

# Schnelligkeit und Effizienz als Gütekriterium einer Psychotherapie

2008

Peter Fiedler  
Universität Heidelberg



# Teil 1

## Der Dosis-Wirkungs-Effekt

oder:

Wie viele Sitzungen benötigt ein Patient,  
um in der Psychotherapie  
substanziell zu profitieren ?

# Dosis-Wirkungs-Effekt (1)

Haas, Hill, Lambert & Morrell, 2002

Sind frühe positive Entwicklungen günstig für die Gesamtwirkung?

---

- Immer wieder lassen sich in Studien (und wohl auch allgemein) bereits in den ersten 3 bis 5 Sitzungen extrem günstige Entwicklungen beobachten (10 bis 20 %).
- Günstige Entwicklungen gleich zu Beginn der Behandlung sind hochgradig erfolgsprädiktiv:
  - Die Früh-Profiterer machen das Gros der Patienten mit erfolgreich abgeschlossener Behandlung aus (bis zu 80 Prozent klinisch bedeutsame und v.a. anhaltende Fortschritte).
  - Bei Früh-Profiterern lassen sich in Follow-up-Studien erheblich seltener Rückfälle beobachten.
- Bei günstigen Frühentwicklungen handelt es sich nicht (nur) um einen Placebo-Effekt.
- Empfehlung (Lambert, 2007): Sind bereits vor Therapiebeginn günstige Entwicklungen beobachtbar, bitte genau mit Patienten analysieren, welche konkreten Gründe und Anlässe dafür vermutet werden können, und diese in der Therapie nutzen !!!

# Dosis-Wirkungs-Effekt (2)

Howard, Kopta, Krause & Orlinsky, 1986 (2.431 Patienten)

Lambert, Hansen & Finch, 2001 (6.072 Patienten)

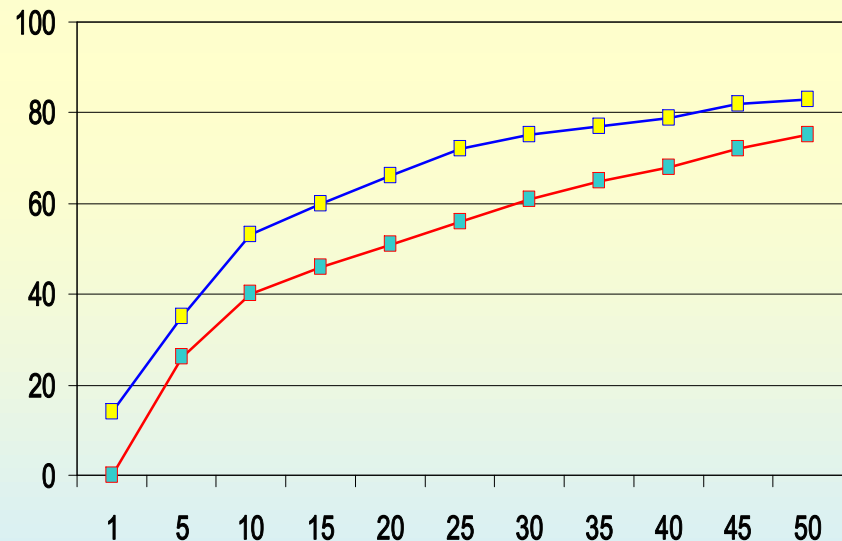
**1986:** (Metaanalyse über Studien seit 1950)

- ca. 10 % profitieren klinisch bedeutsam bereits vor der ersten Sitzung
- ca. 65 % bis zur 20. Sitzung

**2001:** (Studien bis 2000)

[Ausschluss von Vorab-Profiterern;  
Patienten mit deutlicher Gestörtheit  
in der 1. Sitzung]

- ca. 40 % in 10 Sitzungen
- ca. 50 % in 20 Sitzungen
- ca. 75 % in 45 Sitzungen



**Problem:** keine differenzielle Beurteilung (Störung/Schweregrad) möglich

# Dosis-Wirkungs-Effekt (3)

Kopta et al., 1994

Schweregrad der Störung: subjektiv erlebte Belastung

---

- Belastung durch Störung akut:
  - 50 % der Pat. profitiert substantziell in 10 Sitzungen
- Belastung durch Störung bereits chronifiziert:
  - 50 % der Pat profitiert substantziell in 15 Sitzungen
- Störung chronifiziert und komplex (wegen Komorbidität bzw. Persönlichkeitsstörung):
  - 50 % der Pat. profitiert substantziell erst nach mehr als 40 Sitzungen
- Fazit: Psychotherapie wirkt !  
Jedoch: Die jeweils übrigen 50 % benötigen erheblich mehr Zeit...

