

Aus der Forschungsgruppe Psychosomatische Rehabilitation
der Medizinischen Klinik m.S. Psychosomatik
der Medizinischen Fakultät
Charité-Universitätsmedizin Berlin

DISSERTATION

Systematische Erfassung von Nebenwirkungen ambulanter
Verhaltenstherapie

zur Erlangung des akademischen Grades
Doctor rerum medicinalium (Dr. rer. medic.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité-Universitätsmedizin Berlin

von

Dipl.-Psych. Marie-Luise Schermuly-Haupt

aus Königs Wusterhausen

Datum der Promotion: 18.12.2020

Zusammenfassung

Psychotherapie ist ein integraler Bestandteil der Behandlung psychischer Störungen. Anders als in anderen Disziplinen der Medizin sind den Nebenwirkungen von Psychotherapie bisher nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt worden. Im Zuge dieser Publikationspromotion wurde eine Definition von Psychotherapienebenwirkungen entwickelt und ein Instrument (UE-ATR-Checkliste) zu deren Untersuchung eingeführt. In einer Untersuchung an 100 Psychotherapeuten in Ausbildung (VT) und ihren Behandlungsfällen wurde systematisch nach dem Erfahrungsstand der Ausbildungsteilnehmer gefragt und die Qualität, Quantität sowie der Schweregrad und die Dauer von Nebenwirkungen in ihren Behandlungsfällen mit Hilfe eines halbstandardisierten Interviews erfasst. Es zeigte sich, dass die Therapeuten in Ausbildung mit einer hohen Auftretensrate von Nebenwirkungen rechnen, wenngleich ein positiver Bias vorliegt, was die eigenen Behandlungen betrifft. Bei 100 Behandlungsfällen zeigten sich in 43 % der Fälle Nebenwirkungen, die zu meist *Stunden* oder *Tage* dauerten und in mehr als der Hälfte leicht bis mittleren Schweregrades waren. Die Ergebnisse der Studie legen nahe, dass eine systematische Überwachung der Behandlungen sinnvoll sein kann und dem Thema der Psychotherapienebenwirkungen im Rahmen der Ausbildung mehr Raum geschenkt werden sollte.

Abstract

Psychotherapy is an important tool in the treatment of mental disorders. Different from other disciplines in the healthcare system psychotherapy's potential to cause side effects is not well known and has not drawn much attention in the research community. Aim of the publication based dissertation thesis was to develop a definition and instrument (UE-ATR checklist) to conduct systematic research on psychotherapy side effects in a naturalistic setting. 100 therapists in training conducting CBT participated in the study. With a semi-structured interview based on the UE-ATR checklist therapists were asked about their experiences with and expectations of side effects and reported on 100 of their cases. The checklist allowed to identify several side effects, their severity and duration. Results show that therapists in training expect side effects to occur in about every second case, but they show a positive bias concerning their own work. Utilizing the UE-ATR-checklist side effects were reported in 43 % of cases. Most of them were of mild to moderate impact and lasted for hours to days. The results suggest that a systematic monitoring of SEs is necessary and possible and that information about side effects should be part of the training of therapists.

Inhaltsverzeichnis des Mantels der Publikationspromotion

1	Einführung	1
1.1	Forschungslücken bei der Untersuchung von Psychotherapieebenenwirkungen.....	2
1.1.1	Keine geteilte Definition.....	2
1.1.2	Ungenügende Datenlage	3
1.1.3	Unausgereifte Methodik	5
1.1.4	Barrieren für die Wahrnehmung	6
1.2	Forschungsfragen.....	7
2	Material und Methodik	8
2.1	Entwicklung der UE-ATR Checkliste	8
2.2	Auswahl und Beschreibung der Stichprobe.....	8
2.3	Durchführung des Interviews.....	9
2.4	Datenauswertung	10
2.5	Aufbereitung der Ergebnisse und Veröffentlichung.....	10
3	Ergebnisse.....	12
3.1	Beantwortung der Forschungsfrage 1: Der Erfahrungsstand von Psychotherapeuten in Ausbildung.....	12
3.2	Beantwortung der Forschungsfrage 2: Die Qualität und Quantität von Nebenwirkungen..	13
3.3	Beantwortung der Forschungsfrage 3: Dauer und Schweregrad von Nebenwirkungen.....	16
4	Diskussion.....	17
4.1	Theoretische Implikationen	17
4.2	Praktische Implikationen	19
4.3	Limitationen der Untersuchung	20
4.4	Schlussfolgerung.....	21
5	Literaturverzeichnis	22

Anhang

- Anhang I: Eidesstattliche Versicherung
- Anhang II: Anteilserklärung
- Anhang III: Druckexemplare der für die Publikationspromotion ausgewählten Artikel
- Anhang IV: Auszug aus dem Interviewleitfaden
- Anhang V: Lebenslauf
- Anhang VI: Vollständige Publikationsliste
- Anhang VII: Danksagung

TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1. Korrelationen zwischen unerwünschten Ereignissen und Nebenwirkungen mit
Basisvariablen..... 15

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1. Differenzierung zwischen negativen Effekten von Psychotherapie 3

Abbildung 2. Die Verteilung unerwünschter Ereignisse (UE) und Nebenwirkungen (ATR)
auf die Kategorien der UE-ATR Checkliste..... 14

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

APA	American Psychological Association
ATR	adverse treatment reaction
CBT	cognitive behavior therapy
ETQ	Experiences of Psychotherapie Questionnaire
FSCL	Fischer Symptom Checkliste
INEP	Inventar zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie
IVB	Institut für Verhaltenstherapie Berlin
IVT	Institut für Verhaltenstherapie
M	Mittelwert
SD	Standardabweichung
PANEPS	Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale
PRG	Patientenrechtegesetz
PTBS	Posttraumatische Belastungsstörung
SE	side effect
UE	unwanted event
VT	Verhaltenstherapie
ZPHU	Zentrum für Psychotherapie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin

1 Einführung

Für medizinische Berufsgruppen und Verfahren sollte das Gebot „primum non nocere“ die oberste Pflicht sein (Noll-Houssong, 2011)¹. Patienten² nicht zu schädigen ist demnach mindestens so bedeutsam, wie Therapieerfolge zu erzielen. Dies gilt auch für die Psychotherapie, die ein integraler Bestandteil der Behandlung psychischer Störungen ist, unabhängig davon ob der praktizierende Therapeut ein auf den hippokratischen Eid verpflichteter Arzt oder Psychologischer Psychotherapeut ist.

Neben den ethischen Implikationen für Psychotherapeuten haben die Patienten durch das Patientenrechtegesetz (PRG) von 2013 ein juristisch verbrieftes Anrecht über mögliche Risiken oder Nebenwirkungen einer Behandlung aufgeklärt zu werden. Auch Psychotherapeuten sind verpflichtet, „den Patienten über sämtliche für die Einwilligung wesentliche Umstände aufzuklären. Dazu gehören insbesondere Art, Umfang, Durchführung, zu erwartende Folgen und Risiken der Maßnahmen (z. B. zwischenzeitliche Symptomverschlechterung), ihre Notwendigkeit, Dringlichkeit und Eignung sowie Erfolgsaussichten (Prognose)...“ (Bundespsychotherapeutenkammer, 2013, S. 12). Darüber hinaus ist Wissen über das Auftreten und die Entstehung von Psychotherapie Nebenwirkungen wichtig, um einen adäquaten Umgang mit diesen unerwünschten Begleiterscheinungen oder Risiken zu entwickeln, entweder zu Zwecken der Prävention oder Schadensbegrenzung (Castonguay et al., 2010). Kenntnisse über das gesamte Wirkspektrum von Psychotherapie sind auch wichtig, um Patienten und Behandlern die Möglichkeit einer fundierten Kosten-Nutzen Abwägung vor Aufnahme einer Behandlung zu ermöglichen.

In der ersten Dekade des neuen Jahrhunderts ist dem Thema der Nebenwirkungen psychotherapeutischer Behandlungen mehr und mehr Aufmerksamkeit gewidmet worden (Barlow, 2010; Berk & Parker, 2009; Dimidjian & Hollon, 2010; Nutt & Sharpe, 2008), dennoch gibt es noch vielfältige Herausforderungen bei der Untersuchung von Psychotherapie Nebenwirkungen, mit denen sich dieses Promotionsvorhaben befasst hat. Der hier vorgelegte Mantel beschreibt die konzeptionelle Vorarbeit und das methodische Vorgehen, fasst die wichtigsten Ergebnisse überblicksartig zusammen und diskutiert den

¹ Die Formatierung des Mantels und die Zitierweise erfolgt nach APA Style, beschrieben in *Publication Manual of the American Psychological Association, Seventh Edition*, American Psychological Association. (Abgerufen am 8. Dezember, 2019). *APA Style*. <https://apastyle.apa.org/style-grammar-guidelines>

² Für eine bessere Lesbarkeit wird vorwiegend die männliche Form verwendet. Die weibliche Form ist dabei ausdrücklich immer mit eingeschlossen.

Beitrag zum Forschungsgegenstand. Für detailliertere Ausführungen wird auf die Publikationen verwiesen, welche die Grundlage der Publikationspromotion bilden.

1.1 Forschungslücken bei der Untersuchung von Psychotherapie Nebenwirkungen

Um die Ausgangslage für die Promotion und das daraus entstandene Forschungsprojekt darzustellen, werden in den nächsten Absätzen die Forschungslücken skizziert. Gleichzeitig werden aus diesen Forschungslücken die Forschungsfragen der Promotion abgeleitet sowie der Beitrag, den diese Promotion zum Forschungsgegenstand leistet, dargestellt.

1.1.1 Keine geteilte Definition

Die größte Herausforderung für die Untersuchung des Gegenstandes dieser Promotion ist das Fehlen einer allgemein gültigen und wissenschaftlich geteilten Definition von Psychotherapie Nebenwirkungen (Linden et al., 2018). Die vorhandene Datenlage zu interpretieren ist herausfordernd, weil der Begriff der Nebenwirkungen nicht eindeutig von anderen negativen Effekten wie Abbruch, Misserfolg, Schädigung, negativen Therapiefolgen oder Symptomverschlechterung differenziert wird (Bystedt et al., 2014). So werden in manchen Studien Nebenwirkungen berichtet, die im engeren Sinne möglicherweise keine sind oder aber es werden Effekte beschrieben, die durchaus zu den Psychotherapie Nebenwirkungen gerechnet werden können, aber nicht als solche erkannt oder benannt werden. Zu Beginn des Promotionsvorhabens wurden daher theoretische Vorüberlegungen angestellt, um eine Definition von Psychotherapie Nebenwirkungen zu erarbeiten, die den Forschungsgegenstand differenziert beschreibbar macht und eine systematische Untersuchung und Operationalisierung überhaupt erst ermöglicht.

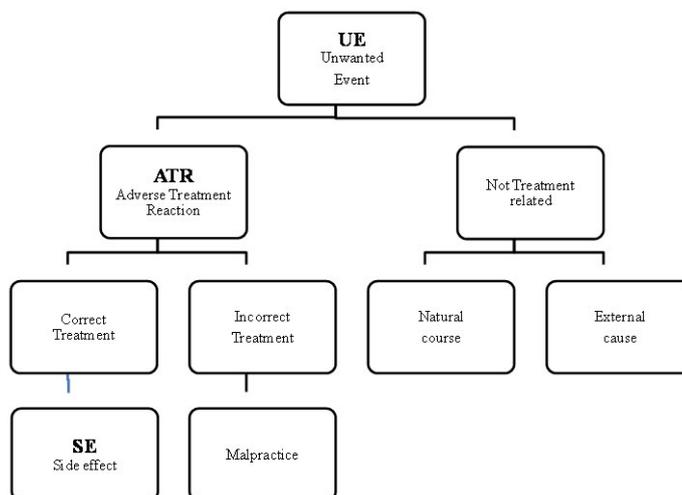
Dafür wurde die Nomenklatur und Systematik zur Erfassung von Nebenwirkungen im Bereich der Pharmakotherapie auf den Bereich der Psychotherapie übertragen. Dort wird zwischen „unwanted events“ (UEs) und „adverse treatment reactions“ (ATRs) unterschieden (Kalachnik, 1999). Auch in der Psychotherapie können diverse UEs auftreten. Um entscheiden zu können, ob diese Ereignisse eine Nebenwirkung darstellen, muss der kausale Bezug zur Therapie belegt werden. Dass heißt es muss geprüft werden, ob die UEs durch die Therapie verursacht wurden. Wenn dies der Fall ist muss außerdem sichergestellt sein, dass die ATR im Rahmen fachlich ordnungsgemäß ausgeführter Therapie aufgetreten ist, und nicht durch grobe Behandlungsfehler oder unethisches Verhalten des Behandlers ausgelöst wurde. Es kommen außerdem nur Ereignisse in Frage, die während oder kurz nach der Behandlung auftreten und sich negativ auswirken (für eine ausführlichere Begriffsklärung siehe Haupt et

al., 2012). Nach diesen theoretischen Vorüberlegungen wurden Nebenwirkungen von Psychotherapie als „alle unerwünschten und therapiebedingten Begleitwirkungen einer ordnungsgemäß durchgeführten Psychotherapie“ (Linden & Haupt, 2012, S. 156) definiert, sofern sie parallel oder zeitnah auftreten. Daraus folgt, dass alle erwünschten Begleiterscheinungen nicht als Nebenwirkung verstanden werden.

