

Möglichkeiten und Grenzen der Methodenintegration aus der Sicht eines Psychotherapieforschers

IPKJ Basel 13.9.2018

Franz Caspar
Universität Bern

eigene Entwicklung

- frühe Phantasien: einmal "den" Ansatz entwickeln (helfen), der alle Probleme löst, allen Patienten besser hilft als alles bis dahin Existierende.
- erste Ernüchterung: erste Therapien als Therapeut liefen nicht schlecht, ich habe aber nicht geglaubt, dass die PatientInnen wirklich so funktionierten, wie die (frühen) Modelle es annahmen (GT; VT noch vor der "kognitiven Wende") => ich hörte auf, Therapien zu machen und schloss erst einmal als Sozialpsychologe ab.
- Später nach Vertrautwerden mit Grawes etwas differenzierteren Modellen Rückkehr zur Psychotherapie, aber:
- sehr viel bescheidener: den perfekten Ansatz wird es nie geben.

Mal eben locker integrieren?

Es gibt v.a. Forschung zu den Effekten von "reinen" Ansätzen, meist als "horse race" Forschung.

Die meisten PraktikerInnen nutzen diese Ansätze aber nur in angepasster Form (Döpfner, 2010), das heißt, dass sie eben auch integrieren.

Was da aber wirklich passiert, ist noch sehr wenig erforscht.

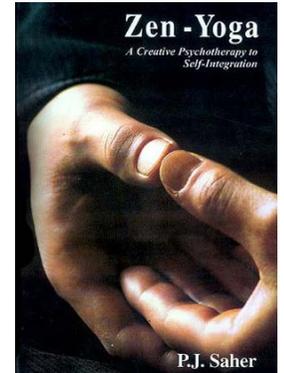
⇒ der grösste Teil bestehender Evidenz sagt uns nicht viel zur überwiegenden Praxis

Integration

- Sehr starker Trend. In D behindert durch Prinzip der "Richtlinienverfahren"
- Je nach Befragung Mehrheit der Therapeuten integrativ
- Asymmetrie: Analytiker weniger als andere. Warum?
- "Theorien 2. Generation":
 - 1. Generation: "Gründerväter"; nicht beachtet/ ausgeblendet was nicht passt
 - 2. Generation: alle relevanten Fakten/Konzepte für einen Gegenstandsbereich, auch den ursprünglichen Annahmen widersprechendes, einbezogen
- Integration: Prozess vs. Zustand ("SEPI" = Society for the Exploration of Psychotherapy Integration): Das „Exploration“, das den Namen kompliziert macht, betont den Prozess und die Haltung, dass der integrative Ansatz nie erreicht wird
- "Allgemeine Psychotherapie" (Grawe) als neue Schule?

Schulübergreifend vs. Allgemeine Psychotherapie

- Problem: Wenn ein Mangel allen Psychotherapieansätzen eigen ist, bleibt er nach deren Integration bestehen
- Wie kann Rahmen des Bestehenden gesprengt werden?
- z.B. asiatische Philosophie von einigen Autoren beigezogen

