

Unerwünschte Effekte von Psychotherapie bei depressiven Patienten – Erste Anwendung der Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale (PANEPS)

Adverse Effects of Psychotherapy in Depressed Patients – First Application of the Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale (PANEPS)

Autoren

Judith Peth¹, Lena Jelinek¹, Yvonne Nestoriuc², Steffen Moritz¹

Institut

- 1 Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Arbeitsgruppe Klinische Neuropsychologie, Hamburg
- 2 Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Schön Klinik Hamburg Eilbek, Universitätsklinikum Eppendorf Hamburg und Universitäre Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Hamburg

Schlüsselwörter

Depression, Psychotherapie, Nebenwirkungen, unerwünschte Effekte, Nebenwirkungsforschung

Key words

depression, psychotherapy, side effects, adverse effects, side effects research

eingereicht 24.07.2017

akzeptiert 28.01.2018

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/s-0044-101952>

Online-Publikation: 2018

Psychother Psych Med

© Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York

ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

Dr. Judith Peth, Dipl.-Psych.
Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
20246 Hamburg
j.peth@uke.de

 Tab. 3 und 4 finden Sie unter <http://doi.org/10.1055/s-0044-101952>

ZUSAMMENFASSUNG

Hintergrund Die *Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale* (PANEPS), ein Selbstauskunftsforschungsbogen für Patienten zur Erfassung von *positiven Effekten* (PE) und *unerwünschten Ereignissen* (UE) während der letzten *Psychotherapie* (PT), wurde erstmalig bei einer Patientenstichprobe mit Depression eingesetzt. Der Fragebogen wurde auf seine Anwendbarkeit hin überprüft und lieferte erste empirische Ergebnisse zu PE und UE einer PT bei dieser Patientengruppe.

Methode Im Rahmen einer Onlinebefragung füllten 135 Personen mit einer aktuellen oder früheren depressiven Störung die 43 Items der PANEPS aus, welche UE in *Nebenwirkungen* (NW), *Kunstfehler* (KF) und *unethisches Fehlverhalten* (UF) unterteilt. Zusätzlich wurden soziodemografische Angaben (Alter, Geschlecht, Beziehungsstatus) sowie Details zu psychotherapeutischer Vorerfahrung und der zuletzt wahrgenommenen PT erfasst. Die PANEPS wurde mittels Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation geprüft und überarbeitet.

Ergebnisse Eine 4-Faktoren-Lösung wurde ermittelt, welche die zuvor definierten Skalen (PE, NW, KF, UF) abbildet und eine weitere Reduktion der PANEPS ermöglicht. Die finale Version der PANEPS, wies eine zufriedenstellende bis exzellente interne Konsistenz auf (*Cronbach's α* = 0,72–0,92). Von den Befragten gaben 95,6 % mind. einen PE (*Range* = 0–5, *MW* = 3,3, *SD* = 1,4) an und 52,6 % mind. ein UE (*Range* = 0–14, *MW* = 1,8, *SD* = 2,9). Es gaben 38,5 % mind. eine NW (*Range* = 0–6, *MW* = 0,7, *SD* = 1,3), 26,7 % mind. einen KF (*Range* = 0–10, *MW* = 0,9, *SD* = 1,9) und 8,1 % mind. ein UF (*Range* = 0–4, *MW* = 0,1, *SD* = 0,5) an. PE korrelierten negativ mit KF, aber nicht mit NW und UF. Zudem bestehen Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen und dem Auftreten von GE und UE.

Diskussion Etwas mehr als die Hälfte der Befragten bestätigte mind. ein UE im PANEPS, wobei besonders die Zustimmung zu mind. einem KF oder UF unerwartet hoch ausfiel. Insbesondere die aktuelle Symptombelastung (PHQ-9) scheint für die Zustimmung zu PE und UE einer PT relevant zu sein. Der negative Zusammenhang zwischen PE und KF unterstreicht die Wichtigkeit leitliniengerechter Behandlung für den Erfolg von Psychotherapie.

Schlussfolgerung Nebenwirkungen von PT sind auch bei Patienten mit Depressionen zu erwarten und sollten regelhaft erfasst werden.

ABSTRACT

Background The Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale (PANEPS), a self report questionnaire to measure positive effects (PE) and unwanted events (UE) during the last psychotherapy (PT), was applied for the first time within a sample of patients with depression. The questionnaires applicability was tested and delivered first empirical results about PE and UE of a PT within this population.

Methods The 43 items of the PANEPS were completed during an online survey by 135 persons with a current or previous depressive disorder. UE were further divided into side effects (SE), malpractice (MP) and unethical misconduct (UM). In addition, sociodemographic information (age, sex, state of relationship), details about previous psychotherapeutic treatment and the last therapy were collected. The PANEPS was tested and revised using a principal components analysis with varimax rotation.

Results A four-factor solution was determined, reflecting the previously defined scales (PE, SE, MP, UM) and allowed for

further reduction of the PANEPS. The final version of the PANEPS showed satisfactory to excellent internal consistency with Cronbach's α between 0.72 and 0.92. A total of 95.6 % of the participants reported at least one PE ($range = 0-5$, $M = 3.3$, $SD = 1.4$) and 52.6 % at least one UE ($range = 0-14$, $M = 1.8$, $SD = 2.9$). From the sample, 38.5 % reported at least one SE ($range = 0-6$, $M = 0.8$, $SD = 1.3$), 26.7 % at least one experience of MP ($range = 0-10$, $M = 0.9$, $SD = 1.9$) and 8.1 % at least one case of UM ($range = 0-4$, $M = 0.1$, $SD = 0.5$). PE were negatively correlated with MP, but not with SE and UM. We found associations between characteristics of the sample and occurrence of WE and UE.