Dieser Definition liegt die Differenzierung bisher nicht systematisch voneinander abgegrenzter negativer Effekte zu Grunde, die in Abbildung 1 gezeigt wird. Gleichzeitig lässt sich aus dieser Abbildung ein schrittweises Vorgehen zur Erfassung von Psychotherapie Nebenwirkungen ableiten, was die Grundlage für die im Rahmen der Promotion durchgeführte Datenerhebung war. Durch die neu erarbeitete Definition eröffnet die Promotion die Möglichkeit, Psychotherapie Nebenwirkungen besser zu operationalisieren und dadurch systematisch messbar zu machen. Damit wird der Zugang zum Forschungsfeld erleichtert.

Abbildung 1

Differenzierung zwischen negativen Effekten von Psychotherapie



Erläuterung. Das Schema stellt das zugrunde liegende Konzept der UE-ATR Checkliste dar und dient der besseren Begriffsdifferenzierung (erschienen in Schermuly-Haupt et al., 2018).

1.1.2 Ungenügende Datenlage

Die Datenlage bezüglich der Auftretensrate von Psychotherapie Nebenwirkungen ist bisher als begrenzt und schwer zu interpretieren zu beschreiben. Dass Psychotherapie nicht

bei jedem Patienten zur Symptomlinderung führt, ist bereits seit der Veröffentlichung von Bergin (1963) bekannt und führte im weiteren Verlauf auch zur Diskussion über eine mögliche Schädigung durch Psychotherapie (Mays & Franks, 1980). Für einzelne, spezifische Methoden sind negative, bisweilen schädigende Effekte gezeigt worden, wie z. B. in der Übersichtsarbeit von Lilienfeld (2007), auch wenn dabei vor allem nicht evidenzbasierte Methoden im Fokus standen. Aber auch für die auf wissenschaftlichen Erkenntnissen beruhenden und empirisch validierten Methoden und Verfahren der Verhaltenstherapie konnten negative Effekte gezeigt werden, wie z. B. bei der Behandlung der PTBS (Mayou et al., 2000) oder Expositionsverfahren bei Ängsten und Zwängen (Moritz et al., 2015; Pence et al., 2010). Vor einigen Jahren gingen führende Therapieforscher noch in 5-10 % aller Fälle von negativen Effekten aus (Boisvert & Faust, 2003; Lambert & Ogles, 2004). Erfreulicherweise ist ein ansteigendes Interesse an dem Thema der Psychotherapie-nebenwirkungen zu verzeichnen, welches auch darin zum Ausdruck kommt, dass im deutschsprachigen Raum zwei Bücher erschienen sind, welche sich dem Thema gewidmet haben (Linden & Strauß, 2013; Märtens, 2007).

Bei einer schriftlichen Befragung einer sehr großen und repräsentativen Stichprobe von Psychotherapiepatienten in England und Wales berichteten über 5 % von „lasting bad effects“ (Crawford et al., 2016). Weitere erst kürzlich veröffentlichte Untersuchungen weisen sehr viel höhere Prozentraten an unerwünschten Effekten durch Psychotherapie aus. Dabei werden Raten in Höhe von 45-84 % berichtet (Grüneberger et al., 2017; Peth et al., 2018; Rheker et al., 2017).

Es ist davon auszugehen, dass Nebenwirkungen von Psychotherapie bei 5-85 % der Fälle auftreten. Eine präzisere Aussage über die Prävalenz von Psychotherapienebenwirkungen lässt sich noch nicht treffen, da in den zumeist älteren Studien unterschiedliche negative Effekte und nicht Nebenwirkungen im engeren Sinne berichtet werden und es auch nicht zur üblichen Praxis gehört, in jeder Psychotherapiestudie über aufgetretene Verschlechterungen oder andere nachteilige Begleiterscheinungen zu informieren (Peterson et al., 2013; Vaughan et al., 2014).

Um eine valide und reliable Aussage über die Prävalenz von Nebenwirkungen von Psychotherapie machen zu können, bedarf es einer allgemein gültigen Definition und einer daraus abgeleiteten Methodik zur Erfassung von Psychotherapienebenwirkungen. Zusammenfassend ist die Datenlage zum Beginn der Promotion diesbezüglich als gering einzuschätzen, da es lediglich eine überschaubare Anzahl an Studien gibt, die darüber hinaus

schwer vergleichbar sind, da sie sich in der Methodik stark unterscheiden und Psychotherapienebenwirkungen unterschiedlich operationalisieren. Im Rahmen der Promotion sollte dementsprechend untersucht werden, wie häufig theoretisch begründete und valide operationalisierte Nebenwirkungen von Psychotherapie in der realen Versorgung von Patienten in Deutschland unter naturalistischen Bedingungen auftreten.

1.1.3 Unausgereifte Methodik

Es hat bereits Untersuchungen gegeben, welche explizit negative Wirkungen von Psychotherapie zu erfassen suchten. Beispiele der dabei eingesetzten Methoden sind die Vanderbilt Skalen (Strauß et al., 1992), die bereits in den 70er Jahren entwickelt wurden oder Fragebögen wie der Experiences of Psychotherapy Questionnaire, (ETQ, Parker et al., 2013), das Inventar zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP, Ladwig et al., 2014) sowie die Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale (PANEPS, Peth et al., 2018), wobei die letzten drei Selbstbeurteilungsskalen erst nach Beginn dieser Promotion veröffentlicht wurden. Es hat sich bisher kein Instrumentarium durchgesetzt, das auf einer allgemein akzeptierten Definition basiert oder Studien vergleichbar macht, wie auch Herzog et al. (2019) in einem jüngst veröffentlichten Review zur Übersicht der bisher bekannten Instrumente zur Erfassung negativer Effekte und Nebenwirkungen von Psychotherapie konstatiert. Um Psychotherapienebenwirkungen nach der oben beschriebenen Konzeptionalisierung und Definition zu erfassen, wurde die UE-ATR Checkliste entwickelt (Linden & Haupt, 2012), die erstmalig in dieser Untersuchung eingesetzt wurde. Mit dieser Checkliste können Nebenwirkungen von anderen negativen Effekten abgegrenzt und spezifisch untersucht werden, womit die Promotion einen wichtigen Beitrag für das methodische Repertoire dieser noch jungen Forschungstradition leistet (siehe zum Vergleich der UE-ATR Checkliste mit anderen Instrumenten Herzog et al., 2019).

Während es für Patienten möglich ist über unerwünschte Entwicklungen in ihrem Erleben und Verhalten zu berichten, stellen Überlegungen zur Verursachung unerwünschter Effekte für den Betroffenen eine große Herausforderung dar. Zur Klärung der Ursachen kann die Perspektive der professionellen Therapeuten einen bedeutsamen Beitrag leisten, wie auch schon Strupp und Hadley (1977) in ihrem Modell zur Erfassung negativer Effekte vorschlugen. Psychotherapeuten sollten in der Lage sein, negative Entwicklungen in Bezug zum therapeutischen Geschehen zu setzen, kennen aus der therapeutischen Erfahrung diverse Verläufe psychischer Störungen und Behandlungen und werden weniger durch die Schwere der Symptomatik selbst belastet und in ihrer Einschätzung beeinflusst. Sie stellen somit eine

wichtige Informationsquelle dar. Nebenwirkungen von Psychotherapie durch die Psychotherapeutenperspektive zu erfassen, bringt allerdings eigene spezifische Herausforderungen mit sich.

1.1.4 Barrieren für die Wahrnehmung

Disziplinübergreifend gibt es Untersuchungen die zeigen, dass der Transfer zwischen Wissenschaft und Praxis oft nicht vollständig und zeitverzögert erfolgt. Auch in der Beziehung zwischen der akademischen klinischen Psychologie und angewandter Psychotherapie zeigen sich Hürden, empirische Befunde in praktisches Handeln zu übersetzen (Lilienfeld et al., 2013). Kognitive Verhaltenstherapeuten haben im Durchschnitt nur begrenzte Kenntnisse über aktuelle Forschungsbefunde in ihrem Fachgebiet (Dobson & Beshai, 2013). Mehr als ein Viertel der an einer an Psychotherapeuten der American Psychological Association (APA) durchgeführten Befragung waren sich keiner Befunde bewusst, dass ihre Behandlungen negative Effekte auslösen könnten (Boisvert & Faust, 2006).

Da dem Thema der Psychotherapie Nebenwirkungen erst in den letzten Jahren mehr Aufmerksamkeit gewidmet wurde und es erst jüngst vermehrt Forschungsbemühungen gab, ist unklar, in wie weit sich diese Befunde unter den praktizierenden Kollegen verbreitet haben und dort rezipiert werden. In einer aktuelleren Befragung schwedischer Psychotherapeuten gaben zwar 75 % an, in ihrer Arbeit mit negativen Effekten konfrontiert worden zu sein, aber nur 11 % seien in ihrer Ausbildung über negative Effekte informiert worden (Bystedt et al., 2014).

Unabhängig von einer „research practioner gap“ gibt es aber auch noch einen grundlegenden sozialpsychologischen Effekt, der die Wahrnehmung und den Bericht von Nebenwirkungen von Psychotherapie durch die ausführenden Behandler erschwert. In einer Untersuchung von 129 Therapeuten zeigte sich, dass die Therapeuten ihre individuellen Kompetenzen im Vergleich zu ihren Kollegen weit überdurchschnittlich einschätzten und gleichfalls die Wahrscheinlichkeit positiver Ergebnisse ihrer Arbeit überschätzten (Walfish et al., 2012). Für diesen sogenannten positiven Bias kann eine sozialpsychologische Erklärung angenommen werden. Nach der Dissonanztheorie (Festinger, 1957) zeigen Menschen eine positive Verzerrung der eigenen Fähigkeiten, was mit psychischem Wohlbefinden einhergeht. Dieser „selfserving bias“ konnte kulturübergreifend und für verschiedene Lebensbereiche gezeigt werden (Dunning et al., 2004).

Psychotherapeuten scheinen davon nicht ausgenommen zu sein. Sie scheinen sich der Wahrscheinlichkeit, mit der negative Effekte in ihren Behandlungen auftreten können, nicht

ausreichend bewusst zu sein und unterschätzen die Häufigkeit von ungünstigen Therapieausgängen (Hannan et al., 2005; Hatfield et al., 2010). In der Stichprobe von Walsfish (2012) gaben sogar 48 % der Therapeuten an, dass sich 0 % ihrer Patienten verschlechtern würden. Dies scheint unabhängig vom Erfahrungsgrad der Therapeuten zu sein. Gerade deswegen scheinen Rückmeldeprogramme über den laufenden Therapiefortschritt ein sehr wirksames Mittel zu sein, um die Behandlungsergebnisse einzelner Patienten zu verbessern, die hinter dem zu erwartenden Fortschritt zurückbleiben (Hawkins et al., 2004; Lambert, 2010, Kapitel 4; MacDonald & Mellor-Clark, 2014).

Um ein Monitoring von Nebenwirkungen zu ermöglichen, braucht es daher einen ebenso strukturierten Prozess und Ansatz, um zu verhindern, dass negative Begleiterscheinungen durch eine mit den Daten nicht zu stützende Erwartungshaltung zum Schutz des Selbstwertgefühls übersehen oder unterschätzt werden. Im Rahmen der Promotion soll daher untersucht werden, inwiefern Psychotherapeuten tatsächlich einem positiven Bias bezüglich ihrer eigenen therapeutischen Arbeit unterliegen und wie diesem Bias durch eine systematische Suche nach Nebenwirkungen begegnet werden kann.

1.2 Forschungsfragen

Die Promotion setzt bei den bis hierhin beschriebenen Forschungslücken und Herausforderungen an. Ziel des Promotionsvorhabens war es, eine Definition von Psychotherapie Nebenwirkungen zu entwickeln und daraus ein Instrumentarium abzuleiten, welches die systematische Untersuchung von Nebenwirkungen ermöglicht. Damit sollten folgende Forschungsfragen beantwortet werden:

1. Welchen Erfahrungsstand haben Psychotherapeuten über Nebenwirkungen ihrer Arbeit?
2. Welche Nebenwirkungen von Psychotherapie treten unter naturalistischen Bedingungen auf?
3. Wie häufig treten Nebenwirkungen von Psychotherapie auf und wie schwerwiegend und langanhaltend sind sie?

Um diese Forschungsfragen zu beantworten, wurde eine Studie mit explorativem Charakter realisiert. Die Beschreibung der Stichprobe und Methodik erfolgt in den nächsten Absätzen, für detailliertere Ausführungen dazu, sei auf die für die Publikationspromotion ausgewählten Artikel verwiesen.

2 Material und Methodik

2.1 Entwicklung der UE-ATR Checkliste

Anhand von empirischen Beispielen (Bystedt et al., 2014) und angelehnt an Vorschläge von Hoffmann (2008) wurde eine Liste von 17 Oberkategorien möglicher UEs und ATRs zusammengestellt und ein dazugehöriges Ratingschema entwickelt (Linden, 2013). Mit dieser Checkliste ist es möglich, spezifische Kategorien von Nebenwirkungen zu erfassen, sowie deren „Bezug zur Therapie“ (von 1 = *ohne Bezug* bis 5 = *eindeutige Therapiefolge*), „Schweregrad“ (5-stufige Likertskala von 1 = *leicht* bis 5 = *extrem belastend*) und „Dauer“ (5-stufige Likertskala von 1 = *Stunden* bis 5 = *überdauernd*) einzuschätzen. Diese Checkliste wurde für die empirische Untersuchung im Rahmen der Promotion als Grundlage verwendet. Sie wurde in ein halbstrukturiertes Interview übersetzt, welches der Promotion im Anhang beiliegt.

