

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 haupt-

sächlich 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.

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 zur Schizophrenie	212	6.2. Erkenntnisse für die Zukunft	216
3. Schizophrenie	210	4. Bipolare Störungen	213	7. Posttraumatische Belastungsstörungen	216
3.1. Familieninterventionen	210	4.1. Der Status quo	213	7.1. Der Status quo	216
3.1.1. Der Status quo	210	4.2. Erkenntnisse für die Zukunft	214	7.2. Erkenntnisse für die Zukunft	218
3.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft	211	5. Spezifische Phobien und soziale Phobien	215		
3.2. Kognitive Verhaltenstherapie	211	5.1. Der Status quo	215		
3.2.1. Der Status quo	211				
3.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft	212				

Inhalt Ausgabe 4/2004

Essstörungen	Substanzmissbrauch	Pragmatische Studien
Anorexia nervosa	Alkoholabhängigkeit und Alkoholmissbrauch	Klinische Leitlinien
Der Status quo	Der Status quo	Das Gehirn und der Geist
Erkenntnisse für die Zukunft	Erkenntnisse für die Zukunft	Wissenschaft und Wissenschaftlichkeit
Bulimia nervosa	Kokain	
Der Status quo	Der Status quo	
Erkenntnisse für die Zukunft	Erkenntnisse für die Zukunft	
Persönlichkeitsstörungen	Diskussion	
Psychodynamische Therapie	Evidenz für evidenzbasierte Praxis	
Der Status quo	Das Fehlen von Evidenz oder Evidenz für Unwirksamkeit	
Erkenntnisse für die Zukunft	Die Tragweite der Aufgabe	
Kognitive und dialektische Verhaltenstherapie	Das ideale Ergebnisforschungsprogramm	
Der Status quo		
Erkenntnisse für die Zukunft		

* 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 psychologischer 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 gewährleisten. 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.

2. Depression

2.1. Der Status quo

Depression ist weltweit eine der häufigsten Ursachen für Arbeits- und Erwerbsunfähigkeit (Weltgesundheitsorganisation, 2001), und entsprechend liegt umfassende Evidenz für die kurzfristige Wirksamkeit psychologischer Interventionen bei depres-

Klinik für Psychosomatische Medizin

Sebastian-Kneipp-Allee 3a/5
87730 Bad Grönenbach
Telefon (0 83 34) 9 81-100
Telefax (0 83 34) 9 81-299
www.kliniken-groenenbach.de
info@kliniken-groenenbach.de

Eine Fachklinik der
Wittgensteiner Kliniken
— Aktiengesellschaft —
www.wka.de · info@wka.de

Psychosomatik Bad Grönenbach

An der Klinik für Psychosomatische Medizin Bad Grönenbach wurde in 25 Jahren ein Konzept entwickelt, das auf dem Hintergrund humanistischer Werte psychodynamische Therapie mit erlebnisaktivierenden Verfahren und störungsspezifischen Elementen der Verhaltenstherapie verbindet.

Klinikschwerpunkte:

Depressionen, Essstörungen (Bulimie, Anorexie, Adipositas), Angststörungen, Posttraumatische Belastungsstörung, Somatoforme Störungen, Psychosomatische Krankheiten (z. B. Colitis), Abhängigkeitserkrankungen (nur in Verbindung mit anderen psychischen Störungen), Störungen der Persönlichkeitsentwicklung (v. a. Borderline-Persönlichkeitsstörung), Reifungs- und Entwicklungskrisen, Burn-out, Mobbing-Betroffene.

Eine störungsspezifische Konzeptbeschreibung finden Sie auf unserer Homepage.

Suchen Sie Unterstützung bei der Antragstellung für Ihre Patienten:
Info-Hotline: Telefon (0 83 34) 9 81-138 · arztsekretariat@kliniken-groenenbach.de

siven Episoden vor. In der jüngeren Literatur (Narrow, Rae, Robins & Regier, 2002) wird angeführt, dass die Prävalenzraten von Depression überschätzt wurden, da sie nicht berücksichtigten, inwieweit Symptome zu Hilfe suchendem Verhalten führten und ein signifikantes Maß an Leiden zur Folge hatten. Die Ein-Jahres-Prävalenz depressiver Episoden bei Erwachsenen im Alter von 18 bis 54 liegt bei 4,5; bei Dysthymie beträgt der Wert 1,6. Dies mag zwar eine konservative Schätzung sein, doch wahrscheinlich ist sie als Indikator für den Versorgungsbedarf hilfreich. Es gibt Anzeichen, dass die Prävalenzraten von Depression insgesamt steigen, insbesondere bei jungen Menschen (Fombonne, 1998). *Auf Grund des demographischen Wandels und der hohen Prävalenz von Depression bei älteren Erwachsenen ist es dringend erforderlich, effektive Therapien für diese Altersgruppe zu ermitteln.* Zwar erholt sich ein bedeutender Anteil (vermutlich etwa 40%) der Patienten mit depressiven Episoden innerhalb eines Jahres und bei 60% ist nach zwei Jahren eine Erholung zu verzeichnen, doch ein Wiederauftreten ist sehr wahrscheinlich: In 85% der Fälle, in denen eine Erholung erreicht wurde, kommt es innerhalb 15 Jahren zu einem Rezidiv (Judd et al., 1998; Mueller & Silverman, 1989; Wells, Burnam, Rogers, Hays & Camp, 1992).

Die ehrgeizigste Studie im Rahmen des NIMH Treatment of Depression Collaborative Research Program zeigte mehr als deutlich, dass bei einer nur 16-wöchigen psychotherapeutischen Behandlung (KVT, IPT) nur bei wenigen Patienten eine Erholung eintritt und anhält. Interventionen dieser Dauer reichen bei der Mehrheit der Patienten nicht aus, um ein ausreichendes Funktionieren aufrechtzuerhalten. Die Daten dieser Studie wurden anderen Forschern zur Verfügung gestellt, und einige von ihnen führten Post-hoc-Analysen durch, in dem Versuch, einen Bezug zwischen bestimmten Merkmalen der durchgeführten Behandlung und dem Behandlungsergebnis herzustellen. Obgleich die Ergebnisse in vielen Fällen faszinierend sind, haben sie doch keine wesentlichen Veränderungen der Implikationen zur Folge, die sich aus den ursprünglichen Schlussfolgerungen der Studie ergeben

hatten. Das verhältnismäßig schlechte Abschnitten der KVT in den NIMH-Studien (78% der Probanden zeigten eine klinisch signifikante Verbesserung auf der Hopkins Symptom Checklist gegenüber 93% bei IPT) (Ogles, Lambert & Sawyer, 1995), insbesondere bei Patienten mit einer schweren Depression, war Anlass, die relative Effektivität von KVT und medikamentöser Behandlung einer gründlichen Neubewertung zu unterziehen. Die in jüngster Zeit an zwei Standorten durchgeführte Forschung (Pennsylvania University und Vanderbilt University, Derubeis & Hollon, 2002) ergab, dass die Ansprechraten von Pharmakotherapie und KVT nach 16 Wochen mit etwa 57% gleichauf lagen. Eine Reihe weiterer gut kontrollierter Studien legen alle dieselben Schlussfolgerungen nahe: Kurzzeittherapien haben einen deutlichen, aber nur kurz andauernden Effekt auf eine Depression, und die langfristige Wirksamkeit von Akutbehandlungen erweist sich bei der Mehrheit der Patienten als verhältnismäßig gering. Nur bei einem Drittel bis einem Viertel einer beliebigen Stichprobe kann erwartet werden, dass auch nach 18 Monaten die Erholung noch anhält und kein Rezidiv eingetreten ist (Barkham et al., 1996; Shapiro et al., 1994; Shapiro et al., 1995; Shea, Elkin et al., 1992). Infolge dieser Erkenntnisse konzentriert sich die Forschung nun auf Methoden der Rückfallprävention, bei denen kurze Interventionsperioden von weniger intensiven Erhaltungsbehandlungen abgelöst werden (z. B. Jarrett et al., 1998; Jarrett et al., 2001; J. D. Teasdale et al., 2000). Diese berechtigen zu Hoffnung, besonders für Patienten mit instabilem Remissionsmuster, die mehr als eine depressive Episode hatten und deren erste Episode im frühen Jugendalter auftrat. Meta-Analysen jüngerer Datums (z. B. Geddes et al., 2003) haben gezeigt, dass fortgesetzte medikamentöse Therapien auch helfen können, die Wahrscheinlichkeit nachfolgender depressiver Episoden zu verringern. Berücksichtigt man die zunehmende Evidenz, dass psychologische Therapien geeignet sind, die Latenz bis zum Auftreten eines Rezidivs zu verlängern, scheint es wahrscheinlich, dass eine wohl überlegte Kombination pharmakologischer und psychologischer Interventionen den Verlauf einer Depression wesentlich beeinflussen könnte. *Die pharmakologisch-psy-*

chotherapeutische Rezidivprophylaxe bei depressiven Episoden stellt somit ein Forschungsziel für die Zukunft dar.

Ob Pharmakotherapie und psychologische Therapien am besten als alternative oder einander begleitende Ansätze betrachtet werden sollten, ist eine interessante Frage. In klinischen Leitlinien wird zwar häufig von den additiven Vorteilen einer Medikation ausgegangen, doch Forschungsarbeiten äußern sich überraschend unbestimmt zu den Vorteilen einer Kombination der Therapien (z. B. Casacalenda, Perry & Looper, 2002; DeRubeis, Gelfand, Tang & Simons, 1999; Thase et al., 1997). Die Schlussfolgerung scheint berechtigt, dass bei Patienten mit einer schweren Depression die Evidenz für Unterschiede in der Wirksamkeit von alleiniger Pharmakotherapie oder reiner Psychotherapie gering ist und widersprüchlich zu sein scheint. Es besteht zunehmende Evidenz, die vermuten lässt, dass eine Kombination von pharmakologischen und psychologischen Therapien in vielen Fällen schwerer Depression die Strategie der Wahl ist (Burnand, Andreoli, Kolatte, Venturini & Rosset, 2002; Keller et al., 2000). Insbesondere scheint eine erhaltende Psychotherapie mit niedriger Behandlungsfrequenz bei chronisch depressiven Patienten den Vorteil zu bieten, sowohl die Compliance mit medikamentösen Behandlungen zu verbessern als auch unabhängig davon niedrigere Rezidivraten zu fördern (Reynolds, Frank, Perel et al., 1999).

Im Hinblick auf die Art der Therapie befassen sich die umfassendsten Studien mit der kognitiven Verhaltenstherapie (KVT). Sie ist aus der Verhaltenstherapie abgeleitet und konzentriert sich auf maladaptive Kognitionen wie z. B. Selbstbeschuldigungen. Es wurde nachgewiesen, dass die Wirkungen dieser Therapie mit denen der Pharmakotherapie vergleichbar sind (z. B. Blackburn & Moore, 1997; Jarrett et al., 1999; Keller et al., 2000). In einigen Übersichtsarbeiten wurde die Behauptung aufgestellt, dass die mit dieser Art von Therapie verbundenen Effektstärken größer seien als bei anderen psychologischen Behandlungsformen mit der Ausnahme von Verhaltenstherapie (VT) (z. B. Gloaguen, Cottraux, Cucherat & Blackburn, 1998).