Discussion Over half of the participants in our study confirmed presence of at least one UE as measured with the PANEPS, with unexpected high approval of at least one MP or UM. Especially the current symptomatology (PHQ-9) seems to be relevant for the approval of PE and UE of a PT. The negative association between PE and MP underlines the importance of guideline-oriented treatment for successful psychotherapy.

Conclusion Side effects of psychotherapy are common in patients with depression and should be measured regularly.

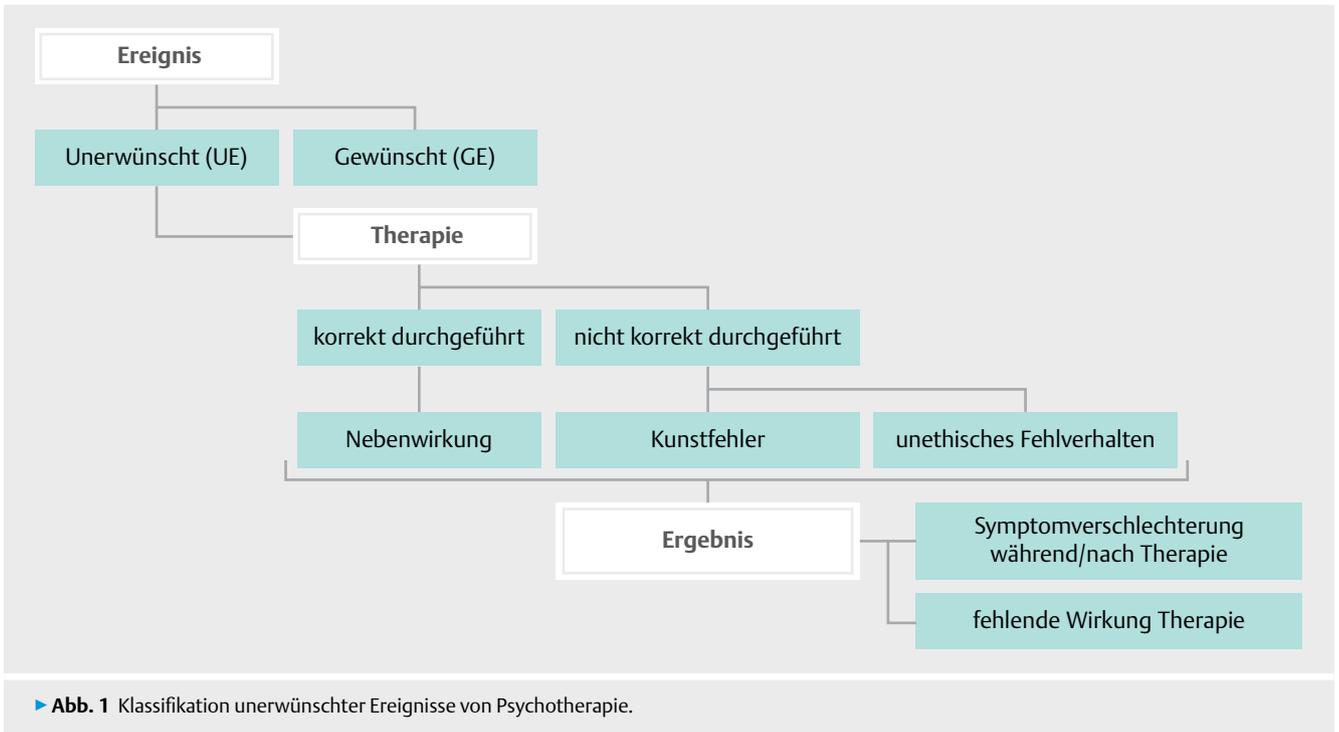
Einleitung

In den letzten Jahrzehnten haben sich Psychotherapiestudien nahezu ausschließlich mit den positiven Effekten (PE) einer Behandlung befasst und mögliche negative Effekte häufig außer Acht gelassen [1]. Obwohl das Bewusstsein für das Auftreten möglicher Nebenwirkungen (NW) von Psychotherapie (PT) wächst, bleibt das tatsächliche Ausmaß des Problems weiterhin unklar [2]. Erste Schätzungen über verschiedene Psychotherapieformen hinweg ergaben, dass ca. 3–15 % der Behandelten unerwünschte Behandlungseffekte erleben [3]. Bisher veröffentlichte Studien [4–7] berichteten jedoch mit Angaben zwischen 5.9 % [4], 58,7 % [5] und 93 % [6] teilweise deutlich abweichende Werte. Aktuelle Untersuchungen in Deutschland über verschiedene Störungsbilder hinweg berichten bei 84 % [8] bzw. 93.8 % [7] der Befragten mind. einen negativen Effekt durch die Behandlung.

Depressive Störungen gehören zu den häufigsten psychischen Erkrankungen weltweit, nehmen oft einen chronischen Verlauf und sind mit hohen Ausgaben für das Gesundheitssystem verbunden [9, 10]. Inwiefern sich die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von NW in der PT bei Personen mit depressiver Störung von Personen mit anderen Störungen unterscheidet, ist bisher unklar. Da z. B. die Abbruchrate einer kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlung bei depressiven Patienten immerhin 25–36 % beträgt [11, 12], erscheint eine genauere Erfassung sinnvoll, um mögliche Ursachen für Abbrüche besser zu verstehen. Bisher wurden nach unserem Wissensstand keine empirischen Daten zur Auftretenshäufigkeit von NW während einer psychotherapeutischen Behandlung bei Patienten mit einer unipolaren Depression veröffentlicht. Die hier vorgestellte Studie möchte einen ersten Beitrag zu diesem Thema leisten.

