

Prof. Dr. Wolfgang Hiller

Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie

Thema: Allgemeiner Überblick und Grundlagen Psychotherapie

Häufig gestellte Fragen zur Psychotherapie

Was ist eigentlich Psychotherapie?

Gibt es einen Unterschied zwischen Psychotherapie und Psychoanalyse?

Ist Psychotherapie tatsächlich wirksam?

Gibt es gute und schlechte Psychotherapie?

Macht die Theorie eine Psychotherapie besser?

Brauchen wir ein Gesamtkonzept oder viele interessante Einzelkonzepte?

Definitionen von Psychotherapie

Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie (www.wbpsychotherapie.de)

„Psychotherapie ist die Behandlung von Individuen auf der Basis einer Einwirkung mit überwiegend psychischen Mitteln. Die Definition wissenschaftlicher Psychotherapie fordert eine Reihe von weiteren Bedingungen, z.B. das Anstreben oder positive Beeinflussung von Störungs- und Leidenszuständen in Richtung auf ein nach Möglichkeit gemeinsam erarbeitetes Ziel (z.B. Symptomminimalisierung und/oder Strukturveränderungen der Persönlichkeit) sowie einen geplanten und kontrollierten Behandlungsprozess, der über lehrbare Techniken beschrieben werden kann und sich auf eine Theorie normalen und pathologischen Verhaltens bezieht. Wissenschaftliche Psychotherapie sollte als Heilbehandlung im Rahmen des jeweiligen Gesundheitssystems zu bestimmen sein.“

Historische Entwicklung der Psychotherapie

I. Spinoza, Kant: Veränderung psychischen Leidens durch die Kraft des Geistes

II. Medizin des 18./19. Jh.: Mesmer Charcot, Janet, Breuer, Freud

III. erste Methoden in wissenschaftlichem Kontext: Suggestion, Hypnose, Imagination, Traumdeutung, freie Assoziation

IV. erste als solche anerkannte Psychotherapieform: Psychoanalyse und Abkömmlinge

V. später: GT, VT, kognitive Ansätze, Kommunikationsansätze

VI. bis in der 1960er Jahre kaum Psychotherapieforschung (kein entsprechender „Zeitgeist“) - erst nach Eysencks (1952) berühmter Kritik

Welches sind allgemeine Kennzeichen von Psychotherapien?

- Strukturen des Ablaufs
- Psychologische Mechanismen der Veränderung
- Veränderungsprozesse
- Zielsetzungen
- Therapeutenmerkmale
- Patientenmerkmale



Ablaufstruktur von Psychotherapien (nach Perrez & Baumann, 1998)

1. Indikation
2. Aufbau der therapeutischen Beziehung und Klärungsarbeit (Problemklärung/Ziele)
3. Inszenierung des therapeutischen Lernens
4. Evaluation vor/nach Abschluss

Phase	Ziele	Mittel
1. Indikation	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnostische Abklärung • Klärung der geeigneten Therapiemethode Medizinische Intervention? Psychologische Intervention? Welche klinisch-psychologische Behand- lungs- bzw. Therapiemethoden? • Aufklärung über die Therapie, Einwilli- gung ("informed consent") 	<ul style="list-style-type: none"> • Interview/Anamnese • Persönlichkeitstests und klini- sche Tests • u.U. neben psychologischer auch medizinische Untersu- chung
2. Aufbau der therapeutischen Beziehung und Klärungsarbeit (Problemklärung/ Ziele)	<ul style="list-style-type: none"> • Rollenstrukturierung (dem Pat. die Rolle als Patient erleichtern und erklären) • Förderung von positiven Veränderungs- erwartungen • Aufbau der therapeutischen Beziehung; evtl. Vermittlung eines globalen Ätiolo- giekonzeptes 	<ul style="list-style-type: none"> • Verwirklichung von Wert- schätzung und Empathie • Klärung der therapeutischen Spielregeln • Therapeutischer Kontrakt
3. Inszenierung des therapeuti- schen Lernens	<ul style="list-style-type: none"> • Systematischer Kompetenzaufbau (Verhaltenstherapie) • Analyse und Erfahrung von Verhaltens- und Erlebensmotiven (Psychoanalyse) • Restrukturierung des Selbstbildes (Ge- sprächspsychotherapie) 	<ul style="list-style-type: none"> • Einsatz spezieller psychothera- peutischer Techniken • Kontinuierliche Beobachtung und Evaluation des therapeuti- schen Verlaufs
4. Evaluation vor/ nach Abschluss	<ul style="list-style-type: none"> • Psychodiagnostische Klärung der Thera- piezielerreichung • Sicherung der Generalisierung der Thera- pieergebnisse • Formelle Beendigung des therapeutischen Verhältnisses 	<ul style="list-style-type: none"> • Gespräch • Diagnostisches Verfahren • Reduzierung der therapeuti- schen Kontakte • Einvernehmliche Abschluss- vereinbarung

