

University of Applied Sciences

HOCHSCHULE
EMDEN • LEER

Praxismarkt 2018

Risiken und Nebenwirkungen (k)ein Thema in der Sozialen Arbeit

Dr. Jürgen Beushausen

Übersicht

- Einleitende Anmerkungen
- Kategorienbildung mit typischen Risiken und Nebenwirkungen
- Exkurs Angehörige
- Exkurs Nocebo-Effekte
- Exkurs Chronifizierung
- Prävention
- Ausblick
- Literatur
- (spreche nicht über Fehler und Fehlerkulturen und Auswirkungen auf die Helfer*innen)

Leitthese

- Wenn Metaanalysen zeigen, dass psychotherapeutische Interventionen einerseits positive Wirkungen aufweisen (zu ca. 60%), andererseits sich jedoch der Zustand von 10 % bis zu einem Drittel verschlechtert (differenzierter sieh z.B. Leitner 2012), könnte dies in der Sozialen Arbeit ähnlich sein.



Einleitung - Grundlegende Position

- Alles was hilft, beinhaltet Nebenwirkungen und Risiken, dies können auch unbeabsichtigte und nicht reflektierte oder nicht wahrgenommene Fehler sein.
- Anders als in der Medizin werden Risiken und Nebenwirkungen nicht grundsätzlich thematisiert, wie der Psychotherapie fehlt der Sozialen Arbeit eine neben- und zusatzwirkungsorientierte Forschungstradition und Kultur



Einleitung

- Es besteht ein enger Bezug zu Fehlern und Fehlerkulturen - professionelle Fehler und Defizite schaden ebenso wie Risiken und Nebenwirkungen.
- Diese resultieren oftmals aus einer Kombination von individuellen Fehlern, mangelnder Reflexion, institutionellen Bedingungen und einem allgemeinen Leistungs- und Kostendruck.



Kategorienbildung

- Erwünschte positive Nebenwirkungen
- passagere Nebenwirkungen, Krisen und Verwirrungen, die unvermeidbar waren
- Kurzfristige, mittel- oder langfristige unerwünschte Wirkungen,
- Nebenwirkungen, die auch nach dem Abschluss der Hilfeleistung andauern und von denen wir meist wenig erfahren;
- Pos. / neg. Nebenwirkungen bei Dritten, zum Beispiel bei Angehörigen.

