

Psychotherapie in der Psychiatrie - die 3. Welle der Verhaltenstherapie erreicht die Kliniken

Psychiatrietage Marburg 2016
„Psychiatrie im Wandel“

Dr. Hans Onno Röttgers, leitender
Psychologe der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie der Philipps-Universität
Marburg

*„Wer an der Küste bleibt,
Kann keine neuen Ozeane entdecken.“*

**Fernando de Magalhaes (Magellan),
Portugiesischer Seefahrer
(1480-1521)**

Ursprünge der Verhaltenstherapie

- Die Verhaltenstherapie hat ihre Ursprünge in den späten 50er und frühen 60er Jahren in Südafrika, England und den USA
- Als Begründer gelten die Ärzte Wolpe und Marks sowie die Psychologen Lazarus, Rachmann und Wilson
- Der Begriff Verhaltenstherapie wurde erstmals von Lazarus (1958) im South African Medical Journal verwendet

Grundprinzipien der Verhaltenstherapie (Margraf, 2008)

1. ... orientiert sich an der **empirischen** Psychologie
2. ... ist **problemorientiert**
3. ... setzt an den **prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Problembedingungen** an
4. ... ist **zielorientiert**
5. ... ist **handlungsorientiert**
6. ... ist nicht auf das therapeutische **Setting** begrenzt
7. ... ist **transparent**
8. ... soll „**Hilfe zur Selbsthilfe**“ sein
9. ... bemüht sich um ständige **Weiterentwicklung**

Erste Welle der Verhaltenstherapie

Aufbruch in eine neue (Verhaltens) Psychotherapie

1950er und 1960er:

- Behaviorismus: Nur beobachtbares Verhalten zählt (Watson)
- Klassisches Konditionieren (Pawlow)
- Operantes Konditionieren (Skinner)
- Systematische Desensibilisierung mit dem Konzept der reziproken Hemmung (Wolpe)
- Expositionstherapie mit dem Wirkmechanismus der Habituation (Rachmann, Marks, Gelder, Matthews)

Zweite Welle der Verhaltenstherapie

Die kognitive Wende

Etwa 1970er:

- Erweiterung der Perspektive vom Verhalten hin zu komplexen intrapsychischen Prozessen wie z.B. Denken, Einstellungen und Wahrnehmungen
- Kognitive Theorien:
 - Rational-Emotive Therapie (Ellis, 1955)
 - Kognitive Theorie (Beck, 1960)
 - Selbstinstruktionstraining (Meichenbaum, 1975)
 - Selbstmanagement und Selbstregulation (Kanfer, 1970)
 - Soziale Lerntheorie (Bandura, 1977)

Dritte Welle der Verhaltenstherapie

Wiederentdeckung der Gefühle und Beziehungen

1990er:

- Wesentliche Gemeinsamkeiten dieser heterogenen Bewegung sind (Schweiger et al., 2007):
 - Abwendung von einem Modell mit intrapsychischem Schwerpunkt
 - Hinwendung zu Themen wie Übertragung, therapeutische Beziehung, Achtsamkeit, Akzeptanz und Dialektik
- Revitalisierung von Techniken der Ersten Welle:
 - Verhaltensanalyse, Funktionsanalyse, operante Techniken, Verhaltensaufbau und Verhaltensformung

Dritte Welle der Verhaltenstherapie (Störungsspezifische) Therapieformen

- Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT; Linehan, 1996)
- Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (CBASP; McCullough, 2000)
- Schematherapie (Young, 2005)
- Metakognitive Therapie (Wells, 2014)
- Akzeptanz- und Commitment-Therapie (ACT; Hayes et al., 2004)
- Mindfulness Based Cognitive Behavior Therapy (MBCT; Segal, Mark, Williams & Teasdale, 2001)

ZUSAMMENFASSUNG

1. Welle: Beobachtbares Verhalten

- Gesetze des Lernens, Klassisches und Operantes Konditionieren (Verstärkung)
- Interventionen: Exposition bei z.B. Angststörungen

2. Welle: Kognitionen

- Kognitionen als determinierender Faktor, der modifiziert werden kann
- Interventionen: Kognitive Umstrukturierung (z.B. nach Beck, 1960)