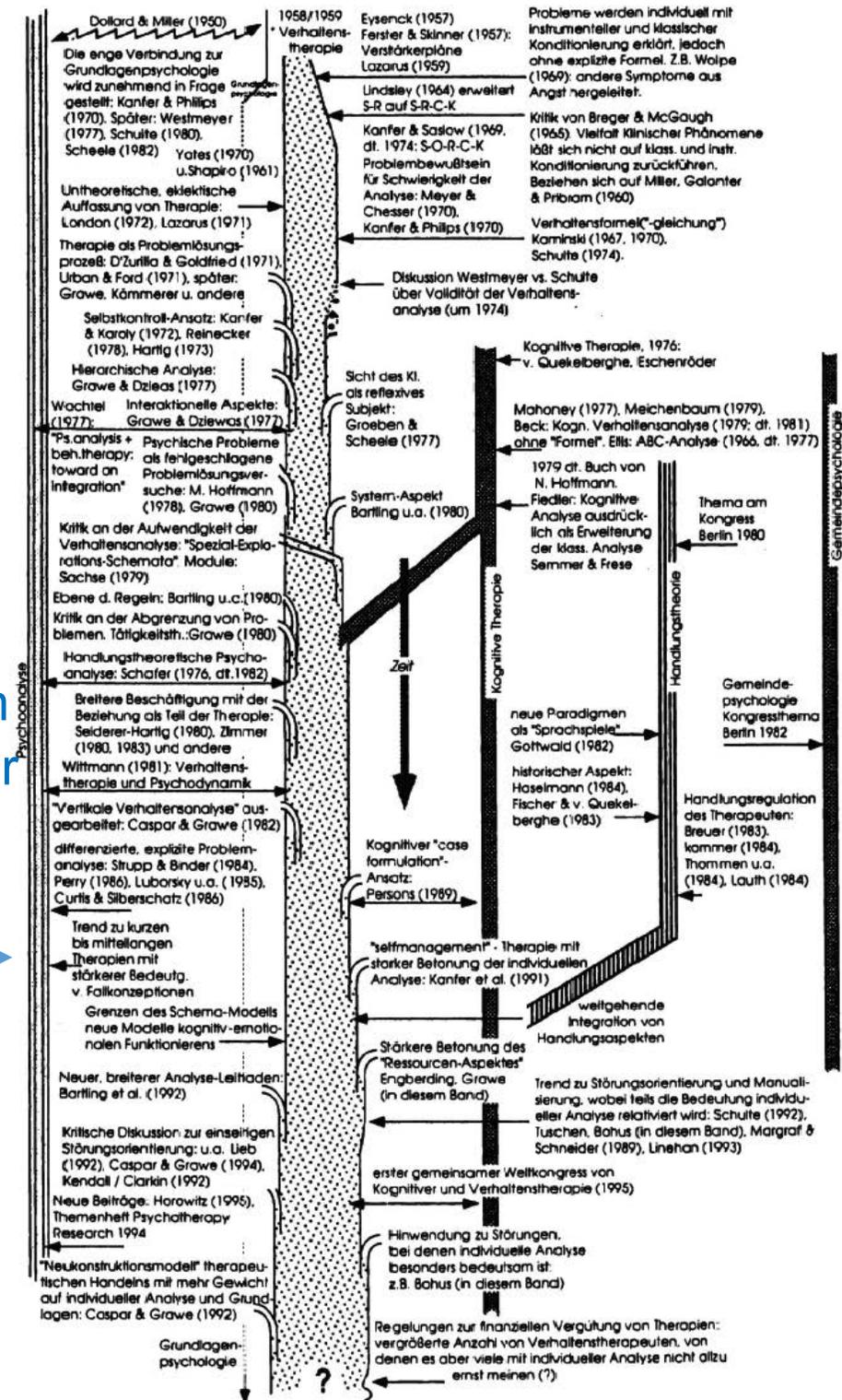


- Empirisch gesicherte Erkenntnisse aus anderen Bereichen, u.a. *Grundlagenpsychologie*, sollten beigezogen werden
- Die Allgemeine Psychotherapie sensu Grawe unterscheidet sich von einer lediglich schulübergreifenden Psychotherapie also darin, dass sie versucht ALLE für einen Gegenstands-bereich wichtigen Konzepte und Fakten einzubeziehen, NICHT Beschränkung auf ein Suchen innerhalb der bestehenden Psychotherapiekonzepte.

Entwicklung der Psychotherapie (Fallkonzeptionen) als Fluss (aus Caspar, F. (1987). Was ist aus der guten alten Verhaltensanalyse geworden? In *Problemanalyse in der Psychotherapie: Bestandesaufnahme und Perspektiven* (Vol. 13, pp. 1-19). Tübingen: DGVT.

Muss man nicht im Einzelnen nachvollziehen: Illustriert nur das Konzept der kontinuierlichen Entwicklungen im Gegensatz zu grossen Sprüngen oder gar „kopernikanischen Wenden“, wie sie etwa im Rahmen der « 3. Welle » angeblich vorkommen

Assimilative Integration: Man erlernt einen Ansatz gut und fügt weitere Elemente hinzu, wenn man an Grenzen stösst.



