

Psychotherapie 2050 – Versuch einer Vision einschließlich eines Rückblicks auf die Gegenwart

Prof. Dr. Willi Butollo

www.butollo.de

LMU München



Der Kotau vorneweg: Erbarmen mit den Profs!

2050? Abhängigkeit von globaler Entwicklung:

Sind soziale, ökonomische, politische, ökologische und kulturelle Veränderungen antizipierbar?

> Vermeidung: „Verbotene Hellseherei“

> Deflektorisches Kabarett:

Alles bleibt eh', wie's is...

der mumifizierte Therapeut und sein Langzeitpatient...

Reicher wird eh' nur die Kammer...



- > Extrapolation bisheriger Entwicklungen:
Mehr und auch völlig neue psychische Störungen,
weniger T - Nachwuchs, mehr Bürokratie
- > Defizite in PT identifizieren: Diese Liste wird sehr lang
- > Gedankenspiele, wie Defiziten zu begegnen wäre:
Forschung, Versorgung, Ausbildung, Qualität
- > Ergebnis: die Vision (wird wegen Zeitüberschreitung vermutlich
vertagt)





Vorteile/Nachteile der Standardisierung von Therapie:
Fast nur Forschung über experimentell kontrollierbare,
kurzfristige Wirkung therap. Techniken in hoch
strukturierten Therapien

Fazit: Geiselhaft der Psychotherapie durch Strukturmerkmale
der Forschung im universitären Rahmen

Fast keine Forschung über niedrig strukturierte Therapien,
unspezifische Wirkfaktoren, Langzeiteffekte,
Therapeutenvariablen

Wegen Analogie zur Pharmaprüfung zu schneller Sprung auf
experimentelle Hypothesenprüfung; erst beschreiben,
sammeln, ordnen, erklären von Phänomenen

PT Forschung 1: Forschung mit Bias?



Die Forschung, die gemacht wird, ist meist seriös, die Verallgemeinerung der Ergebnisse ist es seltener und die Vermarktung der Ergebnisse ist es in der Regel nicht.

Fallstricke des Pharmamodells in der Psychotherapie:

Wo bleibt der Doppelblindversuch? Wer kontrolliert den Alliance-Bias?

Zauberwort Manualisierung: Manuale versus Prozessorientierung?

CAVE! Schätzung von Lambert: 15% Ther. Technik (z. B. Expositionstherapie, Kognitive VT). Der Rest: Faktoren des Patienten, des Therapeuten und der Lebensentwicklung des Patienten.

Wann holen wir uns auch in der wissenschaftlichen Forschung die quasi verschenkten 85% Wirkfaktoren aus Lambert's Schätzung zurück?

FAZIT: Der an einem veraltetem naturwiss. Paradigma orientierte Forschungsbetrieb ist unfair gegenüber Psychotherapie, speziell gegenüber humanistischen Verfahren.

VT und PA haben als Trittbrettfahrer eines für PT unseriösen Wissenschaftsbegriffes eine Entwicklung toleriert, der sie in Zukunft selbst bedrohen könnte.



NIMH Studie vergleicht KVT mit IPT und Medikation (kritisch zusammengefasst von P. Fonagy, 2004)

Erfolg (im Durchschnitt!) abhängig u.a. vom Alter der Patienten, der Schwere der Depression; Wirkung bei KVT (im Durchschnitt!) anfangs schneller, bei IPT nachhaltiger. Aber immer ist die Rückfallquote (im Durchschnitt!) noch viel zu hoch.

KVT nicht „besser“, da in weiteren Studien keine echten Kontrolltherapien („Alliance – Bias“), vor allem keine Langzeit Follow Ups.

Auch wurde noch nie die Relevanz der INHALTE der Kognitionen geprüft!

Fortführung der PT („erhaltende PT“) ebenso wie – unabhängig davon – Fortführung der Medikation verlängert (im Durchschnitt!) rezidiv-freie Zeitspanne



Lambert (2007) fordert naturalistische Praxisstudien und Liliensfeld (2007) die Untersuchung der Misserfolge.

Denn RCT Studien geben nur durchschnittliche Veränderungen wieder – wo bleiben die Misserfolge?