Basierend auf den von Linden [13] vorgestellten Klassifikationsvorschlägen haben Moritz und Kollegen [6] ein Schema erstellt (► **Abb. 1**), das zunächst zwischen gewünschten Ereignissen (GE), welche mit PE einhergehen, und unerwünschten Ereignissen (UE) in der PT unterscheidet. Die UE werden weiter unterteilt in eine NW infolge einer korrekt durchgeführten Therapie (z. B. Stimmungsverschlechterung während Besprechung von Hindernissen bei der Zielerreichung), Kunstfehler (KF, z. B. Stimmungsverschlechterung, weil in Therapie Themen angesprochen werden, die nicht der Zielerreichung dienen) bzw. unethisches Fehlverhalten (UF, z. B. sexuelle Belästigung). Somit sind KF und UF als eine nicht leitliniengerechte bzw. nicht der gültigen Behandlungsnorm entsprechende Handlung im Rahmen einer PT zu verstehen. Auch das Ergebnis des UE wird betrachtet und zwischen Symptomverschlechterung und Ausbleiben der therapeutischen Wirkung (z. B. fehlende Zielerreichung) unterschieden.

Basierend auf diesem Modell wurde die *Side Effects of Psychotherapy Scale* (SEPS) in Zusammenarbeit mit verschiedenen Expertengruppen (Betroffene und Behandelnde) und unter Berücksichtigung bereits vorhandener Instrumente (z. B. *Inventar zur Erfassung negativer Effekte von Psychotherapie* (INEP) [7] und *Checklist for the Assessment of Unwanted Effects – Adverse Treatment Reaction* (UE-ATR) [13]) entwickelt und zunächst an Patienten mit einer Zwangsstörung pilotiert [6]. Die Autoren berichteten, dass eine Revision der SEPS erforderlich erscheint, um eine vereinfachte Anwendung zu ermöglichen. Nach einer Überarbeitung entstand die *Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale* (PANEPS), bestehend aus 43 Items, welche die vorliegende Studie nutzte, um das Auftreten von GE und UE in einer Stichprobe depressiver Patientinnen und Patienten zu erfassen.



Material und Methoden

Studienablauf und Stichprobe

Die Studie wurde als Querschnittserhebung mit einer Onlinebefragung (Unipark, Version 10,5) von Februar bis März 2015 entsprechend der Deklaration von Helsinki durchgeführt. Dies beinhaltete das freiwillige Einverständnis zur Studienteilnahme, eine anonymisierte Datenerfassung und –auswertung, sowie die Möglichkeit die Studienteilnahme jederzeit beenden zu können. Kontaktiert wurden Patienten und Patientinnen mit depressiver Störung, die zuvor an der EVIDENT Studie [14] teilgenommen haben. Im Rahmen dieser Studie wurden insgesamt 1000 Personen mit Depression eingeschlossen, die entweder eine Onlineintervention zusätzlich zur Standardbehandlung (Experimentalgruppe) oder nur Standardbehandlung (Kontrollgruppe) erhielten. Dabei stand es allen Studienteilnehmern frei zusätzliche Behandlungsangebote wahrzunehmen, einschließlich psychopharmakologischer und psychotherapeutischer Behandlungen. Die 12-wöchige Onlineintervention in der Experimentalgruppe basierte auf kognitivverhaltenstherapeutischen Ansätzen, allerdings gab es keine Vorgaben, welche Ausrichtung eine möglicherweise parallel erfolgende Psychotherapie hatte. Bei der vorherigen Studienteilnahme erfolgte eine ausführliche Diagnostik, inklusive Fremdbewertung der depressiven Symptomatik über die *Hamilton Depression Rating Scale* [15], sodass die Diagnose einer depressiven Störung als gesichert betrachtet wurde.

Per E-Mail wurden 760 Personen kontaktiert, welche ihr Einverständnis für eine erneute Kontaktaufnahme gegeben hatten, und erhielten Informationen zur vorliegenden Studie sowie einem Link zur Teilnahme. Es riefen 209 Personen die Webseite der Studie auf, 186 stimmten der Teilnahme zu. Nach Berücksichtigung der Ein- und Ausschlusskriterien sowie Vollständigkeit der Datensätze konnten 135 ausgewertet werden. Einschlusskriterien waren eine aktu-

ell vorliegende und/oder eine zurückliegende Depression, sowie mind. eine abgeschlossene PT. Dabei wurden unter PT neben den anerkannten Richtlinienverfahren (Verhaltenstherapie, Tiefenpsychologisch-fundierte PT, Psychoanalyse) auch Gesprächstherapie, Interpersonelle PT und Systemische Therapie als zulässige Verfahren berücksichtigt. Sowohl Einzel- als auch Gruppentherapie waren zulässig. Ein Ausschluss erfolgte, wenn die Person unter 18 oder über 70 Jahre alt war ($n = 2$), Diagnosen mit psychotischen oder manischen Symptomen berichtete ($n = 5$), keine PT absolviert hatte ($n = 5$), ein stereotypes Antwortmuster während der Befragung zeigte ($n = 7$) oder eine unvollständige Beantwortung des PANEPS ($n = 29$) vorlag. Zudem wurden Personen ausgeschlossen, deren angegebener Zeitpunkt des Therapieendes mehr als 2 Standardabweichungen vom Gruppenmittelwert entfernt lag ($n = 4$), um u. a. Verzerrungseffekte in der Erinnerung auszuschließen. Für eine Beschreibung der Stichprobe siehe ► **Tab. 1**.

Die Befragung beinhaltete die Erfassung der aktuell vorliegenden depressiven Symptomatik mit dem *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) [16]. Außerdem wurden Details zur Diagnose und Erfahrungen mit der letzten, abgeschlossenen PT erfragt. Zur Erfassung von GE und UE der letzten PT wurde die PANEPS vorgeben. Als Aufwandsentschädigung erhielten die Teilnehmenden die Möglichkeit zum Download eines Selbsthilfekonzepts mit Entspannungsübungen.