# Dosis-Wirkungs-Effekt (4)

Maling, Gurtman & Howard, 1995

Differenzierung nach spezifischen Problemen

---

- Noch vorhandene soziale Kontrollkompetenz / erhöht erlebte Selbstwirksamkeit:
  - 50 % der Pat. profitiert substanziell in 10 Sitzungen, danach fast alle anderen kontinuierlich
- Soziale Isolation / Einsamkeit:
  - 30 % der Pat profitiert in 17 Sitzungen
  - danach zwar kontinuierlich: 55 % erst in 38 Sitzungen
- Negative Selbstbeurteilung \*):
  - 25 % der Pat. profitiert zwar bereits nach 4 Sitzungen;
  - danach jedoch: scheint mittels Psychotherapie negative Selbstbeurteilung nur noch schwer zu beeinflussen; ambivalente Ergebnisse; teils sehr langwierige und sich wiederholende Therapien

\*) Patienten glauben selbst nicht so recht, dass ihnen mittels Psychotherapie geholfen werden könnte

# Dosis-Wirkungs-Effekt (5)

## Kurze Zwischenbilanz

---

Psychotherapie ist effizient !

Das seit vielen Jahrzehnten robuste Ergebnis der Dosis-Wirkungs-Forschung lautet:

- Ca. 50 Prozent der Patienten profitieren klinisch bedeutsam bereits in den ersten 20 Sitzungen, die meisten davon bereits in den ersten 10 Sitzungen.

Wenn das eintritt, sollte danach –angesichts hoher Rückfallzahlen– trotzdem weiter stabilisiert werden !

Genau das bedeutet jedoch weiter im Umkehrschluss:

- Würde man aufgrund dieser Ergebnisse die Therapiezeit auf 20 Sitzungen begrenzen, dann würden 50 % der Patienten eben nicht substantiell von einer Psychotherapie profitieren !!!

Und:

- Will man, dass mehr als 75 Prozent der Patienten profitieren, benötigen wir für die zweite Hälfte der Patienten bis zu ~50 Sitzungen und in 25 Prozent der Fälle deutlich mehr ...

## Teil 2

# Varianzerweiterung und der Deterioration-Effekt

oder:

Wann und warum Patienten in der Psychotherapie **nicht** profitieren, vielleicht sogar Schaden nehmen !

oder:

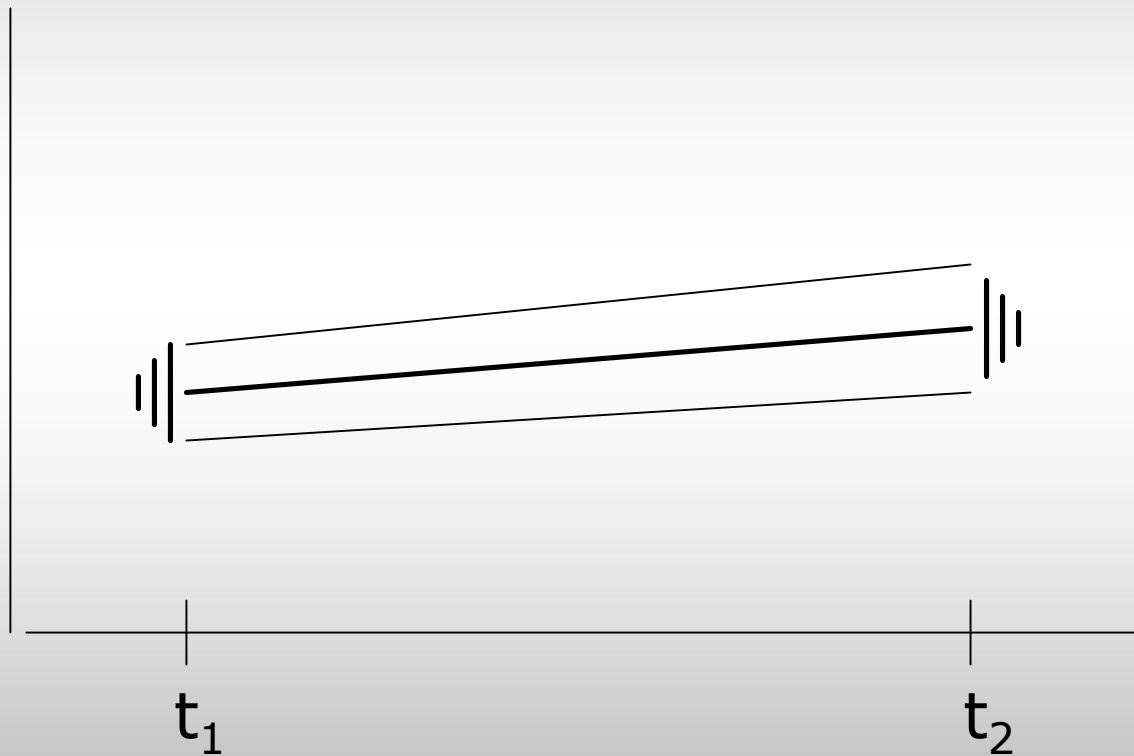
Wie sich durch Fehlervermeidung die Behandlungsdauer kürzen und Behandlungseffizienz steigern lässt !



