

Verfahrensvielfalt

im zukünftigen

Psychotherapie-Studium

Prof. Dr. Cord Benecke

Institut für Psychologie, Universität Kassel

Übersicht

Kurze Schlaglichter auf:

- Aktuelle Kritik am Verfahrenskonzept und die vorgeschlagenen Alternativen
- Der Sinn von Psychotherapieverfahren im Vergleich zu einem „evidenzbasierten Pluralismus“

Fazit

DGPs-Kritik am Verfahrenskonzept

„Zukunftsorientierter
evidenzbasierter
Pluralismus

anstatt

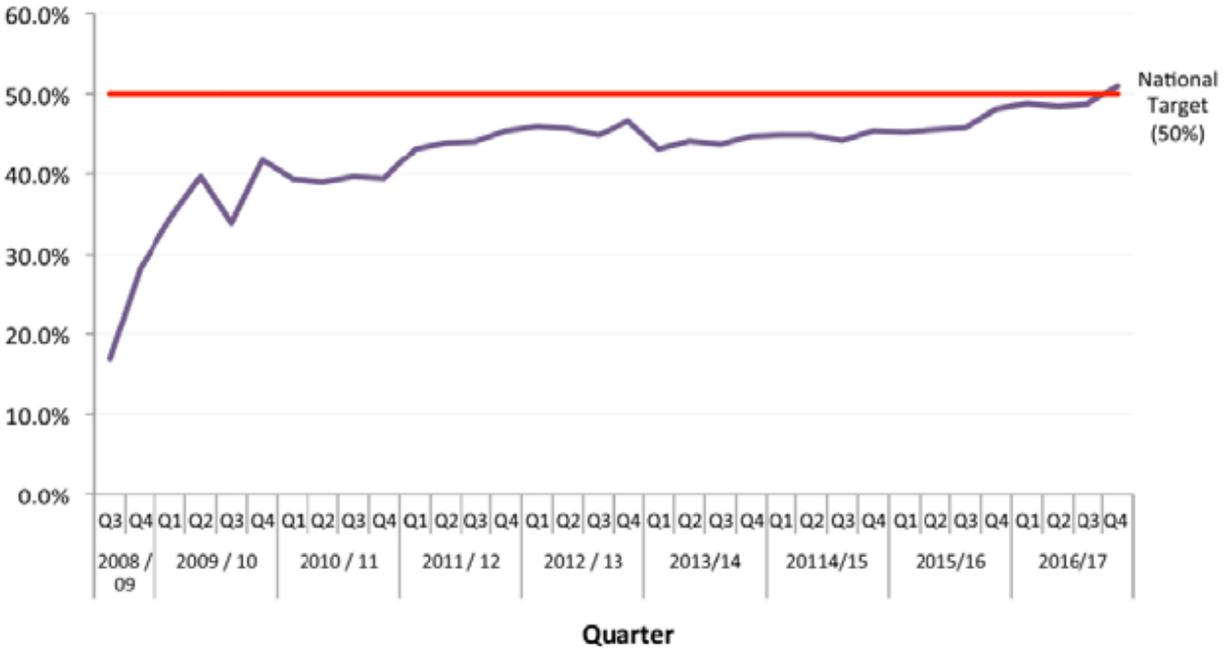
Verankerung traditioneller
Psychotherapieverfahren“

„Fixierung traditioneller Therapieverfahren“ würde dazu führen,
„dass Innovation behindert wird und Deutschland von den
internationalen wissenschaftlichen Entwicklungen der
Psychotherapie abgehängt wird“

1. Evidenzbasierung als oberste Priorität in der Ausbildung

Deutschland braucht zum Wohle der psychisch Kranken eine konsequente Umsetzung der wissenschaftlich fundierten Erkenntnisse zu den Grundlagen und Anwendungen der Psychotherapie. Die Umsetzung einer evidenzbasierten Psychotherapie weist jedoch in Deutschland noch beträchtliche Schwächen auf. Großbritannien hatte bis 2008 eine ähnliche Situation, hat dann jedoch auf eine konsequente evidenzbasierte psychotherapeutische Versorgung umgestellt. Dadurch konnten die Behandlungserfolge in der Versorgung psychisch Kranker mehr als verdoppelt werden (s. Abb. 1).

Abb.1: Verbesserung der Heilungsquoten durch konsequente Umsetzung evidenzbasierter Psychotherapie (Daten aus UK 2008 - 2017¹; z.Zt.: 560.000 Pat. pro Jahr)