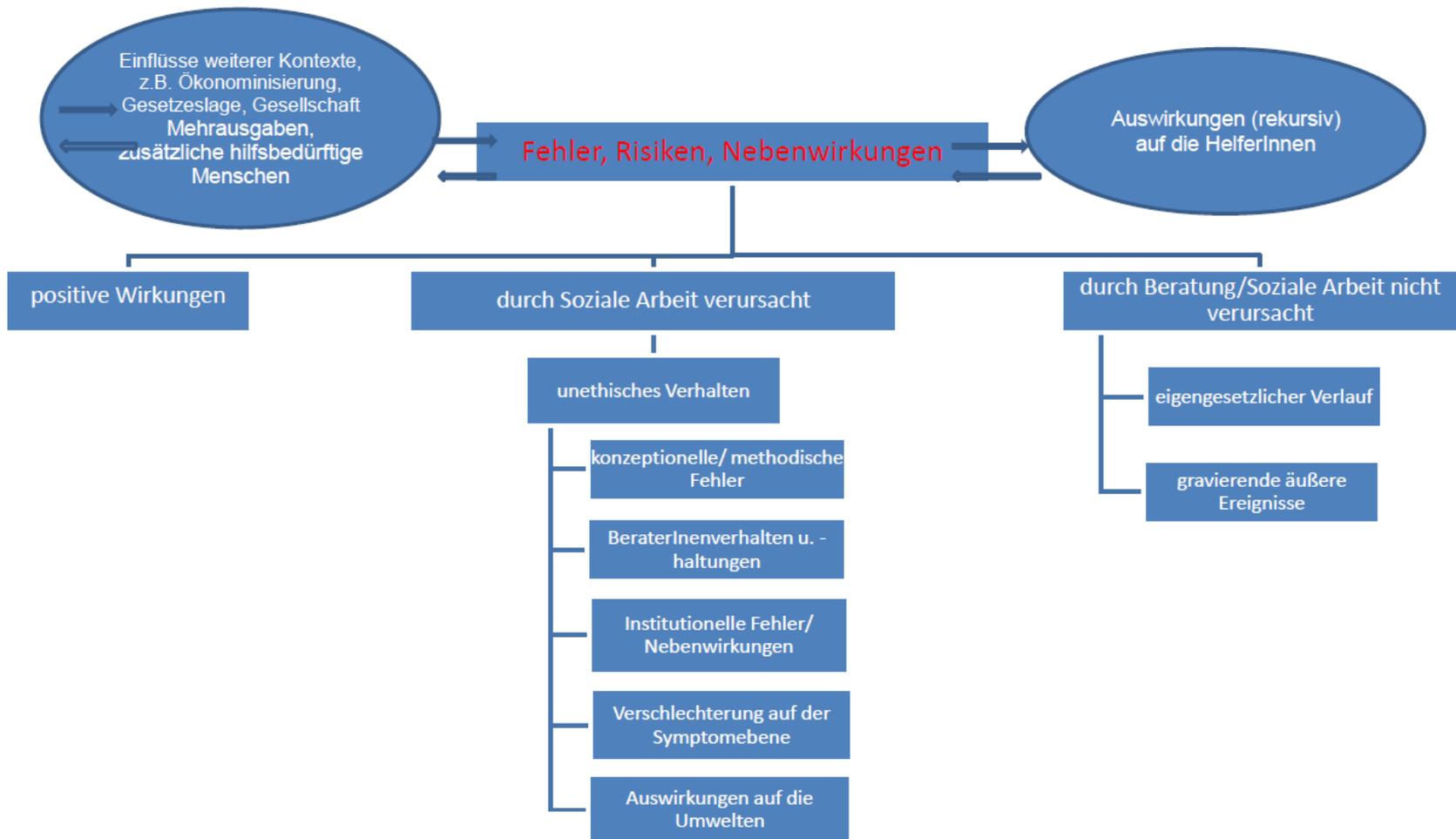


Abb. 1: Überblick über Kategorien möglicher Fehler, Risiken, Nebenwirkungen für die Klientel

Nebenwirkungen, Risiken u. Fehler aufgrund der Missachtung ethischer Grundlagen

Sexuelle Grenzüberschreitungen	Alle Handlungen mit sexuellem Hintergrund
Verletzung grundlegender Basisvariablen	Mangelnde Empathie, Akzeptanz u. Wertschätzung, ausschließliche Zentrierung auf Defizite
Soziale Grenzverletzungen	falsche professionelle Nähe und Distanz, der Beratungs- und Betreuungsrahmen wird gesprengt, es kommt zu Grenzverletzungen gegenüber den Klienten, z.B. unnötig starke Bindungen
Interessenkollusion Ökonomischer/finanzieller Missbrauch	Der Berater verfolgt gleichzeitig andere Interessen, z. B. finanzielle Interessen des Arbeitgebers oder es gibt eine Verknüpfung freundschaftlicher /verwandtschaftlicher Beziehungen
Trägerinteressen	Der Träger sichert das Überleben eigener Einrichtungen auf Kosten einer qualitativ schlechteren Versorgung der Klienten



Nebenwirkungen, Fehler und Risiken aufgrund von allgemeiner unprofessioneller Berufsausübung I

Mangelhafte Interventionen	Richtiges anwenden einer nicht passenden Intervention oder diese lassen sich in der Lebenswelt der Klienten nicht umsetzen
Kommunikation Passungsprobleme zwischen Klient und Berater	Der Klient missversteht eine Intervention, der Kommunikationsstil ist nicht angemessen (z.B. Nocebo-Effekte - s. Exkurs)
Unzureichende Informationen	fehlende Informationen über Rechte des Klienten und alternative Wege
Umgang mit sogenannten Widerständen	Klienten werden häufig als nicht motiviert und widerständig statt ambivalent motiviert beschrieben (Widerstand ist Antwort und Schutz des Klienten, gehört somit zum Prozess)
Umgang mit Übertragung und Gegenreaktionen	Unzureichende Reflektion der Übertragungen
Verstoß gegen Informations-, Dokumentations- und Schweigepflicht	Verweigerte Einsicht in die Unterlagen, inkorrekte Darstellung, mangelnde Dokumentation oder Aufbewahrung, Verletzung der Schweigepflicht