# Varianzerweiterung und Deterioration-Effekt

(a)

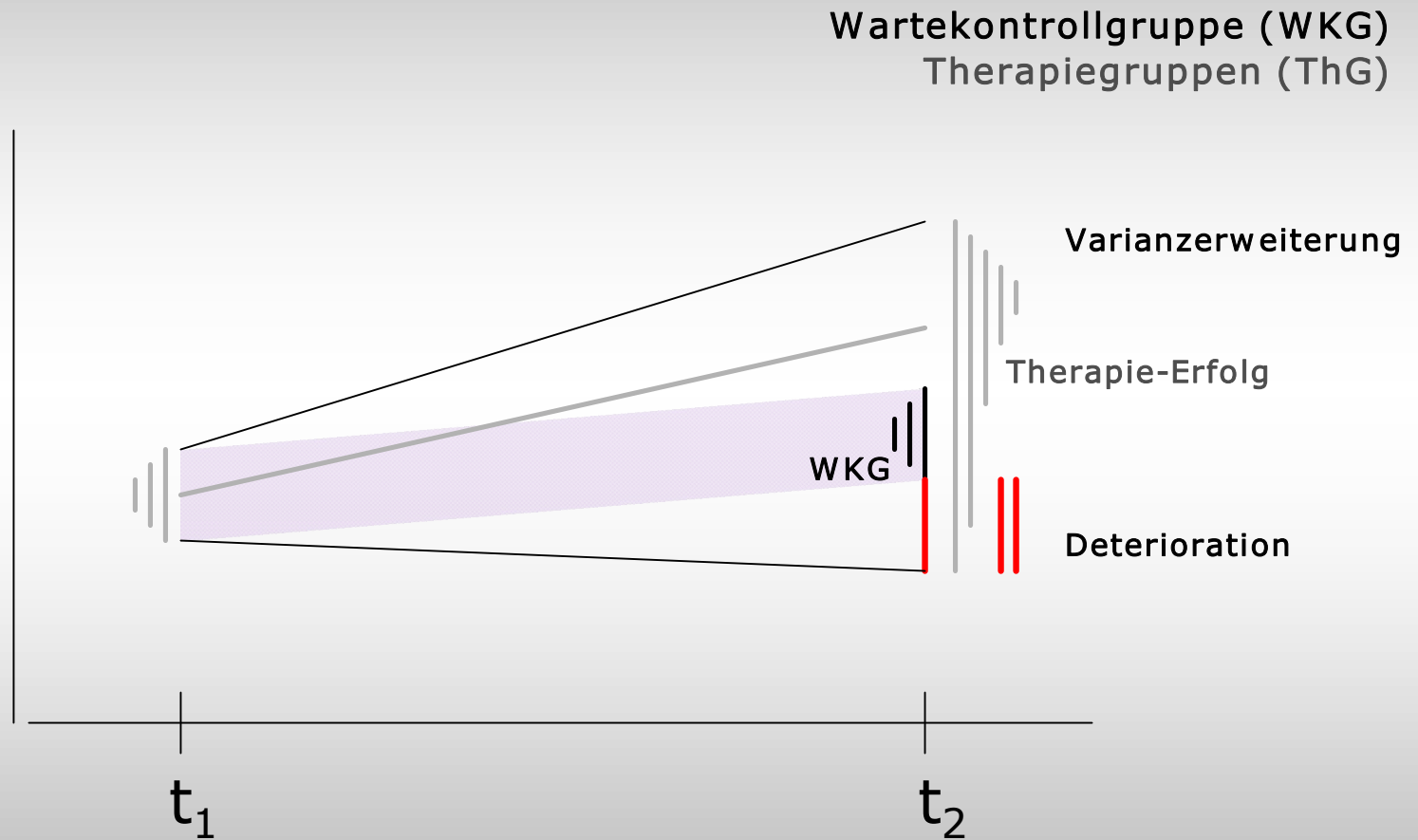
Wartekontrollgruppe (WKG)  
(~10% profitieren vor Therapie)