Eine genauere Überprüfung solcher Forschungsergebnisse offenbart jedoch, dass große Effektstärken bei kognitiven Therapien in der Regel mit Vergleichen verbunden sind, bei denen die Kontroll- bzw. Vergleichstherapie keine „echte“, auf einem soliden theoretischen Grundprinzip aufbauende Therapie ist, wie z. B. Entspannungstherapie (Wampold, Minami, Baskin & Callen-Tierney, 2002). *Als wichtige Schlussfolgerung aus dieser Literatur lässt sich festhalten, dass strukturierte, theoretisch begründete Behandlungsformen klinische Effektivität zu verbürgen scheinen.* Die Wirksamkeit einer Gruppentherapie liegt nur wenig unter der einer Einzeltherapie, jedoch kommt es häufiger zu Therapieabbrüchen (McDermut, Miller & Brown, 2001).

Die Anzahl der Studien über psychodynamische (psychoanalytisch orientierte) Therapien ist relativ gesehen geringer. Kürzlich wurde in zwei Studien die Wirkung psychodynamischer Psychotherapien in Kombination mit einer medikamentösen

Behandlung untersucht. Eine sechsmonatige Behandlung mit 16 Sitzungen (de Jonghe, Kool, van Aalst, Dekker & Peen, 2001), bei der Übertragungsdeutungen explizit ausgeschlossen wurden, belegte einen wesentlichen Vorteil der Kombinationsbehandlung gegenüber einer rein medikamentösen Behandlung (Fluoxetin). In einem Vergleich der Ergebnisse einer alleinigen psychodynamischen Therapie mit denen einer Kombinationsbehandlung mit Antidepressiva (Clomipramin oder Citalopram) stellten Burnand et al. (Burnand et al., 2002) fest, dass in beiden Fällen eine gleich hohe Effektivität zu verzeichnen war. Mindestens ein Review über Studien, welche die kognitive Verhaltenstherapie mit einer psychodynamischen Kurzzeittherapie vergleichen, deutet auf eine vergleichbare Effektivität hin, wenn im Rahmen der psychodynamischen Therapie mindestens 13 Sitzungen angeboten wurden (Leichsenring, 2002).

Die aus der psychodynamischen Therapie abgeleitete interpersonelle Psychotherapie

(IPT) zielt auf die Bewältigung von Problemen im zwischenmenschlichen Umfeld ab, die möglicherweise zur Depression des Patienten beigetragen haben. Die IPT wurde recht umfassend erforscht und als verhältnismäßig effektiver Ansatz zur Verminderung einer Depression erkannt, insbesondere bei Anwendung in Kombination mit Antidepressiva (Reynolds, Frank, Dew et al., 1999; Reynolds, Frank, Perel et al., 1999). Die Paartherapie, ein grundsätzlich interpersoneller Ansatz, wird auf Basis der Evidenz angeboten, dass vom Ehepartner geäußerte Kritik sich negativ auf die Prognose des Patienten auswirkt. In einer Reihe von Studien wurden Einzel- und Paartherapieansätze einander gegenübergestellt (z. B. Emanuels-Zuurveen & Emmelkamp, 1996) und äquivalente Ergebnisse festgestellt. So konnten Leff et al. (Leff et al., 2000) belegen, dass Paartherapie eine höhere Effektivität aufwies als die medikamentöse Behandlung mit Desipramin bzw. Trazodon oder Fluvoxamin in Kombination mit Psychoedukation (die Vergleichbarkeit wurde durch eine entsprechende Zahl von

NEU Psychotherapeutenkalender 2005

✓ **Buchkalender** (Format 20,5 cm x 26,0 cm) auf dem Basiskalendarium des bei Psychotherapeuten seit Jahren geschätzten MAGNUM-Kalender

- Eine Woche auf zwei gegenüberliegenden Seiten
- Zeitspalte von 7.00 Uhr bis 20.00 Uhr mit hinreichender Eintragsmöglichkeit
- Großzügiges Notizfeld für Ihre Wochenarbeitsplanung

✓ **Umfassender Materialteil** mit allen für Ihre tägliche Arbeit relevanten Vertrags- und Gesetzestexten

- Psychotherapeutengesetz • Psychotherapie-Richtlinien
- Psychotherapie-Vereinbarung • Beihilfavorschriften
- EBM 2000plus • Gebührenordnung für Psychotherapeuten
- Ausbildungsverordnung PP • Ausbildungsverordnung KJP

✓ **Umfassender Anschriftenteil**

- Adresse Bundespsychotherapeutenkammer
- Adressen aller Psychotherapeutenkammern der Länder
- Adressen aller KVen
- Adressen Berufsverbände

✓ **Sensationell günstiger Preis von**

€ 24,95 inkl. Versand

€ 19,95 inkl. Versand für Mitglieder von DPTV und **Vereinigung**
Erstauslieferung: **November 2004**

Herausgegeben und zusammengestellt von DPTV (Deutscher Psychotherapeutenverband e.V.) und **Vereinigung der Kassenpsychotherapeuten**.



Hogrefe

Jetzt Online bestellen!

Hogrefe Verlag

Rohnsweg 25 • 37085 Göttingen
Tel.: 05 51 - 4 96 09-0 • Fax: -88
E-Mail: verlag@hogrefe.de
Internet: www.hogrefe.de

Sitzungen gewährleistet). Die Pharmakotherapie war hinsichtlich der im BDI erzielten Punktwerte weniger effektiv als die Paartherapie. Es scheint, dass sich hier ein beträchtlicher Fortschritt für Paare, bei denen eine unharmonische eheliche Beziehung ein zentrales Problem darstellt, erzielen lassen würde (Leff & Everitt, 2001). *Die Indikatoren für die Wirksamkeit der Paartherapie sind jedoch keinesfalls robust und dies könnte ein weiteres wichtiges Feld für eine genauere Untersuchung sein.*

Problemlösetherapie (Mynors-Wallis, Gath, Day & Baker, 2000; Mynors-Wallis, Gath, Lloyd-Thomas & Tomlinson, 1995) und Beratung (Churchill et al., 1999; Rowland, Bower, Mellor, Heywood & Godfrey, 2001) können sich bei milderen Depressionen, die im Bereich der Primärversorgung vorkommen, und bei chronischer Depression (Dysthymie), die in der Allgemeinbevölkerung anzutreffen ist, als hilfreich erweisen (Barrett et al., 2001; Dowrick et al., 2000).

Es ist sehr zu bedauern, dass die Relevanz vieler dieser Studien durch die hohen Korrelationen (insbesondere in den früheren Studien) zwischen der theoretischen Ausrichtung der Forscher und den für die jeweilige Therapie berichteten Effektstärken in Frage gestellt wird (Gaffan, Tsaousis & Kemp-Wheeler, 1995). So ist denn auch nicht auszuschließen, dass zahlreiche Ergebnisstudien, deren Erkenntnisse nicht mit den Wünschen und Erwartungen der Forscher übereinstimmen, unveröffentlicht bleiben. In einer Untersuchung des Forschungsteams von Lester Luborsky (Luborsky et al., 1999) wird nachgewiesen, dass auf Grund der Überzeugungen der Forscher im Hinblick auf die Wirksamkeit der Therapie (Allegiance-Effekt) fast 70% der Ergebnisvarianz von Studien vorhersagbar sind. Werden gleichzeitig drei verschiedene Methoden zur Messung des Allegiance-Effekts eingesetzt, können wir – einfach von unserem Wissen über die Ausrichtung des Forschers ausgehend – in 92% der Fälle voraussagen, welche von zwei oder mehreren verglichenen Therapien am besten abschneiden werden. Dieser Allegiance-Effekt könnte sich als schädlich erweisen, denn Forscher, die weniger fokussierte, längerfristige Behandlungsan-

sätze bevorzugen, werden so nach und nach von den Finanzierungsmöglichkeiten ausgeschlossen, und wenn es überhaupt zu einer systematischen Untersuchung der von ihnen vertretenen Therapien kommt, werden solche Studien von denjenigen durchgeführt, die am wenigsten Interesse an der betreffenden Behandlung haben. *Allegiance-Effekte sollten leicht auszugleichen sein, indem Mechanismen für eine gleichberechtigte Verteilung von Mitteln geschaffen und Forschungsteams mit Vertretern unterschiedlicher Ausrichtungen gebildet werden.*

Sowohl die medikamentöse Therapie als auch die Psychotherapie haben mit Problemen der Patienten-Akzeptanz zu kämpfen (z. B. Elkin et al., 1989; Fawcett, Zajecka & Kravitz, 1989). Bei der Psychotherapie kann die Zahl derer, die eine Therapie auf Grund verzögerter Behandlungseffekte sofort abbrechen, hoch sein, während Antidepressiva Nebenwirkungen haben, die von manchen Patienten schlecht toleriert werden. Alle Studien weisen darauf hin, dass die Qualität der durchgeführten Therapie ein kritischer Faktor dabei ist, ein Funktionieren des Patienten auf Dauer zu gewährleisten (z. B. Frank, Kupfer, Wagner, McEachern & Cornes, 1991). *Dies unterstreicht die Bedeutung der Prozessforschung, um letzten Endes eine Maximierung der Akzeptanz und der Ergebnisse zu erzielen.*

Es ist schwierig, Ergebnismuster mit Prozessfaktoren in Beziehung zu setzen, denn die zuzuschreibenden Effektstärken sind in der Regel recht gering, und es empfiehlt sich sicherlich nicht, von einer linearen Beziehung zwischen Prozessfaktoren und Ergebnissen auszugehen. Ein signifikanter Zusammenhang zwischen den gemessenen Faktoren therapeutisches Bündnis und Ergebnis wurde nachgewiesen (Castonguay, Goldfried, Wiser, Raue & Hayes, 1996; Krupnick et al., 1996; Stiles, Agnew-Davies, Hardy, Barkham & Shapiro, 1998). Im Hinblick auf die Patientenmerkmale sind die Schwere bei Erkrankungsbeginn, ein jüngeres Alter bei erstem Auftreten und die Anzahl der vorangegangenen Episoden Faktoren, die in der Regel eine größere Herausforderung an die Therapie bedeuten (z. B. Hamilton & Dobson, 2002).