2.2 Auswahl und Beschreibung der Stichprobe

Um die Forschungsfragen zu beantworten, wurde als Versuchspopulation Psychotherapeuten in Ausbildung ausgewählt. Sie sind die „Therapeuten von morgen“ und haben die Möglichkeit durch die fortlaufende theoretische Ausbildung über die aktuelle Datenlage zu negativen Effekten von Psychotherapie informiert zu werden. Außerdem laufen die ambulanten Behandlungen nach den Ausbildungsrichtlinien des Psychotherapeutengesetzes unter engmaschiger Supervision, so dass das Risiko grober Behandlungsfehler oder unethisches Verhalten als Ursache für mögliche negative Entwicklungen minimiert werden kann. Außerdem wird ein nicht zu vernachlässigender Teil der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung in Deutschland durch die staatlichen und universitären Ausbildungsinstitute und ihre Ambulanzen und damit von Ausbildungsteilnehmern geleistet (Robert Koch Institut, 2008).

Die freiwilligen Teilnehmer wurden durch Aushänge, Emails und Kurzvorträge über die Untersuchung informiert und aquiriert. Als Voraussetzung für die Teilnahme wurde das Vorliegen aktuell laufender Behandlungsfälle mit mindestens 10 bereits absolvierten Sitzungen formuliert. Dieser Behandlungszeitraum erscheint ausreichend lang, um Nebenwirkungen erfassen zu können, wie die Untersuchung von Crawford et al. (2016) vermuten lässt. Von jedem Teilnehmer wurde eine schriftliche Einwilligung eingeholt, in der über Durchführung, Fragestellung und Auswertung der Untersuchungsergebnisse berichtet wurde. Mit einer zu erwartenden Nebenwirkungsrate zwischen 5-84 % scheint die Größe der

Stichprobe mit 100 Teilnehmern und daraus folgend 100 untersuchten Fällen ausreichend groß, um Nebenwirkungen erfassen zu können. Die Untersuchung wurde nicht durch Forschungsgelder unterstützt und es gab keine Interessenskonflikte.

Von sechs angeschriebenen Ausbildungsinstituten in Berlin und Brandenburg willigten drei Institute in die Teilnahme an der Untersuchung ein. Aus dem Institut für Verhaltenstherapie Berlin (IVB) nahmen 68 Therapeuten teil, aus dem Zentrum für Psychotherapie am Institut für Psychologie der Humboldt-Universität zu Berlin (ZPHU) nahmen 22 Therapeuten teil und aus dem Institut für Verhaltenstherapie (IVT) nahmen 10 Psychotherapeuten an der Untersuchung teil. Von den 100 Therapeuten in Ausbildung hatten 96 einen Hochschulabschluss in Psychologie und vier ein abgeschlossenes Medizinstudium. Die in 78 % weiblichen Therapeuten waren im Durchschnitt $M = 32,2$ ($SD = 4,7$) Jahre alt und besaßen durchschnittlich $M = 5,1$ ($SD = 3,4$) Jahre Berufserfahrung.

2.3 Durchführung des Interviews

Die Datenerhebung fand von März 2011 bis Januar 2014 in den jeweiligen Räumlichkeiten des Ausbildungsinstituts des Teilnehmers statt. Die Interviews dauerten im Durchschnitt $M = 54,05$ Minuten ($SD = 11,3$). Im ersten Abschnitt wurden soziodemographische Variablen der Therapeuten erfragt, im zweiten Abschnitt folgten Fragen zum Erfahrungsstand und Annahmen der Therapeuten über Psychotherapie Nebenwirkungen. Im dritten Abschnitt wurde ein Fall ausgewählt, der systematisch auf das Auftreten von Nebenwirkungen hin untersucht wurde. Die Auswahl des Falles erfolgte nach dem Kriterium „der zuletzt gesehene Patient mit mehr als 10 erfolgten Sitzungen“. Dieses Auswahlkriterium sollte eine Vorabselektion durch die Therapeuten verhindern, indem sie zum Beispiel besonders kritische oder besonders erfolgreiche Fälle auswählen. Die Bestimmung des Falles erfolgte somit zufällig und allein abhängig vom Termin der Teilnahme an der Untersuchung. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden dabei keine Patientenakten eingesehen oder Daten erhoben, die den Patienten eindeutig zugeordnet werden konnten. Im vierten Schritt wurde die UE-ATR Checkliste durchgegangen und systematisch nach aufgetretenen Nebenwirkungen gefragt. Dabei erhielt der Therapeut die Ratingskalen zur visuellen Unterstützung ausgehändigt. Aus Gründen der Standardisierung und besseren Interpretierbarkeit wurden alle Interviews von der Promovendin durchgeführt. Alle Angaben wurden auf dem Interviewleitfaden notiert. Der Therapeut führte außerdem selbstständig ein Fremdrating zur aktuellen Psychopathologie und Symptombelastung mit Hilfe der Fischer Symptom Checkliste FSCL (Fischer & Cornelsen, 1992) durch und bearbeitete ein Rating zu

möglichen Ursachen oder Quellen von Nebenwirkungen, angelehnt an eine Untersuchung von Frohburg (2002).

2.4 Datenauswertung

Die Eingabe der Daten folgte unmittelbar nach dem Interview, zur Aufbereitung und Berechnung wurde SPSS genutzt. Zur Beschreibung der Stichprobe und Fälle wurden für nominale Daten absolute und relative Häufigkeiten berechnet, für metrische Daten wurden deskriptive Statistiken erstellt und Mittelwerte (*M*) und Standardabweichungen (*SD*) ausgegeben. Die Beispielnennungen der Therapeuten wurden den Kategorien der UE-ATR Checkliste zugeordnet und für die Kategorien ebenfalls absolute und relative Häufigkeiten berechnet. Um die Güte der Zuordnung zu bestimmen, erfolgte die Berechnung von Kappa als Maß der Beobachterübereinstimmung zwischen zwei unabhängigen Ratern (Promovendin und zweiter Diplom-Psychologe). Zur weiteren Überprüfung der Reliabilität der Checkliste wurde außerdem die Übereinstimmung der Ratings zwischen Interviewer und Therapeut in den Kategorien „Schweregrad“ und „Zusammenhang zur Therapie“ mit Hilfe einer Intraklassenkorrelation berechnet. Zum Mittelwertsvergleich zwischen den Häufigkeits-schätzungen der Therapeuten wurden T-Tests für abhängige Stichproben sowie der Wilcoxon-Test für die Ursachenratings (Ordinaldaten) berechnet. Zusammenhänge zwischen der Anzahl von identifizierten ATRs und Variablen der Therapeuten, der Patienten oder Rahmenbedingungen der Therapie wurden mit Hilfe von Korrelationsanalysen bestimmt. Dabei wurde für metrische Variablen Pearson *r* berechnet (Produkt-Moment-Korrelation). Um zu überprüfen welche Variablen eventuell vorhersagen können, ob in einem Behandlungsfall eine Nebenwirkung (ATR) auftritt oder nicht, erfolgte die Berechnung einer binär-logistischen Regression.

2.5 Aufbereitung der Ergebnisse und Veröffentlichung

Die Ergebnisse des Forschungsprojektes wurden zur Einreichung einer Publikationspromotion aufbereitet und zu diesem Zweck u.a. in internationalen Fachzeitschriften veröffentlicht. Alle aus dem Projekt entstandenen Veröffentlichungen sind in der vollständigen Publikationsliste im Anhang aufgelistet. Die für die Publikationspromotion ausgewählten Artikel werden im Folgenden in der Reihenfolge ihres Erscheinens aufgeführt und sind in voller Länge im Anhang abgedruckt:

Linden, M., & Schermuly-Haupt, M.-L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry, 13*(3), 306-309.

<https://doi.org/10.1002/wps.20153> (Impact Factor: 34,0; Stand 2018)

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted events and side effects in cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research, 42*(2), 219-229.

<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y> (Impact Factor: 2,8; Stand 2019)

Schermuly-Haupt, M.-L., & Linden, M. (2020, advanced online publication). Erwartungen und Kenntnisse von Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie zu

Psychotherapienebenwirkungen. *Verhaltenstherapie*. <https://doi.org/10.1159/000505594>

(Impact Factor: 1,1; Stand 2019)

Darüber hinaus wurden weitere Artikel und Buchbeiträge publiziert. Eine Vorstellung des Projekts und eine Zwischenauswertung der Untersuchung erfolgten außerdem in Form von Vorträgen. Durch eine interdisziplinäre Kooperation mit dem wirtschaftspsychologischen Lehrstuhl der SRH-Berlin konnte ein Forschungszweig zu negativen Effekten und Nebenwirkungen von Coaching unterstützt werden, der zu einer gemeinsamen Publikation führte (siehe Schermuly et al., 2014). Die UE-ATR Checkliste wurde außerdem von anderen Arbeitsgruppen adaptiert, um z. B. das Nebenwirkungsrisiko der internetbasierten Therapie der Sozialen Phobie zu untersuchen (Boettcher et al., 2014). Desweiteren mündeten die Forschungsbemühungen der Arbeitsgruppe und die darauf folgende Einbindung eines Seminars zum Thema von Psychotherapienebenwirkungen am IVB zu der Verleihung des Sonderpreises des vom Aktionsbündnis Patientensicherheit e. V. (2019) verliehenen Deutschen Preis für Patientensicherheit 2019.

3 Ergebnisse

Die Darstellung der Ergebnisse erfolgt entlang der Beantwortung der Forschungsfragen, wobei die Darstellung hier dem Überblick und einer Zusammenfassung dient. Für eine größere Detailtiefe sei auf die Publikationen im Anhang verwiesen.

3.1 Beantwortung der Forschungsfrage 1: Der Erfahrungsstand von Psychotherapeuten in Ausbildung

Um Beispiele für mögliche Nebenwirkungen gebeten, nannten die Therapeuten 672 Beispiele, die nach Abschluss der Datenerhebung von der Promovenden und einem zweiten unabhängigen Rater (Diplompsychologe) den Kategorien der UE-ATR Checkliste zugeordnet wurden. Dabei zeigte sich eine Beobachterübereinstimmung von $\kappa = .75$, $p < .001$, was für eine gute Übereinstimmung bei der Zuordnung spricht (Wirtz & Caspar, 2002). In dem Artikel von Schermuly-Haupt und Linden (2020) zeigt Abbildung 2 die Verteilung der Beispielnennungen auf die Kategorien der UE-ATR Checkliste. Die meisten Therapeuten nannten Beispiele, welche der Kategorie „Verschlechterung bestehender Symptome“ (70 %) zugeordnet wurden. Von vielen Therapeuten wurden außerdem „Änderungen des sozialen Netzes“ (59 %) und „Belastung/Unwohlsein durch die Therapie“ (54 %) genannt. Nur ein Therapeut nannte ein Beispiel der Kategorie „Arbeitsunfähigkeit“. Ein geringer Anteil der Beispielnennungen (8 %) konnte dabei keiner Kategorie der UE-ATR Checkliste zugeordnet werden. Darunter fallen Beispiele, die als Nebenwirkungen für die Therapeuten gelten oder für unethisches Verhalten der Therapeuten stehen. Diese Beispiele zählen nach der oben vorgestellten Definition nicht zu den Psychotherapie Nebenwirkungen.

Bezogen auf die Prävalenzschätzungen „in Prozent“ gaben die Therapeuten an, dass sie in mehr als jedem zweiten Fall mit Nebenwirkungen rechnen ($M = 55,4$, $SD = 26,4$). In ihrem eigenen Verfahren („Verhaltenstherapie“) rechnen sie in weniger Fällen, aber immerhin auch noch jedem zweiten Fall mit Nebenwirkungen ($M = 50,4$, $SD = 27,2$). Noch niedriger schätzen die Psychotherapeuten die Auftretensrate von Nebenwirkungen in ihren „eigenen Therapien“ ($M = 44,9$, $SD = 29,5$). Dies ist ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den „eigenen Therapien“ und „Verhaltenstherapie“, $t(98) = 3,41$, $p < .001$, sowie „Psychotherapie allgemein“, $t(98) = 6,59$, $p < .001$. Somit scheint bei den befragten Psychotherapeuten in Ausbildung ein „self serving bias“ vorzuliegen. Eine Teilnehmerin gab an, dass Psychotherapie ihrer Meinung nach keine Nebenwirkungen habe und wollte daher keine Beispiele nennen.

Um einen Vergleich der Nebenwirkungsraten zwischen den Therapieschulen gebeten, antworteten 51 % der Befragten, dass in der Psychoanalyse „mehr“ Nebenwirkungen auftreten als in der Verhaltenstherapie. Im Vergleich zur Gesprächspsychotherapie schätzten 34 % der Befragten, dass die Verhaltenstherapie „mehr“ Nebenwirkungen verursache. Darüber hinaus wurde nach möglichen Ursachen von Nebenwirkungen gefragt. Die Kategorie mit der höchsten Zustimmungsrates war dabei die „Therapeut-Patient-Beziehung“, die geringste Zustimmung erhielt die Kategorie „gesetzliche Rahmenbedingungen“.