Instrumente

Der PHQ-9 [16] ist ein Screening-Instrument, das im Selbstrating die depressive Symptomatik der letzten 14 Tage erfasst [16]. Die PANEPS bezieht sich auf die zuletzt durchgeführte PT und stellt eine überarbeitete Version der SEPS [6] dar, wobei einige Skalen entfernt wurden. Entscheidend für den Ausschluss waren v. a. Redundanz, sehr niedrige Werte in relevanten Kenngrößen wie *Cronbach's*

► **Tab. 1** Charakteristika der Patientenstichprobe (N=135) sowie der Bezugstherapien.

Variable		N/MW (SD)	%/Range
Alter (Jahre)		46,85 (10,18)	20–67
Geschlecht	weiblich	99	73,3
Schulbildung (Jahre)		11,82 (1,71)	8–18
Partnerschaftssituation	(in Partnerschaft)	79	58,5
PHQ-9 (Gesamtwert)		8,42 (4,27)	0–21
PHQ-9 (Wert > 10)		37	27,4
Anzahl komorbider Diagnosen		0,83 (0,97)	0–4
Art letzte Psy,Th.	VT	44	32,5
	KVT	14	10,4
	TP	37	27,4
	PA	7	5,2
	GT	21	15,6
	IPT	1	0,7
	ST	2	1,5
	unbekannt	9	6,7
Rahmen letzte Psy,Th.	Ambulant	122	90,4
	Stationäre	12	8,9
	teilstationäre	1	0,7
Setting letzte Psy,Th.	Einzel	112	83
	Gruppe	2	1,5
	Beides	21	15,6
Anzahl Sitzungen	1- 5	6	4,4
	6–25	48	35,6
	26–20	67	49,6
	121–300	14	10,4
Therapieabbruch	(nein)	118	87,4
ggf. Ursache *	Ja, mangelnde Wirkung	5	3,7
	Ja, therapeutische Beziehung	9	6,7
	Ja, organisatorische Gründe	3	2,2
	Ja, andere Gründe	7	5,2
Geschlecht Therapeut	weiblich	93	68,9
Abschluss Therapie (Jahre)		2,70 (2,80)	0–13

Psy.Th. = Psychotherapie, VT = Verhaltenstherapie, KVT = Kognitive Verhaltenstherapie, TP = Tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie, PA = Psychoanalyse, GT = Gesprächstherapie / Klientenzentrierte Psychotherapie, IPT = Interpersonelle Psychotherapie, ST = Systemische Therapie.

* Mehrfachantworten waren möglich

α , oder ein spezifischer Bezug zu Zwangserkrankungen. Es wurden insgesamt 53 Items entfernt. Die PANEPS besteht aus 43 Items und enthält die Subskalen: 1. Positive Effekte (PE; 5 Items, z. B. „Nach der Therapie habe ich Vertrauen in meine eigenen Fähigkeiten gefasst“); 2. Nebenwirkung (NW; 7 Items, z. B. „Die Therapie hat meine Partnerschaft belastet“); 3. Kunstfehler (KF; 11 Items, z. B. „Der/die Therapeut/in hatte kein Verständnis für meine Probleme“); 4. Unethisches Fehlverhalten (UF; 6 Items, z. B. „Ich wurde während der Therapie von meinem Therapeuten/ meiner Therapeutin sexuell belästigt“). Antworten können auf einer 4-stufigen Skala gegeben werden (1 = „trifft zu“, 2 = „trifft eher zu“, 3 = „trifft

eher nicht zu“ und 4 = „trifft nicht zu“). Eine weitere Antwortmöglichkeit ist „Die Beantwortung ist nicht möglich“, falls ein bestimmtes Item nicht zutreffend/beantwortbar war.

Statistische Auswertung

Um die dimensionale Struktur der PANEPS zu untersuchen, wurde eine Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation über die 43 Items des Fragebogens durchgeführt. Eine Zuordnung einzelner Items zu einer Dimension erfolgte ab einer (positiven) Ladung größer als .5. Bei Doppelladungen musste die Differenz größer als 1 sein. War dies nicht der Fall, wurde die Zuweisung aufgrund inhalt-

licher Passung entschieden. Der daraus entwickelte Fragenbogen wurde hinsichtlich der Reliabilität einzelner Fragebogenskalen durch Berechnung von *Cronbach's* α geprüft. Die Item-Skala-Korrelation wurde zur Abschätzung der Trennschärfe berechnet. Assoziationen zwischen den PANEPS Skalen sowie zu Stichprobenmerkmalen wurden mittels Spearman Korrelationen untersucht. Korrelationskoeffizienten um $r=0.10$ zeigen geringe, um $r=0.30$ mittlere und um $r=0.50$ hohe Korrelation auf [17]. Alle statistischen Tests wurden mit einem Signifikanzniveau von $\alpha=0.05$ durchgeführt

Ergebnisse

Testtheoretische Auswertung der PANEPS

Die Hauptkomponentenanalyse ergab für die PANEPS eine vierfaktorielle Lösung mit einer Varianzaufklärung von 46.3%. Die folgenden Faktoren wurden ermittelt: Positive Effekte (PE), Nebenwirkungen (NW), Kunstfehler (KF) und Unethisches Fehlverhalten (UF). Insgesamt konnten 29 Items den 4 Faktoren zugeordnet werden, 14 Items zeigten keine klare Zugehörigkeit zu einem Faktor und wurden entsprechend in weiteren Analysen ausgeschlossen (► **Tab. 3** online). Die reduzierte Version der PANEPS wurde für die weitere Auswertung der erhobenen Daten verwendet (► **Tab. 4** online).

Bei der PANEPS ergaben sich für 3 drei Subskalen zu UE hohe Reliabilitäten (*Cronbach's* α für NW = 0,81, für KF = 0,92, für UF = 0,83), sowie zufriedenstellende Trennschärfen (Item-Skala-Korrelation *rit* für NW = 0,47–0,66, für KF = 0,54–0,78, für UF = 0,59–82). Auch GE wurden reliabel mit der Skala PE erfasst und lagen mit einem *Cronbach's* α von 0,72 bzw. einer Trennschärfe zwischen 0,31 und 0,58 im akzeptablen Bereich.