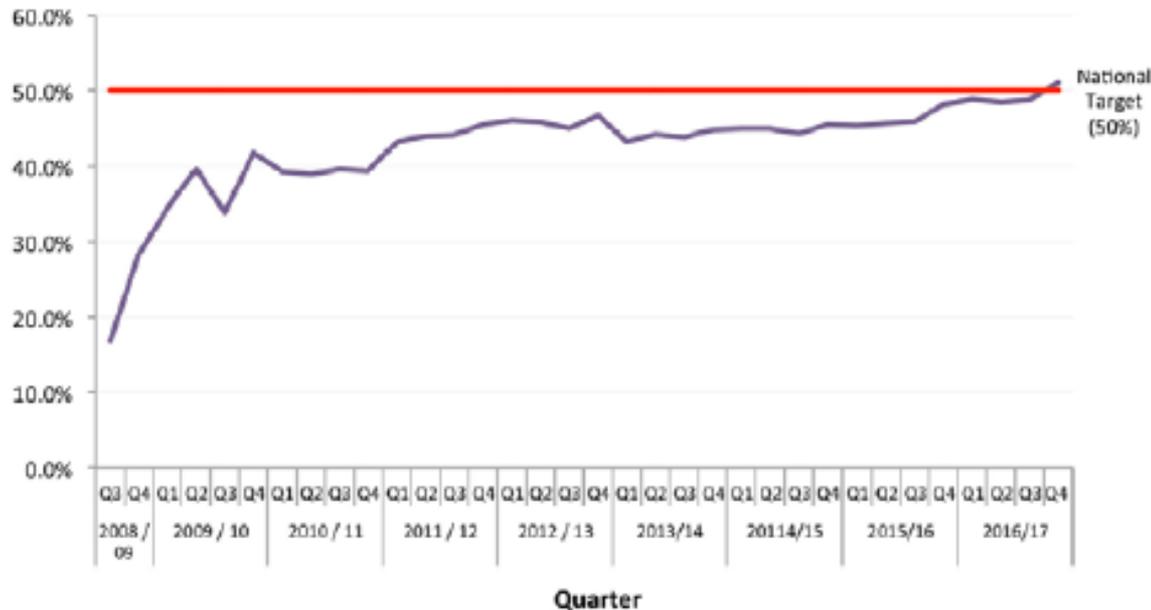


„Wir haben hier sehr robuste Zahlen aus Großbritannien, wo flächendeckend 500 000 Personen jährlich in evidenzbasierte Psychotherapieprogramme kommen.

Durch diese Umstellung auf eine konsequent evidenzbasierte Psychotherapie konnten mehr als doppelt so viele Patienten erfolgreich behandelt werden. Das sind sehr beeindruckende Zahlen und das würde ich mir für Deutschland wünschen“

(W. Rief, DGPs-Vertreter; Wortprotokoll der 49. Sitzung des Ausschusses für Gesundheit, Seite 11; Hervorhebung CB).

Abb.1: Verbesserung der Heilungsquoten durch konsequente Umsetzung evidenzbasierter Psychotherapie (Daten aus UK 2008 - 2017¹; z.Zt.: 560.000 Pat. pro Jahr)



Clark (2018)

Improving Access
to Psychological
Therapies (IAPT)
program

Tatsächlich zeigt die Grafik aber, dass die Erfolgsraten in den IAPT-Zentren (die von Anfang an nur „evidenzbasiert“ gemäß NICE-guidelines arbeiteten) in der Anfangszeit lediglich bei ca. 20% lagen und sich in Laufe der Jahre verbessert haben.

„Erfolg“ des IAPT-Programms in England

- Mittlerweise verbessern sich ca. 50% der in IAPT-Zentren behandelten Menschen symptomatisch.
- Allerdings ist die Rückfallquote extrem hoch: ca. 50% Rückfälle innerhalb eines Jahres, knapp 66% Rückfälle nach 2 Jahren (Ali et al. 2017, Delgadillo et al. 2018);
- d.h.: nach 2 Jahren sind **nur ca. 17 % der PatientInnen** weiterhin gebessert.
- Dabei ist **nicht einmal sicher**, dass es sich überhaupt um PatientInnen mit einer psychischen Störung mit **Krankheitswert** handelt, da die “Diagnosen“ lediglich per Screening-Fragebogen erhoben werden.
- Zudem zeigt sich, dass die innerhalb dieses Systems ausgebildeten „TherapeutInnen“ extrem hohe Raten an **Burn-Out** aufweisen (50-70%; Westwood et al. 2017).

„Erfolg“ des IAPT-Programms in England

- Mittlerweise verbessern sich ca. 50% der in IAPT-Zentren behandelten Menschen symptomatisch.
- Allerdings ist die Rückfallquote extrem hoch: ca. 50% Rückfälle innerhalb eines Jahres, knapp 66% Rückfälle nach 2 Jahren (Delgadillo et al. 2018);
- d.h.: nach 2 Jahren sind **nur ca. 17 %** der behandelten Menschen gebessert.
- Dabei ist **nicht einmal** die Hälfte der behandelten PatientInnen mit einer **erheblichen** Krankheitswert-Verbesserung befragt, da die Krankheitswert-Verbesserung über den **Beating-Fragebogen** erhoben wird.
- **Sicher kein Vorbild für uns in Deutschland!!!**
- **Innerhalb dieses Systems ausgebildeten Therapeuten weisen hohe Raten an *Burn-Out* aufweisen (50-60% (Delgadillo et al. 2017).**

Verfahren / Methoden / Techniken

Einem **Psychotherapieverfahren** liegt „ein **umfassendes Theoriesystem der Krankheitsentstehung** zugrunde“, aus welchem sich die **Behandlungsstrategien** für ein **breites Spektrum psychischer Störungen** ableiten lässt, für deren **Wirksamkeit** empirische Belege vorliegen.

Vom Wissenschaftlichen Beirat Psychotherapie (WBP) anerkannte Verfahren sind:

- *Psychodynamische Psychotherapie,*
- *Verhaltenstherapie* und
- *Systemische Therapie.*

Diese drei Psychotherapie-**Verfahren** gelten als **evidenzbasiert**, weil jeweils für eine ganze Reihe von psychischen Störungen **empirische Wirksamkeitsbelege** vorliegen.