3. Welle: Emotionsfokussierung, interpersonelle Aspekte, Achtsamkeitsbasierte Verfahren

- Interventionen: z.B. Übertragung, Beziehungsarbeit, Imagination, Achtsamkeit

- Begründerin: **Marsha Linehan**
- Merkmale:
 - Störungsspezifisch für die Borderline-Störung
 - evidenzbasiert, manualisiert
 - Integration verschiedener therapeutischer Techniken (z.B. kognitiv-behaviorale Interventionen, Achtsamkeitsbasierte Verfahren)

- Die **Dialektik** als zentrale Grundidee:
 - Akzeptieren / annehmen vs. sich verändern
 - Die dialektisch therapeutische Herangehensweise soll Veränderungen erleichtern

DBT- Entstehungsmodell

- Basiert auf der Biosozialen Lerntheorie (Millon), die sich durch eine Störung der Emotionskontrolle kennzeichnet:
 - Erhöhte Empfindsamkeit gegenüber emotionalen Stimuli (hypersensitives Nervensystem)
 - Sehr intensive Reaktionen auf emotionale Stimuli und verlangsamter Erregungsrückgang nach emotionaler Reaktion (Unfähigkeit Emotionen zu regulieren)

- **Invalidierendes** Umfeld
- Keine angemessene Unterstützung
- Emotionale Vernachlässigung,
Gewalterfahrungen, Missbrauch
- **Aufrechterhaltung:**
 - Maladaptive, impulsive und para/-suizidale Verhaltensweisen als effektive Strategien zur Emotionsregulation

DBT- Behandlungselemente

- **Skills-Training** im Gruppensetting:
 - Anwesenheit von 2 Therapeuten
 - Zeitraum: 12 - 20 Wochen
 - Module:
 - Innere Achtsamkeit
 - Zwischenmenschliche Fertigkeiten
 - Umgang mit Gefühlen
 - Stresstoleranz
- Einzeltherapie: Validierung und Individualisierung des Fertigkeitentrainings
- Telefonkontakt als Notfallplan
- Supervisionsgruppe für Therapeuten

CBASP - Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy

- Begründer: **James P. McCullough, Jr.**
- Merkmale:
 - evidenzbasiert
 - störungsspezifisch
 - Kombination behavioraler, kognitiver, psychodynamischer und interpersoneller Therapieelemente

- Sie denken **global** und **prälogisch**
- Ihre Denkprozesse können **kaum** durch die Gesprächspartner **beeinflusst** werden
- Sie sind **Ich-zentriert** in ihren Sichtweisen von sich selbst und anderen
- Sie kommunizieren überwiegend **monologisierend**
- Sie sind unfähig zu authentischer interpersoneller **Empathie**
- Sie haben unter Stress **wenig affektive Kontrolle**

CBASP - Fünf Typen früher Traumata

- 1) emotionaler Missbrauch
- 2) körperliche Misshandlung
- 3) sexueller Missbrauch
- 4) emotionale Vernachlässigung
- 5) körperliche Vernachlässigung

CBASP - Behandlungsziele

Der Patient soll in die Lage versetzt werden:

- 1) **Konsequenzen** des eigenen Verhaltens erkennen zu können
- 2) **authentische Empathie** zu entwickeln
- 3) soziale **Problemlöse- und Bewältigungsstrategien** im Alltag anzuwenden
- 4) **interpersonellen Heilungsprozess** bzgl. früherer Traumata zu durchlaufen

CBASP - Behandlungselemente

Aufbau & Gestaltung einer therapeutischen Beziehung
(Diszipliniertes persönliches Einbringen - DPE)

- Interpersonelle Diskriminationsübung (IDÜ)
- Kontingente Persönliche Responsivität (KPR)

- Prägung durch wichtige
Bezugspersonen
(Significant Others)

- proaktive
Übertragungshypothesen

Situationsanalyse

IMI & Kiesler Kreis

Fertigkeiten-
training

Modifikation von
Verhaltensweisen
(Shaping)

eklektizistische
Herangehensweise: Kombination
psychodynamischer, kognitiver,
interpersoneller und behavioraler
Therapieelemente