3 - Ebenen-Modell

- theoretische (mehrere Anläufe wurden gemacht, keiner ist wirklich gelungen. Anspruchsvoll!)
- mittlere Ebene (u.a.: Wirkfaktoren; wohl am realistischsten)
- Interventions-Ebene (Eklektizismus: Theorien sind nur Balast, man soll sich einfach fragen: Welche Interventionen wirken am besten. Aber: In der Realität ist nie recht klar, welche Forschungsergebnisse welche Relevanz für einen bestimmten Patienten haben => eher anekdotisch und auf einzelnen Erfahrungen beruhend.
Und: Was für Therapeuten mit viel Hintergrundwissen vereinbar ist, kann für Patienten Widersprüche enthalten und verwirrend sein.

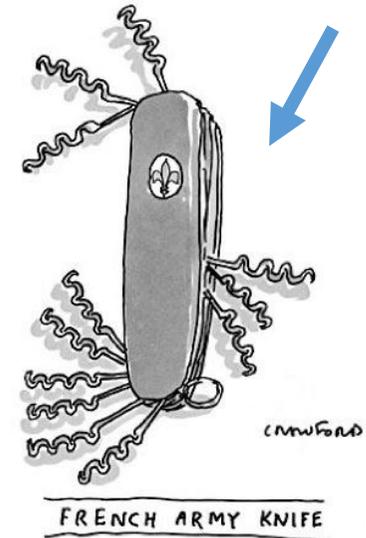
Integration

spezielle Werkzeuge sind manchmal wichtig: Wasserpumpenzange, Kneifzange, Schränkzange für Sägezähne, Elektro-Abisolier- und Quetschzange



allerdings sind die Funktionen nicht immer so unterschiedlich wie behauptet wird, z.B. kognitive Techniken bei Depression und Angst weitgehend gleich.

Universalwerkzeuge mit vielen Funktionen können auch sehr nützlich sein, wie wir als Schweizer wissen. Nicht so leicht zu handhaben wie ein spezialisiertes Werkzeug aber man hat für alle Fälle etwas.



Man kann aber auch übertreiben und Monsterwerkzeuge kreieren, die dann nicht mehr handhabbar sind.



[Youtubes zum Thema Integration:](https://vimeo.com/189298833)

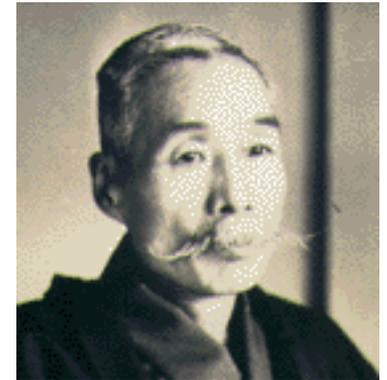
<https://vimeo.com/189298833>

[Goldfried, Messer, Bohart](https://www.youtube.com/watch?v=oSQYh4ZZbqA)

<https://www.youtube.com/watch?v=oSQYh4ZZbqA>

3. Welle der VT

- Alle Ansätze erheben auch einen integrativen Anspruch
- „Kopernikanische Wende?“
- ACT (Acceptance and committment therapy): Wie neu?
- Acceptance ist nicht neu!
 - Morita, ein japanischer Psychiater, schrieb über acceptenace fast wörtlich wie Hayes. Er war ein Zeitgenosse Sigmund Freuds!
 - Ellis: "elegante" (philosophische) im Gegensatz zu "uneleganten" (empirischen) Lösungen: „Philosophisch“ deckt sich weitgehend mit „akzeptierend“. Diese Bezeichnung „elegant“ deutet die positive Bewertung dieser Lösungen durch Ellis an.
- Schematherapie:
 - empirische Basis?
 - individuelles Verständnis für die einzelnen Patienten?
 - Herleitung, Bezug auf andere Konzepte: unsorgfältig!
- Empirie 3. Welle: Wirkung? Öst: < Dauer, < Abbrüche
- Was ist der Begeisterung von TherapeutInnen für das Neue zuzuschreiben? Analogie: Abflachen der Effekte bei VT von Depression seit KVT nicht mehr so neu ist.



