

Störungsspezifische Psychotherapie

Jürgen Margraf

Fakultät für Psychologie der Ruhr-Universität Bochum

Unterstützt von / Supported by



Alexander von Humboldt
Stiftung/Foundation

Menschliche Informationsverarbeitung

Bewusste Kapazität: maximal 60 bits/Sekunde

Input (bits)

Augen: 10 000 000 ▲

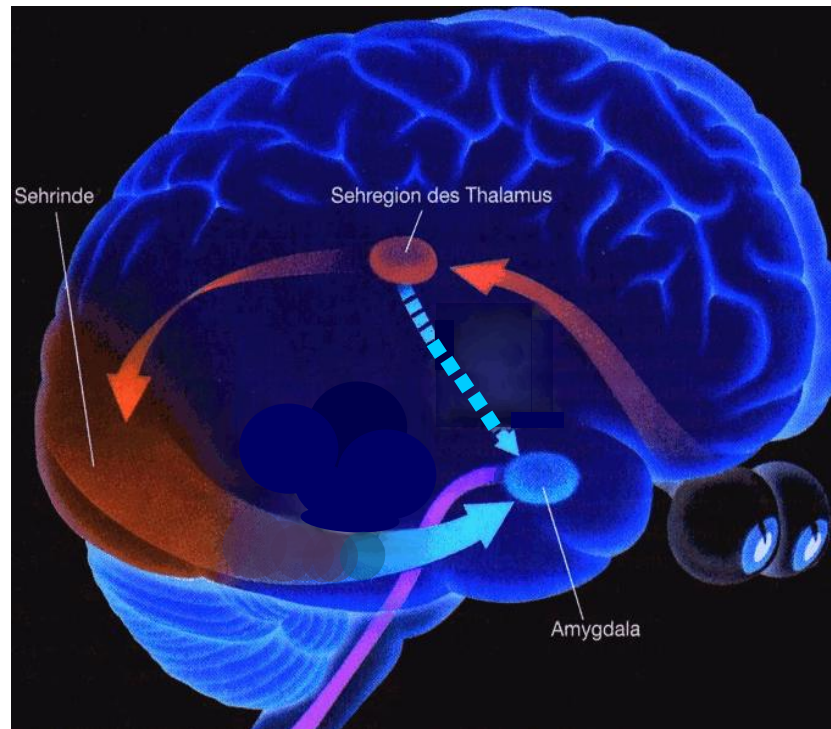
Haut: 1 000 000 ▲

Ohren: 100 000 ▲

Geruch: 100 000 ▲

Tastsinn: 1 000 ▲

Interozeption: 1 000 ▲



Output (bits)

▲ Gesichtsmuskulatur

▲ Glatte Muskulatur

▲ Skelettmuskulatur

▲ Stimme

▲ Hände

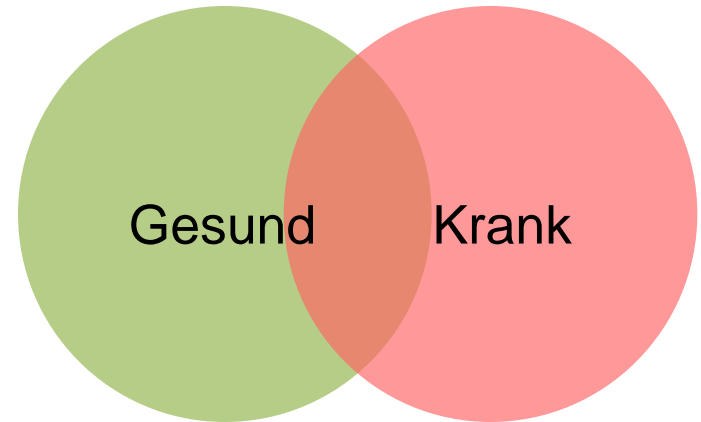
▲ Anderer Output

Auffassungen von "Gesundheit/Krankheit"

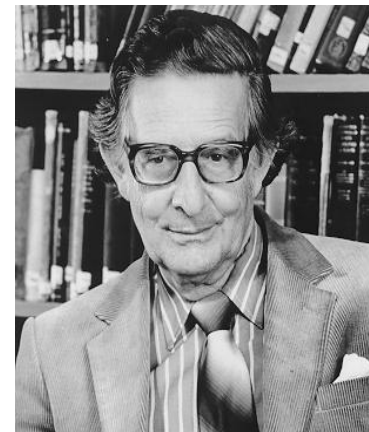
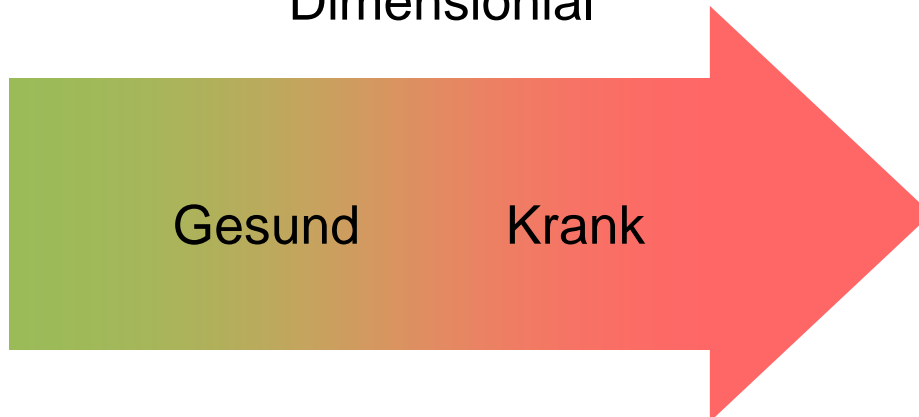
Kategorial



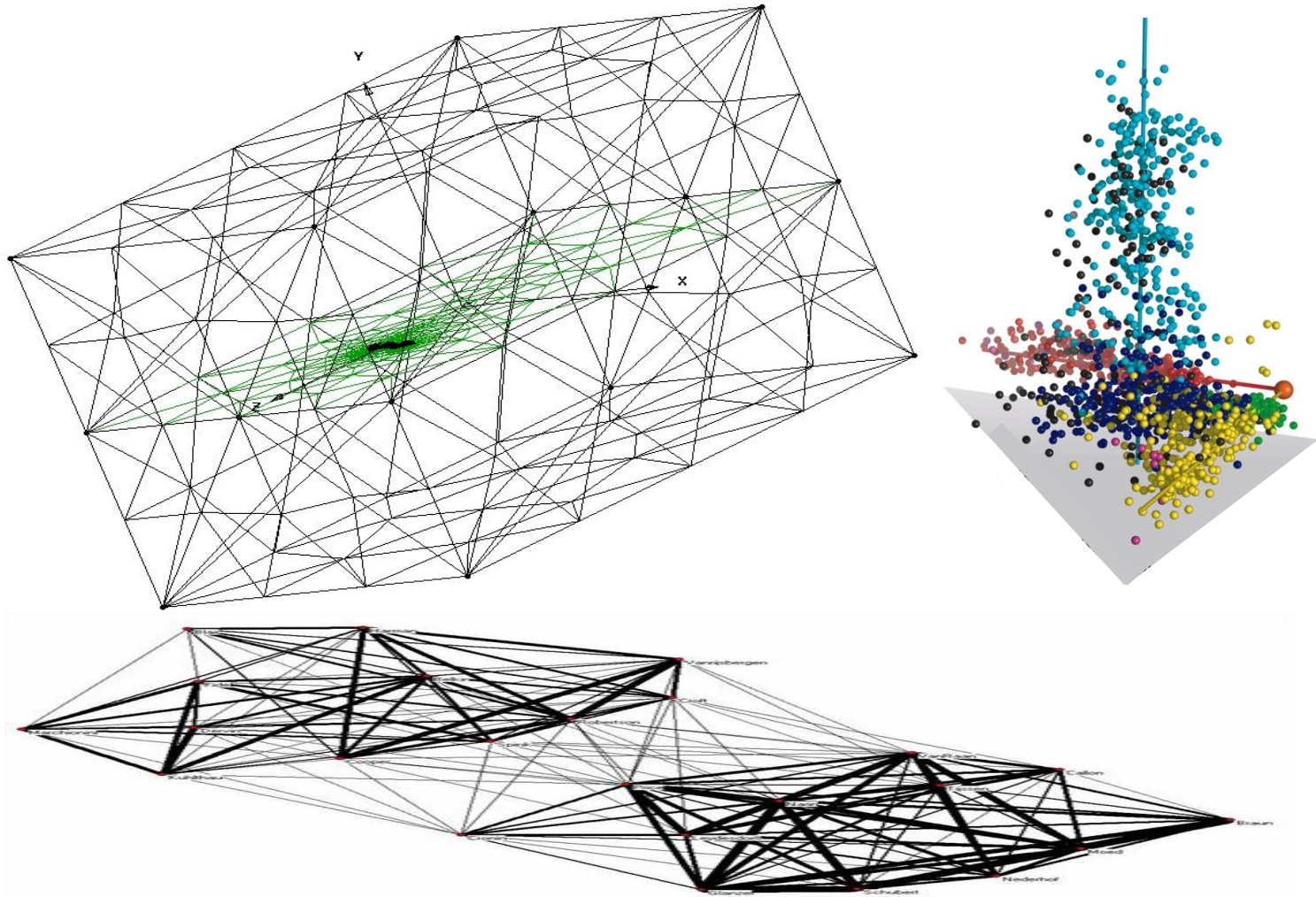
Typologisch



Dimensional



Multidimensionale Räume...



Überblick

- Was ist „psychische Störung“?
- Praktische Probleme:
 - Wird Störungsdiagnostik verwendet?
 - Wie können wir mit Komplexität umgehen?
- Wohin in Zukunft?
 - Drei Thesen zur Zukunft der Psychotherapie

Was ist eine „psychische Störung“?