CBASP - Behandlungselemente (II)

Chronologischer Ablauf der therapeutischen Elemente:

- Erhebung wichtiger **Bezugspersonen**
- Herausarbeiten **prägender Stempel** (bezugspersonenspezifisch)
- Formulierung von **proaktiven Übertragungshypothesen**
- Durchführung von **Situationsanalysen**
- Arbeit mit dem **Kiesler Kreis**
- Immer wieder **interpersonelle Diskriminationsübungen** und **kontrolliert-persönliches Einbringen** des Therapeuten

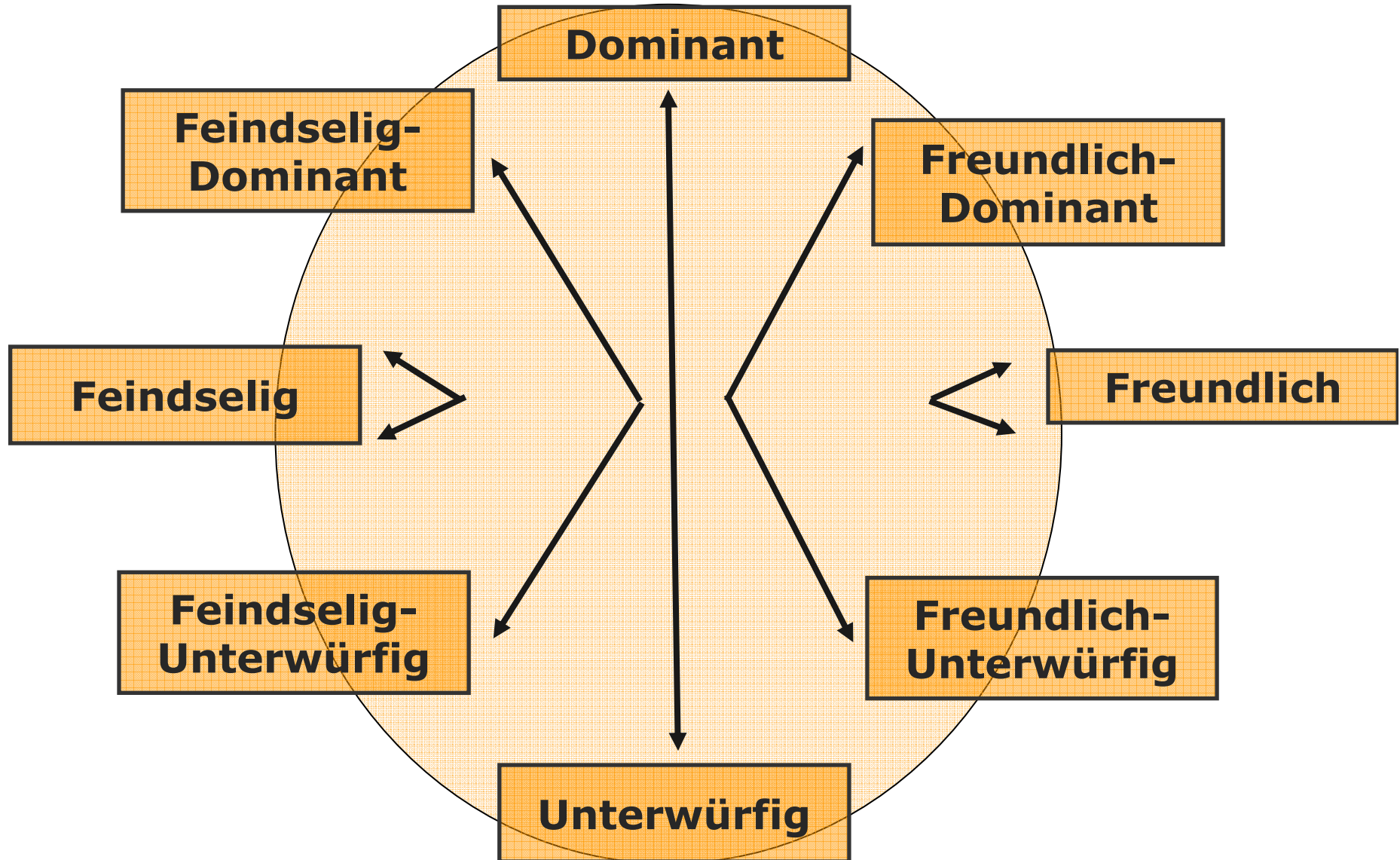
Erster Schritt: Explorationsphase

- 1) Beschreibung der Situation
- 2) Interpretation der Situation
- 3) Verhalten
- 4) Tatsächliches Ergebnis
- 5) Erwünschtes Ergebnis
- 6) Vergleich des tatsächlichen und des erwünschten Ergebnisses

