

Placeboeffekte und andere Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Dr. Robert Mestel

Übersicht



1. Psychotherapie wirkt!

2. Wirkfaktoren außerhalb der Psychotherapie (64 – 86%)

- Unerklärbare Faktoren, Patientenmerkmale (z. B. Therapiepräferenzen), Lebensereignisse, Soziale Unterstützung, Spontanremission, Regression zur Mitte, zusätzliche Therapien

3. Wirkfaktoren der Psychotherapie (14 – 36%)

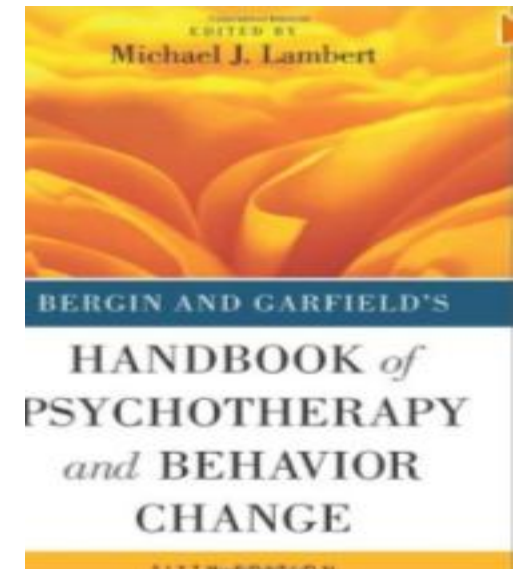
- Manualisierung (Adhärenz, Kompetenz)
- Therapiebeziehung (Allianz)
- Person des Therapeuten (z.B. interpers. Fertigkeiten)
- Techniken, Therapieorientierung
- **Placebo-Effekte**

1. Psychotherapie wirkt!

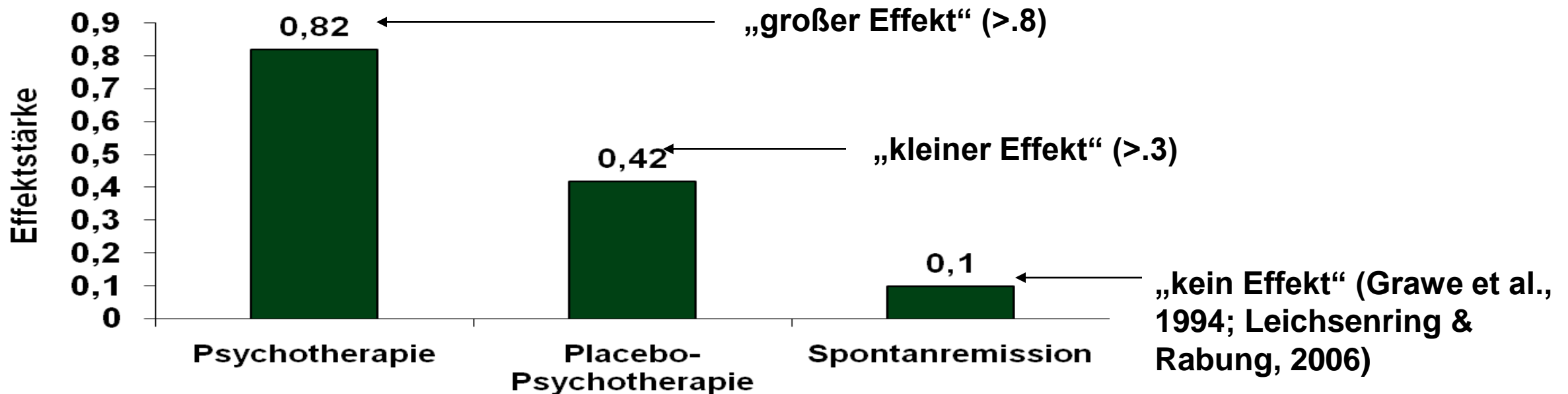
„Bibel“: Lambert, 2013 Handbook of PT & Behavior Change →

Berühmteste Angriffe auf die Wirksamkeit der Psychotherapie:

- H. J. Eysenck (1952): Psychoanalyse ≈ Spontanremission!
- Prioleau et al. (1983): Psychotherapie ≈ Placebo!



Vorläufiges Fazit d. Wirksamkeitsforschung (Lambert 2013)



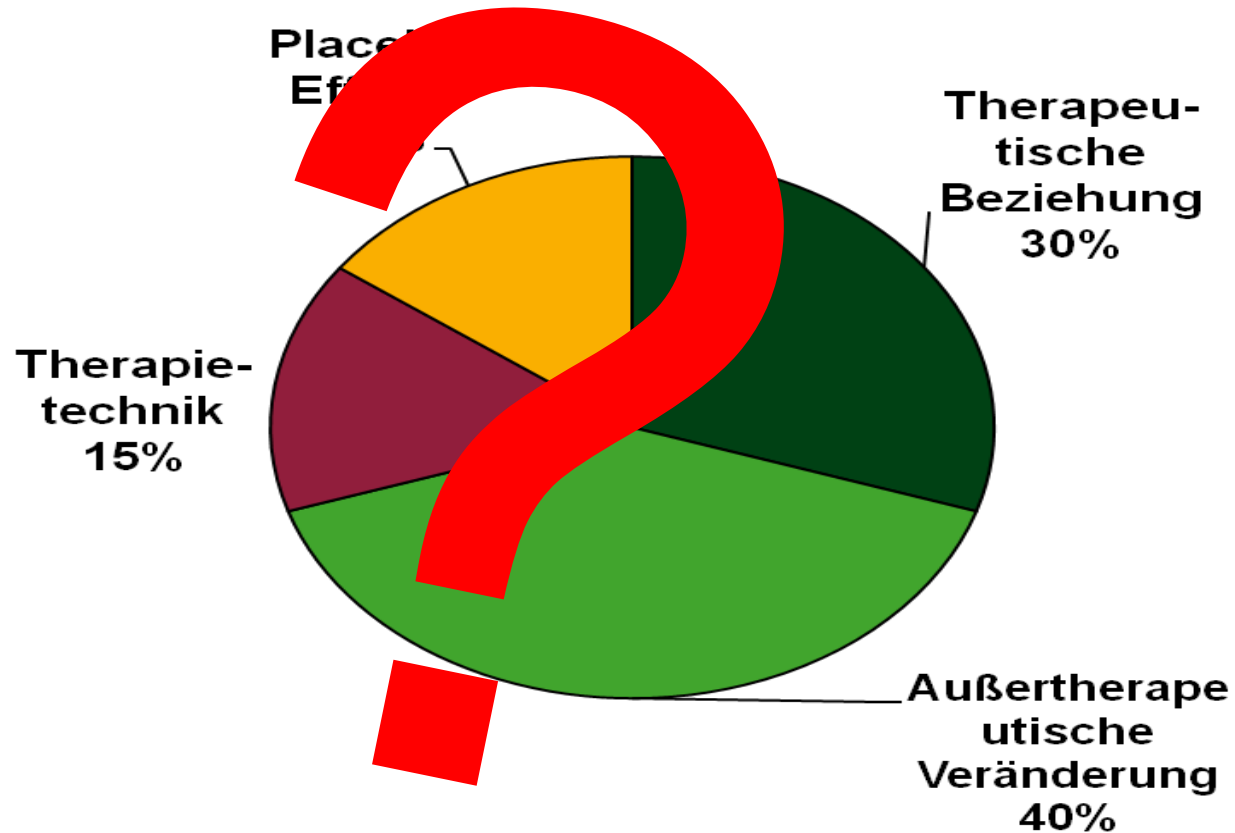
Wirksamkeit in Effektstärken – was bedeutet das?

Nach **BESD (Randolph & Shawn, 2005)**; vgl. Chemotherapie $d = .08-.11$; Aspirin $d = .07$

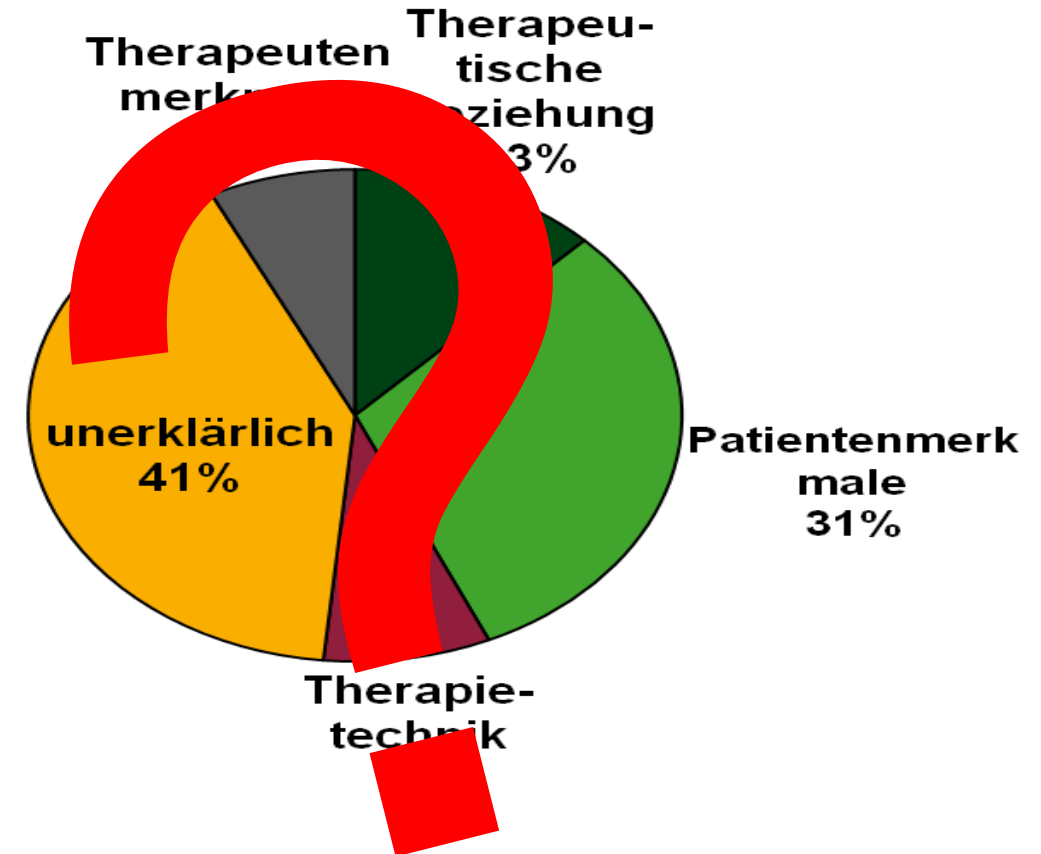
	Effekt- stärke d (RCT)	r Korre- lation	erklärte Varianz (R^2)	Besser mit Therapie	Besser auch ohne Therapie	Unter- schied für... von 100	Number needed to treat NTT
Nichts passiert	0	0,00	0,00%	50,00%	50,00%	0	∞
Spontanremission PT	0,1	0,05	0,25%	52,50%	47,50%	5	18
Stabilisierung, Reddemann	0,2	0,10	1,00%	55,00%	45,00%	10	9
Dissozialen-VT	0,3	0,15	2,25%	57,40%	42,60%	15	6
Placebo (\emptyset Medizin)	0,4	0,20	4,00%	59,80%	40,20%	20	5
psy.som. Reha-Kliniken	0,5	0,24	5,76%	62,10%	37,90%	24	4
Coaching	0,6	0,29	8,41%	64,40%	35,60%	29	4
psy.som. Akut-Kliniken	0,7	0,33	10,89%	66,50%	33,50%	33	3
Psychotherapie (MW)	0,8	0,37	13,69%	68,40%	31,60%	37	3
	1	0,45	20,25%	72,40%	27,60%	45	2
beste psy. GKV-Akut-Kliniken	1,1	0,48	23,04%	74,10%	25,90%	48	2
Viagra (erfolgreicher Sex)	1,2	0,51	26,47%	75,70%	24,30%	51	2
Beste Psychotherapien	1,5	0,60	36,00%	80,00%	20,00%	60	2
...							
Stichproben mit künstlichen Varianzverengungen	2	0,71	50,41%	85,40%	14,60%	71	2
...							
“Perfekte“ Therapie	4,9	0,93	85,70%	92,9%	7,10%	86	1

Berühmte eminenzbasierte Kuchenmodelle:

Unempirisch, unvollständig, subjektiv



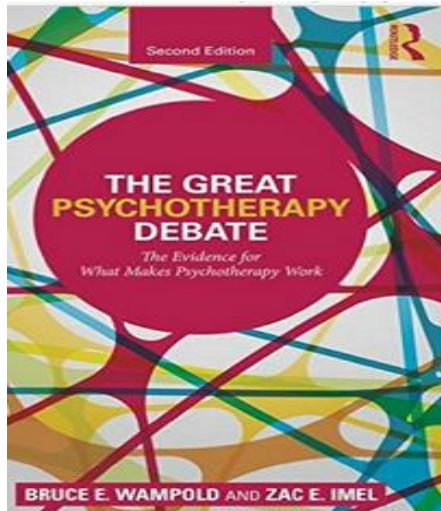
Lambert, 1992, 2013



Norcross, 2011

Aktuelle Evidenz zu Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Bruce Wampold & Zac Imel, 2015; Reviews: Mestel, 2014 & 2015 in SKEPTIKER



Prof. B. Wampold:

- Mathematiker
- Beratungs-Psychologe

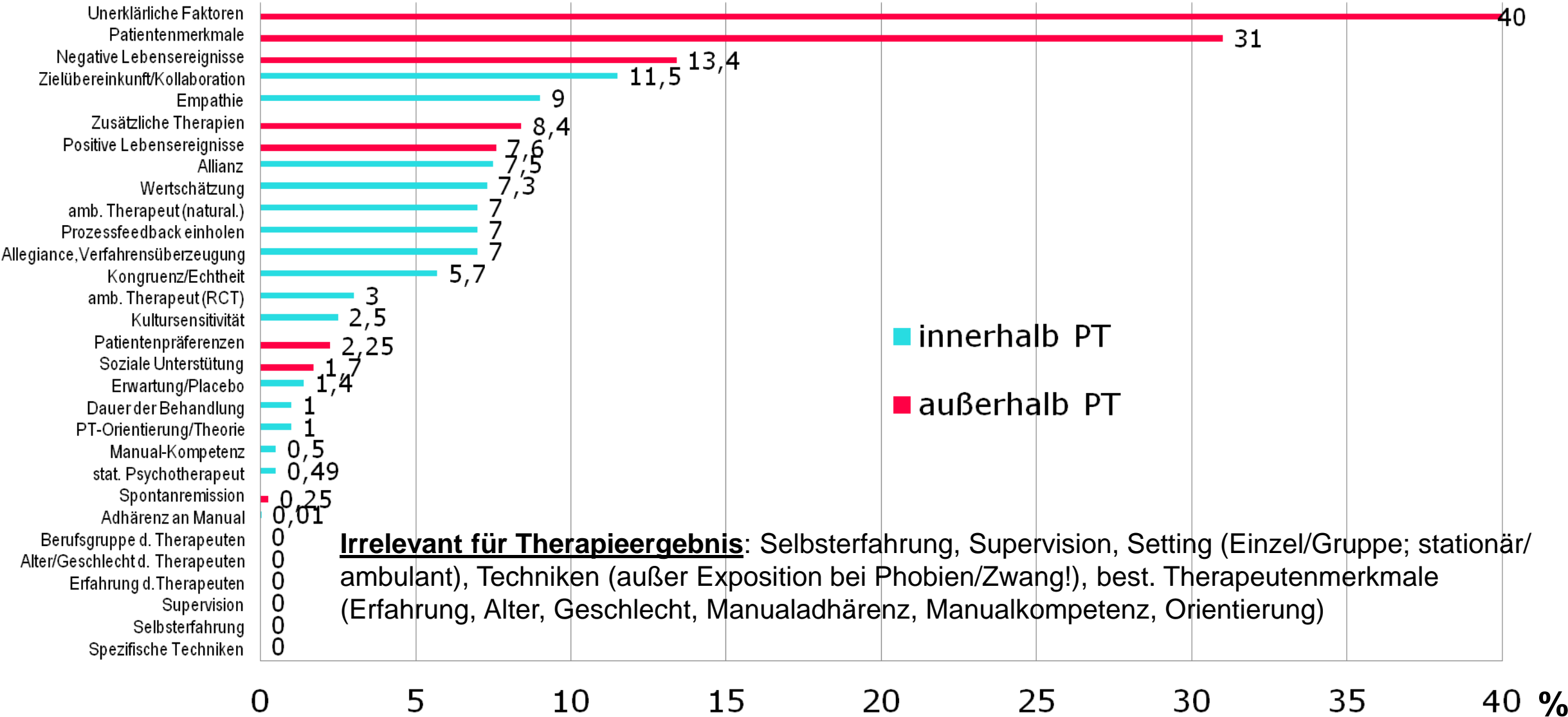
VS.