seit: Bergin, 1966; 1971; Orlinsky & Howard, 1980; Beutler et al., 1984; Henry et al., 1986; Doherty et al., 1986; Emmelkamp et al., 1990; Mohr et al., 1990; Grawe et al., 1994; Mohr, 1995; Lambert & Ogles, 2004; Fiedler, 2005.

# Varianzerweiterung und Deterioration-Effekt

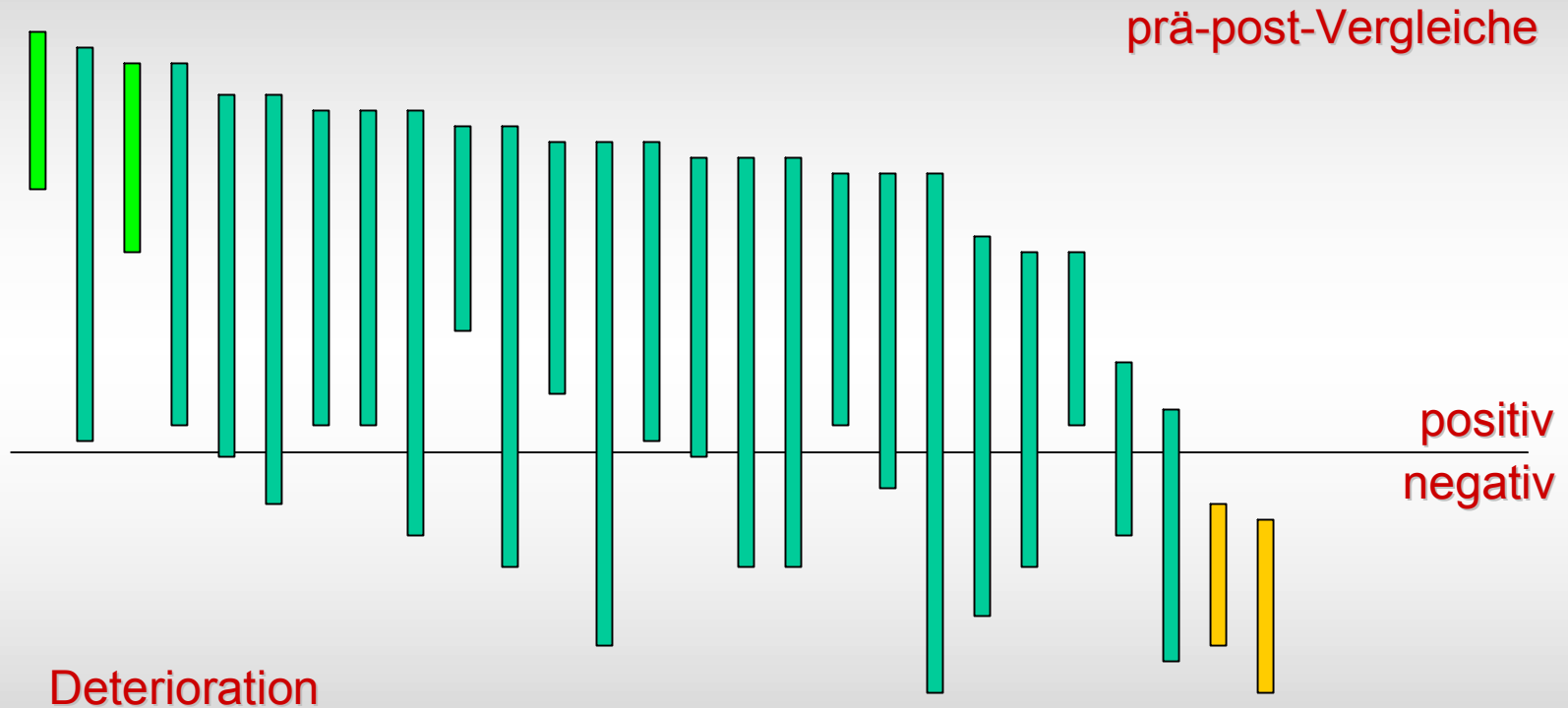
(b)