Ziele von Psychotherapien (nach Orlinsky & Howard, 1986)

Ziele	Beispiele
<u>Ziele für die Therapiesitzung</u> (therapieprozessbezogen) <u>konkret und kurzfristig</u>	<ul style="list-style-type: none">– Erhöhung der Selbstexploration– Verminderung der Angst beim Sprechen über tabuisierte Inhalte– beim Rollenspiel angemessen mitarbeiten– Instruktionen einer Übung befolgen
Mikroergebnisse (micro-outcome/post-session) <u>konkret und kurzfristig</u>	<ul style="list-style-type: none">– konkrete Alltagssituation, die bisher gemieden wurde, nicht mehr zu meiden (z.B. mit dem Vorgesetzten sprechen)– den Zusammenhang einer konkreten sozialen Konfliktsituation besser verstehen können
Makroergebnisse (macro-outcome/post-session) <u>global und langfristig</u>	<ul style="list-style-type: none">– Positives Selbstbild– angemessenes Selbstvertrauen und Selbstwirksamkeitserwartung– verbesserte Kommunikationsfähigkeit– stabile und situationsgeneralisierte Kompetenzen

Lernen als Grundprozess aller psychologischen Veränderungen

1. Gewohnheitsbildung durch Übung
2. Konfrontation mit der angstausslösenden Situation
3. Positive bzw. negative verbale und nonverbale Rückmeldung durch den Psychotherapeuten
4. Therapeut als Modell
5. Kognitive Mittel
6. Psychophysiologisch orientierte Methoden
7. Therapeutische Beziehung

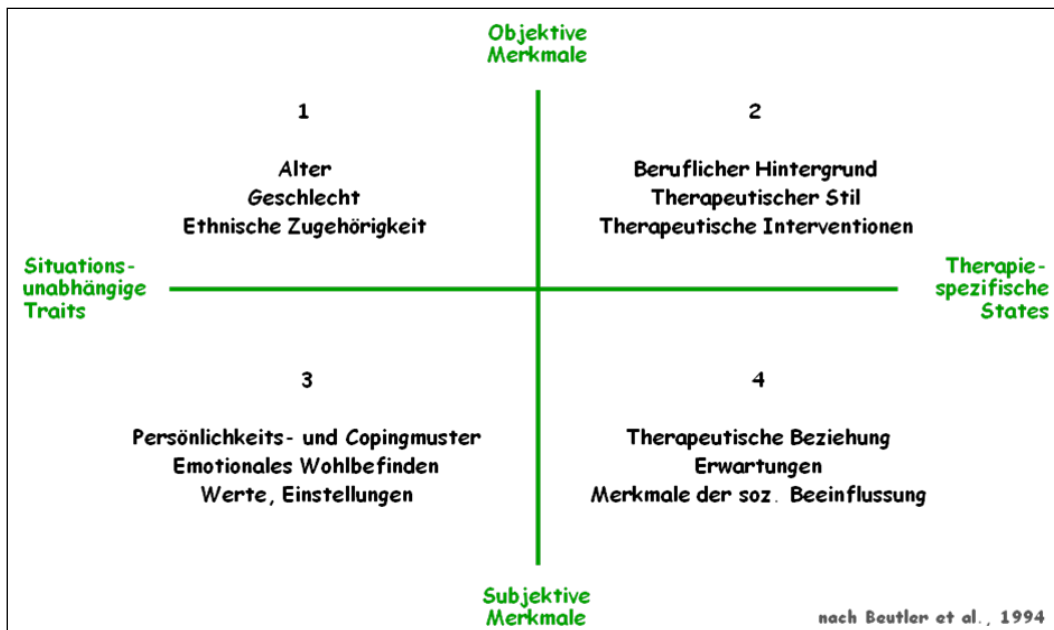
(nach Perrez & Baumann, 1998)

