

Risiken und Fehlerquellen in der Psychotherapie konstruktiv wenden – ein Plädoyer für personzentriertes Vorgehen?

Silke Birgitta Gahleitner, Katharina Gerlich, Heidemarie Hinterwallner & Alexandra Koschier
Donau-Universität Krems, Österreich

Psychotherapie wirkt. Es erstaunt daher nicht, dass es in diesem Geschehen auch zu Risiken und negativen Effekten kommt. Dies ist zwar schon lange bekannt, dennoch wurden diese in der Psychotherapieforschung erst in den letzten Jahren stärker Thema. Die Donau-Universität Krems, das dortige Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, hat sich diesen potenziellen Risiken und Fehlerquellen in psychotherapeutischen Prozessen in einem mixed-method Design gewidmet. Die Ergebnisse des Projekts lassen keinen Zweifel daran, dass Psychotherapie auch mit Symptomverschlechterungen und/oder Verschlechterung der Lebensqualität einhergehen kann. Die Ergebnisse zeigen jedoch auch, dass es Wege gibt, die Risiken zu reflektieren und einzudämmen. Dieses Ergebnis verweist auch auf schulenspezifische Aspekte. Der Artikel reflektiert diese Tatsache im Hinblick auf die humanistischen Verfahren im Allgemeinen und die personzentrierte Ausrichtung im Spezifischen.

Schlüsselwörter: Risiken und Nebenwirkungen, Psychotherapieforschung, partizipative Orientierung, dialogische Beziehung

Addressing Risks and Sources of Error in Psychotherapy Constructively — a Plea for a Person-Centred Approach? Psychotherapy is effective. It is therefore not surprising that risks are also entailed in psychotherapeutic processes and that they may lead to negative effects. However, it is only in the last few years that psychotherapy researchers have begun to pay more attention to such risks and errors. The Department of Psychotherapy and Biopsychosocial Health of Danube University Krems has investigated these potential risks and sources of error in psychotherapeutic processes in a complex mixed-method design. The results of the project leave no doubt that psychotherapy can also be associated with a worsening of symptoms and/or a deterioration of the quality of life. They also provide information on the prevalence and causes of psychotherapeutic errors and means of addressing them, and point towards concrete ways in which risks can be reflected upon and contained. The results also draw attention to modality-specific aspects. This article reflects upon these results with regard to the humanistic therapies in general and the person-centred approach in particular.

Keywords: risks and side effects, psychotherapy research, participative orientation, dialogical relationship

Silke Birgitta Gahleitner, geb. 1966, studierte Soziale Arbeit und promovierte in Klinischer Psychologie, arbeitete langjährig als Sozialarbeiterin und Psychotherapeutin in sozialtherapeutischen Einrichtungen sowie in eigener Praxis. Seit 2006 Professorin für Klinische Psychologie und Sozialarbeit an der ASH Berlin, seit 2012 Universitätsprofessorin an der Donau-Universität Krems am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit in der Funktion der Zentrumsleitung für das Zentrum Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen tätig.

Katharina Gerlich, Mag.^a Dr.ⁱⁿ, geb. 1971, Soziologin, ist seit 2009 wissenschaftliche Mitarbeiterin und Vortragende am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit der Donau-Universität Krems. Ihre Forschungsschwerpunkte liegen im Bereich qualitativer soziologischer Erhebungs- und Analyseverfahren zu spezifischen Fragestellungen der psychosozialen Interventionen, Psychotherapieforschung und Gender Studies.

Heidemarie Hinterwallner, MA MA, geb. 1986, studierte Soziologie an der Universität Wien und Klinische Sozialarbeit an der Fachhochschule Campus Wien. Seit 2008 als Wissenschaftliche Mitarbeiterin und seit 2012 Lehrgangsführerin des Universitätslehrgangs Psychotherapeutisches Propädeutikum am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit tätig.

Alexandra Koschier, geb. 1967, studierte Psychologie an der Universität Wien und arbeitete als Klinische- und Gesundheitspsychologin. Seit 2007 als wissenschaftliche Mitarbeiterin am Zentrum Integrative Therapie und Psychosoziale Interventionen im Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit an der Donau-Universität Krems tätig.

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. Silke Birgitta Gahleitner, Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, Dr.-Karl-Dorrek-Straße 30, 3500 Krems, Österreich. silke.gahleitner@donau-uni.ac.at

Mehr als 60 Jahre nach Eysencks (1952) kritischem Review zur Lage der Psychotherapie steht die grundsätzliche Wirksamkeit psychotherapeutischer Hilfen nicht mehr infrage. Mit breit angelegten Metaanalysen kann seit Ende der 1970er-Jahre (u. a. Smith et al., 1980) aufgezeigt werden, dass psychotherapeutische Interventionen im Allgemeinen eine hohe, positive Wirkung über alle Psychotherapieverfahren hinweg erzielen (u. a. Grawe et al., 1994; Lambert & Ogles, 2004; Strauß & Wittmann, 2005; aktuell Lambert, 2013). Über viele Jahre hinweg fokussierten sich Qualitätsprüfungen allerdings allein auf die Effektivität von Psychotherapie. Qualitätssicherung für psychosoziale Versorgungsformen stellt jedoch ein komplexeres Unterfangen dar als die aktuelle auf RCT-Studien (randomized controlled trials) fokussierte evidenz-basierte Forschungstradition der Psychotherapieforschung glauben machen möchte (vgl. dazu kritisch u. a. Sommerfeld & Hüttemann, 2007; zusammenfassend Schröder & Gahleitner, 2012).

Befragt man z. B. Patienten und Patientinnen selbst danach, welche Veränderungen die Psychotherapie bei ihnen bewirkt hat, wird deutlich, dass sie Behandlungsergebnisse häufig ganz anders bewerten, als sie durch übliche Outcome-Messungen beschrieben werden, nicht selten valider und aussagekräftiger (Bachelor & Horvath, 1999). Bereits Strupp (1969) hatte auf die Notwendigkeit und die Bedeutung der individuellen Bewertung der Wirksamkeit von Psychotherapie durch Patienten und Patientinnen hingewiesen. Qualitätssicherung in der Psychotherapie dient in erster Linie dem Patientenschutz (Laireiter & Vogel, 1998) und sollte sich eines breiten Spektrums von Beobachtungsperspektiven, z. B. Selbst- und Fremdbeurteilung, bedienen, um diesem Anspruch gerecht zu werden, wie es auch Hilsenroth (2013) in einem Rückblick auf 50 Jahre Psychotherapieforschung fordert: „Therefore, it seems prudent and necessary that a continued discussion, encompassing a range of perspectives on such issues, be offered to facilitate progress in our field“ (S. 2).

Bezieht man die subjektive Perspektive der Behandelten – „the unique inner world of the client“ (Bachelor & Horvath, 1999, S. 163) – ein, zeigt sich beispielsweise, dass bei einem beachtlichen Prozentsatz psychotherapeutischer Behandlungen auch unerwünschte Effekte auftreten (Leitner et al., 2009; vgl. auch Bergin, 1963; Kraus, 2010; Lambert et al., 2002; Lieberei & Linden, 2008; Linden & Strauß, 2013; Spielhofer, 2013). Unter der Vielzahl an Effektivitätsstudien gibt es jedoch erst in den letzten Jahren einige Forschungsprojekte, die sich systematisch mit Risiken und negativen Effekten beschäftigen, obwohl der aktuelle Stand der Forschung keinen Zweifel daran lässt, dass Psychotherapie auch mit Symptomverschlechterungen und/oder Verschlechterung der Lebensqualität einhergehen kann. Verschlechterungen müssen also als zum Therapiegeschehen gehörend akzeptiert werden (Berk & Parker, 2009).

An der Donau-Universität Krems, am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit, ist ein Forschungsteam diesen potenziellen Risiken und Fehlerquellen in psychotherapeutischen Prozessen empirisch nachgegangen. Über vier Jahre hinweg wurden Daten aus unterschiedlichen Quellen gesammelt, ausgewertet und verglichen. Zusammengefasst lässt sich festhalten: Unerwünschte Wirkungen treten in fast allen psychotherapeutischen Behandlungsverfahren auf, es bestehen jedoch Möglichkeiten, die Risiken zu minimieren. Dieses Ergebnis hat auch einige interessante schulenspezifische Implikationen. Im Folgenden soll diesem Aspekt nach einem Überblick über den Forschungsstand und einem kurzen Einblick in die Ergebnisse der Studie nachgegangen werden.

1. Risiken und Nebenwirkungen: Ungeliebte Kinder der Psychotherapie

Die Vernachlässigung des Forschungsfeldes zu Risiken und Nebenwirkungen findet ihre Korrespondenz in einem mangelnden Problembewusstsein aufseiten der Therapeuten und Therapeutinnen. Zwei Drittel von ihnen können sich nicht vorstellen, dass Nebenwirkungen überhaupt existieren (Busch & Lemme, 1992). Während diese Tatsache in anderen Bereichen der Gesundheitsversorgung keine Frage darstellt, tüfelt der Psychotherapiebereich noch an Definitionsfragen in diesem Gebiet. Erst in den letzten Jahren wurden von verschiedenen Autoren und Autorinnen – allerdings recht unterschiedliche – Definitionen für negative Effekte vorgeschlagen. Während Kächele und Grundmann (2011) mit strukturell bedingten Fehlern, methodenspezifischen Risiken, situations- oder personenspezifischen Fehlern und solchen Fehlern, die aus einer Kombination dieser Fehlertypen entstehen, verschiedene Typen von Fehlverläufen beschreiben, nehmen Hoffmann und Kollegen (2008) eine Einteilung nach den Auswirkungen von Fehlentwicklungen vor und unterscheiden Misserfolge, unerwünschte Wirkungen oder Nebenwirkungen und Therapieschäden. Eine eher prozess- und patientenorientierte Einteilung von therapeutischen Misserfolgen in der Verhaltenstherapie nimmt Jacobi (2001) in Form einer Erweiterung der Klassifikation von Foa und Emmelkamp (1983) vor: Er unterscheidet Misserfolge beim Therapiezugang, Therapie-Ablehner, Abbrecher, Nicht-Reagierer, Verschlechterungen und Rückfälle. Diese Klassifikation wurde von Märtens und Petzold (Märtens & Petzold, 2002; Petzold & Märtens, 2002) auf zwölf Problembereiche erweitert, sodass sie hilfreich zur Erfassung unerwünschter Effekte therapeutischer Interventionen in unterschiedlichen Settings verwendet werden kann (weitere Publikationen zur Definitionsfrage vgl. Bienenstein & Rother, 2009; Fäh, 2011; Heidenreich & Noyen, 2012; Haupt et al., 2013).

