive disorder |
| #012 | multiple personality disorder, suicide attempt |
| #019 | alcohol dependence |
| #020 | chronic fatigue syndrom |
| #022 | chronic fatigue syndrom |
| #024 | general overload and stress |

Note. Reasons are clustered according to depression, anxiety disorders, PTSD, eating disorders, and others

Table 3. Examples for the most commonly reported and for the novel, inductively-derived categories of negative effects of psychotherapy

| | Negative effect | Example quotations |
|-----------------------------------|--|--|
| Most commonly reported categories | Problems in the therapeutic relationship | <p>“There was basically no support. We just made small talk [...] and after ten sessions there comes a point where things don’t get any better.” (#016)</p> <p>“Just antipathy, plain antipathy. I’d say I sensed a total lack of sympathy.” (#019)</p> <p>“The therapists have everything so firmly in control that you’re too afraid to say anything at all, otherwise you feel like you’ll be thrown out of the hospital.” (#029)</p> |
| | Existing symptoms | <p>“Well, it would have been nice, if my symptoms had changed, I mean if they had improved.” (#007)</p> <p>“It just did not do me any good. Because things just got worse for me.” (#009)</p> |
| | New symptoms | <p>“Certain composure, it’s like I lost almost all of it.” (#018)</p> <p>“All of a sudden I felt very dizzy.” (#022)</p> |
| Inductively created categories | Fragile self-concept | <p>“Yes, there was a time during the therapy when I was quite unstable, totally unstable and quite uncertain about myself as a person. Everything I pictured about myself went out the window. It was extremely destabilising at the time.” (#017)</p> |
| | Difficulty trusting others | <p>“I started to trust people a lot less. Now I’m less inclined to talk about my problems with others. Yes, generally you could say that I’ve become even more withdrawn.” (#027)</p> |
| | Lack of complacency | <p>Interviewer: “Was there a subject that was important to you but didn’t change during treatment?”</p> <p>Patient: “Yes, maybe some kind of inner peace. Something like that. More complacency. It’s not like that at all.” (#010)</p> |
| | Negative | <p>“I’ve always been very meticulous, fastidious and exact. And I was able to let that go. After the first therapy I started</p> |

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49

| | | |
|--|--------------------------|---|
| | change in personality | living in the moment and taking each day a time. But that just completely changed again with the last treatment. I lost that again.” (#018) |
|--|--------------------------|---|