Nebenwirkungen, Fehler und Risiken aufgrund von allgemeiner unprofessioneller Berufsausübung II

Helfereigenschaften	Fehler, die in der Person oder der mangelnden Ausbildung und Fachlichkeit der Helfer begründet sind, z.B. Selbstüberschätzung
Unangemessene Konzepte und Haltungen des Helfers	Methoden und Konzepte passen nicht zum Klienten, z.B. eine analytische oder defizitorientierte Grundhaltung des Beraters, Abstinenz wird als Ziel in der Suchtkrankenhilfe vorausgesetzt
Mangelndes oder falsches Krisenscreening	Fehleinschätzungen von Risiken, eine Krise wird übersehen
Traumatisierung	z.B. durch das Miterleben von Gewalt oder von Geschehen, die die Vorstellungen vom Sein in der Welt massiv erschüttern, z.B. in der JVA oder in der stationären Jugendhilfe
Mangelnde Diagnostik und Zielbestimmung	Fehlende oder unzureichende Diagnostik, Indikationsstellung, Zielbestimmung



Nebenwirkungen, Fehler und Risiken auf der Ebene der Institutionen I

Auswirkungen auf die Umwelten des Klienten - siehe Exkurs	Seitens der Helfer wird nicht berücksichtigt, welche Auswirkungen die Interventionen auf das Umfeld haben
Konzeptionelle Mängel	Keine Ausrichtung der Methoden auf z.B. die Wirksamkeit, Orientierung auf Defizite
Mangelnde Reflektion, Intervision, Supervision und Fortbildung	Kein Deputat für Supervision, Fallbesprechungen, Supervision erfolgen wenig zielgerichtet und effektiv, für Fortbildung stehen keine Ressourcen zur Verfügung
Regeln	Durchsetzung von Regeln, die im Einzelfall nicht sinnvoll sind
Setting	Das Setting ist nicht angemessen, z. B. zu kurz o. die Komplexität, die durch mehrere Auftraggeber entsteht, wird nicht gesehen
Chronifizierung (siehe Exkurs)	Es wird nicht reflektiert inwieweit der Helfer*innen oder ihre Institution zu einer Chronifizierung beitragen



Nebenwirkungen, Fehler und Risiken auf der Ebene der Institutionen II

Institutionelle vor Klienteninteressen	Die finanziellen Interessen des Trägers stehen im Zentrum
Mangelnde Rahmenbedingungen	z. B. wird nicht gesehen, dass eine ambulante Betreuung nicht ausreichend oder die Ausbildung des Beraters mangelhaft ist, Überlastungen der Mitarbeiter
Umgang mit Ambivalenzen: Parteilichkeit versus Allparteilichkeit Ambivalenz der Hilfs- und Kontrollfunktion	Der angemessene Umgang mit der Parteilichkeit u. des doppelten Mandates wird nicht reflektiert Hilfe kann den Menschen abhängiger und hilfloser, Integration in soziale Gemeinschaften durch Desintegration verfestigen
Umgang mit Fehlern	Keine institutionelle Kultur einer Fehlerfreundlichkeit
Kooperation	Fehlende Absprachen mit anderen Institutionen



Weitere typische Nebenwirkungen/Fehler

- Nichtwahrnehmung und Reflexion von Eigenschaften und der ökosozialen Situation des Klienten, die einen Entwicklungsprozess erschweren oder zur Verschlechterung seiner Situation beitragen,
- Der richtige Zeitpunkt im Kontext von Veränderungsprozessen (Kairos) wird nicht berücksichtigt,
- psychologische, soziale oder medizinische Einengungen oder Umdeutungen,
- eigene Ideen oder Rezepte für Lösungen überstülpen



Exkurs Angehörige

- Wer ist der „Fall“ – Wer hat das „Problem“ – immer noch individuumszentrierte Perspektiven (z.B. Begriff der Einzelfallhilfe)
- Die Bedeutung der Auswirkungen einer Maßnahme für die Angehörigen wird unterschätzt
- Konzept des „tertiären Krankheitsgewinns“ – gekoppelte Systeme haben einen „Nutzen“ (Familie u.a.) wird nicht bedacht
- In vielen Bereichen prägen finanzielle Interessen den Grad der Einbindung der Angehörigen
- Psychoedukation erfolgt äußerst mangelhaft