Allerdings ist die Variabilität zwischen den Studien auffällig (so wurde beispielsweise in der NIMH-Studie das Alter beim ersten Auftreten nicht mit den Behandlungsergebnissen in Zusammenhang gebracht; Agosti & Ocepek-Welikson, 1997). Die Evidenzbasis für einen abschwächenden Effekt von Persönlichkeitsstörungen auf die Therapie ist widersprüchlich; einer Reihe von Studien mit verhältnismäßig großen Stichproben zufolge besteht wenig Evidenz für den klinischen Konsens, dass eine vorhandene PS das Behandlungsergebnis beeinträchtigt (z. B. Kuyken, Kurzer, DeRubeis, Beck & Brown, 2001). Es scheint wahrscheinlich, dass bestimmte Typen von Persönlichkeitsstörung mit spezifischen Therapieformen oder möglicherweise mit spezifischen Persönlichkeiten interagieren können. In ähnlicher Weise können bestimmte Persönlichkeitstypen für spezifische Therapieansätze besonders geeignet sein. Barber und Muenz (Barber & Muenz, 1996) äußern die Ansicht, dass Patienten mit einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung stärker auf KVT ansprechen (die Therapie ermutigt sie, sich gefürchteten Situationen auszusetzen), während Patienten mit einer Zwangsstörung (und folglich mit mangelnder Ausdrucksfähigkeit) von expressiveren Therapieformen (z. B. IPT) profitieren, die das Ausdrücken von Emotionen fördern. Blatt et al. (Blatt, Quinlan, Zuroff & Pilkonis, 1996) stellten fest, dass die Behandlungsergebnisse sowohl bei KVT als auch bei IPT für Patienten mit schwach oder stark ausgeprägtem Perfektionismus in keiner Beziehung zu der Entwicklung des therapeutischen Bündnisses standen. Es ist möglich, dass Personen, deren Perfektionismus schwach ausgeprägt ist, therapeutische Unvollkommenheiten tolerieren können, während Patienten mit einem stark ausgeprägten Perfektionismus relativ unzugänglich für alles außer einer negativen Sicht ihrer selbst und der anderen sind. Es bestand jedoch ein signifikanter Zusammenhang zwischen den Behandlungsergebnissen bei Patienten mit mittelstark ausgeprägtem Perfektionismus und der Stärke des therapeutischen Bündnisses, sodass vermutet werden kann, dass diese Patienten Änderungen in der Vorgehensweise des Therapeuten wahrnehmen und potenziell darauf ansprechen. Manches deutet darauf hin, dass bei die-

sen Patienten nicht das übliche Muster eines mit fortschreitender Therapie zunehmenden Engagements erkennbar ist (Zurhoff et al., 2000); entsprechend müssen sich die Therapeuten hier möglicherweise auf Strategien konzentrieren, mit denen die Fähigkeit des Patienten zur aktiven Mitwirkung an der eigenen Therapie gesteigert werden kann. *Allgemein wird es die Aufgabe der Forschung sein, sich nicht nur auf das Aufzeigen individueller Unterschiede zu beschränken, sondern die gewonnenen Erkenntnisse in überprüfbare technische Empfehlungen umzusetzen.*

Ist es möglich, solche potenziell kontraproduktiven Auswirkungen von Behandlungen durch Therapeuten zu umgehen? Bibliotherapie und Selbsthilfe mittels Computerprogrammen, bei denen es nicht zu einem Kontakt zwischen dem Therapeuten und dem Klienten kommt, haben sich als bemerkenswert effektiv erwiesen und sind eher als echte Rivalinnen der psychologischen Interventionen zu betrachten als die Pharmakotherapie (Cuijpers, 1997; Williams & Whitfield, 2001). Für die Mehrheit der Studien wurden die Teilnehmer über die Medien rekrutiert. Eine Studie, in der eine kognitive Gruppen-Verhaltenstherapie, eine Bibliotherapie unter Ausschluss von KVT-Begriffen und eine erfahrungsorientierte Gruppentherapie einander gegenübergestellt wurden, ergab für alle drei Interventionsformen dieselbe Effektivität nach einer Zeit von drei Monaten (Beutler, Engle, Mohr, Daldrup & al., 1991). Studien über computergestützte Therapien stellen eine noch größere Herausforderung dar. So wurde in einer Studie mit Patienten, die überwiegend durch ein Screening von Stichproben aus Bevölkerungsgruppen mit hohem Risiko rekrutiert wurden, festgestellt, dass beim Vergleich eines computergestützten KVT-Programms mit einer traditionellen Behandlung die Nachbeobachtung nach sechs Monaten für die Teilnehmer des computergestützten KVT-Programms eine Reduzierung des Scores im BDI von 25 auf 9 ergab, während der Punktwert in der Vergleichsgruppe von 24 auf 16 sank (Proudfoot et al., im Druck). *Die Nutzung des Internets für Therapie-zwecke steckt noch in den Anfängen und bietet eindeutig ein enormes Potenzial für psychologische Therapien.*

2.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Niemand kann behaupten, dass sich Depression mit Psychotherapie „heilen“ lässt, doch in einer Vielzahl von Studien mit Teilnehmern, die an akuten Episoden leiden, erzielt die Psychotherapie eine Besserung. Mit Kurztherapien wird bis zum Ende der Behandlung viel erreicht, doch häufig scheinen die Erfolge relativ kurzlebig zu sein, besonders in Fällen mittlerer bis schwerer Depression. Als ernüchternde Erkenntnis der Forschungsarbeit der vergangenen zwanzig Jahre kann festgehalten werden, dass nur für ein Drittel bis ein Viertel der behandelten Patienten ein langfristiger Erholungseffekt zu erwarten ist. Können längerfristige (z. B. über 18 Monate angelegte), intensivere Therapien mehr leisten? Es ist zu wenig über die Effektivität längerfristiger Therapien bekannt. Wir wissen jedoch, dass mit verschiedenen Techniken der Psychotherapie ein Hinauszögern weiterer Episoden erreicht und ein Rückfall verhindert werden kann. *Angesichts der Chronizität der Störung und der Belastung, die sie für den Betroffenen darstellt, ist das Management der therapieresistenten Depression der vielleicht wichtigste Schwerpunkt für die weitere Forschung.* Leider geht ein Großteil der bisher verfügbaren Literatur nachlässig mit der Definition von Therapieresistenz um. Eine adäquate Forschungsstrategie müsste den Begriff der Therapieresistenz prospektiv definieren, als eine Resistenz gegenüber einem sorgfältig definierten pharmakotherapeutischen oder psychotherapeutischen Behandlungsschema.

Paradoxerweise haben wir mehr Erkenntnisse darüber, wann Psychotherapie wahrscheinlich keinen Erfolg hat. Die Evidenz über Depression zeigt relativ deutlich, dass die Psychotherapie unter den folgenden Umständen keine bessere Wirkung erzielt als ein Placebo: unzureichende Ausbildung der Therapeuten, fehlende theoretische Begründung, warum der Ansatz funktionieren sollte, fehlende Ausrichtung der Therapie auf die Bedürfnisse des einzelnen Patienten oder mangelnde Fokussierung, Zielgerichtetheit oder Struktur der Therapie. Mit anderen Worten, eine Therapie für Depression und möglicherweise auch vie-



Frieden entwickeln

Ein dauerhafter Frieden verlangt eine gerechte Verteilung der Lebenschancen, die Einhaltung der Menschenrechte, die Stärkung rechtsstaatlicher Strukturen und den Schutz der natürlichen Grundlagen des Lebens.

Gewalt überwinden

Der EED unterstützt Kirchen und Nichtregierungsorganisationen, die sich für die gewaltfreie Lösung von Konflikten engagieren.



Fachkräfte für den Zivilen Friedensdienst

Wir suchen berufs- und lebenserfahrene Frauen und Männer mit Qualifikationen in Traumpsychotherapie, Friedenspädagogik, Konfliktbearbeitung und Erwachsenenbildung im interkulturellen Kontext.

Bewerbungen an:

**Evangelischer
Entwicklungsdienst
Referat Fachkräfte**

**Ulrich-von-Hassell-Str. 76
53123 Bonn**

bewerbung@eed.de

www.eed.de

Wir bieten Ihnen einen
Drei-Jahres-Vertrag mit individueller
Vorbereitung und Leistungen nach
dem Entwicklungshelfer-Gesetz.

le andere Störungen ist dann wirksam, wenn sie auf einer logischen Abfolge von Techniken aufbaut, ihr Schwerpunkt auf der individuellen Erfahrung des Patienten sowohl außerhalb als auch innerhalb der Therapie liegt und wenn die Therapie vom Klienten als Kooperation erfahren wird. Somit haben wir eindeutige Parameter für die Beurteilung neuer zu evaluierender Therapien zur Hand.

Es existieren drei oder vier computergestützte Selbsthilfetherapien, die eine, so scheint es, adäquate Analogie zur Psychotherapie darstellen, und dies zu 20% der Kosten. Dass dadurch die Psychotherapie ersetzt werden kann, ist unwahrscheinlich, doch könnten hier nützliche Begleittherapien entstehen, besonders für jene, die keinen Psychotherapeuten in Anspruch nehmen können oder (dies ist weit häufiger der Fall) wollen. *Die momentanen Anstrengungen im Bereich der Bibliotherapie und Selbsthilfe konzentrieren sich zwar ausschließlich auf kognitiv-behaviorale Prinzipien, doch es gibt keinen triftigen Grund, warum das Spektrum der Selbsthilfe nicht breiter werden und noch andere Ausrichtungen einbinden sollte.*

Die Kosten der Pharmakotherapie stellen eine sehr reale Herausforderung für psychologische Interventionen dar, auch und insbesondere bei der Behandlung der Depression. So sind die Verordnungszahlen für Antidepressiva in Großbritannien im letzten Jahrzehnt jährlich um 10% gestiegen. Im Jahr 2001 wurden 24 Millionen Rezepte für Antidepressiva ausgestellt – zehn Jahre vorher waren es weniger als 9 Millionen. So Besorgnis erregend diese Zahlen auch sein mögen, sie können nicht mit der Entwicklung in den USA mithalten: Dort erhielt Mitte der 1990er Jahre jedes 16. Kind Psychopharmaka, und die Verordnungszahlen stiegen jährlich um etwa 20% (Jellinek, 2003; Zito et al., 2003).