Note. Patient ID in brackets

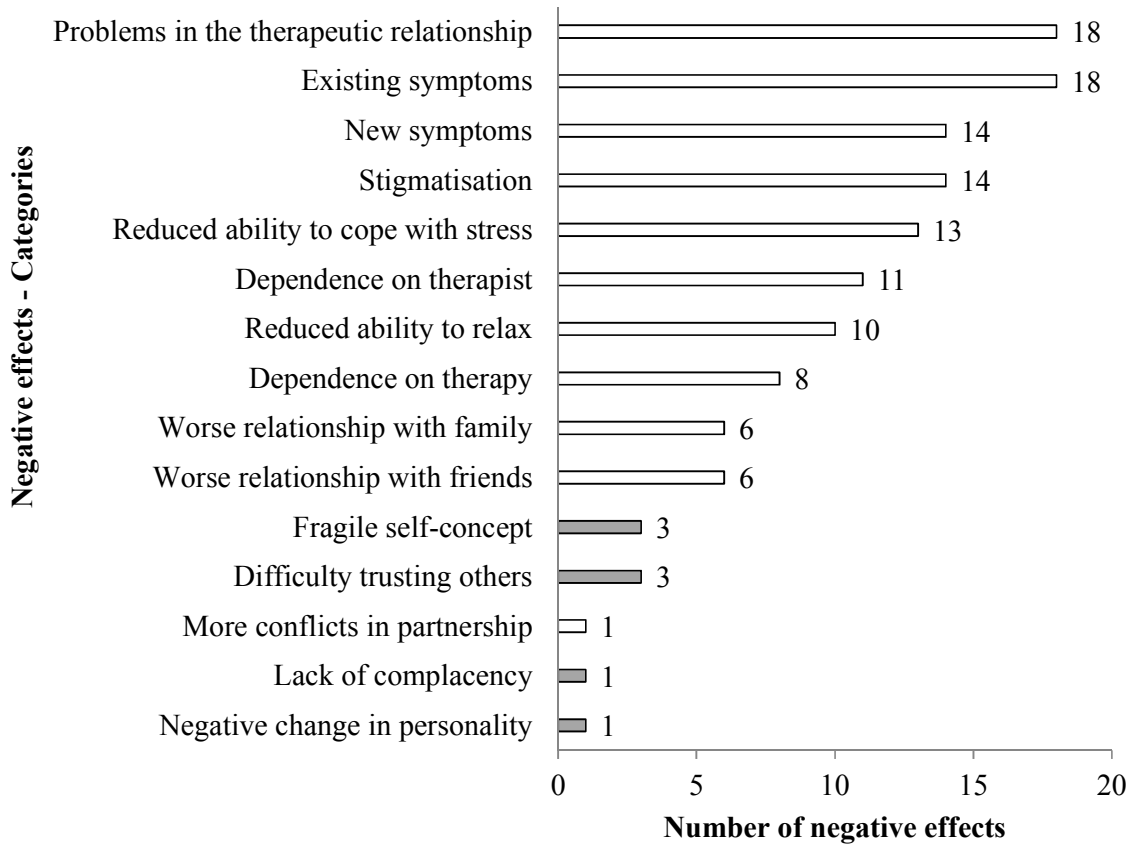
For Peer Review Only

Table 4. List of categories and subcategories for patients' attributions regarding the origins of perceived negative effects

| Category | k | n |
|--|------------|-----------|
| 1. Reasons for negative effects of an appropriate therapy | 131 | 24 |
| Characteristics of patients' environment | 37 | 21 |
| Characteristics of the patient | 32 | 17 |
| Characteristics of the therapeutic setting | 14 | 9 |
| Dependency on therapist or therapy | 12 | 8 |
| Not the right therapy/technique | 11 | 7 |
| Therapy as a process that reveals and changes things | 11 | 7 |
| Lack of success and deterioration | 8 | 7 |
| Characteristics of the clinical setting | 1 | 1 |
| 2. Problems in the therapeutic relationship | 76 | 19 |
| Lack of support | 19 | 13 |
| Lack of empathy | 15 | 9 |
| Lack of acceptance/appreciation | 13 | 11 |
| Lack of fit („mismatching“) between the personalities of the therapist and patient | 12 | 8 |
| Therapist seemed unable to cope | 8 | 7 |
| Difficult hierarchy between therapist and patient | 3 | 2 |
| Lack of transparency | 3 | 2 |
| Therapist was too slow or too fast | 3 | 2 |
| 3. Reasons for negative effects due to unprofessionally performed therapy | 58 | 16 |
| Therapeutic error/s | 24 | 11 |
| Characteristics of the clinical setting | 13 | 6 |
| Inaccurate patient information | 8 | 6 |
| Therapist not qualified | 7 | 5 |
| Wrong diagnosis | 5 | 4 |
| 4. Malpractice and unethical behaviour | 34 | 11 |
| Perceived degradation/humiliation by the therapist | 15 | 7 |
| Misuse of power of the therapeutic position | 15 | 7 |
| Sexual abuse | 3 | 1 |
| Profit-orientation at the patient's expense | 1 | 1 |

Notes. *k* = frequency of codings of each origin, *n* = number of patients who reported origin.