Welche Mechanismen der Veränderung sind in Psychotherapien wirksam?

nach Grawe (1997): Vier Grundmechanismen der Veränderung:

-
- Bewältigungskompetenz
 - Klärung und Änderung von Bedeutungen
 - Problemaktualisierung
 - Ressourcenaktivierung
-

Therapeutenmerkmale

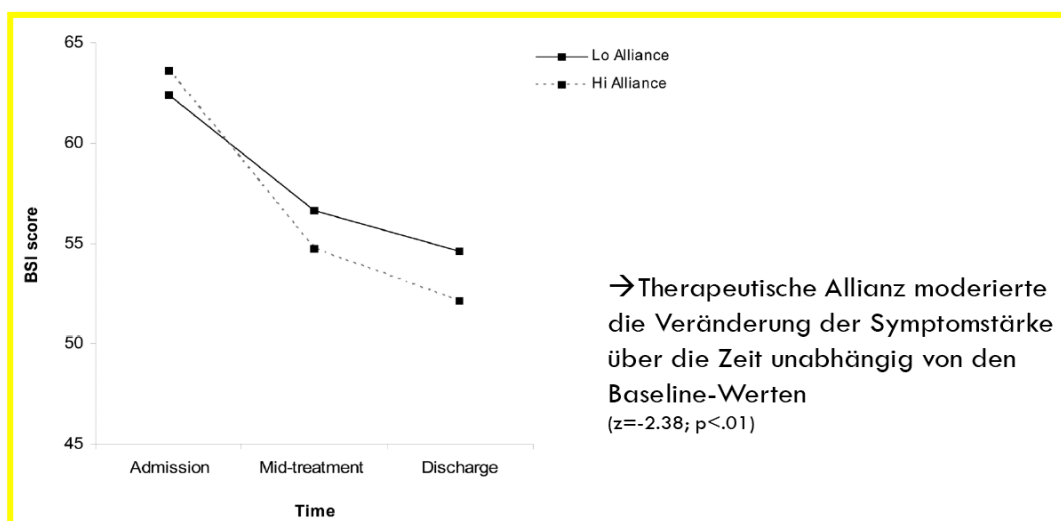


Therapeutische Allianz (nach Horvath et al. (2011))

1. Konsistenter Zusammenhang zwischen Allianz und gutem Therapieergebnis
2. Allianz erklärt 7,8% der Variabilität des Outcomes

dazu eine Studie: Urbanoski KA, Kelly JF, Hoepfner BB, Slaymaker V (2012). The role of therapeutic alliance in substance use disorder treatment for young adults. *J Subst Abuse Treat* 43, 344-351.

- Behandlung von Substanzabhängigkeit
- 303 junge Erwachsene, 18-24 Jahre alt, stationäres Behandlungszentrum in den USA, häufigste Substanzen: Alkohol und Marihuana (beides 28%)
- 12-stufiger Ansatz: Motivationale Verstärkung, kognitiv-behavioral, familientherapeutisch, Einzel- und Gruppentherapie, spezielle Gruppen wie Rückfallprävention, Ärger-Management, SKT, Medikamentenmanagement
- Durchschnittliche Aufenthaltsdauer: 26 Tage, 84% wurden mit Zustimmung der Therapeuten entlassen



Therapeutische Adhärenz

**Sollten sich Therapeuten strikt an ein Therapiemanual halten? => Behandlungspurismus
Werden dadurch bessere Ergebnisse erreicht?**

dazu eine Studie von Schulte D, Künzel R, Pepping G, Schulte-Bahrenberg T (1991): Maßgeschneiderte Psychotherapie versus Standardtherapie bei der Behandlung von Phobikern. In: Schulte D (Hrsg.): Therapeutische Entscheidungen. Göttingen: Hogrefe, 15-42