Lambert: 35 – 40% ohne Besserung, 5 - 10% Verschlechterung

„Early Responders“ zeigen mehrheitlich, aber nicht immer langfristige Besserung („Flucht in die Gesundheit“)

FAZIT: PT hilft, aber nicht allen und man weiß nicht genau wodurch

Brockmann et al (2002) Studie vergleicht VT und PA Therapien in Hamburger Praxen: Je 31 Pt prospektiv; VT > 63, PA > 185 Sitzungen im Schnitt; DSM Diagnosen Angst/Depression

Ambulante Therapie PA vs. VT: Veränderung in der Symptombelastung

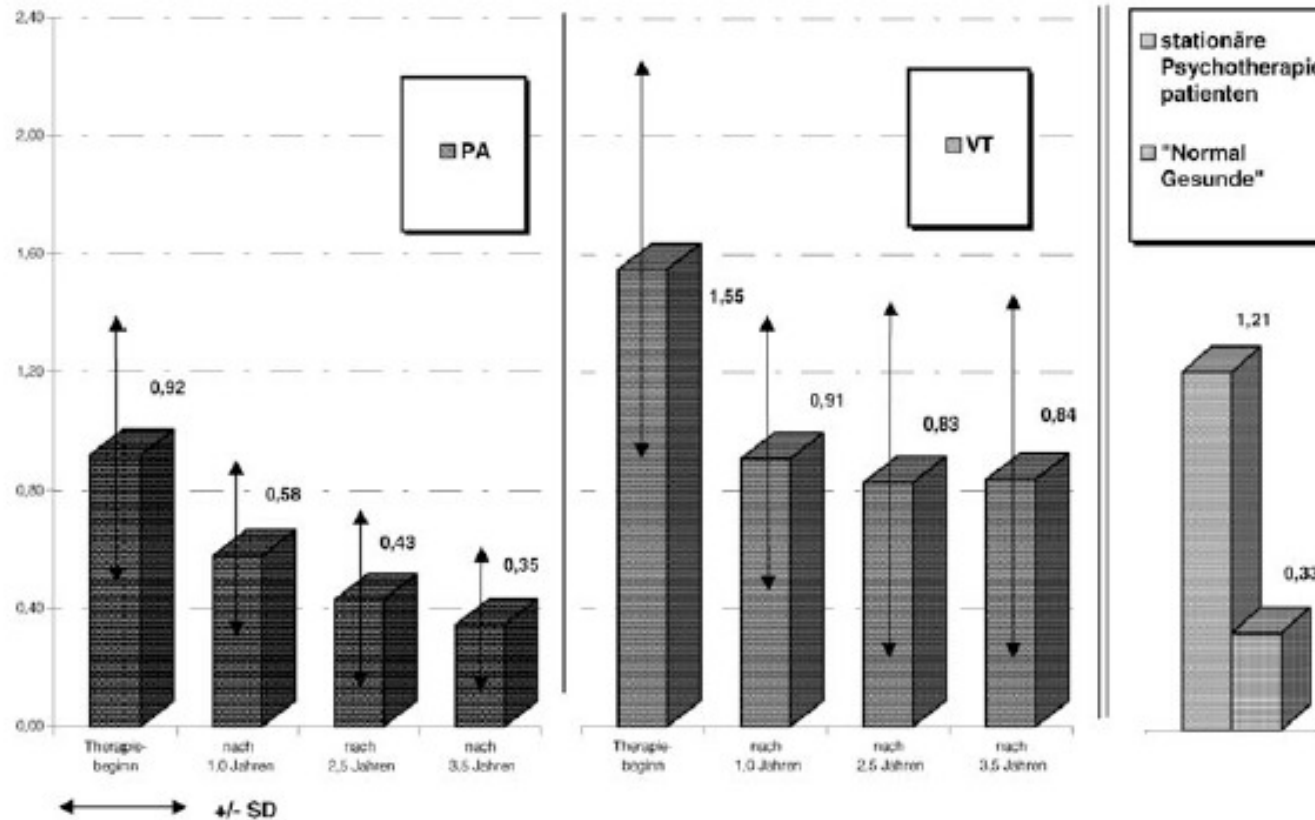


Abb. 2 ◀ Verlauf des Kennwerts GSI und der Standardabweichungen SD der SCL-90-R über die Messzeitpunkte, jeweils für die psychoanalytisch orientierten (PA) und die verhaltenstherapeutischen (VT) Langzeittherapien (sowie Vergleichswerte) Vergleichswerte: „Normal Gesunde“: Wert der durchschnittlichen Symptombelastung in der Allgemeinbevölkerung, „stationäre Psychotherapiepatienten“: Wert der Symptombelastung einer Stichprobe von stationären Psychotherapiepatienten. (Franke 1995)

Brockmann et al. (2002)



Konzentration auf Rückfallprävention,
Keine Heilung der D durch Kurzzeittherapie, aber
Linderung akuter Episoden; Verschlechterung nach
Ende der Intervention

Langzeittherapie (über 18 Monate) – zu wenig
erforscht, obwohl, u. a., stabile therapeutische
Beziehung, Mentalisierung protektiv wirken (nach
Fonagy, 2004)

Computergestützte Selbsthilfe (Internet, E-Mail)

Tabus: Passung Pt <> Th <> Methode? Th – Eignung?