3.2 Beantwortung der Forschungsfrage 2: Die Qualität und Quantität von Nebenwirkungen

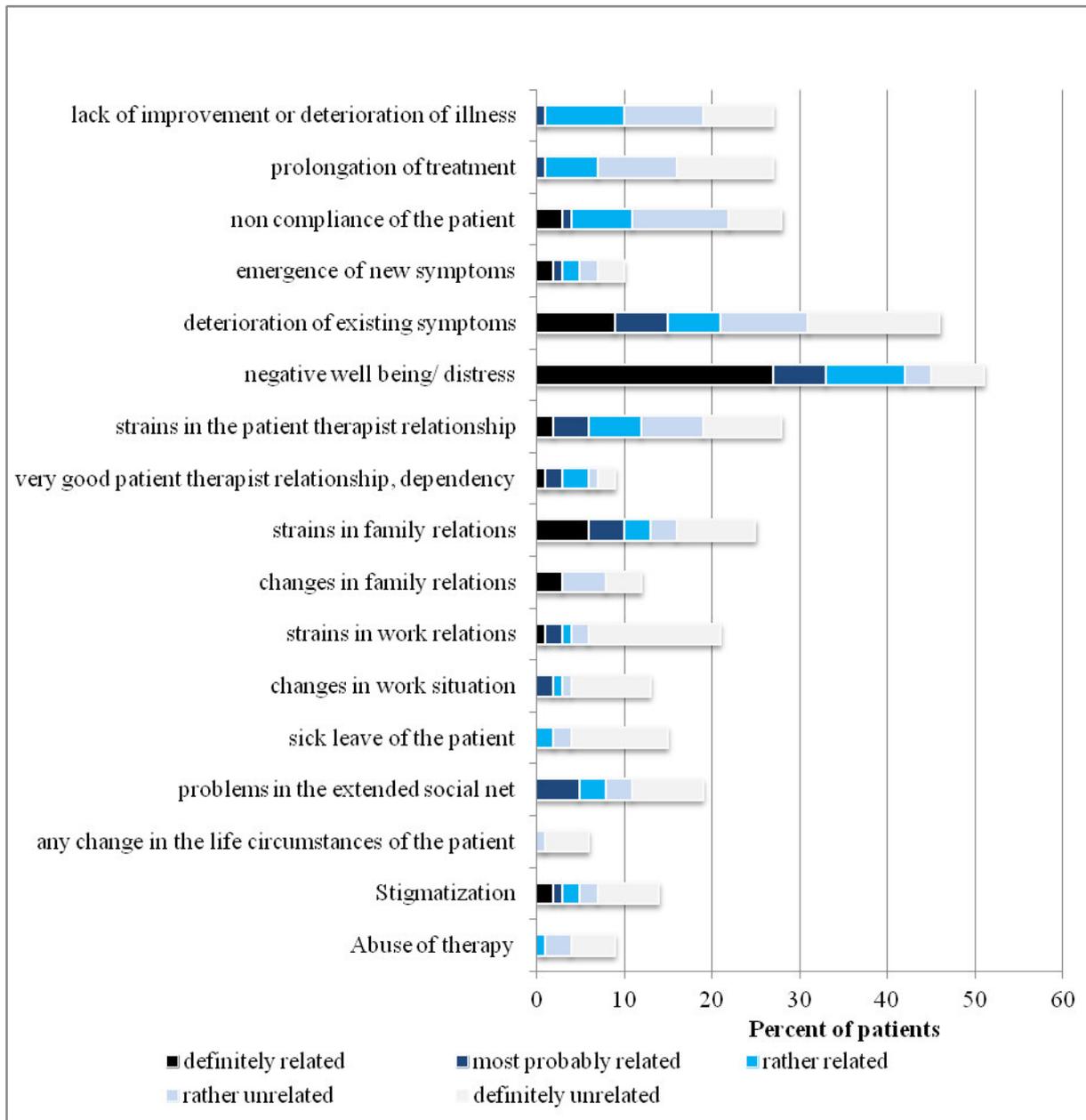
Die Patienten, deren Behandlungsverläufe für die systematische Suche nach Nebenwirkungen analysiert wurden, waren in 51 % weiblich und im Mittel $M = 38,0$ ($SD = 11,3$) Jahre alt. Die häufigste Diagnose war eine depressive Episode oder rezidivierende depressive Störung (36 %). Im Schnitt waren $M = 28,5$ ($SD = 16,8$) Sitzungen zum Zeitpunkt des Interviews absolviert, 42 % der Patienten nahmen parallel Psychopharmaka ein. In 33 % der Fälle war der laufenden Behandlung bereits eine weitere Psychotherapie vorausgegangen. Für eine weitere soziodemographische und klinische Beschreibung der Behandlungsfälle sei auf den entsprechenden Artikel verwiesen (Schermulý-Haupt et al., 2018).

Nach Auswahl des Behandlungsfalles und vor der systematischen Analyse durch die UE-ATR Checkliste gaben 74 % der Therapeuten an, dass in diesem Behandlungsfall keine Nebenwirkungen aufgetreten seien. 11 % beschrieben den Verlauf als „problemlos“, 71 % als „mit Problemen aber positiv“, 15 % als „stockend“, 2 % als „kommt nicht voran“ und 1 % als „es wird eher schlimmer als besser“. Gefragt nach dem prognostizierten Erfolg zum Ende der Behandlung, gab die Mehrheit (59 %) an, eine „deutliche Verbesserung“ zu erwarten. Von einer „Vollremission“ gingen 5 % aus, ein Therapeut erwartete eine „Verschlechterung“.

Nach der systematischen Untersuchung der Behandlungsverläufe wurden in den 100 analysierten Fällen allerdings 372 unerwünschte Ereignisse (UE) identifiziert, von denen 15 % durch die Therapeuten als *eindeutige Folge* der Therapie (ATR) eingeschätzt und somit als Nebenwirkung (SE) klassifiziert wurden. Bezogen auf die Fälle traten diese Nebenwirkungen bei 43 % der Patienten auf. Abbildung 2 zeigt welche Nebenwirkungen wie häufig auftraten. Am häufigsten (27 % der Fälle) wurden Nebenwirkungen aus dem Bereich des „Unwohlseins/emotionale Belastung“ identifiziert. Außerdem traten vor allem „Verschlechterung bestehender Symptome“ (9 % der Fälle) und „familiäre Probleme“ (in 6 % der Fälle) auf.

Abbildung 2

Die Verteilung Unerwünschter Ereignisse (UE) und Nebenwirkungen (ATR) auf die Kategorien der UE-ATR Checkliste



Erläuterung. Die Balken stellen die in N = 100 Fallberichten erfassten unerwünschten Ereignisse mit ihrem „Bezug zur Therapie“ von *definitely unrelated* bis *definitely related* verteilt auf die Kategorien der UE-ATR Checkliste dar. Die Abbildung enthält die englische Übersetzung der Ereigniskategorien sowie der Skala „Bezug zur Therapie“, da der Artikel in englischer Sprache publiziert wurde (siehe Schermuly-Haupt et al., 2018, S.222).

Als ATR und damit Nebenwirkung wurden alle UEs bezeichnet, die von den Therapeuten als *eindeutige Therapiefolge* eingestuft wurden. Würden auch die UEs als ATRs gezählt, die als *wahrscheinliche Therapiefolge* oder *eher Therapiefolge* galten, dann würde die Rate von Nebenwirkungen auf 63 % der Fälle ansteigen. Würden alle Kategorien mit sozialen Bezügen zusammengenommen, dann wurden in den Behandlungsfällen vor allem negative Auswirkungen in sozialen Dimensionen festgestellt.

Explorative Korrelationsanalysen zwischen im Interview erhobenen Variablen (wie z. B. Krankheitsdauer, Sitzungszahl, Berufserfahrung des Therapeuten) und der Anzahl an UEs und ATRs in einem Fall ergaben in den meisten Fällen keine signifikanten Zusammenhänge. Tabelle 1 zeigt einen Überblick über die Korrelationen.

Tabelle 1

Korrelationen zwischen unerwünschten Ereignissen und Nebenwirkungen mit Basisvariablen

Variablen	Anzahl unerwünschter Ereignisse (UEs)	Anzahl Nebenwirkungen (ATRs)
Therapeutenvariablen		
Alter des Therapeuten	.07	.05
Jahre Berufserfahrung	-.08	-.02
Anzahl aktueller Patienten	-.06	-.04
Patientenvariablen		
Alter des Patienten	-.24*	.09
Anzahl der Diagnosen	.18	.23*
Dauer der aktuellen Störung in Monaten	.10	.15
Summe FSCL	.13	-.22*
Prozessvariablen		
Anzahl bisheriger Sitzungen	.55***	.30**
Dauer der Therapien in Monaten	.53***	.30**

Erläuterung. Berechnet wurde eine Pearson Korrelationen zwischen der Anzahl von Unerwünschten Ereignissen und Nebenwirkungen pro Behandlungsfall mit Variablen der Therapeuten, der Patienten, oder Therapierahmenbedingungen. UE = unwanted event; ATR = adverse treatment reaction. * $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Die Anzahl an Therapiesitzungen korreliert stark positiv mit der Anzahl unerwünschter Ereignisse ($r = .55$, $p < .001$), aber nur mittel mit der Anzahl an Nebenwirkungen ($r = .30$, $p < .01$). Ein ähnliches Muster ergibt sich für die Dauer der Psychotherapie in Monaten. Bei jüngeren Patienten scheinen mehr Nebenwirkungen aufzutreten als bei Älteren. Die Anzahl an

Diagnosen zu Beginn der Therapie ist mit der Anzahl an Nebenwirkungen positiv korreliert, die aktuelle Symptombelastung in der FSCL hingegen zeigt einen negativen Zusammenhang.

Um vorherzusagen, in welchen Fällen eine Nebenwirkung auftritt oder nicht, wurde eine logistische Regression gerechnet. Das dafür ausgewählte Set an Variablen (Variablen der Krankheitsgeschichte der Patienten oder Variablen des Therapeuten) konnte die Zuordnung in die Gruppe von Patienten mit oder ohne Nebenwirkungen signifikant über Zufall hinaus verbessern ($X^2(9) = 18.417$, $p < .05$). Allerdings war die Effektstärke mit Nagelkerke's $R^2 = .23$ sehr klein. Die korrekte Zuordnung in die Gruppe von Patienten mit oder ohne Nebenwirkungen mit Hilfe der Prädiktoren gelang in lediglich 63 % der Fälle. Im Vergleich dazu erreichte das Zufallsmodell eine richtige Zuordnung in 57 % (für die detaillierte Teststatistik siehe Schermuly-Haupt et al., 2018).

Ein relevanter Nebenbefund aus dieser Untersuchung war, dass 29 % der Therapeuten Nebenwirkungen bei sich selbst beobachtet haben, wie z. B. „Ich habe zu viel von der der Therapie mit nach Hause genommen, war erschöpft und habe mich überlastet gefühlt“.

3.3 Beantwortung der Forschungsfrage 3: Dauer und Schweregrad von Nebenwirkungen

Die Mehrheit der Nebenwirkungen (60 %) wurde als *leicht* bis *mittel* belastend eingeschätzt. Jedoch wurden 35 % aller Nebenwirkungen als *schwer* beeinträchtigend klassifiziert, so dass Gegenmaßnahmen ergriffen werden mussten (z. B. ein zusätzlicher Termin in der Woche). *Schwere* beeinträchtigende Nebenwirkungen traten in 18 Fällen auf. Bei drei Patienten wurden die Nebenwirkungen sogar als *sehr schwer* eingeschätzt. Immerhin wurde keine Nebenwirkung identifiziert, die sich *extrem* belastend ausgewirkt habe. Suizidversuche im bisherigen Behandlungsverlauf wurden in der gesamten Stichprobe nicht berichtet. Über 90 % der Nebenwirkungen wurden als vorübergehend eingeschätzt, mit jeweils 32 %, die lediglich *Stunden* oder *Tage* angehalten haben und noch 21 %, die *Wochen* andauert haben. Als *überdauernd* wurden 9 % aller Nebenwirkungen kategorisiert. In Schermuly-Haupt et al. (2018) finden sich im Anhang des Artikels Beispiele für Nebenwirkungen, die von den Therapeuten als *schwer* und *überdauernd* eingeschätzt wurden. In den Fällen von (mutmaßlich) *überdauernden* Nebenwirkungen handelte es sich beispielsweise um Kontaktabbrüche zu Familienmitgliedern oder Trennungen.

In der Zusammenschau scheinen fast in der Hälfte aller Fälle Nebenwirkungen aufzutreten, welche aber zumeist nur *leicht* bis *mittel* belastend sind und in den meisten Fällen vorübergehend sind.

4 Diskussion

4.1 Theoretische Implikationen

Mit der Entwicklung der UE-ATR Checkliste ist es gelungen, ein Instrumentarium für eine systematische Untersuchung von Psychotherapieebenenwirkungen bereitzustellen, dessen Einsatz sich in einer Stichprobe von Psychotherapeuten in Ausbildung bewährt hat. Das Instrument erlaubt die konzeptuell wichtige Unterscheidung von UEs und ATRs und hilft den Begriff der Nebenwirkung genauer zu fassen. Das Konzept stellt Überlegungen zur Kausalität in den Mittelpunkt, was wiederum hilft, nicht intendierte Nebenwirkungen von Kunstfehlerfolgen oder unethischem Verhalten abzugrenzen. Die Zuordnung der von den Therapeuten berichteten Beispiele in die Kategorien der UE-ATR Checkliste erweist sich als reliabel, ebenso wie die Bestimmung der Kategorien „Bezug zur Therapie“. Ähnlich gute Werte fanden auch Boettcher et al. (2014) in ihrer Untersuchung von internetbasierter Psychotherapie unter Einsatz einer adaptierten UE-ATR Checkliste. Eine Erweiterung der UE-ATR Checkliste kann durchaus erwogen werden, da ein Teil der Nennungen der Beispiele (8 %) sich nicht in eine bestehende Kategorie einordnen ließ. Andererseits kann auch diskutiert werden auf bestimmte Kategorien zu verzichten, die sich in wiederholten Untersuchungen nicht zeigen oder nicht sinnvoll nutzen lassen wie z. B. die Kategorie „Misserfolg“, die eher als Kontrollkategorie interessant sein könnte. Misserfolg stellt zwar ein häufiges Problem dar (Jacobi et al., 2012; Nelson & Hiller, 2013), es kann aber sinnvoll sein den (Miss-)Erfolg einer Psychotherapie unabhängig von unerwünschten Begleiterscheinungen bzw. Nebenwirkungen zu betrachten.