seit: Bergin, 1966; 1971; Orlinsky & Howard, 1980; Beutler et al., 1984; Henry et al., 1986; Doherty et al., 1986; Emmelkamp et al., 1990; Mohr et al., 1990; Grawe et al., 1994; Mohr, 1995; Lambert & Ogles, 2004; Fiedler, 2005.

Es gibt (sie) übrigens:  
durchgängig gute und durchgängig schlechte Therapeuten  
(Lambert, 2008; inzwischen jeweils mehr als 20 Therapien/Thp.)

---



...und zwar offenkundig unabhängig von Geschlecht, Alter und Therapieschule

# Deterioration-Effekt in der Psychotherapie (1)

## Beurteilungsfehler durch behandelnde Therapeuten

---

... nur zum Beispiel:

### Scogin et al., 1996: Negativentwicklungen in der Einzeltherapie

- 10 % der Patienten identifiziert durch ihre Therapeuten
- 90 % Selbstbeurteilung durch Patienten  
(entsprach zugleich der Fremdbeurteilung durch neutrale Diagnostiker und Letztere fanden noch weitere 10 %)

### Lieberman et al., 1973: Negativentwicklungen in Gruppentherapien

8 unterschiedliche Verfahren mit 206 gesunden Studenten, von denen 16 (8%) eine psychische Störung entwickelten

- 02 (12%) identifiziert durch ihre Therapeuten
- 07 (44%) identifiziert durch Testwert-Verschlechterung (von 17)
- 05 (31%) von insgesamt 27 Therapieabbrechern
- 12 (75%) identifiziert durch Befragung aller Gruppenteilnehmer

### Ogles et al., 1995: NIMH-Depressionsstudie

- 13 (08%) Negativentwicklungen von 162 behandelten Patienten
- 00% identifiziert durch Therapeuten
- 00% Negativentwicklungen in Kontrollgruppe

# Deterioration-Effekt in der Psychotherapie (2)

## Hintergründe und Ursachen

---

Eine der Hauptursachen liegt ganz eindeutig in der trügerischen Hoffnung, in möglichst kurzer Zeit möglichst viele Patienten erfolgreich behandeln zu können.

### Deterioration-Effekte finden sich wiederholt

- in zeitlich zu kurz (!) angelegten Psychotherapien für eher schwer gestörte Patienten (z.B. Mohr, 1995); (d.h. wenn Therapeuten die Schwere der Störungen unterschätzten);
- in Thp.-Gruppen von schwerer gestörten Patienten in der Psychiatrie mit unterschiedlichen psychischen Störungen, wenn diese als zieloffene einsichtsorientierte (d.h. strukturarme) Gesprächsgruppen konzipiert waren (Lambert et al., 2004);
- nicht so häufig in der Gruppenarbeit mit schwerer gestörten Psychiatrie-Patienten, wenn diese Gruppen vom Störungsbild her homogen waren und die Therapien an strukturierten, insbesondere manualisierten Gruppenkonzepten orientiert waren (z.B. Beutler et al., 1984).

# Deterioration-Effekt in der Psychotherapie (3)

## Hintergründe und Ursachen

---

Eine der weiteren Hauptursachen liegt ganz eindeutig in der trügerischen Hoffnung, bei wenig strukturierten Patienten mit „gewisser Strenge“ auf eine „für Therapien notwendige Compliance“ hinzuarbeiten.

**Deterioration-Effekte fanden sich nämlich wiederholt weiter ...**  
(Lambert et al., 1977; 2004; Mohr, 1995; sowie vielfältige zitierte Studien im „Handbook of Psychotherapy and Behavior Change“ 2004; ganz ähnliche Befunde in der Drop-out-Forschung)

- Bei einem Mangel an Empathie und fehlender Wertschätzung der Therapeuten gegenüber den Patienten (sehr häufig als: negative Gegenübertragungen).
- Beim teils ärgerlichen Verweigern der therapeutischen Zuwendung bei Nichteinhaltung von Absprachen und Kontrakten (oder in der Folge entsprechender Androhungen).
- Bei einem Therapiepessimismus der Therapeuten.
- Pointiert: Negativ-Entwicklungen lassen sich v.a. bei offenkundigen Disziplinierungsversuchen oder bei zunehmender Hoffnungslosigkeit von Therapeuten beobachten.