LMU

LUDWIG-
MAXIMILIANS-
UNIVERSITÄT
MÜNCHEN



Artwallpapers.com

12



Stand vor dem PsychTherGes:
Humanistische Verfahren sind
dominierende Therapierichtung – als ursprünglich
„3. Kraft der Psychotherapie“ zur ersten geworden.

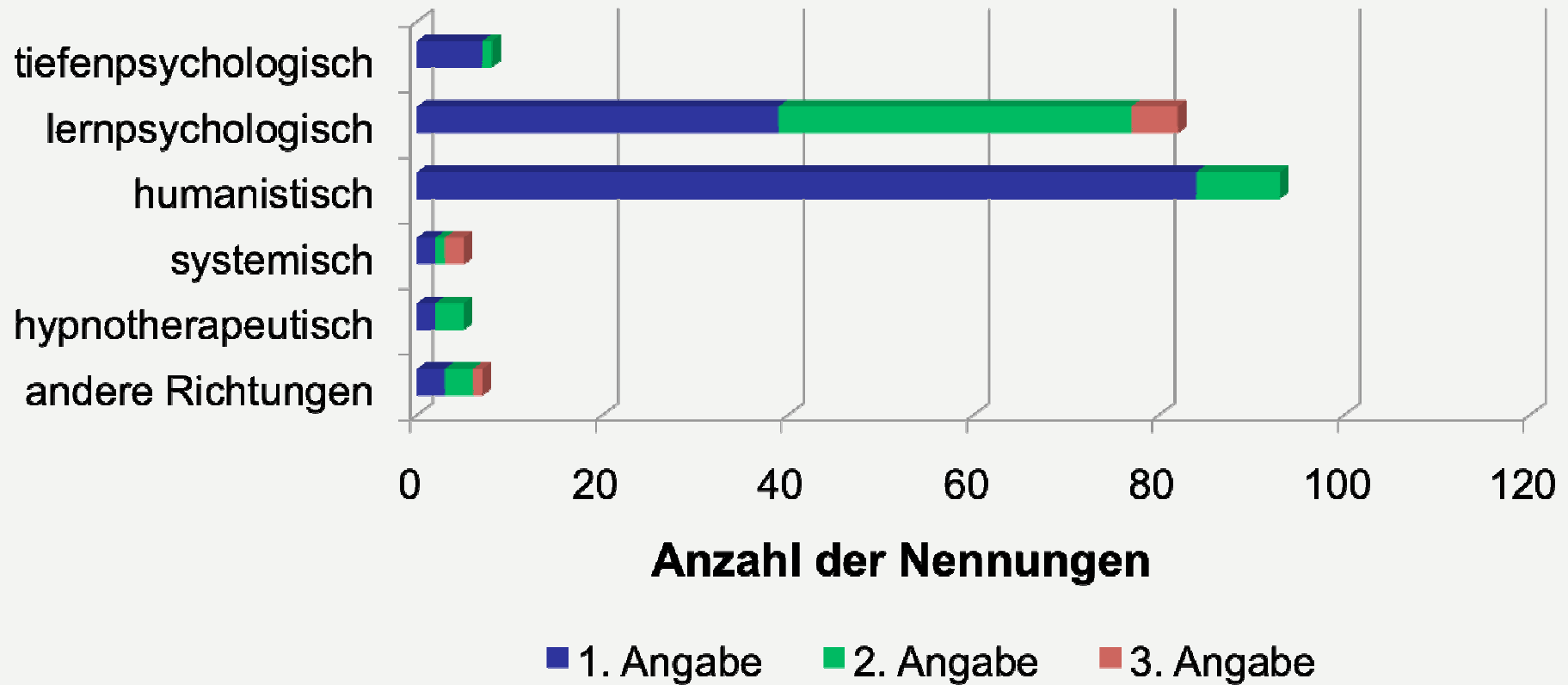
10 Jahre später:

- vom Zugang zur Approbation
- von der Aus-, Fort- und Weiterbildung
- aus den Psychologiestudien
- aus der Forschung ausradiert.

Nicht per Gesetz, sondern durch seine Anwendung
durch die Kollegen in Hochschulen und Kliniken!