Die Ausbildungskandidaten gehen von einer hohen Auftretensrate (51 %) von Nebenwirkungen aus, was von einem vorhandenen Problembewusstsein zeugt. Ähnliche Befunde hatten auch schon Bysted et al. (2014) berichtet. Psychotherapeuten sehen das Potential negativer Effekte ihrer Arbeit, verfügen diesbezüglich aber nicht über ausreichende Kenntnisse aus der Forschung oder Erfahrung wie negative Effekte erfasst werden können. Was die Therapeuten sich vor allem als Nebenwirkung vorstellen und was tatsächlich aufgetreten ist, liegt dabei nicht weit auseinander. Die von den meisten Therapeuten genannten Nebenwirkungen bezogen sich auf die Verschlechterung bestehender Symptome, was in der Untersuchung auch in 9 % der Fälle zu finden war. Allerdings war die Belastung durch die Therapie bei 27 % der Fälle an erster Stelle, was immerhin auch von vielen Therapeuten vorab als Beispiel genannt worden war (54 %). In der Untersuchung zeigten sich

zwar bei 43 % der Fälle Nebenwirkungen, allerdings waren davon nur 18 % schwerwiegender Natur und hielten auch nur selten länger an (8 %).

Die bei der Analyse der zufällig ausgewählten Behandlungsfälle identifizierte Rate von 43 % ist bereits als hoch anzusehen, verglichen mit der Rate einzelner Nebenwirkungen, die z. B. beim Einsatz von Antidepressiva berichtet werden (Uher et al., 2009). Die in unserer Untersuchung gefundene Rate an Nebenwirkungen von Psychotherapie liegt jedoch noch unter den teilweise von Patienten berichteten negativen Effekten. In einer kürzlich veröffentlichten Studie von Abeling et al. (2018), die den INEP einsetzte, gaben 141 von 200 befragten Patienten (71 %) rückblickend an, mindestens einen negativen Effekt in ihrer letzten Psychotherapie erlitten zu haben. Im Mittel gaben die Patienten zwei negative Effekte an, bei einer Spanne von 0-12. Bei Grüneberger et al. (2017) waren es sogar 85 % der 70 befragten Patienten die im Mittel mehr als drei negative Effekte ihrer laufenden Psychotherapie berichteten, bei einer Spanne von 1–13. Die unterschiedlich hohen Raten scheinen den Autoren nach durch den Unterschied zwischen einer zurückliegenden oder laufenden Therapie, die auf Nebenwirkungen untersucht wird, erklärbar. Rheker et al. (2017) fanden in ihrer Untersuchung ähnlich hohe Raten wie in der hier vorliegenden Studie (45-59 %) und weisen darauf hin, dass das Setting (z. B. stationäre Therapie in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Klinik) auf die Höhe der Raten einen Einfluss zu haben scheint. Auch im Vergleich zu den Ergebnissen von Crawford et al. (2016) scheinen sich die hier berichteten Ergebnisse eher im Mittelfeld der jüngst berichteten Befunde anzusiedeln. Möglicherweise lassen sich diese Unterschiede durch die Ziehung der Stichprobe (freiwillige Selektion vs. Zufällige Selektion) und die Perspektive der Befragten (Patient vs. Therapeut) erklären.

Weitere Forschungsbemühungen sollten angestellt werden, die eine Kombination der Berichte der Patienten mit Berichten der Therapeuten realisieren, um eine realistische und valide Größenordnung für das Problem der Psychotherapie Nebenwirkungen zu erhalten. Einen vielversprechenden Ansatz für die Forschung macht die Arbeitsgruppe um Wittmann et al., die die Perspektive der Patienten und Therapeuten mit einer an die UE-ATR Checkliste angelehnten Befragung von Patienten und ihren Therapeuten in verschiedenen Richtlinienverfahren unternehmen (Wittmann et al., 2019).

Leitner et al. (2013) hatten in ihrer Untersuchung gezeigt, dass z. B. die wahrgenommene Belastung („burden caused by therapy“) und das Gefühl der Isolation oder Abhängigkeit vom Therapeuten über die Art der Therapie stark variiert (sie sind eher mit psychodynamischen Therapien assoziiert) und z. B. auch die Kombination aus männlichem Therapeut und

weiblichem Patient ein größeres Risiko birgt. Weitere Forschungsbemühungen sollten in die Richtung zielen, Prädiktoren für das Auftreten von Nebenwirkungen zu identifizieren.

Die Daten zeigen signifikante Zusammenhänge zwischen Variablen des Patienten oder Merkmalen der Therapierahmenbedingungen. So kann aus unserer Untersuchung der Schluss gezogen werden, dass das Risiko von unerwünschten Ereignissen in der Therapie und durch die Therapie ausgelöste Nebenwirkungen mit der Sitzungsanzahl und Dauer der Therapie steigt, also ein „Dosis-Effekt“ vorliegt. Außerdem zeigte sich ein positiver Zusammenhang zwischen der Anzahl der Diagnosen zu Therapiebeginn und der Anzahl an Nebenwirkungen, so dass fraglich ist, welchen Einfluss die Schwere der Erkrankung auf die Entstehung von Nebenwirkungen hat. Andererseits scheinen aufgetretene Nebenwirkungen nicht automatisch zu einem schlechteren Befinden zu führen, was der negative Zusammenhang zwischen den Summenwerten der FSCL und der Anzahl an Nebenwirkungen vermuten lässt. Insgesamt scheint es lohnenswert, weitere Variablen zu identifizieren, die vorhersagen können in welchem Fall mit Nebenwirkungen zu rechnen ist, um ähnlich wie bei Rückmeldeprogrammen bezogen auf den Therapieerfolg ein frühes Einschreiten zu ermöglichen.

4.2 Praktische Implikationen

Die Ergebnisse zeigen, dass sich Psychotherapeuten der möglichen Nebenwirkungen ihrer Arbeit durchaus bewusst sind, allerdings sollte deren mögliches Auftreten in eigenen Behandlungen immer wieder hinterfragt werden, um einem „self serving Bias“ vorzubeugen. Unsere Daten legen nahe, dass Nebenwirkungen ein häufiges Phänomen sind, über das gemeinsam mit dem Patienten gesprochen werden sollte. Es sollte Teil der Psychotherapieausbildung sein, das Monitoring zu nutzen und mit den Therapeuten sowohl die Aufklärung über als auch den Umgang mit Nebenwirkungen zu trainieren. Dabei scheint die Aufklärung über die zu erwartenden (positiven wie negativen) Effekte einer Psychotherapie negativ mit dem Auftreten nachteiliger Erlebnisse für die Patienten zusammenzuhängen (Crawford et al., 2016), ebenso wie das Zusammenspiel aus Erwartung des Patienten und tatsächlichen Erlebnissen in der Therapie viel Einfluss auf die emotionale Reaktion der Patienten auf eine Sitzung zu tun hat (Seligman et al., 2009). Ein Beispiel für Handlungsempfehlungen, wie mit negativen Effekten umgegangen werden, kann erstellte Castonguay et al. (2010). Durch die jüngst gewonnenen Erkenntnisse über negative Effekte und Nebenwirkungen von Psychotherapie könnten darüber hinaus aktuelle, den Forschungsergebnissen angepasste Maßnahmen entwickelt werden.

Es ist bekannt, dass Therapeuten in ihren eigenen Lehrtherapien unangenehme Erlebnisse haben (Macaskill, 1992). Interessanterweise scheinen dabei besonders die Belastung durch die Therapie sowie familiäre Probleme aufzutreten, was sich mit den hier vorliegenden Daten deckt. Wie stark die Therapeuten in Ausbildung jedoch durch das therapeutische Arbeiten an sich negative Effekte oder gar Nebenwirkungen erleben, sollte weitere Aufmerksamkeit bekommen, damit darauf in Supervision und Selbsterfahrung ausreichend Bezug genommen werden kann.

4.3 Limitation der Untersuchung

Die Untersuchung hat einige Limitationen, auf die im Folgenden hingewiesen werden soll. Die Übertragbarkeit der Ergebnisse ist begrenzt durch die Art der untersuchten Stichprobe. Da Psychotherapeuten in Ausbildung interviewt und deren Behandlungsfälle untersucht wurden, lassen sich die Ergebnisse nicht auf Psychotherapeuten mit langjähriger Berufserfahrung generalisieren. Es gibt zwar Befunde, die zeigen, dass Berufserfahrung nicht mit Behandlungserfolgen zusammenhängt (Okiishi et al., 2006), aber dies kann nicht automatisch auf das Auftreten von Nebenwirkungen übertragen werden. Die Ergebnisse sind darüber hinaus nicht auf andere Therapierichtungen übertragbar, da die Teilnehmer nur in verhaltenstherapeutischen Ambulanzen rekrutiert wurden. Auch handelte es sich um eine Untersuchung ambulanter Psychotherapiefälle. Eine Behandlung im stationären Rahmen kann aufgrund des Settings (z. B. der Interaktion mit Mitpatienten) ein davon abweichendes Nebenwirkungsprofil zeigen (Brakemeier et al., 2012). Ebenso können die Ergebnisse nicht auf das Setting von Gruppentherapie übertragen werden. Es gibt allerdings erste empirische Daten, die zeigen, dass es in Gruppentherapien, zumindest vorübergehend, zu noch höheren Raten an negativen Effekten und Nebenwirkungen kommen kann (Schneibel et al., 2017).

Grundlage für die Auswertung waren außerdem nur Beispiele und Ratings von den Therapeuten. Für eine umfassende Untersuchung von Psychotherapienebenwirkungen scheint es zielführend mehrere Perspektiven zusammenzuführen. So kann ein Vergleich der Einschätzung der Patienten selbst und ihrer Behandler wertvolle über die vorliegenden Daten hinausgehende Erkenntnisse produzieren.

In der Untersuchung wurden konsekutive Behandlungsverläufe analysiert. Dadurch könnte es zu einer Unterschätzung der Häufigkeit von Psychotherapienebenwirkungen gekommen sein, da sich in den Daten ein Dosis-Effekt abzeichnet. Andererseits birgt eine retrospektive Untersuchung das Risiko, dass die berichtete Nebenwirkungsrate durch Gedächtniseffekte oder durch eine abschließende Einschätzung des Erfolgs oder ggfs.

Misserfolgs einer Therapie verzerrt wird. Erstreckt sich eine Psychotherapie über einen Zeitraum von vielen Monaten oder Jahren ist nur schwer sicherzustellen, dass im Prozess aufgetretene unerwünschte Effekte nicht vergessen werden oder dass ein Ereignis, was zunächst mit negativen Konsequenzen einherging, rückblickend als positiv bewertet wird, wenn eine Therapie am Ende trotzdem erfolgreich abgeschlossen wird. Abgeschlossene Behandlungsverläufe auf Nebenwirkungen zu untersuchen, ermöglicht andererseits den Therapieerfolg unabhängig von Nebenwirkungen untersuchen zu können und aufzuzeigen, dass es sich dabei um distinkte Konzepte handelt.

4.4 Schlussfolgerung

Das Thema der Psychotherapienebenwirkungen scheint bei Praktikern und Wissenschaftlern auf wachsendes Interesse zu stoßen. Die Publikationspromotion mit der ihr zugrundeliegenden Untersuchung konnte zeigen, dass Psychotherapienebenwirkungen gut operationalisierbar sind und systematisch untersucht werden können. Die Ergebnisse bringen neue Einblicke in die Qualität und Quantität von Psychotherapienebenwirkungen, deren Häufigkeit bisher deutlich unterschätzt worden scheint.

Ausbildungsteilnehmer wie auch praktizierende Psychotherapeuten sollten über aktuelle empirische Befunde zu Psychotherapienebenwirkungen ausreichend informiert werden, damit sie sowohl ihrer Aufklärungspflicht nachkommen als auch ihre Behandlungen besser überwachen können.

