

Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen*

Peter Fonagy¹ und Anthony Roth²

¹ Freud Memorial Professor of Psychoanalysis, University College, London
Chief Executive, The Anna Freud Centre, London

² Joint Course Director, Doctorate in Clinical Psychology, University College, London

Die vorliegende Arbeit wurde anlässlich eines Vortrages auf dem Symposium zur Förderung der Psychotherapieforschung des Bundesministeriums für Bildung und Forschung (BMBF) am 20. und 21. Juni 2003 in Mainz erstellt.

Die Arbeit basiert auf den Ergebnissen eines Gemeinschaftsprojekts mit Dr. Anthony Roth. Die zweite Ausgabe unserer gemeinsamen Monographie „What works for whom“ wird zurzeit für eine Veröffentlichung vorbereitet. Dr. Roth ist Senior Author dieses Buches und hauptsächlich

für die systematische Erfassung dieser sehr umfangreichen Literatur verantwortlich. Dr. Elizabeth Allison hat bei der Vorbereitung der Arbeit äußerst wertvolle Unterstützung geleistet. Für die Fehler im Vortrag bin jedoch ausschließlich ich verantwortlich.

Bitte beachten Sie: Die Literatur zu beiden Teilen des Artikels finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter „www.psychotherapeutenjournal.de“.

Inhalt Ausgabe 3/2004

1. Einleitung	205	3.3. Kognitive Remediation	212	5.2. Erkenntnisse für die Zukunft ..	215
2. Depression	205	3.3.1. Der Status quo	212	6. Zwangsstörungen	215
2.1. Der Status quo	205	3.3.2. Erkenntnisse für die Zukunft ..	212	6.1. Der Status quo	215
2.2. Erkenntnisse für die Zukunft ..	209	3.4. Abschließende Bemerkungen		6.2. Erkenntnisse für die Zukunft ..	216
3. Schizophrenie	210	zur Schizophrenie	212	7. Posttraumatische Belastungs-	
3.1. Familieninterventionen	210	4. Bipolare Störungen	213	störungen	216
3.1.1. Der Status quo	210	4.1. Der Status quo	213	7.1. Der Status quo	216
3.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft ..	211	4.2. Erkenntnisse für die Zukunft ..	214	7.2. Erkenntnisse für die Zukunft ..	218
3.2. Kognitive Verhaltenstherapie ..	211	5. Spezifische Phobien und			
3.2.1. Der Status quo	211	soziale Phobien	215		
3.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft ..	212	5.1. Der Status quo	215		

Inhalt Ausgabe 4/2004

1. Einleitung	301	9.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft	304	11.4. Das ideale Ergebnisforschungs-	
8. Essstörungen	301	10. Substanzmissbrauch	305	programm	311
8.1. Anorexia nervosa	301	10.1. Alkoholabhängigkeit und		11.5. Pragmatische Studien	312
8.1.1. Der Status quo	301	Alkoholmissbrauch	305	11.6. Klinische Leitlinien	312
8.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft	302	10.1.1. Der Status quo	305	11.7. Das Gehirn und der Geist ...	313
8.2. Bulimia nervosa	302	10.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft	306	11.8. Wissenschaft und Wissen-	
8.2.1. Der Status quo	302	10.2. Kokain	307	schaftlichkeit	314
8.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft	303	10.2.1. Der Status quo	307		
9. Persönlichkeitsstörungen ...	303	10.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft	308		
9.1. Psychodynamische Therapie	303	11. Diskussion	308		
9.1.1. Der Status quo	303	11.1. Evidenz für evidenzbasierte			
9.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft	304	Praxis	308		
9.2. Kognitive und dialektische		11.2. Das Fehlen von Evidenz oder			
Verhaltenstherapie	304	Evidenz für Unwirksamkeit ..	308		
9.2.1. Der Status quo	304	11.3. Die Tragweite der Aufgabe ...	310		

* Übersetzung von Dipl.-Übers. Susanne Haeger, Heidelberg und Dipl.-Dolm. Christine Blankerts, Heidelberg

1. Einleitung

Ende der 1980er und Anfang der 1990er Jahre setzte sich in einer wachsenden Zahl von Bereichen der Medizin die Ansicht durch, dass es wünschenswert sei, den klinischen Standpunkt durch zuverlässige, empirisch fundierte Beobachtung zu ersetzen, die im Idealfall auf randomisierte kontrollierte Studien gestützt sein sollte. Aus Studien über psychologische Therapien wurde plötzlich die Daseinsberechtigung für weit verbreitete Verfahren und sogar ganze Berufe. Als Reaktion auf diese Forderung wurden allerorten Reviews der „Evidenzbasis“ erstellt, unabhängig davon, ob sich die Autoren über die Grenzen der Forschung, auf die sich ihre Arbeiten stützen, ganz im Klaren sind (Roth & Parry, 1997). Insofern ist es hilfreich, dass in Großbritannien jetzt nationale politische Leitlinien entstehen, die mit großer Sorgfalt und auf Konsensbasis entwickelt werden. So wurden beispielsweise evidenzbasierte Psychotherapieleistungen zum nationalen Ziel erklärt (NHS Executive, 1996), und es gibt inzwischen klare Leitlinien für Überweisungen an den Facharzt bei Vorliegen einer der vier wichtigsten psychischen Erkrankungen (Department of Health, 2001).

Bei welchen Störungen und Behandlungen kann denn nun von Psychotherapeuten im Normalfall erwartet werden, dass sie über die fachliche Kompetenz verfügen, eine geeignete Intervention vorzunehmen?

Unsere kürzlich durchgeführte Untersuchung über die Effektivität psychologisch-psychotherapeutischer Interventionen bei den Hauptarten psychischer Probleme (z.B. Depression, Phobien, Zwangsstörungen, PTBS, Essstörungen, Schizophrenie, bipolare Störungen, Persönlichkeitsstörung und Substanzmissbrauch (Roth & Fonagy, 1996; Roth & Fonagy, im Druck)) bildet die Grundlage meines Vortrags. Er behandelt eine Vielzahl der wichtigsten Diagnosekategorien; es war jedoch leider nicht möglich, alle Kategorien abzudecken. Ich werde dem Thema Depression größere Ausführlichkeit widmen und hierbei auch einige nicht-diagnosespezifische Aspekte der Psychotherapieforschung behandeln. Zu den wichtigeren Themen, auf die ich nicht eingehe, zählen Beruhigungsmittelmissbrauch, ältere Menschen, Panikstörungen, generalisierte Angststörung sowie sexuelle Dysfunktionen.

Unsere Arbeit basiert im Wesentlichen – jedoch nicht ausschließlich – auf systematischen Reviews randomisierter kontrollierter Studien; eine ausschließliche Verwendung dieser Methodik wäre nach unserem Ermessen unangebracht. Entsprechend dem Scientist-Practitioner-Modell folgt die Entwicklung vieler Innovationen in der Psychotherapie einer Hierarchie der Vorgehensweisen, beginnend bei der klinischen Beobachtung, die sich auf die klinische Theorie stützt und mit ihr verbunden ist. Hierauf folgen Versuche in kleinem Maß-

stab. Anschließend werden die Ergebnisse in offenen Studien getestet, um dann in randomisierten Studien einer vollumfänglichen wissenschaftlichen Prüfung unterzogen zu werden. Von dieser Grundlage ausgehend waren wir sehr daran interessiert, gut durchgeführte und klinisch relevante Forschungsarbeiten einzubinden, wobei wir bei unseren Einschlusskriterien ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Forschungsdisziplin und klinischer Relevanz gewährleisteten. Unsere Beschränkung auf die englischsprachige Literatur stellt eine größere und bedauerliche Einschränkung unserer Arbeit dar. Alle von uns gewonnenen Erkenntnisse in diesem Vortrag zusammenfassen zu wollen wäre unangebracht und auch unpraktisch; indem wir uns aber auf einige wenige Störungen konzentrieren, ist es möglich, einen ersten Eindruck von unseren Ergebnissen zu vermitteln, das Gelernte aufzuzeigen und Anregungen für eine nutzbringende Entwicklung der Forschung zu geben.

8. Essstörungen

8.1. Anorexia nervosa

8.1.1. Der Status quo

Anorexie ist eine schwere chronische Erkrankung mit einer Mortalitätsrate von etwa 6%. Es liegen ausgezeichnete, groß angelegte Verlaufsergebnisstudien vor, deren Ergebnisse eine Herausforderung für uns



23. Symposium der Fachgruppe Klinische Psychologie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

Organisation: Prof. Dr. Jürgen Hoyer und Prof. Dr. Hans-Ulrich Wittchen

05.-07. Mai 2005 in Dresden

Hauptvorträge:

Prof. Dr. Ulrike Ehlert • Prof. Dr. Klaus Grawe • Prof. Dr. Clemens Kirschbaum
• Prof. Dr. Uwe Koch und Dr. Holger Schulz • Prof. Dr. Jürgen Margraf

Ausgewählte Themen der über 70 Workshops (vollständiges Programm auf der Homepage):

Traumakonfrontation • Online-Therapie • Ressourcenorientierung • DBT • Neuropsychotherapie •
Achtsamkeitsbasierte KVT • Komplizierte Trauer • Persönlichkeitsstörungen • u.v.a.m.

Kongressfest im Lichthof des Sächsischen Finanzministeriums

<http://www.psychologie.tu-dresden.de/workshopkongress2005>

Kongress-Sekretariat (Evelyn Alvarenga) Tel: 0351/463-369 53 / 84 (Fax), alvarenga@klipsy.tu-dresden.de
Klinische Psychologie und Psychotherapie, Chemnitzer Straße 46, 01187 Dresden



darstellen und die bisher keine Behandlung der Wahl für die Erkrankung ermitteln konnten (Kachele, 1999; Kachele, Kordy, Richard & TR-EAT Research Group, 2001).

Die Anzahl der vorliegenden Vergleichstudien ist gering, und die Wiederherstellung eines angemessenen Ernährungsregimes ist dem Großteil der Therapien gemein. Familientherapien dominieren bei kontrollierten Studien die Literatur, und es gibt einige Hinweise darauf, dass die Wahrscheinlichkeit eines guten Ergebnisses etwas größer ist, wenn die Eltern getrennt von dem Jugendlichen behandelt werden (Eisler et al., 2000). In einer der besser kontrollierten Studien (Dare, Eisler, Russell, Treasure & Dodge, 2001) wurden bei Familientherapie, psychodynamischer Fokalthherapie und einer Form von kognitiv-analytischer Therapie jeweils größere Verbesserungen beobachtet als unter der Standardbehandlung. Keine der Gruppen erzielte jedoch ein besonders gutes Ergebnis.

Kognitive Therapien und kognitiv-analytische Therapien bewirken nachweislich gewisse Behandlungseffekte, doch diese scheinen derzeit etwas geringer auszufallen als unter Familientherapie oder psychodynamischer Fokalthherapie. Die Rückfallraten sind anscheinend bei allen Behandlungen hoch, schwanken jedoch von Studie zu Studie erheblich (Pike, 1998).

8.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Wichtige Fragen harren noch einer Klärung, wie z. B. die Festlegung der Indikationen für eine kostenintensive stationäre Einweisung. Zentrale Vorbedingungen für eine Behandlung, wie z. B. fokussierte Methoden zum Aufbau einer Veränderungsmotivation, müssen bestimmt und erforscht werden (Field, Woodside, Kaplan, Olmstead & Carter, 2001). Hierfür sind Untersuchungen an weniger stark betroffenen Populationen aus weniger spezialisierten Settings erforderlich. *Die Ergebnisse aus multizentrischen Verlaufsstudien verdeutlichen, dass eine stationäre Behandlung der Erkrankung nicht notwendig sein muss. Das System für die Durchführung von Familientherapien – die für jüngere Menschen mit dieser Erkrankung eindeutig relevant sind – wird neu über-*

dacht werden müssen, vielleicht in Richtung des multisystemischen Therapierahmens, bei dem der Therapeut mit der Familie zu Hause arbeitet statt in einem klinischen Setting, womit das Ziel verfolgt wird, das Vertrauen der Familie wiederherzustellen, den Patienten stützen und mit ihm seine Krankheit bewältigen zu können.