Eine Systematik, die sich von Alltagsfehlern bis hin zu schwerwiegenden Verstößen gegen ethische Prinzipien erstreckt, erwuchs aus dem vorliegenden Projekt (Schigl & Gahleitner, 2013). Demnach kann unterteilt werden in:

- *Alltagsfehler*, die allen praktizierenden Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen von Zeit zu Zeit unterlaufen, auf die aber reagiert wird, wenn sie deutlich werden,
- *Anfängerfehler* und Fehler in schwierigen Situationen,
- *Kunstfehler* oder „technische Fehler“, die aus unzureichender Kompetenz des Psychotherapeuten oder der Psychotherapeutin bzw. unprofessionell, d.h. inkorrekt durchgeführter Therapie erfolgen (vgl. dazu auch Strauß et al., 2012),
- *Ethische Fehler* wider den Berufskodex (schwerwiegende Settingverletzungen, fragwürdige finanzielle Gepflogenheiten oder Nähe-Distanz-Fragen, Beschimpfungen, Belästigungen und gravierende Grenzverletzungen).

Eine Abstimmung im Bereich der Nomenklatur erscheint umso notwendiger, da es sich bei negativen Therapieverläufen keineswegs um Einzelfälle handelt. Bereits vor 50 Jahren kam Bergin (1963) zu dem Schluss, dass sich der Zustand bei in etwa 10 % der Patienten und Patientinnen im Zuge der Therapie verschlechterte. 1980 zeigte eine Metaanalyse von Smith und Kollegen (1980) Verschlechterungen bei rund 12 % der Patienten und Patientinnen. Eine frühere indirekte Schätzung negativer Effekte aufgrund vorliegender empirischer Studien von Grawe und Mezenen (1985) kam zu einer Vermutung von bis zu 30 % Verschlechterungen. Ausgehend von Metaanalysen und eigenen Untersuchungen kamen Lambert und Kollegen zu Ergebnissen von mindestens 2–15 % (Lambert et al., 2002) bzw. 5–10 % (Lambert & Ogles, 2004; vgl. auch Jarrett, 2007; Berk & Parker, 2009). Kraus und Kollegen (2011) gelangen in einer aktuellen Studie sogar zu 11–38 % Verschlechterung der Symptomatik, die im Wesentlichen auf den Einfluss der behandelnden Therapeuten und Therapeutinnen zurückzuführen sind. Übergreifend verzeichnen Kraus und Kollegen (2011) aktuell eine Prävalenz von einem Drittel der Patienten und Patientinnen, welches negative Effekte in psychotherapeutischen Prozessen aufweist.

Noch komplexer und umstrittener als die Beforschung bzw. die Festlegung reliabler Prävalenzraten ist das Explorieren von Risikobedingungen, die das Auftreten von Verschlechterungen wahrscheinlicher machen. Hoffmann und Kollegen (2008) unterscheiden als Resümee aus einer Reihe weiterer vorliegender Systematiken zwischen (1) patientenseitigen Ursachen, (2) therapiespezifischen Ursachen und (3) therapeutenseitigen Ursachen. Diese Einteilung korrespondiert mit den Faktoren, die auch im Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (aktuell in 6. Auflage: Lambert, 2013) seit

50 Jahren zur Erforschung psychotherapeutischer Prozesse diskutiert werden.

Die Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung geben an vielen Stellen Hinweise auf die Bedingungsfaktoren von Psychotherapierisiken, auf Ursachen, Prädiktoren und Einflussmöglichkeiten – im Hinblick auf bereits erforschte Aspekte, aber auch darüber hinaus. Nach einer kurzen Darstellung der Methodik und wesentlicher Ergebnisse der Studie wird insbesondere der Umgang mit Risiken und Therapiefehlern fokussiert und im Lichte des personenzentrierten Ansatzes diskutiert.

2. Fragestellung und Methodik der RISK-Studie

Das Projekt „Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden“ (RISK) an der Donau-Universität Krems am Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit fokussierte auf die Fragestellung, welche Nebenwirkungen bei einer psychotherapeutischen Behandlung auftreten und wie häufig sie vorkommen, welche Risikofaktoren, Ursachen oder Prädiktoren für Therapiemisserfolg, Schäden und Nebenwirkungen sich identifizieren lassen, und wie negative Therapiefolgen möglichst früh aufgefunden und zukünftig verhindert werden können (zum Untersuchungsdesign und zu einer Gesamtübersicht über die Ergebnisse vgl. Leitner et al., 2012, 2013).

Wie oben bereits deutlich wurde, muss Forschung in der Psychotherapie, die tragfähige Ergebnisse hervorbringen will, multimethodisch vorgehen. Im vorliegenden Projekt wurden daher unter Anwendung von quantitativen und qualitativen Methoden unterschiedliche Beobachtungsperspektiven im Forschungsdesign berücksichtigt: die Sicht von Patienten und Patientinnen, die Beschwerden führten (aus vorhandenen Beschwerdedarstellungen qualitativ ausgewertet), die Sicht der Patienten und Patientinnen, die sich in einer psychotherapeutischen Behandlung befinden/befanden (im Land Niederösterreich sowohl über einen paper-und-pencil-Fragebogen, n = 562,

Daten und Erhebungsmethoden	Auswertungsmethoden	Ziele
Beschwerdebriefe Ethikkommission des BM für Gesundheit	Qualitative Inhaltsanalyse	Enttabuisierung Vergrößerung des Problembewusstseins
Gruppendiskussion mit Experten/Expertinnen aller Fachspezifika	Grounded Theory	Definition von Nebenwirkungen, Risiken und Schäden
Fragebogenerhebung Patienten/Patientinnen NÖGKK	Statistische Auswertung	Aufklärung der Klienten/ Klientinnen u. Patienten/ Patientinnen: Anregungen für einen „Beipackzettel“
Online-Befragung		Prävention von Therapieschäden

Abbildung 1: Untersuchungsdesign und -ziele

als auch über eine Online-Erhebung, n = 2056) und die Sicht von Psychotherapeuten und Psychotherapeutinnen (in Form von Gruppendiskussionen qualitativ erforscht).

Die quantitativen Daten wurden sowohl deskriptiv als auch inferenzstatistisch analysiert. Die qualitativen Daten wurden computergestützt inhaltsanalytisch (nach Mayring, 2000) bearbeitet – in Kombination mit einer vertiefenden induktiven Kategorienbildung unter Anwendung des Strauss'schen Kodierparadigmas (Strauss, 1987). Dies sollte ermöglichen, sich dem Gegenstand von verschiedenen Seiten zu nähern und ihn mittels Triangulation so weit wie möglich auszuleuchten (siehe Abb. 1).

3. Ergebnisse der RISK-Studie

Die Forschungsbefunde der RISK-Studie sollen unter drei Aspekten dargestellt werden:

- 1) negative Auswirkungen über alle Patienten und Patientinnen hinweg (Prävalenz),
- 2) Darstellung der Voraussetzungen, die das Auftreten von Nebenwirkungen wahrscheinlicher machen (Risikobedingungen) und
- 3) Darstellung des positiven Umgangs mit verschiedenen Risikofaktoren und Nebenwirkungen (Risikoprävention und Intervention).

3.1 Ergebnisse zur Prävalenz negativer Auswirkungen

In der lokal angelegten Untersuchung in Niederösterreich (n = 562) erlebt die Mehrheit der Patienten und Patientinnen Psychotherapie als positiv, hilfreich und sinnvoll. Jedoch erfahren auch hier fast 10% von ihnen eine sehr wenig erwünschte und knapp 30% eine eher wenig erwünschte Wirkung. Mittelwertsunterschiede zwischen den verschiedenen therapeutischen Orientierungen konnten nicht gefunden werden. Damit scheint die Größenordnung von unerwünschten Effekten in diesem österreichischen Bundesland unter jener von Kraus und Kollegen (2011) angesiedelt zu sein, allerdings überschreitet die gefundene Prävalenz die fast 50 Jahre alte 10%-Schätzung negativer Verläufe von Bergin (1963). Im Überblick betrachtet, unterstützt die vorliegende Untersuchung den Hinweis anderer Autoren und Autorinnen, dass Schätzungen in Bezug auf die absolute Verbreitung negativer Therapieverläufe schwierig sind (Hoffmann et al., 2008; Conrad, 2009).

So zeigt die vorliegende Studie, dass in der Onlinebefragung, die bereits in der Akquise der Forschungsteilnehmer und -teilnehmerinnen den Untersuchungsfokus Risiken und Nebenwirkungen hervorkehrte, ein deutlich größerer Anteil der Patienten und Patientinnen schlechte Erfahrungen mit

Psychotherapie gemacht hat (eingeflossen sind hier nur abgeschlossene Therapien; n = 1309). Während ca. 54% der Patienten und Patientinnen von einer erwünschten Wirkung berichteten, erlebte ca. ein Fünftel der Befragten eher wenig und ca. ein Viertel sehr wenig erwünschte Wirkung. Daraus ergeben sich 46,3%, die im Laufe ihrer Therapie nur wenig erwünschte Wirkung der Therapie erfahren haben (siehe Abb. 2). Diese Befunde unterstützen die Annahme von Linden (2011), dass solche Probleme im psychotherapeutischen Prozess ein weit verbreitetes, alltägliches Phänomen darstellen, welches mit unterschiedlichen Forschungsdesigns unterschiedlich stark eingefangen wird.