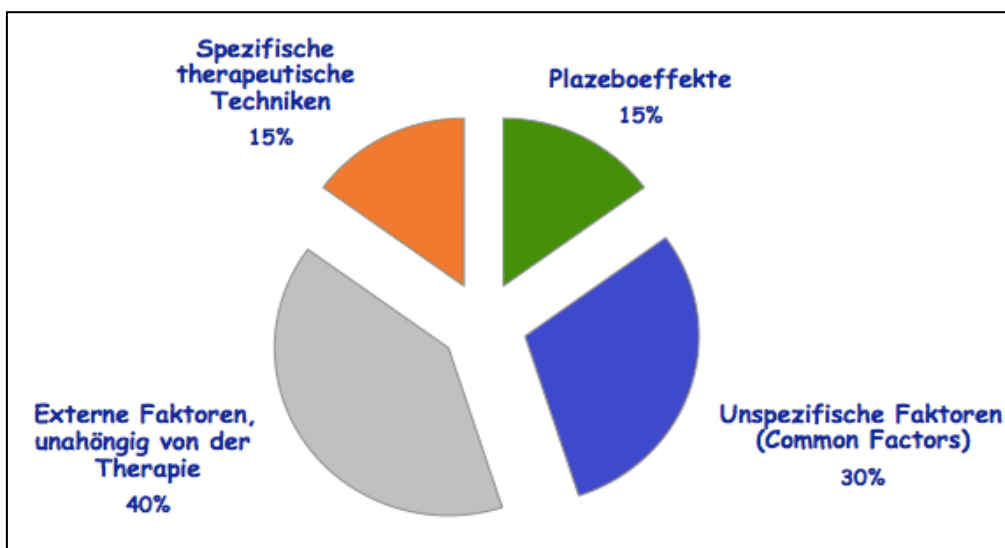
=> Behandlung von Phobien in 3 Gruppen; Gruppe I: manualisiertes Vorgehen; Gruppe II: individuelles Vorgehen; Gruppe III: gleichgeartetes Vorgehen wie in Gruppe II, jedoch nicht individualisiert, sondern das individuelle Vorgehen aus Gruppe II wurde „kopiert“ und in gleicher Weise vorgegeben für die Therapie von „Zwillingspatienten“ der Gruppe III (d.h. keine individuelle Passung!)

=> Ergebnis: Gruppe 1 besser als 2 und 3, zwischen 2 und 3 keine Unterschiede!

aber auch widersprüchliche Befunde anderer Studien:

- Psychodynamiker fanden negative Korrelation zwischen Adhärenz und Outcome (Henry et al., 1993)
- Meta-Analyse fand keinen Zusammenhang (Webb et al., 2010)
- Mehrere Studien zeigen, dass sehr starke und sehr geringe Adhärenz mit negativen Outcomes verbunden waren (z.B. Barber et al., 2006)

Faktoren, die zum Therapieeffekt beitragen



aus Lambert, M. (1992). Psychotherapy outcome research: Implications for integrative and eclectic therapists. In J. Norcross & M. Goldfried (eds.). Handbook of Psychotherapy Integration (pp. 94-129). New York: Basic.

Patientenmerkmale

Attraktivität des Pat.