Figure 1. Categories for the 127 negative effects of psychotherapy reported within the sample - deductive (displayed in white) as well as inductive categories (displayed in grey) derived from the material are displayed



View Only

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31
32
33
34
35
36
37
38
39
40
41
42
43
44
45
46
47
48
49
50
51
52
53
54
55
56
57
58
59
60

8 PUBLIKATIONEN

PUBLIKATIONEN

- Artikel in Fachzeitschriften (Peer-Reviewed)
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014).** Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? – Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP) [What Are the Risks and Side Effects of Psychotherapy? – Development of an Inventory for the Assessment of Negative Effects of Psychotherapy (INEP)]. *Verhaltenstherapie, 24(4)*, 252-263. doi: 10.1159/000367928
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (submitted for publication).** Negative effects of psychotherapy in outpatient and inpatient facilities. *Journal of Consulting and Clinical Psychology.*
- Ladwig, I., Rheker, J., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (under review).** Patients' attributions regarding negative effects of psychotherapy: Qualitative interviews with an affected group. *Psychotherapy Research.*
- Consedine, N. S., Reddig, M. K., **Ladwig, I.** & Broadbent, E. A. (2011). Gender and ethnic differences in colorectal cancer screening embarrassment and physician gender preferences. *Oncology Nursing Forum, 38(6)*, E409 – E417.
- Consedine, N. S., **Ladwig, I.**, Reddig, M. K., & Broadbent, E. A. (2011). The many faeces of colorectal cancer screening embarrassment: Preliminary psychometric development and links to screening outcome. *British journal of health psychology, 16(3)*, 559-579.

VORTRÄGE UND KONGRESSBEITRÄGE

- Ladwig, I., Rief, W. & Nestoriuc. (2016).** Qualitative Interviewstudie zur Nützlichkeit von Aufklärung zu negativen Effekten von Psychotherapie aus Patientensicht. Vortrag im Rahmen_des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Verhaltenstherapie, Berlin, Februar 2016.
- Ladwig, I., Rief, W. & Nestoriuc. (2014).** „Warum ist es schiefgelaufen?“ – Qualitative Interviewstudie zur Ursachenattribution negativer Effekte von Psychotherapie aus Patientensicht.Vortrag im Rahmen_des Kongresses der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Bochum, September 2014.
- Ladwig, I., Rief, W. & Nestoriuc. (2013).** Negative Effekte nach stationärer

Psychotherapie: Prävalenzraten und Einflussfaktoren. Poster im Rahmen der Fachgruppentagung klinische Psychologie und Psychotherapie, Trier, Mai 2013.

Ladwig, I., Rief, W. & Nestoriuc. (2012). „Prävalenzen und Einflussfaktoren von negativen Effekten nach ambulanter kognitiver Verhaltenstherapie“ Vortrag im Rahmen der Fachgruppentagung klinische Psychologie und Psychotherapie, Luxemburg, Mai 2012.

Nestoriuc, A. Y., **Ladwig, I.** & Rief, W. (2011). Nebenwirkungen der Verhaltenstherapie - Vergleich zwischen einer Online-Studie und Patienten einer Hochschulambulanz – Vortrag im Rahmend des *DGPPN Kongress 2011*.

Nestoriuc, Y., **Ladwig, I.** & Rief, W. (2011). Nebenwirkungen von Psychotherapien: Ergebnisse einer Online Studie zu Prävalenzen und Korrelaten. *Verhaltenstherapie*, 21 (Suppl 1), 38.

Ladwig, I., Rief, W. & Nestoriuc. (2011). Alles halb so schlimm?! - Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Poster im Rahmen der Fachgruppentagung klinische Psychologie und Psychotherapie, Berlin, Mai 2011.

9 ERKLÄRUNG

Ich versichere, dass ich meine Dissertation

NEGATIVE EFFEKTE VON PSYCHOTHERAPIE – EIN MIXED-METHODS ANSATZ

selbstständig ohne unerlaubte Hilfe angefertigt und mich dabei keiner anderen als der von mir ausdrücklich bezeichneten Quellen und Hilfen bedient habe.

Die Dissertation wurde in der jetzigen oder einer ähnlichen Form noch bei keiner anderen Hochschule eingereicht und hat noch keinen sonstigen Prüfungszwecken gedient.

Marburg an der Lahn, 2016

Inga Ladwig