8.2. Bulimia nervosa

8.2.1. Der Status quo

Die Literatur über Bulimia nervosa ist etwas umfangreicher. Diese Essstörung zeigt im ersten Jahr einen raschen Besserungsverlauf, gefolgt von einer allmählicheren Problemreduzierung. In meta-analytischen Studien, die in beachtlicher Anzahl vorliegen, wurden für KVT bei Therapieende signifikante Effektgrößen festgestellt (Lewandowski, Gebing, Anthony & O'Brien, 1997), die jedoch in der Regel in der Nachbeobachtung erheblich abnehmen. Die Wirksamkeit von KVT ist vergleichbar mit oder besser als die anderer Therapien, insbesondere im Hinblick auf Depressionen (Hay & Bacaltchuk, 2001). Im Zusammenhang mit Antidepressiva zeigt sich, dass mit Kombinationsbehandlungen größere Effektstärken erzielt werden als mit Antidepressiva allein sowie leicht bessere Werte als mit rein psychologischen Therapien (Bacaltchuk, Hay & Trefiglio, 2001; Bacaltchuk et al., 2000; Whittal, Agras & Gould, 1999). In ausschließlich medikamentös behandelten Studienarmen sind deutlich höhere Schwundraten zu beobachten.

Die Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERP) scheint keine Verstärkung des Effekts von KVT zu bewirken (Bulik, Sullivan, Carter, McIntosh & Joyce, 1998), ist als alleinige Therapie nicht besonders wirksam (Wilson, Eldredge, Smith & Niles, 1991; Wilson, Rossiter, Kleifield & Lindholm, 1986) und kann unter Umständen sogar schädlich sein (Agras, Schneider, Arnow, Raeburn & Telch, 1989). KVT umfasst eine Reihe verschiedener Komponenten (Edukation, Selbstbeobachtung, dysfunktionale Einstellungen, Kontrolle über das Essverhalten usw.). In einigen Studien erreichte KVT bessere Ergebnisse als eine supportive psychodynamische

Therapie (Agras et al., 1989; Walsh et al., 1997), doch interessanterweise verbesserte in ersterer dieser Studien eine aktive Medikation die Ergebnisse der KVT, nicht aber die Ergebnisse der psychodynamischen Psychotherapie. Psychodynamische Therapien sind oft wirksamer als eine alleinige Ernährungstherapie (Bachar, Latzer, Kreidler & Berry, 1999).

KVT ist einer Ernährungsberatung überlegen (Hsu et al., 2001), besitzt jedoch keine wesentliche Überlegenheit gegenüber IPT (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson & Kraemer, 2000; Fairburn et al., 1991; Fairburn, Jones, Peveler, Hope & O'Connor, 1993). Mit KVT wird zwar ein schnelleres Ansprechen erzielt, doch IPT scheint diesen Rückstand nach etwa einem Jahr „aufzuholen“, wohingegen sich die durch KVT erzielten Behandlungsergebnisse eventuell leicht verschlechtern (Agras et al., 2000).

Selbsthilfe ist in jüngerer Zeit in den Blickpunkt erheblichen Interesses gerückt. Die Wirksamkeit von Selbsthilfe scheint besonders groß, wenn sie zumindest mit einem gewissen Maß an Therapeutenbetreuung kombiniert wird: Nur wenige Teilnehmer bringen das Programm ohne derartige Unterstützung zu Ende und die meisten nehmen während der Behandlung oder Nachbeobachtung zusätzliche Therapien in Anspruch (Carter & Fairburn, 1998). Eine Beratung von Angesicht zu Angesicht scheint mit einem signifikanten Nutzen verbunden zu sein (Palmer, Birchall, McGrain & Sullivan, 2002).

Im Zusammenhang hiermit stehen auch Versuche zur Etablierung gestufter Betreuungsansätze, bei denen Patienten, die auf eine bestimmte Behandlung nicht ansprechen, auf eine Therapie einer höheren Intensitätsstufe umgesetzt werden. So wurden z. B. in einer Studie (Agras et al., 2000) Patienten, die nicht auf KVT ansprachen, zwischen IPT und Fluoxetin randomisiert. Die Schwundrate war hoch (40%) und die Remissionsrate niedrig (bei IPT 16%, bei Medikation 10%). Ein Therapiewechsel stellt bei Bulimie unter Umständen eine weniger effektive Strategie für den Umgang mit Behandlungsresistenzen dar als eine Verlängerung des jeweiligen Therapieprogramms (Eldredge et al., 1997).

8.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Strukturierte Behandlungen scheinen, wie in vielen anderen Bereichen, auch bei Bulimie größere Hilfe zu bieten als unstrukturierte, supportive Therapien. Bei Bulimie sind – mehr als dies bei vielen anderen Erkrankungen der Fall ist – eine Reihe von Behandlungen untersucht und für mäßig erfolgreich befunden worden. *Hier besteht die Auf- und Herausforderung, integrierte Therapien zu entwickeln, die Merkmale von KVT und interpersonellen und vielleicht sogar dynamischen Therapien miteinander verbinden.*

Die Evidenz für Kombinationsbehandlungen (Medikation und Psychotherapie) ist begrenzt, aber orientierungsspezifische Wechselwirkungen und Besserungsraten deuten darauf hin, dass bei KVT und interpersonellen Therapien möglicherweise unterschiedliche therapeutische Prozesse zum Tragen kommen: der eine ausgerichtet auf Fragen rund um Essen, Diät, Körpergröße und Figur, der andere verbunden mit den affektiven Störungen und den (möglicherweise häufig traumabedingten) tiefen Sorgen über Beziehungen und Selbstwertgefühl, die Auslöser bulimischer Episoden sein können. *Die Entwicklung integrativer Techniken rund um derartig komplexe multidimensionale Formulierungen der Erkrankung, die auch stärker die bekannten epidemiologischen Verbindungen mit berücksichtigen, sollte wahrscheinlich eine konsequentere Förderung erfahren.*

9. Persönlichkeitsstörungen

Die Klassifikation von Persönlichkeitsstörungen gestaltet sich nach wie vor schwierig. Dieser Umstand hat zweifellos die Therapieforschung sowohl im pharmakologischen als auch im psychotherapeutischen Bereich behindert. Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen beträgt in epidemiologischen Studien etwa 10% und kann bei Vorhandensein von Achse-I-Störungen erheblich höher liegen (Samuels et al., 2002; Torgersen, Kringle & Cramer, 2001).

In einer begrenzten Anzahl von Studien wurde der abschwächende Einfluss von

Persönlichkeitsstörungen auf die Behandlung von Achse-I-Störungen direkt untersucht, und die meisten, wenn auch nicht alle dieser Studien deuten auf eine reduzierte Behandlungswirksamkeit hin (Reich & Vasile, 1993; Shea, Widiger & Klein, 1992; Tyrer, Merson, Onyett & Johnson, 1994; Tyrer, Seivewright, Ferguson, Murphy & Johnson, 1993). So wurde beispielsweise festgestellt, dass ERP zur Behandlung von Zwangsstörungen bei 90% der Patienten ohne Persönlichkeitsstörungen und bei 7% der Patienten mit PS funktioniert (Jenike, 1990; Jenike, Baer, Minichiello, Schwartz & Carey, 1986; Minichiello, Baer & Jenike, 1987). *Obwohl therapieresistenten Patienten häufig besondere Sorge und Aufmerksamkeit gilt, scheint die Herstellung einer Verbindung zwischen der Behandlung von Persönlichkeitsstörungen einerseits und therapieresistenten Patienten mit Achse-I-Störungen andererseits erstaunlicherweise bisher keine produktive Arbeitsrichtung gewesen zu sein.*

Die aktuelle Forschung zur psychotherapeutischen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen konzentriert sich derzeit auf verschiedene Ansätze der psychodynamischen Therapie sowie der dialektischen und kognitiven Verhaltenstherapie.

9.1. Psychodynamische Therapie

9.1.1. Der Status quo

Im Bereich der Persönlichkeitsstörungen war die psychodynamische Forschung – im Vergleich zu den meisten anderen Gebieten – besonders aktiv. Fünf Ansätze wurden bisher einer Evaluation unterzogen.

1. Therapeutische Gemeinschaften (TG), bei denen das Umfeld (Setting) eine wesentliche Komponente der Therapie darstellt, haben teilweise Unterstützung durch eine Meta-Analyse recht heterogener Studien erhalten (Lee, Manning & Rawlings, 1999). Eine Berichtsserie aus dem Cassel Hospital deutet auf eine Überlegenheit der TG-Therapie gegenüber ambulanter Behandlung hin (Chiesa, Fonagy & Holmes, im Druck; Chiesa, Fonagy, Holmes, Drahorad & Harrison-Hall, 2002), wobei aber insbesondere bei Patienten mit

Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) ein sechsmonatiger Aufenthalt in der TG effektiver war als eine zwölfmonatige Verweildauer (Chiesa & Fonagy, 2000).

2. Eine sechsmonatige Behandlung in einer psychoanalytisch orientierten Tagesklinik erwies sich in einer Studie als besonders vorteilhaft bei ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen und als weniger nutzbringend bei BPS (Karterud et al., 1992), und ein 12-Wochen-Programm schien eine verstärkte Inanspruchnahme von Leistungen zur Folge zu haben (Dick & Woof, 1986). Obwohl diese Studien den Schluss nahe legen könnten, dass kurze Tagesklinikprogramme bei BPS nicht effektiv sind, wurde in einer kanadischen Studie mit Wartelisten-Kontrollgruppe ein signifikanter Behandlungseffekt für eine viermonatige Therapie festgestellt (Piper, Rosie, Azim & Joyce, 1993). Im Rahmen einer randomisierten kontrollierten Studie (RCT) wurde die Effektivität einer psychoanalytisch informierten teilstationären Behandlung mit umfangreicher Einzel- und Gruppentherapiebetreuung für Patienten mit BPS untersucht: Mit einer 18-monatigen Behandlung wurden Verbesserungen bei Suizidalität, Selbstschädigung und selbst berichteten Messgrößen erzielt, und die Stabilität der Behandlungserfolge und der Kostenersparnis nahm im Laufe der Zeit zu (Bateman & Fonagy, 1999, 2001, 2003). *Wenngleich die Ergebnisse eindrucksvoll sind, bleibt ohne Dismantling-Studien unklar, welcher Aspekt dieser und anderer ähnlich komplexer Interventionen zur Gewährleistung eines positiven Behandlungsergebnisses erforderlich ist.*

3. Aus Australien wird über eine ambulante interpersonelle psychodynamische Therapie mit Wartelisten-Kontrollgruppe berichtet (Meares, Stevenson & Comerford, 1999; Stevenson & Meares, 1992; Stevenson & Meares, 1999). Die Therapie, mit zwei Sitzungen pro Woche durchgeführt, erzielte dauerhafte Effekte und führte zu einer erheblichen Ersparnis bei den Gesundheitskosten. Besonders bemerkenswert waren die niedrigen Drop-out-Raten. *Eine Replizierung dieser Ergebnisse in anderen Settings scheint der wünschenswerte nächste Schritt.*

4. Studien zu einer übertragungsfokussierten Psychotherapie (Clarkin, Kernberg & Yeomans, 1999) mit zwei Therapiesitzungen pro Woche werden in Kürze die ersten Vergleiche zwischen psychodynamischen Therapien und anderen spezifischen Behandlungsmodalitäten (KVT in den Niederlanden und DBT in den USA) liefern. Bisher liegen jedoch nur Ergebnisse aus Prä-Post-Therapie-Studien vor. Diese deuten darauf hin, dass mit einer zwölfmonatigen Behandlung eine recht gute Reduzierung von selbstschädigendem Verhalten, Suizidalität und der Inanspruchnahme von Therapieleistungen erreicht wird (Clarkin, 2001). *Weitere Nachweise für die Übertragbarkeit dieses gut manualisierten Ansatzes erscheinen höchst wünschenswert.*