Exkurs Nocebo-Effekte I

- Wir kennen den Placeboeffekt
- Nocebo-Antwort meint negative Effekte einer (medizinischen) Intervention, die nicht durch die direkte Wirkung eines Arzneistoffes oder andere behandlungsspezifische Bedingungen hervorgerufen werden
- Dieser vielfältig auftretende Effekt kann leichte oder auch sehr schwere Wirkungen haben. Als extreme Beispiele für einen Nocebo-Effekt werden von Voodopriestern vorhergesagte Todesurteile beschrieben
- Nocebo sind lernbedingte Effekte (operantes und klassisch konditioniert Lernen) aus eigenen oder beobachteten Erfahrungen, die auf der körperlichen Ebene die Hormonfreisetzung oder Immunfunktionen beeinflussen (Heller 2015)
- Das Auftreten von Noceboeffekten hängt entscheidend von den Wirkerwartungen des Klienten ab

Exkurs Nocebo-Effekte III - Beispielhafte problematische Äußerungen

- „Sie sind ein schwerer Fall.“
- “ Sie sehen aber schlecht aus!“
- “ Was belastet Sie denn?“
- „Sie haben eine chronische Erkrankung“
- „Das werden sie nicht schaffen.“
- „Das wird ein schlechtes Ende nehmen.“
- „Das hat ja auch beim letzten Mal nicht geklappt.“
- „Bei manchen Klienten ist diese Übung hilfreich.“
- „Sie brauchen jetzt keine Angst haben.“



Exkurs Nocebo-Effekte II

- Klienten sind besonders gefährdet, wenn sie sich in einer Krise als essenziell bedroht erleben, aktuell intellektuell eingeschränkt sind und sich in einer Problemtrance befinden.
- Der Mensch verarbeitet ein nicht/nein/kein und Relativierungen und Verkleinerungen nicht angemessen. In Extremsituationen fokussiert das Gehirn meist auf das Negative oder Bedrohliche (z.B. Sie brauchen keine Angst haben)
- Im Gespräch kann bereits die Benennung und erst recht die emotionale Betonung eine negativ wirkende, „ansteckende“ Bedeutung haben.

Exkurs Nocebo-Effekte IV - Empfehlungen

- bedenken, dass eine Aufklärung (Psychoedukation) immer Risiken aufweist
- Die Beschreibung von Konflikten, Störungen, Defiziten und Problemen ist wertschätzend zur Kenntnis zu nehmen, dann sollten möglichst Ressourcen und Bewältigungsmöglichkeiten in den Blick genommen werden.
- Katastrophenphantasien und Grübeleien sollten **nach einer erfolgten Absprache** unterbrochen werden und die Klienten aufgefordert werden, sich stattdessen positiven Dingen zuzuwenden.



Exkurs - Chronifizierung

- Die Verwendung des Begriff „Chronizität“ für viele somatische Erkrankungen ist ein nützliches Konzept, für biopsychosoziale Phänomenen ist es jedoch weniger schlüssig
 - Zukunft kann immer nur vorhergesagt, d.h. konstruiert und somit vermutet werden
 - Offene Fragen: Ist ein Suchtkranker, der seit langem abstinent lebt, chronisch krank? Bleibt ein Stotterer immer ein Stotterer, oder ist er dies nur, wenn er stottert? Lässt sich eine depressive Episode genau von einer rezidivierenden und chronischen Form unterscheiden? Gibt es einen chronischen Arbeitseifer?