- Definition nach DSM-IV-TR:
 - Klinisches auffallendes Verhalten, psychisches Syndrom od. Merkmalsmuster einer Person, geht einher mit unangenehmen Symptomen (Beschwerden) od. Leistungseinbussen
 - Verhaltensmässige, psychische od. biologische Dysfunktion
 - Betrifft nicht nur Beziehung zwischen Individuum und Gesellschaft (soziale Abweichung)
- Hintergrund:
 - Keine Diskontinuität zwischen einzelnen psychischen Störungen bzw. zwischen gestört und ungestört (Bsp.: Depression)
 - Nicht Individuen, sondern Störungen werden klassifiziert („Person mit Schizophrenie“ statt „Schizophrener“)

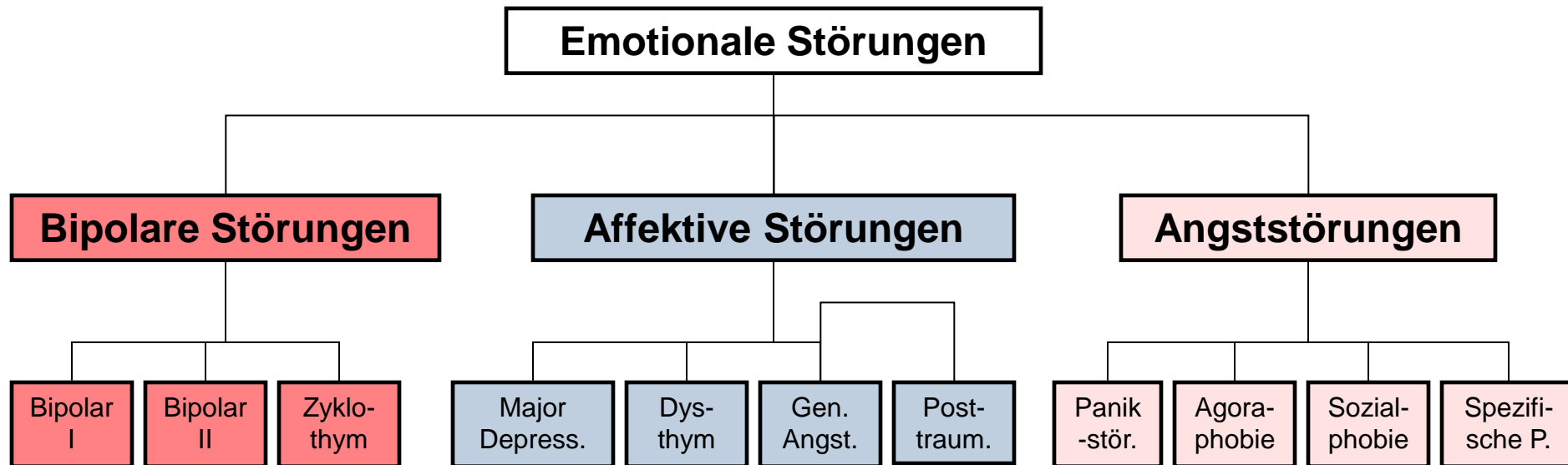
Probleme mit dem Störungskonzept

- Komorbidität:
Viele Störungen überlappen sich und treten häufig gemeinsam auf
 - z.B. Generalisierte Angststörung und Major Depression
 - Heterogenität:
Manche Störungen in der gleichen Gruppe sind sehr unterschiedlich
 - z.B. Posttraumatische Belastungsstörung unterscheidet sich sehr von einer spezifischen Phobie
- ➔ DSM-V braucht eine neue Struktur!

Dimensionalität emotionaler Probleme

- **Drei Dimensionen des Affekts: Physiologische Erregung, negative und positive Affekte**
 - Negative Emotionen treten häufig gemeinsam auf (z.B. traurig und wütend zugleich)
 - Gemeinsames Auftreten erklärt hohe Komorbidität zwischen Angststörungen und Depression
 - Niedriges Niveau positiver Affekte ist typischer für Depression als für Angststörungen
- **Hierarchische Organisation der Angststörungen**
 - Verschiedene Gruppen von Symptomen: spezifisch für Angst, spezifisch für Depression, unspezifisch (z.B. Schlafprobleme)
 - Jede Störung hat spezifische und unspezifische Komponenten (z.B. spezifische Fehlinterpretation körperlicher Symptome bei Panikstörung)

Neue hierarchische Struktur für DSM-V



Störungsspez. Therapie und Indikation: Pragmatische Lösungen für die Praxis

- Störungswissen berücksichtigen
- Möglichst empirisch abgesicherte Verfahren verwenden
- Aber keine 100%-Methoden verfügbar
- Breite Palette verschiedener Therapieansätze erforderlich
- Bei Auswahl/Anpassung Rahmenbedingungen berücksichtigen
 - Verfügbarkeit von Therapieverfahren und Therapeuten
 - Vorliegen zusätzlicher Störungen („Komorbidität“)
 - Motivation und Persönlichkeit der Patienten

Überblick

- Was ist „psychische Störung“?
- **Praktische Probleme:**
 - Wird Störungsdiagnostik verwendet?
 - Wie können wir mit Komplexität umgehen?
- **Wohin in Zukunft?**
 - Drei Thesen zur Zukunft der Psychotherapie

Operationalisierte Diagnostik und störungsspezifische Programme

- **Gründerzeit:**
 - Individualisierte Anwendung allgemeiner Prinzipien
 - Psychiatrische Diagnostik nahezu wertlos
 - Störungskonzept in Frage gestellt
- **Heute:**
 - Diagnostische Revolution
 - DSM III und Nachfolger
 - Strukturierte Interviews
 - Direkte Handlungsrelevanz

Fehldiagnosen durch heuristisches Vorgehen: Diagnostik bipolarer Störungen als Beispiel

- Tversky & Kahneman 1974: Repräsentativitäts-, Verfügbarkeitsheuristik
 - Vorteil: schneller, weniger aufwändig
 - Nachteil: Fehltritte
- Fragebogen mit Fallgeschichte an 400 Psychologische Psychotherapeuten (Rücklauf: 49%)
 - Fallgeschichte bipolare Störung (alle DSM-IV-/ICD-10-Kriterien)
 - Zwei Zusatzinformationen zur Beeinflussung der Repräsentativitätsheuristik (Schlaf, Partnerschaft)
 - Therapeutenmerkmale (Ausrichtung, Alter, Anzahl Patienten, Geschlecht)
- **Frage: Diagnose nach ICD-10?**

Zusammenhang mit Therapeutenmerkmalen

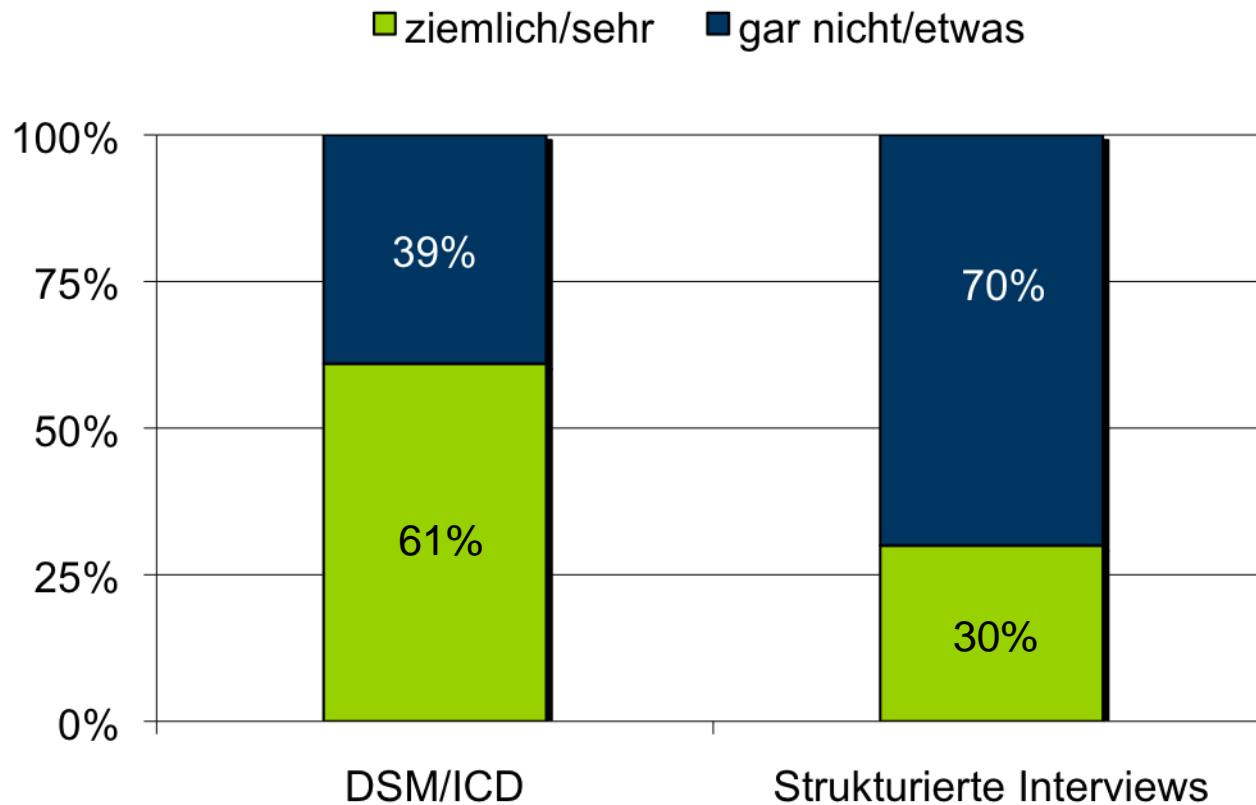
- Hohe Rate an Fehldiagnosen: 62% !
- Deutlicher Einfluss der Zusatzinformation verändertes Schlafbedürfnis (Repräsentativitätsheuristik)
- Kein signifikanter Geschlechtseffekt
- Mehr Fehldiagnosen bei
 - psychodynamischer Ausrichtung (OR = 0.35; $p \leq .05$)
 - niedrigerer Patientenzahl pro Jahr (OR = 0.99; $p \leq .05$)
 - älteren Therapeuten (OR = 0.93; $p \leq .05$)
- Weniger Fehldiagnosen bei
 - kognitiv-behavioraler Ausrichtung
 - höherer Patientenzahl
 - jüngeren Therapeuten

Strukturierte Interviews als Hilfsmittel: Akzeptanz bei Therapeuten und Patienten

- Strukturierte Interviews sind reliabel und valide
- Dennoch verwenden Therapeuten sie nur selten – warum?
- Online-Befragung von 553 Psychotherapeuten und Psychiatern in der Schweiz
 - 1972 Verbandsmitglieder, Rücklauf 28%
 - Kenntnisse, Einstellungen, Anwendungshäufigkeit, Patientenzufriedenheit
- Interviewstudie mit 204 nicht selektierten Patienten
 - Klinik (48%), Ambulanz (33%) und Forschungsprojekt (19%)
 - 66% weiblich, 38 Jahre (+/- 13, Range 18-82)
 - 2.3 Lebenszeitdiagnosen (+/- 1.8, Range 0-9)
 - GAF 65 (+/-15, Range 35-98)
 - Interviewdauer 106 Minuten (+/- 50, Range 15-241)
 - 12 geschulte Interviewer/Gegenkodierer