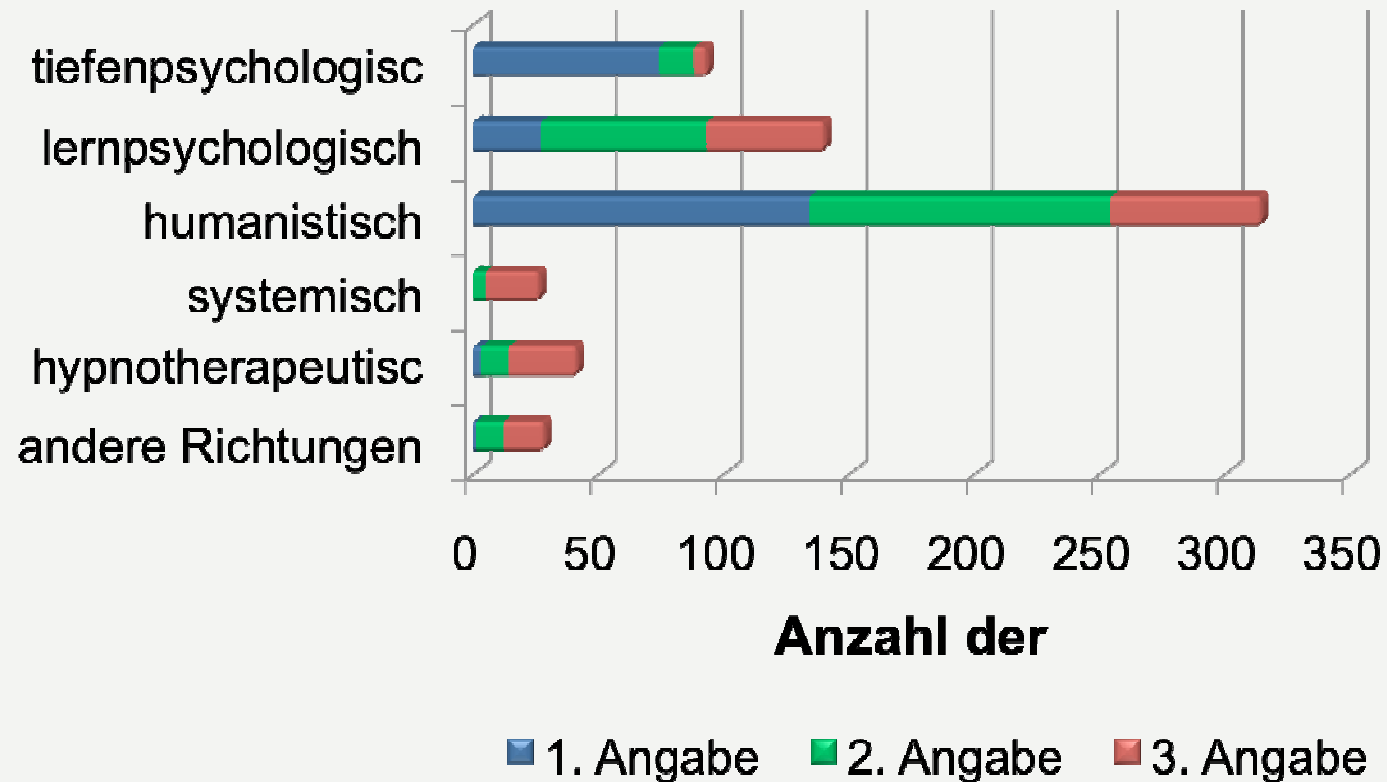


Therapierichtung





Arbeitsrichtungen







Faire Versorgungsforschung statt nur RCT Prüfungen
von Techniken

Erforschung der Misserfolge, aber auch der besonderen
Erfolge

Patienten/Therapeutenvariablen! Therapie –
VERLÄUFE

Mut zur Erforschung komplexer psychischer Prozesse,
ihrer Pathologie und Veränderbarkeit – wozu auf „harte“
Daten schießen, denen Validität/Relevanz fehlt? Ecce Hirnforschung!

MEHR SELBSTSICHERHEIT FÜR PSYCHOTHERAPIE
- FORSCHUNG MIT „WEICHEN“ DATEN !!!

Z.B. „Belief-Systems“: Wie formieren und verändern sich funktionale
und dysfunktionale Glaubens- / Überzeugungsmuster? Woher speisen
sie ihre Kraft? Wie ist das Wechselspiel von Glaubensinhalt und
–prozess? Wie wirken Spiritualität und Sinnfrage in der Therapie?



ALTERNATIVE Formen der Intervention testen:
„Unspezifische“ Intervention? Placebo als Methode?

LANGZEITENTWICKLUNG nach dem Ende der
Therapie: Was fördert stabile Therapieerfolge?

