

Psychotherapeut 2020 · 65:244–256
<https://doi.org/10.1007/s00278-020-00432-y>
 Online publiziert: 3. Juni 2020
 © Der/die Autor(en) 2020, korrigierte
 Publikation 2021



Klaus-Peter Seidler¹ · Swantje Grützmacher² · Alexandra Epner³ · Karin Schreiber-Willnow⁴

¹ Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover, Hannover, Deutschland

² Klinik für Psychogene Störungen, Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, DRK Kliniken Berlin Wiegmann Klinik, Berlin, Deutschland

³ Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Helios Dr. Horst Schmidt Kliniken, Wiesbaden, Deutschland

⁴ Köln, Deutschland

Negative Therapiefolgen körperorientierter Gruppenpsychotherapie am Beispiel der Konzentrativen Bewegungstherapie

Negative Therapiefolgen bzw. Nebenwirkungen von Psychotherapie haben in den letzten Jahren zunehmend Beachtung in der Psychotherapieforschung gefunden. In der klinischen Praxis müssen mögliche Risiken und zu erwartende Folgen gemäß Patientenrechtegesetz (§ 630e Abs. 1 BGB) bei der Aufklärung von Psychotherapiepatienten Beachtung finden. Für körperorientierte Psychotherapieverfahren liegen bislang allerdings keine systematisch erhobenen Befunde zu möglichen negativen Therapiefolgen vor. Angesichts bestehender Vorbehalte gegenüber körperorientierter Psychotherapie stellt sich die Frage, ob diese Therapieform spezifische unerwünschte Effekte aufweist bzw. diese in stärkerem Ausmaß vorliegen als in verbalen Therapieverfahren.

Grundlagen

Negative Folgen psychotherapeutischer Behandlung

Nachdem es sich bei den negativen Folgen psychotherapeutischer Behand-

lung bis vor wenigen Jahren noch um ein vernachlässigtes Thema der Psychotherapie(forschung) handelte (Rozentel et al. 2018; Strauß et al. 2012), ist seit einiger Zeit die verstärkte Auseinandersetzung damit zu verzeichnen. So wurde ein Ethikverein als Anlaufstelle für Patienten bei (fraglichem) Fehlverhalten durch Therapeuten gegründet (Franke et al. 2016; Kontny et al. 2019; Weltner et al. 2016). Negative Therapiefolgen können aber auch unabhängig von therapeutischem Fehlverhalten oder Fehlern eine unvermeidliche Nebenwirkung adäquat durchgeführter Psychotherapie darstellen und werden von Patienten bei systematischen Erhebungen häufig auch berichtet (z. B. Abeling et al. 2018; Peth et al. 2018; Rheker et al. 2017). Das Ergebnis einer diesbezüglichen Metaanalyse steht noch aus (Klatte et al. 2018). Für die Erhebung negativer Therapiefolgen liegt inzwischen eine Reihe geeigneter Fragebogen vor. Keiner dieser Fragebogen berücksichtigt aber sämtliche Bereiche negativer Therapiefolgen, die als relevant betrachtet werden (Herzog et al. 2019).

Es hat sich als notwendig erwiesen, zu einem Konsensus in den begrifflichen Unterscheidungen zu kommen (Herzog et al. 2019; Linden et al. 2018). Dem-

nach sollen unter negative Therapiefolgen („negative effects“) sämtliche unerwünschte Ereignisse („adverse events“) im zeitlichen Zusammenhang mit einer Psychotherapie fallen, die durch diese verursacht sind. Von Nebenwirkungen („side effects“) soll bei denjenigen negativen Therapiefolgen gesprochen werden, die bei korrekt durchgeführter Therapie zu verzeichnen sind und sich also nicht aufgrund unethischen Verhaltens oder von Behandlungsfehlern ergeben.

Körperorientierte Gruppenpsychotherapie

Die körperorientierte Gruppenpsychotherapie ist ein fester Bestandteil (teil-)stationärer Psychotherapie in der Psychosomatik und Psychiatrie. In mehr als 140 bundesdeutschen Kliniken wird sie in Form der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) als integrierter Bestandteil des psychotherapeutischen Settings überwiegend in Gruppen angeboten (Deutscher Arbeitskreis für Konzentrative Bewegungstherapie 2020). Die KBT steht daher exemplarisch für (teil-)stationäre körperpsychotherapeutische Gruppen.

In körperpsychotherapeutischen Gruppen wird das Selbsterleben über körperliche Erfahrungen gefördert, sei es anhand von Bewegungen, dem achtsamen Erspüren des eigenen Körpers oder durch die Beschäftigung mit Gegenständen wie Bällen und Stäben (Schreiber-Willnow 2017). Über das körperliche Erleben können auch implizite Erinnerungen an belastende oder prägende biografische Erfahrungen evoziert werden. Darüber hinaus bietet diese Form der Gruppentherapie einen Erfahrungsraum, in dem alte Beziehungsmuster in der Begegnung mit anderen Gruppenmitgliedern „leibhaftig“ im interaktionellen Handeln erlebt und neue erprobt werden können. Durch die Beschäftigung mit interpersonellen Grundthemen wie Geben und Nehmen, Sichöffnen und -verschießen, Nähe und Distanz, Aggression und Hemmung lassen sich interpersonelle Konflikte auf der Handlungsebene therapeutisch bearbeiten. Dabei zielt das therapeutische Vorgehen darauf ab, sowohl einen schützenden Rahmen als auch ein konfrontierendes Übungsfeld für therapeutische Veränderung anzubieten. Eine ausführliche Beschreibung der gruppentherapeutischen Arbeit in der KBT findet sich bei Schreiber-Willnow (2016).

Wie Untersuchungen zeigen, ist die KBT als adjuvantes körperorientiertes Gruppenpsychotherapieverfahren in der stationären Psychotherapie etabliert und anerkannt (Dietrich 1995; Seidler et al. 2002). Obwohl bislang nur sehr wenige kontrollierte Studien zur Wirksamkeit der KBT im stationären Bereich vorliegen (Seidler 2012/2013), ist eine hohe Wertschätzung bei Patienten zu konstatieren (Gathmann 1990; Kordy et al. 1990; Zeeck et al. 2011). Es bestehen aber auch Vorbehalte gegenüber körperorientierter Psychotherapie (z. B. Drücke 1990; Kind 1985), und auf spezifische Risiken wird hingewiesen. So beschreibt Young (2006) 4 Risiken (Retraumatisierung durch ein „Wiederbeleben“ traumatischer Erinnerungen, missbräuchliche Berührung, Durchbrechen der Abwehr, Schädigung durch unangemessene oder maligne Regression), die er v. a. in einigen (älteren) Konzepten der Körperpsychotherapie begründet sieht. Speziell im Hinblick auf

die körperpsychotherapeutische Gruppenarbeit geben Seidler und Schreiber-Willnow (2011) zu bedenken, dass die therapeutische Fokussierung auf den Körper und das Körpererleben insbesondere für Patienten mit schweren Körperbildstörungen eine große Bedrohung und im Rahmen von Gruppentherapie eine Überforderung darstellen kann. Dies gilt auch, weil die körperbezogenen Angebote im Gruppensetting weniger auf die individuellen Möglichkeiten der Patienten hin abgestimmt werden können.

Ziel der Arbeit

Vor diesem Hintergrund hatte die vorliegende explorative Studie das Ziel, Art und Ausmaß negativer Therapiefolgen der KBT sowie mögliche relevante Einflussfaktoren näher zu bestimmen. Dabei wurden folgende Fragestellungen unterschieden:

1. Welche allgemeinen negativen Effekte werden von Patienten (teil-)stationärer Gruppenpsychotherapie mit KBT (im Vergleich zu Patienten in anderen Studien) berichtet?
2. Welche negativen Effekte werden speziell im Hinblick auf die Behandlung im Gruppen-Setting (im Vergleich zu anderen Studien) beschrieben?
3. Werden die negativen Effekte durch bestimmte Variablen (Geschlecht, Alter, Zahl der Gruppentermine, Behandlungseinrichtung) moderiert?
4. Besteht ein Zusammenhang zwischen der Behandlungsbeurteilung durch die Patienten und den von ihnen angegebenen negativen Effekten?

Methoden

Studiendesign und Stichprobe

Die Studie wurde als explorative Querschnittsuntersuchung in Form einer multizentrischen anonymen Fragebogenerhebung durchgeführt. Vonseiten der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover bestanden keine Bedenken. Alle Patienten wurden über die Untersuchung umfassend schriftlich aufgeklärt.

Es baten 13 KBT-Therapeuten (76,9% weiblich) verschiedener psychosomatischer und psychiatrischer Kliniken die Patienten am Ende ihrer KBT-Gruppenbehandlung um die Teilnahme an dieser Studie. Einschlusskriterien waren ein Mindestalter von 18 Jahren und eine Gruppenteilnahme über mindestens 5 Termine, wobei der zeitliche Umfang der einzelnen Gruppentermine offen gelassen wurde. Es wurden an 310 Patienten, die der Untersuchung zustimmten, Fragebogen ausgegeben; 253 Patienten füllten diese aus. Damit wurde eine Rücklaufquote von 81,6% erzielt. Zwei Fragebogen wurden ausgeschlossen, da die jeweiligen Patienten angaben, an weniger als 5 Gruppenterminen teilgenommen zu haben. Bei den 251 in der Auswertung berücksichtigten Patienten handelte es sich zu 63,7% um Frauen.

Das Durchschnittsalter der Patienten betrug 46,0 Jahre (SD \pm 12,5 Jahre). Es gaben 88,0% der Patienten an, in einer psychosomatischen Klinik behandelt zu werden, 10,4% in einer psychiatrischen Klinik und 0,8% in einer sonstigen Einrichtung; Keine Angabe machten 0,8% der Patienten. Die durchschnittliche Zahl der absolvierten Gruppentermine betrug 11,5 (Median = 9; SD \pm 6,2) mit einem Minimum von 5 und einem Maximum von 30 Terminen.