Verfahren / Methoden / Techniken

Psychotherapiemethoden hingegen basieren nicht auf einer solchermaßen umfassenden Theorie, sondern beziehen sich nur auf die **eine Störung** (oder sehr wenige Störungen), für die dann auch die Anerkennung/Zulassung erfolgen kann.

Beispiele:

- *Interpersonelle Psychotherapie (IPT)* – Depression, Essstörungen
- *Eye-Movement-Desensitization and Reprocessing (EMDR)* - Traumafolgestörungen

IPT und EMDR stellen aber eben **keine Psychotherapie-Verfahren** dar und können diese auch **nicht ersetzen**.

Der Sinn, in Psychotherapie-Verfahren auszubilden

besteht nach wie vor darin, dass die **Beherrschung eines Psychotherapieverfahrens** in die Lage versetzt,

- die **ganze Bandbreite der psychischen Störungen zu behandeln**,
- inklusive der üblicherweise anzutreffenden **komplexen Störungen** (also Patienten mit einer hohen Komorbidität).
- Dies gelingt, weil sich das behandlingstechnische Vorgehen aus einer **in sich stringenten und umfassenden Theorie über die menschliche Psyche** und den Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung von psychischen Störungen ableitet.
- Eine solche **umfassende Behandlungskompetenz** erlaubt es dann auch, evtl. auftauchende **Komplikationen im Behandlungsverlauf** in ihrer Komplexität zu verstehen und darauf wiederum basierend auf einem Gesamtverständnis angemessen zu reagieren.

„Zukunftsorientierter evidenzbasierter Pluralismus“

Das so schön klingende neue Konstrukt **ist bisher nirgends definiert!**

Aus verschiedenen Texten (Stellungnahmen, Artikeln) lässt sich ungefähr Folgendes herauslesen:

- Die zukünftigen PsychotherapeutInnen behandeln ihre PatientInnen **nicht mehr auf der Basis einer umfassenden Theorie und daraus abgeleiteten Behandlungsstrategie,**
 - sondern wenden die für die jeweils **vorliegende Symptomatik** als **evidenzbasiert geltende Technik** oder Methode an.
 - Bei der (regelmäßig vorliegenden) **Komorbidität** psychischer Störungen müssten dann die jeweiligen **symptomspezifischen Module kombiniert** werden.
 - Der Rekurs auf eine umfassende **Theorie**, aus der sich die kombinierten Techniken ableiten lassen, sei **nicht mehr nötig.**
- Läuft auch unter „Eklektische Therapie“ oder „Modularisierte Psychotherapie“.

Aber:

Ein „Evidenzbasierter Pluralismus“ ist nicht evidenzbasiert!

- Die Kombination von evidenzbasierten Einzelmethoden/-techniken ist nicht evidenzbasiert: es müsste *jede einzelne Technik-Kombination* separat durch RCT-Studien untersucht werden, um die Evidenz (und **mögliche negative Wechselwirkungen**) für *jede einzelne Symptom-Kombination* überprüfen zu können.
- Da die TherapeutInnen aller bisher vorliegenden Wirksamkeitsstudien über eine Ausbildung in einem Psychotherapieverfahren verfügen (das gilt auch für internationale Studien) müsste zudem gezeigt werden, dass die jeweils kombinierten Einzeltechniken *auch dann noch wirksam sind, wenn sie von PsychotherapeutInnen angewendet werden, die nicht über eine umfassende Verfahrensausbildung verfügen.*

Solche Studien liegen nicht vor.

Fazit I:

Die von der DGPs vorgeschlagene Ersetzung der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapie-Verfahren durch die Konzeption eines „evidenzbasierten Pluralismus“ würde dazu führen,

dass die **zukünftigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten** in einer **Psychotherapieform ohne Evidenz ausgebildet** würden!

Warum gibt es mehrere Verfahren?

Klassifikation



Störung/Erkrankung:
Symptome und Syndrome



Warum gibt es mehrere Verfahren?

Klassifikation



Störung
ausschließlich definiert durch eine
Kombination von Symptomen



Wechselwirkungen

- Komponenten:**
- Kognitionen
 - Konditionierungen
 - Unbewusste Konflikte
 - Beziehungsmuster
 - Bindungsmuster
 - Strukturniveau
 - Emotionsregulation
 - Inkongruenz
 - Neurobiologie
 - ...

Störungsmodell:
Pathologische Veränderungen in der Person

Warum gibt es mehrere Verfahren?

Klassifikation



Störung

ausschließlich definiert durch eine
Kombination von Symptomen



Komponenten:

Kognitionen
Konditionierungen
... Konflikte

Störungsmodell:

Pathologische Veränderungen in der Person

Wechselwirkungen

Bindungsstil
Strukturniveau
Emotionsregulation
Inkongruenz
Neurobiologie
...

Kein wissenschaftlicher Konsens

Warum gibt es mehrere Verfahren?

Klassifikation



Störung

ausschließlich definiert durch eine
Kombination von Symptomen



Komponenten:

Kognitionen

Konditionierungen

... Konflikte

Störungsmodell:
Pathologische Veränderungen in der Person

Wechselwirkungen

Kein wissenschaftlicher Konsens

Bindungsstil

Strukturniveau

Emotionsregulation

Inkongruenz

Neurobiologie

...