5. Die kognitiv-analytische Therapie ist eine zeitlich begrenzte integrative Therapie. In einer Studie, in der 27 BPS-Patienten mit 24 wöchentlichen kognitiv-analytischen Therapiesitzungen behandelt wurden, erfüllte mehr als die Hälfte der Probanden sechs Monate nach Therapieende die diagnostischen Kriterien nicht mehr (Ryle & Golyunkina, 2000; siehe auch Wildgoose, Clarke & Waller, 2001). Die Signifikanz dieser Ergebnisse wird durch naturalistische longitudinale BPS-Nachbeobachtungen jüngerer Datums geschmälert, denen zufolge ein ähnlicher Anteil der Patienten die Kriterien zwölf Monate nach der Diagnose nicht mehr erfüllt (Zanarini, Frankenburg, Hennen & Silk, 2003). *Dies unterstreicht die zentrale Bedeutung der RCT-Methodik bei der Evaluierung von Behandlungsergebnissen selbst im Fall von Erkrankungen, bei denen ursprünglich eine Immunität gegen Spontanremissionen angenommen wurde.*

9.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Persönlichkeitsstörungen im Allgemeinen und dramatische Persönlichkeitsstörungen (Cluster B) im Speziellen sind insofern ungewöhnlich, als sie Gegenstand beachtlicher psychoanalytisch orientierter Forschung geworden sind. Überdies wurden einige viel versprechende Ergebnisse erzielt, die mit den Outcomes anderer Therapien mindestens vergleichbar sind. Wichtig ist zu beachten, dass bisher keine psychodynamische Therapie wirksam war,

die nicht die klassischen Parameter der durchgeführten Behandlung erheblich verändert hätte. Dies spiegelt Wallersteins (Wallerstein, 1986) bemerkenswert ausführliche Beschreibung von 42 Behandlungen in der ursprünglichen Menninger-Psychotherapiestudie wider. *Künftige Anstrengungen zur Weiterentwicklung psychoanalytischer Behandlungen sollten das Ziel verfolgen, das psychoanalytische Modell des Geistes in Verbindung mit den umfangreichen psychodynamischen klinischen Erfahrungen, die sich im Laufe eines Jahrhunderts angesammelt haben, dazu zu nutzen, innovative Behandlungsmodelle zu entwickeln, die therapeutische Hilfe für Klientengruppen (wie z. B. BPS-Patienten) bieten, denen mit anderen Ansätzen derzeit nur unzureichend geholfen werden kann.*

9.2. Kognitive Verhaltenstherapie und dialektische Verhaltenstherapie

9.2.1. Der Status quo

Beim kognitiven Ansatz für die Behandlung von Persönlichkeitsstörungen liegt das Hauptaugenmerk auf einer Änderung zentraler Überzeugungen (statt dysfunktionaler Gedanken) und auf der Aufrechterhaltung eines kooperativen therapeutischen Bündnisses. Davidson und Tyrer (Davidson & Tyrer, 1996) haben eine 14–17 Sitzungen umfassende kognitive Therapie mittels Einzelfallmethodik untersucht. Obwohl die Ergebnisse viel versprechend erscheinen, wurde nur über drei Fälle ausführlich berichtet. In zwei anderen Studien (Blum, Pfohl, John, Monahan & Black, 2002; Evans et al., 1999) zeigte sich eine Reduzierung der depressiven Symptomatik, nicht aber der suizidalen Handlungen. Eine multizentrische Studie (Tyrer, im Druck) stellte bei Patienten mit selbstschädigendem Verhalten nur geringe Unterschiede zwischen KVT und der Standardtherapie fest, jedoch mit der Ausnahme, dass unter KVT eine Verlängerung des Abstands bis zur nächsten selbstschädigenden Handlung sowie gewisse Evidenz für eine verbesserte Kosteneffizienz zu verzeichnen war (Byford, im Druck).

Die dialektische Verhaltenstherapie (DBT) ist eine adaptierte Form der kognitiven The-

rapie, die ursprünglich speziell für parasuizidale Borderline-Patienten konzipiert wurde. DBT verringert Studien zufolge in einem ambulanten Setting Selbstschädigung, Suizidalität, Therapieabbrüche und die Inanspruchnahme von Therapieleistungen (Linehan, 1993; Linehan, Armstrong, Suarez, Allmon & Heard, 1991; Linehan, Heard & Armstrong, 1993). Im Rahmen eines niederländischen Projekts wurden DBT und Standardtherapie über zwölf Monate verglichen (van den Bosch, Verheul, Schippers & van den Brink, 2002; Verheul et al., 2003). DBT bewirkte zwar keine Reduzierung suizidalen Verhaltens, erzielte aber eine stärkere Reduktion von Hochrisikoverhalten wie z. B. Selbstverletzungen sowie eine höhere Haltequote. In zwei klein angelegten Studien aus Seattle (Linehan et al., 2002; Linehan et al., 1999) wurde die Nützlichkeit von DBT bei Substanzmissbrauch, einschließlich Heroinabhängigkeit, belegt. In der zweiten Studie erwies sich eine umfassende Validierungstherapie (eine Komponente von DBT) als fast ebenso wirksam wie eine vollständige DBT, allerdings mit schlechteren Ergebnissen in Bezug auf die Aufrechterhaltung der Behandlungserfolge. In drei unkontrollierten Studien wurde festgestellt, dass DBT eine effektive Begleittherapie zu einer stationären Behandlung darstellt (Barley et al., 1993; Bohus et al., 2000; Low, Jones, Duggan, Power & MacLeod, 2001).

Insgesamt können mit DBT recht erfolgreich Selbstverletzungen, selbstschädigende Handlungen sowie Parasuizid reduziert werden. Die durch DBT erzielte Senkung der Gesundheitskosten ist in erster Linie auf eine Reduzierung der stationären Aufenthalte zurückzuführen. Es liegt bisher jedoch keine starke Evidenz vor, dass DBT das Problem der Persönlichkeitsstörung an sich angeht. *Angesichts der allgemeinen Adaptation des DBT-Modells durch die für PS zuständigen Leistungsträger in vielen Ländern scheinen direkte Vergleiche mit psychodynamischen Behandlungen erforderlich.*

9.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Wir haben in der Pharmakotherapie gelernt, wie wichtig die Verabreichung einer „therapeutischen Dosis“ ist. Zu den störungs-

übergreifenden Vorteilen der kognitiven und behavioralen Therapien gehört die relativ „niedrige Dosis“ (geringe Anzahl von Behandlungssitzungen), mit der man höchst wünschenswerte Effekte erzielen kann, die in der Nachbeobachtung aufrechterhalten werden. Bei einer Prüfung der Literatur über psychotherapeutische Behandlungen für Persönlichkeitsstörungen, insbesondere für die dramatischeren Arten von PS, ist eine erstaunliche Zurückhaltung seitens der klinischen Innovatoren zu beobachten, diesen Vorteil gegenüber alternativen, längerfristigen Behandlungsplänen aufzugeben. Dabei liegen gute Beweise vor, dass Therapien von nicht wenigstens 12 Monaten Dauer unzureichend sein könnten und dass in den meisten Fällen die Therapie mit den Klienten unabhängig von der spezifizierten Behandlungsdauer fortgesetzt wird. Bei künftigen Implementierungen von KVT und DBT könnte sehr gut eine Erhöhung der therapeutischen Dosis erforderlich sein, um eine klinische Effektivität in Größenordnungen zu erzielen, die für Persönlichkeitsstörungen relevant sind. Es werden umfassendere Behandlungspläne für eine langfristige KVT benötigt, wie sie beispielsweise für die schema-fokussierte Therapie bereits zur Verfügung stehen.

Direkte Vergleiche zwischen verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Therapieformen sind in Arbeit, doch es wäre erstaunlich, wenn ausreichend große Unterschiede festgestellt würden, um eine klare Antwort auf die Frage zu geben, welcher dieser Behandlungsformen der Vorzug zu geben ist. Mir scheint es sehr viel angemessener, die Entscheidung darüber, welche Behandlung – aus einer Auswahl evidenzbasierter Ansätze – im jeweiligen Setting durchgeführt wird, vor Ort auf der Grundlage pragmatischer Überlegungen zu treffen, zu denen z. B. der Kompetenzmix der verfügbaren Mitarbeiter, insbesondere der leitenden Aufsichtskräfte, die Form der Leistung sowie regionale pragmatische Studien zur beobachteten Effektivität der verfügbaren Therapieansätze gehören. Die Unterschiede zwischen der Wirksamkeit in einer Studie und der Effektivität in der Praxis können enorm sein, und die Variabilität im Hinblick auf die beobachtete Effektivität einer bestimmten Methode stellt oft ein großes

Rätsel für alle Beteiligten dar, einschließlich derer, die für die Leistung verantwortlich sind. Ein besseres Verständnis dieses Unterschieds scheint erforderlich. *Zu wissen, warum eine angeblich wirksame Behandlung in einem bestimmten Setting hinter den Erwartungen zurückbleibt, würde uns letztlich bei der Entwicklung therapeutisch noch wirkungsvollerer Leistungen weit mehr helfen als weitere Studien, in denen wahrscheinlich bereits recht wirksame Alternativen miteinander verglichen werden. Dies wäre ein legitimer Forschungsschwerpunkt. Welche von zwei Behandlung wirksamer sein könnte, ist weniger interessant und relevant als die Frage, warum eine Behandlung nicht wirkt, wenn sie es eigentlich sollte!*

10. Substanzmissbrauch

10.1 Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch

10.1.1. Der Status quo

Eine Übersicht über die Behandlungsergebnisse bei Alkoholmissbrauch gestaltet sich schwierig, da die meisten Studien zwar ein bestimmtes Hauptmodell (z. B. Training sozialer Fertigkeiten oder Aversionstherapie) verfolgen, jedoch große Unterschiede in den Einzelheiten der Implementierung bestehen (Miller & Wilbourne, 2002). Viele der Therapieansätze, wie z. B. der 12-Schritte-Ansatz der Anonymen Alkoholiker oder die Motivationsförderung im Rahmen der motivierenden Gesprächsführung, beinhalten keine traditionellen Modelle der Leistungserbringung. Die motivierende Gesprächsführung konzentriert sich in einem direktiven, aber kooperativen Beratungsstil auf die Bereitschaft der Patienten, sich mit ihrem Trinken auseinander zu setzen. Die normalerweise bei RCTs angewendeten Ausschlusskriterien bedeuten in der Regel einen unverhältnismäßig hohen Ausschluss geringverdienender Minderheitsgruppen und von Personen mit einer Vorgeschichte schwerer psychiatrischer Störungen oder schweren Substanzmissbrauchs (Humphreys & Weisner, 2000).

Meta-Analysen geben widersprüchliche Hinweise auf den relativen Wert von Kurz-



INSTITUT FÜR
PSYCHOLOGISCHE THERAPIE
WISSENSCHAFTLICHE LEITUNG: PROF. DR. KLAUS GRAWE

Fortbildung für Psychotherapeuten

Einführung in die Allgemeine Psychotherapie nach Grawe

- **Theoretische Grundlagen, Fallkonzeption & Therapieplanung**

Prof. K. Grawe, Dr. M. Grawe-Gerber, lic.phil. B. Heiniger Haldimann
20./21. Januar 2005, Zürich & 17./18. März 2005, Zürich

- **Beziehungsgestaltung**

Dr. M. Grosse Holforth
28./29. April 2005, Zürich

- **Ressourcenaktivierung**

Dr. D. Regli, Dr. D. Gassmann
16./17. Juni 2005, Zürich

Institut für Psychologische Therapie
Grossmünsterplatz 1, CH-8001 Zürich
Tel: +41 (0)1 251 24 40
E-Mail: ifpt@tiscalinet.ch

Fortbildung für Psychotherapeuten



Tagesworkshops (8 U-Std.):

- **Borderline-Störungen: Konzepte für Niedergelassene**, Hans Gunia
- **Wut und Hass**, Dr. Kromat-Häckel
- **Die Last mit der Lust - Sexuelle Funktionsstörungen in der psychotherapeutischen Praxis**, Dr.phil. B. M. Schroer
- **Umgang mit extremen Emotionen in der Psychotherapie**, Dr. Claas Lammers
- **Psychologische Behandlung bei Sexualdelinquenz**, Prof. Peter Fiedler
- **Posttraumatische Belastungsstörung**, Dr. E. Nyberg
- **Einsatz von Biofeedback in der psychotherapeutischen Praxis**, Prof. Harald Rau

Curriculare Fortbildung

- **Verhaltenstherapeutische Gruppentherapie** (48 U-Std.), Dr. V. Sipos & Prof. U. Schweiger
- **Schema-Therapie nach Jeffrey Young** (24 U-Std.), Prof. Heinrich Berbak
- **Spezielle Psychotraumatologie** (144 U-Std.)