Instrumente

Zur Erfassung negativer Therapiefolgen wurden der Negative Effects Questionnaire (NEQ; Rozental et al. 2016, 2018) sowie der Fragebogen zu Nebenwirkungen in der Gruppentherapie und unerwünschten Gruppenerfahrungen (NUGE-24; Strauß und Drobinskaya 2018) eingesetzt. Die Therapiebeurteilung erfolgte anhand des Therapiebeurteilungsfragebogens für die Konzentrierte Bewegungstherapie im Gruppentherapie-Setting (TBF-KBG-G; Seidler et al. 2018).

Negative Effects Questionnaire

Vom NEQ wurde die Kurzform mit 20 Items in der autorisierten deutschen Übersetzung herangezogen (http://neqscale.com/download/NEQ_German_20_Items_2019.pdf). Die Items des NEQ beziehen sich auf allgemeine

K.-P. Seidler · S. Grützmaker · A. Epner · K. Schreiber-Willnow

Negative Therapiefolgen körperorientierter Gruppenpsychotherapie am Beispiel der Konzentrativen Bewegungstherapie

Zusammenfassung

Hintergrund. Es liegen bislang keine empirischen Untersuchungen zu negativen Therapiefolgen körperorientierter Psychotherapie vor. Am Beispiel der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT), die in der stationären Psychotherapie als adjuvantes körperorientiertes Gruppenpsychotherapieverfahren etabliert ist, wird untersucht, welche negativen Therapiefolgen Patienten in der (teil-)stationären KBT-Gruppenbehandlung angeben, und wie sich diese im Vergleich zu den Ergebnissen anderer Studien darstellen. Verschiedene Patienten- und Behandlungsmerkmale werden als Einflussgrößen berücksichtigt sowie der Zusammenhang zur Behandlungsbeurteilung durch die Patienten überprüft.

Material und Methoden. Es füllten 251 Patienten die Kurzform des Negative Effects Questionnaire (NEQ), den Fragebogen zu Nebenwirkungen in der Gruppentherapie und

unerwünschten Gruppenerfahrungen (NUGE-24) sowie den Therapiebeurteilungsfragebogen für die Konzentrative Bewegungstherapie im Gruppentherapie-Setting (TBF-KBT-G) am Ende ihrer KBT-Gruppenbehandlung aus. Alter und Geschlecht sowie Zahl der Gruppentermine und Art der Behandlungseinrichtung wurden als Kovariablen erfasst. Zum Vergleich wurden die statistischen Kennwerte der Publikationen zum NEQ und NUGE-24 herangezogen.

Ergebnisse. Von mindestens einer negativen Therapiefolge berichteten 59,4% der Patienten. Die Hälfte von ihnen gab mindestens 2 negative Effekte an, die sich v. a. auf bestimmte Beschwerden als Folgen der Behandlung bezogen. Negative Effekte dadurch, dass die Behandlung in der Gruppe erfolgt, lagen nur in geringem Maß vor und betrafen v. a. das Erleben persönlicher Überforderung. Für die Kovariablen ließen sich nur wenige Effekte

ermitteln. Zur Behandlungsbeurteilung ergaben sich mehrere fast ausschließlich negative signifikante Korrelationen.

Schlussfolgerungen. Negative Therapiefolgen sind bei der (teil-)stationären KBT-Gruppenbehandlung wie auch bei anderen Therapieverfahren häufig zu verzeichnen. Es gibt kaum Hinweise auf ein typisches Risikoprofil oder dass diese Form der Behandlung im Vergleich zu anderen Behandlungen eine besondere Belastung darstellt. Die Untersuchungsergebnisse unterstreichen die Notwendigkeit, Patienten klare Informationen über das therapeutische Vorgehen sowie über mögliche negative Effekte selbst bei positivem Behandlungsverlauf zu vermitteln.

Schlüsselwörter

Stationäre Behandlung · Nebenwirkungen · Therapiebeurteilung · Therapeutisches Risikoprofil

Negative effects of body-oriented group psychotherapy using the example of concentrative movement therapy

Abstract

Background. So far no empirical studies on the negative effects of body-oriented psychotherapy have been carried out. Using the example of concentrative movement therapy (CMT), which is established in inpatient psychotherapy as an adjuvant body-oriented group psychotherapy procedure, it was examined which negative effects are reported for inpatient and day treatment in CMT groups and if they differ from the results of other studies. Various patient and treatment characteristics were taken into account as influencing factors and the relationship to the evaluation of treatment by the patients was examined.

Material and methods. A total of 251 patients completed the short form of Negative Effects Questionnaire (NEQ), Questionnaire for the Assessment of Side Effects and Negative

Experience in Group Therapy und Therapy Evaluation Questionnaire for Concentrative Movement Therapy in Group Therapy Setting (TBF-CMT-G) at the end of the CMT group treatment. Age and gender as well as number of group sessions and type of treatment facility were recorded as covariables. The statistical values of the publications on NEQ and NUGE-24 were used for comparison.

Results. At least 1 negative effect was reported by 59.4% of the patients. Half of them reported at least two negative effects, mainly related to certain symptoms as a result of the treatment. Negative effects resulting from the group setting were only minor and mainly concerned the experience of being overwhelmed. Few effects could be determined for the covariables. There were

several almost exclusively negative significant correlations for the treatment evaluation.

Conclusion. Negative effects of CMT group therapy in inpatient or day treatment were often reported but this is also true for other therapeutic methods. There is little evidence of a typical risk profile for CMT group therapy or that this form of treatment is particularly stressful compared to other forms of therapy. The results of the study underline the need to provide patients with clear information about the therapeutic procedure and possible negative effects even with a positive course of treatment.

Keywords

Inpatients · Side effects · Treatment evaluation · Therapeutic risk profile

negative Effekte zu den Bereichen Symptome, Therapiequalität, Abhängigkeit, Stigma und Hoffnungslosigkeit. Die Testkonstruktion der Kurzform erfolgte auf Grundlage probabilistischer Testtheorie (Rasch-Modell). Die Beantwortung der

Items wird 3-stufig vorgenommen: Zunächst wird erfragt, ob ein spezifischer negativer Effekt während der Behandlung aufgetreten ist. Falls dies bejaht wird, ist im zweiten Schritt das Ausmaß der Beeinträchtigung durch diesen

negativen Effekt auf einer 5-stufigen Skala (von „gar nicht“ bis „sehr stark“ reichend) anzugeben. Im dritten Schritt wird erfragt, ob der jeweilige negative Effekt wahrscheinlich durch die therapeutische Behandlung oder durch ande-

re Umstände verursacht wurde. In der vorliegenden Studie wurde der letztere Schritt modifiziert, um zu berücksichtigen, dass die KBT-Gruppenbehandlungen im Rahmen (teil-)stationärer Psychotherapie stattfanden. Statt „therapeutische Behandlung“ bzw. „andere Umstände“ wurden „KBT-Behandlung“ bzw. „andere Behandlung/Umstände“ als Verursachungsalternativen angegeben. Wie sich in der Studie zeigte, kreuzten Patienten bei einigen Items abweichend zur Fragebogeninstruktion z.T. beide Verursachungsalternativen an. Dieses Antwortmuster ist im Rahmen (teil-)stationärer Psychotherapie, bei der Patienten mehrere therapeutische Angebote wahrnehmen, als adäquat zu betrachten: So können z.B. unangenehme Erinnerungen (NEQ-Item 8) sowohl in der KBT-Gruppenbehandlung als auch in der verbalen Gruppe, an der ein Patient teilnimmt, evoziert und insofern als negative Therapiefolge beider therapeutischer Angebote erlebt werden. Das Ankreuzen beider Verursachungsalternativen wurde insofern nicht als fehlerhaftes Antwortverhalten gewertet.

Fragebogen zu Nebenwirkungen in der Gruppentherapie und unerwünschten Gruppenerfahrungen

Der NUGE-24 erfasst negative Therapiefolgen im Sinne von Nebenwirkungen, die sich speziell aus der Behandlung im Gruppensetting ergeben. Er besteht aus 4 faktorenanalytisch gewonnenen Skalen mit jeweils 6 Items: (1) Belastung durch die Mitpatienten, (2) Belastung durch den Therapeuten, (3) Belastung durch die Gruppe und (4) persönliche Überforderung. Die Items des NUGE-24 weisen ein 5-stufiges Antwortformat auf, das von *trifft überhaupt nicht zu* (1) bis *trifft sehr stark zu* (5) reicht. Da der NUGE-24 in der vorliegenden Studie zum Therapieende vorgelegt wurde, erfolgte eine Modifikation der Items hinsichtlich der Zeitform vom Präsens zum Präteritum hin. Drei der Skalen wiesen in der vorliegenden Stichprobe eine gute interne Konsistenz von Cronbachs $\alpha > 0,80$ auf. Für die Skala *Belastung durch die Gruppe* ergab sich eine grenzwertig ausreichende interne Konsistenz ($\alpha = 0,69$), die damit

niedriger als in der Originalpublikation ($\alpha = 0,78$) ausfiel.