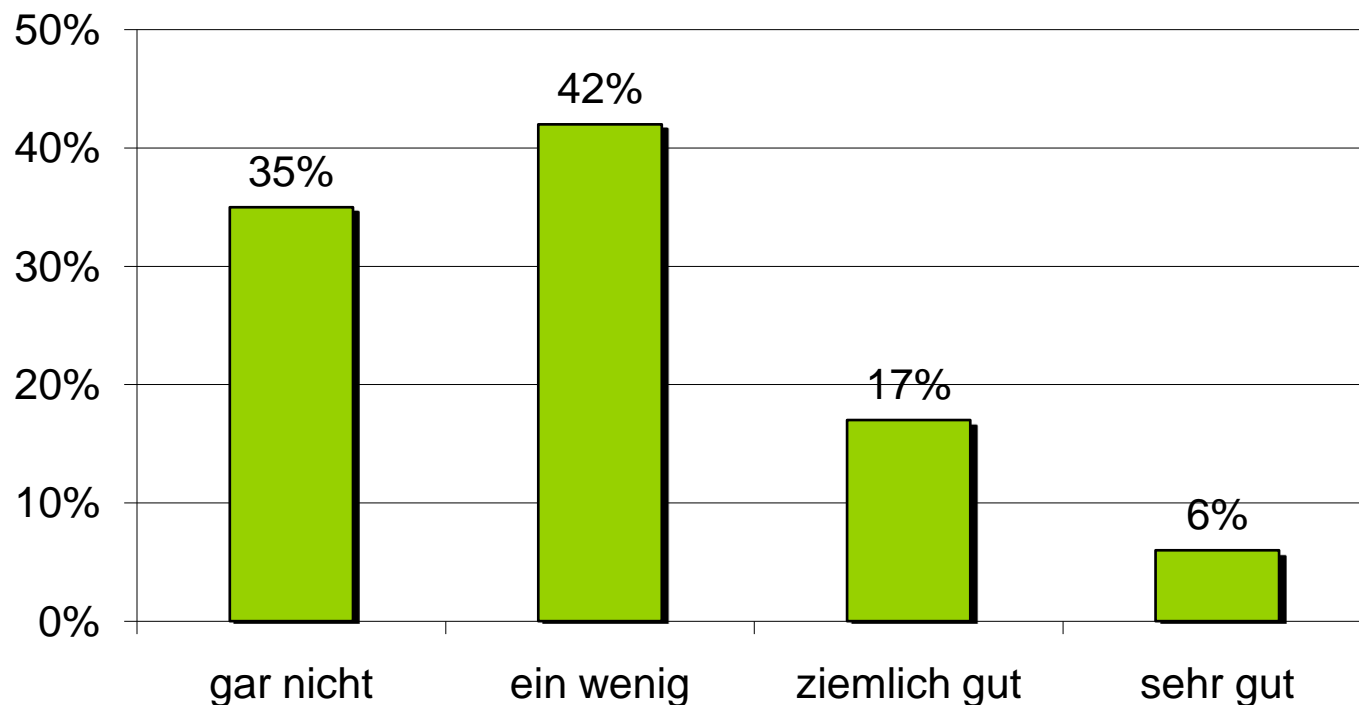
DSM / ICD – Diagnosen sind eher akzeptiert, strukturierte Interviews eher nicht

„Wie hilfreich finden Sie in Ihrer klinischen Praxis ...“



Strukturierte Interviews sind kaum bekannt

„Wie gut kennen Sie strukturierte Interviews?“



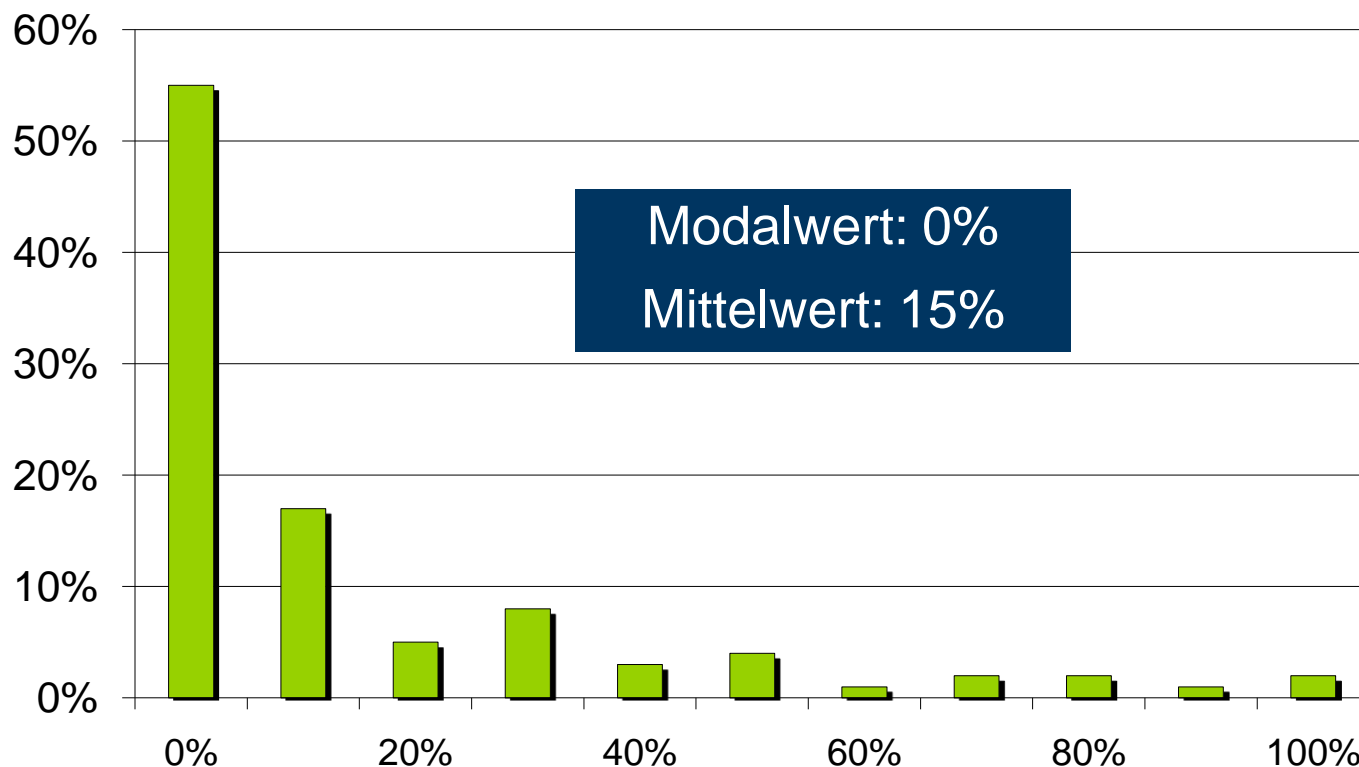
Wenig praktische Erfahrung und Ausbildung

„Haben Sie strukturierte Interviews...“

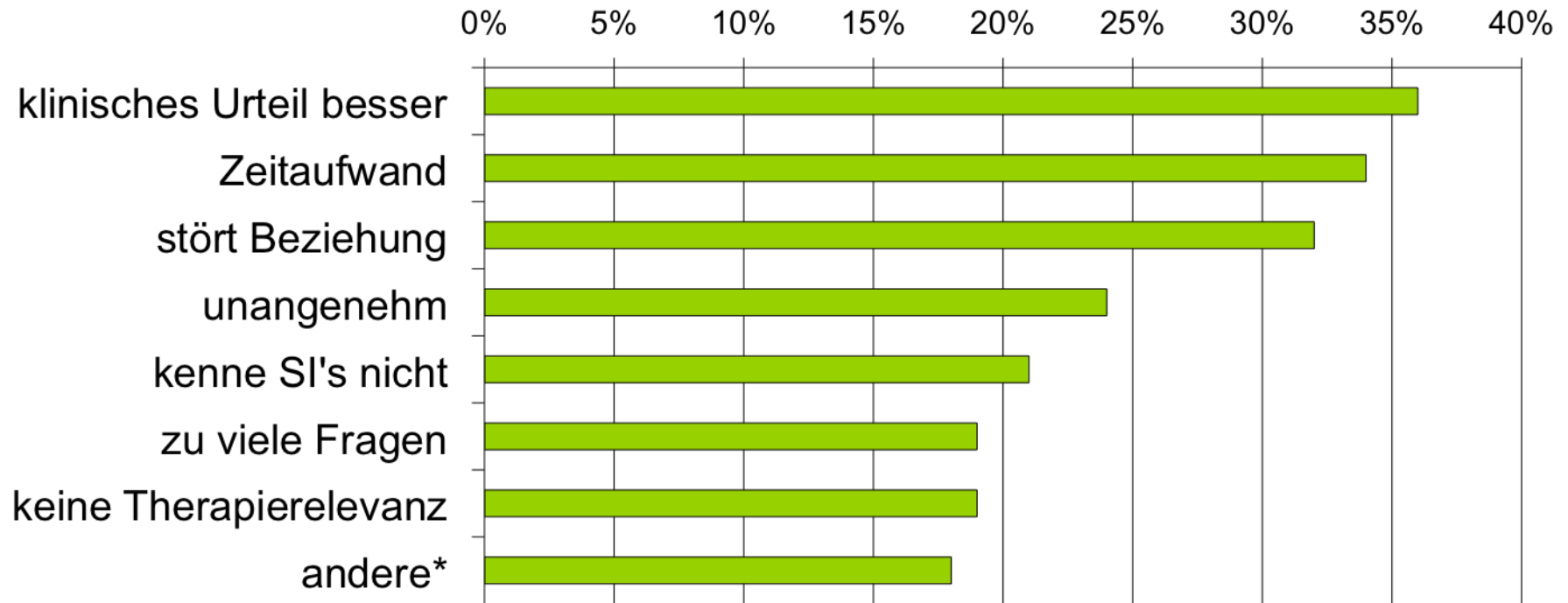


Strukturierte Interviews werden kaum verwendet

„Bei wie viel Prozent Ihrer Patienten verwenden Sie strukturierte Interviews für die Diagnose?“