Auftreten gewünschter Ereignisse (GE) und unerwünschter Ereignisse (UE)

Im Durchschnitt wurden 3 PE ($M=3,3$, $SD=1.4$) berichtet, wobei die Spannweite von gar kein PE bei 4.4% ($n=6$) bis zu 5 PE bei 23.7% ($n=32$) der Teilnehmenden reichte. Beispielsweise stimmten 80.2% ($n=105$) der Aussage zu, nach der Therapie mehr Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten zu besitzen und 77,1% ($n=101$) gaben an, gelernt zu haben, Verantwortung für sich selbst zu übernehmen. Im Durchschnitt wurden von den Teilnehmenden zwei UE ($M=1,8$, $SD=2,9$) benannt; die Spannweite erstreckt sich von gar kein UE bei 47,4% ($n=64$), 1 bis 3 UE bei 38,8% ($n=51$), 4 bis 8 UE bei 8,9% ($n=12$), über 9 bis 12 UE bei 3,6% ($n=5$), bis zu über 12 UE bei 2,2% ($n=3$) der Befragten.

► **Tab. 2** Interkorrelation der PANEPS Skalen (Spearman's rho).

	NW	KF	UF
PE	-0.038	-0.454 **	-0.064
NW	-	0.106	0.226 **
KF	-	-	0.322 **

Anmerkungen: PE = Positive Effekte; NW = Nebenwirkungen; KF = Kunstfehler; UF = Unethisches Fehlverhalten, ** $p < 0.01$

Als häufigstes UE wurde mit 17,4% ($n=23$) angegeben, dass die Therapie nur auf die Beseitigung des Problems hingearbeitet habe, ohne dass eine positive Zielorientierung stattfand.

Bei der Skala NW stimmten die Befragten im Mittel ein Item zu ($M=0,8$, $SD=1,3$), 61,5% ($n=83$) der Befragten gaben bei keinem der Items ihre Zustimmung, 19,3% ($n=26$) bei einem Item und 8,9% ($n=12$) bei zwei Items. Das Maximum lag bei sechs Zustimmungen und wurde von 1,5% ($n=2$) der Stichprobe angegeben. Auf der Skala NW wurden besonders häufig Items bejaht, die inhaltlich verschiedene Formen von Stigmatisierung zugeordnet werden können. So stimmten bspw. 20% ($n=27$) der Aussage „Ich habe Angst, dass mein soziales Umfeld erfährt, dass ich eine Therapie gemacht habe“ zu. Zwischenmenschliche Probleme gaben 9,8% ($n=13$) der Befragten an („Durch die Therapie, hat sich mein Verhältnis zu meiner Familie/meinen Freunden verschlechtert“). Aber auch NW aufgrund von gesundheitspolitischen Aspekten traten auf, so bejahten 16,5% ($n=91$) die Aussage „Mein Antrag auf eine private Versicherung wurde abgelehnt, weil ich eine kassenfinanzierte Therapie gemacht habe“.

Bei der Skala KF wurde im Durchschnitt einem Item zugestimmt ($M=0,9$, $SD=1,9$) und 73,3% ($n=99$) der Befragten verneinten alle Items. Insgesamt 7,4% ($n=10$) stimmten einem Item zu und 8,9% ($n=12$) zwei bis drei Items. Das Maximum lag mit zehn Zustimmungen bei einem Teilnehmer. Die häufigsten KF waren mit 17,4% ($n=23$) „Es wurde in der Therapie nur auf die ‚Beseitigung des Problems‘ hin gearbeitet, es fand keine positive Zielorientierung statt“ und mit 16,9% ($n=22$) „Aus meiner Sicht waren die angewandten therapeutischen Techniken falsch“.

Die Skala UF wies niedrigere Prävalenzen im Vergleich zu den anderen UE Skalen auf. Die durchschnittliche Zustimmung lag bei $M=0,1$ ($SD=0,5$) und 91,9% ($n=124$) stimmten keinem der Items zu. Immerhin 6,7% ($n=9$) gaben ein UF an und jeweils 0,7% ($n=1$) sogar zwei bzw. vier UF. Am häufigsten wurde mit 4% ($n=5$) der Aussage „Der/die Therapeut/in war in Bezug auf meine sexuelle Orientierung intolerant“ zugestimmt. Sexueller Missbrauch durch den Therapeuten bzw. die Therapeutin wurde von keiner Person berichtet, allerdings gaben 1,4% ($n=2$) der Aussage „Ich wurde während der Therapie von meinem Therapeuten/meiner Therapeutin sexuell belästigt“ ihre Zustimmung. Eine Auflistung der Antworthäufigkeiten sind dem online verfügbaren Supplemental Material der ► **Tab. 4** (online).

Die Korrelationskoeffizienten zwischen den Skalen (► **Tab. 2**) zeigten geringe bis mittlere Assoziationen zwischen PE und KF ($r=-0,45$, $p < 0,01$), NW und UF ($r=0,23$, $p < 0,01$) sowie KF und UF ($r=0,32$, $p < 0,01$). Alle anderen Korrelationskoeffizienten zeigten keine signifikanten Assoziationen ($p > 0,05$).