Therapiebeurteilungsfragebogen für die Konzentrierte Bewegungstherapie im Gruppentherapie-Setting

Beim TBF-KBT-G handelt es sich um einen Fragebogen, mit dem erfasst werden soll, welche Wirkungen und Wirkfaktoren Patienten am Ende der KBT-Gruppenbehandlung retrospektiv für sich wahrnehmen. In seiner aktuellen Version besteht der TBF-KBT-G aus 18 Items, die folgenden 4 faktorenanalytisch gewonnenen Skalen zugeordnet sind:

- therapeutischer Zugang zu sich selbst anhand der KBT-Methode (Beispielitem: „Was ich in der KBT erfahren und erlebt habe, hat mir geholfen mich besser zu verstehen.“),
- positive körperbezogene Erfahrungen und Effekte (Beispielitem: „Durch die KBT kann ich mich jetzt besser entspannen.“),
- positive Erfahrungen mit dem Therapeuten (Beispielitem: „In der Beziehung zur Therapeutin/zum Therapeuten habe ich mich wohl gefühlt.“) und
- positive Gruppenatmosphäre (Beispielitem: „Ich fühlte mich in der KBT von den Gruppenmitgliedern verstanden und angenommen.“).

Die Items weisen ein 5-stufiges Antwortformat auf, das von *trifft gar nicht zu* (0) bis *trifft völlig zu* (4) reicht. Die interne Konsistenz der Skalen ist mit Cronbachs- α -Werten im Bereich von 0,75–0,90 als akzeptabel bis sehr gut zu bezeichnen.

Statistische Analyse

Es wurden geeignete deskriptive Statistiken (Mittelwert, Standardabweichung, Median, Spannweite, relative Häufigkeit) zur Darstellung der Ergebnisse zu NEQ und NUGE-24 berechnet. Auf Itemebene finden in der Ergebnisdarstellung diejenigen negativen Therapiefolgen besondere Beachtung, die besonders häufig bzw. kaum angegeben wurden.

Zum Vergleich mit den in anderen Studien berichteten negativen Therapiefol-

gen, in denen die Kurzform des NEQ bzw. der NUGE-24 verwendet wurde, wurden die in den diesbezüglichen Publikationen (Rozenal et al. 2019; Strauß und Drobinskaya 2018) angegebenen statistischen Kennwerte herangezogen.

Der Einfluss der Kovariablen Geschlecht, Alter, Zahl der Gruppentermine und Behandlungseinrichtung wurde beim NEQ hinsichtlich der Zahl negativer Effekte, des durchschnittlichen Ausmaßes des Beeinträchtigungserlebens bei den angegebenen negativen Effekten sowie des jeweiligen Ausmaßes des Beeinträchtigungserlebens bei den einzelnen Items mit hohem Patientenanteil (mehr als 10%) überprüft. Beim NUGE-24 erfolgte dies hinsichtlich der Skalenmittelwerte.

Da die Itemwerte und die Zahl negativer Therapiefolgen im NEQ sowie die Skalenwerte im NUGE-24 rechtsschief verteilt waren, wurden nonparametrische Verfahren verwendet, und zwar der Mann-Whitney-U-Test beim Vergleich von 2 Gruppen (Geschlecht und Einrichtung) sowie 2-seitige Spearman-Korrelationen (r_s) zur Bestimmung des Zusammenhangs zu metrischen Variablen (Alter, Zahl der Gruppentermine und TBF-KBT-G-Skalen). Für den Vergleich mit den Ergebnissen in anderen Studien hinsichtlich relativer Häufigkeiten wurde der χ^2 -Test verwendet. Für die Gruppenvergleiche musste auf parametrische Tests zurückgegriffen werden, da keine geeigneten Kennwerte für die Anwendung nonparametrischer Tests in den herangezogenen Publikationen aufgeführt sind. Es wurden der t -Test beim Vergleich von 2 Gruppen und eine einfaktorische Varianzanalyse (ANOVA) beim Vergleich von mehreren Gruppen durchgeführt; bei der herangezogenen Teststatistik wurde berücksichtigt, ob eine Varianzhomogenität vorlag. Bei fehlender Varianzhomogenität in der ANOVA wurde die Welch-Test-Statistik, die bei großen Unterschieden in der Stichprobengröße empfohlen wird, angewendet. Für die Post-hoc-Analysen der direkten Paarvergleiche bei signifikanter ANOVA wurde der Games-Howell-Tests aufgrund der jeweils fehlenden Varianzhomogenität herangezogen.

Tab. 1 Deskriptive Ergebnisse zu NEQ und NUGE-24

	M	SD	Md	Spannweite
NEQ^a				
Zahl negativer Effekte (<i>n</i> = 149) ^b	2,72	± 2,11	2,00	1–13
Beeinträchtigungserleben (<i>n</i> = 145) ^{b,c}	2,07	± 0,91	2,00	0,00–4,00
NUGE-24 (<i>n</i> = 247–250)^d				
Belastung durch Mitpatienten	1,35	± 0,57	1,17	1,00–4,67
Belastung durch Therapeut	1,09	± 0,26	1,00	1,00–2,83
Belastung durch Gruppe	1,54	± 0,52	1,50	1,00–3,17
Persönliche Überforderung	1,64	± 0,63	1,50	1,00–3,67

M Mittelwert, *Md* Median, *NEQ* Negative Effects Questionnaire, *NUGE-24* Fragebogen zu Nebenwirkungen in der Gruppentherapie und unerwünschten Gruppenerfahrungen, *SD* Standardabweichung

^aDie Angaben beziehen sich nur auf durch die KBT-Gruppenbehandlung verursachte negative Effekte

^bSubgruppe der Patienten mit mindestens einem negativen Effekt

^cKleineres *n* aufgrund fehlender Werte

^dSpannweite von *n* aufgrund fehlender Werte

Sämtliche Berechnungen, die sich ausschließlich auf die vorliegende Stichprobe bezogen, erfolgten mit SPSS 26. Diejenigen statistischen Tests, bei denen die in den herangezogenen Publikationen angegebenen Kennwerte verwendet wurden, wurden mit dem Statistik-Tool GSTAT Vers. 2.5 („complexity-research“ 2018) und anhand von Auswertungsanleitungen unter Nutzung von Excel (<http://www.real-statistics.com>) durchgeführt.

Ergebnisse

Deskriptive Ergebnisse

Im NEQ gaben 149 Patienten (59,4%) mindestens eine negative Therapiefolge aufgrund der KBT-Gruppenbehandlung an. Wie **Tab. 1** zu entnehmen ist, berichteten diese Patienten im Durchschnitt von 2,72 negativen Effekten infolge der KBT-Gruppenbehandlung, wobei einzelne Patienten deutlich mehr, d. h. bis zu 13 negative Therapiefolgen, benannten. Mit einem Wert von 2,07 fühlten sich die Patienten gemäß der entsprechenden Skalierung im NEQ im Durchschnitt *mittelmäßig* aufgrund dieser negativen Effekte beeinträchtigt. Die Zahl der KBT-verursachten negativen Therapiefolgen korrelierte nicht mit dem mittleren Beeinträchtigungserleben ($r_s = 0,06$).

Die am häufigsten genannten negativen Effekte sind den Bereichen Sympto-

me (Item 8, 6 und 4) und Therapiequalität (Item 15 und 16) zuzuordnen (**Tab. 2**). Hierbei fiel das Beeinträchtigungserleben für die Items zum Symptombereich überdurchschnittlich und etwa eine Skalenstufe höher aus als für die Items zum Therapiequalitätsbereich, die ein unterdurchschnittliches Beeinträchtigungserleben aufwiesen. Mit deutlichem Abstand gaben die Patienten als negative Therapiefolge am häufigsten an, dass in der Behandlung unangenehme Erinnerungen hochkamen (Item 8; 38,6%). Eine geringe Rolle, bezogen auf die Anzahl der Nennung, spielten 2 Items (Item 9 und 11) aus dem Stigmabereich sowie das Item 10 aus dem Symptombereich (lebensmüde Gedanken). Diese Items wurden jeweils nur von einem Patienten als negative Therapiefolge angeführt.

Negative Therapiefolgen aufgrund des Gruppentherapie-Settings erwiesen sich im NUGE-24 als nur gering ausgeprägt (**Tab. 1**): Sämtliche Skalenmittelwerte fanden sich gemäß der Skalierung im Bereich von *trifft überhaupt nicht zu* bis *trifft wenig zu*. Kaum eine Belastung wurde durch den Therapeuten erlebt ($M = 1,09$). Am höchsten fiel der Mittelwert für die Skala persönliche Überforderung aus ($M = 1,64$). Die Items mit den stärksten Ausprägungen gehören auch zu dieser Skala:

- Item 19: Patienten machten in der KBT-Gruppe die schmerzliche Erfahrung, dass ihre Probleme viel

schlimmer sind, als sie vorher dachten ($M = 1,97$; $SD \pm 1,08$).

- Item 18: Patienten litten darunter, dass eigene negative Lebenserfahrungen lebendig wurden, wenn sie in der KBT-Gruppe die Berichte anderer hörten ($M = 1,95$; $SD \pm 1,02$).
- Item 20: Patienten litten in der KBT-Gruppe darunter, sich schlecht von belastenden Geschichten anderer abgrenzen zu können ($M = 1,78$; $SD \pm 0,93$).

Studienvergleich

Vergleichsdaten zum NEQ in der Kurzform liegen aus 5 Psychotherapiestudien vor (Rozenal et al. 2019). Berichtet wird jeweils der Anteil der Patienten mit mindestens einem behandlungsverursachten negativen Effekt. Außerdem werden für die einzelnen NEQ-Items die Häufigkeit der Nennung als behandlungsverursachter negativer Effekt sowie der Mittelwert und die Standardabweichung des Beeinträchtigungserlebens angegeben, und zwar über die Gesamtstichprobe aller 5 Studien. Untersucht wurden in diesen 5 Studien ambulante verhaltenstherapeutische Kurzzeittherapien (über einen Zeitraum von einer Sitzung bis zu 9 Wochen), die überwiegend als Onlinetherapien (entweder mit oder ohne Anleitung oder Unterstützung auf Anfrage) durchgeführt wurden. Behandelt wurden Patienten mit sozialer Angststörung, Spinnenphobie, Perfektionismus und Einsamkeit. Die durchschnittliche Symptomschwere wird von den Autoren als subklinisch bewertet.