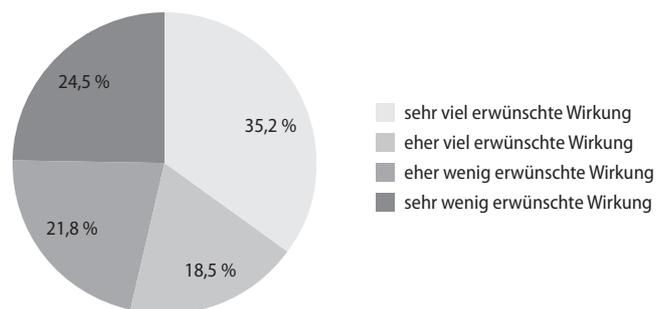


Abbildung 2: Erwünschte Wirkung nach Abschluss der Therapie in der Online-Befragung (Patienten und Patientinnen aller Therapierichtungen; n = 1309)

Legt man den Fokus auf Therapien mit humanistischer Orientierung, so zeigt sich ein davon differierendes Bild: Mehr als 60% der Patienten und Patientinnen berichten über mehr oder weniger erwünschte Wirkungen im Zuge der Therapie und nur rund 35% haben in der Therapie nicht die erwünschte Wirkung erlebt (siehe Abb. 3). Der Unterschied zwischen den humanistisch orientierten Therapien und allen anderen Richtungen erweist sich als hoch signifikant ($p < 0,001$).

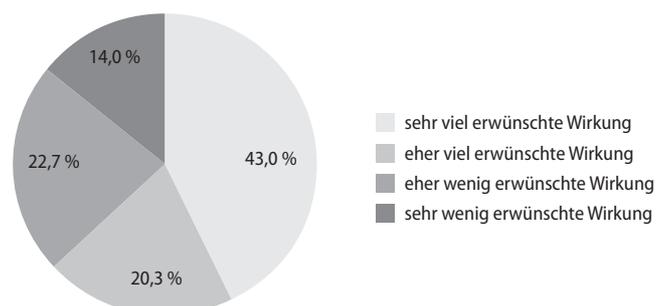


Abbildung 3: Einschätzung der erwünschten Wirkung einer Therapie nach deren Abschluss (Patienten und Patientinnen humanistischer Therapien; n = 365)

Betrachtet man die Ergebnisse zur Prävalenz negativer Therapiewirkungen differenzierter, so lassen sich einige charakteristische Bereiche auffinden, in denen Therapiefehler besonders stark zu Buche schlagen: die Beziehungsqualität, die Belastung durch die Therapie sowie die therapiebedingte Abhängigkeit, aber auch die Veränderung der allgemeinen Lebensqualität.

Im Folgenden werden jeweils die Ergebnisse der humanistisch-existenziell orientierten Therapien den restlichen in die Studie einbezogenen Verfahren gegenübergestellt.

Insgesamt schätzten sich 14 % der in der Online-Studie befragten Patienten und Patientinnen als durch die Therapie hoch belastet ein, fast 18 % erlebten retrospektiv betrachtet eine große Abhängigkeit bzw. Isolation aufgrund der Therapie. Dem Faktor Abhängigkeit wurden mittels Faktorenanalyse 10 Items zugeordnet, er enthielt unter anderem Aussagen wie „Ich habe/hatte das Gefühl, mein Therapeut/meine Therapeutin sei der wichtigste Mensch in meinem Leben“ oder „Ich habe/hatte das Gefühl, mein Therapeut/meine Therapeutin ist die einzige Person, die mir zuhört“. Auch hier zeigen sich Hinweise in Bezug auf die verschiedenen therapeutischen Orientierungen. Es konnten signifikante Unterschiede bezüglich dieser Parameter im Vergleich der humanistisch-existenziell orientierten Psychotherapien mit allen anderen therapeutischen Richtungen gefunden werden. Patienten und Patientinnen in humanistisch-existenziellen Therapien erleben demnach weniger Belastung durch die Therapie (7 %) sowie ein geringeres Maß an therapie-induzierter Abhängigkeit (11 %) als Patienten und Patientinnen anderer therapeutischer Orientierungen (siehe Abb. 4).

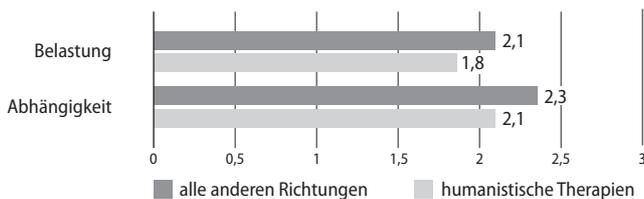


Abbildung 4: Therapiebedingte Abhängigkeit und Belastung durch die Therapie im Mittelwertvergleich (Patienten und Patientinnen humanistischer Therapien: n = 365; Patienten und Patientinnen aller anderen Richtungen: n = 581; Signifikanzniveau $\alpha = 0,01$; Bewertungsskala von 1 = „sehr niedrige Ausprägung“ bis 5 = „sehr starke Ausprägung“)

Allerdings muss einschränkend zu diesen Ergebnissen angemerkt werden, dass es in den Daten auch einen ausgeprägten positiven Zusammenhang negativer Verläufe mit der Länge der Therapie gibt, die Längen der Therapien sich wiederum in den Verfahren unterscheiden und daher nicht mit Sicherheit zu sagen ist, ob die Länge oder die Orientierung „Ursache“ für die eher ungünstigen Verläufe darstellt.

In diesem Zusammenhang ist ein weiteres quantitatives Ergebnis der Studie von Interesse. Rund die Hälfte der Patienten und Patientinnen (50 %) war zufriedener mit ihrer allgemeinen Lebenssituation als vor der Therapie und fast drei Viertel (72 %) berichteten von einer guten Beziehung zum Therapeuten bzw. zur Therapeutin. Wieder lassen sich signifikante Unterschiede zwischen den therapeutischen Orientierungen finden: Patienten und Patientinnen in humanistisch-existenziell orientierten Therapien waren in einem höheren Ausmaß (61 %) nach abgeschlossener Therapie mit ihrer allgemeinen

Lebenssituation zufriedener als vorher, und sie erlebten auch in einem höheren Ausmaß eine qualitativ bessere Beziehung zu ihren Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen (83 %; siehe Abb. 5 und 6).

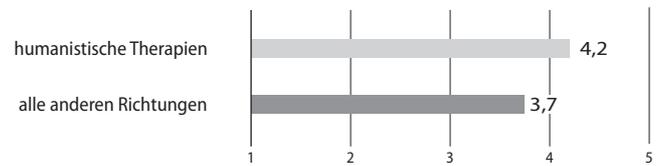


Abbildung 5: Beziehungsqualität (Bewertung von 1 = „sehr niedrige Ausprägung“ bis 5 = „sehr starke Ausprägung“) im Mittelwertvergleich (Patienten und Patientinnen humanistischer Therapien: n = 365; Patienten und Patientinnen aller anderen Richtungen: n = 581; Signifikanzniveau $\alpha = 0,01$)

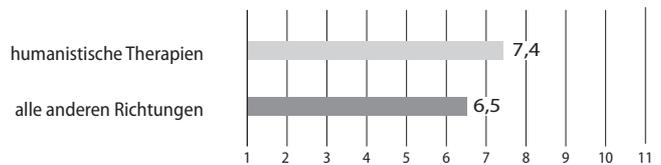


Abbildung 6: Allgemeine Lebenszufriedenheit (Bewertung von 1 = „viel schlechter geworden“ über 6 = „gleich geblieben“ bis 11 = „viel besser geworden“) im Mittelwertvergleich (Patienten und Patientinnen humanistischer Therapien: n = 365; Patienten und Patientinnen aller anderen Richtungen: n = 581; Signifikanzniveau $\alpha = 0,01$)

Erwartungsgemäß ergaben sich auch zwischen der Veränderung der Lebenszufriedenheit und der subjektiv erlebten therapeutischen Beziehungsqualität Zusammenhänge: Eine als positiv erlebte Beziehungsqualität geht mit positiven Veränderungen in der Lebenszufriedenheit einher, d. h., es besteht ein Zusammenhang zwischen der Qualität des Therapieprozesses und dem Therapieergebnis. In der hier durchgeführten Erhebung konnte ein hoher Zusammenhang ($r = 0,68$) ermittelt werden (Leitner et al., 2009, S. 73). Insofern kann die subjektiv von den Klienten und Klientinnen erlebte Beziehungsqualität als Risikobedingung wie auch als Resultat eines fehlerhaften Therapieprozesses betrachtet werden. Auf der Suche nach den Risikobedingungen und Möglichkeiten der Prävention und Intervention wird man jedoch vor allem in den qualitativen Daten der Studie fündig.

3.2 Ergebnisse der Untersuchung von Risikobedingungen und Risikovermeidung

Lehnt man sich an die Einteilung von Hoffmann und Kollegen (2008) für Prädiktoren und Einflussvariablen psychotherapeutischer Fehlverläufe in patientenseitige, therapiespezifische und therapeutenseitige Ursachen an, erweckt die erste Kategorie häufig berechtigt Kritik. Das Auftreten von Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie kann keinesfalls allein bei den Patienten und Patientinnen angesiedelt werden. Zudem zeigen Versuche einer Systematisierung von Patienteneigenschaften

äußerst widersprüchliche Ergebnisse (vgl. u. a. Garfield, 1994; Kraus et al., 2011). Denn es zeigt sich immer wieder deutlich: „Both, the person who provides and the person who receives psychotherapy are likely to influence its results“ (Castonguay et al., 2010, S. 39).

Auch die qualitativen Ergebnisse der vorliegenden Untersuchung aus den Beschwerdebriefen wie den Gruppendiskussionen (Angaben zur Methodik s. o.) zeigen eine Reihe patienten-seitiger Bedingungsfaktoren auf. Allerdings fokussieren diese Ergebnisse eher auf dialogische Aspekte der Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung als auf Persönlichkeitseigenschaften oder Störungsaspekte der Patienten und Patientinnen. Bereits in der Anbahnungsphase und der Vertragsphase wird nach den Aussagen der Patienten und Patientinnen wie auch der Experten und Expertinnen der Untersuchung häufig deutlich, ob und wie entscheidende Aspekte des Umgangs miteinander ausgehandelt werden. Dieser eingangs gewählte Umgangsstil bestimmt maßgeblich den weiteren Prozess. Die interviewten Experten und Expertinnen der vorliegenden Untersuchung betonen, dass zudem im Vergleich zu früher eine steigende Tendenz bei Patienten und Patientinnen zu verzeichnen ist, sich aktiv in die Therapiegestaltung einzubringen. Diese erhöhte Mitarbeit bezieht sich auch auf Umfeldpersonen, welche sich nicht selten konstruktiv, zuweilen jedoch auch destruktiv in den therapeutischen Prozess einbringen.