---- YAVIS = young, attractive, verbal, intelligent, successful

Therapieerwartungen

Ausmaß von Defensivität

Andere Persönlichkeitsmerkmale

Intensität und Form der Störung

Einige formale Merkmale von Psychotherapien

1. Anzahl der therapeutischen Interaktionspartner

Einzel-, Partner- und Familien-, Gruppentherapien

2. Zeitfaktor

Kurzzeit-, Langzeittherapie

3. Therapeutischer Ansatzpunkt

am Patienten, an Dritten (z.B. Angehörigen), an Selbsthilfegruppen

4. Beeinflussungsebene

intrapersonelle Funktionen, interpersonelle Systeme

Vielfalt der psychotherapeutischen Ansätze

Aktualisierungstherapie

Aqua-Energetik

Autogenes Training

Bioenergetik

Biofeedback

Eidetische Psychotherapie

Entspannungsprogramm

Ermutigungstherapie

Feministische Therapie

Fixed-Role-Therapie

Focusing

Funktionale Psychotherapie

Gestalttherapie

Holistische Erziehung

Hypnotherapie

Individualpsychologie

Integrative Therapie

Integritätsgruppen

Katathymes Bilderleben

Klientenzentrierte Psychotherapie

Körpertherapie

Kognitive Verhaltenstherapie

Konfrontative Therapie

Kreative Aggression

Krisenmanagement

Kunsttherapie

Kurztherapie

Meditation

Morita-Therapie

Multimodale Therapie

Multiple Familientherapie

Musiktherapie

Neubewertendes Counseling

Orgon-Therapie

Personal-Construct-Therapie

Poesietherapie

Primärbeziehungstherapie

Primärtherapie

Provokative Therapie

Psychoanalyse

Psychodrama

Psychoimaginationstherapie

Psychosynthese

Radikale Psychiatrie

Rational-emotive Therapie
Rebirthing
Recall-Therapie
Selbstsicherheitstraining
Sexualtherapie
Social-influence-Therapie
Stressmanagement
Strukturierte Lerntherapie
Tanztherapie
Themenzentrierte Interaktion
Transaktionsanalyse
Transzendenztherapie
Triadisches Counseling
Verhaltenstherapie
24-Stunden-Therapie

(aus Raymond J. Corsini, *Handbuch der Psychotherapie, Psychologie Verlags Union, München, 1987*)

Zwei Hauptströmungen?

- **Einsichtsorientiert**
- **Verhaltensorientiert**

Dichotomisierung nach primär kognitiv/emotionalen vs. verhaltensorientierten wird jedoch heute als überholt angesehen

Gliederung der Psychotherapieformen nach Schulen

- **Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze**
Erklärung psychischer Störungen: Lernprozesse, aufrechterhaltende Bedingungen und kognitive Verzerrungen; Therapie: Veränderung von Verhalten, äußeren Bedingungen, kognitiven Verzerrungen (z.B. systematische Desensibilisierung, Reizüberflutung, sokratischer Dialog)
- **Humanistisch-existentialistische Ansätze**
Erklärung psychischer Störungen: unzureichende persönliche Reife; Therapie: Stärkung der Selbstheilungskräfte, Wachstum der Persönlichkeit, Erleben im Hier-und-Jetzt (z.B. Gesprächspsychotherapie, Gestalttherapie) • Systemische Ansätze Erklärung psychischer Störungen: dysfunktionale soziale Systeme (z.B. Familie, Ehe) und fehlgesteuerte Kommunikationsformen; Therapie: Veränderung des Systems und der Kommunikation (z.B. Familientherapie)
- **Tiefenpsychologische Ansätze**
Erklärung psychischer Störungen: vergangene Konflikte; Therapie: Aufdeckung und Auflösung dieser Konflikte und unbewusster Motive (z.B. Psychoanalyse, Individualtherapie)
- **Körperorientierte Ansätze**
Erklärung psychischer Störungen: kein einheitliches Konzept; Therapie: durch systematische Körperübungen die Sensibilität für den eigenen Körper steigern, dadurch einen höheren Bewusstseinsgrad erreichen und die leib-seelische Gesundheit fördern (z.B. bewusstes Atmen, Hypnose, Massage-Techniken)

Kriterien zum Vergleich verschiedener therapeutischer Ansätze

Theoretische Grundlagen:

Menschenbild

Annahmen zur normalen menschlichen Entwicklung

Modelle der Psychopathologie

Therapieziele und -techniken:

Zielbestimmung

Therapeutenrolle

Therapeutenqualifikation/Fertigkeiten

Patientenrolle

Zeitliche Orientierung

Rolle unbewussten Materials

Psychologischer Schwerpunkt der Therapie

Rolle von Einsicht

Weitere Gesichtspunkte:

Zusammenhang zwischen Theorien und Techniken

Empirische Absicherung der Theorien

Effektivität der Techniken

Indikationen und Kontraindikationen

Kosten-Nutzen-Analyse

Patienten- vs.-therapeutenbestimmt

Therapeut als Freund vs. Analytiker/Untersucher

Orientierung auf Vergangenheit, Gegenwart, Zukunft

Bewusst vs. Unbewusst

Erleben vs. Verhalten

Verbal vs. Motorisch

Betonung von Motivation, Kognition, Phantasie oder Verhalten

Überzeugung

Katharsis

Persönlichkeitswachstum

Verhaltensänderung

Kognitive Veränderungen

Wissen über sich selbst

Zwischenmenschliche Beziehungen

Wissen und Entscheidungsfähigkeit

Körperliche Vorgänge

Bewusstseinszustände

Umweltbedingungen (einschl. soziale Bedingungen)