Der statistische Vergleich des Anteils von Patienten mit mindestens einer negativen Therapiefolge fällt signifikant aus ($\chi^2 [5; n = 815] = 74,23; p < 0,001$), geht aber allein auf den sehr niedrigen diesbezüglichen Anteil von 5,5% bei den Patienten in der Onlineverhaltenstherapie zur Einsamkeit zurück. Ansonsten findet sich der Wert für die Patientenquote bei der KBT-Gruppenbehandlung mit 59,4% in dem Bereich von 54,5–65,2%, der sich für die anderen Therapiestudien ergibt.

Die Rangreihe der Häufigkeit der einzelnen NEQ-Items bei der KBT-Gruppenbehandlung ähnelt derjenigen

Tab. 2 Einzelne NEQ-Items mit hohem bzw. geringem Patientenanteil in der aktuellen Studie im Vergleich zur Studie von Rozental et al. (2019)

Item ^a	Aktuelle Studie (n = 251)			Vergleichsstichprobe (n = 564)			χ^2 -Test ^b	t-Test ^c
	%	M	SD ^d	%	M	SD	Sign.	Sign.
<i>Mit hohem Patientenanteil (>10 %) in der aktuellen und Vergleichsstichprobe</i>								
Item 8: Hochkommen alter, unangenehmer Erinnerungen	38,6	2,63	±1,02	12,6	1,31	±0,86	**	**
Item 6: mehr unangenehme Gefühle	23,9	2,32	±0,81	11,7	1,50	±0,88	**	**
Item 15: nicht immer verstanden, was in der KBT gemacht wurde	16,3	1,35	±0,83	9,8	0,87	±0,82	*	**
Item 4: unruhiger geworden	12,7	2,32	±0,98	6,6	1,43	±0,87	**	**
Item 16: KBT-Therapeuten nicht immer verstanden	11,6	1,18	±0,61	0,7	1,00	±0,00	**	n.s.
<i>Mit hohem Patientenanteil (>10 %) in der Vergleichsstichprobe</i>								
Item 2: sich gestresster gefühlt	8,8	2,48	±0,98	18,8	1,60	±0,86	**	**
Item 3: mehr Angst	3,6	2,38	±1,06	12,2	1,78	±0,92	**	n.s.
<i>Mit geringem Patientenanteil (<1 %) in der aktuellen oder Vergleichsstichprobe</i>								
Item 9: Angst, andere ahnen, dass Therapie aufgesucht wird	0,4	3,00	-	4,1	0,87	±0,76	**	**
Item 10: lebensmüde Gedanken	0,4	1,00	-	0,4	1,50	±0,71	n.s.	n.s.
Item 11: sich wegen Therapie vor anderen zu schämen	0,4	2,00	-	2,7	1,13	±0,99	*	**

NEQ Negative Effects Questionnaire

Patientenanteil relative Häufigkeit in Prozent

Beeinträchtigungserleben: M Mittelwert, SD Standardabweichung

^aItem-Texte sind sinngemäß gekürzt^bFür den Vergleich der relativen Häufigkeiten^cFür den Vergleich der Mittelwerte des Beeinträchtigungserlebens^dKeine Berechnung von SD, wenn n = 1

Signifikanz *p < 0,05, **p < 0,01, n.s. nichtsignifikant

der Gesamtstichprobe aller 5 Vergleichsstudien im moderaten Ausmaß ($r_s = 0,47$; $p = 0,039$). Drei der 5 bei der KBT meistgenannten Items für negative Effekte (Item 8, 6 und 16; **Tab. 2**) sind auch unter den ersten 5 Items in den anderen Studien zu verzeichnen. Dies gilt in entsprechender Weise für eines der 3 Items mit geringem Patientenanteil (Item 11). Für alle 5 Items mit hohem Patientenanteil fällt dieser Anteil signifikant höher aus als in der Vergleichsstichprobe. Dagegen ist er signifikant geringer bei 2 der Items mit geringem Patientenanteil. Hierbei handelt es sich um die beiden Items, die stigmabezogene negative Effekte zum Inhalt haben. Ebenfalls ergibt sich ein signifikant geringerer Patientenanteil für die Stichprobe der KBT-Patienten für 2 Items aus dem Symptombereich, die in der Vergleichsstichprobe einen hohen Patientenanteil verzeichnen. Demnach gaben Patienten der KBT-Gruppenbehandlung weniger häufig Stress und Angst als negative

Therapiefolge an. Bei 7 der 10 Items mit hohem bzw. niedrigem Patientenanteil finden sich signifikante Unterschiede im Beeinträchtigungserleben. Diese fallen für die Patienten der KBT-Gruppenbehandlung jeweils höher aus.

Für den NUGE-24 liegen Vergleichsdaten aus einer multizentrischen Studie an mehreren psychosomatischen und psychiatrischen Kliniken vor (Strauß und Drobinskaya 2018). Es wurden 6 Gruppentypen, die im (teil-)stationären Setting zur Anwendung kamen, unterschieden: (1) psychodynamische Gruppen, (2) verhaltenstherapeutische Gruppen, (3) psychoedukative Gruppen, (4) „verbale“ Gruppen (interaktions- oder konfliktzentriert), (5) berufsbezogene Gruppen und (6) sonstige Gruppen.

Es zeigt sich ein ähnliches Profil gruppensettingbezogener negativer Therapiefolgen für die unterschiedlichen Gruppentypen (**Abb. 1**): Wie bei der KBT-Gruppenbehandlung werden auch bei anderen Gruppentypen negative

Therapiefolgen weniger im Zusammenhang mit einer Belastung durch den Therapeuten oder durch Mitpatienten gesehen, sondern ergeben sich mehr durch die Gruppe und das Gefühl persönlicher Überforderung. Die Skalenmittelwerte für die KBT-Gruppenbehandlung fallen aber für die Skalen Belastung durch Mitpatienten (Welch-Test: F [6; 67,36] = 8,78; $p < 0,001$), Belastung durch die Gruppe (Welch-Test: F [6; 68,76] = 4,11; $p = 0,001$) und persönliche Überforderung (Welch-Test: F [6; 68,53] = 7,38; $p < 0,001$) signifikant niedriger aus, ohne dass sich anhand der Post-hoc-Tests ein einheitliches Muster abzeichnet, von welchen der anderen Gruppentypen sich die KBT-Gruppenbehandlung unterscheidet.

Einfluss der Kovariablen

Aus Platzgründen werden in diesem Abschnitt die statistischen Kennwerte nur für signifikante Ergebnisse aufgeführt.

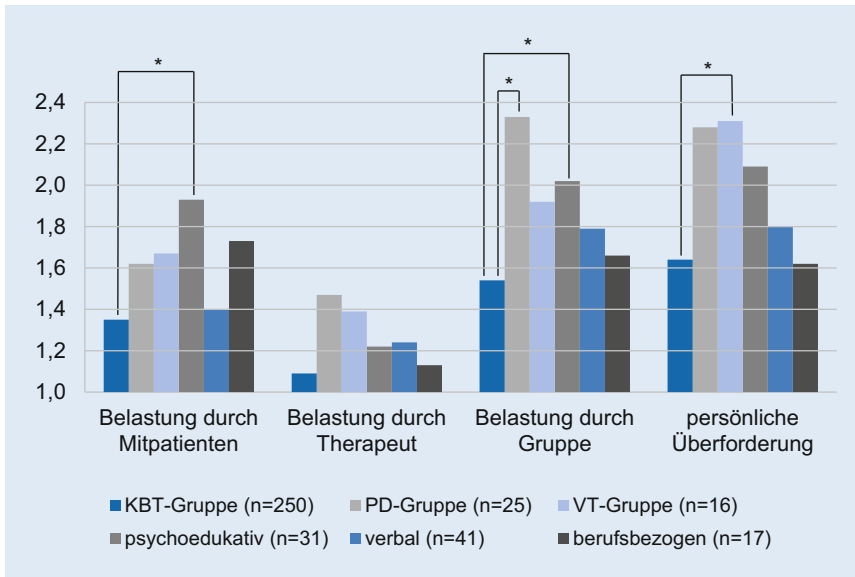


Abb. 1 ▲ Skalenmittelwerte des Fragebogens zu Nebenwirkungen in der Gruppentherapie und unerwünschten Gruppenerfahrungen (NUGE-24) bei Konzentrativer Bewegungstherapie (KBT) (aktuelle Studie) und für die unterschiedlichen Gruppentypen in der Vergleichsstudie von Strauß und Drobinskaya (2018) (unter Auslassung der Kategorie *sonstige Gruppen* aufgrund inhaltlicher Unbestimmtheit). KBT Konzentrative Bewegungstherapie, PD psychodynamische Therapie, VT Verhaltenstherapie, Asteriskus Games-Howell-Test, $p < 0,05$

Ein geschlechtsbezogener Effekt ließ sich nur hinsichtlich des Ausmaßes des Beeinträchtigungserlebens im NEQ nachweisen. Demnach wiesen Frauen eine stärkere mittlere Beeinträchtigung hinsichtlich der von ihnen angeführten negativen Therapiefolgen ($U [n_1 = 49; n_2 = 95] = 2918; p = 0,012; d = 0,39$) auf und waren speziell bei unangenehmen Gefühlen als negative Therapiefolge mehr beeinträchtigt als Männer (NEQ-Item 6; $U [n_1 = 18; n_2 = 39] = 497; p = 0,006; d = 0,82$).