Diese Veränderungen des Nutzerverhaltens der Patienten und Patientinnen durch mehr aktive Partizipation am Therapiegeschehen werden zwar in der Literatur implizit beschrieben (Duncan et al., 2007), sind bisher aber kaum expliziter Fokus von Untersuchungen im Mainstream-Bereich der Psychotherapie. Impulse zu einer „subjekttheoretischen Perspektive“ (Hanses, 2007) im Gesundheitsbereich kommen eher aus Forschungsbemühungen der Sozialwissenschaften und der Pädagogik. Sander (2012, S. 15; vgl. auch Sander, 2009) stellt in diesem Zusammenhang eine „eigensinnige Stabilität von professionellen Situationen und den darin geltenden Ordnungsmustern“ fest, und eine Neigung von Patienten und Patientinnen, sich der „Diskursivität“ (Hanses, 2011, S. 65) der Professionellen zu fügen. Von den Patienten und Patientinnen selbst wird Vertrauen in die Ordnung gesetzt, weil sie damit in Bezug auf den Heilungserfolg die größtmögliche Chance assoziieren. Und die Professionellen „behalten ihre Dominanz auch dann, wenn der ‚mündige Patient‘ dazu eingeladen wird, darin Platz zu nehmen“ (Sander, 2012, S. 30).

Diese Betrachtungsebene führt das Thema wieder auf diejenigen zurück, die im psychotherapeutischen Geschehen als verantwortlich zu betrachten sind. Nebenwirkungen und Schäden zu verhindern, ist die Aufgabe der Psychotherapeuten und -therapeutinnen, so auch der Tenor aus dem qualitativen Teil der vorliegenden Untersuchung. Entsprechend den soeben

referierten Zusammenhängen ist das Spektrum an Möglichkeiten, Therapiefehler zu verhindern, aufseiten der Psychotherapeuten und -therapeutinnen besonders breit. Nach den Auskünften der interviewten Experten und Expertinnen sowie der Beschwerdebriefe spielen dabei sowohl Persönlichkeitseigenschaften der Psychotherapeuten und -therapeutinnen sowie deren Ausmaß an Kompetenz, Erfahrung und Selbstreflexion eine entscheidende Rolle. Insbesondere die Gefahr, Bedürfnisse nach Macht, finanzieller Bereicherung, emotionaler und sexueller Befriedigung über Patienten und Patientinnen auszuagieren – verbunden mit der Unfähigkeit, Grenzen zu halten und zu setzen – werden als Ursachen und Quellen für schwere Schäden und Nebenwirkungen angegeben (vgl. dazu insbesondere die Gefahr sexueller Übergriffe; zum vorliegenden Projekt Gahleitner et al., 2014; Übersicht Hoffmann et al., 2008).

Bei der Analyse aller Formen therapeutischer Fehlbehandlungen wird immer wieder deutlich, dass insbesondere die Qualität der professionellen Beziehung eine Schlüsselrolle für Fehleranfälligkeiten spielt (siehe dazu nochmals Abb. 5) – neben mangelnden Kompetenzen auf der Ebene der Diagnostik und Intervention (vgl. hier auch Lieberei & Linden, 2008) oder der Unfähigkeit, die Sitzungen zu strukturieren oder zu fokussieren.

Die Auswirkungen einer problematischen Beziehungsgestaltung und der Missbrauch von Macht werden von den Experten und Expertinnen in den Interviews daher mit Abstand für die stärksten Schädigungen gehalten. Die Beschwerdebriefe der Patienten und Patientinnen weisen in eine ähnliche Richtung (vgl. zu Beziehungsstörungen als Ursache für Fehlentwicklungen in der Psychotherapie Omer, 2000). In diesem Zusammenhang tauchen insbesondere die Bedeutung der Transparenz und die Informationsgestaltung für Patienten und Patientinnen durch Psychotherapeuten und -therapeutinnen auf. In der Online-Erhebung gab etwa jeder siebte Patient an, es gäbe zu wenig Zeit zur Klärung von Rahmenbedingungen. Des Weiteren zeigten die Ergebnisse der Niederösterreich-Befragung, dass fast die Hälfte der Patienten und Patientinnen nur unzureichend über unerwartete und möglicherweise belastende Veränderungen durch Psychotherapie aufgeklärt waren.

Auch der häufig sture, unflexible Einsatz von Manualen wird in den Interviews immer wieder als problematisch beschrieben.

Durch die Ergebnisse zur Fehlerprävention und -intervention wird die Bedeutung der partizipativen Dimension der Psychotherapie erneut unterstrichen. Voraussetzung zur Umsetzung einer Reduktion von negativen Verläufen in der Psychotherapie wäre nach Aussage der interviewten Experten und Expertinnen eine Vereinheitlichung in der Auslegung psychotherapeutischer Verhaltensregeln, eine Implementierung dieser Übereinkünfte in die Ausbildung und Supervision sowie eine angemessene Öffentlichkeits- und Aufklärungsarbeit für bereits praktizierende

Kollegen und Kolleginnen. Diese Öffentlichkeitsarbeit könnte ihre Fortsetzung in einer Aufklärung der Patienten und Patientinnen und deren jeweiligem sozialen Umfeld finden. Patienten und Patientinnen wie auch deren Angehörige müssten angemessen über Rechte, Pflichten, Vorgehensweisen und gesetzliche Grundlagen und Kodizes informiert werden. Eine adäquate Prävention müsste jedoch auch hier stets in das oben herausgearbeitete dialogische Geschehen zwischen Psychotherapeuten und -therapeutinnen einerseits und Patienten und Patientinnen andererseits eingebettet sein. Letztere müssen demgemäß ermutigt werden, ihre Wahrnehmungen in den therapeutischen Prozess einzubringen. Diese Überlegung gewinnt noch an Gewicht, wenn man die Korrekturmöglichkeiten bereits aufgetretener unerwünschter Nebenwirkungen, negativer Effekte und Schäden während laufender Psychotherapien berücksichtigt.

Ein Ergebnis der qualitativen Datenanalyse ist, dass sich drei verschiedene Umgangstypen mit auftretenden Fehlern und Nebenwirkungen unterscheiden lassen: ein proaktiver Umgang, ein unreflektierter und ein ignoranter Umgang (Schigl & Gahleitner, 2013).

Beim proaktiven Umgang wird den Psychotherapeuten und -therapeutinnen der Fehler durch Signale der Patienten und Patientinnen bewusst, und sie reagieren adäquat darauf. Dies stellt den chancenreichsten Umgang mit Therapiefehlern dar.

Beim unreflektierten Umgang hingegen werden die Signale nicht wahrgenommen, oder aber die Signale werden zwar wahrgenommen, aber nicht adäquat darauf reagiert.

Im Falle eines ignoranten Umgangs der Psychotherapeuten und -therapeutinnen mit dem Fehler wird das als Fehler zu bezeichnende Geschehen zwar bewusst zur Kenntnis genommen, das eigene Verhalten jedoch als unproblematisch eingeschätzt.

Der Risikofaktor, nämlich die Neigung zu Wahrnehmungsverzerrungen zugunsten der eigenen Fähigkeiten bei Psychotherapeuten und -therapeutinnen wurde bereits angesprochen (u. a. Walfish et al., 2009). Ergebnisse von Hannan und Kollegen (2005) zeigen, dass tatsächlich nur 20 % der von den Patienten und Patientinnen erlebten Verschlechterungen auch von deren Therapeuten und Therapeutinnen bemerkt werden. Erkennen Psychotherapeuten und -therapeutinnen hingegen im Dialog mit den Patienten und Patientinnen oder in der Inter- und/oder Supervision Fehlentwicklungen frühzeitig und reagieren darauf proaktiv, können negative Effekte maßgeblich vermindert werden. Daraus sollten nachhaltige Schlussfolgerungen für die Therapeuten- und Patientenaufklärung (Kierein & Leitner, 2011) gezogen werden.

4. Risikovermeidung im Personenzentrierten Ansatz

Interessanterweise scheinen ungünstige Verhaltensweisen, wie z. B. der ignorante Umgang, bei bestimmten Psychotherapeuten und -therapeutinnen immer wieder aufzutreten, bei anderen dagegen selten. In Prozessstudien, die sich über lange Zeiträume erstrecken, wurde dieses Ergebnis bereits mehrfach aufgefunden (Lambert, 2013; Hoffmann et al., 2008). Ist die Frage der Indikation zu einer psychotherapeutischen Behandlung also weniger eine Frage nach der richtigen Methode als eine Frage nach dem „richtigen“ Psychotherapeuten oder der „richtigen“ Psychotherapeutin (Hill, 2006; Hill & Knox, 2009)? Hoffmann und Kollegen (2008) weisen hingegen darauf hin, dass fehlende förderliche Therapeutenmerkmale wie Empathie, Selbstreflexivität u. v. m. (vgl. z. B. Eckert et al., 2006; Elliott, 2000) das Risiko schädigender Auswirkungen erhöhen und für ausbleibende Therapieerfolge verantwortlich sein können. Dieser Aspekt wurde auch in der vorliegenden Untersuchung deutlich. Obwohl es im quantitativen Untersuchungsabschnitt – ähnlich wie in der Wirksamkeitsforschung – nur wenige Hinweise auf schulenspezifische Unterschiede gibt (s. o.), weisen die qualitativen Ergebnisse zur Fehlerprävention und -intervention eine große Nähe zu personenzentrierten Vorgehensweisen auf. Dies soll im folgenden Abschnitt anhand einiger qualitativer Interviewauszüge von klientenzentriert ausgerichteten Teilnehmern und Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen verdeutlicht werden (alle Zitate entstammen der vorliegenden Untersuchung; vgl. Leitner et al., 2012).