Drei Muster der Chronifizierung (Simon 2007)

1. Chronifizierungen benötigen einen Kontext, der eine Wiederholung dieser Verhaltensweisen ermöglicht - Beispiel Konzert
 2. Gewohnheit / Muster als chronifiziertes Spiel
 3. Die bestehende Ordnung wird, unabhängig vom Wandel der Gesellschaft, etabliert, aufrechterhalten und an ewigen Wahrheiten festgehalten („funktioneller Autismus“)
- Chronifizierung ist bei all diesen Formen Teil einer Überlebensstrategie. Sie ist subjektiv sinnvoll und passt zu den Bedingungen der Person und seiner Umwelten



Muster der Chronifizierung

- Jedes System, das nicht in Krisen gerät, chronifiziert. Es kann seine Strukturen ungestört bewahren, es kann so bleiben, wie es ist. Und das kann es nur, weil die Umwelt nicht stört.
(Simon 2007)
- Eine chronische Helferbeziehung entsteht, bei der das Helfersystem Funktionen im Leben des Klienten übernimmt, die dieser nie gelernt oder durch jahrelange Chronifizierung bereits verlernt hat (Ruf 2005).
- Meistens greifen im Prozess einer Chronifizierung die kommunikativen Handlungen vieler Beteiligten ineinander, es ist daher zu eruieren, wie es gelingt (Angehörige, Fachkräfte, psychiatrische Patientensubkultur und Vorschriften), ein Problem durch kontinuierliche, aufeinander bezogene Interaktionen und Aktivitäten zu erzeugen.



Chronifizierung (Ruf 2005)

- Mit der Diagnose einer psychiatrischen Erkrankung wird eine Erklärung für „nicht verstehbar“ konstruiert und die Annahme verfestigt, dass der Klient für sein Verhalten keine Verantwortung übernehmen kann.
- Es entsteht ein Kreislauf, in dem ein Problem als chronische Erkrankung definiert wird und der Klient sich als defizitär und chronisch krank erlebt und sich entsprechend verhält.
- Die Erkrankung wird dann zur Lebensform, verbunden mit bestimmten Regeln des Denkens, Handelns und der Kommunikation die von den Betroffenen und anderen Person nicht mehr hinterfragt werden.

Chronifizierungselemente

- Hilflosigkeit kann erlernt werden und (un)bewusst von den Helfern gefördert
- Krankheitskonzepte, die auf eine unendliche Krankheit verweisen, verfestigen diesen Prozess und wirken als **selbsterfüllende Prophezeiung**. Festschreibende Diagnosen und chronifizierende Beschreibungen können die Opfer- und Krankenrollen „betonieren“ (von Schlippe und Schweitzer 2012)
- Chronifizierung wird unterstützt, indem frühere Bekanntenkreise vermindert werden und durch Bekannte aus den besuchten Einrichtungen ersetzt werden

Chronifizierungselemente

- Ein Betroffener hört auf, an eine positive Zukunft zu glauben
- Er sieht sich im Wesentlichen als Opfer und nicht als Akteur des eigenen Schicksals
- Die Vergangenheit wird als Schicksal verstanden, welches die Zukunft negativ bestimmt
- Der Betroffene vermeidet zu überlegen, was er heute im Hier und Jetzt tun kann, damit es ihm besser geht



Chronifizierungselemente

- Psychiatrische Einrichtungen werden aufgesucht, um die Fachkräfte zu einer Bestätigung der eigenen Sicht, der einer massiven psychischen Störung, zu bringen.
- Klinikaufenthalte und lange Arbeitsunfähigkeit verstärken zirkuläre Chronifizierungsprozesse. Zudem wirken diese langen Zeiträume gewohnheitsbildend, Patienten sind es nicht mehr gewohnt selbstständig zu leben oder als Arbeitnehmer tätig zu sein
- Dies ist dann eher ein soziales, statt psychisches Problem – d.h. soziale Probleme werden zu psychischen Problemen umgedeutet.



Chronifizierungselemente

- Wird primär eine Frührente, ein Behindertenausweis, der Zugang zu Rehabilitationsmaßnahmen oder ein betreuter Wohnplatz gewünscht, ist dies eher mit einer chronischen Erkrankung zu erreichen
- Auf Seiten der Betreuer und der Behandelnden beeinflusst die Weitergabe pessimistischer Behandlungserwartungen in Fallbesprechungen und Arztbriefen bei den neuen Behandelnden eine entsprechende Haltung (auch Noceboeffekt)