Neurobiologie als objektives Modell?



Home > Research Priorities

Research Domain Criteria (RDoC)

RDoC is a research framework for new ways of studying mental disorders. It integrates many levels of information (from genomics to self-report) to better understand basic dimensions of functioning underlying the full range of human behavior from normal to abnormal.

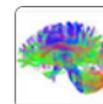
Subscribe for RDoC announcements, funding opportunities, and events



What's New with RDoC?

- ▶ RDoC Unit to Co-host Webinar Series
- ▶ Now Available: Behavioral Assessment Methods for RDoC Constructs Report
- ▶ RDoC Unit to Host Virtual "Office Hours"
- ▶ New Funding Opportunities for Psychosis-Related RDoC Projects

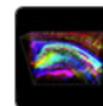
Science News



Executive Prowess Grows as Brain Hubs Silo



Streamlined Behavioral Therapy Helps Youths



Grantee Awarded 4 Million Euros Prize

MORE

Learn More About...

<https://www.nimh.nih.gov/research-priorities/rdoc/index.shtml>

Fazit von Thomas Insel

(ehemaliger Chef des NIMH)

“I spent 13 years at NIMH really **pushing on the neuroscience and genetics of mental disorders**, and when I look back on that I realize that while I think I succeeded at getting **lots of really cool papers published by cool scientists** at fairly large costs—I think **\$20 billion**—

I don't think we moved the needle in reducing suicide, reducing hospitalizations, improving recovery for the tens of millions of people who have mental illness.

I hold myself accountable for that”

(Thomas Insel, ehemaliger Chef des NIMH, 2017)



Warum gibt es mehrere Verfahren?

Klassifikation

Störung/Erkrankung:
Symptome und Syndrome

Wechselwirkungen

Komponenten:

Kognitionen
Konditionierungen
Unbewusste Konflikte
Beziehungsmuster
Bindungsmuster
Strukturniveau
Emotionsregulation
Inkongruenz
Neurobiologie
...

Störungsmodell:
Pathologische Veränderungen in der Person

**Aus Theorie abgeleitete
therapeutische Strategien**
Methoden / Techniken

„Evidenzbasierter Pluralismus“

Klassifikation

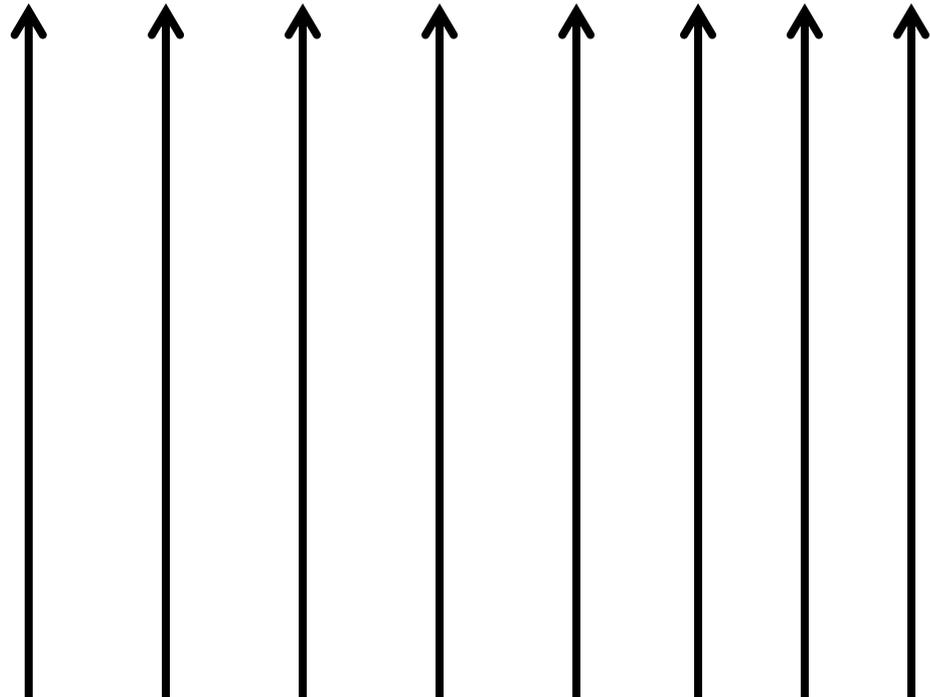


Störung/Erkrankung:
Symptome und Syndrome

Auswahl der
evidenzbasierten
Techniken/Methoden aus
Leitlinien

Siehe oben:
„evidenzbasiertes“ IAPT-
Programm brachte gerade
mal bei 17% der Patienten
eine nachhaltige
Besserung

Evidenzbasierte Techniken/Methoden



„Evidenzbasierter Pluralismus“

Klassifikation



Störung/Erkrankung:
Symptome und Syndrome

Auswahl der
evidenzbasierten
Techniken/Methoden aus
Leitlinien

Siehe oben:
„evidenzbasiertes“ IAPT-
Programm brachte gerade
mal bei 17% der Patienten
eine nachhaltige
Besserung



Black-Box *returns*

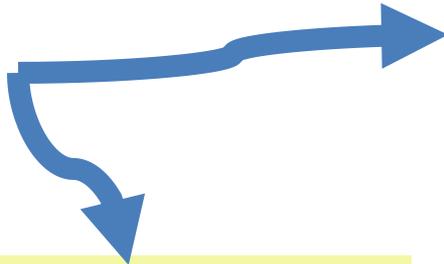
Evidenzbasierte Techniken/Methoden

Was, wenn ich keine Theorie mehr habe?