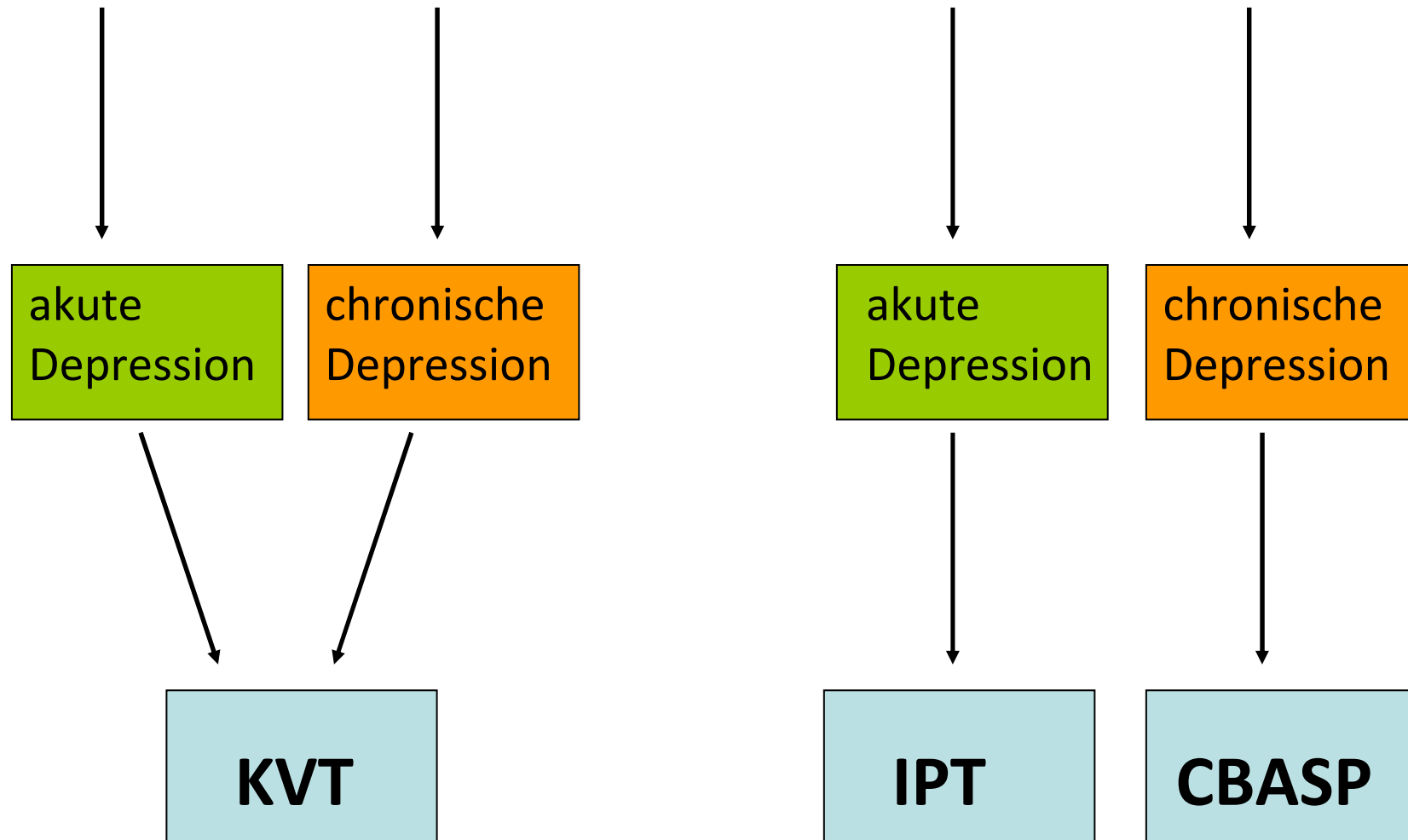
Zweiter Schritt: Lösungsphase

- 1) Revision ungeeigneter Interpretationen
- 2) Veränderung des Verhaltens
- 3) Umsetzung und Zusammenfassung des Gelernten in der SA
- 4) Generalisierung und Übertragung des Gelernten auf den Alltag

CBASP - Der Kiesler Kreis



aktuelle psychotherapeutische Behandlung der Depression



Schematherapie Einleitung

- allgemeiner psychotherapeutischer Ansatz mit störungsspezifischem Konzept für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen oder schwierigen interpersonellen Interaktionsmustern
- ursprünglich entwickelt für Non-Responder auf die (manualisierte) KVT
- Kombination von Elementen aus KVT, Tiefenpsychologie, Bindungstheorie und emotionsorientierten Methoden

Konzepte der Schematherapie

Die Schematherapie basiert auf der Annahme von 4 Kernkonzepten:

1. Frühkindliche maladaptive Schemata
2. Schemadomänen
3. Maladaptive Bewältigungstechniken oder Coping-Strategien
4. Schemamodi

Schemadefinition

nach Grawe 1989

Schemata bezeichnen **psychologische Ordnungssysteme**, die die Bereitschaft zu bestimmten **neuronalen Erregungsmustern** beinhalten.

nach Young

Bei einem frühkindlichen maladaptiven Schema handelt es sich um ein **alles beherrschendes, in einem signifikanten Maße dysfunktionales Lebensthema**, das sich aus Erinnerungen, Gefühlen und Kognitionen zusammensetzt, die den Patienten und dessen Beziehung zu anderen Menschen betreffen und das aus negativen Erfahrungen in Kindheit und Jugend resultiert. D.h., der Schemabegriff erfährt diesem Ansatz zufolge eine Erweiterung um die Ebene bestimmter Inhalte und wird zu einem **organisierten Wissens-, Erfahrungs- und Emotionssystem**.