Die in jüngster Zeit veröffentlichte Literatur über den Placebo-Effekt von Antidepressiva ist beeindruckend. Er macht 75% der Wirkung aus, die bei Depression mit wirksamen Arzneimitteln erzielt wird (Casacalenda et al., 2002; Kirsch, Moore, Scoboria & Nicholls, 2002; Moncrieff, Wessely & Hardy, 2003). Dennoch wird die

Pharmakotherapie von der Öffentlichkeit wie auch von vielen Vertretern der Ärzteschaft trotz ihrer Nebenwirkungen häufig als die effektivere und einfachere Alternative wahrgenommen. Die Drop-out-Raten bei einer Pharmakotherapie sind fast immer höher als bei einer Psychotherapie (mehr als ein Drittel verglichen mit weniger als einem Viertel, Casacalenda et al., 2002). Doch die Marketing-Budgets von Pharmaunternehmen und Psychotherapeuten sind nicht zu vergleichen. *Die Entwicklung neuer Methoden, um das allgemeine Verständnis für psychologische Therapien zu fördern, scheint in hohem Maße wünschenswert und eine lohnende Investition.*

Eine wichtige Erkenntnis für die Praxis besteht darin, dass in den verschiedenen Studien eine andauernde Psychotherapie scheinbar geeignet ist, über einen Zeitraum von vier Jahren die Rezidivrate von ca. 70% auf 35% zu reduzieren. Angesichts der Prävalenz von Depression und der starken Beeinträchtigung der Betroffenen und ihrer Familien ist dies keine geringe Leistung. Die jüngsten Fortschritte in der kognitiven Therapie für die Rückfallprävention bei Depression sind in diesem Zusammenhang besonders interessant, da sie den allgemeinen Charakter der Gesprächstherapie bestätigen. John Teasdale und seine Kollegen (J.D. Teasdale et al., 2000) vom Institute of Psychiatry haben gezeigt, dass für die Erholung von einer Depression mehr erforderlich ist als das Ändern negativer Annahmen über die eigene Person. Es geht vielmehr darum, die Betroffenen daran zu hindern, wieder zu diesen Überzeugungsmustern zurückzukehren, wenn sie sich unglücklich fühlen. Eine depressive Person glaubt, was der eigene Verstand ihr sagt, auch, dass sie wertlos sei oder keine Zukunft habe. Wird ein Bewusstsein über diese Problematik erzeugt, nehmen die Rezidivraten bei chronisch Depressiven ab. Hier besteht eine Ähnlichkeit zu einem Phänomen, das wir aus einem psychoanalytischen Blickwinkel heraus als fehlende Mentalisierung bezeichnet haben, d. h. es werden falsche Schlussfolgerungen aus den eigenen geistigen Zuständen gezogen, was mit schweren psychologischen Störungen verbunden ist. (Allen, im Druck; Allen & Fonagy, 2002; Fonagy, im Druck).

3. Schizophrenie

Die aktive Forschung über psychologische Therapien bei Schizophrenie beschäftigt sich mit drei Bereichen: 1. Familieninterventionen, deren Ziel es ist, das Netzwerk zur Unterstützung des Betroffenen zu verändern, 2. kognitive Verhaltenstherapie zur Behandlung akuter Symptome und 3. kognitive Remediation, die direkt eine Verbesserung kognitiver Defizite anstrebt. Weiterhin gibt es ein aktives Forschungsprogramm zur Untersuchung von Modellen der Leistungserbringung, das jedoch über den Rahmen dieser Übersichtsarbeit hinausgeht (z. B. gemeindenaher Einsatz von Sozialarbeitern und Therapeuten, gegebenenfalls mit Hausbesuchen und Unterstützung vor Ort, und Frühintervention bei Psychosen). In anderen Bereichen, die sich mit dem Nutzen des Trainings sozialer Kompetenz und psychodynamischer Ansätze befassen, wird deutlich weniger aktive Forschungsarbeit betrieben.

3.1. Familieninterventionen

3.1.1. Der Status quo

Es werden zwei Arten von Familieninterventionen unterschieden: die Familien- und Patientenedukation sowie Interventionen, mit denen die in den Familien der Betroffenen ausgedrückten Emotionen verringert werden sollen. Insgesamt scheint die Psychoedukation die besten Ergebnisse zu erzielen, wenn sie in Kombination mit Techniken, die als psychologische Interventionen erkennbar sind, eingesetzt wird (Cunningham Owens et al., 2001). Psychoedukation allein hat einen geringen therapeutischen Nutzen, wenn man einmal von der von ihr geleisteten Vermittlung von Wissen und kurzfristigen Steigerungen der Compliance absieht (Merinder, 2000). Familieninterventionen, die auf eine Stärkung der Familienstruktur und die Förderung der positiven sozialen Interaktion fokussiert sind, haben die Rückfallprävention und ein besseres Funktionieren der Betroffenen zum Ziel (Butzlaff & Hooley, 1998; Leff & Wing, 1971). Die veröffentlichten Studien zeigen bedeutende Unterschiede in der Implementierung (Mari & Streiner, 1994; National Collaborating Centre for Mental

Health, 2002; Pharoah, Mari & Streiner, 2000). Insbesondere berichten einige Studien über kurze Interventionen (8 Sitzungen über einen kurzen Zeitraum verteilt) und andere Untersuchungen über langfristige Interventionen (Sitzungen in zweiwöchentlichem Abstand über eine Dauer von zwei Jahren, danach monatliche Sitzungen über weitere zwei Jahre). Die Behandlungsergebnisse werden in manchen Fällen über Indexereignisse wie Einweisung in ein Krankenhaus und in anderen Studien durch eine signifikante klinische Veränderung definiert. Meta-Analysen befassen sich in unterschiedlichem Umfang mit diesem Thema, wobei die umfangreichste Analyse im Rahmen des „Schizophrenia Guideline Project“ des britischen National Institute of Clinical Excellence unternommen wurde (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002). In dieser Meta-Analyse wurden 23 Studien mit 1.467 Teilnehmern ermittelt. Bei Patienten mit Familienintervention war die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs innerhalb eines Zeitraums von vier Jahren im Vergleich zur Standardbehandlung um 13% geringer. Wird die Wiedereinweisungsrate als Verbesserungsindex zu Grunde gelegt, sind sehr signifikante Vorteile der Familienintervention erkennbar: Der absolute Unterschied in Bezug auf das Risiko einer Wiedereinweisung nach einem Jahr betrug 49%. Allerdings lässt die Wirkung von Familieninterventionen im Laufe der Nachbeobachtungszeit nach. Die Bildung von Gruppen mit mehreren Familien scheint keine geeignete Form für diese Therapie (McFarlane et al., 1995) zu sein. In Routine-Settings sind Familieninterventionen eine Seltenheit. Manche Studien führen Vorteile an (Brooker et al., 1994; Randolph et al., 1994), aber es ist vielleicht abschlussreich, dass eine Untersuchung von Julian Leff (Leff, Sharpley, Chisholm, Bell & Gamble, 2001), der diesen Ansatz mitentwickelt hat, keinen Unterschied zwischen Familieninterventionen und einer Standardbehandlung in einem Community-Setting belegen konnte.

3.1.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Familieninterventionen verfügen über ein großes ungenutztes Potenzial zur Kostensenkung bei der Schizophreniebehandlung

(Tarrier & Turpin, 1992). Es mangelt offensichtlich an einer Umsetzung dieses Ansatzes im Rahmen der Routinebehandlung. Man kann anführen, dass die Familienintervention eine hoch spezialisierte Behandlung ist und dass die Zahl derer, die über die erforderliche Kompetenz verfügen, gering ist. Es scheint jedoch, dass selbst speziell geschultes gemeindenahes Psychiatrie-Krankenpflegepersonal das Gelernte in der alltäglichen Praxis häufig nicht umsetzt (Brooker, in press; Lancashire et al., 1997). *Weitere Forschungsarbeit ist dringend erforderlich, um zu erkennen, welche Hindernisse für die Implementierung von Familieninterventionen bestehen.*

3.2. Kognitive Verhaltenstherapie

3.2.1. Der Status quo

Allgemein werden bei Untersuchungen zum Einsatz von KVT in der Schizophreniebehandlung zwei verschiedene Ansätze verfolgt. Eine Gruppe von Studien, auf die im Folgenden näher eingegangen wird, richtet ihr Hauptaugenmerk auf die Veränderung von Wahndeeen, während die andere Gruppe von Untersuchungen eine bessere Compliance mit der verordneten Medikation oder anderen Aspekten der Therapie zum Ziel hat. In beiden Gruppen werden die wichtigsten Überzeugungen untersucht und Bewältigungsstrategien sowie das Arbeiten mit und durch die Art und Weise, wie Klienten ihre Symptome verstehen, angestrebt. Da diese Ansätze, die sich hinsichtlich ihrer Zielsetzungen und der von ihnen behandelten Überzeugungen recht deutlich voneinander unterscheiden, in einigen Reviews zusammengefasst werden, ist bei der Verwendung von Meta-Analysen Vorsicht geboten.

Die vorhandene Literatur lässt die folgenden Schlussfolgerungen zu: Die kognitive Verhaltenstherapie scheint die Wahrscheinlichkeit eines Rezidivs oder einer Wiedereinweisung nicht zu verringern. Bei der Nachbeobachtung scheint KVT eine signifikante Verbesserung des psychischen Zustands zu erzielen. Die durch KVT erreichten Verbesserungen sind unter Umständen bei Therapieende nicht sofort erkennbar.



zentrum für psychotraumatologie
und traumatherapie niedersachsen

Lutz-Ulrich Besser Waldstraße 4
30916 Isernhagen
Fon: 05139/ 27 90 90 Fax: 05139/ 27 90 91
Email: info@zpTn.de www.zpTn.de

Trauma – und die Folgen

Fortbildungscurriculum (7-teilig)
nach dem KreST® - Modell

Psychotraumatologie und Traumazentrierte Psychotherapie

KreST® Körper-, Ressourcen- und Systemorientierte Traumatherapie- ist in Theorie und Praxis ein psychodynamisch-integratives therapeutisches Verfahren, das auf dem Boden aktueller neurophysiologischer Erkenntnisse der Stress-, Bindungs- und Traumaforschung steht.

Ziel des Curriculums ist es, dass die Teilnehmenden in Theorie, Diagnostik und Therapie eine integrative psychotherapeutische Behandlungskompetenz erwerben, die schulübergreifend das Wissen der Psychotraumatologie integriert.

Für die qualifizierte Ausbildungsbescheinigung ist die Teilnahme an Supervisionsgruppen (30 Stunden) erforderlich.

Für die Zertifizierung in Psychotraumatologie werden zusätzlich 2 Videopräsentationen und 2 Fallberichte erwartet.

Curricula finden an verschiedenen Orten bundesweit statt. Der nächste Kurs beginnt im Februar 2005 in der Rehabilitationsklinik Birkenbuck (Nähe Badenweiler/ Südbaden) 79429 Malsburg-Marzell.

Weitere Informationen:

Anna Maria Janßen, Leitende Diplompsychologin
Fon: 07626/ 902 101

Email: annamaria.janssen@rehaklinik-birkenbuck.de



Arbeitsgemeinschaft für
Verhaltensmodifikation e.V.

