



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

Sabine C. Herpertz | Elisabeth Schramm (Hrsg.)

Modulare Psychotherapie

Ein Mechanismus-basiertes, personalisiertes Vorgehen

Unter Mitarbeit von
Anne-Katharina Deisenhofer
Moritz Elsaesser
Michael Franz
Sara Franz

Stefan G. Hofmann
Wolfgang Lutz
Winfried Rief
Julian A. Rubel
Marlon Westhoff

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung. In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Schattauer

www.schattauer.de

© 2022 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Gestaltungskonzept: Farnschläder & Mahlstedt, Hamburg

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von © shutterstock/optimarc

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Korrektur: Judith Mark, Freiburg

ISBN 978-3-608-40147-9

E-Book ISBN 978-3-608-11956-5

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20592-3

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Herausgeberinnen, Autorinnen und Autoren

Herausgeberinnen

Prof. Dr. med. Sabine C. Herpertz

Ärztliche Direktorin der Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Universitätsklinikum Heidelberg
Klinik für Allgemeine Psychiatrie
Vossstraße 2
69115 Heidelberg

Prof. Dr. phil. Elisabeth Schramm

Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

Autorinnen und Autoren

Dr. Anne-Katharina Deisenhofer

Universität Trier
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Fachbereich I – Psychologie
Am Wissenschaftspark 25 + 27
54296 Trier

M. Sc. Moritz Elsaesser

Universitätsklinikum Freiburg
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Hauptstraße 5
79104 Freiburg

Prof. Dr. med. Michael Franz

Vitos Klinikum Gießen und Marburg
Licher Straße 106
35394 Gießen

Dr. Sara Franz

Vitos gGmbH
Licher Straße 106
35394 Gießen

Prof. Dr. Stefan G. Hofmann

Alexander von Humboldt Professor
LOEWE Spitzenprofessur für Translationale Klinische Psychologie
Philipps-Universität Marburg
Schulstraße 12
35037 Marburg/Lahn

Prof. Dr. Wolfgang Lutz

Universität Trier
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Fachbereich I – Psychologie
Am Wissenschaftspark 25 + 27
54286 Trier

Prof. Dr. Winfried Rief

Universität Marburg
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Gutenbergstraße 18
35032 Marburg

Prof. Dr. Julian A. Rubel

Justus-Liebig-Universität Gießen
Professur für Psychotherapieforschung
Otto-Behaghel-Straße 10
35394 Gießen

M. Sc. Marlon Westhoff

Universität Marburg
Translationale Klinische Psychologie
Schulstraße 12
35037 Marburg