- Dominanz der KVT
- AWMF/Cochrane-Leitlinien
- Evidenzbasierte PT
- RCT-Goldstandard
- Empirical Supported Treatments (EST)



Übersicht: Wirkfaktoren während (v.a. ambulanter) Psychotherapie

Varianzaufklärung des Therapieerfolgs in %



Wampold, Imel, 2015; Allegiance-Schätzung (Munder et al., 2013); Stat. Psychother. (Spitzer et al., 2015)
R. Mestel: Psychotherapie Wirkfaktoren und Placebo

Wirkfaktoren außerhalb PT:

2.1 Spontanremission

R^2 : 0,25%

- Neurodermitis (Kinder): 80%
(Much, 2013)

Somatisch (Blech, 2005):

Rückenschmerzen (50% nach 1 Woche; 90% nach 1 Monat; 99% nach 12 Mon.)

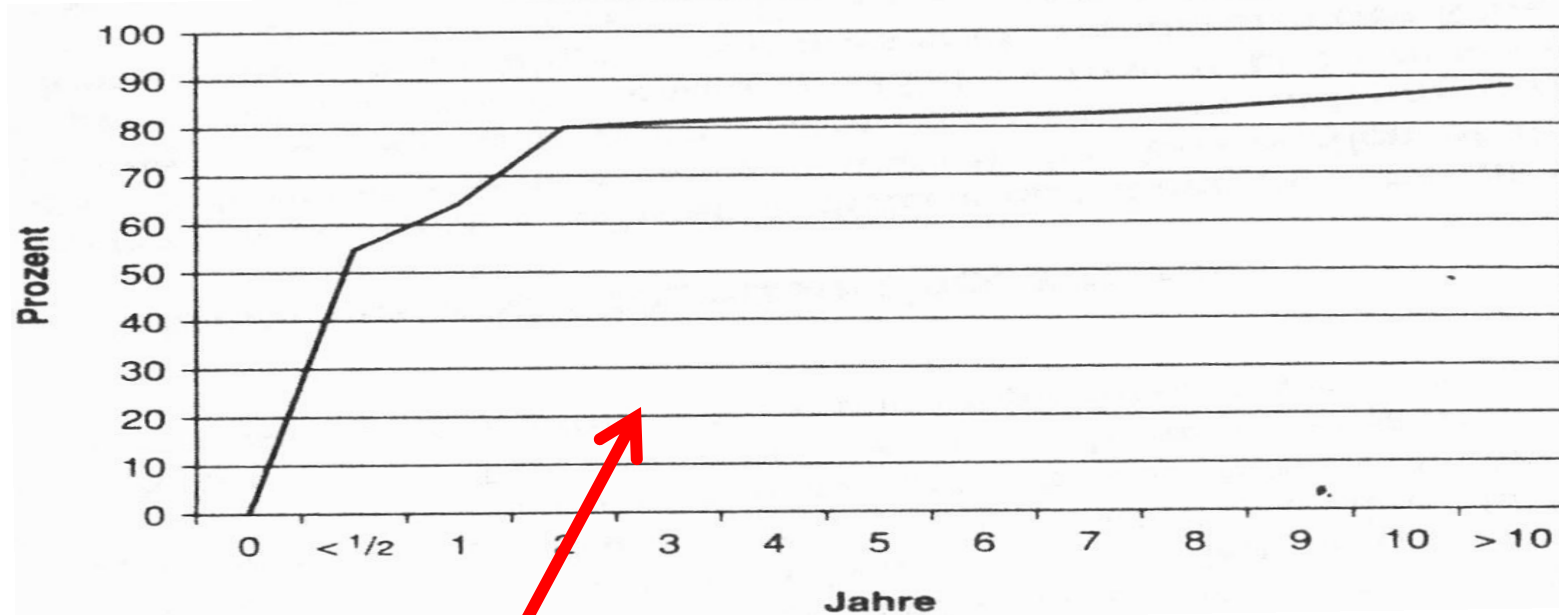
Hörsturz (90% nach Akutphase; keine untersuchte Therapie war bisher Placebo überlegen!)

Tinnitus, chronisch (Nach 5-10 Jahren: 33% Voll- und 33% Teilremission)

Tinnitus, akut (50-80% in ein paar Wochen)

Psychisch:

- Depression: 50% n. 6 Mon., 66% n.1 Jahr; 80% n. 2 J. (Boland & Keller, 2002)
- Panikstörungen: 14% nach 1 Jahr (Wittchen, 2001)
- Agoraphobie: 19% nach 1 Jahr (Wittchen, 2001)
- Zwangsstörung: 10%; nach 40 Jahren: 25% vollständig, 25% partiell remittiert!

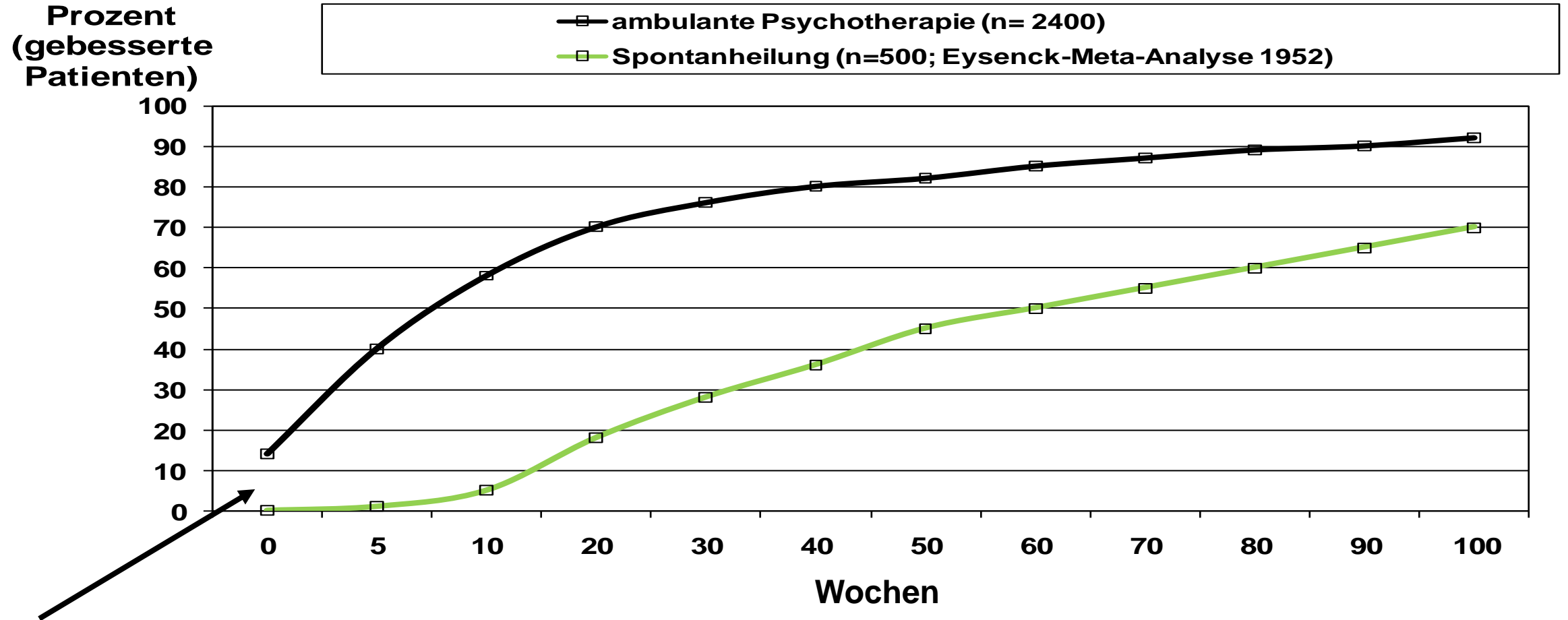


Ärzte und Juristen wissen um Spontanheilung! (Blech, 2005)

Nutzen ca. 33% seltener medizinische Prozeduren! (Diagnostik, OP's etc.)

Spontanheilungsquoten in der Psychotherapie

McNeilly & Howard, 1991



Placebo (=Erwartungs) -effekt: 14% sind schon vor dem Erstkontakt gebessert!!!

Warum wirken fast ALLE Behandlungen bei akuten leicht bis mittelschweren Depressionen gleich gut?

1. Placebos (Update: Kirsch, 2016)
2. Antidepressiva
3. Verhaltenstherapie nur mit Aktivitätenaufbau, Verstärkung, Tagesstruktur
4. Kognitive Therapie mit Umstrukturieren
5. Johanniskraut
6. Interpersonelle Therapie
7. Psychodynamische Fokalthherapie
8. Gestalttherapie mit Gesprächstherapie (PEA; Greenberg)
9. Sport und Bewegungstherapie
10. Online-Therapien, z. T. OHNE den Therapeuten je gesehen zu haben!
11. VT 3. Welle Verfahren (z. B. ACT, Achtsamkeitsbasiert)
12. Langzeitpsychoanalyse (kaum untersucht)
13. Cola trinken (Jim Mc Cullough 's (CBASP) zynischer Kommentar zur Evidenz!)

In der ungefähren Reihenfolge der Evidenz
(Studienhäufigkeit!)

Hypothese:

Der **Spontanverlauf der Erkrankung** „Leichte bis mittelschwere Depression“ über ca. 6-8 Monate kann ebenso wenig beeinflusst werden wie der einer Grippe!

Kasuistik: Wirkfaktoren einer Depressionsbehandlung

- 55 jähriger Anästhesist mit zwanghafter Persönlichkeitsakzentuierung (Z73.1)
 - Ab Juni 2016 Entwicklung einer erstmaligen mittelschweren bis zeitweise schweren depressiven Episode (April 2017: PHQ-9 Summe Selbsturteil: 21 schwerstgradig; Ehefrau-Urteil: 14 mittelgradig)
 - Ende der Episode: September 2017 (PHQ-9: Summe: 2) kurz vor Sommerurlaub
 - Während der Episode berichtet er, er sei vorher vom 20.-53. Lebensjahr dysthym gewesen (ICDL: Pessimistisch, Schlafstörungen, Selbstwert, soz. Rückzug)
- > Double Depression!? Im Sept. 2017 war KEIN dysthymes Symptom mehr erfüllt!

Behandlungen:

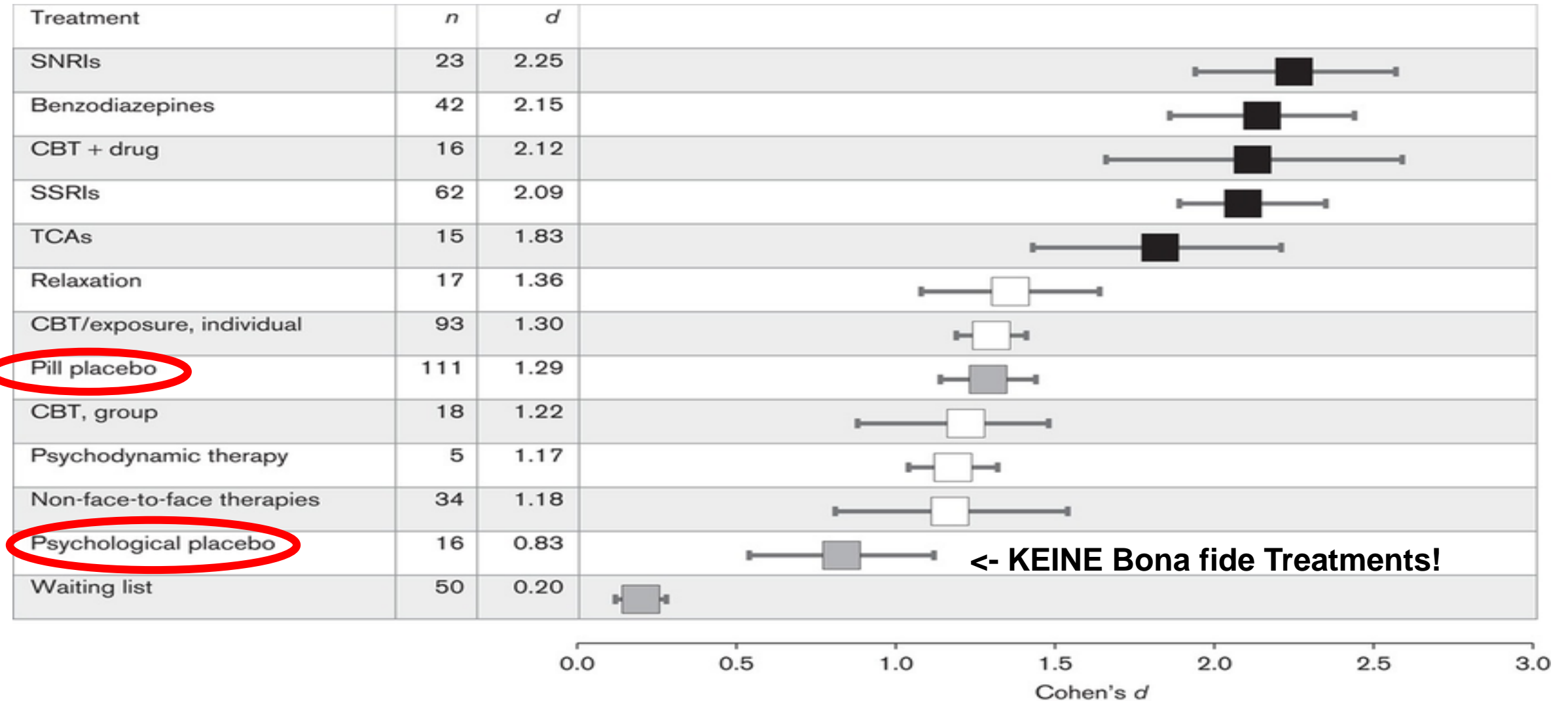
1. August 2016: 4 Wochen stationär Psychiatrie Großhadern
2. Dezember 2016: 6 Wochen Windach stationäre Akutpsychosomatik
3. Ambulant tiefenpsychologisch seit 2016 ca. 70 Std. (vergab F41.2 und F40.1)
4. Ambulant ZUSÄTZLICH Verhaltenstherapie (CBASP) ab 04/2017 ca. 10 Std. bis Abklingen
5. Medikation ab 2016: Venlafaxin, Mirtazapin, Quetiapin gleichzeitig (unterschiedliche Dosierungen)

WAS hat ihn geheilt???