Zusammenhänge mit Patientenmerkmalen

Die Korrelationskoeffizienten zwischen den PANEPS Skalen und den Strichprobenmerkmalen (► **Tab. 1**) ergaben einen positiven Zusammenhang zwischen PE und dem PHQ-9 Gesamtwert ($r=0,30$, $p < 0,01$), sowie negative Zusammenhänge zwischen PE und Therapieabbruch ($r=-0,17$, $p < 0,05$) bzw. Anzahl Therapiesitzungen ($r=-0,29$, $p < 0,01$). NW zeigten einen positiven Zusammenhang mit Alter ($r=0,25$, $p < 0,01$) und einen negativen Zusammenhang mit dem PHQ-9 Gesamtwert ($r=-0,22$, $p < 0,05$). KF korrelierten negativ mit dem PHQ-9 Gesamtwert ($r=-0,18$, $p < 0,05$) und posi-

tiv mit Therapieabbruch ($r=0,25, p<0,01$). UF wies einen positiven Zusammenhang mit der Partnerschaftssituation auf ($r=0,23, p<0,01$) und einen negativen Zusammenhang mit der Anzahl an Psychotherapien ($r=-0,26, p<0,01$). Alle anderen Korrelationskoeffizienten zeigten keine signifikanten Werte ($p>0,05$).

Diskussion

Im Rahmen unserer Studie wurde unter Verwendung des neu entwickelten PANEPS untersucht, wie häufig GE und UE während der letzten PT in einer Stichprobe von depressiven Patienten auftraten. Etwas mehr als die Hälfte der Befragten (52,6 %) stimmten mind. einem der vorgegebenen UE zu. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit den Angaben von Rheker und Kollegen [5], die in einer aktuellen Studie mit 58,7 % bei psychiatrischen Patienten bzw. 45,2 % bei psychosomatischen Patienten vergleichbare Angaben machten.

Entsprechend der vorgeschlagenen Klassifikation von Linden [13] wurden die durch den PANEPS erfassten UE in verschiedene Subskalen unterteilt. NW, im Sinne von unerwünschten Auswirkungen einer korrekt durchgeführten PT, wurden von 38,5 % der Befragten angegeben. Dabei wurden besonders häufig Items bejaht, die eher als UE im Sinne einer gesellschaftlichen Stigmatisierung oder Benachteiligung im Gesundheitssystem zu verstehen sind. Inwiefern diese einer Definition vom NW als unerwünschten Effekt einer korrekt durchgeführten PT entsprechen, bedarf weiterer Diskussion. Die Überprüfbarkeit einer korrekten Therapiedurchführung stellt hier eine besondere Herausforderung dar. Es muss bei der Interpretation der Ergebnisse bedacht werden, dass die subjektive Sichtweise der Patienten erfasst wurde und keine Daten zur tatsächlich umgesetzten Therapie vorliegen. Somit muss auch einschränkend darauf hingewiesen werden, dass die Zuordnung zu spezifischen Therapierichtungen allein auf der Angabe der Befragten beruht und fehlerhaft sein könnte. Durch die anonyme Erhebung im Rahmen einer Onlinebefragung war eine Überprüfung der Angaben nicht möglich. Dieser Aspekt sollte in zukünftigen Studien stärker berücksichtigt werden, um eine validere Einordnung der Ergebnisse zu ermöglichen. Auch eine Bereitschaft der Behandelnden zur regelhaften Erfassung von NW während der Durchführung einer PT wäre denkbar, idealerweise in Kombination mit Angaben zu den verwendeten Therapiemanualen und der eigenen Therapieadhärenz. Die gezielte Evaluation von UE würde jedoch möglicherweise deren Auftretenswahrscheinlichkeit beeinflussen und sollte daher in kontrollierten Studien evaluiert werden.

Die Pilotstudie zum SEPS an Patienten mit Zwangsstörung [6] berichtete bspw. mit 93 % eine deutlich höhere Häufigkeit für NW, wobei sich dort nicht explizit auf die letzte PT bezogen wurde. Dieser Unterschied in der Instruktion könnte die gefundenen Unterschiede teilweise erklären. Die relativ hohe Konsistenz (*Cronbach's* $\alpha=0,72$) in der Subskala NW im PANEPS bedarf in zukünftigen Studien der Prüfung, um zu untersuchen, ob die einzelnen NW korrelativ oder kausal verbunden sind (im Sinne eines Domino-Effektes) oder ob sie auf eine Beschwerdeneigung der Befragten zurückgehen bzw. Ausdruck von Enttäuschung sind (i. S. von "Dampf ablassen").

Für das Auftreten von KF, welche als potenzielle, d. h. aus Patientensicht inkorrekt durchgeführte Therapie definiert werden, berichteten Moritz und Kollegen [6] eine Zustimmung in 89 % der

Stichprobe. Mit 26,7 % wurde diesen Items in der vorliegenden Studie deutlich weniger zugestimmt. Auch hier muss die subjektive Beurteilung der Behandlung aus Patientensicht berücksichtigt werden (vgl. [18]). Möglicherweise sind die Erwartungen an die Therapie in der Population der unipolar depressiven Patienten andere im Vergleich zu Zwangspatienten. Für mehr Einsicht in die konkreten KF sollten zukünftige Untersuchungen eine detailliertere Exploration in Form von qualitativen Befragungen in Erwägung ziehen. Auch UF, wie sexuelle Belästigung und ausländerfeindliches Verhalten, wurde in der vorliegenden Studie mit 8,1 % seltener zugestimmt als bei Moritz und Kollegen [6]. Insgesamt geben diese Ergebnisse allerdings Anlass für verstärkte Besorgnis. Um mögliche, strafrechtliche Konsequenzen gegen unethisch Behandelnde in die Wege zu leiten und Patienten zu schützen, müsste, neben einer verstärkten Aufklärung der Patienten, eine routinemäßige und v. a. verbindliche und unabhängige Erfassung von UF kultiviert werden, z. B. im Rahmen von Supervisionen.