Zusatzqualifizierung Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie
im Rahmen der PT-Richtlinie (VT)
Würzburg - Bamberg - München
(WS 2004)

Zusatzqualifizierung Gruppentherapie*
im Rahmen der PT-Richtlinie (VT)
Bamberg - Würzburg (Herbst 2004)

„Nachqualifizierung“ *
im Rahmen der Übergangsbestimmungen
des PTG

140/280 Stunden Theorie - Bamberg -
Würzburg (Herbst 2004)

**Fortbildung in Psychologischer
Schmerztherapie ***

80 Stunden mit Abschlusszertifikat
anerkannt von DGSS und DDPSF
Einstieg jederzeit möglich

Fortbildung in Psychoonkologie *
80 Stunden - Bamberg - Würzburg (Herbst
2004)

*** alle Fortbildungen werden zur
Anerkennung bei der
Kammer eingereicht**

AVM Deutschland e.V.
Bundesgeschäftsstelle - Dr.-Haas-Straße 4
96047 Bamberg
Fon (09 51) 20 8 20 39
Fax (09 51) 20 8 20 49
e-mail: info@avm-d.de
internet: avm-d.de

So zeigten beispielsweise Sensky et al. (Sensky et al., 2000) in ihrem Vergleich von KVT mit einer Kontrollbedingung eines freundschaftlich-unterstützenden Kontakts, dass nach Abschluss der Therapie in den beiden Gruppen ein gleiches Maß an Verbesserungen feststellbar war. Bei der neun Monate später erfolgten Nachbeobachtung waren jedoch beträchtliche Unterschiede zu erkennen, da die Verbesserungen in der KVT-Gruppe immer noch anhielten. Diese Resultate müssen dem Ergebnis des Cochrane-Review (Cormac, Jones, Campbell & Silveira da Mota Neto, 2002) gegenübergestellt werden, dem zufolge der langfristige Effekt fehlt. KVT bietet im Vergleich zur supportiven Beratung mehr als doppelt so vielen Patienten einen Nutzen und im Vergleich zur Routinebehandlung mehr als dreimal so vielen Patienten (Tarrier et al., 2000; Tarrier, Wittkowski et al., 1999; Tarrier et al., 1998). Dabei ist zu beachten, dass die Wirkung von KVT auf die Symptome häufig begrenzt ist (so wird beispielsweise im Bericht Lewis et al., 2002 lediglich eine Wirkung auf Halluzinationen beobachtet, jedoch nicht auf Wahnideen oder positive Symptome). Am stärksten sind die Vorteile der kognitiven Therapie wohl bei den Patienten, die nach der Therapie nur wenige Rückfälle erleben (Drury, Birchwood & Cochrane, 2000; Drury, Birchwood, Cochrane & Macmillan, 1996a, 1996b). In einer anderen Studie stellten sich bei der Hälfte der Patienten, bei denen KVT angewendet wurde, beträchtliche oder anhaltende Verbesserungen ein. Dem standen bei der Routinebehandlung lediglich Verbesserungen bei weniger als einem Drittel der Behandelten gegenüber, und bei fast 10% wurde eine Verschlechterung festgestellt (Garety et al., 1997; Kuipers et al., 1998; Kuipers et al., 1997). Manche Arbeiten legen die Vermutung nahe, dass eine intensive KVT (umfassende Art individueller Einzeltherapie nach Hogarty, Greenwald et al., 1997; Hogarty, Kornblith et al., 1997) bei allein lebenden Patienten nachteilige Auswirkungen haben könnte. Eine erweiterte Standardbehandlung (optimierte Medikation, Psychoedukation, Behandlungsmanagement) könnte eher eine Verstärkung als eine Begrenzung der Wirkung von KVT zur Folge haben. Über die Effektivität von KVT-Interventionen in der Routinepraxis ist we-

niger bekannt. Auch hier scheint sich jedoch das bekannte Bild abzuzeichnen: Bei etwa einem Drittel der Patienten wird eine anhaltende positive Veränderung erreicht, bei einem weiteren Drittel zeigt sich eine positive, aber instabile Wirkung und beim letzten Drittel ist kein Ansprechen erkennbar (z. B. Jakes, Rhodes & Turner, 1999).

Eine 10-tägige Schulung in einer manualisierten Form der KVT, die das gemeinde-nahe Psychiatrie-Krankenpflegepersonal bei einer multizentrischen Studie erhielt, führte zu Veränderungen bei den allgemeinen Symptomen der Patienten, einschließlich Einsicht und Depression, jedoch nicht bei den spezifischen Symptomen einer Schizophrenie, die durch das KVT-Programm angesprochen werden sollten (Turkington, Kingdon & Turner, 2002). *Die gegenwärtigen Formen von KVT sind scheinbar für eine allgemeine Anwendung in der Praxis nicht geeignet.*

3.2.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Die Effektivität der kognitiven Verhaltenstherapie ist ein Thema, das auch Fragen der Lebensqualität von Schizophreniepatienten berührt. Das stärkste Argument für solche Interventionen ist möglicherweise, dass sie nicht lediglich die Behandlungskosten senken und ein Rezidiv verhindern, sondern darüber hinaus den Normalisierungsprozess erheblich fördern. *Als wichtigste Leistung der kognitiven Verhaltenstherapie ist vielleicht anzusehen, dass sie in der prodromalen Phase den Verlauf der Störung mildert und das Auftreten der ersten Episode hinauszögert* (Studien über Frühinterventionen) (McGorry et al., 2002; Morrison et al., 2002). *Es gibt wahrscheinlich kostenwirksamere Möglichkeiten für eine Implementierung von KVT-Programmen in Gruppen* (Chadwick, Sambrooke, Rasch & Davies, 2000; Gledhill, Lobban & Sellwood, 1998; Wykes et al., 1999) *und diese sollten untersucht werden.* Unerwartete Nebenwirkungen, insbesondere bei Personen mit Halluzinationen und Traumavorgeschichte, verlangen dabei möglicherweise eine besondere Beachtung (Turkington et al., 2002). *Die Risiken der kognitiven Verhaltenstherapie in der Schizophreniebehandlung sollten überwacht werden.*

3.3. Kognitive Remediation

3.3.1. Der Status quo

Die jahrzehntelange Forschungsarbeit über kognitive Defizite von Schizophreniepatienten scheint nun endlich Früchte zu tragen, denn die kognitive Remediation zielt direkt auf ein Training der Betroffenen in den Bereichen Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis und exekutive Funktionen ab. Ungeachtet einer gewissen Variabilität des konkreten Schwerpunkts der Interventionen und ihrer Intensität konnten meta-analytische Studien nur in geringem Maße belegen, dass mit der Remediationstherapie in bestimmten Bereichen der kognitiven Funktionen Verbesserungen erzielt werden (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002). Allerdings liefert eine nicht unbeträchtliche Zahl jüngerer Studien positivere Ergebnisse (z. B. Bell, Bryson, Greig, Corcoran & Wexler, 2001; Bellack & Brown, 2001).

3.3.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Beim Betrachten der Studien über die kognitive Remediation ist es schwer, sich des Eindrucks zu erwehren, dass sich Investitionen in diesem Bereich mehr als auszahlen würden. Die Rehabilitation ist äußerst wirkungsvoll bei traumatischen Hirnschädigungen und anderen Hirnerkrankungen. Das Grundprinzip eignet sich als Ansatz, doch die bisher gewählten Interventionsmethoden konnten der Aufgabe, für die sie entwickelt wurden, nicht gerecht werden. So berücksichtigten vor allem viele der Interventionstechniken nicht die Abhängigkeit der Leistung des Patienten vom Erregungszustand (Arnsten, Mathew, Ubriani, Taylor & Li, 1999). In dieser Gruppe treten kognitive Defizite deutlich zutage, wenn die zu verarbeitende Information von hoher emotionaler Signifikanz ist. *Eine umfassende Berücksichtigung der emotionalen Verletzbarkeit könnte ein möglicher Ansatz sein, um eine Aufwertung der kognitiven Remediation zu erreichen.*

3.4. Abschließende Bemerkungen zur Schizophrenie

Die Psychotherapieforschung zum Thema Schizophrenie hat sich bisher in einem

recht engen Feld bewegt. Die Implementierung psychodynamischer Psychotherapie ist untersucht worden, doch gibt es bislang keine kontrollierten Studien, die ihre Effektivität in dieser Patientengruppe belegt hätten, und einigen Reviews zufolge ist sie stark kontraindiziert (Malmberg & Fenton, 2001). In offenen Studien liegt eine gewisse Evidenz für die Effektivität von psychodynamischen Therapien vor (Gottdiener & Haslam, 2002). Behaviorale Ansätze wie ein Training sozialer Kompetenz scheinen dem Patienten im breiteren sozialen Kontext wenig zu nützen (Heinssen, Liberman & Kopelowicz, 2000; Huxley, Rendall & Sederer, 2000). So viel versprechend die anderen psychotherapeutischen Ansätze (KVT und kognitive Remediation) auch zu sein scheinen, *die relativ hohen Ablehnungs- und Drop-out-Raten mahnen doch zur Vorsicht und legen nahe, diese Ansätze nicht als den einzigen Weg zu einer klinischen Lösung in Betracht zu ziehen. Für eine Steigerung der Akzeptanz sind weitere Studien mit verbesserten Techniken erforderlich.*

Lebensqualität und Alltagsaktivitäten zählen zu den wichtigsten Aspekten des Ergebnisses einer Schizophreniebehandlung, und es mag sinnvoller sein zu versuchen, das soziale Umfeld des Schizophreniepatienten in die Intervention einzubinden als vom Patienten zu verlangen, sich an dieses Umfeld anzupassen. *Wahrscheinlich braucht es psychoedukativer Programme für das gesamte soziale Umfeld, um die sekundären Behinderungen von Schizophreniepatienten zu verringern.*

Hier könnte die Forschung hilfreich dabei sein, die psychologische Adäquatheit der Gesundheitssysteme zu optimieren. In Großbritannien werden Untersuchungen über Modelle der Leistungserbringung durchgeführt oder in Betracht gezogen (gemeindenaher Einsatz von Sozialarbeitern und Therapeuten, gegebenenfalls mit Hausbesuchen und Unterstützung vor Ort, bei Patienten, die unter schweren psychischen Erkrankungen leiden und in der Regel die Nachbeobachtung abbrechen, geeignete Behandlungsformen bei Schizo-

phrenie und Substanzmissbrauch, besonders effektive Methoden, um junge Menschen in ihrer ersten psychotischen Episode zu erreichen). Möglicherweise ist auch bei therapieresistenten Schizophreniepatienten eine aus verschiedenen Ansätzen bestehende Betreuung für ein optimales Ansprechen erforderlich. Es ist noch zu wenig über die Behandlungsparameter und eine optimale Anpassung der erforderlichen Behandlungen an den Einzelnen bekannt. *Hier ist Prozessforschung erforderlich, insbesondere bedarf es zuverlässiger Informationen darüber, welche Patienten für bestimmte Therapieformen geeignet sind.*

4. Bipolare Störungen

4.1. Der Status quo

Psychologische Interventionen bei bipolaren Störungen werden – wie auch bei Schizophrenie – fast ausnahmslos begleitend zu einer medikamentösen Behandlung

DGPPN Kongress 2004

mit DGPPN-Akademie für Fort- und Weiterbildung

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde

24. - 27. NOVEMBER 2004, BERLIN



INTERESSANT FÜR PSYCHOTHERAPEUTEN

Ein Hauptthema des Kongresses beschäftigt sich mit psychotherapeutischen Behandlungsprinzipien: "Von Therapieschulen zu einer evidenzbasierten, störungsspezifischen Psychotherapie". In 5 Hauptsymposien und ca 50 Symposien, Forschungsworkshops und Diskussionsforen stehen Psychotherapien im Mittelpunkt: der momentane Forschungsstand, die Versorgungsrealität sowie die Anforderungen an künftige Entwicklungen. Der Kongress richtet sich an Fachärzte, Psychologen, Psychotherapeuten und Hausärzte.

www.dgppn-kongress2004.de

IN ZUSAMMENARBEIT MIT DER BUNDESPSYCHOTHERAPEUTENKAMMER

durchgeführt. Die Wahrscheinlichkeit, dass Patienten innerhalb von zwei Jahren einen Rückfall erleiden, liegt zwischen 40% und 60%. Die Gründe für einen psychologischen Therapieansatz sind ähnlich wie bei Schizophrenie. So bedeutet die Erkrankung beispielsweise eine erhebliche Belastung für die Familie (Perlick et al., 1999), und der Ausdruck von familiärem Stress führt zu einer höheren Rückfallanfälligkeit (Perlick et al., 2001).