5 Literaturverzeichnis

- Abeling, B., Müller, A., Stephan, M., Pollmann, I., & de Zwaan, M. (2018). Negative Effekte von Psychotherapie: Häufigkeit und Korrelate in einer klinischen Stichprobe. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 68(9-10), 428-436. <https://doi.org/10.1055/s-0043-117604>
- Aktionsbündnis Patientensicherheit. (2019, September). *Der Deutsche Preis für Patientensicherheit 2019*. Abgerufen 01. Dezember, 2019, von https://www.aps-ev.de/wp-content/uploads/2019/05/Broschure_DPfP_2019.pdf
- Barlow, D. H. (2010). Negative effects from psychological treatments. A perspective. *American Psychologist*, 65(1), 13-20. <https://doi.org/10.1037/a0015643>
- Bergin, A. E. (1963). The empirical emphasis in psychotherapy: A symposium. The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 10(3), 244-250. <https://doi.org/10.1037/h0043353>
- 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. <https://doi.org/10.1080/00048670903107559>
- Boettcher J., Rozental A., Andersson G., & Carlbring, P. (2014). Side effects in internet-based interventions for Social Anxiety Disorder. *Internet Interventions*, 1(1), 3-11. <https://doi.org/10.1016/j.invent.2014.02.002>
- Boisvert, C. M., & Faust, D. (2003). Leading researchers' consensus on psychotherapy research findings: Implications for the teaching and conduct of psychotherapy. *Professional Psychology: Research and Practice*, 34(5), 508-513. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.34.5.508>
- Boisvert, C. M., & Faust, D. F. (2006). Practising psychologist's knowledge of general psychotherapy research findings. *Professional Psychologist Research and Practice*, 37(6), 708-716. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.37.6.708>
- Brakemeier, E.-L., Breger, V., & Spitzer, C. (2012). Nebenwirkungen von ambulanter und stationärer Psychotherapie. *Verhaltenstherapie & Psychosoziale Praxis*, 44(3), 489-510.
- Bundespsychotherapeutenkammer. (2013). *Informationen zum Patientenrechtegesetz für Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen*. Bundespsychotherapeutenkammer. <https://www.lpk-bw.de/sites/default/files/nachrichten/broschuren/20130923-bptk-infomaterial-patientenrechtegesetz.pdf>

- Bystedt, S., Rozental, A., Andersson, G., Boettcher, J., & Carlbring, P. (2014). Clinicians' perspectives on negative effects of psychological treatments. *Cognitive Behaviour Therapy, 43*(4), 319-331. <https://doi.org/10.1080/16506073.2014.939593>
- Castonguay, L. G., Boswell, J. F., Constantino, M. J., Goldfried, M. R., & Hill, C. E. (2010). Training implications of harmful effects of psychological treatments. *American Psychologist, 65*(1), 34-49. <https://doi.org/10.1037/a0017330>
- Crawford, M., Thana, L., Farquharson, L., Palmer, L., Hancock, E., Bassett, P., Clarke, J., & Parry, G. (2016). Patient experience of negative effects of psychological treatment: Results of a national survey. *British Journal of Psychiatry, 208*(3), 260-265. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.114.162628>
- Dimidjian, S., & Hollon, S. D. (2010). How would we know if psychotherapy were harmful? *American Psychologist, 65*(1), 21-33. <https://doi.org/10.1037/a0017299>.
- Dobson, K., & Beshai, S. (2013). The theory-practice gap in cognitive behavioral therapy: Reflections and a modest proposal to bridge the gap. *Behavior Therapy, 44*(4), 559-567. <https://doi.org/10.1016/j.beth.2013.03.002>
- Dunning, D., Heath, C., & Suls, J. (2004). Flawed self-assessment: Implications for health, education, and the workplace. *Psychological Science in the Public Interest, 5*(3), 69-106. <https://doi.org/10.1111/j.1529-1006.2004.00018.x>
- Festinger, L. (1957). *A theory of cognitive dissonance*. Stanford University Press.
- Fischer-Cornelissen, K. A., & Berchier, P. (1982). Validität und Reliabilität einer Symptom-Checkliste (FSCL): Anwendung in der Psychogeriatric. *Zeitschrift für Gerontologie, 15*(1), 31-37.
- Frohburg, I. (2002). Untersuchung zum Schadensverständnis von GesprächspsychotherapeutInnen. In M. Märtens, & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden* (S. 72-108). Matthias Grünewald-Verlag.
- Grüneberger, A., Einsle, F., Hoyer, J., Strauß, B., Linden, M., & Härtling, S. (2017). Subjektiv erlebte Nebenwirkungen ambulanter Verhaltenstherapie: Zusammenhänge mit Patientenmerkmalen, Therapeutenmerkmalen und der Therapiebeziehung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 67*(8), 338-344. <https://doi.org/10.1055/s-0043-104930>
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielson, S., Smart, D., Shimokawa, K., & Sutton, S. W. (2005). A lab test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology, 61*(2), 155-163. <https://doi.org/10.1002/jclp.20108>

- Hatfield, D., McCullough, L., Frantz, S. H., & Krieger, K. (2010). Do we know when our clients get worse? An investigation of therapists' ability to detect negative client change. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 17(1), 25-32. <https://doi.org/10.1002/cpp.656>.
- Haupt, M.-L., Linden, M., & Strauß, B. (2012). Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen. In M. Linden, & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 1-14). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Hawkins, E., Lambert, M. J., Vermeesch, D., Slade, K., & Tuttle, K. (2004). The therapeutic effects of providing patient progress information to therapists and patients. *Psychotherapy Research*, 14(3), 308-327. <https://doi.org/10.1093/ptr/kph027>
- Herzog, P., Lauff, S., Rief, W., & Brakemeier, E.-L. (2019, advanced online publication). Assessing the unwanted: A systematic review of instruments used to assess negative effects of psychotherapy. *Brain and Behavior*. <https://doi.org/10.1002/brb3.1447>
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G., & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 53(1), 4-16.
- Jacobi, F., Uhmann, S., & Hoyer, J. (2012). Wie häufig ist therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 40(4), 246-256. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000122>
- Jonsson, U., Alaie, I., Parling, T., & Arnberg, F. K. (2014). Reporting of harms in randomized controlled trials of psychological interventions for mental and behavioral disorders: A review of current practice. *Contemporary Clinical Trials*, 38(1), 1-8. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2014.02.005>
- Kalachnik, J. E. (1999). Measuring side effects of psychopharmacologic medication in individuals with mental retardation and developmental disabilities. *Mental Retardation and Developmental Disabilities Research Reviews*, 5(4), 348-359. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-2779\(1999\)5:4<348::AID-MRDD13>3.0.CO;2-N](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-2779(1999)5:4<348::AID-MRDD13>3.0.CO;2-N)
- Ladwig, I., Rief, W., & Nestoriuc, Y. (2014). Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie*, 24(4), 252-263. <https://doi.org/10.1159/000367928>
- Lambert, M. J. (2010). *Prevention of treatment failure: The use of measuring, monitoring, and feedback in clinical practice*. American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/12141-000>

- 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* (5th ed., pp. 139-193). Wiley.
- Leitner, A., Märtens, M., Koschier, A., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H., & Schnyder, U. (2013). Patients perceptions of risky developments during psychotherapy. *Journal of Contemporary Psychotherapy*, 43(2), 95-105. <https://doi.org/10.1007/s10879-012-9215-7>
- Lilienfeld, S. O. (2007). Psychological treatments that cause harm. *Perspectives on Psychological Science*, 2(1), 53-70. <https://doi.org/10.1111/j.1745-6916.2007.00029.x>
- Lilienfeld, S. O., Ritschel, L. A., Lynn, S. J., Cautin, R. L., & Latzman, R. D. (2013). Why many clinical psychologists are resistant to evidence-based practice: Root causes and constructive remedies. *Clinical Psychology Review*, 33(7), 883-900. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2012.09.008>
- Linden, M. (2013). How to define, find and classify side effects in psychotherapy: From unwanted events to adverse treatment reactions. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 20(4), 286-296. <https://doi.org/10.1002/cpp.1765>
- Linden, M., & Haupt, M.-L. (2012). Erfassung Von Nebenwirkungen in der Psychotherapie. In M. Linden, & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 155-166). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Linden, M., & Schermuly-Haupt, M.-L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry*, 13(3), 306-309. <https://doi.org/10.1002/wps.20153>
- Linden, M., Strauß, B., Scholten, S., Nestoriuc, Y., Brakemeier, E.-L., & Wasilewski, J. (2018). Definition und Entscheidungsschritte in der Bestimmung und Erfassung von Nebenwirkungen von Psychotherapie. *Psychotherapie, Psychosomatik, Psychologische Medizin*, 68(09-10), 377-38. <https://doi.org/10.1055/a-0619-5949>
- Macaskill, N. (1992). Psychotherapists-In-Training evaluate their personal therapy: Results of a UK Survey. *British Journal of Psychotherapy*, 9(2), 133-138. doi:[10.1111/j.1752-0118.1992.tb01211.x](https://doi.org/10.1111/j.1752-0118.1992.tb01211.x)
- Macdonald, J., & Mellor-Clark, J. (2015). Correcting psychotherapists' blindsidedness: Formal feedback as a means of overcoming the natural limitations of therapists. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 22(3), 249-257. <https://doi.org/10.1002/cpp.1887>

- Mayou, R. A., Ehlers, A., & Hobbs, M. (2000). Psychological debriefing for road traffic accident victims. *The British Journal of Psychiatry*, *176*(6), 589-593.
<https://doi.org/10.1192/bjp.176.6.589>
- Mays, D. T., & Franks, C. M. (1980). Getting worse. Psychotherapy or no treatment. The jury should still be out. *Professional Psychology*, *11*(1), 78–92. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.11.1.78>
- Mezulis, A. H., Abramson, L. Y., Hyde, J. S., & Hankin, B. L. (2004). Is there a universal positivity bias in attributions? A metaanalytic review of individual, developmental, and cultural differences in the self-serving attributional bias. *Psychological Bulletin*, *130*(5), 711-747. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.130.5.711>
- Moritz, S., Fieker, M., Hottenrott, B., Seeralan, T., Cludius, B., Kolbeck, K., Gallinat, J., & 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. <https://doi.org/10.1016/j.jocrd.2015.02.002>
- Nelson, N. E., & Hiller, W. (2013). Therapeutischer Misserfolg in der ambulanten Psychotherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *42*, 217-229. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000223>
- Noll-Hussong, M. (2012). Primum non nocere, secundus opinio vulnero. Psychotherapie im Fokus des klinischen Risikomanagements. *Psychotherapeut*, *57*(1), 50-55.
<https://doi.org/10.1007/s00278-011-0805-8>
- Nutt, D. J., & Sharpe, M. (2008). Uncritical positive regard? Issues in the efficacy and safety of psychotherapy. *Journal of Psychopharmacology*, *22*(1), 3-6.
<https://doi.org/10.1177/0269881107086283>
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggett, D., Nielsen, S. L., Dayton, D. D., & Vermeersch, D. A. (2006) An analysis of therapist treatment effects: toward providing feedback to individual therapists on their patients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, *62*(9), 1157-1172. <https://doi.org/10.1002/jclp.20272>
- 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*(2-3), 293-301.
<https://doi.org/10.1016/j.psychres.2012.11.026>
- Pence, S. L., Sulkowski, M. L., Jordan, C., & Storch, E. A. (2010). When exposures go wrong: Trouble-shooting guidelines for managing difficult scenarios that arise in

- exposure-based treatment for obsessive compulsive disorder. *American Journal of Psychotherapy*, 64(1), 39-53. <https://doi.org/10.1176/appi.psychotherapy.2010.64.1.39>
- Peterson, A. L., Roache, J. D., Raj, J., & Young-McCaughan, S. (2013). The need for expanded monitoring of adverse events in behavioral health clinical trials. *Contemporary Clinical Trials*, 34(1), 152-154. <https://doi.org/10.1016/j.cct.2012.10.009>
- Peth, J., Jelinek, L., Nestoriuc, Y., & Moritz, S. (2018). Unerwünschte Effekte von Psychotherapie bei depressiven Patienten-Erste Anwendung der Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale (PANEPS). *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 68(09-10), 391-398. <https://doi.org/10.1055/s-0044-101952>
- Rheker, J., Beisel, S., Kräling, S., & Rief, W. (2017). Rate and predictors of negative effects of psychotherapy in psychiatric and psychosomatic inpatients. *Psychiatry Research*, 254,143-150. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2017.04.042>
- Robert Koch Institut. (2008). Psychotherapeutische Versorgung (Gesundheitsberichterstattung des Bundes, Heft 41). Bundesministerium für Gesundheit. <https://doi.org/10.25646/3118>
- Schermuly, C. C., Schermuly-Haupt, M.-L., Schölmerich, F., & Rauterberg, H. (2014). Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie...Negative Effekte von Coaching. *Zeitschrift für Arbeits-und Organisationspsychologie*, 58(1), 17-33. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000129>
- Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(3), 219-229. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>
- Schermuly-Haupt, M.-L., & Linden, M. (2020, advanced online publication). Erwartungen und Kenntnisse von Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie zu Psychotherapienebenwirkungen. *Verhaltenstherapie*. <https://doi.org/10.1159/000505594>
- Schneibel, R., Wilbertz, G., Scholz, C., Becker, M., Brakemeier, E. L., Bschor, T., Zobel, I., & Schmoll, E. (2017). Adverse events of group psychotherapy in the in-patient setting. Results of a naturalistic trial. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 136(3), 1-12. <https://doi.org/10.1111/acps.12747>
- Seligmann, L. D., Wuyek, L. A., Geers, A. L., Hovey, J. D., & Motley, R. L. (2009). The effects of inaccurate expectations on experiences with psychotherapy. *Cognitive Therapy Research*, 33(2), 139-149. <https://doi.org/10.1007/s10608-007-9174-6>
- Strauß, B., Strupp, H. H., Burgmeier-Lohse, M., Wille, H. & Storm, S. (1992). Deutschsprachige Version der Vanderbilt-Psychotherapie-Skalen: Beschreibung und

- Anwendung in zwei Kurztherapien. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 40, 411-430.
- 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.
- Uher, R., Farmer, A., Henigsberg, N., Rietschel, M., Mors, O., Maier, W., . Kozel, D., Hauser J., Souery, D., Placentino, A., Strohmaier, J., Perroud, N., Zobel, A., Rajewska-Rager, A., Dernovsek, M. Z., Larsen E. R., Kalember, P., Giovannini, C., Barreto, M., McGuffin, P., & Aitchison, K. (2009). Adverse reactions to antidepressants. *British Journal of Psychiatry*, 195(3), 202-210. <https://doi.org/10.1192/bjp.bp.108.061960>
- Vaughan, B., Goldstein, M. H., Alikakos, M., Cohen, L. J., Serby, M. J. (2014). Frequency of reporting of adverse events in randomized controlled trials of psychotherapy vs. psychopharmacotherapy, *Comprehensive Psychiatry*, 55(4), 849-855. <https://doi.org/10.1016/j.comppsy.2014.01.001>
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644. <https://doi.org/10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644>
- Wirtz, M. A., & Caspar, F. (2002). *Beurteilerübereinstimmung und Beurteilerreliabilität: Methoden zur Bestimmung und Verbesserung der Zuverlässigkeit von Einschätzungen mittels Kategoriensystemen und Ratingskalen*. Hogrefe.
- Wittmann, L., Linden, M., & Blomert, E. (2019). *Notwendig? Erwartbar? Erwünscht? Belastungen während einer Psychotherapie aus Sicht von Patienten und ihren Therapeuten-eine empirische Studie*. Abgerufen am 04. September, 2019, von https://www.psychotherapeutenkammer-berlin.de/system/files/blomert_belastudie_ptk.pdf

Anhang

Anhangsverzeichnis

Anhang I: Eidesstattliche Versicherung	1
Anhang II: Anteilserklärung	3
Anhang III: Druckexemplare der für die Publikationspromotion ausgewählten Artikel	6
Anhang IV: Auszug aus dem Interviewleitfaden	29
Anhang V: Lebenslauf	41
Anhang VI: Vollständige Publikationsliste	44
Anhang VII: Danksagung	47

Anhang I: Eidesstattliche Versicherung

Eidesstattliche Versicherung

„Ich, Marie-Luise Schermuly-Haupt, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Systematische Erfassung von Nebenwirkungen ambulanter Verhaltenstherapie“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu Methodik und Resultaten werden von mir verantwortet.