APV - Gesellschaft für Angewandte
Psychologie und Verhaltensmedizin mbH
staatlich anerkanntes Ausbildungsinstitut



Salzstraße 52, 48 143 Münster
Tel. 0251/44010
www.apv-muenster.de

zeit- versus Langzeitinterventionen. Moyer et al. (Moyer, Finney, Swearingen & Vergun, 2002) haben geringe Effektstärken (0,3 nach drei Monaten, 0,13 nach einem Jahr) festgestellt. Vergleiche von Kurz- und Langzeitbehandlungen ergaben erstaunlicherweise Effektstärken von null. Nach Beobachtungen von Monahan und Finney (Monahan & Finney, 1996) führten intensivere Behandlungen zu höheren Abstinenzraten. Miller und Wilbourne (Miller & Wilbourne, 2002) ermittelten anhand der „Box-Score-Methode“ (einem qualitativen Review-Verfahren) folgende Wirksamkeitsreihenfolge: Kurzinterventionen vor Motivationsförderung vor Training sozialer Kompetenz vor netzwerkorientierten Ansätzen.

Im Allgemeinen scheinen Therapien wirksamer zu sein, die eine Kompetenztrainingskomponente beinhalten und die Selbstwirksamkeit der Person im Hinblick auf das Management ihres Trinkens unterstützen. Im Gegensatz dazu haben rein edukative oder konfrontative Verfahren, Milieuthérapie, Entspannung und unspezifische Beratung sich nicht als hilfreich erwiesen. Der Verlauf der Besserung ist langsam. In dem Jahr nach einer Behandlungsepisode bleibt nur jeder Vierte dauernd abstinent und jeder Zehnte trinkt mäßig ohne Probleme. Nichtsdestotrotz wurde über 361 Studien hinweg eine Verringerung alkoholbedingter Probleme um 60% beobachtet.

Von den verschiedenen Medikationen berechtigt nur der Opiatantagonist Naltrexon als Begleitbehandlung zu psychologischen Therapieprogrammen zu Hoffnungen (Kranzler & Van Kirk, 2001; Srisurapanont & Jarusuraisin, 2002; Streeton & Whelan, 2001). Einige Studien deuten darauf hin, dass Unterschiede zwischen verschiedenen Therapien bei gleichzeitiger Gabe von Naltrexon kleiner werden (O'Malley et al., 1996; O'Malley et al., 1992). Im Fall stärkerer Abhängigkeitsgrade besitzt das Medikament jedoch anscheinend nur begrenzten Nutzen, was eine Förderung der Therapieannahme oder eine Verlängerung der Zeit bis zum Rückfall anbetrifft (Krystal, Cramer, Krol, Kirk & Rosenheck, 2001).

Bei den spezifischen Therapien scheint die Aversionstherapie tatsächlich zu höheren

Abstinenzraten zu führen, jedoch wird dieser Behandlungserfolg nicht über ein Jahr aufrechterhalten (Smith, Frawley & Polissar, 1997). Einige klassische, aber in jüngerer Zeit nicht replizierte Studien bestätigen den Wert eines Trainings sozialer Fertigkeiten als Mittel der Rückfallprävention (Mattick & Jarvis, 1993). Netzwerkorientierte Ansätze, bei denen ein breites Spektrum von Interventionen kombiniert wird, kamen hauptsächlich vor Jahrzehnten zum Einsatz. Möglicherweise war damals der Optimismus bezüglich Veränderungen des Netzwerkverhaltens noch größer. Heutzutage findet die Technik bei Obdachlosen (z. B. Smith, Meyers & Delaney, 1998) und im Familienkontext (Meyers, Miller, Hill & Tonigan, 1999; Miller, Meyers & Tonigan, 1999) Anwendung. Die Effekte sind gering, gewährleisten aber eine Teilnahme an den Behandlungsprogrammen.

Psychotherapie ist seit einigen Jahrzehnten keine Behandlung der Wahl in diesem Bereich. Eine kleine Studie jüngerer Datums von Sandahl et al. (Sandahl, Herlitz, Ahlin & Rönnerberg, 1998) deutet darauf hin, dass nach einer stationären Behandlung sowohl KVT als auch eine psychodynamische Therapie von Nutzen sein kann, wobei tendenziell unter den Patienten der psychodynamischen Gruppe eine stärkere Aufrechterhaltung der Behandlungserfolge zu verzeichnen war.

Es liegen Untersuchungen zu Paartherapien vor. Die Evidenz ist widersprüchlich in Bezug darauf, ob durch Paartherapie der Nutzen anderer Behandlungen gesteigert wird (McCrary, Epstein & Hirsch, 1999; O'Farrell, Choquette & Cutter, 1998; O'Farrell, Choquette, Cutter, Brown & McCourt, 1993). Die Evidenz für eine Überlegenheit der Paartherapie gegenüber Einzelberatungen ist schwach.

Die motivierende Gesprächsführung ist in vielleicht an die 107 Studien untersucht worden, von denen 29 als echte Untersuchungen des Ansatzes gelten (Dunn, Deroo & Rivara, 2001). Die Effektstärken sind positiv, insbesondere wenn die Therapie als planvolle Ergänzung zu einer längeren Behandlung eingesetzt wird. Sie scheint einen besonderen Platz in der Behandlung leichter bis moderater Trinker zu

haben (Sellman, Sullivan, Dore, Adamson & MacEwan, 2001).

In einer groß angelegten, ehrgeizigen Studie (Project Match, 1997) wurden in einer Stichprobe von über 1.700 Patienten drei Therapien verglichen. Die stationäre bzw. intensive teilstationäre Behandlung erzielte eine überlegene Abstinenzrate gegenüber der ambulanten Behandlung (35% versus 20%), obwohl in der ersten Gruppe eine größere Krankheitsschwere vorlag. Die ambulante Behandlung war bei einer Anschlusstherapie mit 12-Schritte-Programm effektiver als bei Folgebehandlungen mit KVT oder Motivationsförderung.

10.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Alkoholabhängigkeit und -missbrauch sind für die meisten westlichen Gesellschaften ein bedeutendes Problem der öffentlichen Gesundheit und eng verknüpft mit ernstesten Risikofaktoren wie häuslicher und anderer Gewalt, Kriminalität und Suizid. Die aktuellen Behandlungsprogramme sind in der Regel kostspielig und, wie wir gesehen haben, in ihrer Effektivität stark begrenzt. Es liegen einige paradoxe Ergebnisse vor, die schlecht zu den Erkenntnissen aus anderen Problembereichen passen. So ziehen beispielsweise Klienten mit Bewältigungskompetenzdefiziten keinen größeren Nutzen aus KVT (Kadden, Litt, Cooney & Busher, 1992), und mit KVT behandelte Patienten erreichen teilweise schlechtere Ergebnisse als Patienten, die stärker sozial orientierte Therapien erhalten (Project Match, 1997). In Großbritannien läuft derzeit eine große multizentrische Studie, die das Ziel verfolgt, geeignete Zuordnungen zwischen bestimmten Behandlungen und Klienten zu ermitteln. Diese Zuordnungen werden sich jedoch mit recht hoher Wahrscheinlichkeit noch nicht einmal in Westeuropa einfach über Kulturen hinweg verallgemeinern lassen.

Die Meta-Analysen zeigen, dass Kurzinterventionen selbst im Vergleich zu teuren Langzeitbehandlungen erstaunlich leistungsstark sind. Jedoch ist weder klar, wer am wahrscheinlichsten von Kurzinterventionen profitiert, noch warum Personen mit starker Ärgerlichkeit (in der „Project Match“-Studie) eher von Motivationsförderung als von KVT profitieren.

ten. Möglicherweise ist die Dosis-Wirkungskurve bei dieser Gruppe umgekehrt und weniger ist in diesem Fall – paradoxerweise – mehr. Das Modell für die Erbringung psychotherapeutischer Interventionen ist vielleicht zu stark von impliziten und expliziten medizinischen Überlegungen beeinflusst, die schlecht zu der Mehrzahl der mit Alkoholproblemen vorstellig werdenden Patienten passen. Das Modell der Anonymen Alkoholiker mag wie ein rein krankheitsbasiertes Modell erscheinen. Doch wenn man sich den Referenzrahmen der AA genauer ansieht, könnte man denken, dass es eine seltsame Art von Krankheitsmodell ist, das keinen Platz für Ärzte, Krankenhäuser oder Medikamente hat – das AA-Modell ist in Wirklichkeit eine äußerst starke, bindungsbasierte spirituelle Perspektive. *Es könnte durchaus sinnvoller sein, wenn künftige Forschung sich auf Möglichkeiten zur Förderung oder sogar Nachahmung dieses komplexen Modells konzentrierte statt auf eine Modifizierung von Verfahren, die sich bei anderen Erkrankungen bewährt haben, jedoch nachweislich schlecht zu den Problemen von Alkoholabhängigkeit und -missbrauch passen.*

10.2. Kokain

10.2.1. Der Status quo

Eine Rückfallprävention ist verschiedenen Studien zufolge einer interpersonellen Psychotherapie überlegen (Carroll, Rounsaville & Gawin, 1991; Carroll, Rounsaville, Gordon et al., 1994; Carroll, Rounsaville, Nich et al., 1994), besitzt jedoch keine Überlegenheit gegenüber dem 12-Schritte-Modell (Wells, Peterson, Gainey, Hawkins & Catalano, 1994). Die Nützlichkeit von Psychotherapie wurde sehr genau in der „Collaborative Cocaine Study“ des National Institute on Drug Abuse (Crits-Christoph et al., 1997; Crits-Christoph et al., 1999) untersucht, in der 487 Patienten zwischen vier Behandlungen randomisiert wurden: dem 12-Schritte-Modell allein, 12-Schritte plus KVT, 12-Schritte plus supportiv-expressiver Psychotherapie oder 12-Schritte plus zusätzlicher, auf Abstinenz abzielender Drogenberatung. Alle Behandlungen wurden über sechs Monate angeboten und umfassten maximal 36 Einzelsitzungen kombiniert mit 24 Gruppensitzungen. Die

Schwundraten waren extrem hoch, und nur 28% der Probanden brachten die Behandlung zu Ende. Sowohl KVT als auch die supportiv-expressive Psychotherapie hatte einen höheren Klientenverlust zu verzeichnen als die Drogenberatung. Im Wesentlichen bewirkten alle Einzeltherapien eine Verringerung des positiven Effekts der Gruppenberatung. Die größte Wirksamkeit wurde bei jener Therapie festgestellt, für die die kürzeste Fachausbildung erforderlich war. Die Studie lieferte keine Bestätigung früherer Ergebnisse aus einer Untersuchung mit Opiatabhängigen (Woody, McLellan, Luborsky & O'Brien, 1987). Bereits in der Auswahlphase der Studie wurden fast 400 der anfänglich 870 Teilnehmer verloren. Es wurde keine Wechselwirkung festgestellt, die Hinweise auf ein mögliches Ansprechen bestimmter Untergruppen von Patienten auf Psychotherapie gegeben hätte.