Bisher wurden nur Untersuchungen mit kleinem Umfang und suggestivem Charakter durchgeführt, doch in Kürze wird mit den Berichten groß angelegter Studien sowohl aus Großbritannien als auch den USA gerechnet (z. B. Systematic Treatment Enhancement Program for Bipolar Disorder, Gray, Frankle & Sachs, 2001). Derzeit werden drei therapeutische Ansätze einer Prüfung unterzogen: 1. KVT, 2. familienorientierte Therapie und 3. interpersonelle soziale Rhythmus-Therapie. In früheren Studien wurde bereits erste Evidenz für die Wirksamkeit von Gruppentherapie, KVT-basierter Rückfallprophylaxe (Weiss et al., 2000) und Psychoedukation gewonnen (Rothbaum & Astin, 2000). Mit einer Psychoedukation, die sich auf das Erkennen prodromaler Anzeichen, die Erörterung von Stressoren und das Management von Frühwarnzeichen konzentriert, kann das Wiederauftreten manischer Episoden wahrscheinlich verzögert werden (Colom et al., 2003; Perry, Tarrier, Morriss, McCarthy & Limb, 1999). Zu psychodynamischen Therapien gibt es nur einige schlecht kontrollierte Studien, wohingegen im Bereich der kognitiven Verhaltenstherapie eine Reihe aussagekräftiger Studien vorliegen.

Bei bipolaren Störungen wird oft eine ähnliche Form von KVT eingesetzt wie bei Patienten mit depressiven Episoden (Lam et al., 2000; Zaretsky, Segal & Gamar, 1999). Diese zumeist kleineren Studien deuten zusammen mit einer größer angelegten Untersuchung (Lam, Wong & Sham, 2001) darauf hin, dass KVT die Anzahl und Dauer bipolarer Episoden verringert. Wie zu erwarten, scheint die Therapie besser bei Patienten zu funktionieren, die keinen Wert auf das Erlebnis der Hochphasen legen. In einem ehrgeizigeren Behandlungspaket kombinieren Scott et al. (Scott, Garland &

Moorhead, 2001) traditionelle KVT mit Psychoedukation, Management von Prodromen und der Exploration von Einstellungen und Überzeugungen gegenüber der Erkrankung. *Der beobachtete Rückgang in der Häufigkeit depressiver affektiver Rückfälle und stationärer Einweisungen legt die Vermutung nahe, dass durch diese Kombinationstherapie eine im Rezidiv endende Kaskade teilweise verhindert werden kann.*

Familientherapien berechtigen zu Hoffnung (Clarkin et al., 1990). In diesem Bereich wurde insbesondere eine Familienmanagementtechnik untersucht, die Ähnlichkeit mit der erfolgreich bei Schizophrenie (Falloon, Boyd & McGill, 1984) eingesetzten Therapieform hat. Die depressiven Rückfälle sind weniger ausgeprägt, doch die Behandlung scheint keinen Einfluss auf die manischen Rückfälle zu haben (Miklowitz et al., 2000). *In Anbetracht der Erfolge familienbasierter Therapieansätze bei Schizophrenie wären Initiativen von großem Interesse, die eine Entwicklung solcher Therapien zur Unterstützung des Managements bipolarer Störungen zum Ziel haben.*

Ebenfalls viel versprechend ist die interpersonelle soziale Rhythmus-Therapie (IPSRT), eine modifizierte Variante der IPT (die sich bei unipolarer Depression als erfolgreich erwiesen hat). Die interpersonelle Therapie wird hierbei um eine verlängerte Erhaltungsphase ergänzt, die zur Besprechung und Lösung der während der Behandlungsphase aufgetretenen Beziehungsprobleme dient. In einer Studie wurden 91 Patienten entweder mit IPSRT oder mit der klinischen Standardtherapie (Frank et al., 1997; Frank et al., 1999) behandelt. Die Studie ist zwar noch nicht abgeschlossen, doch IPSRT scheint zu einem stabilen Lebensstil beizutragen und Schwankungen der depressiven Symptome in der akuten Phase der Erkrankung zu reduzieren. Die Zeit bis zur Erholung von depressiven Episoden wird mit IPSRT auf 21 Wochen halbiert. Die Beständigkeit der Behandlung scheint den Ergebnissen zufolge von größerer Bedeutung zu sein als die Art der Behandlung. So erzielen Patienten, die im Rahmen eines Cross-over-Designs von einer Behandlung zu einer anderen wech-

seln, anscheinend schlechte Behandlungserfolge (Swartz & Frank, 2001).

4.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Obgleich die Forschung derzeit sehr aktiv ist, stellen bipolare Störungen für Psychotherapeuten nach wie vor eine ungelöste Herausforderung dar. Psychoedukative Interventionen scheinen teilweise Einfluss auf die Häufigkeit der manischen, nicht aber der depressiven Rückfälle zu haben, wohingegen KVT, Familieninterventionen und IPSRT wahrscheinlich am geeignetsten sind, eine Besserung der depressiven Episoden zu erreichen, jedoch nicht der Häufigkeit manischer Rezidive. Manische Zustände wirken sich abträglich auf die normalerweise vorhandene Bereitschaft der Patienten zu einer kooperativen Mitarbeit an einer psychologischen Therapie aus. Im Gegensatz dazu stehen Depressionen bei bipolaren Störungen zumindest in einem lockeren Zusammenhang mit Behandlungselementen, die sich bisher als effektiv erwiesen haben. *Entsprechend sollten Behandlungspläne entwickelt werden, die eine Anwendung unterschiedlicher Arten von Therapien in den verschiedenen Phasen der Erkrankung eines Patienten zulassen. „Kooperative“ Therapien sind in der manischen Episode möglicherweise nicht effektiv.*

Dies mag eine fast triviale Erkenntnis sein, doch sie liegt derzeit außerhalb des allgemeinen psychotherapeutischen Ansatzes, der dem therapeutischen Bündnis und der Beständigkeit der Therapie Vorrang vor allem anderen einräumt. So werden Schwierigkeiten, die Patienten bei der Umsetzung des vereinbarten Behandlungsplans erleben, gemeinhin unter dem Stichwort der Resistenz abgehandelt. Möglicherweise muss sich noch vieles in unserer Einstellung als Psychotherapieforscher ändern, damit wir über ein reines Lippenbekenntnis zum Prinzip der Flexibilität hinauskommen. Wir sollten in der Lage sein, Therapie disziplin und Beständigkeit im Rahmen eines Behandlungsplans aufrechtzuerhalten, der wirklich auf den veränderlichen Zustand unseres Klienten mit manisch-depressiven Problemen eingeht, und möglicherweise besitzt diese Überlegung auch für andere Erkrankungen Gültigkeit. *Angesichts der*

Schwere der Störung und des relativen Evidenzmangels sollte die Entwicklung eines solchen psychotherapeutischen Behandlungs- bzw. Managementplans für uns alle ein vorrangiges Ziel darstellen.

5. Spezifische Phobien und soziale Phobien

5.1. Der Status quo

Expositionen, deren Dauer so lange hinausgezögert wird, bis die Angst des Patienten deutlich nachlässt, erzielen nachweislich bei 70 - 85% der Patienten mit spezifischen Phobien klinisch signifikante Verbesserungen (Antony & Barlow, 2002). Bei spezifischen, eng eingegrenzten Ängsten können recht kurze Interventionen hilfreich sein (Klaustrophobie: Ost, Alm, Brandberg & Breitholtz, 2001; Tierphobien: Ost, Ferebee & Furmark, 1997). Therapeuten geleitete Expositionen sind wirksamer als selbst geleitete Expositionen, und Anxiolytika scheinen die Wirksamkeit einer Exposition zu verringern (Thom, Sartory &

Johren, 2000; Wilhelm & Roth, 1997). Expositionen in virtueller Realität erzielen bei Flugangst (Rothbaum, Hodges, Smith, Lee & Price, 2000), Höhenangst (Emmelkamp et al., 2002) und sogar bei Spinnenphobien (Garcia-Palacios, Hoffman, Carlin, Furness & Botella, 2002) gleichwertige Ergebnisse wie In-vivo-Expositionen. Investitionen zur Förderung solcher Technologien scheinen angebracht und eine internationale Zusammenarbeit erforderlich.

Soziale Phobien werden in der Regel mit verhaltenstherapeutischen und kognitiv-behavioralen Therapieansätzen behandelt, und so liegen fast keine Studien über alternative psychotherapeutische Ansätze vor. Die „Konkurrenzbehandlung“ zur VT ist die Medikation (Fedoroff & Taylor, 2001). Alle untersuchten psychologischen Therapieansätze zeigen im Vergleich zu Wartelisten-Kontrollgruppen weitgehend ähnliche Wirksamkeit, wobei jedoch eine Kombinationsbehandlung aus kognitiver Therapie und Exposition in der Regel etwas größere Effektstärken erzielt. Die kognitive

Gruppen-Verhaltenstherapie (KGVt) ist ebenfalls eine effiziente Intervention mit recht guter Aufrechterhaltung der Behandlungserfolge (Heimberg, Dodge, Hope, Kennedy & al., 1990; Heimberg, Salzman, Holt & Blendell, 1993; Heimberg, 2002). Eine Überlegenheit kognitiver Therapien gegenüber Fluoxetin wird von Clarke et al. (im Druck) festgestellt. Pharmakotherapien, insbesondere SSRIs, sind auf kurze Sicht wirksam, doch in der Erhaltungsphase zeigen sich bei KGVt in der Regel weniger Rezidive (Heimberg et al., 1998), niedrigere Schwundraten (Otto et al., 2000) sowie eine anhaltende Besserung im Verlauf der Nachbeobachtung (Haug et al., 2003). Mit einem Training sozialer Fertigkeiten lassen sich keine größeren Behandlungserfolge erzielen als mit KVT (van Dam Baggen & Kraaimaat, 2000). Das Vorliegen einer ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörung hat keinen Einfluss auf den Umfang der durch KVT erzielten Behandlungserfolge, wirkt sich aber dahingehend aus, dass das Ergebnis im Hinblick auf die Behandlungsendpunkte schwächer

GNP-Akademie bei
Herbert König & Gerhard Müller
Semmelstraße 36/38, 97070 Würzburg
Tel.: 0931 – 46079033, Fax: 0931 – 46079034
GNP-Akademie@neuropsychologie.de
http://www.neuropsychologie.de

