

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/311482085>

„Personalisierung statt Verfahrensinflation“ – Oder: Warum die Psychotherapieforschung in Deutschland ausgebaut...

Article in PPmP - Psychotherapie · Psychosomatik · Medizinische Psychologie · December 2016

DOI: 10.1055/s-0042-119573

CITATIONS

0

READS

42

2 authors:



Julian A Rubel

Universität Trier

21 PUBLICATIONS **106** CITATIONS

[SEE PROFILE](#)



Wolfgang Lutz

Universität Trier

201 PUBLICATIONS **2,429** CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Feedback research in cognitive behavioral psychotherapy [View project](#)



Multi-site randomised controlled trial of outcome feedback in IAPT services [View project](#)

„Personalisierung statt Verfahrensinflation“ – Oder: Warum die Psychotherapieforschung in Deutschland ausgebaut werden sollte/könnte/müsste? Teil 2

Personalization Instead of an Inflation of Approaches – Or: Why Psychotherapy Research Should and Can be Expanded in Germany – Part 2

Autoren

Julian A. Rubel, Wolfgang Lutz

Institut

Abteilung für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Trier



Julian A. Rubel



Wolfgang Lutz

Bibliografie

DOI <http://dx.doi.org/10.1055/s-0042-119573>
 Psychother Psych Med 2016;
 66: 463–464
 © Georg Thieme Verlag KG
 Stuttgart · New York
 ISSN 0937-2032

Korrespondenzadresse

Dr. Julian Rubel
 Abteilung für Klinische
 Psychologie und Psychotherapie,
 Psychotherapie, Ausbildung,
 Lehre, Forschung (PALF),
 Fachbereich I, Psychologie,
 Universität Trier
 Am Wissenschaftspark 25+27
 54296 Trier
rubel@uni-trier.de

“Until now, most medical treatments have been designed for the ‘average patient.’ As a result of this ‘one-size-fits-all’ approach, treatments can be very successful for some patients but not for others. This is changing with the emergence of precision medicine, an innovative approach to disease prevention and treatment that takes into account individual differences [...]” [1]

Dieses Zitat stammt aus der *precision medicine initiative* (PMI), in der US-Präsident Obama nachdrücklich eine Ausweitung der Forschungsanstrengungen auf eine stärkere Personalisierung in der Medizin fordert. Eine solche Personalisierung hat zum Ziel, die jeweilige Behandlung individueller zu gestalten und gezielt auf die spezifischen Charakteristika der Patienten abzustimmen. Die Forderung nach einer stärkeren Personalisierung der Behandlung wird auch im Bereich der Psychotherapie immer lauter (*personalized/precision mental health*; [2–5]).

Für die meisten praktisch arbeitenden Kliniker beschreibt eine individualisierte Behandlung wahrscheinlich sehr gut den alltäglichen Umgang mit ihren Patienten. Die Forschungsrealität sieht jedoch überwiegend anders aus und liefert wenig Behandlungsempfehlungen, welche Eingang in die Praxis finden: In den letzten Jahrzehnten hat sich statt dem Prinzip der Individualisierung im Rahmen der *empirically supported therapies* (EST; [6]) Bewegung eher das der Standardisierung durchgesetzt. Diese auf die Entwicklung evidenzbasierter Verfahren ausgerichtete Bewegung brachte zahlreiche neue Ansätze, Manuale und Leitlinien für spezifische diagnostische Gruppen hervor, welche in randomisiert kontrollierten Studien (RCTs) getestet wurden. Das Ergebnis der beschriebenen Vergleichsstudien zeigte aber selten eine Verbesserung gegenüber etablierten Verfahren zum Beispiel gegenüber der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT): Die neuen Verfahren unterscheiden sich wenig – Für einen Großteil der Patienten ist das neue Verfahren wirksam,

für einen anderen Teil ist es nicht wirksam. Die Hoffnung mancher gar einen Vorteil gegenüber den bereits bestehenden Verfahren zu finden, konnte bisher kaum erfüllt werden (etwa für Verfahren der dritten Welle in der KVT oder mentalisierungs-basierte Ansätze in der psychodynamischen Tradition). Trotz der hohen mittleren Effektstärken, die ESTs in RCTs und auch der Routineversorgung zeigen konnten [7, 8], darf man nicht aus den Augen verlieren, dass diese, wie im vorangestellten Zitat betont, lediglich für den „durchschnittlichen Patienten“ gelten [9]. Für den Einzelfall gestaltet sich die Situation deutlich weniger positiv. Viele Patienten erhalten nicht die Behandlung die sie benötigen. Von denen, die in Therapie kommen, profitieren ca. ein Drittel der Patienten nicht von der angebotenen Behandlung oder scheiden frühzeitig aus der Therapie aus (je nach Setting variierend [10]). Statt zu einer Flexibilisierung des Vorgehens hat diese Entwicklung eher zu einer stärkeren Verkrustung geführt, die die behandelnden Therapeuten in ein Interventionskorsett zwingt, das wenig Spielraum für Individualität lässt.