Lediglich GE wurde mit 95,6 % in dieser Studie und 95 % bei Moritz und Kollegen [6] gleich häufig zugestimmt. Diese Daten könnten ein erster Hinweis dafür sein, dass die Wahrscheinlichkeit für UE in der PT möglicherweise durch die der Behandlung zugrunde liegende psychische Erkrankung mitgestaltet wird. Da verschiedene Fragebogenversionen in den beiden Studien genutzt wurden, sind die Ergebnisse nur schwer zu interpretieren, insbesondere die höhere Item Anzahl in der SEPS könnte ein konfundierender Faktor sein.

Die PANEPS stellt eine gekürzte Version der SEPS [6] dar und die genutzten Skalen (PE, NW, KF, UF) wiesen mit Cronbach's α Werten zwischen 0.72 und 0.92 eine zufriedenstellende bis exzellente interne Konsistenz auf. Zuvor waren 14 Items aus der PANEPS ausgeschlossen worden, da keine eindeutige Zuordnung zu einer der ermittelten Skalen möglich war. Bei diesen ausgeschlossenen Items handelte es sich teilweise um sehr spezifische Fragen, die vermutlich nicht geeignet waren, die Lebensrealität aller Befragten abzubilden (z. B. Fragen zu Veränderungen in der Beziehung oder Konsequenzen der Therapie für die Arbeitssituation oder Verbeamtung). Im Vergleich zu anderen Instrumenten zur Erfassung von UE von PT, wie z. B. INEP [7] und UE-ATR [13], bietet die finale Version der PANEPS für alle Fragen ein vier-stufiges Antwortverfahren, welches eindeutig einer Zustimmung oder Ablehnung zugeordnet werden kann. Dies ermöglicht für Anwendende eine vereinfachte Auswertung, wobei gewisse inhaltliche Details weniger genau erfasst werden als bei den beiden anderen Instrumenten. Die Erfassung von PE der PT stellt unserer Meinung nach eine wichtige Ergänzung dar, welche in anderen Instrumenten oft wegfällt. Die SEPS wurde ursprünglich für Patienten mit einer Zwangsstörung entwickelt und war mit 96 Items deutlich umfangreicher als die nun erstellte PANEPS mit 29 Items. Einige der Items wiesen hohe Redundanz auf und waren zu komplex formuliert. Eine Verwendung der SEPS wird von den Autoren nicht mehr empfohlen. Die PANEPS stellt ein ökonomischeres und transdiagnostisches Instrument dar, welches im therapeutischen Alltag gut eingesetzt werden kann.

In der final erstellten Version der PANEPS wurde eine negative Assoziation zwischen PE und KF gefunden, was für mehr PE einer Therapie bei wenigen KF spricht. Dieses Ergebnis unterstreicht die Bedeutsamkeit leitliniengerechter Therapie. Zudem wurden positive Assoziationen zwischen NW und UF sowie KF und UF gefunden,

was für ein erhöhtes Risiko für mehrere UE in derselben Therapie sprechen könnte. Einschränkend lässt sich sagen, dass die PANEPS womöglich nicht das ganze Spektrum an NW einer PT abdeckt. Allerdings scheinen sich trotzdem sinnvolle Zusammenhänge mit den anderen Skalen und auch Personenmerkmalen zu ergeben, sodass eine Mehrererfassung an Items möglicherweise nicht mit einem Mehrgewinn an Information einhergehen würde. Dies sollte in zukünftigen Untersuchungen berücksichtigt werden, zum Beispiel, indem den Befragten die Möglichkeit gegeben wird, noch ergänzend in einem Freitext nicht genannte NW ergänzend zu benennen.

Die Zusammenhänge mit Patientenmerkmalen zeigten, dass eine höhere Symptombelastung mit mehr PE einer Therapie und weniger NW und KF einhergeht. Da die Symptombelastung in der untersuchten Stichprobe insgesamt recht gering war, ist dieser Zusammenhang schwer zu interpretieren. Da es sich bei der vorliegenden Untersuchung um eine anonyme Onlinebefragung handelt, fehlen einige Informationen um diesen Zusammenhang genauer zu erklären. Es wäre denkbar, dass die symptomstärkeren Befragten eine aktuelle oder zurückliegende Therapie mit mehr GE in Zusammenhang bringen. Um solche Fragen erschöpfender zu beantworten, sollten Folgestudien mögliche Einflussfaktoren genauer erfassen. Auch das Risiko für einen Therapieabbruch scheint zu sinken, wenn mehr PE berichtet werden, bzw. steigt mit KF an. Mit zunehmender Anzahl an Psychotherapien scheint auch mehr Zustimmung zu UF stattzufinden. Die Anzahl Sitzungen war negativ mit PE einer Behandlung assoziiert, was aufgrund der vierstufigen Einteilung der Sitzungsanzahl schwer zu interpretieren ist. Zukünftige Studien sollten hier kleinschrittiger vorgehen, um einen möglichen Einfluss der Therapiedauer auf PE genauer zu untersuchen. Der positive Zusammenhang zwischen NW und Alter widerspricht früheren Ergebnissen, die mit zunehmendem Alter weniger NW berichteten [8]. Hier bedarf es ebenfalls weitere Untersuchungen. Die vermehrte Zustimmung zu UF bei vorhandener Partnerschaft lässt sich womöglich dadurch erklären, dass entsprechende Items bei Personen mit Partnerschaft eher relevant waren. Insgesamt sind alle Korrelationen im geringen bis mittleren Bereich einzuordnen. Weitere Untersuchungen in größeren Stichproben sind nötig, um die Ergebnisse der PANEPS zu prüfen.