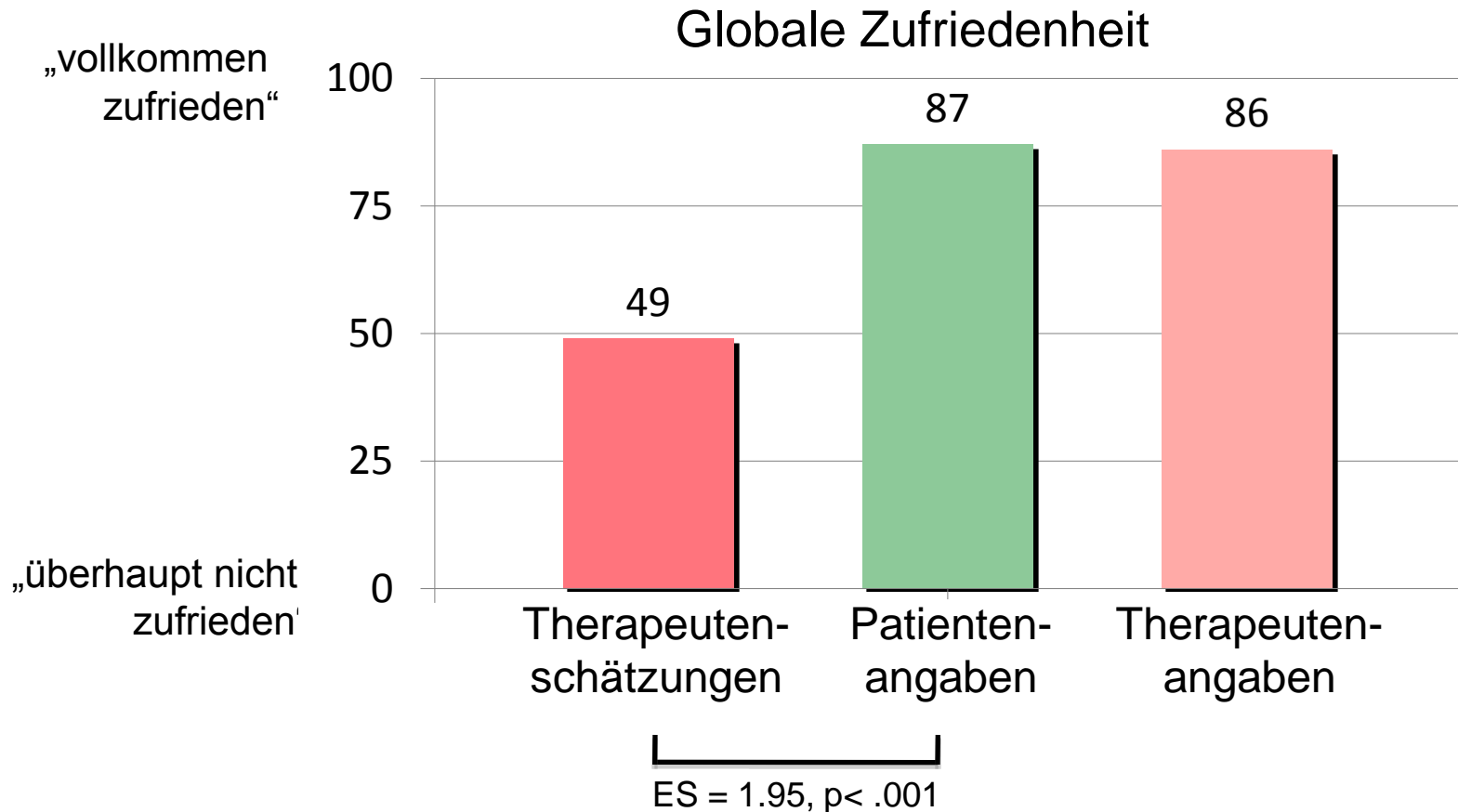
Gründe gegen Verwendung strukturierter Interviews



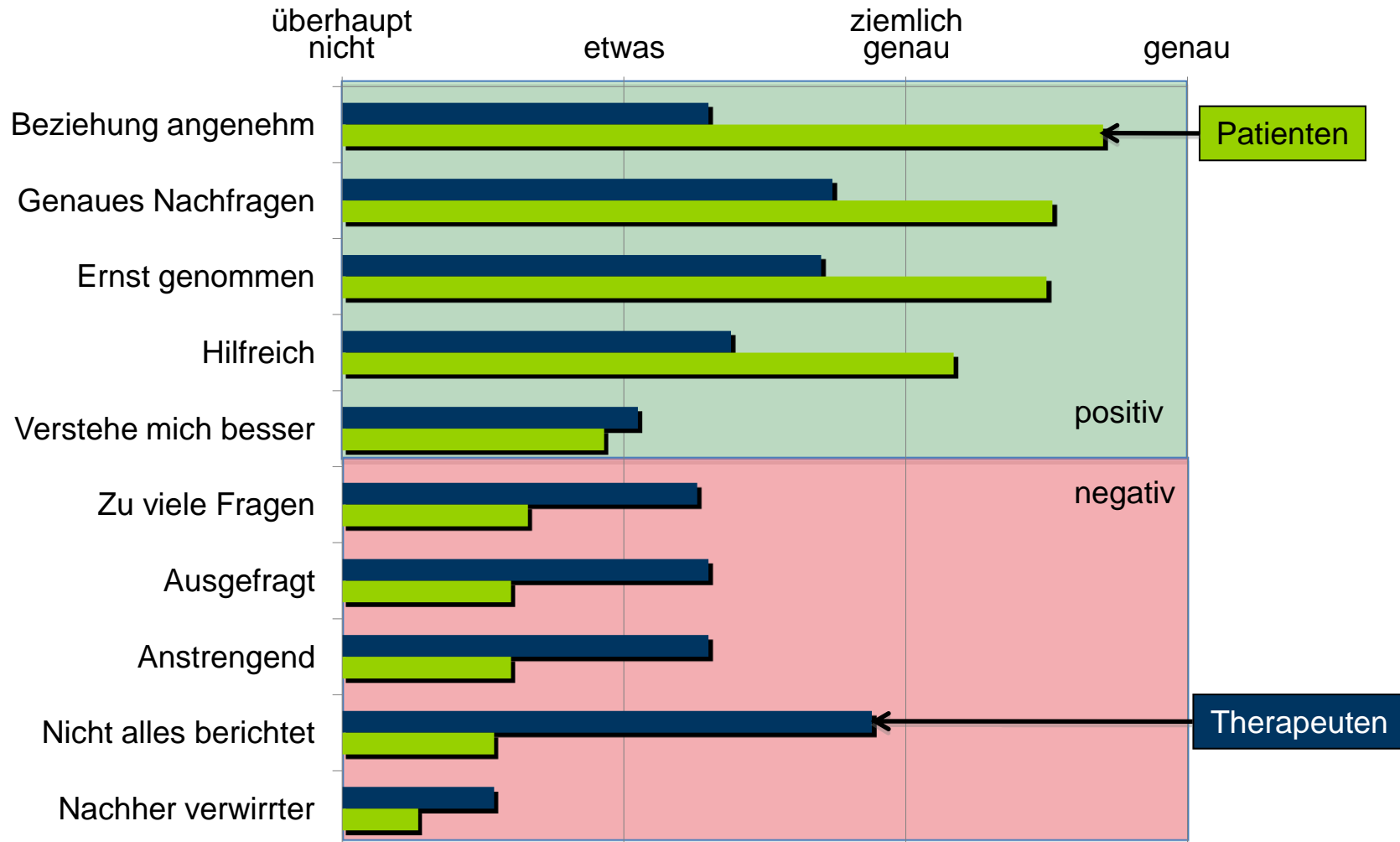
*Andere Gründe (N=41):

Schwer zu lernen, zu mechanistisch/unflexibel, Übertragung/Gegenübertragung fehlen, stört Beziehung, Detailkritik (Sprungregeln, Formulierungen), Rahmenbedingungen (Geld, Zeit)

Schätzen Therapeuten die Patientenakzeptanz korrekt ein?



Spezifische Angaben zur Patientenakzeptanz: Patienten positiv, Therapeuten negativ



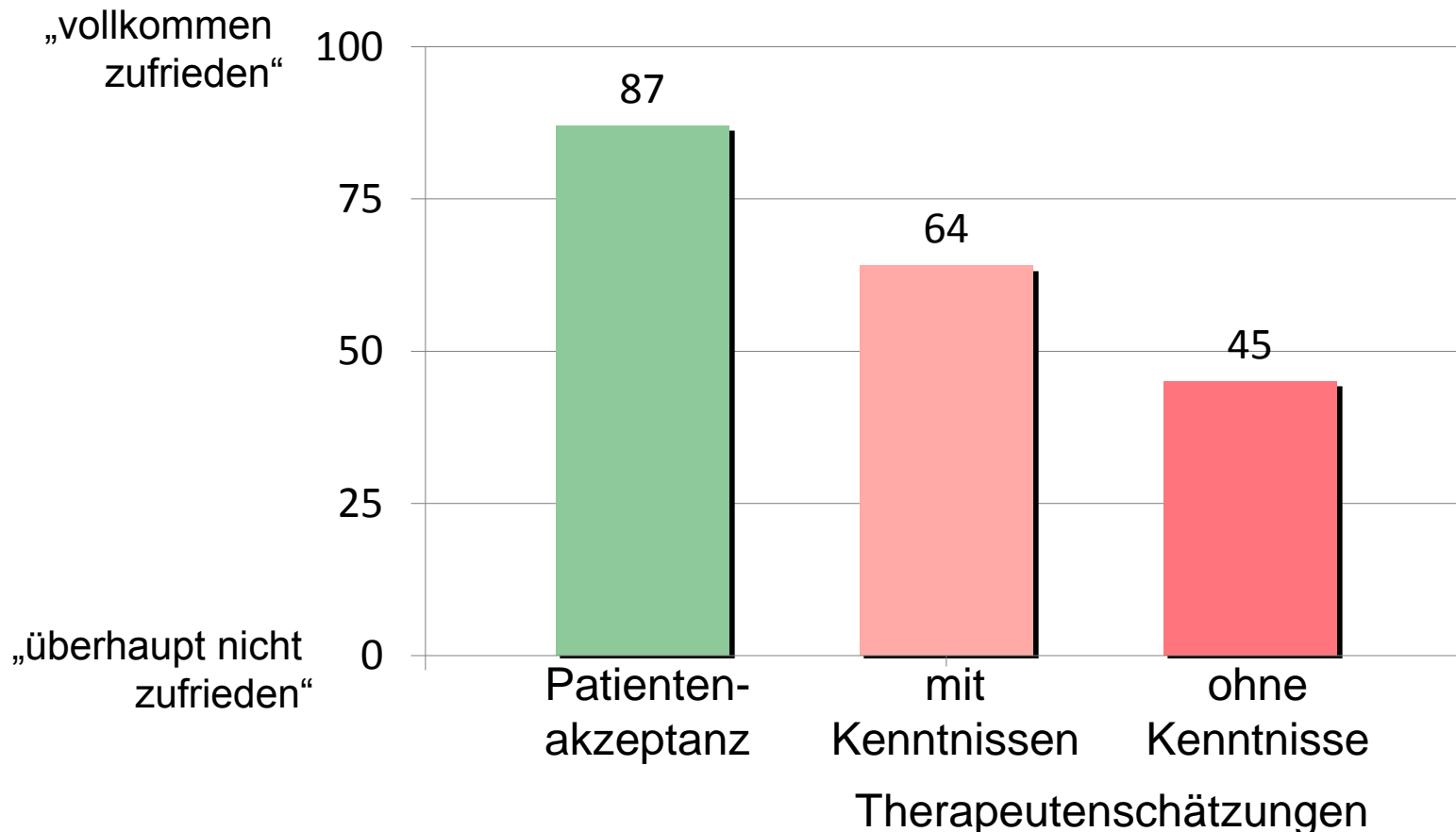
Alle Kontraste Therapeuten/Patienten $p < .01$ (ausser „verstehe mich besser“)
 Effektstärken zwischen 0.4 (verwirrter) und 2.1 (Beziehung)