KOOPERATIVE Entwicklung von Forschungsmethoden,
die dem Forschungsgegenstand „Psychotherapie“
entsprechen: Wiss. Praxisbegleitung bottom-up statt top-down

WIEDERGUTMACHUNG:

Den Humanistisch – Systemischen Verfahren eine faire
Chance in der Forschung und Versorgung bieten!





Regionale Unter- bzw. Überversorgung

Implizite Selektion nach Diagnosen

Zu hohe Schwellen für Migranten und bildungsferne
Klienten

Übergänge von und zu Klinikaufenthalten mangelhaft

Prävention durch Therapeuten fehlt

Zu wenig Forschung in und über die reale Versorgung in
den Praxen

Stationäre Psychotherapie in Kliniken nicht koordiniert
mit ambulanten Therapien



Wandertherapeuten mit Nomadenherz

- im „Psychomobil“ durchs Land und durch unterversorgte Stadtviertel: Besuchsroutinen nach Zeitplan.
- Kurztherapeutische Impulse mit Gemeinde-naher Supervision von Selbsthilfegruppen
- Vorläufer: Peripathetische Traumatherapeuten in Krisengebieten

Woher die Therapeuten nehmen? Ab ca 2015 aus europ. Ausland (z.B. Österreich, derzeit Tausende deutsche Psychologiestudenten mit Biss) oder von Privat-Unis (z. B. in Zypern, mit obligatorischem Türkisch Kurs?)

Muttersprachliche Therapien für Migranten

Niedrig-schwellige Angebote für „bildungsferne“ Klienten

Frühwarnsystem für Fehlentwicklungen



Quotenregelung für Diagnosen (alle Niedergelassenen)

(Wie wär's z. B. mit 20% Migranten, 10% Kliniknachsorge, 10% Borderline Patienten, 10% nicht akute psychotische Patienten, 30% Depression, Rest beliebige Diagnosen? Oder max. 20% Privatpat. für KV Niedergelassene?)

Männerquote? Jugendquote?

Obligatorischer (handwerklicher) Zweitberuf?

Pflicht-Sabbatical für Therapeuten?

Praxen in Problem-nahe, kollegiale Forschungsnetze integrieren

Internet – basierte Therapien! Neue Pt - Netzwerke.

Auch hier:

Psychotherapie in Geiselhaft der Universitäten:

Bachelor- / Masterstudien mit indirekt verschärftem
NC für den Zugang zur PT – Ausbildung

Lehrinhalte unter neurowissenschaftlicher und
inferenzstatistischer Dominanz

Privat - Unis stoßen in das Vakuum, das staatl. Unis
nicht füllen, mit deutlich praxisnäheren Lehrinhalten!

Therapeutenausbildung mit zu viel Verschulung und
„Ballaststoffen“, jedoch viel zu wenig Selbsterfahrung
und interpersonalen Skills, besonders für die
therapeutische Arbeit mit Gruppen.

Woran liegt das? Am wiss. Selbstzweifel der Ptn.....



Weg von der Methoden-Dominanz in der Therapie, hin zu mehr persönlicher Qualifikation

Faire Finanzierung von Ausbildung und Praktika

Approbation nach kürzerer ther. Grundausbildung – Fachpsychotherapeut nach Vertiefung hinsichtlich Diagnosen, Methoden und Supervision

Studiengänge nicht dem Interessengemenge der Hochschullehrer überlassen, sondern stärker am Berufsziel der Studierenden orientieren und am Bedarf für die Versorgung!

Studieninhalte dürfen nicht von der Drittmittelbilanz diktiert werden!

Und wie wird 2050?



?

?

?

?



Zugewandte, hörende, an ihren Klienten interessierte, einfühlsame, im Herzen zärtliche, geerdete, dazu methodisch viel wissende, nicht ausagierende, zu sich und den Patienten kontaktfähige, präsent, sich selbst und ihre Patienten respektierende, Kränkungen einigermaßen verarbeitende, existentiell gesicherte, mitdenkende, kreative, die eigene Lebendigkeit und die der Patienten fördernde, Schwächen und Grenzen annehmende, im Grunde heitere, mitschwingende, anregende, sich - wo nötig - abgrenzende, liebevolle, parteiische, herzliche, selbstbewusste, humorvolle, streitbare, erfahrene, praktisch-zupackende, aktive, geduldige Angehörige eines der schwierigsten und zugleich schönsten Berufe der Welt:

Die Psychotherapeutinnen

 (und, falls das mit der

Männerquote klappt, auch in Zukunft einige Psychotherapeuten.....)



Määääärsi!