Vergleichbar: Prä-post-Effektstärken bei Angststörungenbehandlungen

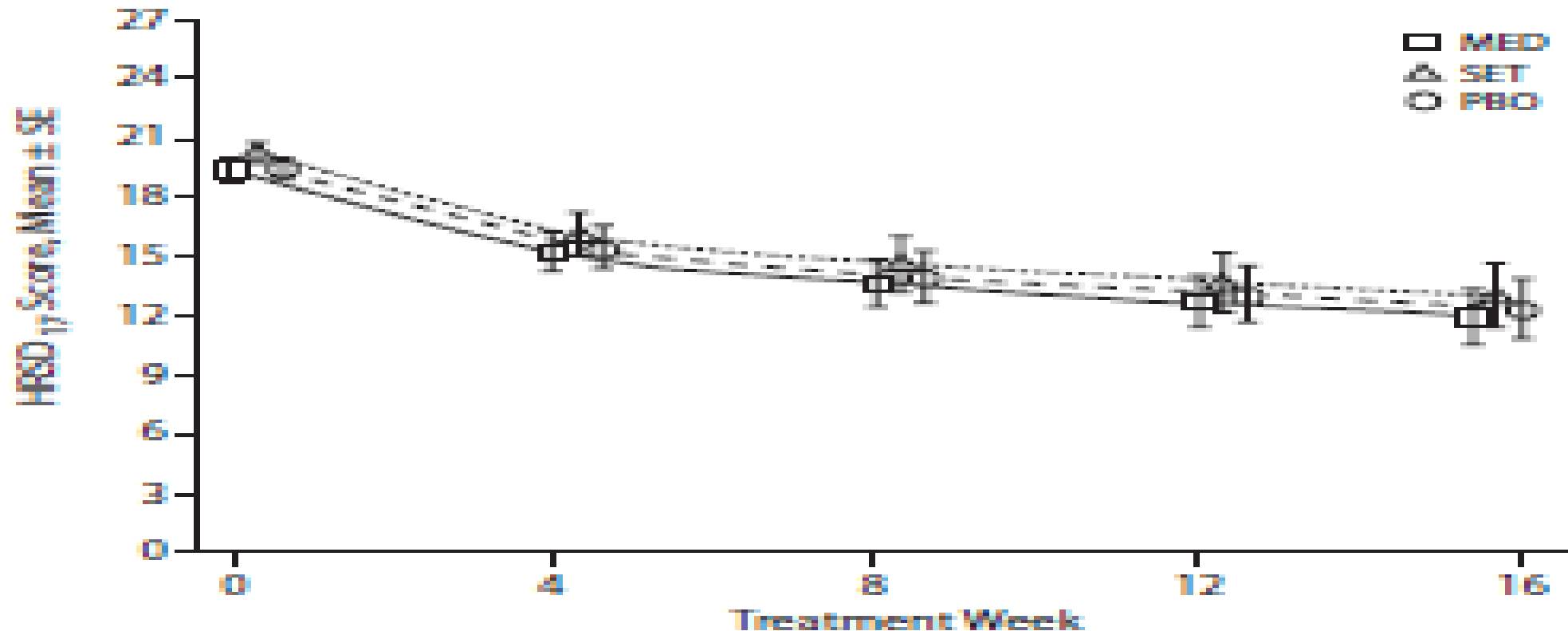
Meta-Analyse Bandelow et al., 2015 (F41.1, F40.1, F41.0)

Cave: NACH Ende der Therapie brechen die Medikamenteneffekte ein!



Psy.dyn. Fokalthherapie gegen Antidepressiva+klin. Management und gegen Placebo-Pillen +klin. Management (Barber et al., 2012)

Figure 2. Change In HRSD₁₇ Score as a Function of Medication, Supportive-Expressive Therapy, and Placebo Control^a



2.3 Zusätzliche Therapien (R^2 : 8,4%; konservative Schätzung!)

- 75% erhalten **Psychopharmaka** bei psych. Störungen (Margraf, 2009)

d= .8 für Akutphase bei Depression/Angst/Zwang

d= .4 bei PTBS, Persönlichkeitsstörungen, Ess-/Somatof. Stör.

d= .6

- 80% erhalten „**Beratung**“ (Margraf, 2009); Schätzung: d= .6 (Effektstärke von Laienhelfern, Selbsthilfegruppen; Gunzelmann et al., 1987, S. 371)
- Ca. 7% haben **zusätzliche ambulante Psychotherapie** (!) (Spinn et al., 2009)
- **Internetberatung** (erreicht oft ES traditioneller Psychotherapie! Berger, 2014)
- **Coaching, Naturheilkunde, theologische Betreuungen** usw.

2.4 Patientenmerkmale (ca. 31%)

Bohart & Wade, 2013; Orlinsky et al., 1994; DRV-Prädiktoren

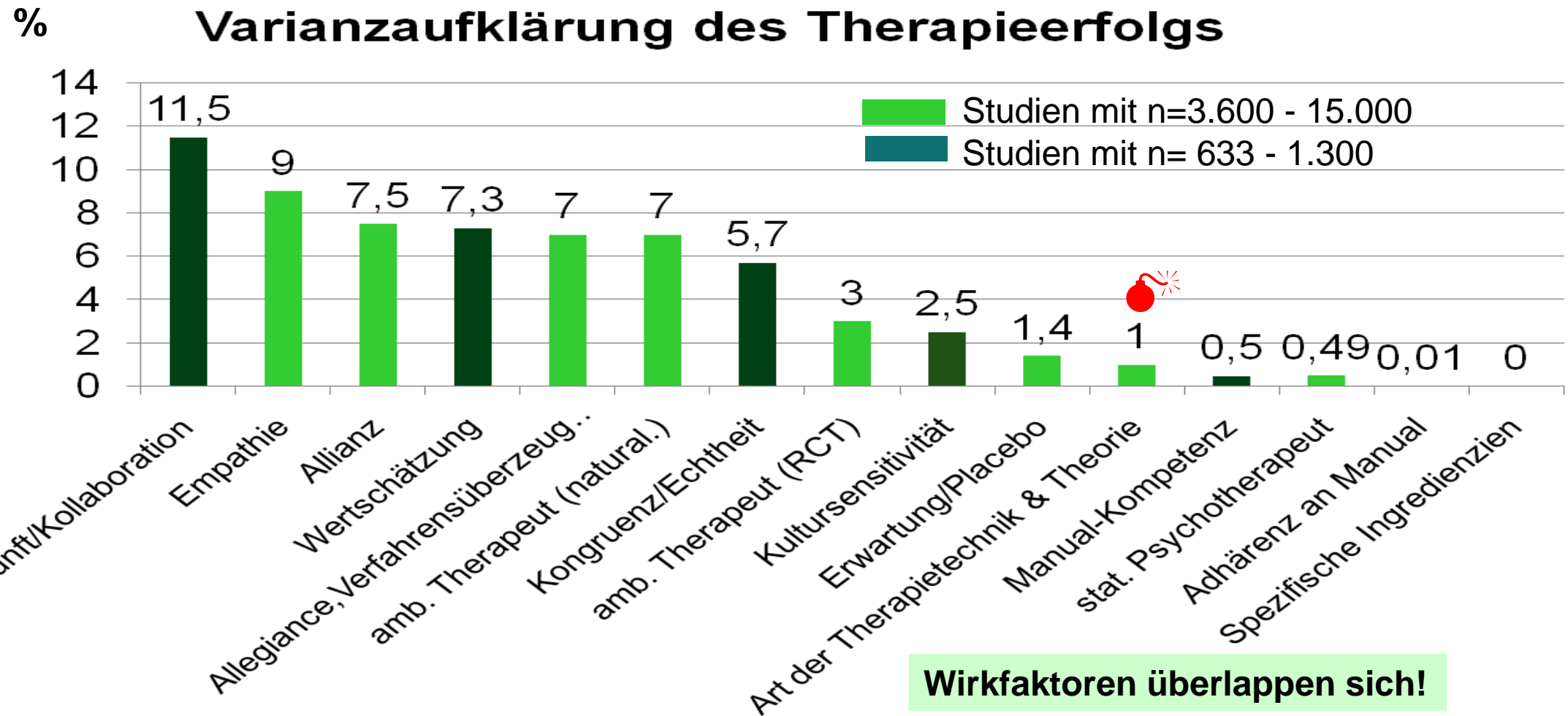
- Geringe Motivation
- Rentenbegehren (Gewinn aus Behandlungsmisserfolg bzw. Stagnation)
- Längere AU-Zeiten & Chronifizierung der Störung
- Mehr Diagnosen
- Art der Diagnose (z. B. Persönlichkeits-/Zwangs-/somatoforme Störung)
- Unsicheres Bindungsmuster
- Widerstand/Reaktanz gegenüber Psychotherapie
- Starker Perfektionismus, Selbstkritik
- Fehlende Erwartung von Therapieerfolg
- DRV-Prädiktoren: Männer, jünger, geringere Bildung, Westdeutsch, Alleinstehend

Wie optimiere ich die Patienten-Merkmale?

1. Pat. mit günstigen Prognosemerkmalen behandeln (Privatkassen-Patienten: Höhere Effekte!;
YAVIS-Patientenmerkmale mit genug Ausgangsbelastung)
2. Motivational Interviewing bei unmotivierten Patienten
3. Coping mit **unsicheren Bindungsmustern** optimieren
4. Wie optimiere ich Coping an negative Lebensereignisse? Vermutlich gut: IPT!
- 5. Die Erwartungen der Pat. mehr berücksichtigen, welche Behandlung sie wollen**

Was wirkt WÄHREND einer Psychotherapie

3. Wirkfaktoren der Psychotherapie (14 – 36%)

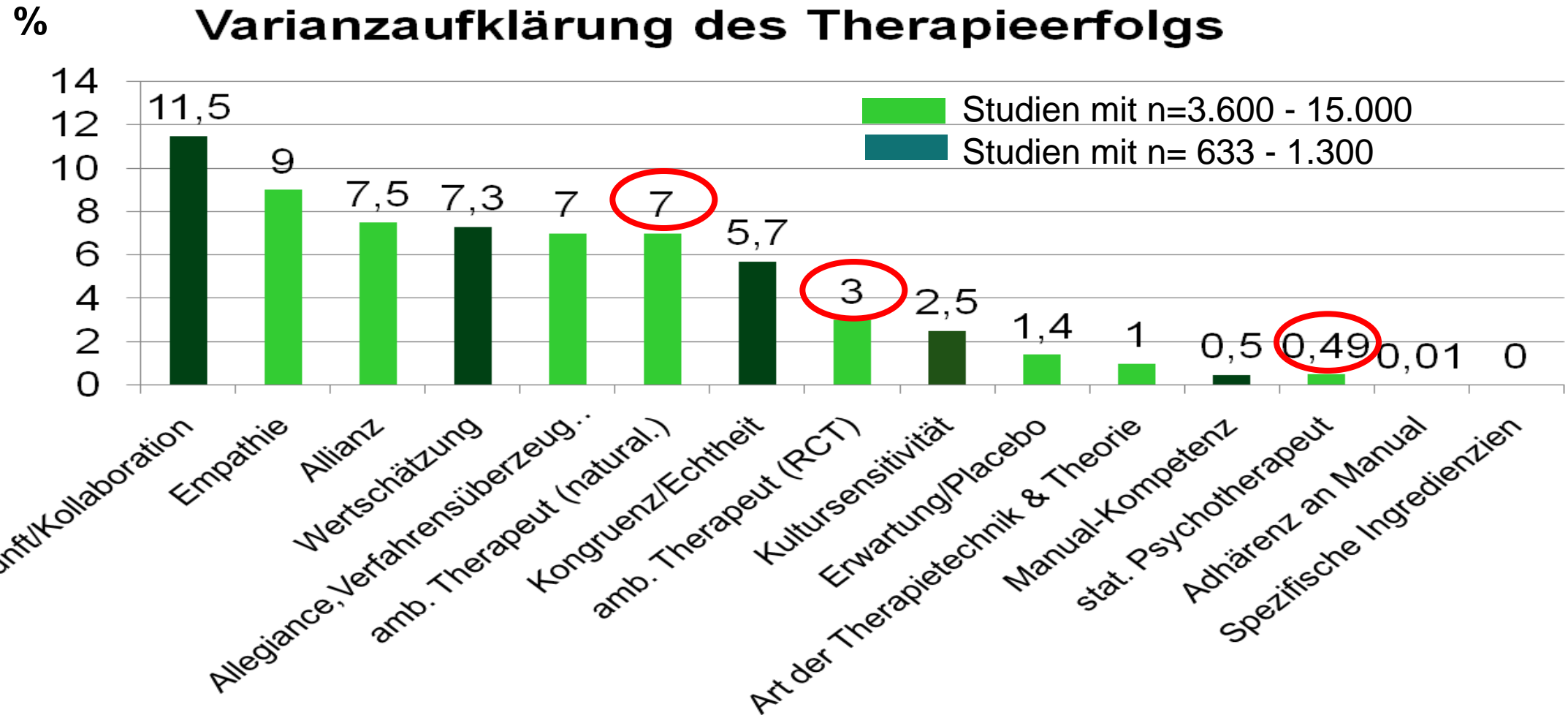


Wampold, Imel, 2015; Allegiance-Schätzung (Munder et al., 2013); Stat. Psychother. (Spitzer et al., 2015)

Was wirkt WÄHREND einer Psychotherapie

3. Wirkfaktoren der Psychotherapie (14 – 36%)

Was fällt auf? Bedeutung des Psychotherapeuten



Wampold, Imel, 2015; Allegiance-Schätzung (Munder et al., 2013); Stat. Psychother. (Spitzer et al., 2015)

Vertiefung

Ausgewählte Wirkfaktoren DER Psychotherapie

3.1 Manualisierung (keine Auswirkung auf Outcome! Aber: Hindert schlechte Therapeuten!)

3.2 Allianz (Therapie-/Arbeitsbeziehung)

3.3 Ambulanter Psychotherapeut (irgendetwas an ihm!)

3.4 Allegiance (Überzeugung des Therapeuten von seiner Methode)

3.5 Spezifische Ingredienzien psychotherapeutischer Verfahren

3.6 Unterschiede in der Art der Psychotherapietechnik-/ und Theorie

3.7 Placebo-Effekt

3.2. Allianz: Therapiebeziehung nicht überbewerten!

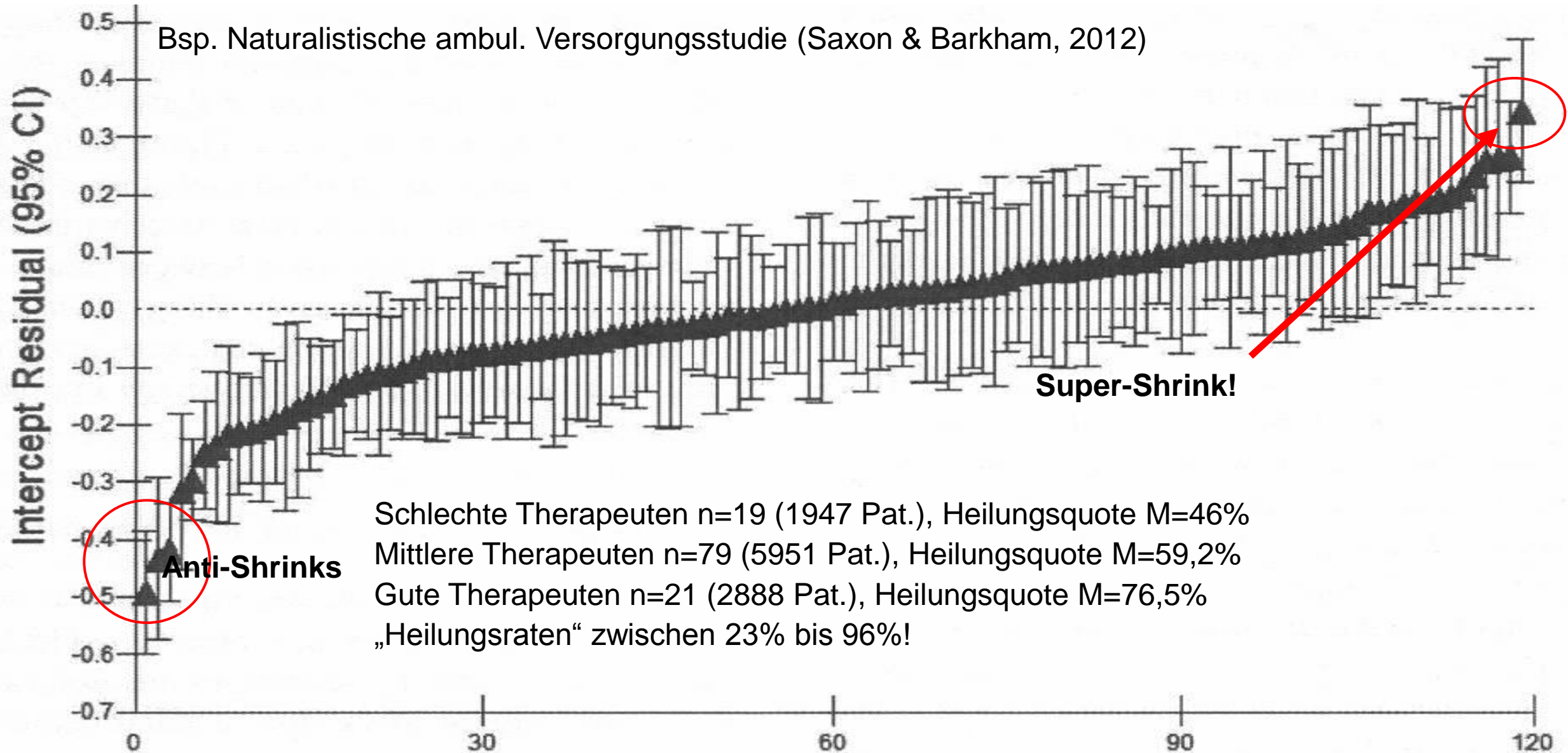
Def.: 1. Emotionale Bindung; 2.+3. Übereinstimmung bzgl. Aufgaben & Zielen