Wie die Bezeichnung „Klientenzentrierte Therapie und Beratung“ verdeutlicht, steht eine dialogisch und partizipativ orientierte Beziehungs- und Kommunikationsgestaltung von Beginn an im Zentrum humanistischer Überlegungen (Spielhofer, 2004). Eine radikal akzeptierende und empathische Grundhaltung, in der Zielsetzung Räume zur Selbstentfaltung bereitzustellen, gehört zu den Grundpfeilern personenzentrierter Herangehensweisen in Therapie und Beratung (Rogers, 1957a, 1959a/1987, 1967f). Realitätsoffenheit, Personenbezogenheit und Akzeptationsbreite (Tscheulin, 1992) werden als zentrale Bedingungen eines geglückten klientenzentrierten Beziehungsangebotes verstanden. In der „Begegnung“ mit Martin Buber fand bei Carl R. Rogers die Bedeutung der Gegenseitigkeit Eingang in die therapeutische Beziehung (Rogers & Buber, 1960, S. 212). Der wechselseitige Charakter der therapeutischen Beziehung gewann daraufhin immer mehr an Bedeutung (Finke, 2004, S. 4), das Spektrum erweiterte sich „von einem verstehend-spiegelnden bis hin zu einem dialogisch-interaktionellen Modus“ (Steenbuck, 2005, S. 83), auch unter Einbezug bindungstheoretischer Konzepte (Gahleitner, 2005; Höger & Müller, 2002).

„Die Personenzentrierte Psychotherapie stellt die Praxis eines Menschenbildes dar, das den Menschen als Person versteht und

ihm daher, ihn anerkennend, begegnet, statt ihn, ihn zu erkennen suchend, zu objektivieren. *Personzentrierte Psychotherapie versteht sich demnach als wissenschaftliche und praktische Frage nach der Person*“ (Schmid, 2002, S. 82; Herv. i. O.; vgl. auch Levinas, 1983).

Im Hinblick auf diese konsequent partizipative Haltung wissen die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen mehrfach darauf hin, dass das Einlösen dieser Grundhaltung bedeute, immer wieder „persönlich gefordert zu sein“. „Es gehört ja auch zum Stand eigentlich der Kunst in der Therapie, genau das zu reflektieren. Den ... Klienten zum Beispiel zu fragen, ‚haben Sie den Eindruck heute, dass ich irgendetwas lieber wollte als was anderes.‘ ... Da kommen ja da diese ganzen Verstehenskonzepte auch, ... weil Patienten und Klienten können ganz gut Auskunft geben darüber.“ Der Abstimmungsprozess mit dem Klienten bzw. der Klientin muss jedoch den eigenen Vorlieben im Vorgehen dann gleichgeordnet bleiben. „Ein sich Verschreiben einer bestimmten Sichtweise ... birgt einen Schaden, ... weil es da eine Idee gibt, die man halt dann auch zu beweisen versucht. ... Und auch, vielleicht auch in der besten Absicht ..., ich seh' in der letzten Zeit auch in der Supervisionspraxis ... sehr viel Schaden in diese Richtung.“ Den lebendigen inneren Dialog zwischen einer engagierten, vom eigenen Verfahren überzeugten Haltung und Versteifungstendenzen in Dogmatismen beschrieb eine weitere Diskussionspartnerin: „Nicht sozusagen dogmatisch im Eigenen zu bleiben, sondern die Dinge, die mich wirklich ansprechen und die ich integrieren kann, dazunehmen und nicht aus Gründen des Dogmatismus abzulehnen. Also eine – die eigene – Methode zu finden, die ich wirklich lebe und hinter der ich stehe.“

Eine zentrale Fehlerquelle in psychotherapeutischen Interaktionen ist auch nach den Ergebnissen der qualitativen Befragungen die professionelle Beziehungsgestaltung. Obwohl oder gerade weil die therapeutische Beziehung zu den wichtigsten Wirkfaktoren in der Psychotherapie zählt (z. B. Grawe, 2005; Hermer & Röhrle, 2008; Strauß & Wittmann, 2005), kann diese auch maßgeblich an einem unerwünschten Therapieverlauf beteiligt sein, insbesondere dann, wenn es zu einem zu großen Machtgefälle zwischen Patient bzw. Patientin und Therapeut bzw. Therapeutin kommt (Linden, 2011). Die Therapie wird dann zu einem „verhängnisvollen Zusammenspiel“ (Conrad & Auckenthaler, 2010). In diesem finden die Erwartungen der Patienten und Patientinnen, ihre jeweiligen Denk- und Beziehungsmuster keine adäquate Resonanz; die Dynamiken der psychotherapeutischen Beziehung entwickeln sich machtrichtig. Das Prinzip der Non-Direktivität wird durchbrochen (vgl. dazu Überlegungen bei Bozarth, 2002; Hutterer, 2003). Bereits in den 1950er-Jahren wurden – insbesondere durch das Aufkommen klientenzentrierten Gedankenguts – machtreflexive Überlegungen im Psychotherapiebereich angeregt (vgl. jedoch

auch Vorreiter wie Adler, Kenfer oder Moser). Dem „Prinzip Deutung“ wird explizit das „Prinzip Antwort“ entgegengesetzt (Heigl-Evers & Heigl, 1988; zit. nach Finke, 2008, S. 460). Zu den wichtigen Entwicklungen in diesem Bereich gehören methodische Aspekte wie die „Selbstöffnung“ und das „Beziehungsklären“ (Finke, 2008), letztlich „Psychotherapie als Beziehungstherapie“ (Finke, 2004, S. 14; vgl. auch Schmid, 2005; vgl. an einem Beispiel Wakolbinger, 2010; vgl. bereits Rogers, 1967f, zit. nach Balen, 1992) zu verstehen.

Dazu gehört ein hochsensibler Umgang mit Macht. Die Teilnehmer und Teilnehmerinnen der Gruppendiskussionen aus dem klientenzentrierten Bereich wiesen auf dieses Phänomen mehrfach hin: „Die Gefahr, dass dabei Abhängigkeitsstrukturen etabliert werden, Nicht-Veränderung etabliert wird“, sagte eine Teilnehmerin. Machtverhältnisse zu reflektieren, gehöre zu den zentralen Aufgaben in der Psychotherapie: „Ich denke mir, ... so die narzisstische Problematik, ... ich möchte gerne verändern, oder ich möchte gerne erfolgreich sein ... oder diejenige sein, die hilfreich ist. Das ist auf der einen Seite die beste Absicht, aber auf der anderen Seite, denke ich, unterstützt es ... die Machtstruktur ..., und ich denke ..., dieser Anspruch auf Veränderung, der auch in besten Absichten des Therapeuten ist, kann auf der anderen Seite äußerst schädigend sein.“ „Also, wenn die Veränderungsneutralität, wie sie in meiner Methode heißt, nicht mehr gehalten werden kann und damit natürlich so etwas entsteht wie ... Veränderung zu initiieren, in Konkurrenz zu sein, der Bessere zu sein, der endlich Hilfreichere zu sein“, das könne schon verführen, betonte eine andere Interviewpartnerin. Dass dies manchmal sehr nahe beieinander liegt, äußerte eine weitere Diskussionsteilnehmerin: „Also, für mich liegt da sozusagen die beste Absicht und der Schaden ganz nebeneinander ..., weil manchmal heißt es, ‚der ist so engagiert‘ ..., und gleichzeitig kann aber sehr engagiert zu sein sehr sehr schädlich sein. Im Sinne von: dem Klienten oder Patienten noch nicht mal das eigene Tempo zu lassen, die Autonomie zu lassen, die eigenen Entwicklungsschritte zu machen.“ Auch massive Verfehlungen wie die folgende: „Also, ich hab' auch manchmal so Fragezeichen. Also, ich hab' einen Kollegen, Lehrtherapeuten, der ist mit seiner Schülerin verheiratet, die jetzt auch Psychotherapeutin ist“ sind nach Ansicht der Interviewten äußerst kritisch zu betrachten: „Das ist ... eine Frage der Ethik, wie ich damit umgehe“, sagte eine Diskussionsteilnehmerin zu dieser sexuellen Ausbeutungsgefahr.

Fehlerprävention und -intervention kann, so die Ergebnisse der Untersuchung, durch einen proaktiven Umgang mit entsprechenden Signalen von Patienten und Patientinnen positiv gewendet und zuweilen sogar in chancenreiche Veränderungsprozesse umgewandelt werden. Proaktiver Umgang bedeutet jedoch, bewusst und adäquat mit der Fehlersituation umzugehen. So können etwa durch die Rückmeldung der Patienten und

Patientinnen darüber, wie eine Intervention oder ein Verhalten der Therapeuten bzw. Therapeutinnen auf sie wirkt, wichtige Hinweise für die Behandlung offenbar werden. Die Chance auf Sensibilität gegenüber künftigen Fehlern steigt, die negativen Auswirkungen vermindern sich beträchtlich oder werden eliminiert, der weitere Therapieverlauf wird reguliert. Wie bereits weiter oben deutlich wurde, ist insbesondere die Dimension der Empathie und Selbstreflexion von großer Bedeutung dabei, ob ein proaktiver Umgang mit Fehlern gelingt. „Ich bin dabei gelandet, bei schwierigen Stunden oder überhaupt schwierigen Personen, mir Stichworte aufzuschreiben ... Wir kommen ja von einer Tradition, wir haben alle Therapiegespräche in Ausbildung ... und machen Supervision auch mit Tonband ..., also braucht man nur ein bisschen hineinhören und hat schon was, kriegt schon was mit, was man so nicht kriegen würde“

Im Ausbildungskontext der humanistischen Verfahren spielen Selbsterfahrung und Selbstreflexion daher zu Recht eine besonders große Rolle (vgl. auch die Ergebnisse der Folgestudie der Donau-Universität zur Bedeutung der Selbsterfahrung; Leitner et al., i. V.; vgl. auch Spielhofer, 2001; vgl. dazu auch Ausführungen zur hermeneutischen Empathie und der Bedeutung der eigenen Resonanz bei Keil, 1997, 2012).