3. Welle und Integration

„Weisse Riesen“ (Alfred Adler: = die Guten Wissenden, an denen wir uns orientieren) reduzieren Komplexität
Institutionalisierung, Gefahr für Offenheit, Entwicklung

Grawe's 1994er Buch „Von der Konfession zur Profession“

3. Welle ist stark an Persönlichkeiten orientiert, denen man glaubt („I'm a believer in ...“).

Rückschritt was die Überwindung der Scholorientierung betrifft?

For every problem there is a simple solution

And usually it's wrong!

Integration in einem Ansatz?

- CBASP= Cognitive Behavioral Analysis System of Psychotherapy (James McCullough)
- Störung: Chronische Depression
- Interpersonal: Insgesamt Interpersonales Verständnis von Depression; IMI (Test) für Beziehung
- Psychoanalytisch: "Übertragungshypothesen"
- Behavioral: Situationsanalyse; "disciplined personal involvement" des Therapeuten -> Spannungserhöhung; angemessenes Pat.-Verhalten -> Spannungsreduktion (negative Verstärk.)
- Grundlagenbezug: Piaget



Integrative Ansätze – Ansätze zur Integration

- CBASP: Kein Anspruch, der universelle Ansatz zu sein
- SEPI (Society for the Exploration of Psychotherapy Integration)



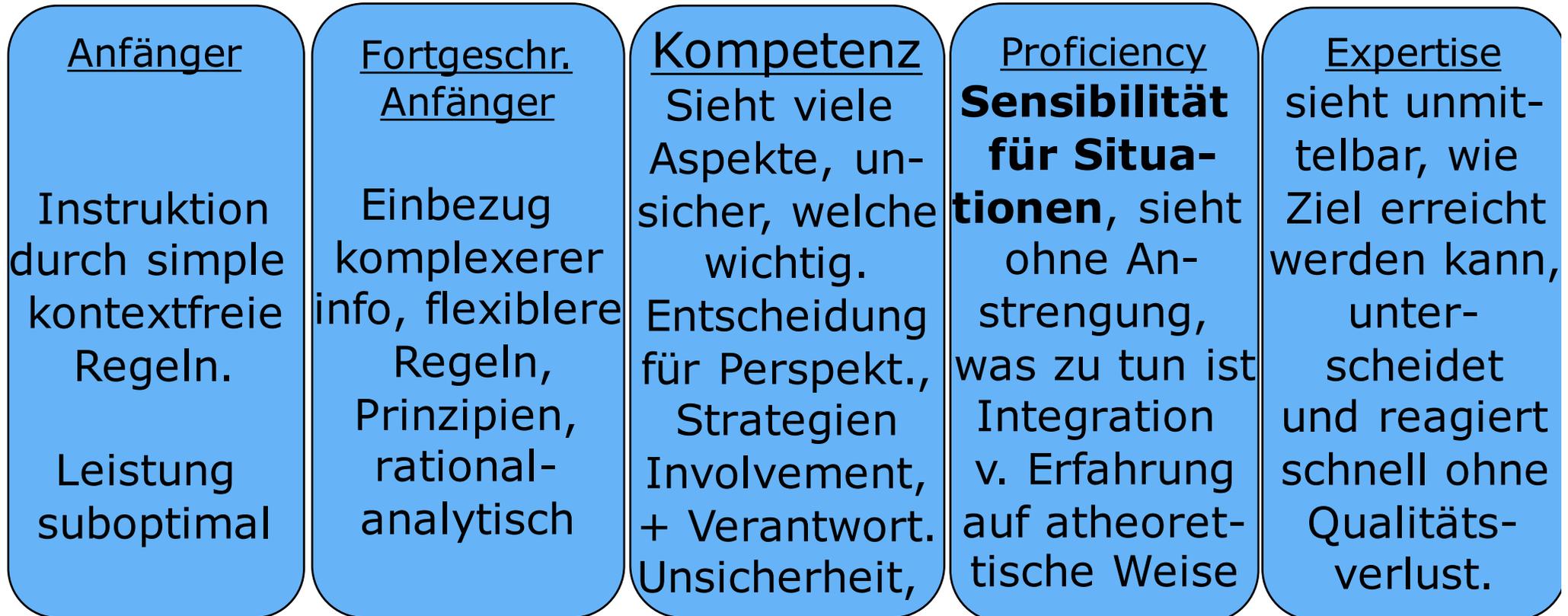
SEPI Annual Conference
„Drawing on multiple
theories and methods to
enhance psychotherapy
practice and research“

in dieser Gesellschaft bin ich auch engagiert. Eine Mehrheit sucht nicht DEN integrativen Ansatz, sondern die ständige Weiterentwicklung ganz im Sinne der “Allgemeinen Psychotherapie, obwohl man mit dem “Verkaufen” DES Ansatzes mehr Leute locken und Geld machen kann.