Verstehen, erklären, verändern

Aktiv vs. Passiv

Kurz vs. Lang

Eigenverantwortung der Patienten

Vergleich von Psychotherapieansätzen

⇒ Menschliche Natur

Kognitive Verhaltenstherapie: nach seiner biologischen Natur wird der Mensch mit der Fähigkeit zu lernen und kognitiver Veränderung geboren, deren grundlegende Prinzipien personenübergreifend erforscht und beschrieben werden können

Psychoanalyse: biologische Instinkte, vor allem sexuelle und aggressive, verlangen nach sofortiger Befriedigung und bewirken dadurch Konflikte mit der sozialen Realität

Humanistisch: der Mensch hat freien Willen und bestimmt sein Dasein selbst, die Fähigkeit zur Selbstbestimmung und Selbstverwirklichung wohnt jedem Menschen inne

Systemisch: Menschen existieren vor allem als Teil eines sozialen Systems, ihre Handlungen können nur in diesem Kontext verstanden und beeinflusst werden

⇒ Normale menschliche Entwicklung

Kognitive Verhaltenstherapie: adaptive Verhaltens- und Erlebensweisen werden durch Erfahrung (vor allem in der Interaktion mit der Umwelt) erworben und verändert

Psychoanalyse: Wachstum geschieht durch Konfliktlösung während aufeinanderfolgender Entwicklungskrisen

und psychosexueller Phasen. Durch Identifikation und Internalisierung entwickeln sich reifere Ich-Kontrollen und Charakterstrukturen

Humanistisch: ein einzigartiges Selbstsystem entwickelt sich von der Geburt an. Dabei verwirklicht das Individuum die für seine Persönlichkeit charakteristischen Modalitäten von Wahrnehmung, Affekten etc.

Systemisch: menschliche Entwicklung geschieht ausschließlich im sozialen Kontext, wobei die Strukturen des Systems bewahrt und Koalitionen über verschiedene Ebenen hinweg nicht eingegangen werden sollten

⇒ Ziel der Therapie

Kognitive Verhaltenstherapie: Beseitigen der belastenden Symptome durch Verändern des Verhaltens und Erlebens aufgrund neuer Informationen und Erfahrungen

Psychoanalyse: Erlangen psychosexueller Reife, Stärken der Ich-Funktionen, Reduktion des Einflusses unbewusster und verdrängter Impulse

Humanistisch: Stärken von Selbstbestimmung, Echtheit und Integration durch Freisetzung des Wachstumspotentials und Bewusstseinsweiterung

Systemisch: Verändern der gestörten sozialen Beziehungen, gegebenenfalls durch Umstrukturierung des Systems

Schulenübergreifende Sichtweisen - die Zukunft der Psychotherapie?

Integration

- Versuch, verschiedene Ansätze theoretisch zu verschmelzen; wesentlich sind die theoretische Integration und die Betonung der Gemeinsamkeiten

Eklektizismus

- Technologische Position: wirksame Elemente verschiedener Therapien werden herausgegriffen und kombiniert

Konzept der "Allgemeinen Psychotherapie" (Grawe)

- Orientierung an Grundmechanismen psychotherapeutischer Wirkung

Psychotherapieforschung

7 Fragen zur Effektivität von Psychotherapie

1. Ist Psychotherapie generell effektiv?
2. Sind die Veränderungen klinisch relevant?
3. Ist Psychotherapie wirksamer als Placebo?
4. Erhalten Patienten ihre Veränderungen aufrecht?
5. Wieviel Psychotherapie ist notwendig?
6. Verschlechtern sich einige Patienten auch?
7. Kann man Ergebnisse aus Forschungsstudien auch auf angewandte Settings übertragen?
[nach Lambert & Ogles, 1994]

Einige Grundprinzipien

Nehmen wir einmal an, ich möchte die Wirksamkeit einer Psychotherapieform nachweisen. Was müsste ich beachten?

- Das Verfahren muss beschreibbar und vermittelbar sein
- Es muss verlässlich replizierbar sein (unterschiedliche Therapeuten)
- Der Einsatzbereich (Störungs-/Patientenmerkmale) muss erkennbar sein
- Die Veränderung muss messbar sein im Vergleich zu (a) Personen ohne diese Intervention, (b) Personen mit anderen Verfahren
- Das Verfahren muss sicher und risikoarm sein
- Es sollte ökonomische Vorteile bieten

Wie können derartige Wirksamkeitsnachweise erbracht werden?