Die **Theorie-Krise der Psychologie** wird in die **Psychotherapie exportiert**.

Was, wenn meine „**evidenzbasierte Technik**“ bei einem Patienten **nicht funktioniert** oder sogar **Verschlechterungen** erzeugt?

- Orientierungslosigkeit
- Versuch und Irrtum



Siehe oben:
50-70% der IAPT-„Therapeuten“
erfüllen Burn-Out-Kriterien



Siehe oben:
„evidenzbasiertes“ IAPT-
Programm brachte gerade
mal bei 17% der Patienten
eine nachhaltige
Besserung

Integratives Störungsmodell als Grundlage der Therapieplanung

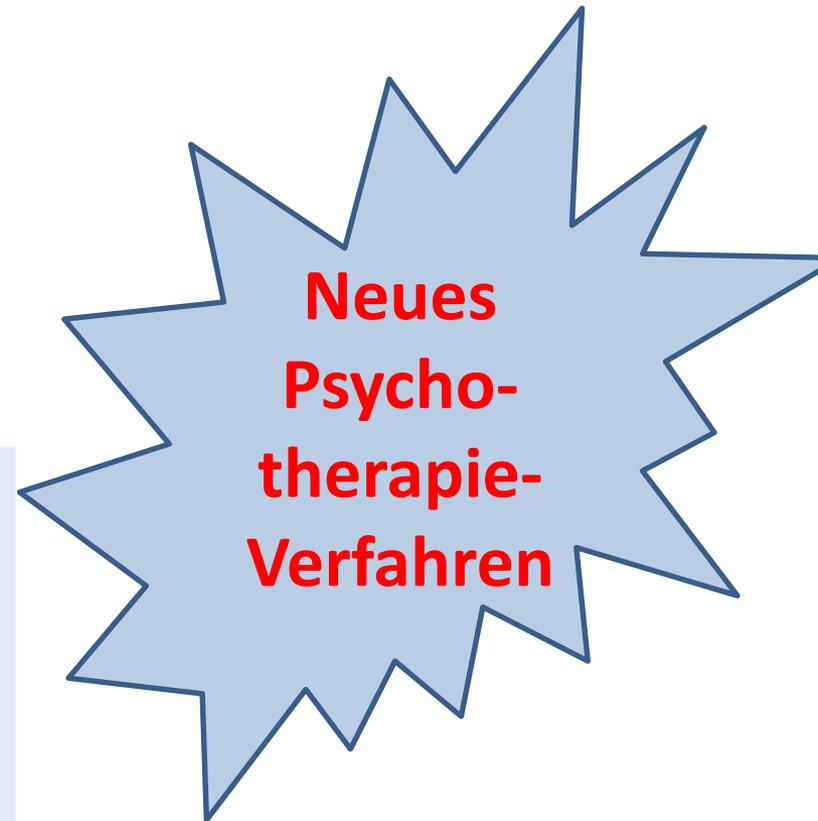
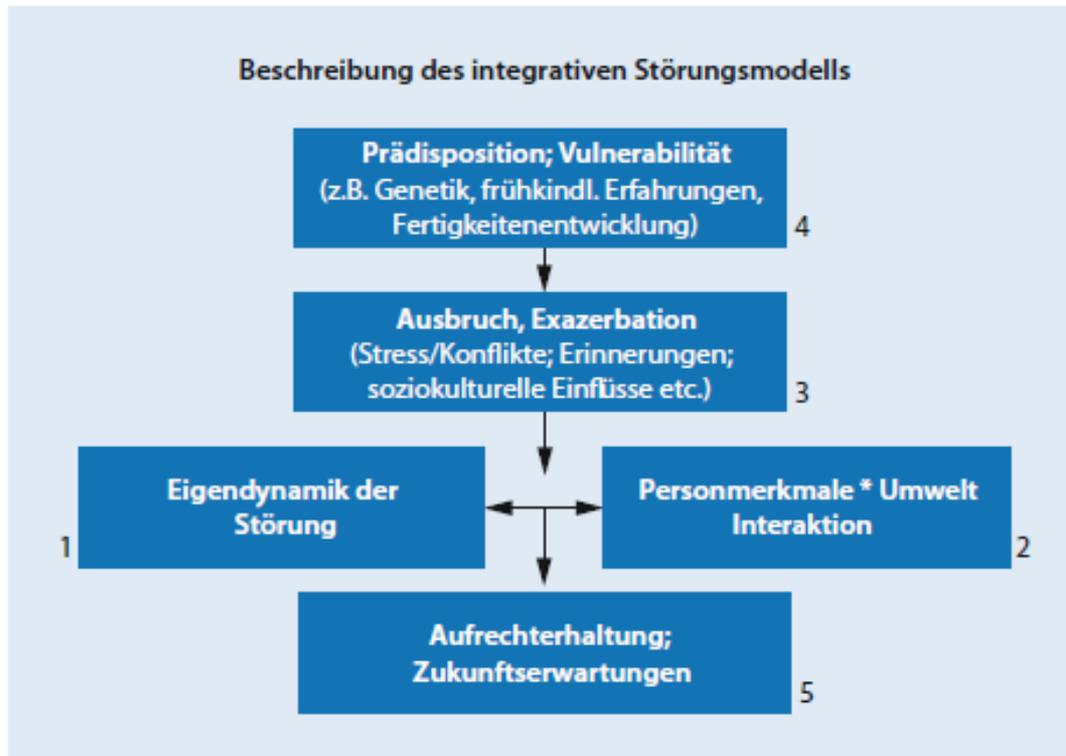
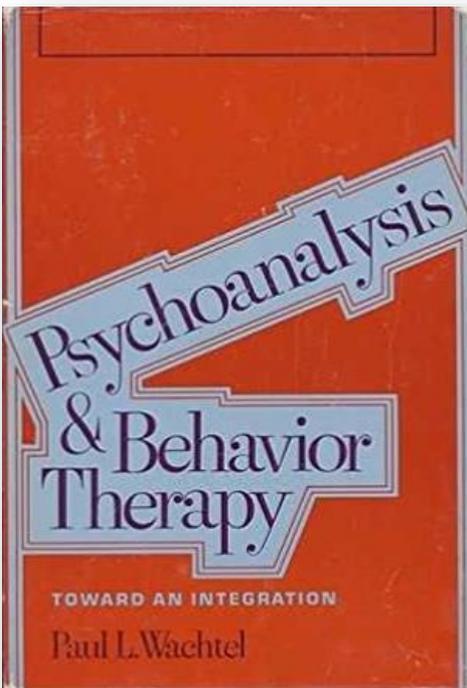