5. Ausblick

Die vorliegenden Ergebnisse unterstützen die Forderung nach weiterer Erforschung des Phänomens der unerwünschten Wirkungen sowie deren Prävention und Intervention und geben deutliche Hinweise, dass im psychotherapeutischen Feld eine aktivere Haltung von Therapeuten und Therapeutinnen sowie eine partizipative Beteiligung von Patienten und Patientinnen notwendig ist (vgl. u. a. Castonguay et al., 2010; Maeschalk & Axsen, 2007; Sachse et al., 2012), um Nebenwirkungen und Schäden zu begrenzen. Obwohl jedoch in den letzten Jahren das Forschungsinteresse bezüglich Risiken und unerwünschten Wirkungen von Psychotherapie deutlich gestiegen ist (Strauß, 2010), wird Psychotherapie noch häufig als nebenwirkungsfreie Behandlungsform betrachtet. Die Sensibilisierung von Therapeuten und Therapeutinnen für diese Thematik bedarf weiterer Anstrengungen, um negativen Therapieverläufen entgegenwirken zu können (Linden, 2011).

Patientenvariablen allein als Ursachen für unerwünschte Effekte heranzuziehen, stellt eine Umkehrung der Verantwortlichkeiten dar. Ursachen für Behandlungsfehler liegen in der Art der Behandlung und nicht in dem Patienten bzw. der Patientin. Zur Reduktion von therapeutischen Misserfolgen gehört auch eine *lege artis* durchgeführte Indikationsstellung (Eckert et al., 2010), wobei nicht Klientenmerkmale, sondern Passungsmerkmale die

Grundlage für die Indikationsentscheidung bilden. Kommt man nach Erstgesprächen zu einer positiven Indikationsentscheidung, dann sollte die Chance, über Partizipation Patienten und Patientinnen mehr Einwirkungsmöglichkeiten auf den Prozess zu geben, nicht verpasst werden. „Dekontextualisierung, Ausgrenzung biographischer Perspektiven und Missachtung partizipativer Bemühungen“ (Alheit & Hanses, 2004, S. 18) können sonst die Folge sein. Je besser dagegen die Qualität dieser reflexiven Aushandlungs- und Mitgestaltungsprozesse, desto geringer schlagen eventuelle therapeutische Fehler oder Missverständnisse zu Buche und findet eine „Auseinandersetzung um eine eigene und subjektiv als sinnvoll erlebte Bestimmung der persönlichen gesundheitlichen Situation statt“ (ebenda, S. 17). Dies kann dann nach den Ergebnissen der vorliegenden Untersuchung sogar zu einer Ressource im therapeutischen Beziehungs- und Behandlungsgeschehen werden.

Wie mit bereits eingetretenen Schäden weiter umgegangen wird und inwiefern sie ein schädigendes Potenzial für die Zukunft entfalten, wird also maßgeblich nicht nur von den Psychotherapeuten und -therapeutinnen selbst, sondern auch von den Patienten und Patientinnen und deren Umfeld mitgestaltet. „Most of our current empirical findings“, fassten Bachelor und Horvath bereits 1999 (S. 164) in ihrem umfassenden Überblick über die laufende Psychotherapieforschung zusammen, „indicate a need to return to the more meaningful understanding of our essential intersubjectivity, of the fundamental importance of relationships and, significantly, of the healing potential of a well-managed therapeutic alliance“ (ebenda). „In opposition to these findings“, so die Autoren (S. 165), „there is an effort to reintroduce a reductionist mechanical model of the mind (and therapy) in the name of accountability and efficacy“ (ebenda).

Im personenzentrierten Vorgehen gehört diese dynamische Begegnungsform von Beginn an zu den Grundfesten der therapeutischen Beziehungsgestaltung. Eine Praxis, die den Patienten und Patientinnen ein großes Maß an Selbstexploration eröffnet und die Selbstkonstituierung des Subjekts fördert, ist im humanistischen Gedankengut fest verankert. Die Aufgabe helfender Professionen ist hier, sich auf Begegnung und Unmittelbarkeit einzulassen. Und mehr Bereitschaft zu einer kooperativen Interaktion zwischen Therapeuten bzw. Therapeutinnen einerseits und Patienten bzw. Patientinnen andererseits ist eindeutig hilfreich (Duncan et al., 2007). Die helfende Beziehungsgestaltung ist aus dieser Perspektive ein Vorgang, der nicht nur eine Persönlichkeitsentwicklung des Klienten bzw. der Klientin „fördert“, sondern – ähnlich den obigen Gedanken der Interviewpartnerin – auch eine entsprechende Entwicklung der Person des Therapeuten bzw. der Therapeutin „erfordert“ (Schmid, 2002; vgl. auch Pfeiffer, 1993). Diese Grundhaltung korrespondiert auch mit Überlegungen anderer psychosozialer Berufsgruppen. Psychotherapie – wie alle psychosoziale Praxis – ist

nur bedingt standardisierbar und rationalisierbar (Gildemeister, 1983; Mühlum & Gahleitner, 2010). Dialoge entlang der Selbstkontextualisierung und des Selbst-„Verständnisses“ der Klienten und Klientinnen sind daher – im Sinne einer „reflexiven Interaktionsgestaltung“ (Oevermann, 1996) – unerlässlich.

Die einzelnen psychotherapeutischen Verfahren haben sich in den letzten Jahren jedoch sehr wenig mit Negativwirkungen der jeweiligen Therapiemethoden beschäftigt (Lambert, 2007). Hier machen personbezogene Ansätze keine Ausnahme, und es fehlt – wie in den anderen Verfahren auch – an differenzierten Befunden. Lieberei und Linden (2008) sehen in Ausbildung wie Praxis daher zunächst die Förderung des Bewusstseins der Praktiker und Praktikerinnen darüber geboten, dass es unerwünschte Effekte in der Psychotherapie überhaupt gibt, sowie den angemessenen Umgang mit erfolgten Fehlern durch eine fehlerfreundliche Kultur (vgl. Kleiber & Wehner, 1988). Bienenstein und Rother (2009) sprechen von „Alltagsfehlern“, nicht verhinderbar, aber begrenzt. Die Empfehlungen fordern – übergreifend betrachtet – eine wachsende Sensibilität gegenüber dem Thema und einen größeren Stellenwert in Supervision und Ausbildung. Dazu gehört auch, die Widerstände der Psychotherapeuten bzw. -therapeutinnen und der Therapie-Community gegen die Wahrnehmung unerwünschter Effekte ernst zu nehmen und Gegenmaßnahmen zu entwickeln (vgl. dazu aktuell auch Kächele, 2011).

Die Daten der vorliegenden Untersuchung unterstützen diese Überlegungen und führen darüber hinaus zu weiteren Anregungen für Forschung und Praxis. Sie nehmen insbesondere die Perspektive der Patienten und Patientinnen selbst in den Fokus und fordern als Resultat der Ergebnisse eine Hinwendung einer „subjekttheoretischen Perspektive“ mit der Ermöglichung von „Aneignungsprozessen“ für Klienten und Patientinnen (Hanses, 2007, S. 116 ff.). Bereits Rogers (1980) stellte die Existenz „einer Wirklichkeit“ infrage und lenkte die Aufmerksamkeit auf Prozesse des „voneinander Lernens“ (S. 184). Das Ergebnis knüpft auch an eine Reihe aktueller Überlegungen an, die aus 50 Jahren Psychotherapieforschung gezogen und in den letzten Jahren publiziert wurden (Lambert, 2013; Orlinsky, 2008; Okiishi et al., 2006). Auch auf aktuellen Fachtagungen der internationalen Psychotherapie-Community spricht man aktuell von „client-informed-practice“ oder „client-driven-therapy“ (Pos, 2013; vgl. auch bereits Rennie, 2000). An dieser Stelle sollte also zukunftssträchtig weitergearbeitet werden. Als praxisnahes und handhabbares Produkt entstand daher aus dem Projekt eine „Patienteninformation“, die nicht nur in Praxen und Beratungsstellen weitergegeben werden kann, sondern auch auf der Website der Universität Krems zum Download bereitsteht.¹

¹ Die Patienteninformation kann unter: www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/patientinneninformation_26.09.12.pdf heruntergeladen werden.

Literatur

- Alheit, P. & Hanses, A. (2004). Institution und Biographie. Zur Selbstreflexivität personenbezogener Dienstleistungen. In A. Hanses (Hrsg.), *Biographie und Soziale Arbeit. Institutionelle und biographische Konstruktionen von Wirklichkeit* (Reihe: Grundlagen der sozialen Arbeit, Bd. 9; S. 8–28). Baltmannsweiler: Schneider.
- Bachelor, A. & Horvath, A. O. (1999). The therapeutic relationship. In M. A. Hubble, B. L. Duncan & S. D. Miller (Hrsg.), *The heart and soul of change: What works in therapy* (S. 133–178). Washington, DC: American Psychological Association.
- Balen, R. v. (1992). Die therapeutische Beziehung bei C. Rogers: Nur ein Klima, ein Dialog oder beides? *Jahrbuch für personzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 1 (3), 162–183.
- Bergin, A. E. (1963). The effects of psychotherapy: Negative results revisited. *Journal of Counseling Psychology*, 10(3), 244–250.
- 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.
- Bienenstein, S. & Rother, M. (2009). *Fehler in der Psychotherapie: Theorie, Beispiele und Lösungsansätze für die Praxis*. Wien: Springer.
- Bozarth, J. D. (2002). Nondirectivity in the person-centered approach: Critique of Kahn's critique. *Journal of Humanistic Psychology*, 42 (2), 78–83.
- Busch, I. & Lemme, R. (1992). *Schulenspezifische Unterschiede hinsichtlich der Einstellung der Therapeuten zur Wirkung von Psychotherapie?* Diplomarbeit. Berlin: Technische Universität.
- 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.
- Conrad, A. (2009). *Ein verhängnisvolles Zusammenspiel. Misslungene Psychotherapie aus Klientensicht*. Dissertation. Berlin: Freie Universität, Fachbereich Erziehungswissenschaft und Psychologie. Verfügbar unter: http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_00000015048 [30.10.2013].
- Conrad, A. & Auckenthaler, A. (2010). Therapiemisserfolge in ambulanter Einzeltherapie. Die Sicht der Klienten. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 10 (1), 7–41.
- Duncan, B., Miller, S. & Hubble, M. (2007). How being bad can make you better. *Psychotherapy Networker*, 31 (Nov/Dez), 36–45, 56–57. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapynetworker.org/recentissues/176-how-being-bad-can-make-you-better> [30.10.2013].
- Eckert, J., Biermann-Ratjen, E.-M. & Höger, D. (Hrsg.) (2006). *Gesprächspsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis*. Berlin: Springer.
- Eckert, J., Barnow, S. & R. Richter (Hrsg.) (2010). *Das Erstgespräch in der Klinischen Psychologie. Diagnostik und Indikation zur Psychotherapie*. Bern: Huber.
- Elliott, R. M. (2000). *Bringing about a good therapist*. Vortrag beim Annual Meeting of the Society for Psychotherapy Research, Chicago, Juni 2000.
- Eysenck, H. J. (1952). The effects of psychotherapy: An evaluation. *Journal of Consulting Psychology*, 16 (5), 319–324.
- Fäh, M. (2011). Wenn Psychoanalytiker Fehler machen – Möglichkeiten und Grenzen einer psychoanalytischen Fehlerkultur. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 13 (2), 29–48.
- Finke, J. (2004). *Gesprächspsychotherapie. Grundlagen und spezifische Anwendungen*. Stuttgart: Thieme.
- Finke, J. (2008). Selbstöffnen und Beziehungsklären. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1: Allgemeiner Teil* (S. 457–489). Tübingen: DGVT.
- Foa, E. B. & Emmelkamp, P. M. G. (Hrsg.) (1983). *Failures in behavior therapy*. New York: Wiley.
- Gahleitner, S. B. (2005). *Neue Bindungen wagen. Beziehungsorientierte Therapie bei sexueller Traumatisierung* (Reihe: Personzentrierte Beratung & Therapie, Bd. 2). München: Reinhardt.