Die beschriebene Stagnation der Effektivität bei gleichzeitiger Entwicklung immer neuer Verfahren wirft die Frage auf, wie viele solcher neuen Verfahren eigentlich noch benötigt werden (vgl. [11])? Einen Alternativweg zu dieser ansatzorientierten Forschung könnte eine stärker personalisierte Therapieforschung bieten, die Therapeuten mit Entscheidungshilfen ausstattet, die selbige in ihren alltäglichen klinischen Entscheidungen kontinuierlich unterstützen können. Statt auf die Neuentwicklung von Ansätzen zielt diese zum Beispiel auf eine empirisch fundierte und auf die individuellen Patienten zugeschnittene Auswahl aus der Vielzahl der bereits zur Verfügung stehenden wirksamen Behandlungsangebote ab (*personalized treatment selection*). Diese Auswahl kann auf der Grundlage psychometrischer Daten vorge-

nommen werden, die im Rahmen von Wissenschaftler-Praktiker-Netzwerken durch die Praxis selbst generiert werden (praxisbasierte Evidenz; engl.: *practice-based evidence* [12]). So können auf diese Weise generierte große Datensätze bereits behandelter Patienten dazu genutzt werden, um für neu in die Therapie kommende Patienten individuelle Behandlungsvorhersagen abzuleiten [13, 14]. Ansätze, Interventionen, Techniken, die für *ähnliche Patienten* am hilfreichsten waren, können als erste Ansatzpunkte den behandelnden TherapeutInnen empfohlen werden. Ähnlichkeit bleibt bei diesem Ansatz nicht auf diagnostische Kategorisierungen beschränkt, sondern umfasst auch soziodemografische und psychometrische Patientencharakteristika und integriert diese mittels unterschiedlicher statistischer Modelle (z.B. Nächste-Nachbarn-Verfahren, Regressionsbäume u.a.). Dieses Vorgehen kann überdies Aussagen über das „optimale“ Setting, in dem Patienten behandelt werden sollen, ermöglichen (z.B. Gruppe vs. Einzel vs. Kombination) (vgl. [15]).

Liegen solche großen Datensätze nicht vor, kann auch eine wiederholte Befragung der Patienten mittels psychometrischer Fragebögen im Vorfeld der Therapie (etwa in der Wartezeit auf einen Therapieplatz) im Sinne eines *ambulant assessments* [16, 17] eine vielversprechende Datengrundlage bilden, auf welche sich personalisierte Behandlungsempfehlungen stützen können (*personalized assessment*; [18]). Diese zusätzlichen Messungen erlauben es, ein differenzierteres Bild der individuellen Symptomkonstellationen zu zeichnen. Vor allem in Kombination mit modularen Behandlungsansätzen [19], bei denen die Therapie aus möglichst nicht aufeinander aufbauenden Interventionsmodulen besteht, kann dieses Wissen genutzt werden, um personalisierte Module auszuwählen und in einer individuellen Reihenfolge zu präsentieren [20].

Auch die mittels dieser personalisierten Indikation zu Beginn als vielversprechendste Behandlungsstrategie ausgewählte, kann sich jedoch für den Einzelfall als nicht vorteilhaft erweisen. Daher darf die Personalisierung nicht mit der Auswahl der vielversprechendsten Behandlung im Sinne einer differenziellen Indikation zu Therapiebeginn enden. Vielmehr braucht es auch hier im Sinne einer adaptiven Indikation, also der laufenden Überprüfung einer Behandlung und der ggf. notwendigen Einleitung von Anpassungen, einen regelmäßigen Einsatz psychometrischer Fragebogen im Behandlungsverlauf (*routine outcome monitoring*; ROM) [21, 22]. Im Rahmen von Feedbacksystemen können psychometrische Daten in komprimierter Form den Therapeuten rückgemeldet werden, sodass diese Informationen klinische Entscheidungen für den Einzelfall unterstützen können. Diese Rückmeldungen sollen die Therapeuten in die Lage versetzen vor allem bei Fehlentwicklungen frühzeitig personalisierte Anpassungen ihrer Behandlung vornehmen zu können. Mit dieser Art von Entscheidungsregeln setzt sich zum Beispiel die patientenorientierte Therapiefor schung (*patient-focused research*) auseinander [23].