- Die explizite Bezugnahme auf die Kernbedürfnisse ist ein zentrales Merkmal des schematherapeutischen Ansatzes und zieht sich deshalb durch alle Interventionen der Therapie hindurch:
 - Sichere Bindung
 - Autonomie, Kompetenz, Identitätsgefühl
 - Realistische Grenzen und Selbstkontrolle
 - Freiheit im Ausdruck von Bedürfnissen und Emotionen
 - Spontanität und Spiel

5 Schemadomänen und Beispiele für maladaptive Schemata

1. Abgetrenntheit und Ablehnung

- Verlassenheit / Instabilität
- Unzulänglichkeit / Scham

2. Beeinträchtigung von Autonomie und Leistung

- Abhängigkeit /Inkompetenz
- Verstrickung

3. Beeinträchtigung im Umgang mit Grenzen

- Unzureichende Selbstkontrolle
- Anspruchshaltung / Grandiosität

4. Fremdbezogenheit

- Unterwerfung
- Aufopferung

5. Übertriebene Wachsamkeit und Gehemmtheit

- Überhöhte Standards
- Negativität / Pessimismus

Modusdefinition

Ein Modus stellt einen zu einem gegebenen Zeitpunkt dominierenden und per definitionem **vorübergehenden Affektzustand** oder eine Seite in der Persönlichkeit eines Menschen dar, der Denken, Fühlen und Handeln bestimmt.

Er umfasst als Paket **Schematrigger, Schemata und Bewältigungsstrategien**, die zu einem gegebenen Zeitpunkt in einer Person dominieren.

Ein Modus ist aktiviert, wenn bestimmte Schemata oder Copingstrategien in heftigen emotionalen oder starren und rigiden selbstzerstörerischen Mustern Ausdruck finden.