- Korrelation mit Outcome: $r = .27$ (moderat; $R^2: 7,5\%$); weniger als Empathie!
 - Bei Konstanthaltung des initialen Therapieerfolgs: $R^2: 1\%$! (de Rubeis et al., 2014)
 - Keine Unterschiede in Allianzstärke zw. Verfahren (VT, PDT usw.) bzw. VT besser (Raue et al., 1997)
 - Klass. Gesprächstherapie als DIE Beziehungstherapie ist weniger wirksam vs. strukturierterer GT/Prozess-Erfahrungs-Ansatz (Elliott et al., 2013; Tolin, 2010; Cuijpers et al., 2012)
 - Laien-Therapeuten erreichen fast gleich gute Effektstärken wie Profis ($d=.6$) (Patel et al., 2010)
 - Therapie“beziehung“ kann nicht optimiert werden (Crits-Christoph et al., 2006)
 - Internetbasierte VT z.T. ohne bzw. minimalem f2f Kontakt auch sehr wirksam!
 - Übertragungsfokussierte Therapie (TFP, Kernberg) schlechter als Schematherapie bei Borderline Pat. (Giessen-Bloo et al., 2006) – WARUM auf Übertragung fokussieren?
-
- „Man hat’s drauf oder weniger“... (siehe Empirie zu „Super-Shrinks!“)
 - ABER: Common Factors sind deutlich mehr als nur die Allianz!

3.3. Der Therapeut (R^2 : 7% ambul. natural., 3% RCT, 0,5% stationär)

Konsistent: Therapeut bei schwerer Gestörten viel relevanter! 10% vs. 3%

Bsp. Naturalistische ambul. Versorgungsstudie (Saxon & Barkham, 2012)



Was macht nun Supershrinks aus?

Soll man Psychotherapeuten fragen, wie gut sie sind?

90% der Psychotherapeuten glauben, sie gehören zu den 25% Besten!

Es halten sich

97% für akzeptierend

91% für engagiert

90% für tolerant

88% für warmherzig

➔ Positive Illusionen (Taylor & Brown, 1988)

Dew, 2003; Orlinsky et al., 2005; Walfish et al., 2012

Folgende Faktoren sind belegtermaßen irrelevant, um gute von schlechten Psychotherapeuten zu unterscheiden

(Beutler, 2004 in Handbook; Wampold, 2017, S. 48; Wampold & Imel, 2015)

- Alter!!
- Erfahrung in Jahren oder Zahl behandelter Patienten!
- Geschlecht
- Art des Berufes: Psychologe, Psychiater, Sozialarbeiter, profess. Berater!
- Ähnlichkeit oder Passung von Psychotherapeut und Patient
- Selbst berichtete Ausprägung sozialer Fertigkeiten (Therapeutenfragebogen)!
- In einem strukturierten Interview von Experten eingeschätzte soziale therap. Kompetenz
- Psychotherapeutische Orientierung
- Adhärenz zum Manual (Exakte Umsetzung eines Störungs-Manuals)
- Von Experten/Supervisoren beurteilte Kompetenz des Psychotherapeuten, eine spezifische Behandlung durchzuführen (egal welche)

Berufserfahrung von Psychotherapeuten spielt nicht die geringste Rolle für das Therapieergebnis!

Ältere Meta-Analysen fanden noch eine marginal signifikante Korrelation, neuere gar keine mehr!

Der Befund gilt für Einzel- genau wie für Gruppenpsychotherapeuten

Hauptursache gemäß Experten:

Man lernt in der Psychotherapie NICHT aus Erfahrung!

... sondern durch objektives Feedback durch Verlaufsmessungen!

Diese Befunde stellen gängige Praxis massiv in Frage!

„Entweder ein Psychotherapeut hat es von Anfang an drauf oder eben weniger!“

Beruhigend: Dasselbe gilt auch für Ärzte, Coaches und sicher andere Berufe...

Psychotherapie: Burlingame et al., 2013, Hill & Knox, 2013, S. 797; Leon et al., 2005; Tracey et al., 2014;
Ärzte: Burns & Wholey, 1991; Coaching: Sonesh et al., 2015

Do Psychotherapists Improve With Time and Experience? A Longitudinal Analysis of Outcomes in a Clinical Setting

Simon B. Goldberg
University of Wisconsin—Madison

Scott D. Miller
International Center for Clinical Excellence, Chicago, Illinois

Stevan Lars Nielsen
Brigham Young University

J. couns.
Psychol., 2016

Tony Rousmaniere
University of Alaska—Fairbanks

Jason Whipple
University of Alaska—Fairbanks

William T. Hoyt
University of Wisconsin—Madison

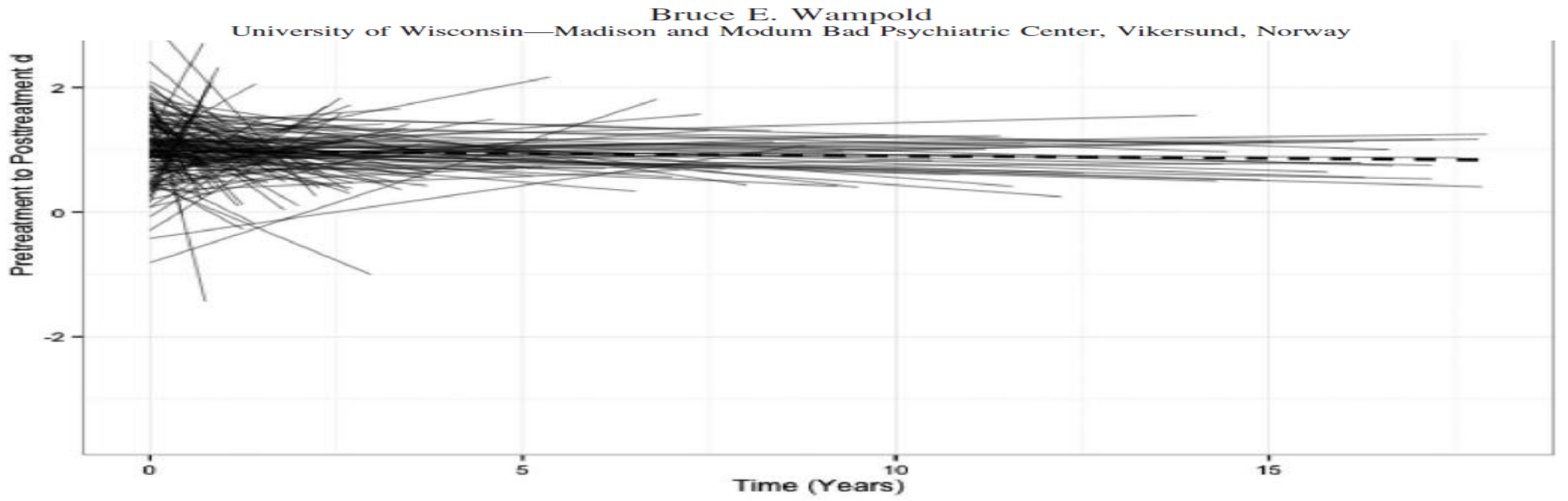


Figure 1. Individual regression lines fit within-therapist reflecting change in patient pretreatment to posttreatment effect size (d) as a function of time (in years since beginning of treatment with first patient). Dashed line represents fixed effect of time (overall).

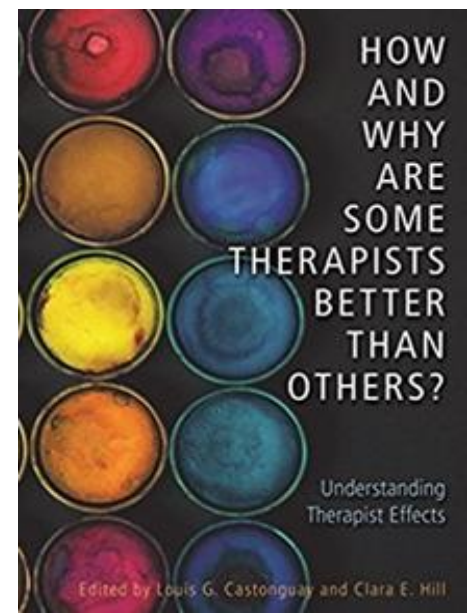
Merkmale von Supershinks - 1

Wampold & Imel, 2015; Miller et al., 2013; Wampold, 2017

Die Blackbox wird geöffnet...

1. Fördernde interpersonelle Fertigkeiten (Facilitative interpersonal skills – FIS; Anderson, 2009):

1. Sprachgewandt (klares Feedback geben)
2. Angemessener Ausdruck von Emotionen (Affektmodulation)
3. Überzeugend
4. Vermitteln Hoffnung
5. Warm
6. Empathisch (sehr gut zuhören; spüren (verborgene) Gefühle d. Pat. sehr schnell UND interpretieren sie richtig!)
7. Erzeugen eine Bindung zum Patienten (stärkere Allianz-Outcome-Korrelation!)
8. Fokussieren auf Probleme des Patienten Fokus: „Wie kann ich Patienten helfen?“



Merkmale von Supershrinks - 2

Wampold & Imel, 2015; Miller et al., 2013; Wampold, 2017

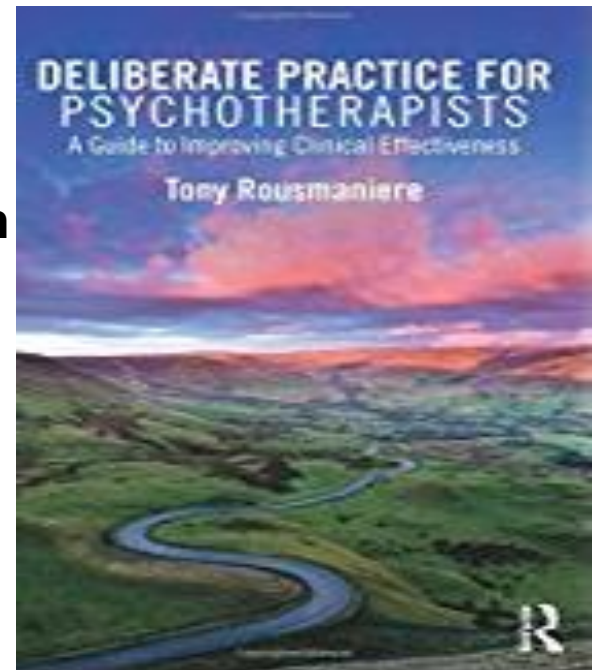
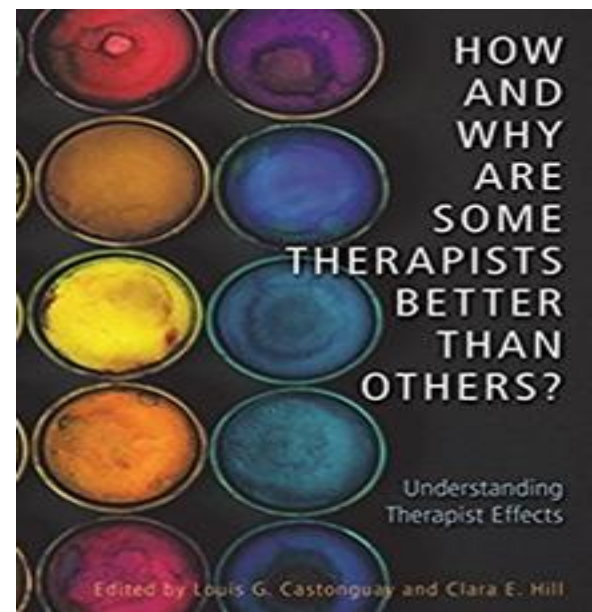
Die Blackbox wird geöffnet...

- 2. Formen stärkere Allianzen bei großem Spektrum von Patienten**
- 3. Mehr professioneller Selbstzweifel**
- 4. Üben und erweitern ihr Repertoire stärker auch privat (deliberate practice: Rousmaniere, 2016)**

Deliberate practice: Individualisiertes Training zu spezifischen Aspekten einer persönlichen Leistung durch Wiederholung und Verfeinerung (Ericsson & Lehmann, 1996: Für Sportler, Musiker, Chirurgen, Schachspieler usw.)

- 5. Orientieren sich stärker an Rückmeldungen von Therapieprozessen**

- Einmal Supershrink, immer Supershrink! Kraus et al., 2016
- **Möglicherweise** manche nur bei einigen Störungen Supershrinks!
- Wie optimiert man Psychotherapie: Am wirksamsten die Looser-Shrinks aus der Versorgung ausschließen oder umtrainieren! (Imel et al., 2015)




3.4. Allegiance (R^2 : 7%) (Überzeugung vom Verfahren)

- In „Schulmedizin“ unrelevanter: Von 515 Psychiatern: 80% vermitteln Pat., dass Antidepressiva für depressive Patienten das Beste wären!
- ➔ Aber nur 39% würden selbst Antidepressiva bei derselben Depressionsschwere schlucken! Mendel et al., 2010
- Psychotherapie mehr eine Konfession/Weltanschauung als eine Wissenschaft! (Grawe, 1994)
- ➔ 500-800 Schulen mit starken Unterschieden in Theorien & Techniken
- „Mutter“ der Allegiance-Bias-Studien“: Albert Ellis (1957): Alle Behandlungen in Psychoanalyse und seiner Neuentwicklung RET durch ihn selbst! & Auswertung!
- Therapeuten-Allegiance dominanter als die der Forscher! KVT-Allegiance stärker!
- **Deutlicher Zusammenhang ($r=.26 \rightarrow d=.53 \rightarrow R^2: 7\% \approx$ Allianz; Munder et al., 2013; Mega-Analyse über 30 Meta-Analysen! Nur $d=.35$ bei „Anti-Allegiance-Autoren“!!!)**
- Kritik: Korrelativ! Überzeugung \rightarrow Outcome / Outcome \rightarrow Überzeugung? NEIN! Munder et al., 2012 (Meta-A. über gleich gute Ergebnisse; Allegiance trotzdem 12%)
- Abhilfe: Multi-Center-Studien m. fairer Autorenverteilung! Z. B. SOPHONET-Studie



3.5. Therapie-Techniken(R^2 : 0%*)

* Ausnahme: Exposition bei Phobien & Zwängen!