Akzeptanz, GAF-Wert und Interviewdauer

- 96% der Patienten gaben Einwilligung zur Retestung (und waren gleich zufrieden wie beim ersten mal, $z = -1.24$, $p = .22$)
- Je gestörter die Patienten waren (GAF), desto
 - zufriedener (.31) und angestregter (.42),
 - weniger verwirrt (-.20) und weniger ausgefragt (-.28) fühlten sie sich nach dem Interview (alle p 's $<.01$)
- Längere Interviewdauer korrelierte mit
 - geringerer Zufriedenheit (-.29) und höherer Anstrengung (.46),
 - ausgefragt (.18) und verwirrt (.23) fühlen (alle p 's $<.01$)
- Kein Unterschied zwischen stationär, ambulant und Forschung
- Therapeuten, die Interviews durchführen, sind gleich zufrieden wie Patienten

Therapeuten mit Kenntnis strukturierter Interviews schätzen Patientenakzeptanz besser ein

Tatsächliche und geschätzte globale Zufriedenheit

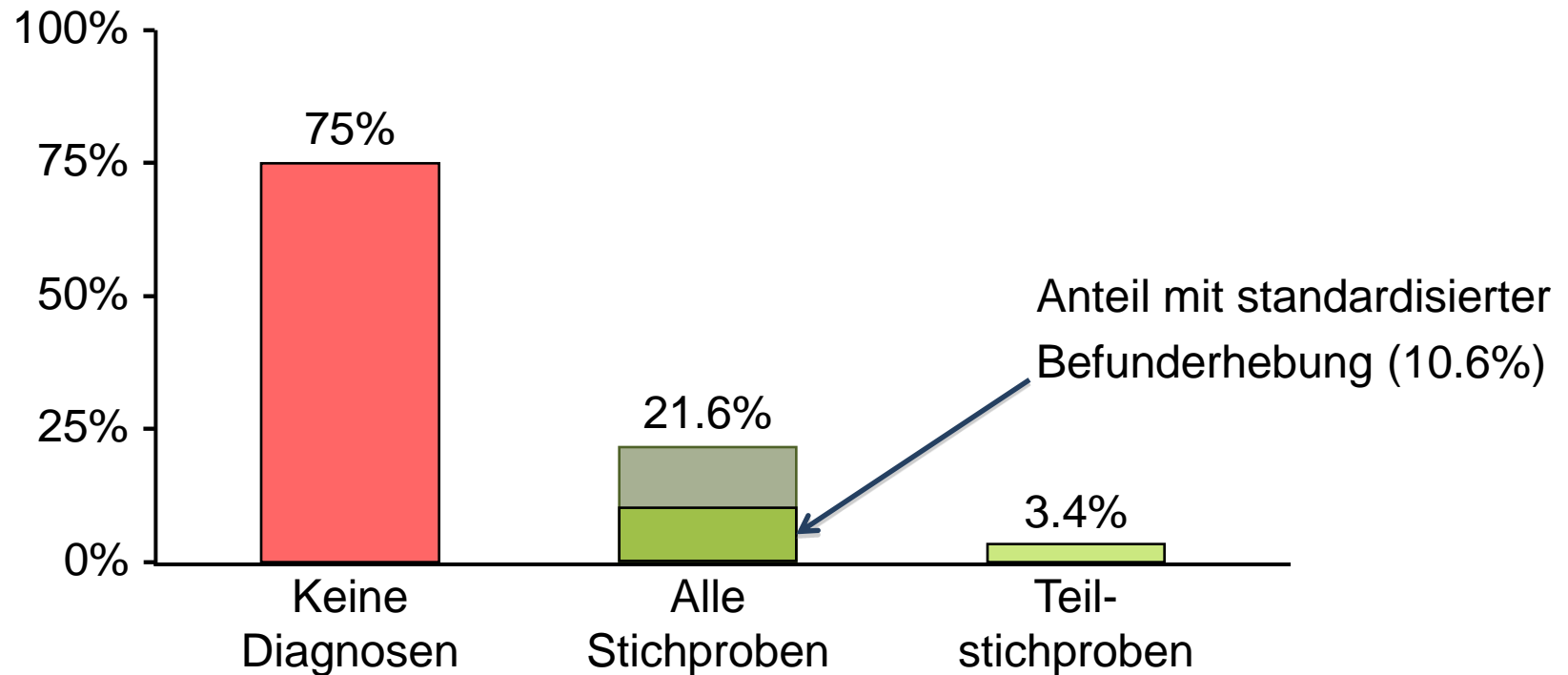


Besser in der Forschung?

Standardisierte Diagnostik in Kindertherapiestudien

Anteil Studien mit DSM-Diagnosen

(1962 – 2002, 236 Studien mit 383 Behandlungs-, 427 Kontrollgruppen)



Bei 83% fehlen Cut-Offs in standardisierten kontinuierlichen Massen, 64% benutzen weder DSM noch kontinuierliche Masse!

Zusammenhang mit Wirksamkeit?

Beispiel Routine-Kinderpsychotherapie

Wie wirkt Routine-Kinderpsychotherapie
in ambulanten Einrichtungen?

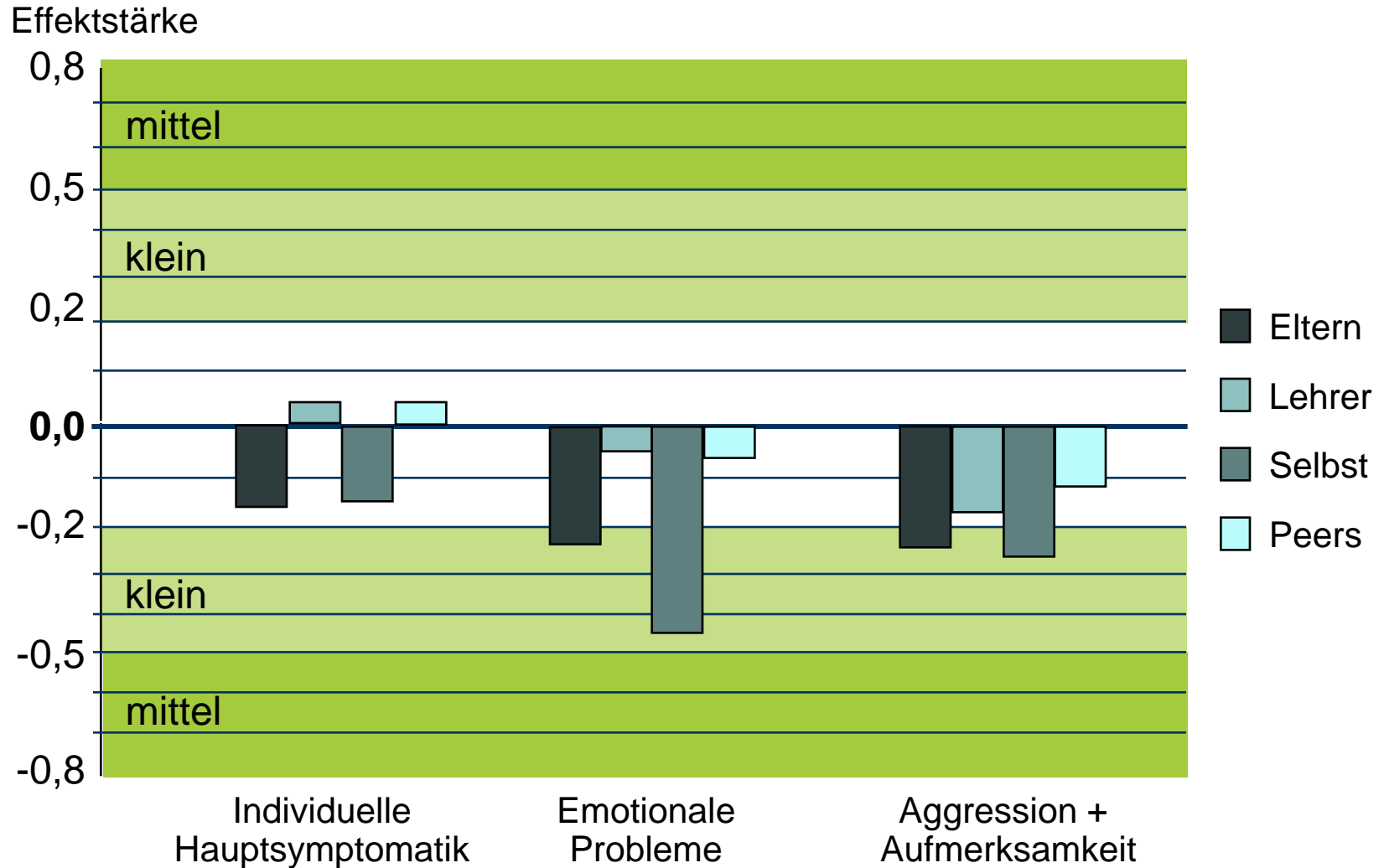
- 132 Kinder: 60 % weiblich, 10 Jahre
- Behandlung wurde Familien über Schule angeboten
- Symptomatik:
 - Angst/Depression, aggressives Verhalten, Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsproblematik, Somatische Beschwerden

Zusammenhang mit Wirksamkeit?