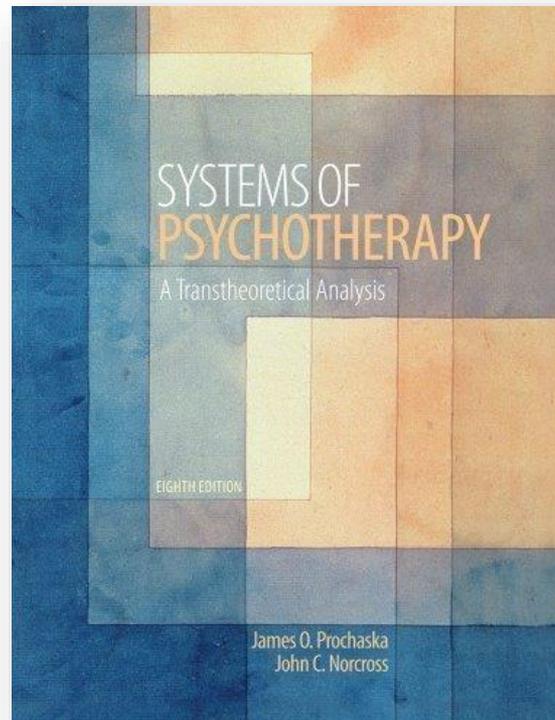
Abb. 1 ◀ Generisches Modell für die Entwicklung psychischer Störungen

Die gleichen Autoren, die im politischen Diskurs die **Abschaffung der etablierten Psychotherapieverfahren** fordern,
propagieren parallel dazu ein **neues “Integratives Störungsmodell als Grundlage der Therapieplanung”**,
d.h. sie skizzieren ein **neues Psychotherapieverfahren** ...

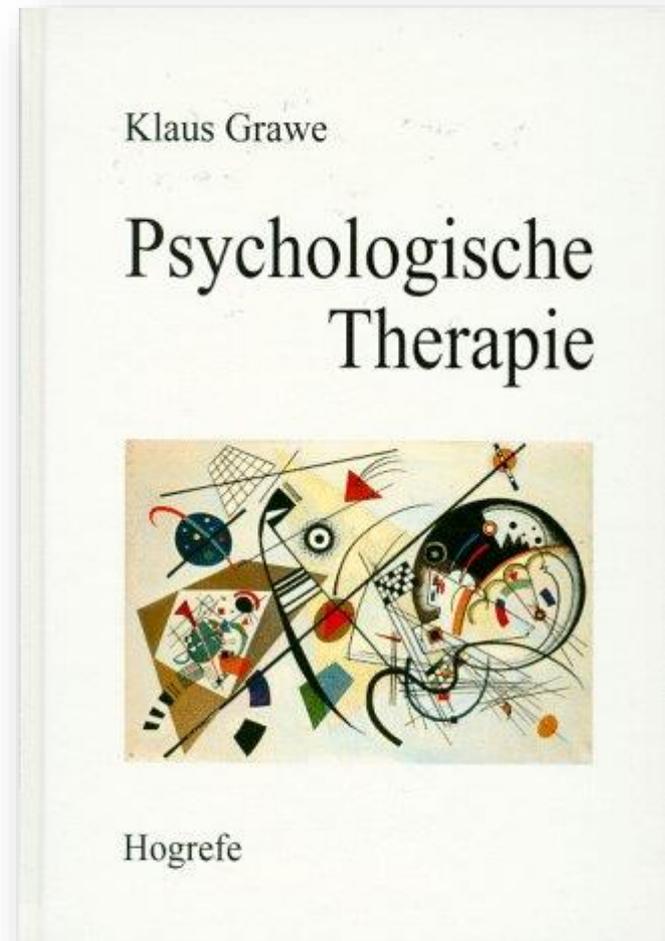
Warum eigentlich kein Einheitsverfahren?