In einer anderen groß angelegten Studie wurde kein Unterschied zwischen wöchentlicher Einzelberatung, wöchentlicher Einzelberatung plus Gruppentreffen und einem intensiven Gruppenprogramm an drei Tagen in der Woche beobachtet (Gottheil, Weinstein, Sterling, Lundy & Serota, 1998). Auch hier zeigt sich wieder ein klares Fehlen des erwarteten Dosis-Wirkungseffekts.

Im Gegensatz dazu scheint ein netzwerkorientierter Ansatz, bei dem Klienten für negative Urtestergebnisse Geldgutscheine erhalten, über eine einjährige Nachbeobachtung hinweg recht gute Wirksamkeit zu erzielen (Higgins, Badger & Budney, 2000; Higgins, Wong, Badger, Ogden & Dantona, 2000). Testergebnisunabhängige Gutscheine bewirken keine Verbesserung der Abstinenz. In einer Studie mit 120 Teilnehmern unter Methadon-Substitutionstherapie wurde ein Vergleich zwischen Kontingenzmanagement, KVT-basierter Rückfallprävention, Kontingenzmanagement plus KVT und nur Methadon angestellt (Rawson et al., 2002). In der 17. Woche betrug die Abstinenz bei Kontingenzmanagement ohne KVT 60%, bei KVT 40%, bei KVT plus Kontingenzmanagement 47% und in der Kontrollgruppe 23%. Beim 52-Wochen-Follow-up erreichte KVT weitere Verbesserungen,

11. DVT-Jahrestagung 14.-16. April '05 in Berlin

„CBASP – James P. McCullough spricht das erste Mal vor einer großen Fachöffentlichkeit in Deutschland“

„Third Wave of Behavioral Therapies“

■ James P. McCullough
CBASP Cognitive Behavioral
Analysis System of Psychotherapy

■ Heinrich Berbak
Schema-Therapie nach Jeffrey Young

Workshops

CBASP • Schematherapie • Die therapeutische Arbeit an und mit Emotionen • Wiederbelebung von Emotionen • Verhaltenstherapie bei somatoformen Störungen • Biologische Grundlagen psychischer Störungen • ADHS – Training sozialer Kompetenz • Fallstricke in der Behandlung der Anorexia und Bulimia nervosa • Beziehungsfällen • Einführung in ein strukturiertes Supervisionsmodell • Selbstwert • Kognitive Verhaltenstherapie bei Zwangserkrankungen • Multimodale Kinder- und Jugendpsychotherapie bei aggressiven Verhaltensstörungen • Dialektisch-Behavioral Therapie (DBT) • Psychologische Psychotherapie im psychiatrischen Krankenhaus • Verhaltenstherapie bei Zwangsgedanken und überwertigen Ideen • Verhaltenstherapeutische Interventionen bei Burn-out • Migränebewältigung und Persönlichkeitsstil • Behandlungswirksamkeit depressiver Patienten in der ambulanten Praxis • Elterntraining bei Eltern mit Kindern mit ADHS • Grundlage der Mehrphasigen Integrativen Traumatherapie (MITT) • Interaktionale Gruppenverhaltenstherapie • Zieloffene verhaltenstherapeutische Gruppen • Verhaltenstherapeutische Ansätze in der Behandlung somatoformer Störungen • Weisheitstraining zur Behandlung der Posttraumatischen Verarbeitungsstörung • Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy • Verhaltenstherapie bei Erwachsenen mit ADHS • Psychoonkologie bei Kindern und Jugendlichen • Nutzen von systemischen Ansätzen für das Setting des Elterntrainings • Ressourcenaktivierung durch Video-Filme in der Kindertherapie und Elternarbeit • Das Konzept des gewaltlosen Widerstands und der elterlichen Präsenz nach Haim Omer • Psychohygiene für Verhaltenstherapeuten • Trainingsprogramm Freunde für Kinder

DVT – Deutscher Fachverband für Verhaltenstherapie

Salzstraße 52, 48143 Münster
Telefon 0251-44075

dvt@verhaltenstherapie.de
www.verhaltenstherapie.de

wobei jedoch keine Hinweise auf additive Effekte bei gleichzeitigem Kontingenzmanagement vorlagen. Andere Studien deuten ebenfalls darauf hin, dass bei rückfallpräventiver KVT die Wirkung des Kontingenzmanagements am Behandlungsende reduziert ist, jedoch beim Follow-up nach einem Jahr Evidenz für einen signifikanten Nutzen der KVT vorliegt. *Derartige Ergebnisse unterstreichen, wie offensichtlich wünschenswert langfristige Nachbeobachtungen bei Studien im Bereich des Substanzmissbrauchs sind.*

10.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Es gibt auf diesem Gebiet Anzeichen, dass eine spezielle Kombination von Therapien – Kontingenzmanagement kombiniert mit KVT-basierter Rückfallprävention – ein effektives Mittel zur Lösung dieses komplexen Problems darstellen könnte. Die ersten Ergebnisse sind zweifellos beeindruckend, und für Psychotherapeuten stellt sich die herausfordernde Frage: Wie oft könnte sich eine direkte Übergabe der Psychotherapeutenhonorare an die Klienten auf der Grundlage eines Kontingenzmodells als hilfreiche Intervention erweisen? *Wir achten beim Design von Kontrollbehandlungen nur unzureichend auf Kostenähnlichkeit mit der experimentellen Intervention. Das Beharren auf der besten alternativ verfügbaren Behandlung als Kontrollgruppe der Wahl sperrt die Psychotherapieforschung in ein vorgegebenes, vielleicht (für diesen Bereich) übermäßig medikalisiertes Modell ein.* Die Ergebnisse von Psychotherapiestudien könnten sehr gut anders aussehen, wenn die Forschungsstellen auf einer Auswahl der Kontrollbehandlungen nach dem Kriterium der Kostenähnlichkeit bestünden. Wahlmöglichkeiten und eine Einbeziehung der Behandler sollten die Richtschnur bei der Festlegung von Kontrollbehandlungen bilden. Zumindest in Großbritannien wird zunehmend anerkannt, dass die Anregungen und Kritik der Therapeuten für ein angemessenes Studiendesign unerlässlich sind. Die Literatur zu Kokain verdeutlicht in gewisser Weise die unzutreffende Vermutung, Personen mit Substanzmissbrauchsproblemen „bräuchten unsere Hilfe“ eher in psychologischer als in physischer Weise.

11. Diskussion

11.1. Evidenz für evidenzbasierte Praxis

Die vorliegende Übersicht beruht auf dem, was nach derzeitiger Auffassung von Geldgebern und Forschern geeignete Evidenz darstellt (Clarke & Oxman, 1999). Die Kriterien, anhand derer entschieden wird, was als evidenzbasierte Praxis zählt, müssen selbst einer empirischen Untersuchung unterzogen werden. Ihre Spezifität (die Wahrscheinlichkeit, eine Behandlung fälschlicherweise als wirksam einzustufen) und ihre Sensitivität (das Risiko, eine wirksame Behandlung als unwirksam fehlzuklassifizieren) sollten einer Reihe anderer Kriterien der allgemeinen Gesundheit standhalten. Auf Evidenzkriterien sollten dieselben empirischen Standards Anwendung finden, die bei anderen klinischen Entscheidungsfindungen erwartet würden. Augenscheinvalidität – mit der wir es derzeit zu tun haben – ist eindeutig unzureichend. Behandlungen, die auf Grund bestimmter Kriterien als „evidenzbasiert“ klassifiziert werden, müssen von Behandlungen zu unterscheiden sein, die diese Kriterien in Bezug auf verschiedene gleichzeitig bestehende, unabhängige, aber relevante Merkmale nicht erfüllen, wie z. B. theoretische Kohärenz, Auswirkungen auf die allgemeine Gesundheit oder Akzeptabilität für Behandler/Patienten.

11.2. Das Fehlen von Evidenz oder Evidenz für Unwirksamkeit

Bei der derzeitigen Kategorisierung evidenzbasierter Psychotherapien werden zwei grundlegend verschiedene Gruppen von Behandlungen zusammengefasst: zum einen Therapien, die ausreichend untersucht und für eine Klientengruppe als unwirksam befunden wurden, und zum anderen Therapien, die überhaupt nicht untersucht worden sind. Diese Unterscheidung ist von Bedeutung, denn der Grund dafür, dass eine Behandlung keiner empirischen Prüfung unterzogen wird, hat häufig wenig mit ihrer wahrscheinlichen Wirksamkeit zu tun. Es hat oft weit mehr mit der intellektuellen Kultur zu tun, in der Forscher tätig sind, mit der Verfügbarkeit von Therapiemanualen und den Einschätzun-

gen von Fachkollegen bzw. dritten Geldgebern bezüglich des Werts der Behandlung (die sowohl für die Finanzierung als auch für die Veröffentlichung der Forschungsarbeit entscheidend sein können). Der britische psychodynamisch orientierte Psychiater Jeremy Holmes (2002) hat im BMJ mit großer Gewandtheit argumentiert, dass das Fehlen von Evidenz für psychoanalytische Behandlungen nicht mit Evidenz für die Unwirksamkeit verwechselt werden sollte. Seine Sorge war insbesondere, dass die kognitive Therapie eher auf Grund ihrer Forschungs- und Marketingstrategie als wegen ihrer intrinsischen Überlegenheit standardmäßig Annahme finden würde. Er führte folgende Argumente an: 1. Die Grundlagen der kognitiven Therapie seien weniger gut gesichert als häufig angenommen. 2. Der Einfluss von KVT auf den langfristigen Verlauf psychiatrischer Erkrankungen sei nicht gut belegt. 3. Zumindest in einer „Praxisstudie“ musste der KVT-Arm wegen schlechter Compliance einer problematischen Patientengruppe abgebrochen werden, wobei diese Patienten jedoch Paartherapie akzeptierten und hiervon profitierten (Leff et al., 2000). 4. Die Effektstärke von KVT werde durch Vergleiche mit Wartelisten-Kontrollgruppen übertrieben. 5. Es zeichne sich ein postkognitiver Verhaltenstherapieansatz ab (z. B. J. D. Teasdale et al., 2000; Young, 1999), der sich zunehmend auf psychodynamische Ideen stütze.

Ich sympathisiere zwar voll und ganz mit Jeremy Holmes' Blickwinkel, selbst wenn meine Arbeit mit Tony Roth zum Ziel seiner Kritik gehörte, doch es ist nur fair, die Unzulänglichkeiten seiner Darstellung aufzuzeigen. In einem Kommentar zu Holmes' Artikel schreibt Nick Tarrier (2002) mit Leidenschaft: „Holmes verlässt sich auf das vordergründig bestechende alte Sprichwort, dass das Fehlen von Evidenz keine Evidenz für das Fehlen [von Wirksamkeit] ist. [...] Ich hätte mehr Begeisterung für dieses Argument, wenn die traditionelle Psychotherapie neu wäre. Es gibt sie schon seit etwa 100 Jahren. Das Argument verliert deshalb ein wenig an Schlagkraft, wenn die späte Ankunft der Psychotherapie am Tisch der Wissenschaft durch die Drohung angestoßen wurde, ihr wegen des Fehlens von Evidenz den öffentlichen Geldhahn



Wir sind eine moderne leistungsfähige Einrichtung, inmitten einer großflächigen Parkanlage im Stadtbezirk Berlin-Lichtenberg. Mit 597 stationären Betten, zehn Dialyseplätzen sowie zehn Fachabteilungen decken wir ein breites medizinisches Spektrum ab.

**Evangelisches
Krankenhaus
Königin Elisabeth
Herzberge gGmbH
Personalabteilung
Herzbergstraße 79
10365 Berlin**

Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité

Für den Funktionsbereich Gerontopsychiatrie und -psychotherapie unserer Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie suchen wir zum 1.1.2005 oder früher, befristet für zunächst 2 Jahre, eine/n approbierte/n

Psychologische/n Psychotherapeuten/-in als psychotherapeutische/n Leiter/in (mit einem Eintrag im Arztregister mit dem Fachkundenachweis für Verhaltenstherapie)

Unsere Abteilung versorgt mit ca. 130 vollstationären Plätzen und 2 Tageskliniken im Rahmen der Pflichtversorgung den Berliner Bezirk Lichtenberg mit ca. 250.000 Einwohnern. Sie ist in die Funktionsbereiche Allgemeine Psychiatrie, Suchtmedizin und Gerontopsychiatrie mit jeweils 2 Stationen gegliedert. Zusätzlich gehört ein Behandlungszentrum für akut psychisch kranke erwachsene Menschen mit geistigen Behinderungen zu uns.