- Gahleitner, S. B., Reichel, R., Schigl, B. & Leitner, A. (Hrsg.) (2014). *Wann sind wir gut genug? Selbstreflexion, Selbsterfahrung und Selbstsorge in Psychotherapie, Beratung und Supervision*. Weinheim: Beltz Juventa.
- Garfield, S. L. (1994). Research on client variables in psychotherapy. In S. L. Garfield & A. E. Bergin (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy & behavior change* (4. Aufl.; S. 190–228). New York: Wiley.
- Gildemeister, R. (1983). *Als Helfer überleben. Beruf und Identität in der Sozialarbeit/Sozialpädagogik*. Neuwied: Luchterhand.
- Grawe, K. (2005). (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal*, 1(1), 4–11.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K. & Mezenen, U. (1985). Therapeutische Misserfolge im Spiegel der empirischen Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für personenzentrierte Psychologie und Psychotherapie*, 4(4), 355–377.
- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., 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. Verfügbar unter: <http://centerforclinicalexcellence.com/wp-content/plugins/buddypress-group-documents/documents/1330071104-Hannanetal2005.pdf> [30.10.2013].
- Hanses, A. (2007). Soziale Arbeit und Gesundheit – ein schwieriges wie herausforderndes Verhältnis. In H. G. Homfeldt (Hrsg.), *Soziale Arbeit im Aufschwung zu neuen Möglichkeiten oder Rückkehr zu alten Aufgaben?* (Reihe: Soziale Arbeit aktuell, Bd. 9; S. 113–123). Baltmannsweiler: Schneider.
- Hanses, A. (2011). Sozialdienste in Krankenhäusern – zwischen sozialpädagogischer Orientierung und institutionellen Rahmungen. In R. Becker-Lenz, S. Busse, G. Ehlert & S. Müller-Hermann (Hrsg.), *Professionelles Handeln in der Sozialen Arbeit. Materialanalysen und kritische Kommentare* (S. 64–80). Wiesbaden: VS.
- Haupt, M.-L., Linden, M. & B. Strauß (2013). Definition und Klassifikation von Psychotherapie-Nebenwirkungen. In M. Linden & B. Strauß (Hrsg.), *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 1–14). Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Heidenreich, T. & Noyon, A. (2012). Schwierige Situationen in der Psychotherapie als Basis für riskantes Therapeutenverhalten. *VPP – Verhaltenstherapie & psychosoziale Praxis*, 45(3), 529–535.
- Heigl-Evers, A. & Heigl, F. S. (1988). Zum Prinzip „Antwort“ in der psychoanalytischen Therapie. In R. Klußmann, W. Mertens & F. Schwarz (Hrsg.), *Aktuelle Themen der Psychoanalyse* (S. 85–97). Berlin: Springer.
- Hermer, M. & Röhrle, B. (Hrsg.) (2008). *Handbuch der therapeutischen Beziehung, Bd. 1: Allgemeiner Teil. Bd. 2: Spezieller Teil*. Göttingen: Hogrefe.
- Hill, C. E. (2006). Introduction to special section on therapist effects. *Psychotherapy Research*, 16(2), 143.
- Hill, C. E. & Knox, S. (2009). Processing the therapeutic relationship. *Psychotherapy Research*, 19(1), 13–29. Verfügbar unter: http://epublications.marquette.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1029&context=edu_fac [30.10.2013].
- Hilsenroth, M. J. (2013). Introduction to the 50th anniversary special issue on psychotherapy outcome: A return to the beginning. *Psychotherapy*, 50(1), 1–2.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Eine Übersicht mit dem Entwurf eines eigenen Modells. *Psychotherapeut*, 54(1), 4–16.
- Höger, D. & Müller, D. (2002). Die Bindungstheorie als Grundlage für das empathische Eingehen auf das Beziehungsangebot von Patienten. *Person*, 6(2), 35–44.
- Hutterer, R. (2003). Non-direktiv. In Stumm, G., Wiltshko, J. & W. W. Keil (Hrsg.), *Grundbegriffe der Personzentrierten und Focusing-orientierten Psychotherapie und Beratung* (S. 217–218). Stuttgart: Pfeiffer bei Klett-Cotta.
- Jacobi, F. (2001). Misserfolgsvorschung in der Verhaltenstherapie. In R. Dohrenbusch & F. Kaspers (Hrsg.), *Fortschritte der Klinischen Psychologie und Verhaltensmedizin* (S. 323–346). Lengerich: Pabst. Verfügbar unter: <http://www.psychologie.tu-dresden.de/iz/klinische/mitarbeiter/publikationen/jacobi-p/misserfolgsvorschung-050301.pdf> [30.10.2013].
- Jarrett, C. (2007). When therapy causes harm. *Psychologist*, 21, 10–12. Verfügbar unter: http://www.thepsychologist.org.uk/archive/archive_home.cfm/volumeID_21-editionID_155-ArticleID_1290-getfile_getPDF/thepsychologist%5C0108jarr.pdf [30.10.2013].
- Kächele, H. (2011). Einige (abschließende) Gedanken zum Fehlerbewusstsein der Profession. *Psychotherapie & Sozialwissenschaft*, 13(2), 109–114.
- Kächele, H. & Grundmann, E. M. (Hrsg.) (2011). Fehlerkultur [Themenheft]. *Zeitschrift Psychotherapie und Sozialwissenschaft*, 13(2).
- Keil, W. W. (1997). Hermeneutische Empathie in der Klientenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 1(1), 5–13.
- Keil, W. W. (2012). *Hermeneutische Empathie. Über die eigene Resonanz zum wertschätzenden Verstehen kommen*. Skript zum Vortrag beim Fachgruppentreffen Psychotherapie und Beratung am 14. 9. 2012. Verfügbar unter: http://www.pca-acp.ch/resources/W_Keil_Zuerich_20121.pdf [23.10.2013].
- Kierein, M. & Leitner, A. (2011). *Psychotherapie und Recht*. Wien: Facultas.
- Kleiber, D. & Wehner, T. (1988). Fehlerfreundlichkeit: ein Plädoyer zur Vitalisierung nicht intendierter Ereignisse (Handlungsfehler, therapeutische Mißerfolge u. a.). In D. Kleiber & A. Kuhr (Hrsg.), *Handlungsfehler und Mißerfolge in der Psychotherapie* (Reihe: Tübinger Reihe, Bd. 8; S. 18–33). Tübingen: DGVT.
- Kraus, D. R. (2010). The empirically supported therapist: All clinicians have strengths and weaknesses. *Integrating Science and Practice*, 1(1), 12–15.
- Kraus, D. R., Castonguay, L., Boswell, J. F., Nordberg, S. S. & Hayes, J. A. (2011). Therapist effectiveness: Implications for accountability and patient care. *Psychotherapy Research*, 21(3), 267–276.
- Laireiter, A.-R. & Vogel, H. (Hrsg.) (1998). *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch*. Tübingen: DGVT.
- Lambert, M. J. (2007). What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 17(1), 1–14. Verfügbar unter: <http://www.oru.se/PageFiles/21320/Lambert,%20improve%20gains%20in%20outcome,%20Psychotherapy%20res2007.pdf> [30.10.2013].
- Lambert, M. J. (2013). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (6., überarb. Aufl.; S. 169–218). Hoboken, NJ: Wiley.
- Lambert, M. J., Hawkins, E. J. & Hatfield, D. R. (2002). Empirische Forschung über negative Effekte in der Psychotherapie: Befunde und ihre Bedeutung für die Praxis und Forschung. In M. Märtens & H. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden* (S. 40–59). Mainz: Grünewald.
- Lambert, M. J. & Ogles, B. M. (2004). The efficacy and effectiveness of psychotherapy. In M. J. Lambert (Hrsg.), *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change* (S. 139–193). New York: Wiley.
- Leitner, A., Liegl, G., Märtens, M. & Gerlich, K. (2009). *Effektivität der Integrativen Therapie*. Krems: Donau-Universität Krems.
- Leitner, A., Märtens, M., Höfner, C., Koschier, A., Gerlich, K., Hinterwallner, H., Liegl, G., Hinterberger, G. & Schigl, B. (2012). *Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie*. Endbericht. Krems, Österreich: Donau-Universität Krems, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.
- 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.
- Leitner, A., Gahleitner, S. B., Gerlich, K., Liegl, G., Hinterwallner, H., Koschier, A., Frank, C., Märtens, M. & Schigl, B. (i. V.). *Qualitätsmerkmal*