Ent-Chronifizierung

- Um einen Chronifizierungsprozess zu vermeiden, sind unerwünschte Nebenwirkungen zu fokussieren (z.B. in Fallbesprechungen), die die Krankenrolle verfestigen oder erhalten
- Im Kontext mit dem Klienten ist daher zu fragen, wie und mit welchen Strategien eine Person es gemeinsam mit anderen schafft eine Störung immer wieder neu hervorzubringen
- Wichtig ist zu verstehen, welche Randbedingungen dafür sorgen, dass ein Problem sich stabilisiert



Aspekte einer möglichen Reduzierung von Chronifizierung

- Bei jeder Intervention ist zu reflektieren, ob diese zu einer Förderung der Gesundheit oder zu einer möglichen Chronifizierung beiträgt
- Ausstiegsszenarien aus einer vorhandenen Chronifizierung sollten offen benannt und mit allen Beteiligten durchdacht und möglicherweise „durchgespielt“ werden
- Pro und Contra eines Chronifizierungsprozesses sind zusammenzufassen und zuzuspitzen, um neue Entscheidungen möglich zu machen

Aspekte einer möglichen Reduzierung von Chronifizierung

- Erstrebenswert ist es eine Vernetzung mit Personen zu unterstützen, die nicht der Subkultur des Erkrankten oder der Helfer angehören
- Zudem ist zu überprüfen, ob das Netz eines Trägers mit seinen Angeboten einem Gesundheitsprozess langfristig schadet. Die Träger dieser Einrichtungen haben daher auch ihre eigenen Interessen zu reflektieren, wie die Klienten für die eigenen Zwecke genutzt werden. Problematisch ist, wenn Helfer Interventionen lediglich wiederholen oder nacheinander ausgetauscht werden, ohne dass sich deren Vorgehensweise ändert - Muster einer „Mehr – des - selben“ Strategie



Allgemeine präventive Haltungen

- Um mögliche Risiken und Nebenwirkungen zu vermindern steht die Soziale Arbeit vor der Aufgabe präventiv tätig zu werden
- Hierzu gehört, dass Klienten zu Beginn der Beratung entsprechende Informationen („Beipackzettel“) erhalten, die für die Soziale Arbeit noch expliziter zu formulieren sind



Präventive Haltungen

- Ziel ist eine gute „Passung“
- „Fehler“ angemessen und offen thematisieren
– gute Fehlerkultur in der Institution
- Ambivalenz: Experte, also Wissender sein zu müssen und die Position „des Nichtwissenden“
- Haltung des Helfers manchmal „Eigensinn“

Umgang mit Fehlern

Fachlich falsch ist (Kleve 2018):

- Sichtweisen, Perspektiven und Motivationen der NutzerInnen in deren zumeist spannten Lebenssituation zu vernachlässigen
- Verfahren und Instrumente zu verwenden, deren theoretischer Hintergrund nicht erläutert und verstanden wurde
- Verfahren und Methoden im Team nicht aufeinander abzustimmen
- die sozialarbeiterische Ethik der Hilfe zur Selbsthilfe zwar zu postulieren, aber methodisch die Chronifizierung von Hilfsbedürftigkeit zu befördern
- zu tolerieren, dass die Organisation und Finanzierung (etwa über Tagessätze und Fachleistungsstunden) eher die Ausweitung der Hilfebedürftigkeit befördert als deren Verringerung



Präventive Haltungen

- Zu reflektieren sind die Interessen aller Beteiligten (Klienten, Helfer, Institution, kooperierende Institutionen, Verwaltung, Politik und Wirtschaft)
- Hilfreich ist die Position einer Exzentrizität
- „Zweifeln“ initiieren
- Fehlerfreundlichkeit



Ausblick

- Kleve (2018): „Das Wissen um diese vielen Systemzusammenhänge entlastet uns nicht von der Verantwortung, das fachliche Richtige zu tun. Unsere erste Handlungsorientierung beziehen wir nicht aus Politik, Verwaltung oder Recht, sondern aus den Diskursen der eigenen Profession.“
- Beratung, Sozialtherapie und Soziale Arbeit steht vor der Aufgabe, weitere Differenzierungen forschend zu erarbeiten und präventiv tätig zu werden.
- Aufnahme des Themas in die Lehrpläne für die Berater- und Sozialarbeiterausbildung.