Wir arbeiten mit einem multidimensionalen Konzept, das störungsspezifisch-psychotherapeutische, soziotherapeutische und biologisch-psychiatrische Behandlungsmodalitäten umfaßt. Als Abteilung eines Allgemeinkrankenhauses führen wir eine intensive Konsiliartätigkeit mit über 800 Konsilen pro Jahr durch.

Unser gerontopsychiatrischer Funktionsbereich ist gegliedert in die Schwerpunkte Altersdepressionen und Angsterkrankungen sowie psychologische und Verhaltensauffälligkeiten bei Demenz. Deshalb ist es uns wichtig, daß Sie eingehende Erfahrungen in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Akutbehandlung von älteren Menschen mit diesen psychischen Erkrankungen haben.

Wir legen großen Wert auf eine fundierte und standardisierte neuropsychologische Diagnostik (z. B. CERAD-Batterie, SKT, SIDAM, DEMTECT, Behave-AD). Sie sollten diese in Theorie und Praxis gut kennen.

Unser bisheriges therapeutisches Angebot umfaßt störungsspezifische Psychotherapien, wie IPT-LL und VT bei Angsterkrankungen. Im Demenzbereich sollen psychotherapeutische Diagnostik und Techniken implementiert werden. Deren Einführung in die Arbeit des multiprofessionellen Teams zählt zu Ihren Aufgaben.

Der Aufbau einer Gedächtnissprechstunde ist geplant, an dem Sie federführend beteiligt wären.

Wir wünschen uns, daß Sie eine kompetente, aufgeschlossene und souverän handelnde Persönlichkeit sind, die eigenverantwortlich und kollegial in multidisziplinären Teams arbeitet und gut motivieren und anleiten kann. Daß Sie sich für die Weiterentwicklung von therapeutischen Konzepten in unserer Abteilung engagiert einsetzen und uns sehr gut nach außen repräsentieren.

Dazu gehört auch, unsere Mitarbeit im Geriatriisch-Gerontopsychiatrischen Verbundsystem der Region konstruktiv fortzusetzen. Ebenfalls sollte bei Ihnen die Bereitschaft vorhanden sein, sich zeitgemäße Methoden des Personalmanagements und der Gesundheitsökonomie anzueignen.

Wir bieten Ihnen eine verantwortungsvolle, interessante und selbständige Tätigkeit in einem kollegialen Team, intensive interne und externe Weiterbildung sowie externe Supervision. Eine umfangreiche wissenschaftliche Bibliothek mit der Möglichkeit zur Nutzung moderner Informationstechnologien ist auf dem Krankenhausgelände vorhanden.

Wir erwarten von Ihnen, daß Sie unserem Leitbild folgen. Als Evangelisches Diakoniewerk Königin Elisabeth begreifen wir uns als heilende und helfende Dienstgemeinschaft. Für uns steht der Mensch in seiner Einheit von Körper, Geist und Seele im Mittelpunkt. Das heißt, wir gehen von einem Menschenbild aus, das durch ethisch-christliche Wertvorstellungen begründet ist.

Ihre aussagekräftigen Bewerbungsunterlagen richten Sie bitte innerhalb der nächsten 14 Tage nach Erscheinen der Anzeige an nebenstehende Adresse.

zuzudrehen“ (S. 292). Tom Sensky und Jan Scott (Sensky & Scott, 2002) waren ähnlich empört, sowohl über Holmes' selektive Berücksichtigung der Evidenz als auch über seine Behauptungen, einige kognitive Therapeuten begännen, Aspekte ihrer Disziplin in Frage zu stellen. Die Botschaft aus dem KVT-Lager lautet: Wenn psychodynamisch orientierte Therapeuten das Thema evidenzbasierter Praxis angehen wollen, müssen sie mehr tun, als Nörgeleien vorzubringen und sich an den allgemeinen Bemühungen um die Erhebung von Daten zu beteiligen.

Psychodynamisch orientierte Behandler befinden sich natürlich im Nachteil und nicht einfach nur deswegen, weil sie spät an den Start gegangen sind (immerhin finden viele neue Behandlungen noch einen Platz am Tisch der evidenzbasierten Praxis). Es bestehen tief gehende Inkompatibilitäten zwischen der Psychoanalyse und der modernen Naturwissenschaft. So hat Paul Whittle (2000) auf die grundlegende Inkompatibilität aufmerksam gemacht, die zwischen einem Ansatz besteht, der Lücken in Selbsterzählungen zu schließen versucht, und der Verpflichtung der kognitiven Psychologie zu einer minimalen Ausschmückung von Beobachtungen, einer Art Wittgensteinschen kognitiven Askese. Die Herstellung eines Sinnes rund um Lebenserzählungen ist grundlegend für das Wesen des Menschen. Deshalb ist es unvorstellbar, dass die Psychoanalyse (oder ein ihr sehr ähnlicher Prozess) jemals nicht zu den Ansätzen gehören könnte, die von Menschen mit psychischen Problemen gewünscht werden. Jedoch wird Erfolg in diesem Kontext in Form von Redegewandtheit (oder Sinnhaftigkeit) gemessen, die sich weder auf ein Symptom noch ein Leiden reduzieren lässt. Psychoanalytische Erklärungen stützen sich überdies auf die persönliche Geschichte des Klienten, doch die Rahmenbedingungen sind von der Verhaltensgenetik in Verruf gebracht worden. Die kognitive Verhaltenstherapie ist zwar ebenfalls auf der situationsbezogenen sozialen Lerntheorie begründet, hat sich jedoch effektiver von einer naiven situationsbezogenen Position gelöst. Zu allem Übel herrscht innerhalb der Psychoanalyse eine Tradition, Nichteingeweihte mit Verachtung zu betrachten, was die meis-

ten aufgeschlossenen Forscher abschreckt. Die Einbindung psychoanalytisch orientierter Behandler in Forschungsprogramme stellt ein wünschenswertes Ziel dar.

Psychoanalytiker sind mehr denn je zuvor, aber noch immer nicht voll und ganz der systematischen Erhebung von Daten verpflichtet, die lang gehegte Ideen potenziell in Frage stellen und widerlegen sowie bestätigen können. Hierbei gilt es um jeden Preis die Gefahr zu vermeiden, dass Forschungsarbeiten selektiv nur dann Annahme finden, wenn sie bisher vertretene Ansichten bestätigen. Dies könnte ein schlechteres Ergebnis bedeuten als eine pauschale Ablehnung des gesamten Unterfangens der Evidenzsuche, denn dies würde eine Immunisierung gegen die Ergebnisse und ihre Folgen bedeuten, während gleichzeitig die Illusion geschaffen wird, an dem tugendhaften Kreislauf des Explorierens, Untersuchens, Veränderns und erneuten Explorierens von Ideen teilzunehmen.

11.3. Die Tragweite der Aufgabe

Der Großteil der britischen Arbeiten zu evidenzbasierten Behandlungen stützt sich einzig und allein auf randomisierte kontrollierte Studien (RCTs). Dieser Studientyp wird im Bereich der psychotherapeutischen Behandlungen auf Grund seiner geringen externen Validität bzw. Generalisierbarkeit oft als ungeeignet erachtet (Anon, 1992). Kurz gesagt lautet die Behauptung, RCTs seien für die klinische Praxis nicht relevant – ein heiß diskutiertes Thema im Bereich der Psychotherapie (Hoagwood, Hibbs, Brent & Jensen, 1995) und der Psychiatrieforschung (Olfson, 1999). Es gibt eine Reihe von Gründen, die ausreichend publik gemacht worden sind und auf die ich hier aus Zeitgründen nicht näher eingehen kann, warum die externe Validität randomisierter Studien in vielen Bereichen der Gesundheitsversorgung gering sein kann: 1. die Nichtrepräsentativität der teilnehmenden Ärzte und Therapeuten, 2. die Nichtrepräsentativität der Teilnehmer, die zwecks Maximierung der Homogenität selektiv rekrutiert werden, 3. der mögliche Einsatz atypischer Behandlungen, die auf eine Einzelerkrankung ausgelegt sind, und 4. die Beschränkung der Ergebnismessung auf das Symptom, das im Mittelpunkt der

Studie steht und leicht messbar ist, aber praktisch irrelevante Dimensionen darstellt (Fonagy, 1999).

Die RCTs decken nur eine begrenzte Anzahl von Behandlungen ab, und es bleiben zahlreiche Behandlungen in Bezug auf eine Vielzahl von Störungen unbewertet. Da es mindestens 200 psychische Erkrankungen des Kindes und des Erwachsenen und hunderte von verschiedenen Interventionsformen gibt, zum Großteil mit zahlreichen Komponenten und vielen charakteristischen Durchführungsmustern, ist es unvorstellbar, dass eine Matrix aus Therapietypen und Erkrankungstypen je durch geeignete Studien gefüllt werden könnte (Goldfried & Wolfe, 1996). Dies ist keine triviale Angelegenheit. In Studien zur Bestimmung der erfolgsentscheidenden Komponente eines Behandlungsprogramms wird häufig festgestellt, dass anscheinend die meisten Schichten der Zwiebel entfernt werden können und die Wirkung noch immer gegeben ist. Da Ergebnisstudien nur selten zu einer Bestimmung der effektiven Behandlungselemente oder des zur Besserung führenden Veränderungsprozesses beitragen, wird jetzt von vielen traditionellen einflussreichen Befürwortern von Ergebnisuntersuchungen die Forderung nach weniger statt nach mehr Ergebnisstudien laut. Alan Kazdin (1998) empfahl beispielsweise eine so genannte „Dismantling“-Strategie, bei der nacheinander einzelne potenzielle Veränderungskomponenten entfernt werden, bis die wirklich wirksame Komponente gefunden ist. Einige Autoren haben die Ansicht geäußert, dass Meta-Analysen eine direkte Lösung für dieses Problem darstellen könnten (z. B. Borkovec & Ruscio, 2001), doch dies ist durchaus keine einfache Aufgabe. So wurde in einer Meta-Analyse jüngerer Datums von Wilson McDermut und Kollegen (McDermut et al., 2001) die Wirksamkeit von Gruppentherapie bei Depression bestätigt und eine durchschnittliche Effektstärke von 1,06 festgestellt. In den Gruppenbehandlungen der verschiedenen Studien wurden jedoch viele unterschiedliche Strategien gelehrt (Selbstkontrolltechniken, Problemlösekompetenzen, Spannungsfähigkeiten, Disputation negativer Denkweisen). Wurde also mit dem Lehren einer Fertigkeit wirklich ein depressions-

bedingtes Defizit angegangen? Durch Zuordnung der Patienten zu Behandlungen, die auf ihre individuellen Defizite abgestimmt waren, wurde keine Vergrößerung der Effektstärke erreicht, und selbst in den Aufmerksamkeits-Kontrollgruppen war eine Reduktion der Symptome zu beobachten. In keiner der von McDermut et al. analysierten Studien wurde auch nur einer der elf von Yalom (1995) beschriebenen therapeutischen Faktoren von Gruppentherapien diskutiert. Wir wissen schlicht und ergreifend nicht, welcher Aspekt von Gruppenbehandlungen diese bei Depressionen so wirksam macht.