Dreyfus & Dreyfus, 2005

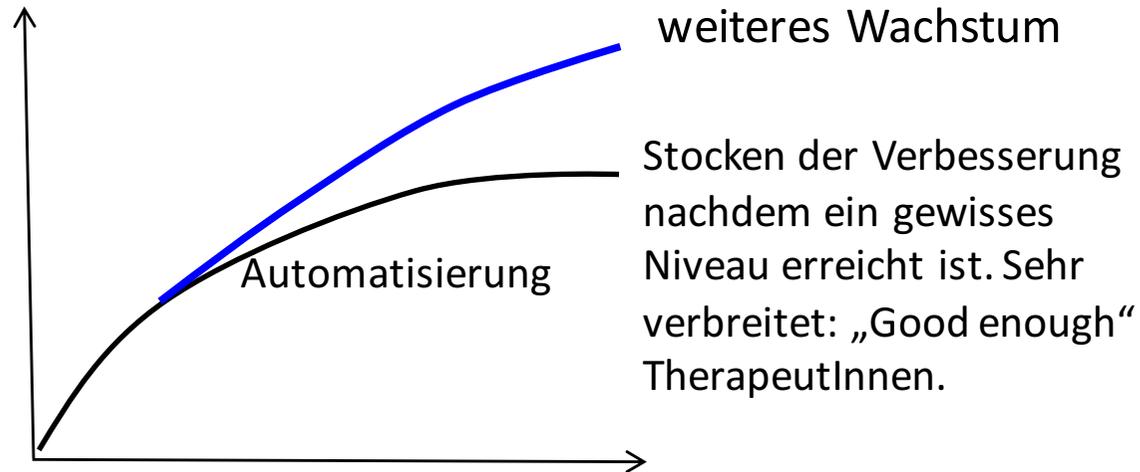
Ansatz zur Entwicklung professioneller Expertise allgemein. Wichtig: Zum Spitzenkönner wird man nicht in kurzer Zeit sondern über mehrere Entwicklungsstufen.

Die höchsten Stufen zeichnen sich insbesondere dadurch aus, dass Details der konkreten Problemsituation beachtet werden: Nicht pauschale Regeln, sondern ein „es kommt ganz darauf an“.



falsche Annahme, dass subjektive Sicherheit stetig zunimmt

Master-TherapeutInnen



Top-Psychotherapeuten:

- gute Fallkonzeptionen
- ständiges in-Beziehung-Setzen zu Prozess
- Mehrfaches an Beschäftigung mit Fällen
- „voracious learners“ (Sperry & Carlson, 2014)

Allgemeines Handlungsplanungs-Modell

„multiple constraint satisfaction“

Gute TherapeutInnen beachten fortlaufend viele Aspekte



Responsiveness

- hier nicht gemeint: Reaktion/Ansprechen des Patienten
- Einstellen des Therapeuten auf den einzelnen Patienten
- Beispiel: ist es besser, stark zu strukturieren oder nondirektiv zu sein? Kann man nicht generell sagen; es kommt ganz auf den Patienten an!
- Bei Responsiveness verschwinden Korrelationen zwischen einfachen Merkmalen (wie Direktivität des Therapeuten oder Autonomiebedürfnis des Patienten und Therapieerfolg)
- ATI (aptitude treatment interaction; kommt aus Pädagogik): „different folks need different strokes“
- Leuchtet sehr ein, ATI-Ansätze führen aber nicht im erwarteten Masse zu mehr Erfolg. Warum?
- These: Orientierung an Variablen ist zu wenig individuell
- Responsives therapeutisches Handeln (wie gute Praktiker es realisieren) muss stärker individualisiert sein, ist nicht einfach in Variablen messbar