Ausblick

- Weitere Fragen:
 - Wirksamkeitsforschung
 - Wo sind Verstöße zu melden?
 - „Therapietreue“ verbessern
 - Fokussierung der Abbrecher
 -

Eine etwas ältere Version des Vortrages finden Sie unter:

Beushausen, J.: Risiken und Nebenwirkungen (k)ein Thema für die Soziale Arbeit? Onlineveröffentlichung im ZKS-Verlag, Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Weitramsdorf (37 Seiten), am 21.05.2014 unter http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads//8859-1Qrkungen_der_psychosozialen_Beratung.pdf

Literatur I

- Behner, P. u.a.: Effekte einer gesteigerten Therapietreue: Bessere Gesundheit und höhere Arbeitsproduktivität durch nachhaltige Änderung des Patientenverhaltens. http://www.bertelsmann-stiftung.de/bst/de/media/xcms_bst_dms_36214_36215_2.pdf Ergebnisse der gemeinsamen Studie "Productivity gains from improving therapy adherence" der Bertelsmann Stiftung und der internationalen Strategieberatung Booz & Company. Zugriff 15.07.2012
- **Beushausen, J.: Risiken und Nebenwirkungen (k)ein Thema für die Soziale Arbeit? Onlineveröffentlichung im ZKS-Verlag, Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit, Weitransdorf (37 Seiten), am 21.05.2014 unter http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads//8859-1Qrkungen_der_psychosozialen_Beratung.pdf**
- Beushausen, J.: Gesundheit und Krankheit in psychosozialen Arbeitsfeldern. Göttingen 2013a
- Beushausen, J.: Die Chronifizierung psychosozialer Probleme - Beiträge des Helfers und seiner Institution. In: Theorie und Praxis der Sozialen Arbeit 5/2013b (TUP), S. 341 – 346.
- Conen, M.-L.: Die Ratlosigkeit des Helfers - eine Ressourcen! In: Welter-Enderlin, R. u. Hildenbrand, B. (Hrsg.): Resilienz - Gedeihen trotz widriger Umstände. Heidelberg 2006
- Furmann, B: Es ist nie zu spät glückliche Kindheit zu haben. Dortmund, 6. Aufl. 2008.
- Giovanni, M: Verstehen nach Schemata und Vorgaben? Zu den ethischen Grenzen einer Industrialisierung der Psychotherapie. In: Psychotherapeutenjournal 2/2011, S. 132 – 138. <http://www.igm.uni-freiburg.de/Mitarbeiter/maio/psychotherapeutenjournal-20110615-maio-ptj-02-2011.pdf>
- Grawe, Klaus: was sind die wirklich wirksamen Ingredienzien der Psychotherapie? www.psychotherapie.org/klaus/ref-grawe-2html. Zugriff am 08.06
- Heller, Thomas (2015): Nocebo-Effekt. Es kommt auf jedes Wort an. Klecks-Verlag, Flörsbachtal.
- Hoffmann, S. O., Rudolf, G. & Strauß, B. (2008). Unerwünschte und schädliche Wirkungen von Psychotherapie. Psychotherapeut 53, 4-16.
- Kaczmarek, S., Passman, K., Cappel, R., Hillebrand, V., Schleu, A., Strauß, B.: Wenn Psychotherapie schadet.... Systematik von Beschwerden über psychotherapeutische Behandlungen in: Psychotherapeut 5, 2012, S. 402- 409.
- Kleve, Heiko: Das Wunder des Nichtwissens. Vom Paradigma der professionellen Lösungsabstinenz in der Sozialen Arbeit. In: Kontext 42,4. 2011, S. 338-355, siehe auch unter dgsf-org/service/wissensportal