- Spezifische Techniken erklären keinerlei Varianz! (Wampold & Imel, 2015)
-> betr. 30 Dismantling-Studien (Ahn & Wampold, 2001; Bell et al., 2013)
 - Bsp.: Entwicklung v. Cognitive Processing Therapy für PTB! (Resick, 2008)
 - Bsp. EMDR: Augenbewegungs-Wirkfaktor in duzenten Studien entmantelt (Lohr et al., 2014)
 - Aktuell laufende Dismantling-Studien zu DBT, diversen Traumatherapien
 - **Einzige Ausnahme, welche Wampold's AG (Laska et al., 2014, S. 471) nach 20 Jahren erstmals akzeptierte:**
-  **Reizkonfrontation (Exposition) bei Phobien & Zwängen**
(NICHT bei PTBS, Generalisierter Angststörung, Essstörungen!)

ABER:

ADDITION spezifischer Techniken zu TAU: $d=.28$ (R^2 : 2%) (Bell et al., 2013)

3.5. Therapietechniken (R^2 : 0%)

„Abergläubische“ Praktiken/Rituale in der Psychotherapie

... kommt ein Mann zum Psychiater und klopft sich dauernd ab.

Psychiater: „Warum klopfen Sie sich permanent?“

Mann: „Um die Elefanten zu vertreiben!“

Psychiater: „Ja aber ich sehe gar keine Elefanten!“

Mann: „Ja eben, weil ich klopfe!“

Was ist zu tun, um keine Elefanten mehr zu sehen?

Beispiele:

1. Systematische Desensibilisierung bei Angststörungen
2. Klopftherapie bei Angst, Trauma, Geldsorgen usw.
3. EMDR-Augenbewegungsritual bei PTBS Behandlung (Königsbeispiel!)
4. Stabilisierungs-Mythos bei PTBS Behandlung
5. Kognitive Umstrukturierungstechnik bei Depression

3.6 Unterschiede zwischen Psychotherapieorientierungen

KEINE klinisch bedeutsamen Unterschiede über die häufigsten Störungsbilder ($R^2 < 1\%$; Wampold & Imel, 2015)

Cave: Von den 600 Therapieformen sind nur ca. 20 besser untersucht, ca. 550 gar nicht!

Unstrittige Fakten in der Psychotherapieforschung: Weltweite Dominanz der Kognitiven Verhaltenstherapie KVT begründet in...

- Bei allen Störungsbildern gelten KVT-Verfahren als Goldstandard – keine andere Therapieform ist einem KVT-Verfahren systematisch überlegen!
- Die Frage ist nur: Wie stark und wo genau ist KVT klinisch relevant überlegen?
- KVT-Methoden haben das mit Abstand größte Störungs-Wirksamkeitsspektrum!
- KVT-Methoden sind 10-50 mal besser untersucht; keine sind besser gesichert!
- KVT-Methoden sind die ökonomischsten gesicherten Verfahren! (günstiger)
- Keine Psychotherapiemethode mit vertretbarer Therapiedauer (i. G. Langzeit-PSA) ist nachweislich anhaltender wirksam als KVT!

Vorläufiges Fazit!

Wenden Sie bei allen Phobien & Zwängen im Kern **Exposition** an!

Nehmen Sie alle übrigen angeblichen „Wundertechniken“ nicht allzu ernst!

Wägen Sie ab:

- Eigene Therapeuten-Überzeugung steigern (**Wirksamkeitsgebot**) vs.
- Patienten keine abergläubischen Rituale vorgaukeln (**Wahrhaftigkeitsgebot**)

Wir wissen noch viel zu wenig über die meisten spezifischen Ingredienzien oder „Timing“ und „differentielles Ansprechen“

-> Bei wem hilft wann was am Besten? (angelehnt an Frank, 1967)

3.7 Placebo-Effekt und -Reaktion: Definition

Jütte et al., 2010, Bundesärztekammer (R^2 für Outcome: 1,4 - 4%)

Placebo (lat.): „Ich werde gefallen“ (Versprechen der Heilung)



Placebo-Effekt im engeren Sinne:

- Positive Wirkungen einer Scheinbehandlung
- Positive Effekte eines Verums, die über die reinen pharmakodynamischen Effekte hinausgehen

Netto-Effekt: Therapeutische Effekte, die aufgrund der Bedeutung zustande kommen, die eine Intervention für eine Person hat (NIMH, 1996: Erwartungseffekte, Glaube, Vertrauen)

Placebo-Reaktion im weiteren Sinne:

Brutto-Effekt: Spontanheilung, soziale Unterstützung, Placebo-Netto-Effekt, Regression zur Mitte

Geschichte des Placebo-Effektes

- 17. Jahrhundert: Chinin (aus der Chichona-Rinde): Erstes Verum der Medizin (gegen Malaria-Fieber eingesetzt); andere Vera: Impfungen gegen Pocken; Morphium gegen Schmerzen
- 1787 „Placebo“ erstmals in medizinischem Wörterbuch genannt
- 1944: Beecher: Kochsalz statt Morphium Verwundeten gespritzt: Linderung!
- 1955: „The Powerful Placebo“ (Beecher): Explosion der Doppelblindstudien!
- Placebo-Lehrbücher: Shapiro & Shapiro, 1997; Benedetti, 2014



Nur etwa 15-20% der Therapien der konventionellen Medizin sind heute nachgewiesenermaßen wirksamer als Placebo! Blech, 2005

Bei wem wirken Placebos? Indikation

Bei wem genau sie anschlagen ist kaum vorhersagbar!

Tendenziell wirksamer bei

- Frauen
- Emotional labilen Menschen (Neurotizismus)
- Kindern (Pflaster; „Aua wegpusten“; Much, 2013, S.78)
- Tieren (z. B. Cracknell & Mills, 2008; Koch, 1984; Löscher, 1993; Rijnberg, 2007; Albrecht & Schütte, 1999)

Wirksamere Placebovergabe durch

- Chefarzt -> Arzt im weißen Kittel -> Arzt im T-Shirt -> Pflegekraft
- Höherer Preis des Mittels, Weines usw.
- „Neu“ (Branthwaite & Cooper, 1981)
- „Bio“



Wirkmechanismen: Erwartung und klassische Konditionierung!

Es gibt aber Mittel, die wirken, auch wenn man deren Einnahme nicht mitbekommen hat!!!
(verdeckte Applikation); Bsp. E605; LSD

Verhaltenstherapie Effektstärken werden über die Jahre immer geringer!

Vermutl. Grund: Placebo! Was neu ist, wirkt besser! Johnsen & Friburg, 2015

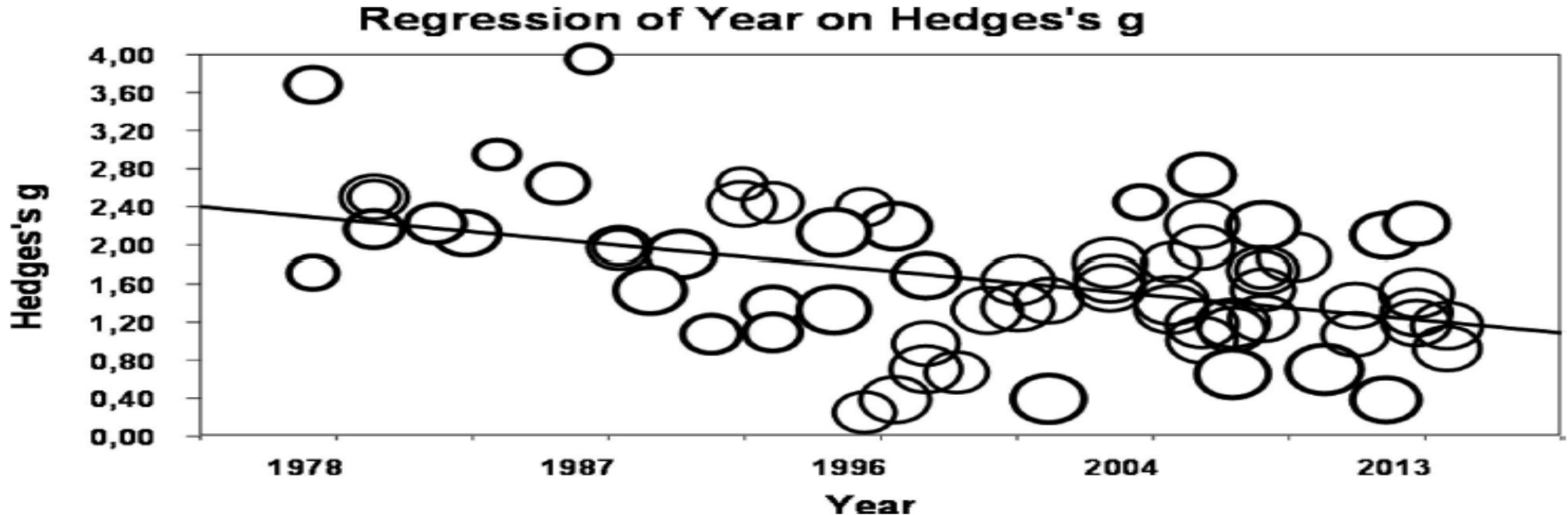


Figure 4. The plot portrays the negative change ($p < .001$) in Beck Depression Inventory effect sizes across time ($k = 61$). The size of the circles indicates the relative contribution (random weight) of each study to the analysis.

Mehr Placebo drin, weil „neu“ und die Begründer noch leben?

Dritte Welle der Verhaltenstherapien

- ACT (Acceptance Commitment Therapy, S. Hayes); Akzeptanz, Werte
- MBCT (Mindfulness based Cognitive Therapy) gegen rezid. Depr.
- MCT (Metacognitive Therapie; A. Wells) gegen Angst, Depression
- Schema Therapie (J. Young; G. Jacob; E. Rödiger)
- CBASP (eher 1. Welle plus psy.dyn. PT Elemente)

usw.

Cochrane Review zur Evidenz 3. Welle VT (Hunot et al., 2013):

- Sehr wenige Studien! Viel weniger gesichert als 1./2. Welle!
- Meist besser als Wartegruppen oder Routine-Therapie
- Höchstens so gut wie 1. oder 2. Welle Kognitive VT
- Überschätzt!
- Modisch?
- Therapeuten brauchen auch mal etwas Neues!



Welche Placebos für welchen Typ?

De Craen et al., BMJ, 1996, 313, 1624-6; de Craen et al., 2000; Oeltjenbruns & Schäfer, 2008

Größter genereller Placebo-Effekt:

- Besonders große **oder** kleine Tabletten!
- umfangreiches beeindruckendes Ritual;
- invasive Methoden! (Spritzen, OP's): Spritzen in Muskel/Blut > subkutan
- Lieblingsfarbe als Tablette



- **Schmerzen:** weiß, mittelgroß, teilbar
- **Allergien, Asthma, Herz-Kreislaufbeschwerden:** klein und weiß
- **Migräne, starker Schmerz, Infekte, Grippe:** Kapseln, Spritze
- **Schlafstörungen, Unruhe:** grün (=Hoffnung)
- **Husten, Übelkeit:** Saft
- **Depression, Suchtentwöhnung:** Rosa, glänzend

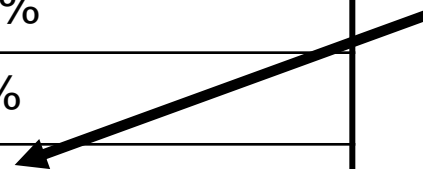


Indikation	Therapieerfolg
Bluthochdruck	0 – 60%
Magen-Darmbeschwerden	21 – 60%
Morbus Crohn	25 – 40%
Kopfschmerzen	30 – 70%
Schmerzen allgemein	0 – 86%
Migräneanfälle	20 – 58%
Krampfaderleiden	62 – 79%
Rheuma	45 – 80%
Asthma	33%
Heuschnupfen	22%
Husten	30 – 43%
Erkältungen/Grippe	35 – 61%
Multiple Sklerose	0 - 73%
Epilepsie, Herzstillstand, Schock, Knochenbruch	0%

Therapeutische Wirksamkeit von Pillen-Placebos bei körperlichen Erkrankungen

(Gauler & Weihrauch, 1997)

- Placebos wirken ca. bei 30-40% aller Patienten
- Publication Bias!!!
- Die Wirkung ist z. T. kulturabhängig (Zäpfchen gut in Deutschland...)
- man kann allerdings nicht vorhersagen, bei wem
- Je mehr „Bewusstsein“, Angst & Stress bei einer Krankheit eine Rolle spielen, desto stärker der Placebo-Effekt (Krankheiten unter ZNS-Einfluss sprechen stärker an!)



Therapeutische Wirksamkeit von Pillen-Placebos bei psychischen Störungen (Gauler & Weihrauch, 1997; Khan et al., 2005)

Indikation	Therapieerfolg
Angstzustände, Panikattacken	20-63%
Leichte bis mittlere Schlafstörungen	49-81%
Depressionen	21-40%
Neurosen	0-61%
Psychosen, Schizophrenie, Wahn	0-75% (je nachdem wie akut!!)

Exkurs Psychosen (Schizophrenie, Wahn): Feldman, 1956; Uhlenhuth et al., 1959

Chlorpromazin läutete 1950 die biologische Revolution in der Psychiatrie ein

Besserungsquote bei Psychosen vergeben von Psychiatern: 77%

Wurde Chlorpromazin von „ungläubigen“ Psychoanalytikern verordnet: Besserungsquote: 10%!

Khan et al. (2005): Hohe P-Wirksamkeit: Depression, Panik, PTBS, GAS; gering: Zwang, Psychose

Themenhefte zu Placebo in der Psychotherapie:

- Verhaltenstherapie (2016, 26);
- Psychology of Consciousness (Theory and Practice), 2016, 3

Verhaltenstherapie
Praxis | Forschung | Perspektiven

 Download Fulltext PDF

Free Access

Diskussionsforum · Forum

Der Placeboeffekt in der antidepressiven Behandlung

Kirsch I.