Modusmodell

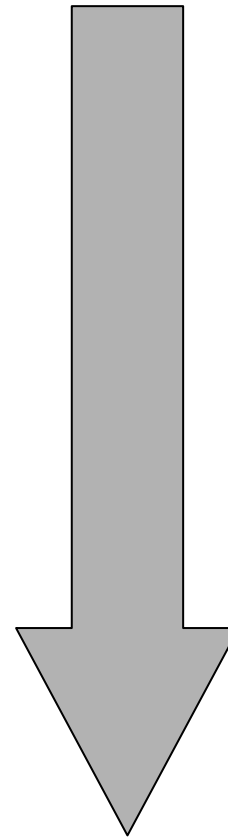
Schmerzhafte Modi

KIND MODI

- Vulnerables K
- Ärgerliches / wütendes K
- Impulsives / undiszipl. K

Dysfunktionale ELTERN MODI

- Strafender Elternteil
- Fordernder Elternteil



Maladaptive Bewältigungsmodi

Vermeidung:

- Distanzierter Beschützer
- Vermeidender Beschützer
- Ärgerlicher Beschützer
- Selbstberuhigung / Selbststimulation

Unterwerfung:

- Willfähriger Unterwerfer/ Compliant Surrender

Überkompensation:

- Narzistische Selbstüberhöhung
- Überkontrollierer (zwangh. oder argwöhn.)
- Suche nach Aufmerksamkeit und Bestätigung
- Manipulierer
- Schikane & Angriff
- Raubtiermodus

Ziel:

- gesunder Erwachsener
- glückliches Kind

Behandlungstechniken

- **Verhaltensorientierte Techniken**
 - Rollenspiele
 - Expositionen
 - Skills
- **Kognitive Techniken**
 - Reframing z.B. mit Hilfe von Erinnerungskarten
- **Emotionale Techniken:**
 - Imaginationsübungen
 - Stuhldialoge
- **Therapiebeziehung:**
 - Empathische Konfrontation mit den Modi
 - Limited Reparenting
 - Limit setting

- **Metakognitive Therapie** (Wells, 2014)

Eine Variante der kognitiven Therapie, primäres Ziel ist hierbei das kritische Hinterfragen der Bedeutung von Kognitionen und nicht die Korrektur von Kognitionen.

- **Akzeptanz- und Commitmenttherapie** (Steven Haze)

Ziel der ACT ist es, durch u.a. Akzeptanztrainings einen flexibleren Umgang mit unangenehmen Gedanken zu finden.

- **Mindfulness Based Cognitive Therapy** (Segal, Williams, Teasdale, 2002)

Ursprünglich zur Rückfallprophylaxe bei Depression entwickelt, auch für andere Störungen einsetzbar. Hier werden Techniken zur Achtsamkeitsbasierten Stressreduktion nach Kabat-Zinn mit kognitiven Techniken nach Beck kombiniert.

Dritte Welle Verfahren in der Psychiatrie

1. Die Verfahren der dritten Welle der Verhaltenstherapie spielen in der Psychiatrie eine zunehmend große Rolle.
2. Oft wird keine alleinige Durchführung, sondern die Nutzung einzelner Elemente der jeweiligen dritte Welle Verfahren praktiziert. Dabei werden sie bei bestimmten Störungen als Ergänzung zur leitliniengerechten Therapie eingesetzt.
3. Gelegentlich wird erst durch eine zusätzliche Anwendung von dritte Welle Verfahren eine leitliniengerechte Behandlung möglich.
4. Es gibt noch zu wenig spezialisierte und zertifizierte, ambulante und stationär arbeitende Therapeuten.
5. In Gruppentherapien sind oftmals zwei Therapeuten erforderlich.
6. Idealerweise sollten nicht nur die Therapeuten sondern das gesamte Behandlungsteam im jeweiligen dritte Welle Verfahren geschult sein.
7. Es gibt bisher wenig bis gar keine methodisch hochwertigen Studien zu dritte Welle Verfahren.

Videoeinblendung

Grußwort von Steven Haze, Mitbegründer der ACT

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Dr. Hans Onno Röttgers

Leitender Psychologe
Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie
Rudolf-Bultmann-Straße 8
35039 Marburg