Beispiel Routine-Kinderpsychotherapie

- Therapiesetting und durchschnittliche Sitzungszahl
 - Einzeltherapie (60)
 - Gruppentherapie (4)
 - Elterntraining (19)
 - Lehrergespräche (13)
- Therapieart
 - v.a. Psychodynamisch-Humanistische Verfahren
- Vergleich mit „academic tutoring“ (M=53 Sitzungen)

Wirksamkeit von Routine-Kinderpsychotherapie

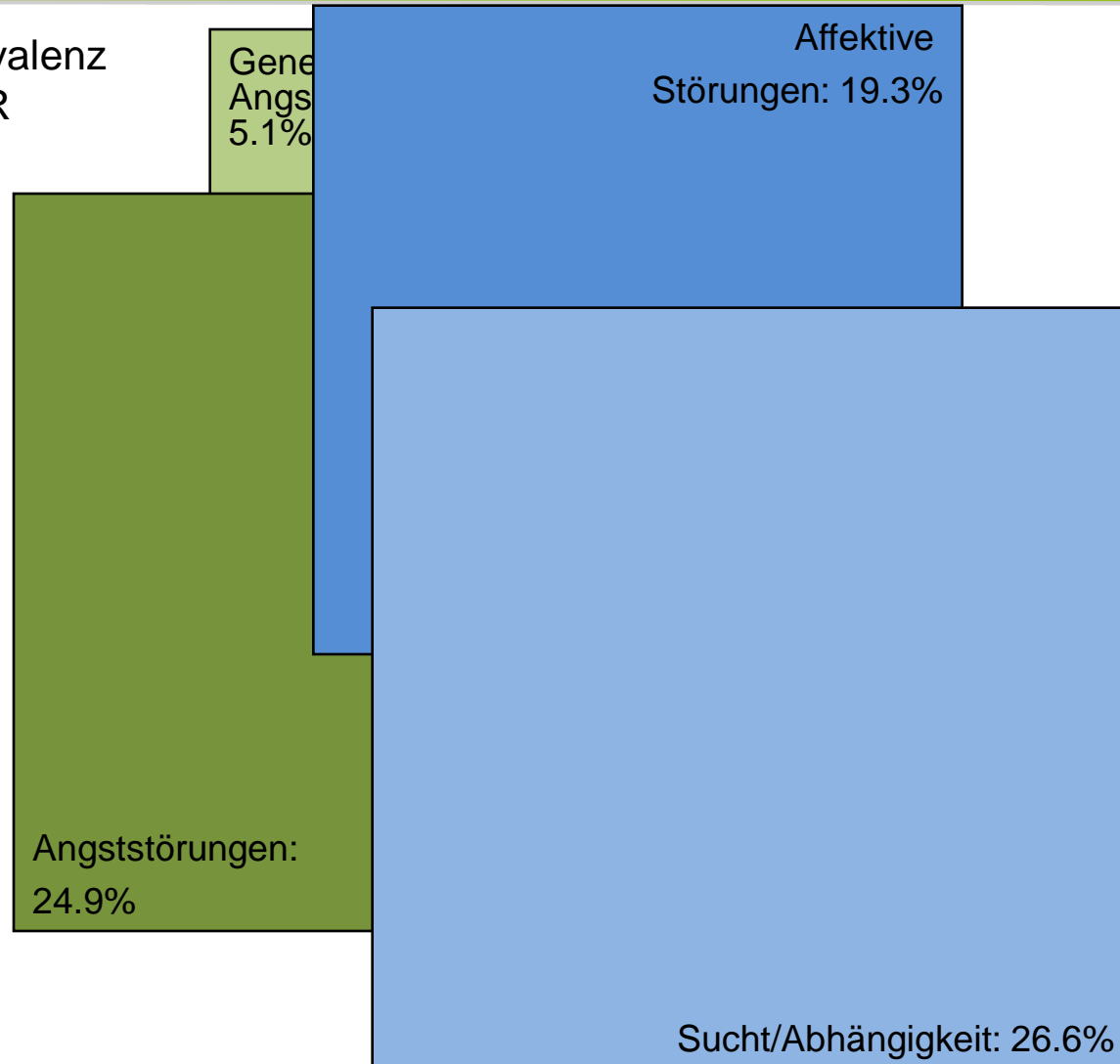


Überblick

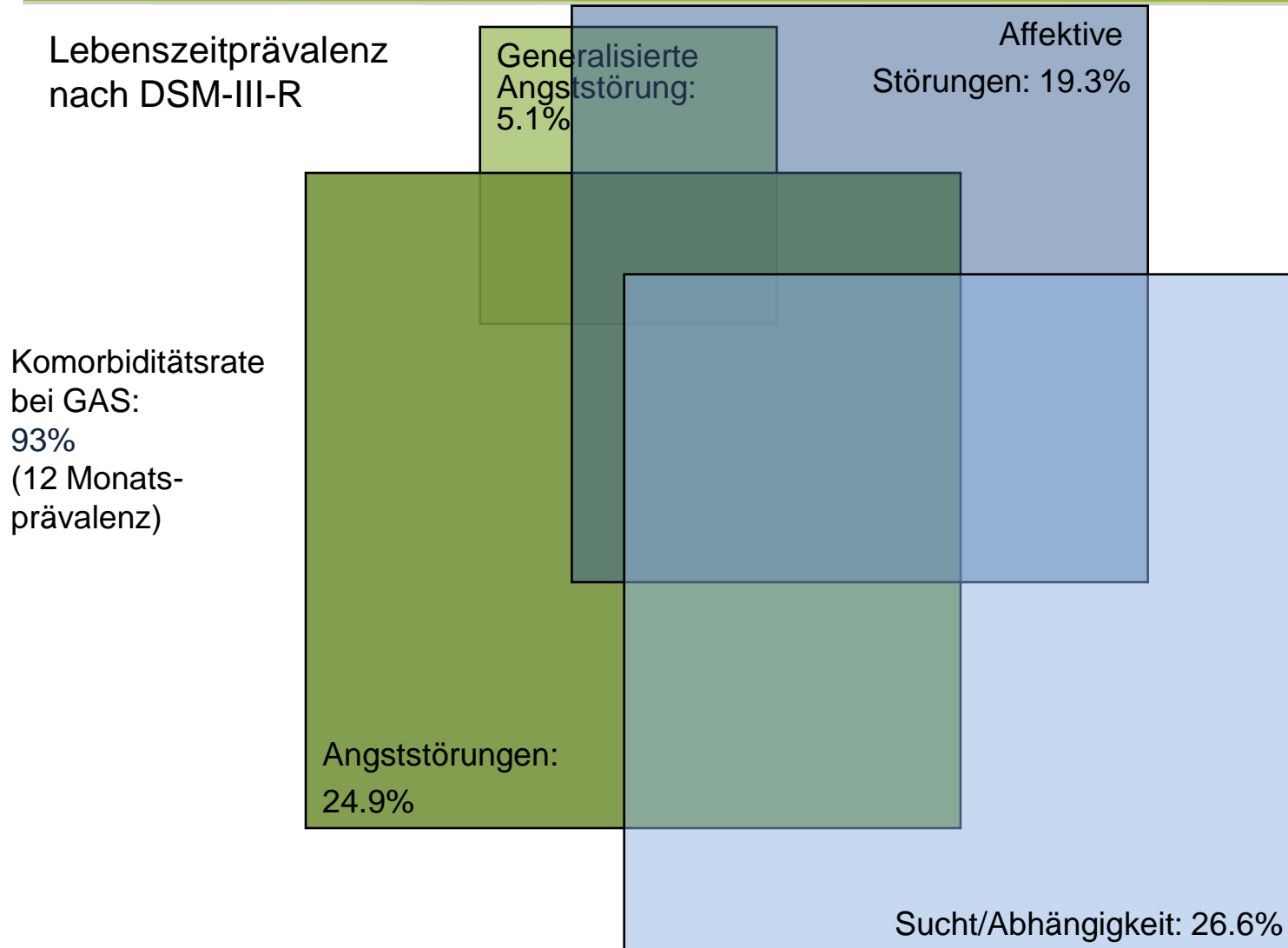
- Was ist „psychische Störung“?
- Praktische Probleme:
 - Wird Störungsdiagnostik verwendet?
 - Wie können wir mit Komplexität umgehen?
- Wohin in Zukunft?
 - Drei Thesen zur Zukunft der Psychotherapie

Komorbidität ist die Regel, nicht die Ausnahme

Lebenszeitprävalenz
nach DSM-III-R



Komorbidity als Regelfall



Komplexe Probleme = komplexe Therapien?

Therapie bei Angst

📄 Depression

📄 Ehekrise

📄 schwierige Kindheit

📄 existenzielle
Sinnkrise

=

Konfrontation

📄 kognitive Therapie/

Aktivitätsaufbau

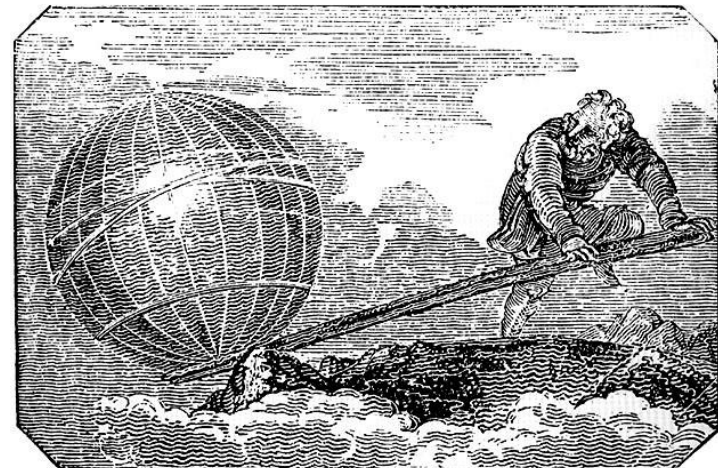
📄 Partnertherapie

📄 aufdeckende Gespräche

📄 Logotherapie?

Besser:

Konkreter Hebel für
Gesamtsystem durch
Störungsdiagnostik und
funktionale Analyse



Fallbeispiel: Anamnese von Herrn A.

- 36 Jahre alt, ledig, Betriebsökonom (FH), Marketingleiter, zuletzt 50% arbeitsunfähig
- Diagnosen: Panikstörung mit Agoraphobie, Zwangsstörung, depressive Episode
- Familie: Mutter: Hypochondrie, Vater: koronare Herzerkrankung, Schwester: Phobien und Hypochondrie, beide Brüder: Phobien
- Vorbehandlungen: ununterbrochen seit 1981, u.a. Psychotherapie, Benzodiazepine, SSRI

Herr A.'s Hauptproblem: Waschzwang

- Vorwiegend Kontaminationsängste mit ausgeprägten Wasch- und Reinigungsritualen
- Fluktuierend zwischen 13. und 33. Lebensjahr
- Massiv seit dem 34. Lebensjahr
- Rituale: 40% der gesamten Tageszeit (24 Std.)