## Das Drop-out-Problem:

Wo liegen die Ursachen für einen vorzeitigen Therapieabbruch von Patienten, die sich dann zumeist einen anderen Therapeuten suchen?

### Aus Sicht der Therapeuten

- Vermutung oder Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als häufigste „Erklärung“ (>80%);
- Zunehmende Widerstände bzw. „Nicht-Compliance“; andauerndes Zuspätkommen; Lustlosigkeit; dauerndes Klagen; etc. pp. (>70%);
- Besonders schwer gestörte Patienten - bezogen auf Diagnose (>50%);
- Schwierige, teils unveränderbare Lebensbedingungen, was jedoch...  
...die Drop-out-Patienten u.a. wegen ihrer „Verbohrtheit“ etc. partout nicht hätten einsehen wollen (>30%).

### Aus Sicht der Patienten

- Vorbestehende Erwartungen an die Therapie haben sich nicht erfüllt (>90%);
- Zweifel an der Fachkompetenz der Therapeuten (> 80 %);
- Zunehmende (verletzende) Hinweise der Therapeuten auf persönliche Unzulänglichkeiten (>60%);
- Offene Zurückweisung und Ärgerreaktionen seitens der Therapeuten (>50%);
- Zunehmende Angst vor Rückmeldungen seitens der Therapeuten (>50%).

## Das Drop-out-Problem:

Wo liegen die Ursachen für einen vorzeitigen Therapieabbruch von Patienten, die sich dann zumeist einen anderen Therapeuten suchen?

### Aus Sicht der Therapeuten

- Vermutung oder Diagnose einer Persönlichkeitsstörung als häufigste „Erklärung“ (>80%);
- Zunehmende Widerstände bzw. „Nicht-Compliance“; andauerndes Zuspätkommen; Lustlosigkeit; dauerndes Klagen; etc. pp. (>70%);
- Besonders schwer gestörte Patienten - bezogen auf Diagnose (>50%);
- Schwierige, teils unveränderbare Lebensbedingungen, was jedoch...  
...die Drop-out-Patienten u.a. wegen ihrer „Verbohrtheit“ etc. partout nicht hätten einsehen wollen (>30%).

### Aus Sicht der Patienten

- Vorbestehende Erwartungen an die Therapie haben sich nicht erfüllt (>90%);
- Zweifel an der Fachkompetenz der Therapeuten (> 80 %);
- Zunehmende (verletzende) Hinweise der Therapeuten auf persönliche Unzulänglichkeiten (>60%);
- Offene Zurückweisung und Ärgerreaktionen seitens der Therapeuten (>50%);
- Zunehmende Angst vor Rückmeldungen seitens der Therapeuten (>50%).

Wer hat denn nun Recht? Die Patienten? Die Therapeuten?



# Deterioration-Effekt in der Psychotherapie (4)

## Schlussfolgerungen

---

### Vorrangige Schlussfolgerung:

- Das Ende einer Psychotherapie sollte sich an der Therapie-Response der Patienten orientieren und nicht an festgelegten Stundenvorgaben der Therapeuten, Klinik-Regularien (oder in Manualen);

### Andererseits weiter:

- Empathie, Wertschätzung und Respekt dem Patienten als Dienstauftraggeber im Dienstleistungsunternehmen „Psychotherapie“ gegenüber.

### Und Vorsicht (inzwischen häufiger untersucht):

- ein Therapiepessimismus ist schädlich!
- Glauben Therapeuten nicht daran, dass Patienten mittels Psychotherapie geholfen werden kann, dann glauben dies über Kurz oder Lang auch die Patienten (siehe oben: eine negative Selbsteinschätzung der Patienten ist kontraproduktiv und später mittels Psychotherapie nur schwer korrigierbar).