Als einziger altersbezogener Effekt hinsichtlich der berücksichtigten Kennwerte von NEQ und NUGE-24 ergab sich, dass unangenehme Gefühle bei zunehmendem Alter als beeinträchtigender erlebt wurden (NEQ-Item 6; $r_s = 0,31; p = 0,02$).

Kein Effekt fand sich für die Zahl der Gruppentermine auf die berücksichtigten Kennwerte vom NEQ und NUGE-24.

Die Art der Einrichtung hatte einen Einfluss darauf, wie gruppensettingbezogene negative Therapiefolgen anhand des NUGE-24 wahrgenommen wurden: Patienten von KBT-Gruppenbehandlungen in der Psychosomatik fühlten sich im Vergleich zu denjenigen in der Psychi-

atrie stärker durch die Gruppe belastet ($U [n_1 = 219; n_2 = 26] = 2016; p = 0,014; d = 0,39$) und persönlich überfordert ($U [n_1 = 18; n_2 = 39] = 497; p = 0,006; d = 0,47$).

Zusammenhang mit der Therapiebeurteilung

Wie **Tab. 3** zu entnehmen ist, ergaben sich für die NEQ-Variablen nur wenige signifikante Zusammenhänge mit den TBF-KBT-Skalen, die zudem niedrig bis moderat hoch ausfielen ($|0,47| \leq r_s \leq |0,26|$):

- Patienten berichteten von weniger negativen Therapiefolgen, wenn sie positive körperbezogene Erfahrungen und positive Erfahrungen mit dem Therapeuten in der KBT-Gruppenbehandlung für sich verzeichneten ($r_s = -0,28; p = 0,001$ bzw. $r_s = -0,26; p = 0,002$).
- Je mehr die Patienten in der KBT-Gruppe einen therapeutischen Zugang zu sich selbst fanden, desto mehr wurden unangenehme Gefühle als beeinträchtigend erlebt ($r_s = 0,29; p = 0,028$).
- Je mehr Beeinträchtigung bei Patienten dadurch vorlag, dass für sie das

therapeutische Vorgehen nicht verständlich war, desto weniger erlebten sie einen therapeutischen Zugang zu sich bzw. machten positive Körpererfahrungen ($r_s = -0,36; p = 0,023$ bzw. $r_s = -0,47; p = 0,002$).

Für die anhand des NUGE-24 erfassten gruppensettingbezogenen negativen Therapiefolgen zeigte sich, dass diese umso geringer ausfielen, je mehr die KBT-Gruppenbehandlung anhand der TBF-KBT-G Skalen positiv beurteilt wurde. Diese signifikanten negativen Korrelationen fanden sich im niedrigen bis moderaten Bereich ($-0,45 \leq r_s \leq -0,17$). Eine Ausnahme stellt der Zusammenhang von der NUGE-Skala „persönlicher Überforderung“ und der TBF-KBT-G-Skala „therapeutischer Zugang zu sich selbst anhand der KBT-Methode“ dar, für den keine signifikante Korrelation vorlag ($r_s = 0,06; p = 0,315$). Hinsichtlich der Korrelationen von moderater Höhe ($r_s < -0,30$) ist Folgendes festzustellen:

- Es handelt sich überwiegend um negative korrelative Zusammenhänge zwischen thematisch verwandten Skalen (z. B. NUGE-24-Skala „Belastung durch den Therapeuten“ und TBF-KBT-Skala „positive Erfahrungen mit dem Therapeuten“).
- Patienten, die sich weniger durch die Gruppe belastet fühlten (NUGE-Skala 3), verzeichneten mehr positive körperbezogene Effekte (TBF-KBT-G-Skala 2) und machten mehr positive Erfahrung mit dem Therapeuten (TBF-KBT-G-Skala 3).

Diskussion

Interpretation der Ergebnisse

Profil negativer Therapiefolgen

Anhand der vielfältigen Befunde zeichnet sich folgendes Profil negativer Therapiefolgen der (teil-)stationären KBT-Gruppenbehandlung ab: Negative Therapiefolgen sind keine Seltenheit, denn etwa drei Fünftel der Patienten berichteten von mindestens einer negativen Therapiefolge. Die Hälfte dieser Patienten geben mindestens 2 negative Effekte an, die sich v. a. auf bestimmte Beschwerden als Folge der Behandlung bezogen. So lit-

Tab. 3 Spearman-Korrelationen (r_s) der NEQ- und NUGE-24-Variablen mit den TBF-KBT-G-Skalen

	TBF-KBT-G-Skalen			
	1	2	3	4
NEQ				
Anzahl negativer Effekte ($n = 146-149$) ^a	-0,12	-0,28**	-0,26**	-0,16
Mittleres Beeinträchtigungserleben ($n = 142-145$) ^a	0,10	-0,07	0,14	-0,07
<i>Beeinträchtigungserleben bei einzelnen negativen Effekten, die von mehr als 10 % der Patienten bejaht wurden</i>				
Item 8: unangenehme Erinnerungen ($n = 90-92$)	-0,06	-0,04	-0,01	-0,19
Item 6: unangenehme Gefühle ($n = 56-57$)	0,29*	0,01	0,22	-0,07
Item 15: Behandlung nicht verstanden ($n = 39-40$)	-0,36*	-0,47**	0,01	0,06
Item 4: unruhiger ($n = 27-28$)	0,01	-0,15	-0,01	-0,24
Item 16: Therapeut nicht verstanden ($n = 27-28$)	0,13	0,03	0,23	0,03
NUGE-24 ($n = 244-249$)				
Belastung durch Mitpatienten	-0,20**	-0,20**	-0,30**	-0,40**
Belastung durch Therapeut	-0,20**	-0,19**	-0,45**	-0,27**
Belastung durch Gruppe	-0,20**	-0,34**	-0,31**	-0,36**
Persönliche Überforderung	-0,06	-0,23**	-0,17**	-0,19**

NEQ Negative Effects Questionnaire, NUGE-24 Fragebogen zu Nebenwirkungen in der Gruppentherapie und unerwünschten Gruppenerfahrungen, TBF-KBT-G Therapiebeurteilungsforschungsbogen für die Konzentrierte Bewegungstherapie im Gruppentherapie-Setting

TBF-KBT-Skalen: 1 therapeutischer Zugang zu sich selbst anhand der KBT-Methode, 2 positive körperbezogene Erfahrungen und Effekte, 3 positive Erfahrungen mit dem Therapeuten, 4 positive Gruppenatmosphäre

Aufgrund fehlender Werte ist die jeweilige Spannweite von n angegeben

^aSubgruppe der Patienten mit mindestens einem negativen Effekt

* $p < 0,05$; ** $p < 0,01$ (signifikante Korrelationen sind durch *Kursivdruck* hervorgehoben)

ten Patienten unter unangenehmen Erinnerungen und Gefühlen und erlebten sich als unruhiger. Nicht selten, d. h. von über 10 % der Patienten, wurden auch Beeinträchtigungen durch die Qualität der Therapie in der Form berichtet, dass das therapeutische Vorgehen oder die Aussagen des Therapeuten nicht verständlich waren. Negative Effekte dadurch, dass die Behandlung in der Gruppe erfolgt, lagen nur in geringem Maß vor und betrafen v. a. das Erleben persönlicher Überforderung im Zusammenhang damit, dass im Kontext der Berichte und Rückmeldungen der Mitpatienten eigene Probleme und negative Lebenserfahrungen deutlicher wurden. Es fiel den Patienten zudem schwer, sich von belastenden Geschichten ihrer Mitpatienten abzugrenzen.

Es gibt kaum Hinweise dafür, dass dieses Profil negativer Therapiefolgen

spezifisch nur für die KBT-Gruppenbehandlung gilt. So ergab sich ein ähnlicher Anteil von Patienten mit mindestens einer negativen Therapiefolge in 4 der 5 NEQ-Vergleichsstudien. Demnach würde (teil-)stationäre KBT-Gruppenbehandlung kein größeres Risiko für negative Effekte aufweisen als ambulante (Online-)Verhaltenstherapien. Hinsichtlich stationärer Behandlungen berichten Rheker et al. (2017) anhand eines anderen Fragebogens zu negativen Therapiefolgen, dass 58,7 % der Patienten in der Psychiatrie und 45,2 % der Patienten in der Psychosomatik mindestens eine negative Therapiefolge angaben. Mit 59,4 % findet sich in der vorliegenden Studie demnach für die KBT-Gruppenbehandlung ein fast identischer Anteil von Patienten mit mindestens einer negativen Therapiefolge, wie er von

Rheker et al. (2017) für die Patienten der Psychiatrie angegeben wird.

Entsprechend den Befunden zum NEQ bei ambulanter (Online-)Verhaltenstherapie ergeben auch Studien mit anderen Fragebogen teilweise stark divergierende Ergebnisse zum Anteil von Patienten mit mindestens einer negativen Therapiefolge trotz des gleichen Therapieverfahrens (z. B. 20 % [Nestoriuc und Rief 2012] und 84 % [Grüneberger et al. 2017] bei ambulanter Verhaltenstherapie). Aufgrund dieser starken Stichprobenabhängigkeit erscheint es fraglich, ob es sich bei diesem Kennwert um einen guten Indikator für das Risiko eines Therapieverfahrens handelt.

Im Vergleich zu ambulanter (Online-)Verhaltenstherapie ergaben sich für die einzelnen Items im NEQ meist größere Häufigkeiten und ein stärkeres Beeinträchtigungserleben für die Patienten der KBT-Gruppenbehandlung. Es ist nicht auszuschließen, dass diese Unterschiede weniger auf die verschiedenen Risikopotenziale der Therapieverfahren zurückzuführen sind, sondern vielmehr damit zusammenhängen, dass sich die Patienten der NEQ-Vergleichsstudien aus subklinischen Stichproben rekrutierten. Diverse Studien zeigen, dass Patienten mit geringerer Symptombelastung weniger von negativen Therapiefolgen betroffen sind (z. B. Abeling et al. 2018; Peth et al. 2018).