 Author affiliations

 Corresponding Author

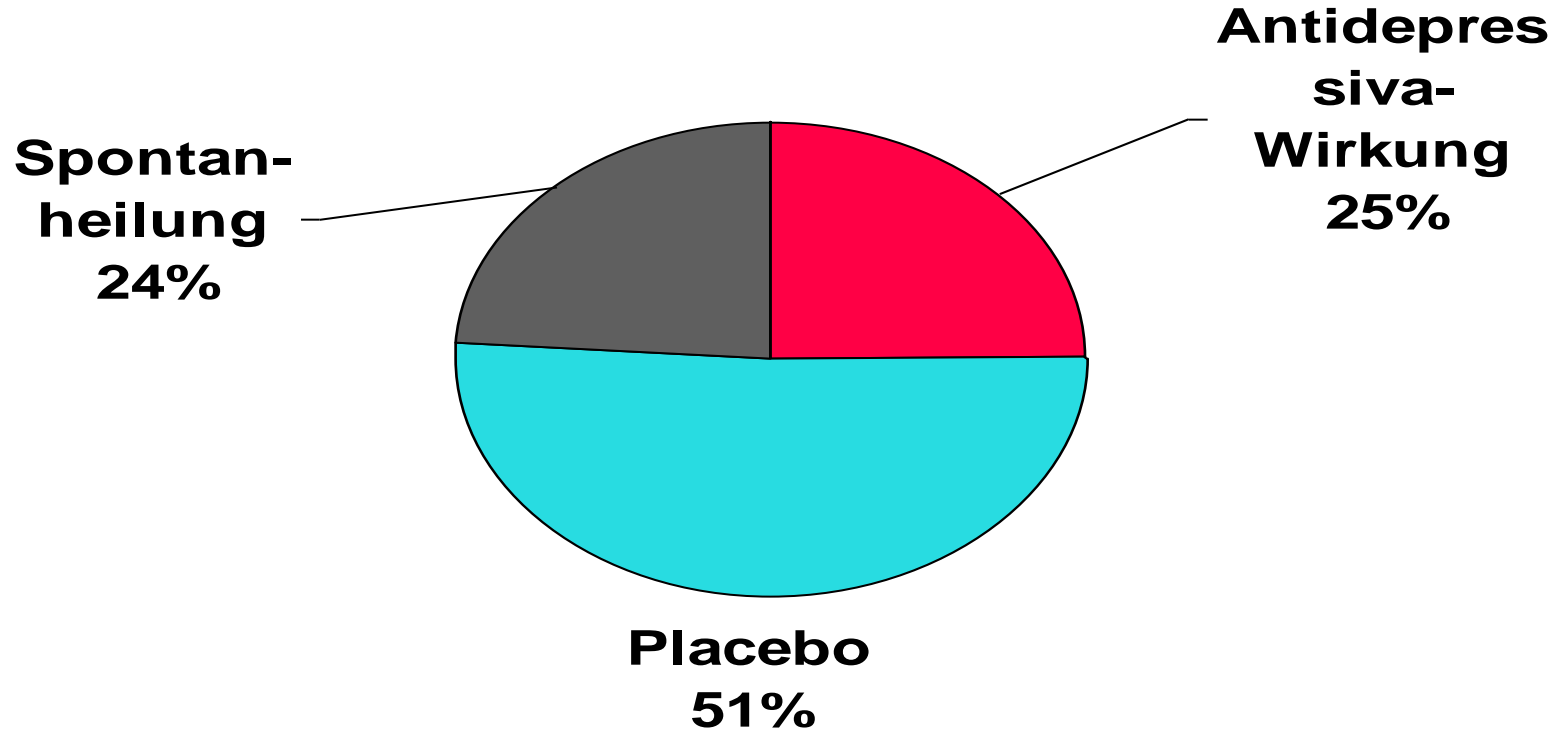
Keywords: Antidepressiva · Placebo · Placeboeffekt

Verhaltenstherapie 2016;26:55-61

<https://doi.org/10.1159/000443542>

Spontanheilung & Placebo bei Antidepressiva

Kirsch et al., 1998, 2002; 2011, 2016 (Korrelation Placebo & AD: $r = .9!$)



1. Studien mit aktiven Placebos (Nebenwirkungen simulierend) führen zu noch höheren Placeboquoten!
2. Kleine spezifische Antidepressiva Wirkung bleibt übrig! i. G. zu Pseudoplacebos (Homöopathie usw.)
3. Gegen schwere chronifizierte Depressionen helfen Placebos kaum!
4. Wie Antidepressiva wirken bleibt weiter unklar (Mythos d. chemischen Imbalance: Margraf & Schneider, 2016)
www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5048361/

Macht der Placebobegriff in der Psychotherapie Sinn?

Nur, wenn man an das „medizinische bzw. pharmazeutische Modell“ glaubt!

Gesamtwirkung setzt sich gemäß dem medizinischen Modell zusammen aus:

1. Extratherapeutischen Einflüsse (Spontanremission, andere Therapien, Ereignisse usw.)
2. Gemeinsamen bzw. unspezifischen Faktoren („Placebo-Psychotherapie“)
3. Verum-Effekt (v. a. Psychotherapietechniken)

->Design: Trenne Verum-Psychotherapie von Placebo-Psychotherapie!

ABER:

- In der Psychotherapie sind **keine Doppelblind-Studien** möglich, außer der Psychotherapeut weiß nicht mehr, was er gerade durchführt (z. B. unter Drogen)
- Der Patient braucht Vertrauen in eine wirksame Therapie!
- Darum muss Placebo-Psychotherapie eine Therapie sein, die als therapeutisch konzipiert wurde (bona fide), nicht einfach ein Hoffnungsmacher oder Aufmerksamkeitsschenker!



Was ist „Placebo-Psychotherapie“? Kendall et al., 2004, S. 20

- Unspezifischer Kontakt mit Therapeuten/Arzt
- Aufmerksamkeit vom Therapeuten/Arzt bekommen („Wie geht es Ihnen? Es wird schon werden! Nur Geduld!“ „ Wie viele Kinder haben Sie?“)
- Beschreibung des Behandlungs-Rationals, Zweck und Erklärung der Abläufe und Interventionen
- Ziel: Erwartung von Hoffnung induzieren („positiven Ertrag“)

Problem:

Placebo-Psychotherapie sollte meist nur „Experimental“-Psychotherapie wirksam erscheinen lassen!

- $d = .46$ (vgl. mit „echter“ Psychotherapie; Baskin et al., 2003; Smits & Hofmann, 2008)

Bona fide Placebo-PT: Eine Behandlung, die dazu konzipiert wurde, wirksam und hilfreich zu sein!

- $d = .15$ verglichen mit „echter Psychotherapie“ (=gleich gut! Baskin et al., 2003)

Berühmte Bona Fide „Placebo-Psychotherapien“:

1. Interpersonelle Psychotherapie der Depression

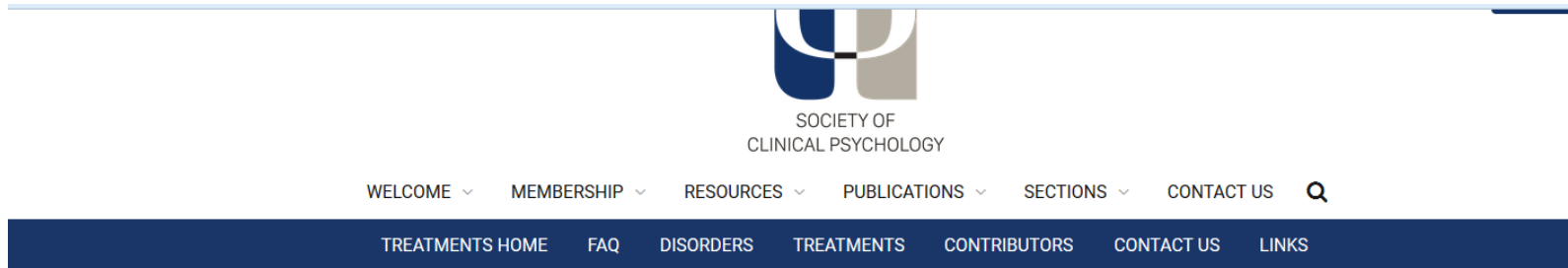
(IPT; Klerman & Weißman): In NIMH-Studie (Elkin et al., 1999)

1. Keine psychodynamisch-psychoanalytischen Elemente

1. Keine Deutungen
2. Keine freien Assoziierungen
3. Keine psychoanalytischen Konfrontationen

2. Keine Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie

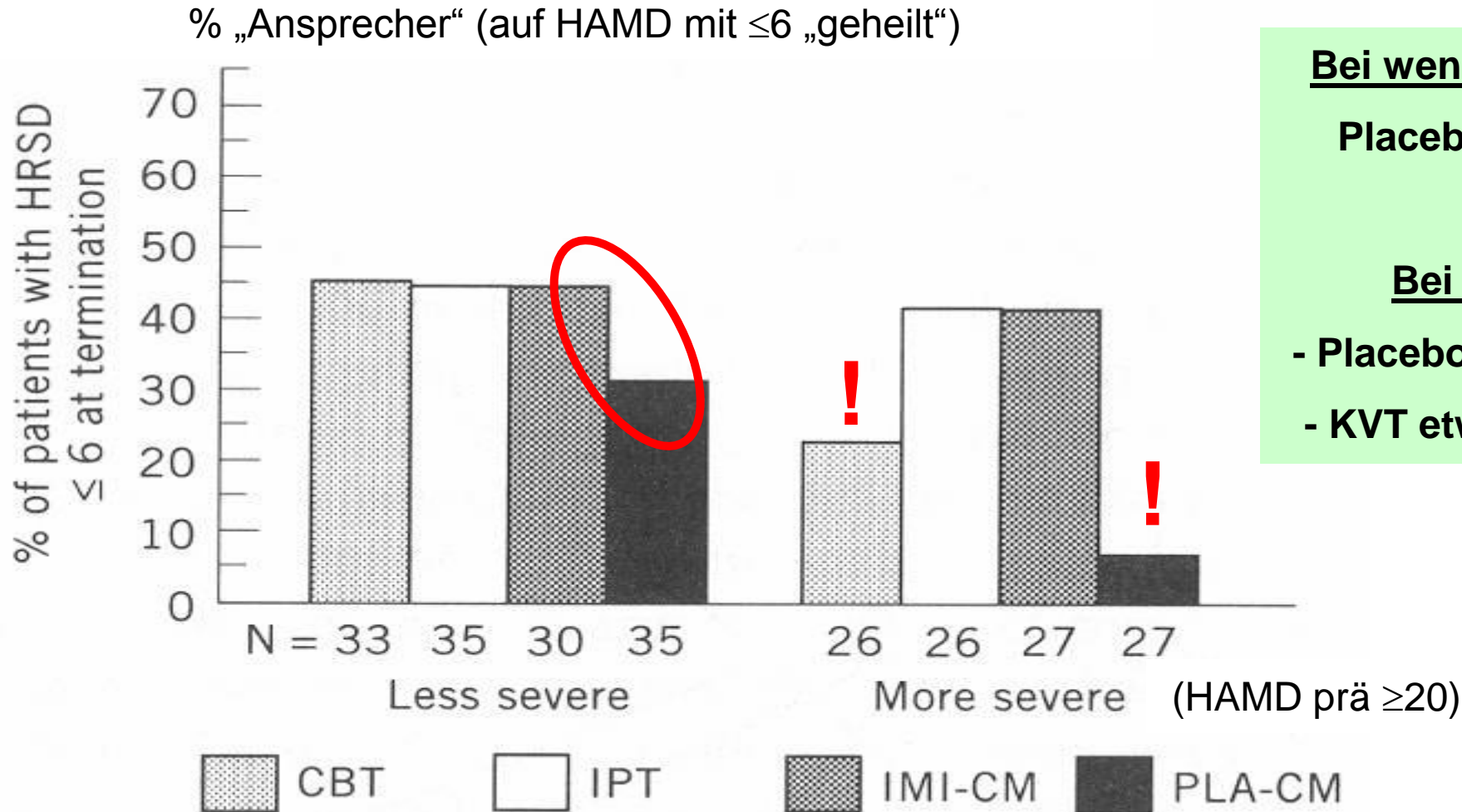
1. Keine kognitive Umstrukturierung
2. Keine Hausaufgaben
3. Keine Verhaltenspläne
4. Keine Aktivierung



2015 EST STATUS: TREATMENT PENDING RE-EVALUATION ?

1998 EST STATUS: STRONG RESEARCH SUPPORT ?

Psychologisches und physikalisches Placebo bei Depressionsbehandlung (NIMH Studie: Elkin, 1994, S. 124)



Bei weniger schweren Depressiven:

Placebo + CM: 30% Response!

Bei schweren Depressiven:

- Placebo schlechter als Imipramin!

- KVT etwas schlechter als IPT/Imi

Cognitive-behavioral / interpersonal / Imipramin + Klinisches Management / Placebo + klin. Management

Berühmte Bona Fide „Placebo-Psychotherapien“:

2. Present Centered Therapy

(PCT; Frost, Laska, Wampold, 2014)

Posttraumatische Belastungsstörung

(Gemeinsame Wirkfaktoren; Snyder, Ehlers, Foa, Resick, Cloitre, Elbert, Shapiro, 2015):

1. Psychoedukation

2. Emotionsregulation und Bewältigungsstrategien/**Problemlösen**
3. Exposition
4. Veränderung von Kognitionen
5. Bearbeitung von Emotionen (Angst, Scham, Schuld, Wut, Trauer)
6. Reorganisation von Gedächtnisfunktionen, Erarbeiten eines konsistenten Narrativs

PCT verwendet einzig Psychoedukation und Problemlösetraining bei PTBS!

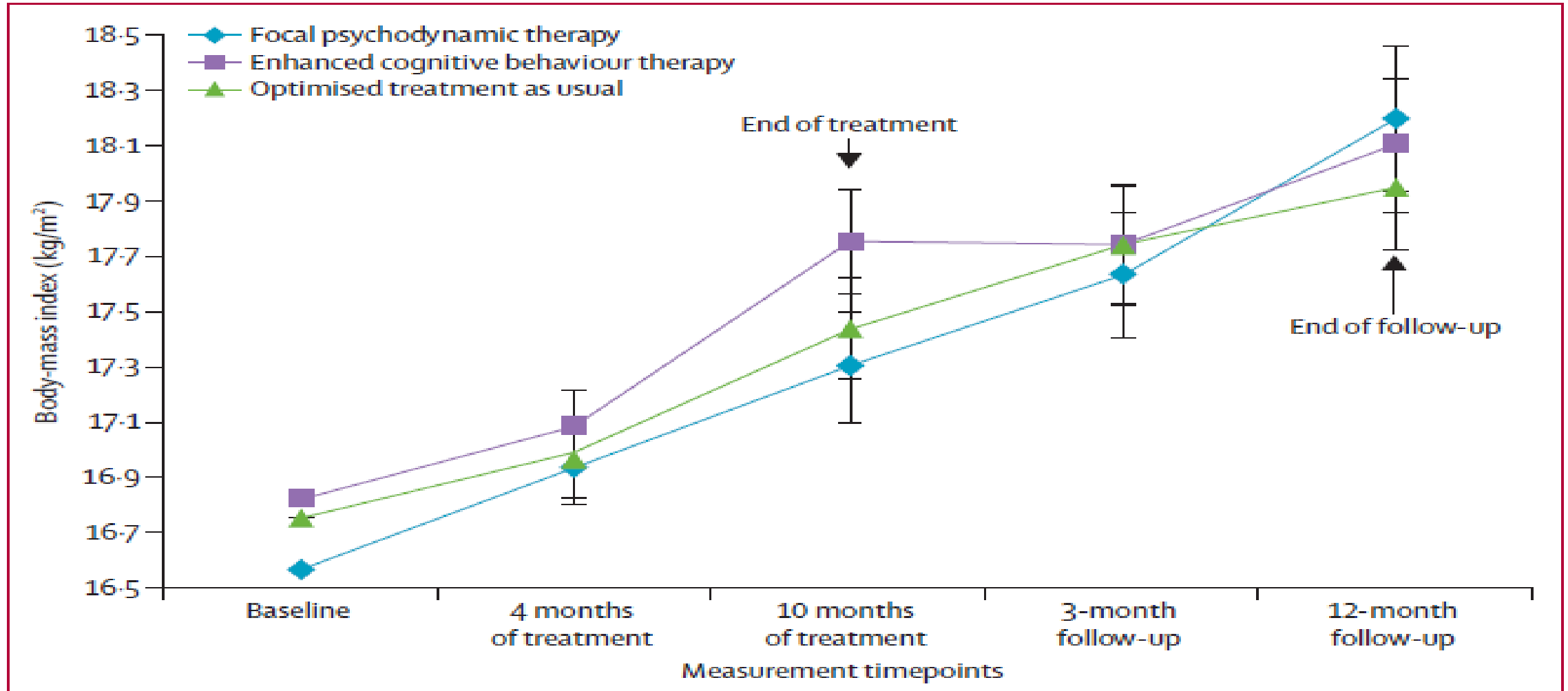
-> Es ist unmöglich, eine bona fide Placebo-Psychotherapie ohne eine der ca. 20 angenommenen PTBS-Wirkfaktoren zu konzipieren! (Wampold et al., 2016)



Berühmte Bona Fide „Placebo-Psychotherapien“:

3. ANTOP Anorexie Studie (Zipfel et al., 2014; Lancet)

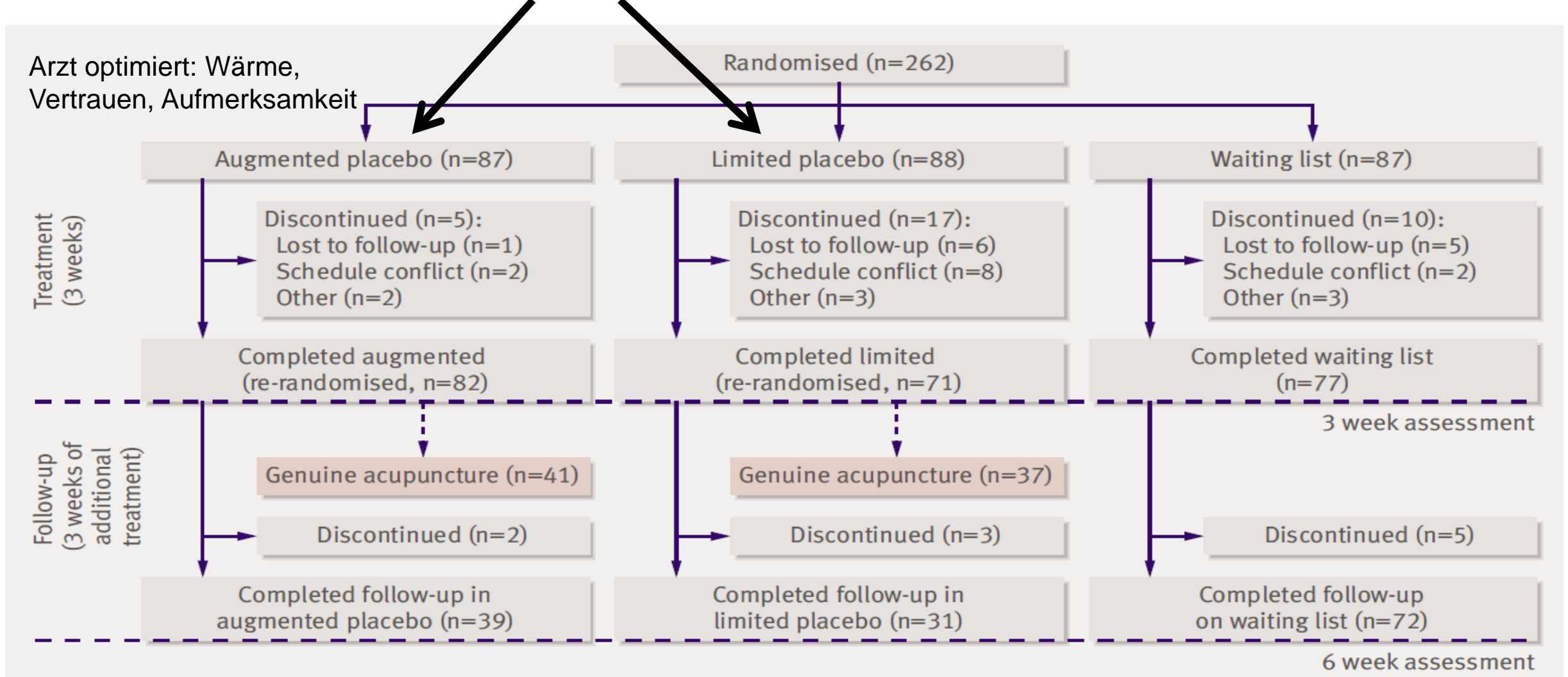
Optimiertes Treatment as usual („Placebo“-Therapie) gleich gut wie aufwändig trainierte KVT oder PDT bzgl. Gewichtszunahme



Optimierung einer Placebo-Akupunktur durch gute Beziehung (common factor):

Bsp. **Reizdarmsyndrom** (Kaptchuk, et al., 2008):

Placebo-Akupunktur mit/ohne „gutem Arzt“



Auch Common Factors wurden experimentell variiert (RCT): Bsp. **Reizdarmsyndrom** (Kaptchu, et al., 2008):

Placebo-Akupunktur mit (augmented)/ohne „gutem Arzt“

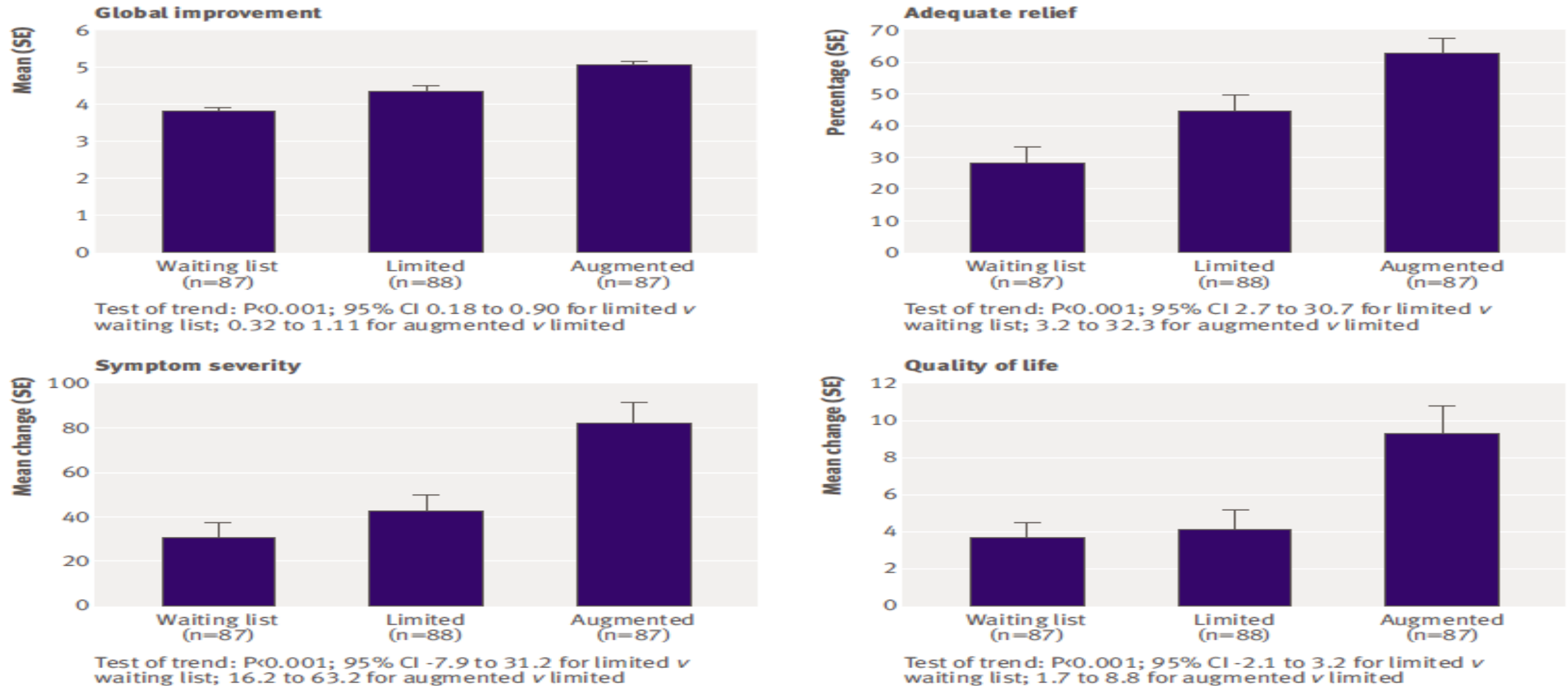


Fig 2 | Outcomes at three week end point

Psychotherapie als „Super-Placebo“

Placebo in Medizin: Alle anderen Faktoren außer dem medizinischen Wirkstoff

Placebo in Psychotherapie: Alle Faktoren außer den physikalischen Eigenschaften der Behandlung

➔ Psychotherapie ist das Placebo! (Kirsch, Wampold & Kelley, 2016)

Wichtigste Wirkfaktoren der Psychotherapie und des Placebo in der Medizin:

1. Common Factors (allgemeine Faktoren inklusive einem „Heilungsritual“)
2. Erwartungen des Patienten an eine wirksame und überzeugende Behandlung
3. Überzeugung des Therapeuten von seiner Methode (Erwartung an Wirksamkeit der Methode)
4. Therapeut als Person

➔ Placebo-Psychotherapie Konzept ist fehlerhaft, weil es keine „Verum-Psychotherapie“ gibt!
(Wampold, Frost, Yulish, 2016)

➔ **Go open! Psychotherapeuten sollten Patienten über diese Wirkfaktoren informieren!**
Gaab et al., 2016; Blease et al., 2016

Wie kann der Placebo-Effekt maximiert werden?

1. Auf Seiten des Arztes/Psychotherapeuten: (1)

- Werden Sie **Chefarzt oder Professor!** (Initiationsrituale)
- Schreiben Sie ihre **Titel** gut sichtbar an ihre Türe!
- Hängen Sie ihre Diplome und **Auszeichnungen** in der Praxis gut sichtbar auf!
- Publizieren Sie auf Ihrer **Homepage**, was Sie alles geleistet haben!
- Richten Sie ihre Praxis **modern** ein, zeigen Sie, dass Sie „up to date“ sind!



Der Patient muss unbedingt mitbekommen, dass er behandelt wird!

- Auftreten: Selbstsicher, optimistisch, beruhigende Stimmlage (v.a. Zahnarzt)
- Kleidung: Weißer Kittel, Perlenketten/Adlerkrallen (für Schamanen 😊)
- „Meine Methode ist neu, empirisch-wissensch. bewiesen, empfohlen, wirksam“
- Heiler-Accessoire benutzen: Stethoskop, Rezeptblock, Testverfahren, Trommel 😊
- Die Wirksamkeit induzieren: Tabletten mit Zange anfassen, da hochkonzentriert; Plastiklöffel beim Einnehmen; Spritze aus Schatulle rausholen; Dosierungs-anleitung explizit betonen; nachfragen, ob Medikament schon geholfen hat;

Wie kann der Placebo-Effekt maximiert werden?



1. Auf Seiten des Arztes/Psychotherapeuten: (2)

1. **Heilungsrituale & Initiationsriten** an die Heilungserwartung anpassen (z. B. Heilerwartung durch Berührung oder technische Apparatur)
2. Geben Sie ihren Patienten **etwas zum anfassen** mit! Das erwarten 50% der Pat.!
3. Den Patienten **remoralisieren** (J. Frank); das Gefühl geben, er kann etwas gegen die Erkrankung tun (Aktivierung als Gegenteil von Ohnmacht)
4. Positive Erwartung & Konditionierungseffekte beim Pat. aufbauen bzw. negative Erwartungshaltungen/ Konditionierungseffekte abbauen
5. Auf gute Verläufe hinweisen (im ethisch-vertretbaren Rahmen)
6. Ein plausibles individuelles Erklärungsmodell der Krankheitsentstehung anbieten („**Erklärungsmythos**“)
7. Diagnose und Therapie **verständlich, durchschaubar** machen
8. **Emotionale Beziehung aufbauen** → Vertrauen beim Patienten schaffen
9. **Interessieren** Sie sich für den Patienten, nehmen Sie sich Zeit für ihn!
10. Therapie muss als „wertvoll“ vom Pat. eingeschätzt werden
11. **Individualität** des Patienten wertschätzen („Bei Ihnen ... etwas ganz besonders“)
12. Abwertungen vermeiden („Sie bilden sich die Schmerzen ein!“)
13. Hohe Preise, gute Besserung!

Ärzte Knigge (10 Punkte), H. Albrecht, Die ZEIT, 15.9.06 (siehe auch: Riedl & Schüßler, 2017)



1. Vertrauenswürdige Kleidung



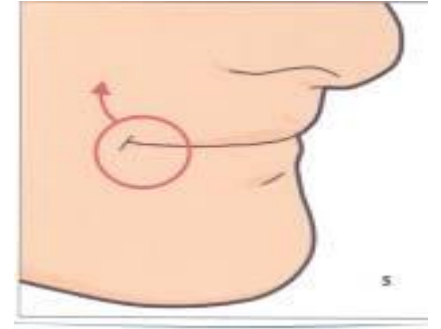
2. Hand geben, vorstellen



3. Augenkontakt: Interesse!



4. Bequemer Stuhl



5. Lächeln → Offenheit



6. Zeit geben, offenes Ohr



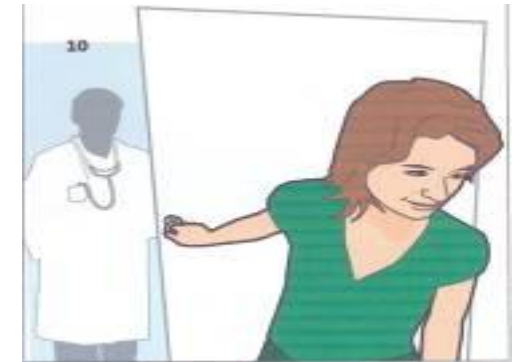
7. Gründlichkeit
→ Vertrauen



8. Spritze besser



9. Beruhigen



10. Aufmunternde Worte

Danke für Ihre Aufmerksamkeit!

robert.mestel@helios-gesundheit.de

„Krieg der Kulturen“ (Norcross & Lambert, 2011; Budd & Hughes, 2009)

Bsp.: R^2 d. Person d. Psychiaters: 9%; durch Psychopharmaka 3% (Mc Kay et al., 2006)

Kontextuelles Modell	Medizinisches Modell
z. B. Wampold, Frank, humanistische & psychodyn. Verfahren	z. B. Clark, Chambless; Verhaltenstherapie, Leitlinien, Psychiatrie, Empirical supported Treatments (EST)
Beziehungen heilen Menschen	Behandlungen heilen Störungen
<u>Komponenten</u> : Beziehung zu Heiler, kulturspezifisches Heilungssetting, Erklärungsmythos, Heilungsritual	Störung → Psychologische Erklärung → Veränderungsmechanismus → spezif. Techniken → Manual → Dissemination
Psychotherapie ist ein Super-Placebo v.a. korrelative Forschung (naturalist.)	Psychotherapie ist mehr als Placebo v.a. kausale Forschung (RCT's)
Versorgungsmodell: Österreich	Versorgungsmodell: England



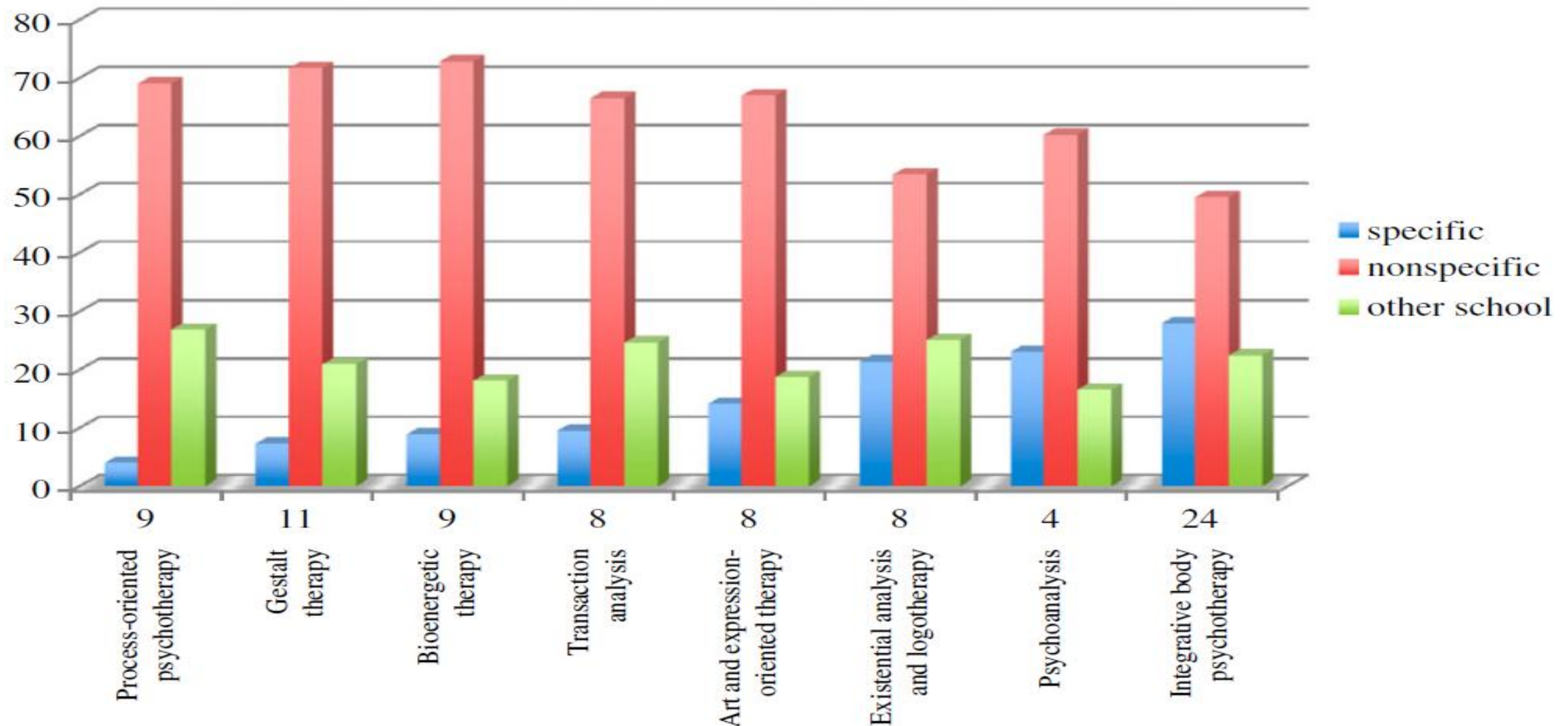
Kontextuelles Modell: Humanism as Common Factor (Wampold, Psychotherapy, 2012)