Zentrale Prozesse: Vermeidungsverhalten und Kognitionen

- Vermeidung reduziert Angst → negative Verstärkung
 - Vermeidung verhindert korrektive Erfahrungen
 - Gedankenunterdrückung verstärkt unerwünschte Gedanken
 - Wahrnehmung verstärkter Gedanken bestätigt scheinbar akute Gefahr
- Teufelskreis

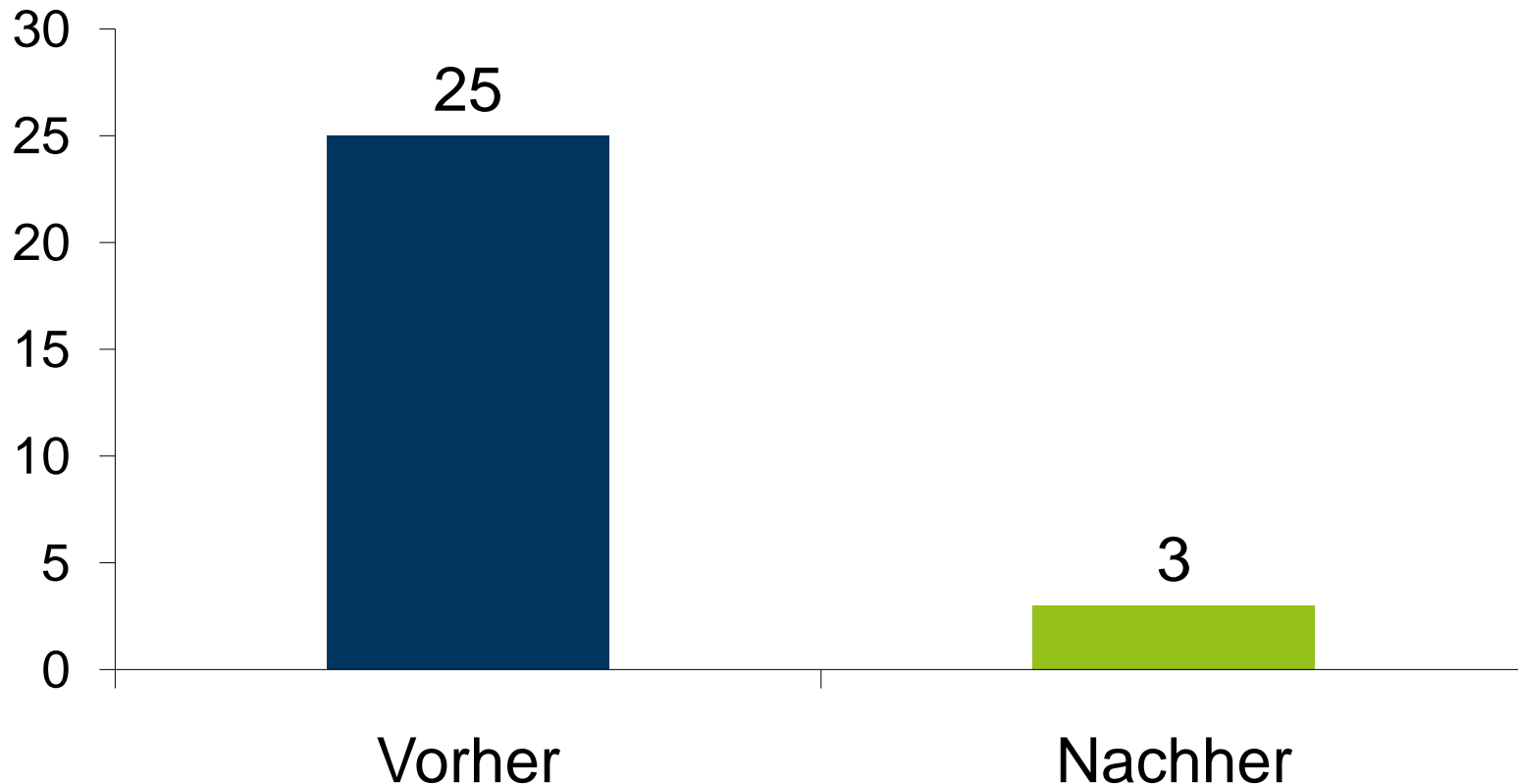
Konsequenzen für Herrn A.'s Therapie

- Falsche Bewertung unerwünschter Gedanken korrigieren
- Vermeidungsverhalten und Gedankenunterdrückung abbauen
- Korrektive Erfahrungen ermöglichen
- Integration in allgemeine Lebenssituation

Die Behandlung von Herrn A.

Datum/Zeitraum	Inhalte	Stunden
17.5.	Anmeldung auf die Warteliste	
19.7.	Erstgespräch	2
26.7.-8.8.	Diagnostik: DIPS, SKID-II, SCL-90, HZI, Y-BOCS, BDI, BAI, ACQ, BSQ, MI, MALT, somatische Abklärung, Psychosen-Screening	5
15.7.-22.8.	Anamnese, Verhaltensanalyse	4
29.8.-5.9.	Ausführliche Vorbereitung, Planung, erste Übungen in der Ambulanz	4
11.9.-13.9.	Intensive Konfrontationsbehandlung	23
20.9.	Nachbesprechung, Rückfallprophylaxe	1.5
9.10.	Rückfallprophylaxe, Nachuntersuchung	1.5
27.10.	Katamnese-Untersuchung	
	Summe aller Behandlungsstunden	41

Behandlungserfolg bei Herrn A.

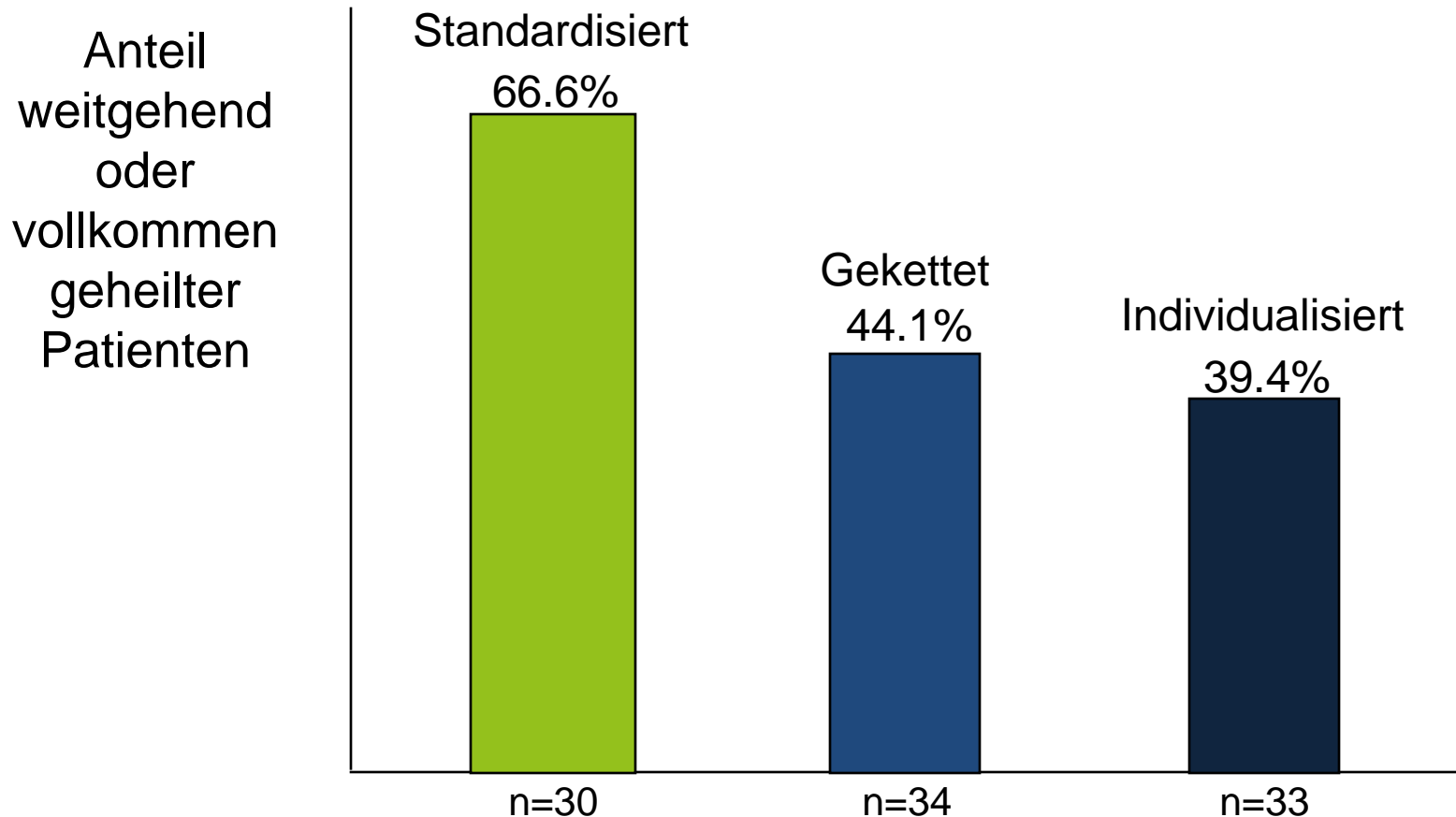


Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale (Y-BOCS)

Massgeschneiderte Therapie vs. Standardtherapie bei Phobien

- Vergleich von drei Therapiebedingungen in der Behandlung von Angststörungen (v.a. Phobien)
 - Standardisierte Therapie (N=30)
 - Individualisierte Therapie (N=33)
 - „Gekettete“ Therapie (N=34)
- Zufallszuweisung
- Sorgfältige Erfolgs- und Prozessmessung