GNP
AKADEMIE
bei
KM
KÖNIG MÜLLER

28. – 29.01.2005	Würzburg	(Kursnr. FB050128B)	***
Organisch und psychisch bedingte Gedächtnisstörungen Vergleichbarkeit, Diagnostik, Bildgebung und Therapieansätze Prof. Dr. Hans J. Markowitsch, Dipl.-Psych., Universität Bielefeld 280,00 Euro* / GNP-Mitglied: 255,00 Euro*, 16 Std.; GNP-Akk.: Punkt 1.1 (Grundlagenwissen)			
18.02.2005	Berlin	(Kursnr. FB050218B)	*
Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs A: Auf dem Weg zum Kortex Dr. Heinz Hättig, Dipl.-Psych., Epilepsie Zentrum Berlin am KEH, 8 Std.; GNP-Akk.: beantragt			
19.02.2005	Berlin	(Kursnr. FB050219A)	*
Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs B: Makroskopische Gliederung des Gehirns Dr. Heinz Hättig, Dipl.-Psych., Epilepsie Zentrum Berlin am KEH, 8 Std.; GNP-Akk.: beantragt			
11.03.2005	Berlin	(Kursnr. FB050311B)	*
Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs C: Lateralisierung und Lokalisation Dr. Heinz Hättig, Dipl.-Psych., Epilepsie Zentrum Berlin am KEH, 8 Std.; GNP-Akk.: beantragt			
12.03.2005	Berlin	(Kursnr. FB050312A)	*
Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs D: Neuropsychologische Syndrome und klinische Bilder (1) Dr. Heinz Hättig, Dipl.-Psych., Epilepsie Zentrum Berlin am KEH, 8 Std.; GNP-Akk.: beantragt			
18.03.2005	Berlin	(Kursnr. FB050318B)	*
Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs E: Neuropsychologische Syndrome und klinische Bilder (2) Dr. Heinz Hättig, Dipl.-Psych., Epilepsie Zentrum Berlin am KEH, 8 Std.; GNP-Akk.: beantragt			
19.03.2005	Berlin	(Kursnr. FB050319A)	*
Grundlagen der Neuropsychologie - Kurs F: Neuropsychologische Rehabilitation Dr. Heinz Hättig, Dipl.-Psych., Epilepsie Zentrum Berlin am KEH, 8 Std.; GNP-Akk.: beantragt 1 Modul: 160,00 Euro* / für GNP-Mitglieder: 145,00 Euro* 2 Module: 310,00 Euro* / für GNP-Mitglieder: 280,00 Euro* 3 Module: 450,00 Euro* / für GNP-Mitglieder: 405,00 Euro* 4 Module: 600,00 Euro* / für GNP-Mitglieder: 540,00 Euro* 5 Module: 725,00 Euro* / für GNP-Mitglieder: 650,00 Euro* 6 Module: 870,00 Euro* / für GNP-Mitglieder: 780,00 Euro* Die Module FB050218B, FB050219A, FB050311B, FB050312A, FB050318B und FB050319A können in allen Kombinationen gebucht werden. Bitte Preisrabatt bei mehreren Modulen beachten!			
Bei den zuständigen Psychotherapeutenkammern werden für alle Kurse CE-Punkte beantragt. Bitte beachten Sie die Homepage!			
Bitte fordern Sie unser vollständiges Programm an!			

*Kosten incl. Steuerbefreiung

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

ausfällt (z. B. Scholing & Emmelkamp, 1999) und die Veränderungen teilweise langsamer verlaufen (Oosterbaan, van Balkom, Spinhoven, de Meij & van Dyck, 2002). Eine komorbide Depression hat ebenfalls negative Auswirkungen auf die Wirksamkeit der Therapie.

Auf diesem Gebiet ist auch ein rasch wachsendes Angebot an Selbsthilfebüchern und computergestützten Selbsthilfeprogrammen zu finden. Der Großteil hiervon muss noch einer umfassenden Bewertung unterzogen werden.

5.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Man hätte denken können, dass die Klarheit der bis Ende der 1980er Jahre in diesem Bereich erzielten Ergebnisse der Forschungsbegeisterung einen Dämpfer versetzt hätte. Interessanterweise ist dies aber nicht der Fall, und in den letzten zwölf Jahren sind noch zahlreiche neue, interessante Studien vorgelegt worden. Es ist verlockend, sich der Analogie des Betrunkenen zu bedienen, der darauf beharrt, seine verlorenen Schlüssel an der Straßenlampe zu suchen statt dort, wo er sie verloren hat, weil das Licht bei der Lampe besser ist. In vielen anderen Bereichen der psychotherapeutischen Interventionsforschung sind Antworten ebenso dringend erforderlich und liegen weit weniger auf der Hand: Persönlichkeitsstörungen und Depression sind hier nur zwei Beispiele. Dennoch ist die Forschung in diesen Bereichen deutlich verhaltener. Ich vermute, ohne allerdings Beweise für diesen Verdacht zu haben, dass die Klarheit, mit der Forschungsfragen formuliert werden können und von der folglich die Bewilligung von Mitteln abhängt, hierbei eine wesentliche Rolle spielt.

6. Zwangsstörungen

6.1. Der Status quo

Zwangsstörungen werden am häufigsten mit der psychologischen Technik der Exposition mit Reaktionsverhinderung (ERP) behandelt. ERP besteht aus zwei Komponenten: 1. Die Patienten müssen sich den

Faktoren aussetzen, die normalerweise Zwangsgedanken bei ihnen auslösen, und 2. sie müssen dies unter Bedingungen tun, die sie daran hindern, auf diese Zwangsgedanken mit der Durchführung der entsprechenden Zwangshandlungen zu reagieren. Kognitive Therapietechniken konzentrieren sich darüber hinaus auf die Infragestellung der Zwangsgedanken, auf die Disputation der automatischen negativen Gedanken, die durch die Zwangsgedanken ausgelöst werden, oder auf die Unterbrechung der Zwangsgedanken mittels Gedankenstopp. Die Literatur auf diesem Gebiet ist ausgereift und umfasst mehrere umfangreiche Meta-Analysen, in denen Effektstärken von etwa 1,0 für ERP (z. B. Kobak, Greist, Jefferson, Katzelnick & Henk, 1998) sowie etwas niedrigere Werte für serotoninerge Substanzen und etwas höhere Werte für Kombinationsbehandlungen festgestellt wurden.

Wir wissen viel über die Funktionsweise von ERP. Wir wissen, dass mit längeren Sitzungen (von beispielsweise zwei Stunden) größere Effektstärken bei Therapieende und in der Nachbeobachtung verbunden sind (z. B. Abramowitz, 1996; Abramowitz, 1997; Abramowitz, 1998). Wir wissen, dass ein Großteil der Patienten bei Akzeptanz und Compliance mit der Behandlung eine Besserung erzielt und die Rückfallraten niedrig sind, insbesondere im Vergleich zu mit Clomipramin behandelten Patienten, die nur zu einem geringen Anteil ihre Behandlungserfolge aufrechterhalten (z. B. Foa & Kozak, 1996). Wir wissen, dass Depressionen und schwere Zwangsstörungen ein relativ schlechteres Ergebnis erwarten lassen (z. B. Franklin, Abramowitz, Kozak, Levitt & Foa, 2000). Wir wissen, dass die Behandlung ebenso gut in einem ambulanten wie in einem spezialisierten Setting funktioniert (z. B. Warren & Thomas, 2001), und auch in einem Gruppenkontext scheint ERP gut zu funktionieren (Himle et al., 2001). *ERP ist eine relativ erfolgreiche Behandlung, und neue Initiativen sollten sich auf Bereiche konzentrieren, in denen ERP keine Anwendung finden kann.*

Kognitive Therapien sind nicht so gut erforscht. Einige Vergleichsstudien deuten darauf hin, dass kognitive Therapien weniger wirksam zu sein scheinen als ERP (z. B.

McLean et al., 2001). Andere Untersuchungen mit sehr ähnlichen Studiendesigns befinden zu Gunsten der kognitiven Therapien (z. B. van Oppen et al., 1995). Eine Kombination von kognitiver Therapie mit ERP ist anscheinend bei Patienten hilfreich, die auf intensive ERP-Behandlungen allein nicht ansprechen (z. B. Jones & Mezies, 1997, 1998; Krochmalik, Jones & Mezies, 2001). In den meisten Studien wird eine medikamentöse Behandlung mit ERP/kognitiver Therapie kombiniert. Die wenigen Studien, die auf eine Ermittlung von Unterschieden zwischen diesen Ansätzen ausgelegt sind, stellen in der Regel bei allen aktiven Behandlungen Veränderungen fest (de Haan et al., 1997; O'Connor, Todorov, Robillard, Borgeat & Brault, 1999).

6.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Gibt es bahnbrechende Erkenntnisse in der Behandlung von Zwangsstörungen? *Zwangshandlungen lassen sich gut mit ERP therapieren, doch Grübelzwänge können nicht als klinisches Problem gelöst werden.* Die beste Methode ist die so genannte „wiederholte Habituation“: Die Patienten nehmen ihre zwanghaften Grübelgedanken auf einer Kassette mit Endloschleife auf und hören sich diese als eine Form der Exposition an. In einer kleinen Studie, in der sich Patienten mit Grübelzwang entweder ihre eigenen Grübelgedanken oder neutrale Prosa anhörten, wurde in beiden Gruppen eine gleich gute Verbesserung festgestellt (Lovell, Marks, Noshirvani & O'Sullivan, 1994). Zwangspatienten, die sich selbst oder anderen zu schaden fürchten oder die religiöse Zwangsgedanken hegen, zeigen wenig Einsicht (Tolin, Abramowitz, Kozak & Foa, 2001), manifestieren eine stärkere Resistenz gegenüber Veränderungen und haben eine schwache Ergebnisprognose (Foa, Abramowitz, Franklin & Kozak, 1999). Es ist noch ungeklärt, ob schizotype Zwangskranke erreicht werden können. Patienten mit Hortzwang sind selten und ihre Behandlung scheint ebenfalls schwierig.

Es steht außer Frage, dass Zwangsstörungen nicht mit nicht-symptomspezifischen Therapietechniken behandelt werden sollten. Angesichts des gewissen Restleidens, das in Untersuchungen zu ERP bei

Patienten beobachtet wurde, würde sich jedoch eine vorsichtige Exploration einer Kombination von symptomorientierten Techniken mit allgemeineren supportiven bzw. expressiven Techniken anbieten. Dies wirft die wichtige Frage auf, wie für die Psychotherapeuten der nächsten Generation eine Ausbildung in multi-inklusive statt singular-exklusive Therapiemodellen erreicht werden kann.

Da viele Patienten mit Zwangsstörungen nicht wissen, dass es für ihre Probleme eine recht wirksame Behandlung gibt, sollten Methoden der Leistungserbringung exploriert werden, die eher in der Primärvorsorgung als in Spezialkliniken verankert sind. In diesem Zusammenhang könnte auch das Verfahren der computergestützten kognitiven Verhaltenstherapie in Erwägung gezogen werden. Die Notwendigkeit von Studien zur Behandlungsimplementierung ist ein Thema, das sich wie ein roter Faden durch die vorliegende Übersichtsarbeit zieht.