1. **Aus der Welt Sinn machen** (Innere Zustände klären, Ziele, Wünsche, Motive, Überzeugungen; Frank: Erklärungsmythos), egal ob wissenschaftlich fundiert oder religiös
 2. **Sozialer Einfluss** (man ändert sein Verhalten auf der Basis von vertrauensvollen Anderen; Pat. bei seinen Erwartungen abholen – kulturell vertraut; biologische oder psychologische Erwartungen)
 3. **Verbundenheit** (Bindung an Therapeuten, Therapiebeziehung)
 4. **Erwartung** (Placebo-Effekt; Remoralisierung durch Rituale, Therapiehandlungen usw.)
 5. **Meisterschaft=Mastery** des Patienten bewirken (Kontrolle über Ereignisse; Veränderung der Erwartungen; Selbstwirksamkeit; Erfolge sich selbst zuschreiben)
- **Jede Psychotherapie, welche diese Punkte verwirklicht, ist „gut genug“.**
 - **Alle bona fide Psychotherapien wirken deshalb gleich gut! (Dodo-Bird-Hypothese)**

Manuals are imperative in Psychotherapy Research!

Psychotherapists in routine-settings don't do, what they're supposed to do! Tschuschke et al., 2015



Aberglauben: Patient soll möglichst WENIG Angst erleben und sich entspannen!

3.6.1. Systematische Desensibilisierung (VT; Joseph Wolpe)

Bsp. 1: Behandlung von Höhenangst (Verhaltenstherapie)

Angststufe	Übung
10 (max. Angst)	Ins Fenster im Fernsehturm legen
7	Auf eine Brücke gehen
5	Auf eine Leiter steigen
3	Sich einen Turm vorstellen
0 (keine Angst)	Ruhszene vorstellen

Ab 80er Jahren: Konfrontationstherapie:
Der Patient soll möglichst schnell in die schwerste Situation gehen und möglichst **viel** Angst erleben!

60/70er Jahre: Systematische Desensibilisierung: Der Patient soll möglichst **keine** Angst erleben, ganz unten anfangen und dann steigern!

Evidenz: Massierte Exposition nach kognitiver Vorbereitung schneller & nachhaltiger als graduiertes Vorgehen bei allen körperlich „gesunden“ Angststörungen außer:

Sozialphobie, Nicht für Flooding motivierte Patienten, Traumatisierte! Borderline?

Aberglauben: 3.6.2. **Klopftherapie** bei Angst, PTBS, Geldsorgen usw. (EFT: Emotional Freedom Techniques & MET: Meridian Energie Techniken, Dr. Rainer Franke (Dipl.-Psych.!!!)) z. B. <http://www.youtube.com/watch?v=kOVrEGT6rME>;

„Klopfen Sie sich reich!“ -> **IHNEN gelingt das, Hr. Franke!!** 😊

„Klopfen Sie sich glücklich!“

„Klopftherapie für Hochsensible“

„Energetische Blockaden durch klopfen auflösen“

Youtube: Zahnbehandlungs-Phobie wegeklopfen!



Unglaublich unkritische Darstellungen zu Klopftherapien und EMDR im Psychotherapeutenjournal
(Approbierte Psychologen -> Hohe Verbreitung unter Praktikern! Eschenröder, 2014 & Schubbe, 2014)

Drei potentielle Optionen (nach Dr. Colin Goldner, „Die Psycho-Szene“):

1. „Heiler“ obliegt einer Selbsttäuschung (glaubt es selbst!); -> „Bedeutungs-Macher“
2. „Heiler“ täuscht willentlich Kunden (Betrug! Strafbar!)
3. „Heiler“ findet wirklich etwas wirksames NEUES! -> Integration in EBM!

Aberglauben:

3.6.3. ~~Eye Movement Desensitization~~ Reprocessing (~~EMDR~~) (Lohr et al., 2014 in SO Lilienfeld: „Pseudoscience in clinical psychology“)

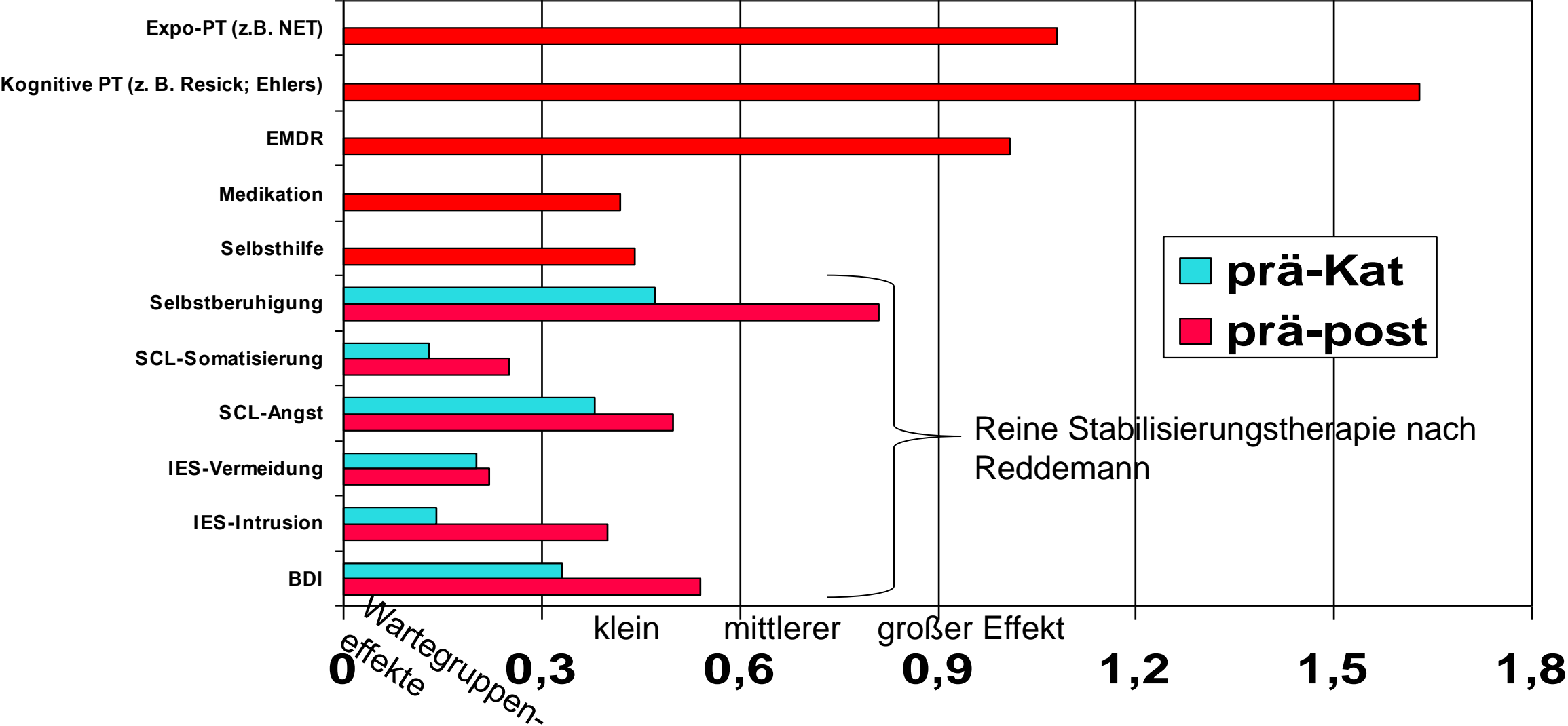
- EMDR ist wirksam wie ca. 10 VT-Varianten bei PTBS! RCT-Evidenz Ia! $d=1$
- Kritisch: Der Wirkmechanismus: Messmerismus?
- Duzende Dismantling-Studien: **Keine** Hinweise, dass Augenbewegungen notwendig sind!
- Wirkfaktor Exposition mit Dissoziationsverhinderung am wahrscheinlichsten!
- Mythen:
 - EMDR wirke schneller als VT-Verfahren!
 - Eine EMDR-Zertifizierung sei für die Wirksamkeit relevant!
- Kritisch: Aggressives Marketing! Dogmatische Dominanz im Traumabetrieb!
- „Fanatisches“ Hängen am EMD-Wirkmechanismus! (vgl. Homöopathie!)

Vermutungen, weshalb EMDR v. a. bei Psychodynamikern im Trend ist:

1. Man darf endlich „legal“ VT bzw. eine schnell wirkende ökonomische Technik anwenden, ohne sie VT zu nennen (Schamabwehr 😊)
2. Frage: Warum denn nur bei PTBS?

Verschärfung: Present Centered Therapy (PCT) OHNE Expo genauso wirksam!
Und jüngst: Markowitz et al., 2015 (IPT ohne Expo=PE; Am.J.Psychi.)

Effektstärken bei PTBS (Meta-A: Watts et al., 2013; PITT (Reddemann): Lampe et al., 2008)



Aberglauben:

3.6.5 Kognitive Umstrukturierung nach Beck in Kognitiver Therapie

(Jacobson et al., 1996)

Kognitive Therapie (Beck) wirkt auch OHNE kognitive Umstrukturierung gleich gut!

Jacobson et al., 1996: 150 Depressive wurden aufgeteilt auf

- a) VT Aktivierung (Lewisohn)
- b) Aktivierung plus Umstrukturierung automatischer Gedanken
- c) KVT mit tieferer kogn. Umstrukt. (a+b+Umstrukt. von „core cognitive schema“)

Ergebnisse:

- Alle drei wirkten gleich gut (auch bei Katamnese)
- Reine Aktivierung veränderte **die Kognitionen** genauso gut wie KVT!

Wirkfaktoren der Psychotherapie

Kritische Zusammenfassung

Die etwa 30 der ca. 600 untersuchten Psychotherapien wirken über alle Störungen etwa gleich gut; VT ist evtl. bei einigen Störungen überlegen

Weiter sinnvoll, neue Schulen zu entwickeln oder Horseraces durchzuführen?

Seit 50 Jahren steigt die Effektstärke von Psychotherapie NICHT mehr? Warum?

Praktische Patientenerfahrung, Selbsterfahrung, Supervision, Theorien- oder Technikvermittlung, eine Dosissteigerung an Sitzungen oder ein Settingwechsel verbessert Psychotherapieergebnisse nicht bzw. kaum:

Was ist zu tun, Therapeuten oder Therapieergebnisse wirklich zu verbessern?

Wirkfaktoren der Psychotherapie

Take Home Message (1)

In letzten 50 Jahren ca. 200 „Scheinwerfer“ auf Psychotherapieprozess gerichtet...

Aktuelles Zwischenergebnis:

Seien Sie demütig! Wir Psychotherapeuten sind nicht so bedeutsam für das Therapieergebnis! Wir beeinflussen maximal ein Drittel des Gesamterfolgs!

Entspannen Sie sich! Sie sitzen auf den Schultern von Riesen! Mit 85%tiger Wahrscheinlichkeit gehören Sie zu den Psychotherapeuten, die „**gut genug**“ sind und im Mittel Effektstärken von $d = .8 - 1.5$ erzielen!

Sie müssen als Einzel- oder Gruppenpsychotherapeut nicht allzu viel „machen“, achten Sie im Kern auf **Wertschätzung, Empathie, Zielkollaboration** und darauf, dass Sie sich mit Ihrem/n Verfahren (Techniken/Theorien) **wohl fühlen** und **davon überzeugt sind** und der Patient ihre Erklärungen akzeptiert!

Holen Sie den Patienten bei seinen Erwartungen ab und induzieren Sie Hoffnung!

Wirkfaktoren der Psychotherapie

Take Home Message (2)

Machen Sie reliable Psychodiagnostik zur Erkennung von Störungen, die besser und vor allem schneller mit VT behandelt werden

Wenden Sie **bei Phobien und Zwängen im Kern Expositionstherapie** an, zur Korrektur des „Fehlalarms“ des Pat. durch die Erfahrung, dass Angst vergeht

Vermitteln Sie **Psychoedukation** über Störungen und fokussieren Sie Probleme! Z. B. Schlafhygiene vermitteln; wie gehe ich mit Panik im PKW um usw.

Verulken Sie den Patienten nicht mit übertrieben abergläubischen Ritualen! Seien Sie aufrichtig und wahrhaftig! Lesen Sie dazu aktuelle Fachliteratur zu Entmantelung!

Versuchen Sie stets für den Patienten „hilfreich“ zu sein und lassen Sie sich Rückmeldungen geben, ob Ihre Behandlung hilfreich erlebt wird!

Erweitern Sie Ihr therapeutisches Repertoire (Techniken, Fertigkeiten usw.) stets in privater Praxis!

Patientenmerkmale: **Therapie-Präferenzen (ca. 2,2%)**

Bohart & Wade, 2013; Mergl et al., 2009

Bzgl. Art der Behandlung (z. B. VT vs. Antidepressiva)

Beachte: AWMF Angststörungen S3-Leitlinien (Bandelow et al., 2014)!!

Therapieform	Empfehlung	Evidenz-kategorie	Empfeh-lungsgrad
<i>Psychotherapie und Phar-makotherapie</i>	<p>Patienten mit sozialen Phobie soll angeboten werden:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Psychotherapie - Pharmakotherapie <p>Dabei soll die <u>Präferenz des informierten Patienten</u> berücksichtigt werden. Im Informationsgespräch sollen insbesondere folgende Aspekte eine Rolle spielen: Wirkeintritt, Nachhaltigkeit, unerwünschte Wirkungen und Verfügbarkeit.</p>	Ia	A
	In Fällen, in denen eine Psycho- und Pharmakotherapie nicht ausreichend wirksam war, soll die jeweils andere Therapieform angeboten werden oder kann eine Kombination von Psychotherapie und Pharmakotherapie angeboten werden.	Expertenkon-sens	KKP
Psychotherapie und andere Maßnahmen			
<i>Kognitive Verhaltens-therapie (KVT)</i>	Patienten mit einer sozialen Phobie soll eine KVT angeboten werden.	Ia	A
<i>Psychodynamische Psycho-therapie</i>	Patienten mit einer sozialen Phobie sollte eine psychodynami-sche Psychotherapie angeboten werden, wenn sich eine KVT nicht als wirksam erwiesen hat, nicht verfügbar ist oder wenn eine diesbezügliche <u>Präferenz des informierten Patienten</u> besteht. ¹	Ib	B