## Teil 3

# Das Rückfall-Problem

Stiefkind der Psychotherapieforscher:  
hohe Rückfallzahlen  
und ihre möglichen Ursachen

## Depressionsbehandlung (Rückfallzahlen)

Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)  
Interpersonelle Psychotherapie (IPT)  
(jeweils plus Medikation)

Rückfall / weitere Chronifizierung:

In 2 Jahren: bis zu 50 Prozent

In 4 bis 5 Jahren: ca. 70 bis 75 Prozent

**Beachte: KVT/IPT/Medikation sind sehr wohl wirksam  
in der Akutbehandlung !**

Achtsamkeit und Akzeptanz:

Mindfulness-Based Cognitive Therapy (MBCT; Teasdale et al., 2000 ff)

Emotionszentrierte Psychotherapie (Greenberg, 2002)

Psychodynamische Psychotherapie (deJonge et al., 2001)

Verminderung von Rückfall und Chronifizierung:

In 4 bis 5 Jahren: auf ca. 40 bis 60 Prozent

## **Rückfallursachen in der Depressionsbehandlung**

### **Ursachen (1 -> Hauptursache):**

**Eine zu frühe Beendigung der Behandlung  
v.a. bei Vorhandensein einer Residualsymptomatik**

### **... möglicher Ausweg (1):**

#### **Verlängerung der Behandlung**

**Bei Entlassung aus der Klinik den Patienten die  
dringende Empfehlung zur ambulanten Therapie**

### **Andererseits:**

**Was sollte in der Verlängerung  
der Therapie inhaltlich geschehen?**

**Problem der Therapiemanuale mit Sitzungsvorgaben:  
Ökonomie-Zwang (d.h. Zeit- und Geldmangel) der Forscher  
überträgt sich in die Psychotherapie-Praxis**

## **Rückfallursachen in der Depressionsbehandlung**

### **Ursachen (2):**

**Die nach wie vor vorhandene  
Einseitigkeit der Behandlungskonzepte**

### **... möglicher Ausweg (2):**

**Warum keine Kombinationsbehandlung?**

**KVT und IPT und MBCT**

**Damit würde zugleich die Behandlungszeit verlängert!**

**z.B. Heidelberger KVT-IPT-Gruppentherapie**

**Backenstraß et al. (2001). Verhaltenstherapie, 11, 305-311**

**Fiedler (2005). Verhaltenstherapie in Gruppen (2. Aufl.). Beltz-PVU**



## Rückfallursachen in der Depressionsbehandlung

(gelten übrigens ganz allgemein  
und unabhängig vom therapeutischen Vorgehen)

... vielleicht die wichtigsten Rückfall-Ursachen:

- komplexe Lebenslagen und Konflikte
- viele tägliche Belastungen, Sorgen und Probleme
- gravierende Lebensereignisse
- besonders auffällig: Verlust-Ereignisse

(vgl. u.a.: de Jonge et al., 2001;  
Mundt & Fiedler, 2001; Ma & Teasdale, 2004)

## **Rückfallzahlen:**

**Symptomstörungen: Ängste, Phobien, Zwangsstörungen,  
posttraumatische Belastungsstörung, somatoforme Störungen**

**30 bis 60 Prozent (!)**



**Leitsymptome:  
(Krankheits-)Angst und  
erhöhte/hohe  
Aktivierung**

**Vorrangiges Behandlungskonzept: Exposition, Habituation**

**Jedoch:**

**Vorsicht mit Exposition/EMDR bei extremer Vulnerabilität!**

Symptomstörungen: Ängste, Phobien, Zwangsstörungen,  
posttraumatische Belastungsstörung, somatoforme Störungen.

Von den Therapieforschern ermittelte  
Gründe für therapeutische Misserfolge und Rückfälle

häufige Komorbidität: Persönlichkeitsstörungen

Komplexe Lebenslagen

Reale existenzielle Sorgen und Nöte

Gravierende Lebensereignisse

Emotionale Instabilität

Neigung zu Selbstverletzung und Suizialität

Beachtenswerte alltägliche Belastungen

Berufsprobleme

Partnerschaftskonflikte

Und mit fast allem häufig zusammenhängend:

Depression



Symptomstörungen: Ängste, Phobien, Zwangsstörungen,  
posttraumatische Belastungsstörung, somatoforme Störungen.