Neben diesen recht gut publik gemachten Problemen stellt sich auch die Frage, ob manualisierte Behandlungen bzw. Behandlungspakete bei unserer Suche nach wirksamen Interventionen die geeignete Analyseebene sind. So wurde z. B. in einer Studie von Olfson und Kollegen (Olfson, Mechanic, Boyer & Hansell, 1998) bei der Nachbeobachtung schizophrener, aus der Klinik entlassener Patienten festgestellt,

dass Patienten, die vor der Entlassung Kontakt zu dem für die ambulante Versorgung zuständigen Therapeuten hatten, eine bessere Symptomreduktion erzielten als jene, die keine Verbindung zum ambulanten Betreuungspersonal gehabt hatten. Ähnliche, scheinbar geringfügige Prozessparameter der Versorgung können unter Umständen weit entscheidender für das Ergebnis sein als ganze Behandlungspakete. Es ist schwer vorstellbar, dass jemals eine ausreichende Anzahl von RCTs zur Bewertung aller derartigen – potenziell zentralen – Versorgungsparameter durchgeführt werden könnte. *Die evidenzbasierte Praxis muss über den aktuellen Datenbestand hinaus blicken und sich praxisbasierte Evidenz ansehen, um eine umfassende Etablierung evidenzbasierter Praxis zu erzielen.*

11.4. Das ideale Ergebnisforschungsprogramm

Das ideale Ergebnisforschungsprogramm wurde vor mehr als vier Jahren von Alan Kazdin vorgestellt, doch da es von uns ver-

langen würde, unseren gesamten Ansatz in Bezug auf Ergebnisstudien und evidenzbasierte Praxis zu überdenken, wird es wohl nie implementiert werden. 1. Im Wesentlichen schlägt Kazdin vor, dass am Anfang der Therapieforschung eine Ermittlung der zentralen Dysfunktionen, die mit der jeweiligen Störung verbunden sind, stehen sollte sowie der empirische Nachweis dieser Dysfunktionen in einem beträchtlichen Prozentsatz der klinischen Gruppe. 2. Weiterhin muss eine konzeptuelle Verbindung zwischen der beabsichtigten Behandlungsmethode und dem der Störung mutmaßlich zugrunde liegenden dysfunktionalen Mechanismus hergestellt werden. 3. Erst wenn dies geschehen ist, kann die Manualisierung beginnen, gefolgt von 4. der Sammlung der Evidenzhierarchie, welche die Grundlage systematischer Reviews bildet. 5. Prozess-Ergebnis-Studien können dann zur Bestimmung der zentralen Behandlungskomponenten und der notwendigen Behandlungsdauer implementiert werden. Zur Bestätigung der korrelationalen Ergebnisse der Prozess-Er-

EMDR ist eine von Dr. Shapiro (USA) entwickelte, wissenschaftlich anerkannte und weltweit erfolgreiche Psychotherapiemethode zur Behandlung von Traumafolgeerkrankungen.

Dr. Arne Hofmann ist der Leiter des EMDR-Institutes Deutschland, und der erste von Dr. Shapiro ausgebildete und autorisierte Trainer in Deutschland.

Die Ausbildung ist von den Landesärztekammern und den Psychotherapeutenkammern anerkannt und mit **Fortbildungspunkten** zertifiziert.

EMDR-Einführungs-Seminare mit Praxistag

18.-20.02. + 19.03.05 Berlin
 03.-05.03. + 15.04.05 Köln
 11.-13.03. + 30.04.05 München
 05.-07.05. + 04.06.05 Bremen
 26.-28.05. + 08.07.05 Bad Mergentheim
 27.-29.05. + 18.06.05 Bad Segeberg/Hamburg
 23.-25.06. + 23.09.05 Nürnberg
 30.06.-02.07. + 16.09.05 Köln

Info und Anmeldung:	EMDR-Institut
D - 51427 Bergisch Gladbach	Junkersgut 5a
Telefon: +49 - (0)22 04 - 2 58 66	www.EMDR-Institut.de
Telefax: +49 - (0)22 04 - 96 31 82	info@EMDR-Institut.de

EMDR-Institut Deutschland
 autorisierter Partner des EMDR-Instituts von Francine Shapiro PhD, USA

dgvt
 Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie e. V.

staatlich anerkannte
Psychotherapieausbildung

praxisorientierte berufsbegleitende
Fort- und Weiterbildung

fortschrittliche fach- und berufspolitische
Interessenvertretung

Im DGVT-Verlag erscheinen
 wegweisende bezahlbare
Bücher

aktuell:
Verhaltenstherapie im Dialog
 15. Workshop der DGVT
 16. - 18. März 2005 in Tübingen

www.dgvt.de

DGVT | Postfach 13 43 | D - 72003 Tübingen
 Telefon: (0 70 71) 94 34 44
 E-Mail: dgvt@dgvt.de

gebnis-Studien sind experimentelle Untersuchungen der mutmaßlichen Prozesse und Mechanismen erforderlich. Abschließend müssen noch die Grenzbedingungen für die Behandlung in Bezug auf Patienten- und Situationsaspekte bestimmt werden, welche die Effektivität der Therapie fördern oder untergraben können. Dies ist ganz offensichtlich eine grundlegend andere Herangehensweise als der normalerweise verfolgte Ansatz, bei dem die Bewertung einer bestimmten Behandlung den Ausgangspunkt bildet. Die Bestimmung zentraler psychologischer Prozesse erfolgt derzeit bestenfalls post hoc. Kein Wunder, dass es zu viele verschiedene Behandlungsmodalitäten gibt. Kein Wunder, dass wir so wenig darüber wissen, warum Behandlungen funktionieren. Eine Umkehr dieses Prozesses wäre eine bemerkenswerte Errungenschaft im wissenschaftlichen Vorgehen.

11.5. Pragmatische Studien

Die Antwort auf die Kontroverse um Wirksamkeits- und Effektivitätsstudien im Bereich der Psychotherapie könnte in so genannten „pragmatischen“ bzw. Praxisstudien liegen. Für diese wenig aufwändigen Studien ist neben einer laufenden Ergebnismessung eine experimentelle Komponente erforderlich, die unter anderem durch eine Randomisierung zwischen alternativen Betreuungsmethoden erreicht wird. Wichtig ist, dass in diesen Studien nicht-spezifische Betreuungsaspekte kontrolliert werden und dennoch Fragen von direkter Relevanz für die Behandler gestellt und beantwortet werden können. Die an der Studie teilnehmenden Patienten spiegeln natürlicherweise die klinische Population wider, und die Ausschlusskriterien sind auf ein Minimum beschränkt. Die Vergleichsbehandlungen werden der Routinepraxis gegenübergestellt, die in der Regel Kombinationsbehandlungen und auf das individuelle Ansprechen der Patienten eingestellte Therapien durchführt. In pragmatischen Studien werden nur minimale Einschränkungen in der Behandlung auferlegt. Das einzige größere Opfer bei der internen Validität ist der Verlust der Blindheit bei der Bewertung. Allerdings bietet Blindheit, die bei psychotherapeutischen Behandlungen wahrscheinlich sowieso nicht

in vollem Umfang gegeben ist, möglicherweise nur geringe Vorteile, was die Objektivität der Ergebnisbewertung anbelangt. Doppelblindheit bringt selbst bei einer pharmakologischen Routineversorgung unrealistische Beschränkungen mit sich, und Abweichungen vom Standardvorgehen gefährden die Validität und Generalisierbarkeit von Kostendaten, die zu einer Beurteilung der Kosteneffizienz herangezogen werden. Die Geheimhaltung der Gruppenzuteilung (d. h. die Verhinderung der vorherigen Kenntnis, welcher Gruppe ein Patient im Fall einer Rekrutierung zugeteilt wird, die eine wichtige Ursache verzerrter Patientenauswahl darstellt) ist in diesem Kontext leicht zu erreichen. Die Einzigartigkeit derartiger Studien liegt in der Relevanz der Fragen, die Behandler zu ihrer Routinepraxis stellen können. Im Idealfall sollte die treibende Kraft hinter der Suche nach Evidenz wirkliche Ungewissheit über das klinische Ergebnis sein. Im Bereich der evidenzbasierten Praxis ist klinische Neugier jedoch bedauerlicherweise nur selten der Motivator.

Pragmatische Studien könnten eine zentrale zusätzliche Informationsquelle für die evidenzbasierte Praxis darstellen. Zusammen mit strengeren RCTs (von besonderer Relevanz für neue Behandlungen) und einer wohl überlegten Nutzung von Beobachtungsdaten liefern sie eine ausreichende Fülle an Evidenz, um signifikante Fortschritte bei den Standards der psychischen Gesundheitsversorgung erreichen zu können. Die Entwicklung und Unterstützung einer fachgebietsweiten Methodik für pragmatische Studien stellt eine wichtige zusätzliche Aufgabe für Initiativen dar, die sich die Förderung der evidenzbasierten Psychotherapiepraxis zum Ziel gesetzt haben.

11.6. Klinische Leitlinien

Das Schließen der Lücke zwischen Praxis und Evidenz bringt uns zu einem weiteren Quantensprung in der Differenziertheit, mit der Evidenz für psychotherapeutische und psychologische Interventionen betrachtet wird. Es wird zunehmend anerkannt, dass Evidenz nicht für sich selbst spricht und nur dann nutzbringend angewendet werden kann, wenn sie durch eine Gruppe unvor-

genommenen Experten geprüft und integriert wird, zu der auch Personen gehören, deren Kompetenz in ihrer Eigenschaft als Therapeuten und Betreuer liegt. Klinische Leitlinien, die Evidenz und Erfahrungen von vorderster Front integrieren und deren Erarbeitung durch multidisziplinäre Gremien erfolgt, die auf Grund ihrer Zusammensetzung umfassende Kenntnis von den Beschränkungen der klinischen Alltagspraxis besitzen, sind ein entscheidender Schritt, der in der Vergangenheit nur allzu oft versäumt wurde, als Evidenz einzig und allein aus dem Erfahrungskontext der Verwaltung interpretiert wurde.

Die Forschung – mit ihrer Ausrichtung auf ausgewählte Patientenpopulationen – kann Therapeuten natürlich nicht sagen, wie sie einzelne Patienten behandeln sollen. Die Therapeuten müssen der Forschungsdatenbank, mit einem bestimmten Klienten im Hinterkopf, spezifische Fragen stellen. Wie aber stellt man dieser massiven Ansammlung von Daten derartige Fragen, und – die noch größere Herausforderung – wie erhält man aussagekräftige Antworten? Für diese komplexe Aufgabe sind weit größere Fertigkeiten erforderlich als für die Erstellung einer systematischen Übersichtsarbeit. Vielerorts besteht die Hoffnung, dass klinische Leitlinien immer besser die Rolle der Übersetzung der Forschung in die Praxis übernehmen können und werden. Die Kontroverse, die dieses Thema umgibt, geht über den Rahmen der vorliegenden Arbeit hinaus. Es ist vielleicht ausreichend zu sagen, dass wir uns nicht vorstellen können, dass Leitlinien, wie ausgereift auch immer, klinische Kompetenz und Erfahrung je ersetzen können werden, genauso wenig wie die Straßenverkehrsordnung geschicktes Fahren ersetzen kann. In künftigen Studien sollte vielleicht auch die Kompetenz untersucht werden, mit der Therapeuten bestimmte Behandlungen umsetzen, und in welcher Beziehung dieser Faktor zum Patienten-Outcome steht.