Das Hochkommen alter, unangenehmer Erinnerungen (NEQ-Item 8) wurde von über einem Drittel der KBT-Patienten als negative Therapiefolge benannt und sticht damit von den anderen genannten negativen Effekten auch gegenüber der Vergleichsstichprobe ambulanter (Online-)Verhaltenstherapie hervor. Dass dies aber kein besonderes verfahrensbezogenes Risiko für die KBT-Gruppenbehandlung darstellt, zeigt sich darin, dass Patienten einer Stichprobe, die sich zu 71,1 % aus Teilnehmern einer Onlineumfrage zu negativen Psychotherapieeffekten rekrutierte, diesen negativen Effekt mit 38,4 % in fast gleicher Häufigkeit angaben (Rozental et al. 2016).

Die Patienten der KBT-Gruppenbehandlung litten vergleichsweise wenig unter Stress (NEQ-Item 2) und Angst (NEQ-Item 3) infolge der Behandlung.

Dies zeigt sich auch im Vergleich zu von Rozentel et al. (2016) berichteten Zahlen; dort zählen diese Symptome mit 37,7% (Stress) und 37,2% (Angst) zu den am häufigsten genannten negativen Therapiefolgen ambulanter Psychotherapie. Eventuell wird die KBT-Gruppenbehandlung weniger angst- und stressauslösend erlebt, da das therapeutische Vorgehen darauf abzielt, einen schützenden Rahmen zu realisieren, indem z. B. die Möglichkeit des „Fürsich-Seins“ (Carl 2006) in der Beschäftigung mit dem eigenen Körper gegeben wird. Denkbar ist auch, dass der (teil-)stationäre Kontext der KBT-Gruppenbehandlung angst- und stressmindernd wirkt.

Stigmabezogene negative Therapiefolgen oder auch suizidale Gedanken als Therapiefolge spielten bei den Patienten der KBT-Gruppenbehandlung so gut wie keine Rolle. In anderen Untersuchungen hingegen werden diese in deutlich höherem Ausmaß berichtet. So geben 14,9% der Patienten in der Studie von Rozentel et al. (2016) und 8,5% der Patienten in der Untersuchung von Abeling et al. (2018) lebensmüde Gedanken infolge der Therapie an. Stigmabezogene negative Effekte schildern 8,7–13,5% der Patienten (Rozental et al. 2016). Möglicherweise erfahren Patienten in (teil-)stationärer Behandlung eine Stigmatisierung seltener als ambulant behandelte, da sie mehr Abstand von ihrem Alltag haben. Auch mag die (teil-)stationäre Behandlung insgesamt als stabilisierender erlebt werden, sodass sich Suizidalität seltener als Therapiefolge einstellt.

Die Ergebnisse zum NUGE-24 zeigen, dass die körperorientierte Gruppenarbeit in der KBT für Patienten im Vergleich zu anderen (teil-)stationären Gruppenangeboten keine besondere Belastung darstellte, sondern ein ähnliches oder eher geringeres Ausmaß negativer Therapiefolgen aufwies. Generelle Vorbehalte gegenüber körperorientierter Psychotherapie lassen sich somit zumindest im Hinblick auf die Gruppenbehandlung mit KBT entkräften.

Negative Therapiefolgen als Nebenwirkung oder Folge von Behandlungsfehlern

Sowohl im NEQ als auch im NUGE-24 ist anhand des Frageformats keine Überprüfung vorgesehen, ob sich die jeweiligen negativen Therapiefolgen trotz korrekt durchgeführter Behandlung ergeben haben, sodass sie als Nebenwirkung zu bezeichnen sind. Auch lassen beide Fragebogen die Relevanz des jeweiligen negativen Effekts offen, z. B. in Hinblick darauf, ob dieser mit anhaltenden oder nur kurz währenden Beeinträchtigungen verbunden ist (Linden et al. 2018). Die konzeptuellen Grundlagen und die therapeutische Praxis körperorientierter Psychotherapie legen nahe, dass die in der vorliegenden Studie ermittelten negativen Therapiefolgen mit hohem Patientenanteil nicht auf Kunst- oder Behandlungsfehler zurückzuführen sind, sondern vielmehr Nebenwirkungen adäquat durchgeführter Therapie darstellen: Bei der Arbeit mit Körpererinnerungen bzw. dem Leibgedächtnis (Petzold 2006; Schreiber-Willnow 2006) handelt es sich um ein zentrales praxeologisches Konzept körperorientierter Psychotherapie. Über Wahrnehmung und Bewegung können in der Therapie implizite Erinnerungen angestoßen werden, sodass frühe belastende Beziehungserfahrungen und Konflikte wieder zugänglich werden. Dies ist nicht selten mit starken Affekten verbunden. Insofern überrascht es nicht, dass von Patienten angegeben wurde, dass sie infolge der KBT-Gruppenbehandlung mit unangenehmen Erinnerungen und Gefühlen konfrontiert waren und unruhiger wurden. Es bedarf weiterer Forschung, um zu klären, ob es sich nur um kurz währende Nebenwirkungen handelt bzw. bei welchen Patienten und unter welchen Umständen sich anhaltende Beeinträchtigungen entwickeln.

Probleme beim Verstehen des therapeutischen Angebots

Körperorientierte Psychotherapie regt häufig zu ungewohnten Umgangsweisen mit sich selbst oder mit anderen an, deren therapeutische Sinnhaftigkeit sich nicht unbedingt von selbst erschließt. Wenn Patienten z. B. aufgefordert werden, sich auf einen Stock zu legen, werden sie

zunächst Schmerzen spüren und nicht gleich die Erfahrung machen, durch ein bewusstes Wahrnehmen des Stockes unter dem Rücken den Muskeltonus und damit auch das Schmerzempfinden regulieren zu können. Das gegenseitige Zuwerfen eines Balls wird möglicherweise als kindliches Spiel abgetan und von Patienten nicht als therapeutisches Angebot im Hinblick auf mögliche interpersonelle Thematiken, wie die gegenseitige Regulation von Aggression und Hemmung, wahrgenommen. Auch verwenden Körperpsychotherapeuten oft eine ungewohnte, z. T. intendierte bildhafte Begrifflichkeit, wenn sie z. B. von „Hinspüren“ oder „persönlichem Raum“ sprechen. So lässt sich annehmen, dass die von den Patienten in der vorliegenden Studie angegebenen Beeinträchtigungen aufgrund mangelnder Verständlichkeit des therapeutischen Vorgehens oder des Therapeuten ebenfalls Nebenwirkungen darstellen und keine „Kunstfehlerfolge“ infolge mangelnder therapeutischer Fertigkeit des Therapeuten sind. Letztlich ist es aber notwendig, dass Fragebogen zu negativen Therapiefolgen weiterentwickelt werden, um eine solche Unterscheidung zu ermöglichen (beispielhaft Peth et al. 2018).

Einfluss von Patientengeschlecht und -alter

Bisherige Studien zeigen uneinheitliche Befunde zum Zusammenhang von negativen Therapiefolgen zum Patientengeschlecht oder -alter, was die Einordnung der Ergebnisse der vorliegenden Studie erschwert. Anders als in der Studie von Abeling et al. (2018), aber entsprechend dem Befund von Grüneberger et al. (2017) und Rheker et al. (2017) fand sich kein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Patienten und der Zahl negativer Therapiefolgen. Und auch anders, als von Strauß und Drobinskaya (2018) ermittelt, fühlten sich Frauen nicht mehr als Männer durch den Therapeuten belastet (NUGE-24-Skala 2). Frauen fühlten sich aber durch die von ihnen benannten negativen Therapiefolgen, insbesondere durch unangenehme Gefühle (NEQ-Item 6), stärker beeinträchtigt. Diesen Befund mit einer stärkeren Emo-

tionalität der Frauen (Ogrodniczuk und Staats 2002) in Verbindung zu bringen, erscheint nicht plausibel, wenn die unauffälligen Zusammenhänge zu den anderen NEQ- bzw. NUGE-24-Kennwerten bedacht werden.

Trotz größerer Test-Power ergaben sich in der vorliegenden Studie anders als in der Untersuchung von Strauß und Drobinskaya (2018) keine signifikanten Zusammenhänge zwischen dem Patientenalter und den NUGE-24-Skalen. Wie von Abeling et al. (2018) und Ladwig et al. (2014) berichtet, zeigte sich ebenfalls keine signifikante Korrelation von Alter und Zahl negativer Therapiefolgen. Grüneberger et al. (2017) sowie Crawford et al. (2016) teilten hingegen weniger negative Effekte bei zunehmendem Alter mit. In der vorliegenden Studie erlebten sich Patienten durch unangenehme Gefühle als negativem Effekt (NEQ-Item 6) bei zunehmendem Alter mehr beeinträchtigt. Da die ermittelten signifikanten Zusammenhänge zwischen soziodemografischen Variablen und Kennwerten negativer Therapiefolgen keine hohen Effektstärken aufweisen, ist nicht auszuschließen, dass methodische Faktoren, wie eine unterschiedliche Test-Power oder die meist fehlende α -Adjustierung bei multiplen Testungen, zur uneinheitlichen Befundlage beitragen.

Auswirkungen der Behandlungsdosis und Behandlungseinrichtung

Die Behandlungsdosis, die in der vorliegenden Studie anhand der Zahl der Gruppentermine ermittelt wurde, hatte keinen Einfluss auf die Zahl der von den KBT-Patienten berichteten negativen Therapiefolgen oder auf das Ausmaß der damit verbundenen Beeinträchtigung. Dies ist konsistent mit den Ergebnissen anderer Studien, bei denen auch länger dauernde ambulante Behandlungen berücksichtigt wurden (Abeling et al. 2018; Ladwig et al. 2014; Peth et al. 2018). Die Dauer eines Gruppentermins, die für KBT-Gruppenbehandlungen im stationären Bereich meist 90 oder 60 min beträgt (Seidler et al. 2002), dürfte daher wahrscheinlich für die Ausprägung negativer Therapiefolgen unerheblich sein.