1. Mögliche Designs:

- Fallstudien (nicht überzeugend)
- Kontrollierte Fallstudien (besser und aufschlussreicher, Schlussfolgerungen durch N=1 aber begrenzt)
- Wartelisten- oder Therapie-Kontrollgruppenstudien (guter Standard, da sowohl mit keiner Therapie als auch mit Vergleichstherapie verglichen werden kann; aber Zuteilung kann bias enthalten)
- Randomisierte Kontrollgruppenstudien = RCT (Randomized Controlled Trial)
(State of the Art – harter Test, da zufällige Zuteilung auf Gruppen)
- Weitere, nicht immer verfügbare Optionen: blinde vs. offene Studien (z.B. bei Pharmakatestung, gemischte Designs z.B. "Dismantling"-Studien)

2. Messinstrumente und Voraussetzungen:

- Genaue Spezifikation des Verfahrens (z.B. Manual)
- Störungsrelevante, d.h. im Gebiet akzeptierte Messinstrumente (z.B. bei Depressionen Hamilton-Depressionsskala als Fremd- und Beck-Depressionsinventar als Selbstrating) = primäre Outcome-maße
- Spezifizierte Prä-, Verlaufs-, Post- und Follow-up-Messzeitpunkte
- Hinreichende Teststärke (Power), um den erwarteten Unterschied auch nachweisen zu können
- Prüfbar Hypothesen für primäre und sekundäre Erfolgsmaße

Prototypisches Design

	Therapie	KG
Prä		
Post		
Follow-up		

(oder Plazebo)

Kontrollbedingungen

- keine Behandlung (No Treatment Control)
- Warteliste (WLC)
- Aufmerksamkeits-Plazebo (Attention-Placebo Control)
- Standardbehandlung (TAU)

Plazebo = Der Wunsch nach Kontrolle von ...

- ... Erwartungseffekten
- ... Aufmerksamkeitszuwendungen
- ... Rahmenbedingungen einer Untersuchung
- ... Freundlichkeiten gegenüber den Behandlern
- ... Zustimmungstendenzen
- ... Einschlussbias
- ... Spontanbesserungen
- ... anderen unspezifischen Aspekten einer Intervention

Typische Beispiele plazeboähnlicher Untersuchungsdesigns

Bibliotherapien (Broschüren, Selbsthilfebücher)

Ton- , Videobänder, DVDs

Vorträge mit Diskussionsrunden (oft mit Broschüren und Medien)

Gruppentreffen (soziale Begegnung und Austausch gleichermaßen Betroffener unter Anwesenheit eines Gruppenleiters)

Selbsthilfegruppen

Entspannungsverfahren (als unspezifische, psychohygienische Maßnahme)

Klinische Routine, Kurzkontakte (Arztkontakte, Visiten, klinisches Management mit festgelegten erlaubten Interventionen)

Übliche und bewährte Routinebehandlung (Standard)

Metaanalyse zum Plazeboeffekt von Lambert und Bergin (1994)

Wirksamkeit der Plazebo bedingung für Psychotherapie im Vergleich zu keiner Behandlung erreicht eine (mittlere) Effektstärke von $d = 0,42$

Durchschnittliche Effektstärke für jegliche Formen spezifischer Psychotherapie im Vergleich zu keiner Behandlung liegt bei $d = 0,82$ (großer Effekt)

Einige Literatur zum Thema Psychotherapie

- Grawe K, Donati R, Bernauer R (1994). Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession. Göttingen, Hogrefe.
 - Grawe K (1998). Psychologische Therapie. Göttingen, Hogrefe.
 - Hiller W, Leibing E, Leichsenring F, Sulz SKD (Hrsg) (2003/04). Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung. München, CIP-Medien.
 - Roth A, Fonagy P (2005). What Works For Whom? A Critical Review of Psycho-therapy Research (2nd ed). New York, Guilford Press.
 - Margraf J, Schneider S (Hrsg) (2009). Lehrbuch der Verhaltenstherapie (3 Bände 1.-3. Aufl). Berlin, Springer.
 - Lutz W (Hrsg) (2011). Lehrbuch Psychotherapie. Bern, Huber.
 - Senf W, Broda M (Hrsg) (2011). Praxis der Psychotherapie (5. Aufl). Stuttgart, Thieme.
 - Lambert MJ (Ed) (2013). Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change (6th ed). New York, Wiley.
-

[Stand: WS 2014/15]