Im Zusammenhang mit der fehlenden Umsetzung von Leitlinien in klinisches Verhalten (Chilvers, Harrison, Sipos & Barley, 2002; Higgitt & Fonagy, 2002) ist es hilfreich, zwischen „Diffusion“, „Disseminierung“ und „Implementierung“ zu unterscheiden (Palmer & Fenner, 1999). Dies

sind zusammenhängende Phasen eines Prozesses, die durch zunehmende Aktivität gekennzeichnet sind. Die Veröffentlichung in einem Artikel einer Fachzeitschrift (Diffusion) ist eine passive Form der Kommunikation, willkürlich, ungezielt und unkontrolliert (anscheinend ungenügend, um nennenswerte Veränderungen in der klinischen Praxis zu bewirken). Die Entwicklung und Verbreitung von Praxisleitlinien, Übersichten usw. ist ein aktiverer Vorgang und an ein bestimmtes Zielpublikum gerichtet (Disseminierung). Die Implementierung ist nochmals aktiver, mit Sanktionen und Anreizen, Überwachung und einer Anpassung an regionale Erfordernisse. Die Methoden für die Umsetzung von Leitlinien in die Praxis reichen vom Einsatz schriftlicher Materialien über edukative Bemühungen durch Produktbefürworter, finanzielle Anreize und patientenvermittelte Interventionen bis hin zu Erinnerungssystemen. Ungeachtet von Problemen im Zusammenhang mit der Aktualität von Leitlinien besteht die sehr reale Frage, inwieweit Leitlinien wirklich Anwendung finden. Auf einer vor kurzem in Australien durchgeführten Konferenz zur Prüfung des Schicksals von 14 Leitlinien wurde festgestellt, dass keine der Leitlinien gut umgesetzt worden war. Merkbare Effekte waren umso wahrscheinlicher, je kürzer die Leitlinien waren. Die Erfolgswahrscheinlichkeit einer Implementierung war bei Einleitung auf lokaler Ebene am höchsten.

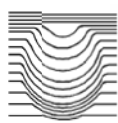
11.7. Das Gehirn und der Geist

Die Frage lautet nicht: „Ist Psychotherapie zu Zeiten von Prozac noch relevant?“, sondern: Wie können wir ihr vor einem Hintergrund zunehmend fragmentierter sozialer Unterstützungssysteme wirklich Gewicht verleihen und wie können wir sie effizient dort einsetzen, wo die aktuelle Pharmakotherapie nicht ausreicht? Medikamente und Psychotherapie wirken beide so, wie sie wirken, weil sie einen Einfluss auf das Funktionieren des Gehirns haben. Wie könnte es auch anders sein, wo doch das Gehirn das Organ des Geistes ist? Erkrankungen des Geistes sind eindeutig Erkrankungen des Gehirns. Das Ergebnis von Psychotherapien sollte deshalb ebenso leicht (oder leichter) in Form von Gehirnfunktion wie in Form von Verhalten oder subjektiver Berichte zu messen sein.

Doch das Gehirn ist nicht die letzte Grenze unseres Wissens über den Geist. Gefühle lassen sich auf grobe Weise durch Medikamente verändern, ohne dass dabei die Erfahrung der psychischen Erkrankung oder die medikamenteninduzierte Veränderung einen Sinn erhält. In der Psychotherapie kristallisiert sich das Prinzip der psychologischen Verursachung: dass es in vielen Fällen wohl am hilfreichsten ist, psychische Störungen aus einer psychologischen Perspektive zu sehen, als das Produkt spezifischer Überzeugungen, Wünsche und Gefühle. Ohne ein psychologi-

sches Verständnis von psychischen Störungen wäre es unmöglich, die offenkundigen sozialen Wege zu verstehen, die zu psychischen Störungen führen: Armut, Arbeitslosigkeit, Inzest, Obdachlosigkeit, seelische Verzweiflung ob der Gewalt und Herzlosigkeit Missbrauch betreibender Eltern, die fast grenzenlosen Möglichkeiten, die Menschen finden, um sich gegenseitig Leid zuzufügen – all diese Schändlichkeiten beeinflussen die Erwartungen, die Menschen an andere haben, das Vertrauen, das sie zu fühlen in der Lage sind, ihren Ärger darüber, wie man mit ihnen umgeht, die komplexen Mechanismen, die wir alle entwickeln, um in dem sozialen Kontext zurechtzukommen, den uns das Schicksal in die Wiege gelegt hat. Ein Abwenden von der Psychotherapie könnte bedeuten, dass wir unsere Ohren vor derartigen Qualen verschließen. Psychotherapeuten haben die Prävalenz und Langzeitfolgen von Kindesmisshandlungen an die Öffentlichkeit gebracht. Es sind die Gefühle, Wünsche, Überzeugungen, Gedanken und Sehnsüchte im Gefolge der Verzweiflung, um deren Verarbeitung willen die Psychotherapie bewahrt werden muss.

Schwere soziale Benachteiligung erhöht das Risiko einer psychischen Erkrankung um ein Vielfaches. Dass es sich hierbei eher um einen psychologischen als um einen rein physischen Vorgang handelt, wird durch die prädiktive Kraft relativer statt ab-



Fortbildungsstelle

Psychotherapeutisches
Zentrum

Qualifizierung · Fortbildung · Training

- Ressourcenorientierte Verhaltenstherapie
- Interpersonelle Therapie der Depression
- Qualitätsmanagement in der ambulanten psychotherapeutischen Versorgung
- Akkreditierte Fortbildungen Landespsychotherapeutenkammer Baden-Württemberg

Christian-Belser-Str. 79a

70597 Stuttgart

Fon 0711 6781 421

info@fortbildungsstelle-online.de

DGSS e.V.
www.dgss.org

Curriculum der Schmerzgesellschaften

DGPSF e.V.
www.dgpsf.de

Theorie: 80 Stunden (in 5 Blöcken à 2 Tagen)

Schmerz-Psychotherapie

Berlin - Bad Salzuflen - Bochum - Hamburg - Mainz - München

DMKG e.V.
www.dmkg.de

Alle Termine und Informationen für 2005 unter
www.schmerzpsychotherapie.info

DGS e.V.
www.stk-ev.de

soluter Mittellosigkeit bestätigt. Je weiter unten im Sozialgefüge, umso größer ist das Elend, unabhängig vom tatsächlichen materiellen Besitz des Einzelnen. Es ist die gefühlte Benachteiligung, die psychologische Gift ist. Natürlich kann man in diesem – und jedem anderen – Fall argumentieren, die Erfahrung von Deprivation sei ein Gehirnzustand, doch die logische Schlussfolgerung aus diesem Argument wurde bereits in Huxleys Roman *Schöne neue Welt* angedeutet. Niemand würde ernsthaft nahe legen, die geeignetste moralische Möglichkeit zur Lösung der riesigen, durch soziale Benachteiligung aufgeworfenen Probleme könnte die medikamentöse Unterdrückung des Elends sozialer Ausgrenzung sein!

Doch die Heimat der Psychotherapie, die geistige Welt der Überzeugungen, Wünsche und Gefühle – eine Zeit lang von zentraler Bedeutung für die Psychiatrie des 20. Jahrhunderts – ist ein zerbrechliches Wesen. Die Aufrechterhaltung der kausalen Bedeutung von Sinn ist durch ein starkes menschliches Bedürfnis nach Konkretheit und Einfachheit gefährdet, das von der Physik und Biologie der Hirnforschung bedient wird. Nur ein psychologischer Fortschrittsgegner würde den enormen Nutzen ignorieren, den wir aus der Hirnforschung gezogen haben. Doch wir wären ebenso irreführt, wenn wir ihre Kosten bestritten. Die Hirnforschung hat Auswirkungen auf unsere Kultur. Die von ihr gelieferten Antworten haben – nach Übersetzung in überschwängliche mediale Kurzbotschaften – das Ethos untergraben, nach psychologischem Sinn in der Art und Weise zu suchen, wie Therapeuten mit Klienten arbeiten. Der natürliche Wunsch des Menschen, eine Erzählung, eine Geschichte rund um die eigenen Erfahrungen zu erschaffen, hat unter wirtschaftlichem und politischem Druck einer tief greifenden Respektlosigkeit gegenüber dem Geistigen Platz gemacht, die weniger aus einer Desillusionierung über die Wirksamkeit der Psychotherapie hervorgegangen ist als vielmehr aus dem Reduktionismus gewisser biologischer Psychiater. Die Vereinigten Staaten haben in den vergangenen 15 Jahren einen verheerenden Rückgang im Interesse an der Psyche erlebt. Viele amerikanische

Health Maintenance Organisations (die Protektionisten der Gewinnspannen der Versicherungsgesellschaften) bewilligen heute entweder gar keine Psychotherapie oder höchstens ein halbes Dutzend Sitzungen. Wie zu erwarten – und zeitgleich mit der biologischen Revolution in der Psychiatrie – sind die Ausgaben für die psychische Gesundheitsversorgung in den USA real um einen Faktor von 50% gesunken.

Psychotherapie ist für eine ganzheitliche psychische Gesundheitsversorgung von entscheidender Bedeutung. Wir können uns nicht leisten, sie aufzugeben, wenn wir den Betroffenen eine sinnvolle und respektvolle Betreuung anbieten wollen. Meine Besorgnis gilt hier dem Risiko irreparabler, wenngleich unbeabsichtigter Schäden an einer Perspektive, die in der Psychiatrie bewahrt, was an unserer Spezies einzigartig ist – dass wir ineinander das Vorhandensein eines Geistes erkennen, das Vorhandensein von Gefühlen, Wünschen und Überzeugungen als Motivatoren von Verhalten, sei es adaptiv oder maladaptiv. Ein Abwenden von der psychologischen Therapie, von der Wahrheit der Bedeutung des Geistes, birgt das Risiko apokalyptischer kultureller und sozialer Veränderungen, die unvermeidbar sind, wenn wir persönliche Erfahrungen verspotten und anfangen, uns über die Gefühle, Gedanken und Wünsche unserer Mitmenschen lustig zu machen.

11.8. Wissenschaft und Wissenschaftlichkeit

Abschließend noch ein Wort zu Wissenschaft und Wissenschaftlichkeit in der Psychotherapieforschung. Wir alle haben ein Bedürfnis nach Sicherheit, wir erleben Unbehagen bei Nichtwissen und riskieren bei Unkenntnis einen ängstlichen Rückzug in Pseudowissen (so bezeichnend für die Anfangsjahre der Medizin). Ein wissenschaftlicher Ansatz ist offenkundig unglaublich hilfreich gewesen und hat viele Millionen Menschenleben gerettet. Hiergegen zu argumentieren, wäre nicht nur ungehobelt, sondern eindeutig unmoralisch und destruktiv. Doch für eine mechanische Lesart von Evidenz zu argumentieren, wie es einige klinische Psychologen getan haben

(Chambless & Hollon, 1998; Chambless et al., 1996), birgt ein ebenso großes Schadensrisiko.

Die im Rahmen der vorliegenden Initiative zusammengetragene Forschungsevidenz muss sorgfältig abgewogen werden. Es sind verschiedene Evaluierungskanäle erforderlich, und diese müssen offen gehalten und aktiv gepflegt werden. Kein Therapeut, der etwas auf sich hält, wird sein Vorgehen über Nacht ändern. Er wäre töricht, wenn er dies täte. Evidenz muss gelesen und evaluiert werden, sie muss in den Kontext dessen gesetzt werden, was möglich ist, wünschenswert wäre und zu den gegebenen Möglichkeiten passt. Es gilt zu bedenken, dass zumindest auf dem Gebiet der psychischen Gesundheit, wahrscheinlich aber auch in den meisten anderen Bereichen klinischer Behandlung, die Behandlungsmethode lediglich für einen – verglichen mit der Art des Problems des Patienten – vergleichsweise kleinen Anteil der Varianz des Erfolgs verantwortlich ist (Weisz, Weiss, Han, Granger & Morton, 1995; Weisz, Weiss, Morton, Granger & Han, 1992), diese Varianz aber durchaus mit der Kompetenz des behandelnden Therapeuten in Zusammenhang stehen könnte. Letztere Form der Varianz muss sorgsam gehütet und bewahrt werden, nicht nur, weil hier die Kunst der Medizin liegt, sondern auch, weil durch Untersuchungen genau dieser Variabilität künftig bedeutende Fortschritte in der Gesundheitsversorgung erzielt werden könnten – vorausgesetzt, wir können diese einer empirischen Prüfung unterziehen.

Die **Literatur** zu beiden Teilen des Artikels finden Sie auf der Internetseite der Zeitschrift unter „www.psychotherapeutenjournal.de“.

Peter Fonagy, PhD, FBA

Anthony Roth, PhD

Sub-Department
of Clinical Health Psychology
University College London
Gower Street
London WC1E 6BT
Großbritannien
p.fonagy@ucl.ac.uk
a.roth@ucl.ac.uk