Basis von responsiveness: Fallkonzeption

- Bsp: was, wenn der Patient sich feindselig verhält?
- es gibt keine generell nützliche Regel. Man muss das **Motiv** über dem feindseligen Verhalten verstehen



Fallkonzeption

- über den Nutzen für konkrete Therapieplanung hinaus:
- Voraussetzung für Lernen aus Erfahrung: Wenn man nicht Erfolg vs. Misserfolg von Interventionen aufgrund eines individuellen Fallverständnisses verstehen kann, kann man auch wenig aus der Praxis lernen.

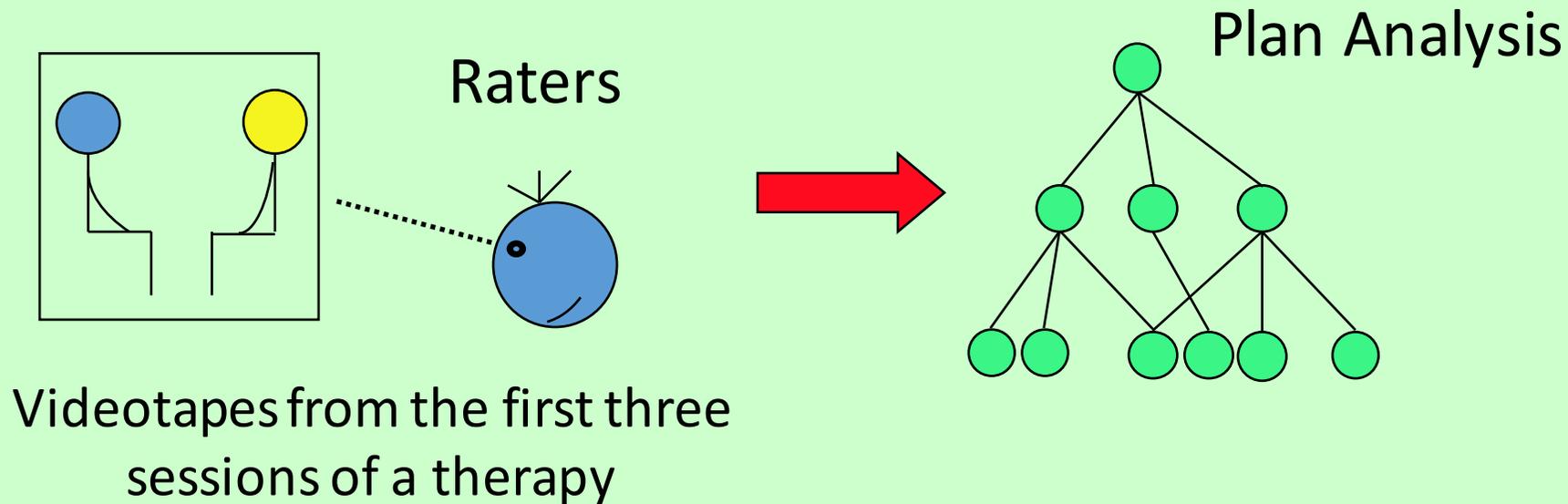
Forschung zur Psychotherapie-Integration

- Rückstand
- teil wegen falscher Auffassung, dass RCTs (Randomisierte Kontrollierte Trials) enge Manualisierung erfordern.
- Falsch! Es muss aber klare Regeln geben (die heuristisch sein dürfen), und man muss am Schluss wissen, was in den Therapien gemacht wurde.
- Dazu kann man auch den Prozess an posteriori genau beschreiben (Berner 1990er Studie; „Improve“

Forschung zur Responsiveness

- keine einfachen Variablen messen
- Rating der Passung

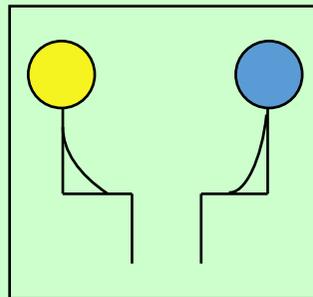
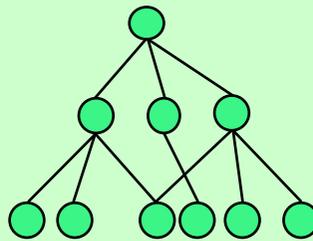
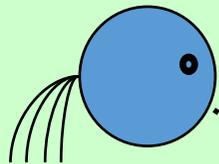
1. Step: Inferring the patients' hypothetical Plan structures