Patienten, die in der Psychiatrie an der KBT-Gruppenbehandlung teilnah-

men, fühlten sich weniger durch die Gruppe belastet (NUGE-24-Skala 3) und durch die gruppentherapeutische Behandlung weniger überfordert (NUGE-24-Skala 4) als die Patienten in der Psychosomatik. Unterschiede hinsichtlich der Zahl negativer Therapiefolgen oder des Beeinträchtigungserlebens waren nicht zu verzeichnen. Rheker et al. (2017) stellt hingegen eine höhere Rate von Therapiefolgen gegenüber Psychosomatikpatienten fest. Da die Stichprobe der Psychiatriepatienten in der vorliegenden Studie recht klein war und sich möglicherweise nur aus 2 bis 4 KBT-Gruppen rekrutierte, ist nicht auszuschließen, dass sich ein gruppenbezogener Effekt niederschlug. So ist denkbar, dass die wenigen untersuchten Gruppen psychiatrischer Behandlung zufällig eine große Gruppenkohäsion aufwiesen und deshalb für die Patienten weniger belastend waren.

Relevanz des Zusammenhangs von Behandlungsbeurteilung und negativen Erfahrungen

Soweit signifikante Korrelationen zwischen den Kennwerten negativer Therapiefolgen und der Therapiebeurteilung anhand der TBF-KBT-G-Skalen zu verzeichnen waren, fielen diese – abgesehen von einer Ausnahme – negativ aus und waren von niedriger bis moderater Ausprägung. Auch wenn die Verursachungsrichtung bei Korrelationen empirisch uneindeutig ist, erscheinen die ermittelten Zusammenhänge plausibel und für Therapeuten relevant, wenn eine „therapeutische Logik“ unterstellt wird:

- Ein für Patienten nichtverständliches therapeutisches Vorgehen (NEQ-Item 15) ging damit einher, dass Patienten weniger therapeutische Erfahrungen machten (TBF-KBT-G-Skala 1). Insofern sollten KBT-Therapeuten klare Informationen über Sinn und Zweck der körpertherapeutischen Arbeitsweise vor und während der Behandlung vermitteln, um das Risiko negativer Erfahrungen zu mindern (Hardy et al. 2019).
- Patienten nahmen weniger negative Effekte (NEQ) bei sich wahr und fühlten sich durch die Gruppe geringer

belastet (NUGE-24-Skala 3), wenn „stützende“ Erfahrungen in Form von positiven Körpererfahrungen (TBF-KBT-G-Skala 2) oder im Rahmen der Beziehung zum Therapeuten (TBF-KBT-G-Skala 3) gemacht wurden. Hinweise darauf, dass eine gute therapeutische Beziehung das Risiko negativer Therapiefolgen mindert, finden sich auch bei Grüneberger et al. (2017) und Ladwig et al. (2014). Diese konnten von Abeling et al. (2018) allerdings nicht repliziert werden.

- Die Erfahrung eines therapeutischen Zugangs zu sich selbst (TBF-KBT-G-Skala 2) ging für Patienten mit einer stärkeren Beeinträchtigung durch unangenehme Gefühle (NEQ-Item 6) einher und war unabhängig davon möglich, ob sich die Patienten durch die Gruppenbehandlung persönlich überfordert fühlten (NUGE-24-Skala 4). In gewisser Weise findet damit die klinische Erfahrung von KBT-Therapeuten ihre Bestätigung, wonach die körpertherapeutische Arbeit zeitweise mit starken, d. h. auch unangenehmen Affekten verbunden sein kann (Schreiber-Willnow 2006). Die KBT-Therapeuten können insofern „guten Gewissens“ mögliche Nebenwirkungen in die Wirksamkeitsinformationen einbetten (Nestoriuc 2015). Sie sollten aber auch im Auge haben, welche Bewältigungsstrategien ggf. mit Patienten zu erarbeiten sind.

Limitationen der Studie

In dieser Studie wurde erstmalig untersucht, welche negativen Therapiefolgen mit einer körperpsychotherapeutischen Behandlung, hier in Form der (teil-)stationären KBT-Gruppenbehandlung, verbunden sind. Als naturalistische Querschnittsstudie, die auf Selbstberichten der Patienten basiert, unterlag sie – wie auch die meisten anderen Studien zu negativen Therapiefolgen – einem Selbstselektionsbias. Obwohl die Rücklaufquote mit 81,6 % recht hoch war, bezieht sich diese nur auf die Zahl ausgegebener Fragebogen. Patienten, die nach Information über die Untersuchung der Studienteilnahme

nicht zustimmten, erhielten keinen Fragebogen. Es wurde nicht erhoben, wie viele Patienten nicht an der Studie teilnehmen wollten.

Zudem ist ein Responsebias nicht auszuschließen, da die Befragung zu negativen Therapiefolgen am Therapieende im Zusammenhang mit der Beurteilung der KBT-Gruppenbehandlung erfolgte und insofern mit dieser möglicherweise konfundiert ist. So lässt eine positive Abschlussbeurteilung evtl. negative Effekte während der Behandlung in Vergessenheit geraten.

Aufgrund des explorativen Charakters der Studie erfolgte keine Adjustierung des α -Niveaus, obwohl multiple Testungen vorgenommen wurden. Insofern wurde wahrscheinlich eine Reihe signifikanter Ergebnisse berichtet, die nicht replizierbar sein werden. Zukünftige Forschung zu negativen Therapiefolgen sollte vermehrt hypothesenüberprüfend ausgerichtet sein und ein entsprechend adäquates α -Niveau bei den statistischen Tests verwenden.

Es wurden keine klinischen Patientenmerkmale, wie Diagnose und Höhe der Symptombelastung, berücksichtigt. So bleibt z. B. offen, inwieweit Patienten mit schwerer Körperbildstörung tatsächlich in der KBT-Gruppenbehandlung überfordert sind (Seidler und Schreiber-Willnow 2011) und vermehrt negative Therapiefolgen aufweisen.

Unberücksichtigt blieb auch die hierarchische Struktur der Daten, wonach einige der Patienten von demselben Therapeuten behandelt wurden und Teilnehmer derselben Gruppen waren. Gruppentherapeuten kennen das Phänomen gut oder schlecht laufender Gruppen, sodass es sinnvoll erscheint, dies auch im Hinblick auf mögliche negative Therapiefolgen anhand geeigneter statistischer Auswertungsmethodik zu berücksichtigen.

Fazit für die Praxis

- Einzelne negative Therapiefolgen sind bei mehr als der Hälfte der Patienten, die mithilfe der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT) in (teil-)stationären Gruppen behandelt wurden, zu erwarten.

- Es gibt kaum Hinweise auf ein typisches Risikoprofil, oder dass diese Form der Behandlung im Vergleich zu anderen Behandlungen eine besondere Belastung darstellt. Vielmehr zeigt sich ein ähnliches oder eher geringeres Ausmaß negativer Therapiefolgen.
- Generelle Vorbehalte gegenüber körperorientierter Psychotherapie lassen sich zumindest im Hinblick auf die Gruppenbehandlung mit KBT entkräften.
- Die KBT-Therapeuten sollten klare Informationen über Sinn und Zweck der körpertherapeutischen Arbeitsweise vor und während der Behandlung vermitteln, um das Risiko negativer Erfahrungen zu mindern. Zudem sollten sie Patienten darüber informieren, dass unangenehme Erinnerungen und Gefühle selbst bei einem positiven Behandlungsverlauf auftauchen können.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. Klaus-Peter Seidler

Klinik für Psychiatrie, Sozialpsychiatrie und Psychotherapie, Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Str. 1, 30625 Hannover, Deutschland
seidler.klaus-p@mh-hannover.de

Förderung. Die Studie wurde vom Deutschen Arbeitskreis für Konzentrativen Bewegungstherapie (DAKBT) e. V. finanziell unterstützt.

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K.-P. Seidler, S. Grützmaier, A. Epner und K. Schreiber-Willnow sind Mitglieder der Forschungsgruppe des Deutschen Arbeitskreises für Konzentrativen Bewegungstherapie (DAKBT) e. V. Die Autoren hätten vom DAKBT eine finanzielle Unterstützung (Kostenerstattung der Tagungsgebühren) erhalten, um die Studienergebnisse auf dem (allerdings ausgefallenen) Deutschen Kongress für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, 18.–20.03.2020, Berlin, vorzustellen.

Die Studie ist durch das Ethikvotum (Nr. 8431_BO-K_2019) der Ethikkommission der Medizinischen Hochschule Hannover abgedeckt und steht im Einklang mit nationalem Recht.

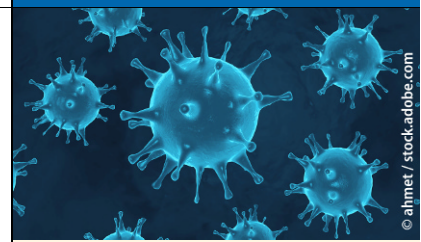
Open Access Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden.

Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen.

Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

- Abeling B, Müller A, Stephan M, de Zwaan M (2018) Negative Effekte von Psychotherapie: Häufigkeit und Korrelate in einer klinischen Stichprobe. *Psychother Psychosom Med Psychol* 68:428–436
- Carl A (2006) Gruppentherapie. In: Schmidt E (Hrsg) *Lehrbuch Konzentrativen Bewegungstherapie. Grundlagen und klinische Anwendung*. Schattauer, Stuttgart, S 138–152
- complexity-research (2018) GSTAT / Statistik Tools. <https://www.complexity-research.com/DownSoft.htm>. Zugegriffen: 13. März 2020
- Crawford MJ, Thana L, Farguharson L, Palmer L, Hancock E, Bassett P, Clarke J, Parry GD (2016) Patient experience of negative effects of psychological treatment: results of a national survey. *Br J Psychiatry* 208:260–265
- Deutscher Arbeitskreis für Konzentrativen Bewegungstherapie (2020) Was ist KBT? <https://www.dakbt.de/ueber-kbt/was-ist-kbt>. Zugegriffen: 13. März 2020
- Dietrich S (1995) Atemrhythmus und Psychotherapie. Ein Beitrag zur Geschichte der Psychosomatik und ihrer Therapien. Dissertation. Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn
- Drücke M (1990) Zu nah oder zu fern? Zur Problematik körperlicher Berührung in der Psychotherapie am Beispiel von Psychoanalyse und Psychodrama. *Psychoanal Widerspruch* 3:21–27
- Franke P, Schleu A, Hillebrand V, Welther M, Strauß B (2016) Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 1. Quantitative und qualitative Analyse der Dokumentation des Vereins Ethik in der Psychotherapie 2006–2015. *Psychotherapeut* 61:507–515
- Gathmann P (1990) *Pathologie des psychosomatischen Reaktionsmusters*. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Grüneberger A, Einsle F, Hoyer J, Strauß B, Linden M, Härtling S (2017) Subjektiv erlebte Nebenwirkungen ambulanter Verhaltenstherapie: Zusammenhänge mit Patientenmerkmalen, Therapeutenmerkmalen und der Therapiebeziehung. *Psychother Psychosom Med Psychol* 67:338–344



- Hardy GE, Bishop-Edwards L, Chambers E, Connell J, Dent-Brown K, Kothari G, O'Hara R, Parry GD (2019) Risk factors for negative experiences during psychotherapy. *Psychother Res* 29:403–414
- Herzog P, Lauff S, Rief W, Brakemeier E-L (2019) Assessing the unwanted: a systematic review of instruments used to assess negative effects of psychotherapy. *Brain Behav* 9:e1447. <https://doi.org/10.1002/brb3.1447>
- Kind H (1985) Kritisches zu körperbezogenen Therapieformen. *Psychother Med Psychol* 35:167–170
- Klatte R, Strauss B, Flückiger C, Rosendahl J (2018) Adverse effects of psychotherapy: protocol for a systematic review and meta-analysis. *Syst Rev* 7:135
- Kontny L, Stuhler H, Schleu A, Strauß B (2019) Komplexität doppelter Beziehungsangebote. Inhaltsanalytische Untersuchung sozialer Grenzverletzungen in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 64:463–469
- Kordy H, v Rad M, Senf W (1990) Therapeutische Faktoren bei stationärer Psychotherapie – Die Sicht der Patienten. *Psychother Psychosom Med Psychol* 40:380–387
- Ladwig I, Rief W, Nestoriuc Y (2014) Welche Risiken und Nebenwirkungen hat Psychotherapie? Entwicklung des Inventars zur Erfassung Negativer Effekte von Psychotherapie (INEP). *Verhaltenstherapie* 24:252–263
- Linden M, Strauß B, Scholten S, Nestoriuc Y, Brakemeier E-L, Wasilewski J (2018) Definition und Entscheidungsschritte in der Bestimmung und Erfassung von Nebenwirkungen von Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 68:377–382
- Nestoriuc Y (2015) Risiken und Nebenwirkungen psychotherapeutischer Behandlung. Wie und warum sollten sie erfasst werden? *Psychother Dialog* 16:36–39
- Nestoriuc Y, Rief W (2012) Risiken und Nebenwirkungen von Verhaltenstherapie. In: Linden M, Strauß B (Hrsg) Risiken und Nebenwirkungen von Psychotherapie. Erfassung, Bewältigung, Risikovermeidung. Medizinisch-Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 59–74
- Ogrodniczuk J, Staats H (2002) Psychotherapie und Geschlechtszugehörigkeit: Brauchen Männer und Frauen unterschiedliche Behandlungen? *Z Psychosom Med Psychol* 48:270–285
- Peth J, Jellnek L, Nestoriuc Y, Moritz S (2018) Unerwünschte Effekte von Psychotherapie bei depressiven Patienten – Erste Anwendung der Positive and Negative Effects of Psychotherapy Scale (PANEPS). *Psychother Psychosom Med Psychol* 68:391–398
- Petzold HG (2006) Der „informierte Leib“: „embodied and embedded“ – ein Metakonzzept für die Leibtherapie. In: Marlok G, Weiss H (Hrsg) Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer, Stuttgart, S 100–118
- Rheker J, Beisel S, Kräling S, Rief W (2017) Rate and predictors of negative effects of psychotherapy in psychiatric and psychosomatic inpatients. *Psychiatry Res* 254:143–150
- Rozental A, Kottorp A, Boettcher J, Andersson G, Carlbring P (2016) Negative effects of psychological treatments: an exploratory factor analysis of the negative effects questionnaire for monitoring and reporting adverse and unwanted events. *PLoS ONE* 11(6):e157503. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0157503>
- Rozental A, Castonguay L, Dimidjian S, Lambert M, Sharan R, Andersson G, Carlbring P (2018) Negative effects in psychotherapy: commentary and recommendations for future research and clinical practice. *BJPsych open* 4:307–312
- Rozental A, Kottorp A, Forsström D, Månsson K, Boettcher J, Andersson G, Furmark T, Carlbring P (2019) The Negative Effects Questionnaire: psychometric properties of an instrument for assessing negative effects in psychological treatments. *Behav Cogn Psychother* 47:559–572
- Schreiber-Willnow K (2006) Körpererinnerung und Reinszenierung in der Konzentrativen Bewegungstherapie. *Psychother Dialog* 7:159–163
- Schreiber-Willnow K (2016) Konzentrativen Bewegungstherapie. Ernst Reinhardt Verlag, München
- Schreiber-Willnow K (2017) Körperpsychotherapeutische Gruppen. In: Strauß B, Mattke D (Hrsg) Gruppenpsychotherapie. Lehrbuch für die Praxis, 2. Aufl. Springer, Berlin, S 450–461
- Seidler K-P (2012/2013) Asking questions and making observations: research results on concentrative movement therapy. *Eur Psychother* 11:79–98
- Seidler K-P, Schreiber-Willnow K (2011) Therapeutische Fehler in der körperorientierten Psychotherapie und der Beitrag der Forschung für die Entwicklung einer Fehlerkultur. *Psychother Sozialwiss* 13:49–64
- Seidler K-P, Schreiber-Willnow K, Hamacher-Erbguth A, Pfäfflin M (2002) Die Praxis der Konzentrativen Bewegungstherapie (KBT). Frequenz – Dauer – Setting – Behandelte Störungsbilder. *Psychotherapeut* 47:223–228
- Seidler K-P, Epner A, Grützmacher S, Schreiber-Willnow K (2018) Development of an evaluation questionnaire for concentrative movement therapy. Poster presented at the 49th international annual meeting for the Society of Psychotherapy Research (SPR), Amsterdam
- Strauß B, Drobinskaya A (2018) Erste Erfahrungen mit dem „Fragebogen zu Nebenwirkungen in der Gruppentherapie und unerwünschten Gruppenerfahrungen“ (NUGE 24). *Psychother Psychosom Med Psychol* 68:437–442
- Strauß B, Linden M, Haupt M-L, Kaczmarek S (2012) Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. Systematik und Häufigkeit in der Psychotherapie. *Psychotherapeut* 57:385–394
- Welther M, Hillebrand V, Schleu A, Franke P, Strauß B (2016) Beschwerden über Fehlverhalten in der Psychotherapie, Teil 2. Ziele, Ergebnis und Entwicklungsmöglichkeiten von Aufklärungs- und Öffentlichkeitsarbeit. *Psychotherapeut* 61:516–523
- Young C (2006) Körperpsychotherapie und ihre Risiken. In: Marlok G, Weiss H (Hrsg) Handbuch der Körperpsychotherapie. Schattauer, Stuttgart, S 617–624
- Zeeck A, Wenning K, Hartmann A (2011) Psychosomatische Tagesklinik: Verarbeitung und Bewertung der Therapieelemente. In: Schultz-Venrath U (Hrsg) Psychotherapien in Tageskliniken. Methoden, Konzepte, Strukturen. Medizinisch Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Berlin, S 97–118

Aktuelle Entwicklung zu COVID-19 bei Springer Nature und Springer Medizin

Springer Nature und Springer Medizin unterstützen die globale Reaktion auf die COVID-19-Pandemie, indem ein schneller und direkter Zugang zu den neuesten verfügbaren Forschungsergebnissen und Daten ermöglicht wird.

Auf der Homepage **SpringerMedizin.de** finden Sie ein immer aktuelles Dossier mit Beiträgen, Forschungsarbeiten und Ergebnissen zu SARS-CoV-2 sowie relevanten Links.

Darin z.B. auch die kürzlich publizierte **Empfehlung von DIVI, DGIIN, DGAI und DGP zur Intensivtherapie von Patienten mit COVID-19.**

Springer Nature arbeitet mit globalen Organisationen zusammen, und verlinkt über **SpringerNature.com/de** auf eine eigene Landingpage mit einer Vielzahl an Information sowie freiem Zugriff auf die COVID-19-Contentplattformen von Nature Research, BioMed Central (BMC) und Springer.

Das Dossier zu Coronavirus / Covid-19 von Springer Medizin finden Sie hier: www.springermedizin.de/covid-19



SCAN ME

Hier steht eine Anzeige.