Meine Anteile an etwaigen Publikationen zu dieser Dissertation entsprechen denen, die in der untenstehenden gemeinsamen Erklärung mit dem Betreuer, angegeben sind. Für sämtliche im Rahmen der Dissertation entstandenen Publikationen wurden die Richtlinien des ICMJE (International Committee of Medical Journal Editors; www.icmje.org) zur Autorenschaft eingehalten. Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

Datum

Dipl.-Psych. Marie-Luise Schermuly-Haupt

Anhang II: Anteilserklärung

Anteilerklärung an den erfolgten Publikationen

Dipl.-Psych. Marie-Luise Schermuly-Haupt hatte an den aufgeführten Publikationen folgenden Anteil:

Publikation 1: Linden, M., & Schermuly-Haupt, M.-L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry, 13*(3), 306-309. <https://doi.org/10.1002/wps.20153>

Dipl.-Psych. Marie-Luise Schermuly-Haupt ist Co-Autorin des Textes. Die Literaturrecherche wurde überwiegend von ihr durchgeführt. Das Grundkonzept der Arbeit wurde von Herrn Prof. Dr. Linden erstellt. Die Ausarbeitung des Manuskriptes erfolgte in enger Kooperation beider Autoren.

Publikation 2: Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted events and side effects in cognitive behavior therapy. *Cognitive Therapy and Research, 42*(2), 219-229. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>

Dipl.-Psych. Marie-Luise Schermuly-Haupt ist Erstautorin des Textes. Diese Arbeit berichtet über die Hauptstudie ihrer Dissertation. Die Konzeption und Entwicklung des Designs sowie der Methodik erfolgte in Kooperation mit Herrn Prof. Dr. Linden. Die Datenerhebung und Datenauswertung wurde vollständig von ihr durchgeführt. Aus ihrer statistischen Auswertung sind Abbildung 2, Tabelle 1, 2 und 3 entstanden. Die Literaturrecherche sowie Ergebnisdiskussion ist überwiegend von ihr durchgeführt worden. Die Erstellung des Manuskriptes ist mehrheitlich von ihr ausgeführt worden, Herr Prof. Dr. Linden und Herr Prof. Rush haben das Manuskript überarbeitet und ergänzt.

Publikation 3: Schermuly-Haupt, M.-L., & Linden, M. (2020, advanced online publication). Erwartungen und Kenntnisse von Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie zu Psychotherapienebenwirkungen. *Verhaltenstherapie*. <https://doi.org/10.1159/000505594>

Dipl.-Psych. Marie-Luise Schermuly-Haupt ist Erstautorin des Textes. Die Literaturrecherche, Konzeption und Entwicklung der Methodik, Datenerhebung und Datenauswertung sowie Ergebnisdiskussion sind vollständig von ihr durchgeführt worden. Aus ihrer statistischen Auswertung sind Abbildung 1 und Tabelle 1 entstanden. Die Erstellung des Manuskriptes ist mehrheitlich von ihr ausgeführt und von Herrn Prof. Dr. Linden überarbeitet und ergänzt worden.

Unterschrift, Datum und Stempel des betreuenden Hochschullehrers

Unterschrift der Doktorandin

Anhang III: Druckexemplare der für die Publikationspromotion ausgewählten Artikel

Linden, M., & Schermuly-Haupt, M.-L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry, 13*(3), 306-309.

<https://doi.org/10.1002/wps.20153> (Impact Factor: 34,0; Stand 2018)

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research, 42*(2), 219-229.

<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y> (Impact Factor 2,8; Stand 2019)

Schermuly-Haupt, M.-L., & Linden, M. (2020, advanced online publication). Erwartungen und Kenntnisse von Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie zu

Psychotherapienebenwirkungen. *Verhaltenstherapie*. <https://doi.org/10.1159/000505594>

(Impact Factor: 1,1; Stand 2019)

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Linden, M., & Schermuly-Haupt, M.-L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry, 13*(3), 306-309.

<https://doi.org/10.1002/wps.20153>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Linden, M., & Schermuly-Haupt, M.-L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry, 13*(3), 306-309.

<https://doi.org/10.1002/wps.20153>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Linden, M., & Schermuly-Haupt, M.-L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry, 13*(3), 306-309.

<https://doi.org/10.1002/wps.20153>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Linden, M., & Schermuly-Haupt, M.-L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry, 13*(3), 306-309.

<https://doi.org/10.1002/wps.20153>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 219-229.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 219-229.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 219-229.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 219-229.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 219-229.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 219-229.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 219-229.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 219-229.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 219-229.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 219-229.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 219-229.
<https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., & Linden, M. (2020, advanced online publication). Erwartungen und Kenntnisse von Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie zu Psychotherapienebenwirkungen. *Verhaltenstherapie*. <https://doi.org/10.1159/000505594>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., & Linden, M. (2020, advanced online publication). Erwartungen und Kenntnisse von Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie zu Psychotherapienebenwirkungen. *Verhaltenstherapie*. <https://doi.org/10.1159/000505594>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., & Linden, M. (2020, advanced online publication). Erwartungen und Kenntnisse von Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie zu Psychotherapienebenwirkungen. *Verhaltenstherapie*. <https://doi.org/10.1159/000505594>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., & Linden, M. (2020, advanced online publication). Erwartungen und Kenntnisse von Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie zu Psychotherapienebenwirkungen. *Verhaltenstherapie*. <https://doi.org/10.1159/000505594>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., & Linden, M. (2020, advanced online publication). Erwartungen und Kenntnisse von Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie zu Psychotherapienebenwirkungen. *Verhaltenstherapie*. <https://doi.org/10.1159/000505594>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., & Linden, M. (2020, advanced online publication). Erwartungen und Kenntnisse von Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie zu Psychotherapienebenwirkungen. *Verhaltenstherapie*. <https://doi.org/10.1159/000505594>

Aus Lizenzgründen werden die Originalarbeiten in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Schermuly-Haupt, M.-L., & Linden, M. (2020, advanced online publication). Erwartungen und Kenntnisse von Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie zu Psychotherapienebenwirkungen. *Verhaltenstherapie*. <https://doi.org/10.1159/000505594>

Anhang IV: Auszug aus dem Interviewleitfaden

Matrial IV – UE-ATR Nebenwirkungen

Standardisiertes Interview zum Raten Unerwünschter Ereignisse in der Psychotherapie

Interviewnummer: _____ Datum: _____ Beginn des Interviews: _____ Ende des Interviews: _____

Hinweise: Das Interview wird chronologisch durchgeführt. Vorgegebene Antwortmöglichkeiten (blau markiert) werden dem Befragten vorgelesen und dann angekreuzt. Andere Fragen sind offen gestellt, so dass die Antwort des Befragten mitgeschrieben werden muss. Dies ist durch Linien gekennzeichnet. Zu Beachten sind Sprungregeln (durch Pfeile am rechten Rand gekennzeichnet). Wird eine Antwortalternative gewählt, die entsprechend mit einem Pfeil markiert ist, kann der Interviewer die nächsten Fragen auslassen und führt das Interview an der Stelle fort, wo der Pfeil ihn hinführt. Dadurch kann sehr viel Zeit bei der Durchführung gespart werden. Bei Angaben zum Schweregrad und Therapiebezug wird die Antwort des Befragten im linken Kästchen notiert, parallel dazu unternimmt der Interviewer ein eigenes Rating vor und markiert das entsprechende graue Kästchen. Die Kontextfaktoren werden nur vom Interviewer geratet. Zusätzlich wird die Dauer eines UEs erfragt, ob das UE erwartet wurde oder einen Behandlungsfehler aus Sicht des Therapeuten darstellt.

Interviewer: Im Folgenden werden wir Sie nun nach möglichen unerwünschten Ereignissen zu Ihrem Fall befragen. Im ersten Schritt bitten wir Sie anzugeben, ob Sie mögliche unerwünschte Ereignisse im Verlauf der Therapie bemerkt haben. Im Anschluss werden Sie über den Schweregrad bzw. die Intensität der unerwünschten Ereignisse befragt und in welchem Zusammenhang Sie diese Ereignisse mit der Psychotherapie sehen. Abschließend bitten wir Sie zu überlegen was die diese Nebenwirkungen verursacht haben könnte.

Bitte überlegen Sie nun, ob im Verlauf Ihrer Behandlung unerwünschte Ereignisse aufgetreten sind.

1. Empfinden Sie das bisherige Therapieergebnis als unzureichend? Ja / Nein
 (z.B. Wurden zu erwartende/ notwendige Unterziele nicht erreicht?)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad der Folgen an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen dem bislang unzureichenden Therapieergebnis und der Therapie ein. (z.B. Wie sehr sind die unzureichenden Ergebnisse auf die Therapie selbst zurückzuführen?)

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Welche Ursachen sehen Sie für die unzureichenden Therapieergebnisse? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

Empfindet Ihr Patient das bisherige Therapieergebnis als unzureichend? Ja / Nein

Vorübergehend

- Stunden
- Tage
- Wochen
- Monate

überdauernd

Erwartet

unerwart

BF

2. Wurde die Behandlungsdauer verlängert?

Ja / Nein

(z.B. Konnte die Therapie nicht wie geplant/ gewünscht beendet werden? Wurde sie unnötig verlängert?)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen der Verlängerung der Behandlungsdauer und der Therapie selbst ein. (z.B. Wie sehr ist die Verlängerung der Therapie auf die Therapie selbst zurückzuführen?)

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Welche Ursachen sehen Sie für die Verlängerung der Behandlungsdauer? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

Glaubt Ihr Patient, dass die Behandlung länger dauert als erhofft?

Ja / Nein

3. Gab es Probleme mit der Komplianz des Patienten?

Ja / Nein

(z.B. Kam er häufig zu spät/ ließ er Stunden ausfallen oder verweigerte seine Mitarbeit?)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen der unzureichenden Komplianz und der Therapie selbst ein. (z.B. Wie sehr war die unzureichende Komplianz durch die Therapie bedingt?)

Vorübergehend

- Stunden
- Tage
- Wochen
- Monate
- überdauernd

- Erwartet
- unerwart

BF

Vorübergehend

- Stunden
- Tage
- Wochen
- Monate
- überdauernd

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Erwartet
 unerwart

Welche Ursachen sehen Sie für die mangelnde Komplianz des Patienten? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

BF

4. Traten im Verlauf der Behandlung neue Symptome auf? Ja / Nein
(z.B. Ängste, negativer Affekt, Autoaggression, Wahn, etc.)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Vorübergehend
 Stunden
 Tage
 Wochen
 Monate
 überdauernd

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen dem Auftreten neuer Symptome und der Therapie selbst ein.
(z.B. Gibt es einen Zusammenhang zwischen den neuen Symptomen und der Behandlung?)

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Erwartet
 unerwart

Welche Ursachen sehen Sie für das Auftreten neuer Symptome? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

BF

5. Kam es im Verlauf der Behandlung zur Verschlechterung von Symptomen? Ja / Nein
(z.B. schlechtere Stimmung, Zunahme von Ängsten, eventuell Suizidalität?)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:



Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen der Verschlechterung von Symptomen und der Therapie selbst ein. (z.B. Gibt es einen Zusammenhang zwischen den verschlechterten Symptomen und der Behandlung?)

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Welche Ursachen sehen Sie für die Verschlechterung bestehender Symptome? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

6. **Fühlte sich der Patient im Verlauf der Behandlung unwohl?** Ja / Nein
 (z.B. Klagte er über niedriges Wohlbefinden? War er unzufrieden? Kam er ungern zu den Sitzungen?)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen dem geringen Wohlbefinden und der Therapie selbst ein. (z.B. Gibt es einen Zusammenhang zwischen dem Unwohlsein und der Behandlung?)