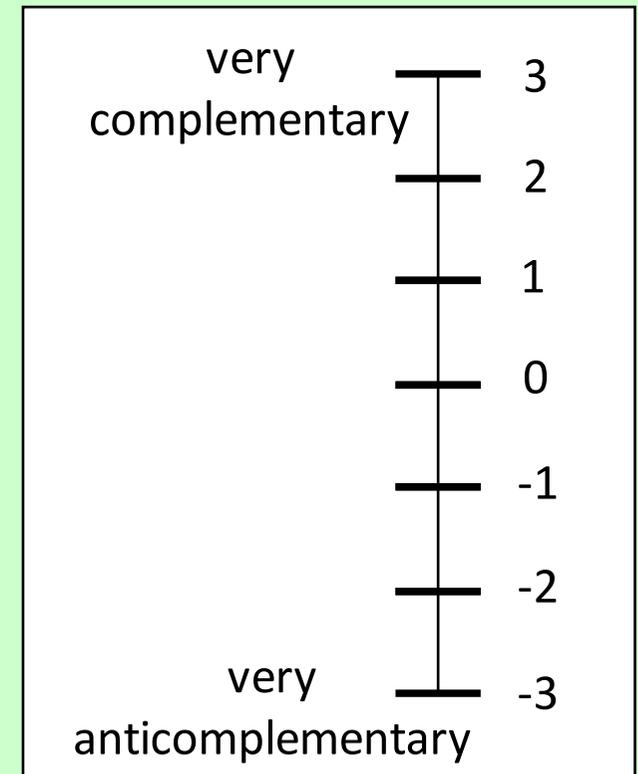
Forschung zur Responsiveness

2. Step: Complementarity rating: « to what extent is what the therapist does/says compatible with the patient Plans? »

Raters
(not involved in Step 1)



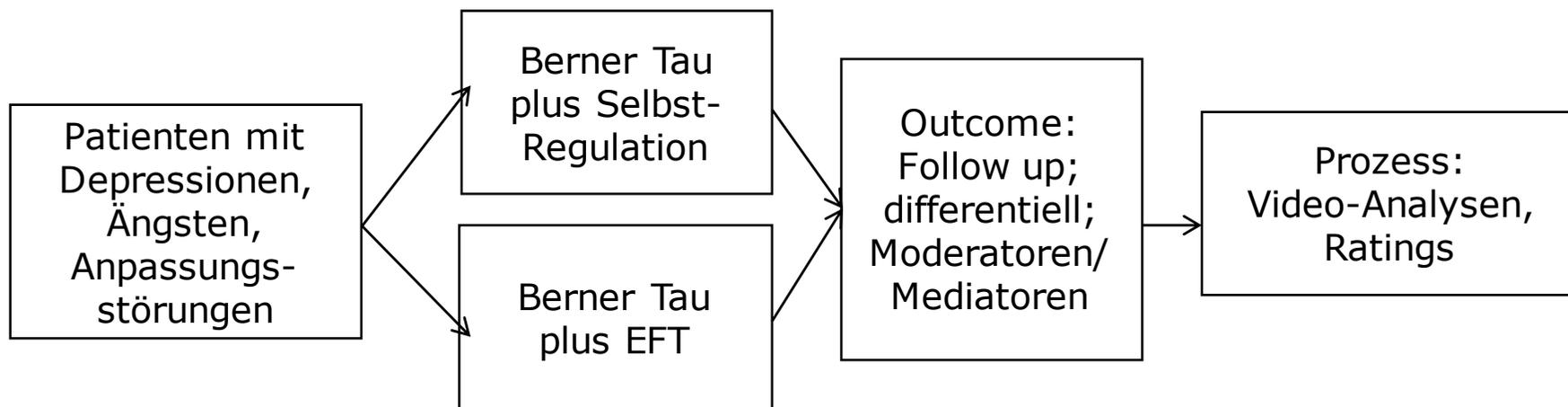
4 video-taped sessions:
2 from the beginning,
1 from the middle and
1 from the end of the therapy