7. Posttraumatische Belastungsstörungen

7.1. Der Status quo

Posttraumatische Belastungsstörungen (PTBS) sind im Allgemeinen selten (Lebenszeitprävalenz 1%), jedoch weit verbreitet unter Personen mit akuter Traumavorgeschichte (zwischen 20% und 50%, je nach Schwere des Traumas). An PTBS leidende Personen weisen mit hoher Wahrscheinlichkeit noch weitere Störungen auf: So lagen in einer deutschen Bevölkerungsstichprobe von über 3.000 Jugendlichen und jungen Erwachsenen bei 85% der Personen, die PTBS-Kriterien erfüllten, noch mindestens zwei weitere Diagnosen vor (Perkonig, Kessler, Storz & Wittchen, 2000).

Psychologische Debriefings werden häufig unmittelbar nach Naturkatastrophen bzw. durch Menschen verursachten Unglücken durchgeführt. Diese aus nur einer Sitzung bestehenden kognitiv-behavioralen Interventionen sind schwerlich als eine Form der Therapie zu betrachten und scheinen weder das Ausmaß des Leidens noch die Wahrscheinlichkeit einer Entwicklung von

PTBS zu verringern (Bisson, 2003; Rose, Bisson & Wessely, 2003). Ein Mangel an Wirkung ist zwar am häufigsten, doch es ist Besorgnis erregend, dass einige Studien auf eine höhere Inzidenz von Psychopathologie nach Debriefings hindeuten (Bisson, Jenkins, Alexander & Bannister, 1997; Hobbs, Mayou, Harrison & Worlock, 1996). Etwas längere Debriefing-Interventionen haben anscheinend positivere Ergebnisse zur Folge (André, Lelord, Legeron, Reignier & Delattre, 1997; Bryant, Sackville, Dang, Moulds & Guthrie, 1999). Nichtsdestotrotz scheint kein besonderer Vorteil in der Konzentration der therapeutischen Bemühungen auf die Phase unmittelbar nach dem Trauma zu bestehen (Ehlers & Clark, 2003). Dies hinterlässt eine erhebliche Lücke in unserem Instrumentarium für den Umgang mit den physischen und sozialen Traumata großen Ausmaßes, die (vielleicht auf Grund der Medienberichterstattung) die Aufmerksamkeit der Öffentlichkeit sowie unserer politischen Führungsriege finden.

Die aktive Forschung hat sich mit folgenden Bereichen befasst: 1. verhaltenstherapeutische Techniken wie Exposition, 2. kognitive Techniken, die auf die Traumabeurteilung des Patienten fokussiert sind, 3. Angstbewältigung mittels einer Kombination behavioraler und kognitiver Elemente und 4. EMDR (Eye Movement Desensitisation and Reprocessing), ein Verfahren, bei dem der Patient sich ein Bild von den Angst auslösenden Ereignissen vorstellt und gleichzeitig mit den Augen den Finger des Therapeuten verfolgt, der sich schnell und rhythmisch bewegt.

In Meta-Analysen (Sherman, 1998; Van Etten & Taylor, 1998) wurde festgestellt, dass psychologische Behandlungen recht wirksam sind, wobei mit den oben genannten Therapien ähnliche Prä-Post-Effektstärken erzielt wurden. Zwei Meta-Analysen über EMDR (Davidson & Parker, 2001; Maxfield & Hyer, 2002) haben große Effektstärken im Vergleich zu Wartelisten und nicht-spezifischen Therapien ergeben, aber geringere Effektstärken gegenüber expositionsbasierten Therapien. Überraschenderweise ist die Effektstärke für EMDR umso größer, je strenger das Design der Studie ist. Die Meta-Analysen scheinen jedoch

angesichts der geringen Anzahl der Studien noch etwas verfrüht.

Obgleich für die Wirksamkeit einer systematischen Desensibilisierung nur begrenzte Evidenz vorliegt, gibt es für die Wirksamkeit einer Expositionstherapie bei einer Reihe von Patientengruppen sehr gute Belege. Die Arbeit von Edna Foa ist hier von besonderer Bedeutung (z. B. E. B. Foa et al., 1999). Eine Kombination kognitiver Therapien mit einer Exposition scheint im Vergleich zu Wartelisten oder Beratung wirksam zu sein, aber wahrscheinlich nicht wirksamer als eine alleinige Expositionstherapie (Bryant et al., 1999; Fecteau & Nicki, 1999). Die Wirksamkeit der Methode ist anscheinend sogar bei Anwendung im Zusammenhang mit zivilen Katastrophen gegeben (Gillespie, Duffy, Hackmann & Clark, 2002).

Kognitive Interventionen und Expositionstherapie werden zwar in der Regel in Kombination eingesetzt, doch beide scheinen auch einzeln wirksam zu sein, wobei die kognitive Therapie leicht vorne liegt, was die Akzeptabilität anbetrifft (Tarrier, Pilgrim, Sommerfield, Faragher, Reynolds, Graham, et al. 1999; Tarrier, Sommerfield, Pilgrim & Humphreys, 1999). Das Stressimpfungstraining (SIT) – die am häufigsten angewendete Form der Angstbewältigung – umfasst verhaltenstherapeutische Techniken wie z. B. Entspannung sowie kognitive Techniken wie angeleitete Selbstdialoge. Die Wirksamkeit von SIT ist weit höher als die von Beratung (Foa, Rothbaum, Riggs & Murdock, 1991), und in Kombination mit einer Exposition angemessener Länge kann die Wirksamkeit von SIT sogar oft noch gesteigert werden (Devilly & Foa, 2001; Tarrier, 2001). Die spezifische Nützlichkeit kognitiver Interventionen bei Personen, die an einem hohen Maß von Schuld und Scham leiden, wird eher durch klinische Beurteilung von Einzelfällen als durch Evidenz nahe gelegt (Foa, 2000).

Die Wirksamkeit von EMDR steht außer Zweifel, was uns angesichts der Tatsache, dass die Therapie unweigerlich eine Nicht-In-vivo-Expositionsbehandlung (d. h. eine bildliche Exposition) einschließt, nicht überraschen sollte. EMDR scheint wirksamer zu sein als die Standardtherapie, und mit EMDR behandelte Kassenpatienten neh-

men weniger Therapiesitzungen in Anspruch (Marcus, Marquis & Sakai, 1997). Das Bild stellt sich etwas komplizierter dar, wenn man EMDR mit Expositionsbehandlungen vergleicht. Die bisher vorliegenden Studien arbeiten mit kleinen Stichproben, und so vermochte keine von ihnen signifikante Unterschiede zu belegen. In einer Studie ergab sich zwar ein signifikanter Vorteil zu Gunsten der kognitiven Therapie (Deville & Spence, 1999), doch die Behandlungen wurden von nur zwei Therapeuten durchgeführt. In der größten komparativen Studie (Power et al., im Druck) wurden kognitive Restrukturierung und Expositionstherapie einerseits und EMDR andererseits einander gegenübergestellt. Die Ergebnisse deuten darauf hin, dass EMDR-Patienten eine schnellere Erholung erreichen, bei Behandlungsende und in der Nachbeobachtung aber keine Unterschiede zwischen den Gruppen bestehen. So genannte „Dismantling“-Studien (die das „Herausschälen“ der wirksamen Komponenten einer Therapie zum Ziel haben) haben gezeigt, dass die Wirksamkeit von EMDR unabhängig von den Augenbewegungen gegeben ist (Boudewyns & Hyer, 1996; Devilly, Spence & Rapee, 1998).

7.2. Erkenntnisse für die Zukunft

Psychodynamische Kurztherapien sind bisher keiner richtigen Untersuchung im Hinblick auf PTBS unterzogen worden, obwohl in klinischen Berichten nichts darauf hindeutet, dass diese Therapien eine höhere

Wirksamkeit hätten als die derzeitigen symptomorientierten Ansätze. Es liegt Evidenz vor, dass komplexe Traumata weit behandlungsresistenter sein können als die jüngeren Traumata, die Untersuchungsgegenstand der meisten Studien sind. *Speziell in diesem Zusammenhang wären systematische Studien über psychodynamische oder integrative Therapieansätze wünschenswert.* Die Kontroversen um EMDR werfen ein Schlaglicht auf einen äußerst wichtigen Grundsatz, der derzeit in der Psychotherapieforschung nur unzureichend Vertretung findet: Die Wirksamkeit einer Behandlung sollte erst dann als gegeben gelten, wenn nachgewiesen ist, dass die Mechanismen der therapeutischen Veränderung wirklich die von den Begründern der Therapie angegebenen Mechanismen sind. Die Dismantling-Studien zu EMDR zeigen eindeutig, dass dies nicht der Fall ist. Was auch immer die Gründe für die Wirksamkeit von EMDR sein mögen, es ist unwahrscheinlich, dass die Wirkung durch das ausführliche physiologische Modell von Francine Shapiro erklärt wird (Shapiro, 1996). Zu akzeptieren, dass eine Behandlung als willkürliche Kombination von Elementen funktioniert, ohne die genauen Gründe zu verstehen, könnte eine künstliche Versteinerung der Therapieentwicklung zur Folge haben. Denn die Entwicklung von Therapien sollte von zugrunde liegenden Prinzipien geleitet werden und nicht von einer ehrfürchtigen Befolgung althergebrachter Verfahren, die durch eine Kombination von historischer Tradition und Prinzipien der evidenzbasierten

Praxis in Behandlungsplänen festgeschrieben und bewahrt werden. Replizierbarkeit ist zwar wichtig, doch wenn wiederholte Nachweise guter Ergebnisse im Hinblick auf den zugrunde liegenden psychologischen Prozess schlecht verstanden werden, sind sie selbstlimitierend und lassen Verbesserungen der Praxis nur nach dem Zufallsprinzip zu. Wenn wir nicht wissen, ob zwei Interventionsformen wirklich denselben Mechanismus ansprechen, sind der Untersuchung von Kombinationstherapien – mit der Ausnahme von Machbarkeit – keine Grenzen gesetzt.

Ich behandle diesen Punkt so ausführlich, um den dringenden Bedarf für Studien zu verdeutlichen, die eine Verbindung zwischen psychologischen Modellen spezifischer Psychopathologie einerseits und Modellen therapeutischer Mechanismen andererseits herstellen. Nur auf diese Weise können auf diesem Gebiet systematisch Fortschritte in Richtung immer wirksamerer Verfahren erzielt werden, mit denen wir den Betroffenen helfen können.

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



Alfred Adler Institut für Individualpsychologie e.V. München

Dall'Armistraße 24, 80638 München, Tel. 089 / 17 60 91

www.adlerinstitut-muenchen.de info@adlerinstitut-muenchen.de

Im Alfred **Adler Institut** München beginnt im Herbst 2004 ein neuer Ausbildungsgang für Dipl.-Psychologen zum **Psychologischen Psychotherapeuten**, sowie für Dipl.-Psychologen, Dipl.-Sozialpädagogen und Pädagogen zum **Analytischen Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten**. Außerdem ist eine Weiterbildung für Ärzte zum **Zusatztitel Psychotherapie/Psychoanalyse** möglich. Gerne schicken wir Ihnen detaillierte Informationen zu.