- oder Mythos? Die Rolle der Selbsterfahrung in der Psychotherapieausbildung. Krems: Donau-Universität, Department für Psychotherapie und Biopsychosoziale Gesundheit.
- Lévinas, E. (1983). *Die Spur des Anderen. Untersuchungen zur Phänomenologie und Sozialphilosophie* (Reihe: Alber-Broschur Philosophie). Freiburg: Alber.
- Lieberei, B. & Linden, M. (2008). Unerwünschte Effekte, Nebenwirkungen und Behandlungsfehler in der Psychotherapie. *Zeitschrift für Evidenz, Fortbildung und Qualität im Gesundheitswesen*, 102 (9), 558–562.
- Linden, M. (2011). Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie. In M. Linden & M. Hautzinger (Hrsg.), *Verhaltenstherapiemanual* (S. 45–50). Berlin: Springer.
- Linden, M. & B. Strauß (Hrsg.) (2013). *Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung*. Berlin: Medizinisch wissenschaftliche Verlagsgesellschaft.
- Maeschalck, C. & Axsen, R. (2007). But will it help those clients? *Psychotherapy Networker*, 31 (11/12), 42–43.
- Märtens, M. & Petzold, H. G. (Hrsg.) (2002). *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie*. Mainz: Grünewald.
- Mayring, P. (2000). Qualitative Inhaltsanalyse. *Forum Qualitative Sozialforschung*, 1(2), Art. 20. Verfügbar unter: www.qualitative-research.net/index.php/fqs/article/view/1089 [30.10.2013].
- Mühlum, A. & Gahleitner, S. B. (2010). Klinische Sozialarbeit – Fachsozialarbeit: Provokation oder Modernisierungsprojekt der Sozialen Arbeit? In S. B. Gahleitner, H. Effinger, B. Kraus, I. Miethe, S. Stövesand & J. Sagebiel (Hrsg.), *Disziplin und Profession Sozialer Arbeit. Entwicklungen und Perspektiven* (Reihe: Theorie, Forschung und Praxis Sozialer Arbeit, Bd. 1; S. 95–113). Opladen: Budrich.
- Oevermann, U. (1996). Theoretische Skizze einer revidierten Theorie professionellen Handelns. In A. Combe & W. Helsper (Hrsg.), *Pädagogische Professionalität. Untersuchungen zum Typus pädagogischen Handelns* (S. 70–182). Frankfurt: Suhrkamp.
- Okiishi, J. C., Lambert, M. J., Eggert, D., Nielsen, L. & Ogles, D. D. (2006). An analysis of therapist treatment effects: Toward providing feedback in individual therapists on their clients' psychotherapy outcome. *Journal of Clinical Psychology*, 62(9), 1157–1172. Verfügbar unter: <http://mentalhealthpros.com/mhp/pdf/therapist-good-bad-rank.pdf> [30.10.2013].
- Omer, H. (2000). Troubles in the therapeutic relationship: A pluralistic perspective. *Journal of Clinical Psychology*, 56(2), 201–210.
- Orlinsky, D. E. (2008). Die nächsten 10 Jahre Psychotherapieforschung. Die Kritik des herrschenden Forschungsparadigmas mit Korrekturvorschlägen. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 58 (9/10), 345–354.
- Petzold, H. G. & Märtens, M. (2002). Ausblick: Überlegungen, Perspektiven und Konsequenzen – Zum Stand der Risikodebatte in der Psychotherapie und der psychotherapeutischen Schadensforschung. In M. Märtens & H. G. Petzold (Hrsg.), *Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie* (S. 424–452). Mainz: Grünewald.
- Pfeiffer, W. M. (1993). Die Bedeutung der Beziehung bei der Entstehung und der Therapie psychischer Störungen. In L. Teusch & J. Finke (Hrsg.), *Krankheitslehre in der Gesprächspsychotherapie. Neue Beiträge zur theoretischen Fundierung* (S. 19–39). Heidelberg: Asanger.
- Pos, A. (2013). *Client driven integration: The integrity of integratively. Responding to the client*. Vortrag beim 29th Annual Meeting der Society for Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI): "Psychotherapy integration: Researchers and clinicians working together. Towards convergence" am 9. 6. 2013 in Barcelona.
- Rennie, D. L. (2000). Aspects of client's conscious control of the therapeutic process. *Journal of Psychotherapy Integration* 10 (2), 151–167.
- Rogers, C. R. (1957a). The necessary and sufficient conditions of therapeutic personality change. *Journal of Consulting Psychology*, 21 (2), 95–103.
- Rogers, C. R. (1987). *Eine Theorie der Psychotherapie, der Persönlichkeit und der zwischenmenschlichen Beziehungen. Entwickelt im Rahmen des klientenzentrierten Ansatzes*. Köln: GwG. (Englisches Original erschienen 1959a: *A theory of therapy, personality and interpersonal relationships*. As developed in the client-centered framework)
- Rogers, C. R. (1980). Brauchen wir „eine“ Wirklichkeit? In C. R. Rogers & R. L. Rosenberg, *Die Person als Mittelpunkt der Wirklichkeit* (Reihe: Konzepte der Humanwissenschaften; S. 175–184). Stuttgart: Klett-Cotta. (Englisches Original erschienen 1978d: *Do we need "a" reality?*)
- Rogers, C. R. (1967f). The interpersonal relationship in the facilitation of learning. In R. R. Leeper (Hrsg.), *Humanizing education* (S. 1–18). Washington: NEA.
- Rogers, C. R. & Buber, M. (1960). Dialogue Between Martin Buber and Carl Rogers. 1957. *Psychologia. An International Journal of Psychology in the Orient*, 3 (4), 208–221.
- Sachse, R., Fasbender, J. & Hammelstein, P. (2012). Wie sollte eine Ausbildung in Psychotherapie beschaffen sein? Eine Analyse didaktischer Erfordernisse. *Report Psychologie*, 37(2), 50–53.
- Sander, K. (2009). *Profession und Geschlecht im Krankenhaus. Soziale Praxis der Zusammenarbeit von Pflege und Medizin*. Konstanz: UVK.
- Sander, K. (2012). Interaktionsordnung. Zur Logik des Scheiterns und Gelingens professioneller Praxis. In A. Hanses & K. Sander (Hrsg.), *Interaktionsordnungen. Gesundheit als soziale Praxis* (S. 15–34). Wiesbaden: Springer VS.
- Schigl, B. & Gahleitner, S. B. (2013). *Fehler machen – aus Fehlern lernen? Perspektiven zur Klassifizierung von psychotherapeutischen Fehlern und dem Umgang damit*. Psychotherapie-Wissenschaft, 3(1), 23–33. Verfügbar unter: <http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/article/download/1001/976> [24.02.2014].
- Schmid, P., F. (2002). Anspruch und Antwort. Personenzentrierte Psychotherapie als Begegnung von Person zu Person. In W. W. Keil & G. Stumm (Hrsg.), *Die vielen Gesichter der Personenzentrierten Psychotherapie* (S. 75–106). Wien: Springer.
- Schmid, P. F. (2005). Kreatives Nicht-Wissen. Zu Diagnose, störungsspezifischem Vorgehen und zum gesellschaftlichen Anspruch des Personenzentrierten Ansatzes. *Person*, 9(1), 5–21. Verfügbar unter: <http://web.utatnet.at/schmidpp/paper-stoerungsspez.pdf> [30.10.2013].
- Schröder, M. & Gahleitner, S. B. (2012). Forschung an der Schnittstelle von Psychiatrie und Sozialer Arbeit. In S. Schlüter-Müller, M. Schmid, K. Rensch & M. Tetzler (Hrsg.), *Handbuch Psychiatriebezogene Sozialpädagogik* (S. 128–141). Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Smith, M. L., Glass, G. V. & Miller, T. I. (1980). *The benefits of psychotherapy*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Sommerfeld, P. & Hüttemann, M. (Hrsg.) (2007). *Evidenzbasierte Soziale Arbeit. Nutzung von Forschung in der Praxis* (Reihe: Grundlagen der sozialen Arbeit, Bd. 17). Baltmannsweiler: Schneider.
- Spielhofer, H. (2001). Organismisches Erleben und Selbst-Erfahrung. Ein Beitrag zur Diskussion der anthropologischen und persönlichkeits-theoretischen Grundlagen im Personenzentrierten Ansatz. *Person*, 5 (1), 5–18.
- Spielhofer, H. (2004). Psychotherapie als Prozess der Anerkennung. *Person*, 8 (2), 102–113.
- Spielhofer, H. (2013). Risiken und Nebenwirkungen in der Psychotherapie. *News. Das Magazin des Österreichischen Bundesverbandes für Psychotherapie*, 12(1), 26–30.
- Steenbuck, G. (2005). Zur Aktualität Personenzentrierter Begleitung und Beratung. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung*, 36 (2), 81–86.
- Strauss, A. L. (1987). *Qualitative analysis for social scientists*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Strauß, B. (2010). Risiken, Nebenwirkungen und Fehlbehandlungen in der Psychotherapie. *Psychotherapeutenjournal*, 9 (2), 196–198.
- Strauß, B., Linden, M., Haupt, M.-L. & Kaczmarek, S. (2012). Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. Systematik und Häufigkeiten in der Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 57 (5), 385–394.

- Strauß, B. & Wittmann, W. W. (2005). Psychotherapieforschung: Grundlagen und Ergebnisse. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.), *Praxis der Psychotherapie. Ein integratives Lehrbuch* (S. 760–781). Stuttgart: Thieme.
- Strupp, H. H. (1969). *Patients view their psychotherapy*. Baltimore, MD: The Johns Hopkins University Press.
- Tscheulin, D. (1992). *Wirkfaktoren psychotherapeutischer Intervention*. Göttingen: Hogrefe.
- Wakolbinger, C. (2010). Die heilsame Beziehung: Resonanz der Therapeutin als Grundlage für empathisches Verstehen und Wertschätzen in der Personenzentrierten Psychotherapie. *Person*, 14 (1), 21–31.
- Walfish, S., McAlister, B., O'Donnell, P. & Lambert, M. J. (2009). *Are all psychotherapists from Lake Wobegon? An investigation of self-assessment bias in mental health providers*. Unveröffentlichtes Manuskript.