Individualisierte vs. standardisierte Therapie bei Phobien

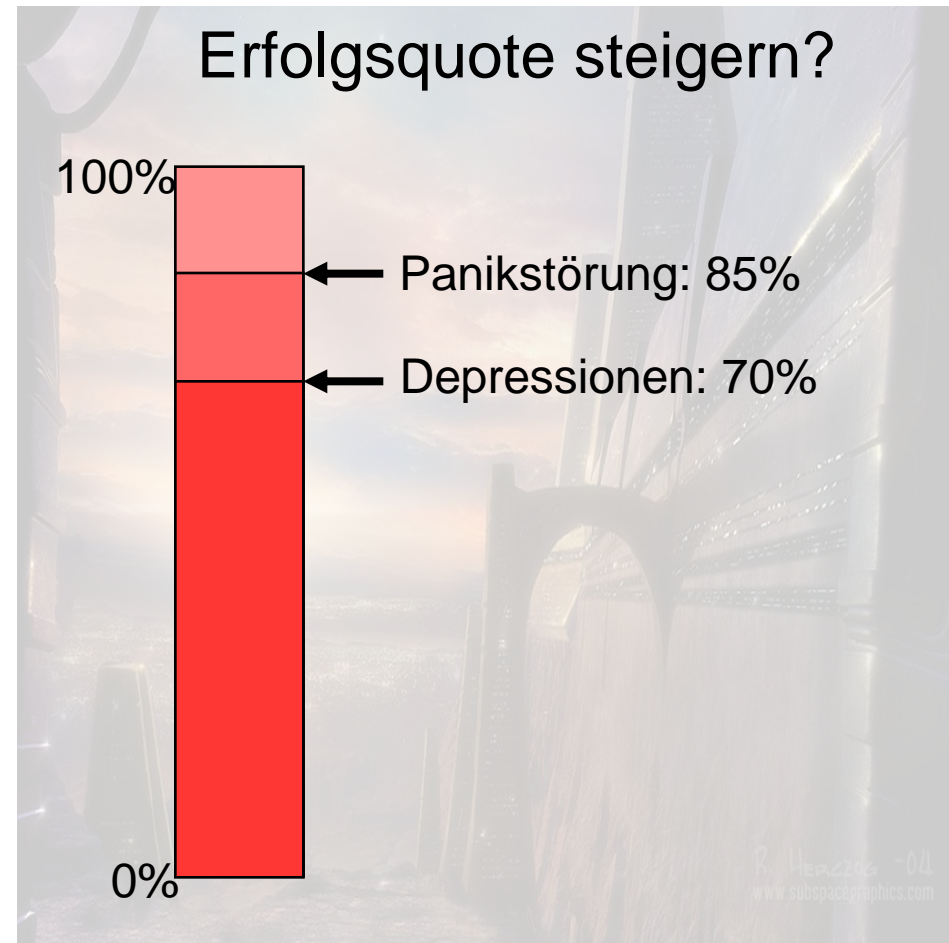


Überblick

- Was ist „psychische Störung“?
- Praktische Probleme:
 - Wird Störungsdiagnostik verwendet?
 - Wie können wir mit Komplexität umgehen?
- Wohin in Zukunft?
 - Drei Thesen zur Zukunft der Psychotherapie

Zukunftsvisionen

- Grundsätzlich unsicher
- Meist technisch/ technologisch
- Häufig Utopien:
mehr Erfolg !
Durchbruch !!
Alles wird gut !!!



Drei Thesen zur Zukunft der Psychotherapie

1. Es gibt keine automatische Entwicklung zum Besseren: Psychotherapie kann gedeihen oder verkümmern
2. Die Aufgabe der Aufklärung ist im Bereich der Psychotherapie noch nicht abgeschlossen
3. Wir brauchen keine Einheitstherapie, wohl aber ein gemeinsames wissenschaftliches Fundament

These 1

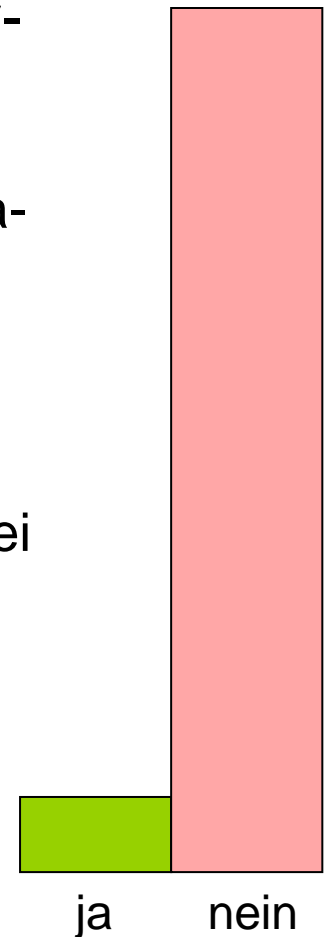
Es gibt keine automatische Entwicklung zum Besseren:
Psychotherapie kann gedeihen oder verkümmern

Probleme des Psychotherapie-Sektors

- Negative Rahmenbedingungen (Stigmatisierung, Wissensmangel, „Schulenstreit“, „Berufspolitik“)
- Mangelhafte Information der Fachleute (neue Störungsdefinitionen, Diagnosestrategien, Behandlungsstrategien)
- Mangelnde Qualitätssicherung
- Abkopplung Praxis-Forschung (Festschreibung des Status quo, mangelnder Transfer in beiden Richtungen)
- ➔ Fehldiagnosen, Fehlbehandlungen, irrationale Indikationen

Fehlversorgung als Routinefall?

- Behandlung kindlicher Aufmerksamkeits-/Hyperaktivitätsstörungen (ADHD):
 - Befragung aller 795 zugelassenen Kinderpsychotherapeuten in Nordrhein-Westfalen (Psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten, Kinder- und Jugendpsychiater)
 - Therapie entsprechend der geltenden Leitlinien nur bei kleiner Minderheit:
 - Je nach enger bzw. weiter Auslegung 58-64 von 795 Therapeuten = **7,3 % - 8,1 % !**



These 2

Die Aufgabe der Aufklärung ist im Bereich der Psychotherapie noch nicht abgeschlossen

Rehabilitation nach 465 Jahren: Philippus Aureolus Theophrastus Bombast von Hohenheim



- 1493: Geburt in Egg bei Einsiedeln
- 1527: Stadtarzt Basel („Schluss mit 1000 Jahren Hippocrates, Galen, Avicenna“, stattdessen Erfahrung und Vernunft)
- 1528: Flucht aus Basel
- 1541: Tod in Salzburg
- 1993: Rehabilitation in Basel

Aufklärung und wissenschaftliche Psychotherapie

- Aufklärung soll von Traditionen, Konventionen, Normen und Institutionen befreien
- Anfangs v.a. durch Säkularisierung, d.h. Ersetzen kirchlicher Dogmata durch die Autonomie der menschlichen Vernunft
- Hauptinstrumente der aufklärerischen Vernunft sind Kritik und Gegenkritik im Rahmen der auf allgemeine Überprüfbarkeit angelegten Wissenschaften (Leitbild Naturwissenschaften)
- Philosophische Spannbreite von Empirismus bis Rationalismus
- Vernunft, Rationalität und Empirie stellen die aufklärerische Tradition der wissenschaftlichen Psychotherapie dar



Immanuel Kant



La méthode numérique: Pierre Louis 1836

- Statistische Analyse: Mit Aderlass sterben mehr Patienten als ohne, Publikation „nur mit Zögern“
- Massive Kritik:
 - Rein empirisch, mechanistisch, anti-medizinisch
 - Kein wirkliches Verständnis, sondern niedere experimentelle Beobachtungen und fragmentarische Fakten
 - Zahlen berauben Patienten seiner Individualität und verstellen den Blick auf das Wesentliche
 - Heilkunst vs. Wissenschaft (Wissenschaft als Kunst?)
- Claude Bernard 1860: Physiologie wird die wahren Ursachen aufdecken, dann kausale Therapie, Statistik brauchen höchstens Verzweifelte
- ➔ Medizinische Statistik musste in Frankreich nach 1950 aus USA und England reimportiert werden
- ➔ Siehe auch Semmelweis (Hygiene) und Morton (Anästhesie)



Pierre-Charles-Alexandre Louis (1787-1872)

Psychotherapie ist Teil der Krankenversorgung

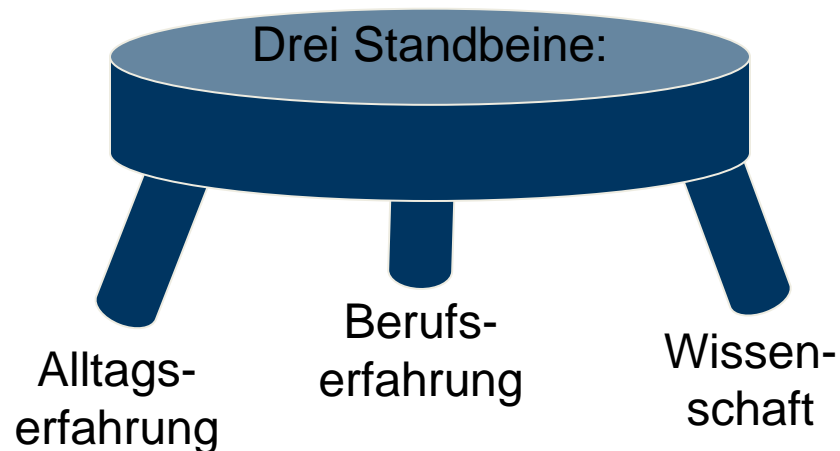
Heilbehandlungen benötigen

- Wirksamkeit,
- Wirtschaftlichkeit
- und Unbedenklichkeit

These 3

Wir brauchen keine Einheitstherapie, wohl aber ein
gemeinsames wissenschaftliches
Fundament

Psychotherapie als wissenschaftlich begründetes Handeln



- Verschiedene Funktionen der Standbeine, nicht gegeneinander austauschbar
- Häufig Überbetonung individueller Erfahrung

Sind Psychotherapeuten (oder Wissenschaftler) durch Erfahrung, Ausbildung oder Lehrtherapie besonders objektiv?

Verzerrungen und Selbsttäuschungen: Auch bei Psychotherapeuten?

Studien mit Psychiatern, Psychologen, Studenten

- *Film: „Bewerbungsgespräch“ vs. „Therapiesitzung“* (attraktiv, ordentlich, aufrichtig, realistisch, innovativ vs. angespannt, defensiv, abhängig, unrealistisch, verleugnend, passiv-aggressiv)
- *Problemfreies Tonband und „anerkannte Autorität“* (neurotisch/psychotisch, gesund, Bewerbungsgespräch)

➔ **Allgemein: ausgebildete Kliniker stärker beeinflussbar!**

Klinische Arbeitsbedingungen schränken Erfahrungslernen ein und begünstigen „selbsterfüllende Prophezeiungen“ (z.B. mangelnde Rückmeldung über Ergebnisse).

War doch klar! Hinterher sind alle klüger...



Wohin in Zukunft?

- Allgemeine Psychotherapie?
- Psychotherapie nicht "ekklesial" organisieren, Selbstbild nicht durch "Kirchenzugehörigkeit"
- Überwindung schulenspezifischer Ansätze hin zu wissenschaftlich fundierter Therapie
- Empirie statt Ideologie:
 - Störungs- und Änderungswissen
 - Massgeschneiderte Therapieprogramme und individuelle Anpassung
 - Wirkungs- und Qualitätssicherung
 - Gemeinsames Wissenschaftsverständnis (Evidenzbasiert)

Die Zukunft beginnt jetzt

Statt Streben nach therapeutischer Perfektion
oder Einheitstherapie:

- Machbares machen
- Aufklärung vollenden
- Evidenzbasierte Praxis

Therapie der Eltern hat langfristige Auswirkungen auf die Kinder

Prospektive Längsschnittstudie zu Kindern von Patienten mit Angststörungen
 Vergleich der Kinder von Eltern mit vs. ohne Therapie
 (Beobachtungszeitraum: sieben Jahre, N=2x40)