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Welche Ursachen sehen Sie für das mangelnde Wohlbefinden in der Therapie? _____

Vorübergehend

- Stunden
- Tage
- Wochen
- Monate

überdauernd

Erwartet

unerwart

BF

Vorübergehend

- Stunden
- Tage
- Wochen
- Monate

überdauernd

Erwartet

unerwart

BF

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

7. Haben Sie Spannungen in der Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Patienten bemerkt? Ja / Nein
(z.B. Gab es Beziehungstests, Konflikte oder schwierige Interaktionen?)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen den Spannungen in der Patient-Therapeut-Beziehung und der Therapie selbst ein.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Welche Ursachen sehen Sie für die Probleme in der Therapiebeziehung? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

8. War die Beziehung zwischen Ihnen und Ihrem Patienten außerordentlich gut? Ja / Nein
(z.B. Gab es Kontakte außerhalb der Sitzungen? Zeigte der Patient Abhängigkeitserscheinungen?)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Vorübergehend

- Stunden
- Tage
- Wochen
- Monate
- überdauernd

- Erwartet
- unerwart

BF

Vorübergehend

- Stunden
- Tage
- Wochen
- Monate
- überdauernd

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen der sehr guten Therapiebeziehung und der Therapie selbst ein.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Erwartet
 unerwart

Welche Ursachen sehen Sie für die besonders gute Therapiebeziehung? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

BF

9. Kam es im Verlauf der Therapie zu familiären Problemen? Ja / Nein

(z.B. vermehrte Streitigkeiten? Krise des Partners?)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Vorübergehend
 Stunden
 Tage
 Wochen
 Monate
überdauernd

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen den familiären Problemen und der Therapie ein.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Erwartet
 unerwart

Welche Ursachen sehen Sie für die Probleme in den familiären Beziehungen? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

BF

10. Kam es im Verlauf der Therapie zu Änderungen in den familiären Beziehungen? Ja / Nein

(z.B. Trennungen, Scheidungen, Schwangerschaften)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:



Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen den Änderungen der familiären Beziehungen und der Therapie ein.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Welche Ursachen sehen Sie für die Veränderung der familiären Beziehungen? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

11. Kam es im Verlauf der Therapie zu Problemen im Beruf?
(z.B. Versetzungen/ Mobbing/ Finanzielle Verluste?)

Ja / Nein

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen den beruflichen Problemen und der Therapie ein.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Welche Ursachen sehen Sie für die Probleme im Beruf? _____

Vorübergehend

Stunden

Tage

Wochen

Monate

überdauernd

Erwartet

unerwart

BF

Vorübergehend

Stunden

Tage

Wochen

Monate

überdauernd

Erwartet

unerwart

BF

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

12. Kam es im Verlauf der Therapie zu Veränderungen im Berufsleben? **Ja / Nein**
(z.B. Kündigung)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen den Änderungen im Berufsleben und der Therapie ein.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Welche Ursachen sehen Sie für die Veränderungen im Beruf? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

Vorübergehend

Stunden

Tage

Wochen

Monate

überdauernd

Erwartet

unerwart

BF

13. Wurde Ihr Patient im Verlauf der Therapie arbeitsunfähig? **Ja / Nein**
(z.B. konnte der Patient seiner Arbeit nicht mehr nachgehen? Wurde ein Rentenantrag gestellt?)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Vorübergehend

Stunden

Tage

Wochen

Monate

überdauernd

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen der Arbeitsunfähigkeit und der Therapie ein.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Erwartet
 unerwart

Welche Ursachen sehen Sie für die Arbeitsunfähigkeit des Patienten? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

14. Gab es im Verlaufe der Therapie Veränderungen in anderen sozialen Beziehungen? Ja / Nein
(z.B. Trennung einer Partnerschaft, sozialer Rückzug, etc.)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Vorübergehend

Stunden
 Tage
 Wochen
 Monate
überdauernd

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen den Veränderungen sozialer Beziehungen und der Therapie ein.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Erwartet
 unerwart

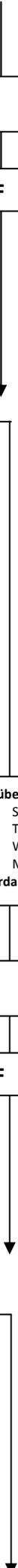
Welche Ursachen sehen Sie für die Veränderungen der sozialen Beziehungen? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

BF

15. Gab es im Verlauf der Therapie sonstige Veränderungen in der Lebenssituation des Patienten? Ja / Nein

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:



Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen diesen Veränderungen und der Therapie ein.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Welche Ursachen sehen Sie für die Veränderungen der Lebenssituation? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

16. **Kam es im Verlauf der Therapie zu Stigmatisierungen oder sozialem Labelling?** **Ja/ nein**
 (Wurde der Patient z.B. auf seine Therapie oder Krankheit angesprochen und erlebte dies als beschämend?)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

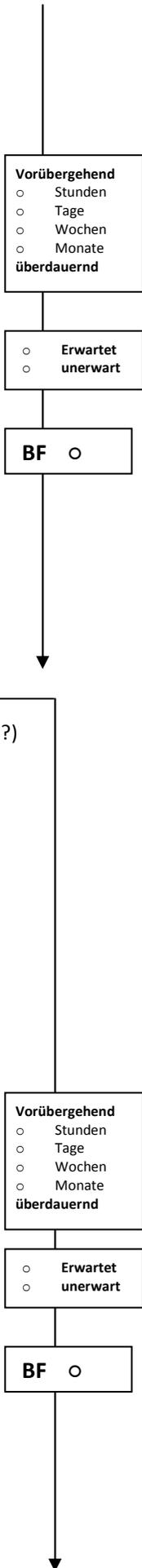
1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen der Stigmatisierung und der Therapie ein.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Welche Ursachen sehen Sie für die soziale Ausgrenzung/ Stigmatisierung? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:



17. **Hat der Patient oder Dritte die Therapie für andere Interessen missbraucht?** Ja/ nein
 (z.B. Rentenbegehren durchgesetzt werden, AU-Verlängerung?)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Bitte geben Sie den Schweregrad an bzw. welche Konsequenzen das für Ihren Patienten hatte/ hat.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen dem Missbrauch und der Therapie ein.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Welche Ursachen sehen Sie für den Missbrauch der Therapie? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

18. **Haben Sie als Behandler selbst Nebenwirkungen Ihrer Arbeit erlebt?** Ja/ nein
 (z.B. Abgrenzungsprobleme? Burn Out?)

Wenn ja: Bitte beschreiben Sie genauer:

Als wie belastend haben Sie diese Nebenwirkungen erlebt?

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
leicht, keine Konsequenzen		mittel, belastend		schwer, Gegenmaßnahmen erforderlich		sehr schwer, überdauernde negative Konsequenz		extrem schwer, stationäre Behandlung, Tod	

Bitte schätzen Sie nun den Zusammenhang zwischen ihrer Belastung und der Therapie ein.

1	1	2	2	3	3	4	4	5	5
ohne Bezug		wahrscheinlich ohne Bezug		eher Therapiefolge		Wahrscheinlich Therapiefolge		eindeutige Therapiefolge	

Welche Ursachen sehen Sie für Ihre Belastungen durch die Therapie? _____

1. Diagnostik	4. Therapieintervention	7. Therapiewirkungen
2. theoretische Orientierung	5. Sensitization Prozesse	8. Therapeut-Patient-Beziehung
3. Wahl des Therapiefokus	6. Enthemmungsprozesse	9. sonstige:

Vorübergehend

- Stunden
- Tage
- Wochen
- Monate
- überdauernd

- Erwartet
- unerwart

BF

Vorübergehend

- Stunden
- Tage
- Wochen
- Monate
- überdauernd

- Erwartet
- unerwart

BF

Anhang V: Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.

Anhang VI: Vollständige Publikationsliste

Vollständige Publikationsliste

1. Artikel in Fachzeitschriften

- Schermuly-Haupt, M.-L., & Linden, M. (2020, advanced online publication). Erwartungen und Kenntnisse von Ausbildungskandidaten in Verhaltenstherapie zu Psychotherapieebenenwirkungen. *Verhaltenstherapie*. <https://doi.org/10.1159/000505594> (Impact Factor: 1,1; Stand 2019)
- Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M., & Rush, A.J. (2018). Unwanted Events and Side Effects in Cognitive Behavior Therapy. *Cognitive Therapy and Research*, 42(2), 219-229. <https://doi.org/10.1007/s10608-018-9904-y> (Impact Factor: 2,8; Stand 2019)
- Linden, M., & Schermuly-Haupt, M.-L. (2014). Definition, assessment and rate of psychotherapy side effects. *World Psychiatry*, 13(3), 306-309. <https://doi.org/10.1002/wps.20153> (Impact Factor: 34,0; Stand 2018)
- Schermuly, C. C., Schermuly-Haupt, M.-L., Schölmerich, F., & Rauterberg, H. (2014). Zu Risiken und Nebenwirkungen lesen Sie...Negative Effekte von Coaching. *Zeitschrift für Arbeits-und Organisationspsychologie*, 58(1), 17-33. <https://doi.org/10.1026/0932-4089/a000129> (Impact Factor: 0,3; Stand 2019)
- Strauß, B., Linden, M., Haupt, M.-L., & Kaczmarek, S. (2012). Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. *Psychotherapeut*, 57(5), 385-394. <https://doi.org/10.1007/s00278-012-0932-x> (Impact Factor: 0,4; Stand 2019)
- Haupt, M.-L., & Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie. Das ECRS-ATR- Schema. *Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 13, 9-28.
- Lieberei, B., Haupt, M.-L., & Linden, M. (2011). Zeigen sich unerwünschte Effekte der Psychotherapie? *MMW Fortschritte der Medizin*, 39, 35-37.

2. Buchbeiträge

- Haupt, M.-L., Linden, M., & Strauß, B. (2012). Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen. In M. Linden, & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie: Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung* (S. 1-14). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Linden, M., & Haupt, M.-L. (2012). Erfassung Von Nebenwirkungen in der Psychotherapie. In M. Linden, & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie:*

Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung (S. 155-166). Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.

3. Vorträge:

- Schermuly-Haupt, M.-L. & Linden, M. (2014). Nebenwirkungen ambulanter Verhaltenstherapie in Ausbildungsbehandlungen. Vortrag beim 49. Kongress der deutschen Gesellschaft für Psychologie, Bochum, 21.- 25. September.
- Schermuly-Haupt, M.-L., Linden, M. (2013). Nebenwirkungen ambulanter Verhaltenstherapie - Ergebnisse aus dem Einsatz der UE-ATR-Checkliste in der ambulanten Versorgung. Vortrag beim 22. Rehabilitationswissenschaftlichen Kolloquium der DRV in Mainz, 4.-6-März.
- Haupt, M.-L. (2013). Der nächste Zwischenbericht: Systematische Untersuchung von Nebenwirkungen ambulanter Verhaltenstherapie. Vortrag beim Kolloquium der Forschungsgruppe in Teltow. 25. September.
- Schermuly-Haupt, M.-L. (2012). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie. Vortrag in der Abteilungsübergreifenden Weiterbildung der Abteilung Verhaltenstherapie und Psychosomatik am Reha-Zentrum Seehof der DRV Bund in Teltow, 23. August.
- Schermuly-Haupt, M.-L. (2012). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Psychotherapie. Vortrag beim 30. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der deutschen Gesellschaft für Psychologie, Luxemburg, 17.-19. Mai.
- Haupt, M.-L. (2011). Nebenwirkungen von Psychotherapie. Vortrag auf dem Eröffnungsabend des Studienjahres 2011/2012 des Institut für Verhaltenstherapie Berlin (IVB), 22. August.
- Haupt, M.-L. (2011). Vorstellung des Dissertationsprojektes: Systematische Untersuchung von Nebenwirkungen ambulanter Verhaltenstherapie. Vortrag beim Kolloquium der Forschungsgruppe in Teltow. 09 März.

4. Poster

- Brakemeier, E. L., Oedekoven, C., Quante, A., Haupt, M.-L., Kathmann, N. & Bajbouj, M. (2008). Effects of Electroconvulsive Therapy on the Autobiographical Memory of Depressed Patients. Postervorstellung auf dem XXVI CINP Kongress in München, 13.-17.07.2008.

Anhang VII:

Danksagung

Ich danke Herrn Prof. Dr. Michael Linden als meinem Betreuer für die vielen Anregungen zu unserer gemeinsamen Untersuchung und für die Begleitung des Promotionsvorhabens. Ich habe durch ihn viel über den wissenschaftlichen Betrieb lernen dürfen und verinnerlicht, dass wissenschaftliche Erkenntnisse nur nützlich sind, wenn sie veröffentlicht werden. Ich bin ihm dankbar für die ausdauernde Unterstützung.

Desweiteren gilt mein Dank den Leitern der Ausbildungsinstitute, die einer Teilnahme an der Untersuchung zugestimmt haben und jedem einzelnen Therapeuten, der interessiert an dem Interview teilgenommen hat. Ohne die konstruktive Haltung der Institutsleiter und ihrer Ausbildungskandidaten wäre die Untersuchung nicht möglich gewesen.

Bedanken möchte ich mich außerdem bei den Gutachtern, die sich die Zeit genommen haben diese Publikationspromotion zu bewerten.

Ein herzlicher Dank gebührt nicht zuletzt meinem Ehemann, mit dem ich immer wieder aktuelle wissenschaftliche Erkenntnisse und die Bedeutung der Daten diskutieren konnte. Dieses Promotionsprojekt hat uns viele gemeinsame Jahre begleitet.