1977

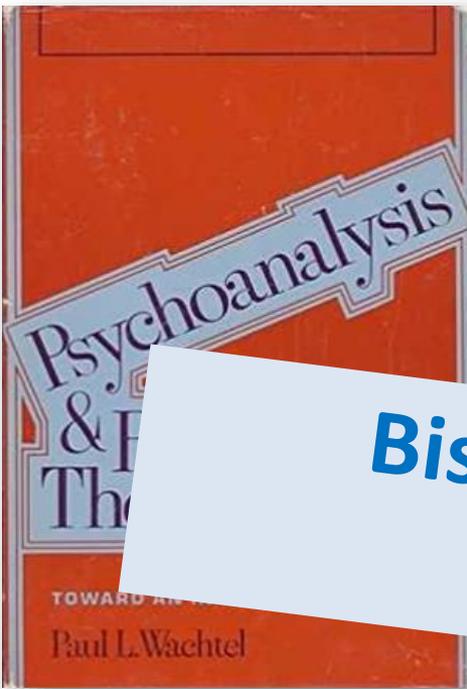


1979
2013



1998

Warum eigentlich kein Einheitsverfahren?



1977



1979

2013



Klaus Grawe

Psychologische
Therapie

Hogrefe

1998

**Bisher konnte keines dieser
Modelle überzeugen**

Warum eigentlich kein Einheitsverfahren?

Störung/Erkrankung
Symptome und Syndrome

Psychodynamische Kern-Komponenten:

- Unbewusste Konflikte
- Repräsentanzen
- Beziehungsmuster
- Strukturniveau
- ...

Störungsmodell:

Pathologische Veränderungen in der Person

Emotionsregulation
Mentalisierung

Kognitiv-behaviorale Kern-Komponenten:

- Konditionierungen
- Verhaltensmuster
- Pathogene Überzeugungen
- Dysfunktionale Kognitionen
- ...

Behandlung

common factors

verfahrenübergreifend wirksame Aspekte

Aus PD-Theorie und „Haltung“ abgeleitete therap. Strategien
PD-Methoden / Techniken

Aus KVT-Theorie und „Haltung“ abgeleitete therap. Strategien
KVT-Methoden / Techniken

verfahrenstypische Haltung

verfahrenstypische Haltung

PD-typische Techniken:

- Mein Therapeut ermutigte mich, Gefühle zu erkunden, über die ich nicht gerne spreche (z. B. Ärger, Neid, Aufregung, Trauer oder Glück)
- Mein Therapeut stellte einen Zusammenhang zwischen meinen gegenwärtigen Gefühlen oder Wahrnehmungen und Erfahrungen in meiner Vergangenheit her.
- Mein Therapeut machte mich auf Ähnlichkeiten zwischen meinen vergangenen und gegenwärtigen Beziehungen aufmerksam.
- Die Beziehung zwischen dem Therapeuten und mir war ein Schwerpunkt des Gesprächs.
- Mein Therapeut ermutigte mich, meine Gefühle in der Sitzung zu erleben und auszudrücken.
- Mein Therapeut sprach meine Vermeidung wichtiger Themen oder meine Stimmungswechsel an.
- Mein Therapeut zeigte andere Möglichkeiten auf, meine Erfahrungen oder Ereignisse zu verstehen, die ich bisher noch nicht gesehen hatte.
- Mein Therapeut entdeckte wiederkehrende Muster in meinen Handlungen, Gefühlen und Erfahrungen.
- Ich begann das Gespräch über bedeutsame Belange, Ereignisse und Erfahrungen.
- Mein Therapeut ermutigte mich, über meine Wünsche, Fantasien, Träume oder frühe Kindheitserinnerungen (positive oder negative) zu sprechen.

kein

/Erkrankung
und Symptom

ngsmode

biologische

erungen

Person

nsregulation

alisierung

handlung

mon factor

reifend wi

KVT-typische Techniken:

- Mein Therapeut gab mir deutliche Hinweise oder machte direkte Vorschläge zur Lösung meiner Probleme.
- Gesprächsthemen und Aktivitäten während der Sitzung ein.
- Unser Gespräch konzentrierte sich auf unangemessene oder unlogische Überzeugungen.
- Mein Therapeut schlug mir spezielle Aktivitäten oder Aufgaben (Hausaufgaben) vor, die ich außerhalb der Sitzung ausprobieren sollte.
- Mein Therapeut lenkte die Aufmerksamkeit auf meine zukünftige Lebenssituation.
- Mein Therapeut vermittelte mir Informationen und Fakten über meine gegenwärtigen Symptome, meine Erkrankung oder die Behandlung.
- Mein Therapeut schlug mir ausdrücklich vor, dass ich in der Therapie gelernte Verhaltensweisen zwischen den Sitzungen durchführen sollte.
- Mein Therapeut brachte mir spezifische Techniken zur Bewältigung meiner Symptome bei.
- Mein Therapeut verhielt sich mir gegenüber ähnlich wie ein Lehrer.