Diese und weitere Forschungsstränge, die auf eine stärkere Personalisierung der Forschung abzielen, haben vor allem international in den letzten Jahren viel Aufmerksamkeit erhalten. Wir hoffen, dass sich in den kommenden Jahren auch in Deutschland mehr Therapeuten, Therapiefor scher und Drittmittelgeber für diese innovativen Alternativwege zur klassischen ansatzorientierten Forschung begeistern können.

Literatur

- Office of the Press Secretary. President Obama's Precision Medicine Initiative [fact sheet]. 2015
- Insel TR. The NIMH Research Domain Criteria (RDoC) Project: Precision Medicine for Psychiatry. *AJP* 2014; 171: 395–397
- Ng MY, Weisz JR. Annual Research Review: Building a science of personalized intervention for youth mental health. *Journal of child psychology and psychiatry, and allied disciplines* 2016; 57: 216–236
- Fisher AJ, Bosley HG. Personalized assessment and treatment of depression. *Current Opinion in Psychology* 2015; 4: 67–74
- Bickman L, Lyon AR, Wolpert M. Achieving Precision Mental Health through Effective Assessment, Monitoring, and Feedback Processes. *Adm Policy Ment Health* 2016; 43: 271–276
- Chambless DL, Hollon SD. Defining empirically supported therapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 1998; 66: 7–18
- Lutz W, Schiefele A-K, Wucherpfennig F et al. Clinical effectiveness of cognitive behavioral therapy for depression in routine care: A propensity score based comparison between randomized controlled trials and clinical practice. *Journal of Affective Disorders* 2016; 189: 150–158
- Strauss BM, Lutz W, Steffanowski A et al. Benefits and challenges in practice-oriented psychotherapy research in Germany: The TK and the QS-PSY-BAY projects of quality assurance in outpatient psychotherapy. *Psychotherapy Research* 2015; 25: 32–51
- Lutz W. Patient-focused psychotherapy research and individual treatment progress as scientific groundwork for an empirical based clinical practice. *Psychotherapy Research* 2002; 12: 251–273
- Lambert MJ. The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. In: Lambert MJ, ed. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 2013: 169–218
- Lutz W, Rubel J. Warum die Psychotherapieforschung in Deutschland ausgebaut werden sollte/konnte/musste. *Psychother Psych Med* 2015; 65: 161–162
- Castonguay LG, Barkham M, Lutz W et al. Practice-oriented research: Approaches and application. In: Lambert MJ, ed. *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*. 6th ed. New York: John Wiley & Sons; 2013: 85–133
- DeRubeis RJ, Cohen ZD, Forand NR et al. The Personalized Advantage Index: Translating Research on Prediction into Individualized Treatment Recommendations. A Demonstration. *PloS one* 2014; 9: e83875
- Lutz W, Leach C, Barkham M et al. Predicting change for individual psychotherapy clients on the basis of their nearest neighbors. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2005; 73: 904–913
- Strauss B. „Wir wollen in der psychotherapeutischen Versorgung ... die Gruppentherapie fördern“. *Psychother Psych Med* 2015; 65: 403–405
- Trull TJ, Ebner-Priemer U. Ambulatory assessment. *Annual review of clinical psychology* 2013; 9: 151–176
- Husen K, Rafaeli E, Rubel JA et al. Daily affect dynamics predict early response in CBT: Feasibility and predictive validity of EMA for outpatient psychotherapy. *Journal of Affective Disorders* 2016; 206: 305–314
- Fisher AJ. Toward a dynamic model of psychological assessment: Implications for personalized care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 2015; 83: 825–836
- Barlow DH. Unified protocol for transdiagnostic treatment of emotional disorders: Therapist guide. Oxford: Oxford University Press; 2011
- Fisher AJ, Boswell JF. Enhancing the Personalization of Psychotherapy With Dynamic Assessment and Modeling. *Assessment* 2016; 23: 496–506
- Lutz W, Rubel J, Schiefele A-K et al. Feedback and therapist effects in the context of treatment outcome and treatment length. *Psychotherapy Research* 2015; 25: 647–660
- Lambert M. Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research* 2007; 17: 1–14
- Lutz W, de Jong K, Rubel J. Patient-focused and feedback research in psychotherapy: Where are we and where do we want to go? *Psychotherapy Research* 2015; 25: 625–632