7-point scale

Aktuelles Berner SNF-Projekt "Improve"

- Wir brauchen in unserer KVT-betonten Th.-Weiterbildung eine Stärkung der emotionsbezogenen Interventionsmöglichkeiten
- Integration: Therap. wollen nicht EFT-Therapeuten werden,
- Was passiert, wenn EFT-Elemente (Konzepte, Interventionen) in „Berner TAU“ integriert werden?
- Outcome? Differentielle Effekte? Prozess? Nachteile?



- RCT, aber kein „horse race“.
- differentielle und Prozess-Fragen im Vordergrund
- Responsiveness in beiden Bedingungen; viel Freiheit im konkreten Vorgehen. Unterschiede als Konsequenzen unterschiedlicher Fallkonzeptionen und typischer Interventionen

“Improve”: Fragen/Probleme

- Zunahme der Komplexität durch Integration
- stehen explizite Fallkonzeptionen der Präsenz / Empathie im Weg, die in EFT besonders betont werden?
- (relativ unerfahrene) TherapeutInnen warten zu lange mit EFT-spezifischen Elementen, trauen sich zu wenig
- Es gibt Fälle, bei denen sich zeigt, dass sie die Voraussetzungen für EFT-Interventionen nicht erfüllen
- Therapieziehung in beiden Bedingungen: Motivorientierte Beziehungsgestaltung. Wie passt das zu den beiden Ansätzen?

Erfahrung

Grawe: „Integrativer Supertherapeut, der alles kann, aber nichts richtig“ (weil er zu viel zu wenig oft macht)

Expertiseforschung (Anders Ericsson):

Man muss 10`000 mal etwas machen, um es exzellent zu können. Andere Zahl: 8-10 Jahre Praxis nötig.

Kommt es auf Lernbedingungen an? JA!

Bedeutung von Feedback

intrinsisch (in der Sache steckend, z.B. ein Schreiner sieht gleich, ob sein Tische schräg steht)

extrinsisch (muss „künstlich“ erzeugt werden, z.B. durch Fragebögen)

Fächer in der Medizin: Durch Erfahrung besser wird wer wie Chirurgen schnelles Feedback bekommt

Psychotherapie?

Beispiele für Schwierigkeit v. Feedback: Pat., die Rollenspiel überhaupt nicht mochte, es aber rückblickend sehr positiv bewertet.

Bedeutung von Erfahrung: Bsp. 70jährige Patientin, bei der ich aus dem EG in eine Expositionsübung ging. Die Patientin war „reif“, und ich traute mir Improvisieren zu.

Summary: **Möglichkeiten** die in Integration stecken

1. grössere Wahrscheinlichkeit, das zur Verfügung zu haben, was ein bestimmter Patient in einer bestimmten Situation braucht
2. ständiger Wandel, sukzessive Verbesserung
3. hält uns geistig jung, macht mehr Spass als Verharren im einmal Gelernten.
4. Antidot gegen Orthodoxie

Grenzen der Integration (u.a.)

1. „integrativer Supertherapeut, der nichts richtig kann“
2. immer der neueste Trend: auch was jetzt hip ist, wird einmal alt: Kosten des ständigen Wechsels?
3. inkompatible Elemente für Patienten und Therapeuten?
4. Forschung ist schwieriger!

Hinweis: zu vielen hier angeschnittenen Themen gibt es ausführlichere Beiträge. Schauen Sie doch mal auf meine Homepage

(http://www.kpp.psy.unibe.ch/ueber_uns/personen/caspar/) und wenn Sie sich für einen Artikel interessieren, schicke ich ihn gerne: caspar@psy.unibe.ch

Empfohlene Lektüre:

Herpertz, S. C., Caspar, F., & Lieb, K. (Hrsg.) (2016). Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen. München: Elsevier.

Caspar, F. (2018). Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die psychotherapeutische Plananalyse. (4. überarbeitete Auflage). Bern: Hogrefe.