PD-typische Techniken:

- Mein Therapeut ermutigte mich, Gefühle zu erkunden, über die ich nicht gerne spreche (z.B. Ärger, Neid, Aufregung, Trauer oder Verlust).
- Mein Therapeut stellte ein Experiment zwischen meinen gegenseitigen Wahrnehmungen und der Vergangenheit her.
- Mein Therapeut ermutigte mich, mich zwischen mir und dem Gegenwärtigen zu unterscheiden.
- Die Beziehung zwischen mir und dem Therapeuten war ein wichtiger Bestandteil der Sitzung.
- Mein Therapeut ermutigte mich, die wichtigsten Stimmungen in der Sitzung zu beschreiben.
- Mein Therapeut ermutigte mich, meine Erfahrungen mit den Techniken, die ich bisher noch nicht erlebt habe, zu beschreiben.
- Mein Therapeut ermutigte mich, Muster in meinen Handlungen und Erfahrungen zu beschreiben.
- Ich begann das Gespräch über beide Belange, Ereignisse und Erfahrungen.
- Mein Therapeut ermutigte mich, über meine Wünsche, Fantasien, Träume oder frühe Kindheitserinnerungen (positive oder negative) zu sprechen.

kein

KVT-typische Techniken:

- Mein Therapeut gab mir deutliche Hinweise oder direkte Vorschläge zur Lösung meiner Probleme.
- Mein Therapeut ermutigte mich, Aktivitäten während der Sitzung zu planen.
- Mein Therapeut ermutigte mich, mich auf meine Ziele zu konzentrieren.
- Mein Therapeut ermutigte mich, Aktivitäten zu planen, die mir helfen könnten, meine Ziele zu erreichen.
- Mein Therapeut ermutigte mich, mich auf meine Ziele zu konzentrieren.
- Mein Therapeut ermutigte mich, meine Erfahrungen mit den Techniken, die ich bisher noch nicht erlebt habe, zu beschreiben.
- Mein Therapeut ermutigte mich, Muster in meinen Handlungen und Erfahrungen zu beschreiben.
- Ich begann das Gespräch über beide Belange, Ereignisse und Erfahrungen.
- Mein Therapeut ermutigte mich, über meine Wünsche, Fantasien, Träume oder frühe Kindheitserinnerungen (positive oder negative) zu sprechen.

„Unglücklicherweise gibt es offenbar wenig Übereinstimmung zwischen eklektischen Therapeuten über die spezifischen Techniken, die am hilfreichsten sind, und daher ist die Wahrscheinlichkeit gering, dass zwei eklektische Therapeuten dieselben Techniken bei dem gleichen Patienten machen würden“

(Lambert 2013, S. 8; Übers. aus Leichsenring et al 2019)

„So wie Wirkung und Nebenwirkung von Medikamenten individuell unterschiedlich sind, so sind auch therapeutische Methoden und Behandlungsstrategien der verschiedenen Verfahren für bestimmte Menschen mit bestimmten Störungsbildern mehr oder weniger gut geeignet“ (Günter Ruggaber, dgvt, 2019).

Antidepressiva, empfohlen zur Behandlung von **Panikstörungen**:

- **SSRIs**

- Citalopram,
- Escitalopram,
- Paroxetin,
- Sertralin

- **SNRI**

- Venlafaxin

- **Trizyklische Antidepressiva**

- Clomipramin

Psychotherapie, empfohlen zur Behandlung von **Panikstörungen**:

- **Kognitive Verhaltenstherapie**

- Exposition,
- Sokratischer Dialog,
- „Hausaufgaben“,
- Atemübungen
- ...

- **Psychodynamische Therapie**

- Konfliktbearbeitung
- Klärung, Deutung
- Übertragungsbearb.
- Arbeit an der „Struktur“
- ...

differenzielle
Indikation
?

Fazit II:

- So, wie verschiedene Medikamente für die „gleiche“ Erkrankung notwendig sind, sind auch **verschiedene Psychotherapie-Verfahren notwendig.**
- Folgerichtig macht der vorliegende Gesetzesentwurf klar, dass die **„Breite der wissenschaftlich anerkannten Psychotherapieverfahren“** im Studium gelehrt werden muss.
- Es ist absehbar, dass das **neue Psychotherapiestudium** überwiegend in den **Instituten für Psychologie** angesiedelt sein wird.
- Die **DGPs versucht aber die Verpflichtung zur verfahrensausgewogenen** Lehre mit allen Mitteln zu **verhindern.**

Fazit III:

- Der Gesetzestext sollte daher unbedingt eine ***Verbindlichkeit in Bezug auf eine verfahrensausgewogene Kompetenzvermittlung*** enthalten.
- Ebenso sollte im Sinne einer Strukturqualität der neuen Studiengänge eine ***Verbindlichkeit in Bezug auf die verfahrensbezogene Qualifikation des Lehrpersonals*** hergestellt werden.

Fazit IV:

Nur so kann **sichergestellt** werden,

- dass sich die Studierenden **informiert** für eine **Vertiefung in der Weiterbildung entscheiden** können;
- dass **alle wissenschaftlich anerkannten Verfahren** die **gleiche Chance** haben, **universitäre Forschung** zu betreiben.

Zudem steigt durch diese Strukturqualität auch die Chance, dass **dringend benötigte Studien zu differenziellen Indikation**, jenseits der Symptomatik, realisiert werden, und zwar ohne *researcher allegiance bias*, weil **alle Verfahren gleichberechtigt vertreten** sind.

Vielen Dank!