Die vorliegende Studie unterliegt einigen Limitierungen. So stellt die untersuchte Stichprobe, trotz der vermeintlich einheitlichen Diagnose einer unipolaren Depression, eine heterogene Gruppe hinsichtlich verschiedener therapiebezogener Variablen dar. Obwohl ein Großteil der Befragten zuletzt in ambulanter Behandlung gewesen war, unterscheiden sich die befragten Personen hinsichtlich der Therapierichtung, der Behandlungsdauer, sowie der Anzahl an Vorbehandlungen bzw. Therapieabbrüchen teils deutlich voneinander. Auch die aktuell vorhandene Symptomatik bzw. deren Abwesenheit könnte individuelle Bewertungen beeinflussen. Zudem besteht die Frage, ob sich die Befragten entgegen der Instruktion auf generelle Therapieerfahrungen bezogen haben. Insbesondere der negative Zusammenhang zwischen aktuell vorhandener depressiver Symptomatik im PHQ-9 und der Zustimmung zu Items der Bereiche NW und KF ist schwer zu interpretieren. Hier können wir zum derzeitigen Zeitpunkt nicht ausschließen, dass der Zusammenhang auf einem höheren Beschwerdebedürfnis bei den Befragten beruht und dies möglicherweise eine Motivation darstellt, an der Studie teilzunehmen. Weitere Untersuchungen mit

homogeneren Stichproben sind nötig, um das Auftreten UE von PT stärker mit den spezifischen Umständen und Personenmerkmalen in Bezug zu setzen. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die vorgestellte Studie einen ersten Einblick in die Häufigkeit von UE während der PT bei depressiven Patienten ermöglicht. Trotz methodischer Limitierungen leistet sie damit einen bedeutsamen Beitrag zur Erfassung von psychotherapeutischen NW.

FAZIT FÜR DIE PRAXIS

Die vorliegende Studie nutzte die PANEPS und gibt eine Schätzung über die Häufigkeit von GE und UE einer PT bei Patienten mit unipolarer Depression. Die Ergebnisse zeigen, dass jeder zweite dieser Patienten mindestens ein UE während einer Behandlung bejahte. Besorgniserregend ist insbesondere, dass neben Nebenwirkungen einer korrekt durchgeführten PT auch Kunstfehler und unethisches Fehlverhalten berichtet wurden. Nur durch eine regelhafte Erfassung von UE einer PT kann der Schutz von Patienten vor solchen Ereignissen gefördert werden. Im Sinne einer beruflichen Qualitätssicherung sollten Fragebögen wie der PANEPS selbstverständlich in die praktische Anwendung einfließen.

Danksagung

Die Autoren danken Marie Könemund und Lisa Zwetzschke für die Unterstützung bei der Datenerhebung.

Interessenkonflikt

Die Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Literatur

- [1] Scott J, Young AH. Psychotherapies should be assessed for both benefit and harm. *Br J Psychiatry J Ment Sci* 2016; 208: 208–209
- [2] Dimidjian S, Hollon SD. How would we know if psychotherapy were harmful? *Am Psychol* 2010; 65: 21–33
- [3] Linden M. Nebenwirkungen und Nebenwirkungserfassung in der Verhaltenstherapie. In: Linden M, Hautzinger M, (Hrsg.). *Verhaltenstherapiemanual*. Berlin Heidelberg: Springer-Verlag; Psychotherapie: Praxis 2015: 39–43. [Internet http://www.springer.com/de/book/9783642552090](http://www.springer.com/de/book/9783642552090)
- [4] Crawford MJ, Thana L, Farquharson L et al. Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *Br J Psychiatry* 2016; 208: 260–265
- [5] Rheker J, Beisel S, Kräling S et al. Rate and predictors of negative effects of psychotherapy in psychiatric and psychosomatic inpatients. *Psychiatry Res* 2017; 254: 143–150
- [6] Moritz S, Fieker M, Hottenrott B et al. No pain, no gain? Adverse effects of psychotherapy in obsessive-compulsive disorder and its relationship to treatment gains. *J Obsessive-Compuls Relat Disord* 2015; 5: 61–66

- [7] Ladwig I, Rief W, Nestoriuc Y. Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? – Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie* 2014; 24: 252–263
- [8] Grüneberger A, Einsle F, Hoyer J et al. [Subjective Adverse Effects during Outpatient CBT: Associations to Patient and Therapist Variables and to the Therapeutic Alliance]. *Psychother Psychosom Med Psychol* 2017
- [9] Wittchen HU, Jacobi F, Rehm J et al. The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010. *Eur Neuropsychopharmacol J Eur Coll Neuropsychopharmacol* 2011; 21: 655–679
- [10] Kessler RC, Pethukova M, Sampson NA et al. Twelve-month and lifetime prevalence and lifetime morbid risk of anxiety and mood disorders in the United States. *Int J Methods Psychiatr Res* 2012; 21: 169–184
- [11] Hans E, Hiller W. Effectiveness of and dropout from outpatient cognitive behavioral therapy for adult unipolar depression: a meta-analysis of nonrandomized effectiveness studies. *J Consult Clin Psychol* 2013; 81: 75–88
- [12] Fernandez E, Salem D, Swift JK et al. Meta-analysis of dropout from cognitive behavioral therapy: Magnitude, timing, and moderators. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83: 1108–1122
- [13] Linden M. How to define, find and classify side effects in psychotherapy: from unwanted events to adverse treatment reactions. *Clin Psychol Psychother* 2013; 20: 286–296
- [14] Klein JP, Berger T, Schröder J et al. The EVIDENT-trial: protocol and rationale of a multicenter randomized controlled trial testing the effectiveness of an online-based psychological intervention. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 239
- [15] Hamilton M. A rating scale for depression. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 1960; 23: 56–62
- [16] Kroenke K, Spitzer RL, Williams JB. The PHQ-9: validity of a brief depression severity measure. *J Gen Intern Med* 2001; 16: 606–613
- [17] Cohen J. *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. 2 Rev ed. Hillsdale, N J: Taylor & Francis Inc; 1988
- [18] Jelinek L, Moritz S, Hauschildt M. Patients' perspectives on treatment with Metacognitive Training for Depression (D-MCT): Results on acceptability. *J Affect Disorders*. 2017; 221: 17–24