Von den Therapieforschern ermittelte  
Gründe für therapeutische Misserfolge und Rückfälle

Persönlichkeitsstörungen

Komplexe Lebenslagen

Reale existenzielle Sorgen und Nöte

Gravierende Lebensereignisse

Emotionale Instabilität

➤ Neigung zu Selbstverletzung und Suizialität

Beachtenswerte alltägliche Belastungen

Berufsprobleme

Partnerschaftskonflikte

Und mit fast allem häufig zusammenhängend:

Depression

## Bei Selbstverletzungen und zur Abschätzung der Suizidalität sind zwingend **psychosoziale Faktoren** zu beachten !!!

---

Fast immer finden sich zeitgleich folgende Auffälligkeiten:

- Arbeitsplatzprobleme
- Arbeitslosigkeit
- **Einsamkeit, soziale Zurückweisungen, Alleinsein**
- Familiäre Konflikte
- Finanzielle Schwierigkeiten
- Gerichtliche Anklagen / Verurteilungen
- Interpersonelle Verluste (durch Tod, Trennung oder Scheidung)

... und besonders auffällig auch:

- Immer wieder vollendete Suizide bei **vorzeitiger Entlassung** aus einer Klinik wegen nicht hinreichender Compliance bzw. Verletzung von Klinikregeln

Quellen: Comprehensive Psychological Autopsy Studies;  
sowie: Interviewstudien bei Selbstverletzung und  
nach Suizidversuch (Links & Kolla, 2006)

## **Schwankende Compliance, Selbstverletzungen und Suizidneigung**

### **Wichtiges Arrangement (1):**

**Ambulant: Telefonkontakt ermöglichen !**

Bereits konzeptuell verankert in der  
Borderline-Behandlung (DBT / Linehan, Bohus)

**Fürsorgliche  
Psychotherapie**

**Mehr Zeit !  
Mehr Aufwand !  
... was sich jedoch  
auszahlt !**

### **Wichtiges Arrangement (2):**

**Maximale Stützung und Fürsorge durch Therapeuten  
und ein gezieltes Sich-Kümmern um die Patienten –  
vor allem auch: zwischen den Sitzungen !**

(Fonagy & Roth, 2004; Schmidtke, 2005; Young, 2005; 2006)

„Blinde Lösungsversuche“  
von vermeintlich therapiehinderlichen Verhaltensweisen  
(etwa durch Nichtbeachtung oder Ärgerbekundungen)  
könnten verheerende Folgen haben:  
10 % vollendete Suizide nach Borderline-Diagnose  
oder bei rezidivierender/chronischer Depression !



**Nochmals: Von den Therapieforschern ermittelte  
Gründe für therapeutische Misserfolge und Rückfälle  
(relativ konvergent und konstant für die unterschiedlichsten  
psychischen Störungen)**

**Persönlichkeitsstörungen**

**Komplexe Lebenslagen**

➤ **Reale existenzielle Sorgen und Nöte  
Gravierende Lebensereignisse**

**Emotionale Instabilität**

**Neigung zu Selbstverletzung und Suizialität**

➤ **Beachtenswerte alltägliche Belastungen  
Berufsprobleme  
Partnerschaftskonflikte**

**Und mit fast allem häufig zusammenhängend:  
Depression**

**Bei extremen Problemen sind therapeutische Techniken zur Veränderung der innerpsychischen Funktionen z.B. Exposition, (Übertragungs-)Deutungen, Achtsamkeit, Medikation wichtig, aber offenkundig nicht hinreichend !!  
Die Betroffenen benötigen kluge Beratung und Coaching !**

**Persönlichkeitsstörungen**

**Komplexe Lebenslagen**

➤ **Reale existenzielle Sorgen und Nöte  
Gravierende Lebensereignisse**

**Emotionale Instabilität**

**Neigung zu Selbstverletzung und Suizialität**

➤ **Beachtenswerte alltägliche Belastungen  
Berufsprobleme  
Partnerschaftskonflikte**

**Und mit fast allem häufig zusammenhängend:  
Depression**

# Ressourcenorientierung und Beratung ....

---

... bei existenziellen Konflikten und extremen Sorgen und Belastungen:

- **Sachliche Problemlösung und Beratung**
- **Training, Coaching, Supervision von Patienten**
- **Fürsorgliche Unterstützung**

Und angesichts der hohen Rückfallzahlen sollten wir unbedingt mehr Zeit (!) für eine ...

- **Sorgsame Rückfallprophylaxe**  
... einplanen, die nämlich erspart uns Kosten für später erneut notwendige, vielleicht ebenfalls langwierige und kostspielige Folgebehandlungen.

Herzlichen Dank !

Ohne Sympathie keine Heilung!  
*Sandor Ferenczi*