Literatur II

- Keve, H. (2018): 52. Leitsatz für eine systemische Sozialarbeit. Der reduzierte Komplex. www.carl-auer.de. blog. Eingestellt am 22. April 2018
- Koschier, A.: Beziehung als Risikopuffer? Ausschnitte aus einer Studie zu Risiken und Nebenwirkungen der Psychotherapie in Österreich In: Zeitschrift für Klinische Sozialarbeit 8(4) / 2012, S. 8 – 9, http://www.zks-verlag.de/wp-content/uploads/KlinSA_2012_8-4_2408.pdf
- Kriz, J.: Systemtheorie für Psychotherapeuten, Psychologen und Mediziner. Wien 1999
- Leitner, A.: „Bei der ersten Begegnung...“ Risiken im Diagnostik Prozess führt Psychotherapie und Beratung. Zugriff am 2.12.2013 unter http://www.ash-berlin.eu/fileadmin/user_upload/pdfs/Studienangebot/Master/Klinische_Sozialarbeit/Klinsa/Poster_Gehrlich.pdf
- Leitner, A.: Psychotherapie auf dem Weg... Entwicklungen – Wirkungen – Nebenwirkungen - Negativ Effekte. In: Integrative Therapie: Zeitschrift für vergleichende Psychotherapie und Methoden. Wien, FPI-Publikationen, Bd. 37, Heft ½, 2011, S. 7 - 43.
- Leitner, A. u.a. (2012): Psychotherapie: Risiken, Nebenwirkungen und Schäden. Zur Förderung der Unbedenklichkeit von Psychotherapie. Endbericht. Juli 2012, Projektleitung Univ.-Prof. Dr. med. Anton Leitner. https://www.donau-uni.ac.at/imperia/md/content/department/psymed/forschungsartikel/risk_bericht_11.09.2013.pdf, Zugriff am 21.10.2018
- Lieb, H. (2014): Störungsspezifische Systemtheorie. Konzepte und Behandlung. Carl-Auer Heidelberg.
- Liechti, J.: Dann komm ich halt, Sag aber nichts. Motivierung Jugendlicher in Therapie und Beratung. Heidelberg, 2009.
- Märtens, M. / Petzold, H. (Hg): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Therapie. Mainz 2002
- Nestmann, F., Engel, F., Sickendiek, U. (Hrsg.): Das Handbuch der Beratung. Bd. 1 und 2 Tübingen 2004
- Otte, Hilka: Mögliche Risiken und Nebenwirkungen der Integrativen Therapie - Überlegungen zu „risikosensiblen“ Arbeitsformen. In: Märtens, Michael / Petzold, Hilarion (Hg): Therapieschäden. Risiken und Nebenwirkungen von Therapie. Mainz 2002, S. 181 – 215.

Literatur III

- Petzold H.G.: Zweifel I - Marginalien zu Zweifel-Zyklen, Kritik und Parrhesie. In: Polyloge. Materialien aus der Europäischen Akademie für psychosoziale Gesundheit. Eine Internetzeitschrift für „Integrative Therapie“. Zugriff 18.02.2014 unter: <http://www.fpi-publikation.de/polyloge/alle-ausgaben/02-2014-petzold-h-g-2014e-zweifel-i-marginalien-zu-zweifel-zyklen-kritik-und-parrhesie.html>
- Ruf, G.D. (2005): Systemische Psychiatrie. Ein ressourcenorientiertes Lehrbuch. Stuttgart
- Schmidt-Lellek, Christoph J.: Ressourcen der helfenden Beziehung. Modelle dialogischer Praxis und ihre Deformationen. Bergisch Gladbach 2006.
- Schweitzer-Rothers, J.: Wege aus psychiatrischen Chronifizierungsprozessen: Beratungstechniken für Prävention und Rehabilitation. In: Keller/ Greve (Hrsg.): Systemische Praxis in der Psychiatrie. Heidelberg 2002
- Simon, F. B.: Die Kunst, nicht zu lernen und andere Paradoxien in Psychotherapie, Management, Politik. Heidelberg 2007
- Schigl, B.; Gahleitner, S. B.. Fehler machen - aus Fehlern lernen? - Perspektiven zur Klassifizierung von psychotherapeutischen Fehlern und dem Umgang damit. Psychotherapie-Wissenschaft, [S.l.], v. 3, n. 1, p. 23-33, mär. 2013. ISSN 1664-9591. Verfügbar unter: <<http://www.psychotherapie-wissenschaft.info/index.php/psy-wis/article/view/1001>>. Date accessed: 07 Apr. 2014.
- Strauß, B., Linden, M., Haupt, M.-L., Kaczmarek, S.: Unerwünschte Wirkungen, Nebenwirkungen und Fehlentwicklungen. Systematik und Häufigkeit in der Psychotherapie in: Psychotherapeut 5, 2012, S. 385 - 394.