Inhalt

| | |
|---|----|
| Vorwort | 11 |
| Geleitwort | 13 |
| | |
| 1 Was ist Modulare Psychotherapie? | 23 |
| SABINE C. HERPERTZ | |
| 1.1 Bedarf: Wirksamkeitsplateau in der Psychotherapie-Forschung | 23 |
| 1.2 Grenzen störungsspezifischer Ansätze | 23 |
| 1.3 Prinzipien der Modularen Psychotherapie | 25 |
| 1.3.1 Grundprinzipien der Modularen Psychotherapie | 25 |
| 1.3.2 Anfänge der Modularen Psychotherapie | 26 |
| 1.3.3 Weiterentwicklungen der Modularen Psychotherapie | 27 |
| 1.3.4 Entscheidungsmatrizen | 29 |
| 1.4 Behandlungselemente | 30 |
| 1.5 Datenlage | 33 |
| 1.6 Implementation | 35 |
| 1.7 Literatur | 35 |
| | |
| 2 Veränderungsmechanismen und Möglichkeiten ihrer Erfassung | 40 |
| MARLON WESTHOFF, STEFAN G. HOFMANN | |
| 2.1 Konzentration auf Veränderungsmechanismen | 40 |
| 2.1.1 Prozesse, Mediatoren und Moderatoren der Behandlung | 41 |
| 2.1.2 Veränderungsmechanismen in der Interventionsforschung | 42 |
| 2.1.3 Der komplexe Zusammenhang zwischen Intervention und Ergebnis | 43 |
| 2.1.4 Warum der Therapiemanual-Ansatz nicht progressiv ist | 44 |
| 2.2 Prozesse in der klinischen Praxis | 46 |
| 2.2.1 Prozessbasierte Therapie | 46 |
| 2.2.2 Ein komplexer Netzwerk-Ansatz | 48 |
| 2.2.3 Fallkonzeptualisierung von Netzwerken | 49 |
| 2.2.4 Ein Meta-Modell für das Verständnis von Veränderungsprozessen | 51 |
| 2.2.5 Dimensionen des erweiterten evolutionären Metamodells | 52 |
| 2.3 Literatur | 53 |
| | |
| 3 Personalisierung von Psychotherapie | 57 |
| WOLFGANG LUTZ, ANNE-KATHARINA DEISENHOFER UND JULIAN A. RUBEL | |
| 3.1 Personalisierung von Psychotherapie | 57 |
| 3.1.1 Wissen schafft Praxis und Praxis schafft Wissen | 57 |
| 3.1.2 Psychotherapie Ergebnisforschung und Therapeuteneffekte | 58 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 3.1.3 | Moderatoren, Mediatoren und transtheoretische Modelle | 59 |
| 3.1.4 | Patientenorientierte Feedback-Forschung | 63 |
| 3.1.5 | Personalisierte Psychotherapie | 65 |
| 3.2 | Ein personalisiertes und modulares Behandlungskonzept | 67 |
| 3.2.1 | Transtheoretische Grundlagen | 67 |
| 3.2.2 | Trierer Therapie Navigator (TTN) | 70 |
| 3.3 | Diskussion und Ausblick | 75 |
| 3.3.1 | Akzeptanz und Implementation | 75 |
| 3.3.2 | Ausblick | 78 |
| 3.4 | Literatur | 79 |
| 4 | Modulare Behandlungsansätze in der ambulanten Psychotherapie | 83 |
| | MORITZ ELSAEBER, ELISABETH SCHRAMM | |
| 4.1 | Warum Modulare Psychotherapie? Die Scientist-Practitioner-Gap als Kluft zwischen Wissenschaft und klinischer Realität | 83 |
| 4.1.1 | Transdiagnostische und personalisierte Behandlungsansätze | 84 |
| 4.1.2 | Die vergleichende Wirksamkeit von störungsspezifischen, transdiagnostischen und modularen Behandlungsansätzen | 85 |
| 4.2 | Bestehende Ansätze zur ambulanten Modularen Psychotherapie | 86 |
| 4.2.1 | Transdiagnostische Behandlung emotionaler Störungen mit dem Unified Protocol | 87 |
| 4.2.2 | Shaping Healthy Minds | 88 |
| 4.2.3 | Modulare Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) für körperdysmorphe Störungen | 89 |
| 4.2.4 | Einschränkungen der bisherigen ambulanten modularen Therapieansätze | 90 |
| 4.3 | Modulare Psychotherapie für depressive Patient:innen mit komorbiden Störungen und frühen Traumatisierungen (MoBa-Studie) | 91 |
| 4.3.1 | Transdiagnostische Faktoren bei der Behandlung von Depression | 92 |
| 4.3.2 | Das MoBa-Therapiemodell zur Behandlung von Depressionen, komorbiden Störungen und frühen Traumatisierungen | 94 |
| 4.3.3 | Modulbeschreibung: CBASP-, Mentalisierungs- und Achtsamkeits-Modul ... | 96 |
| 4.3.4 | Durchführung der MoBa-Studientherapie & Integration der Module | 99 |
| 4.3.5 | Fallbeispiel anhand der Verlaufsgrafik | 100 |
| 4.4 | Zusammenfassung und Ausblick | 102 |
| 4.5 | Literatur | 103 |
| 5 | Anwendungsbeispiel modularer Psychotherapie in der teilstationären und stationären Versorgung | 109 |
| | SARA FRANZ, MICHAEL FRANZ | |
| 5.1 | Beschreibung des psychiatrischen stationären Settings. Modulare Psychotherapie als Lösung? | 109 |
| 5.1.1 | Psychiatrisches Klientel. Geeignet für einen modularen Ansatz? | 110 |

| | | |
|----------|--|------------|
| 5.1.2 | Psychiatrische Mitarbeiter:innen. Vorbereitet für einen modularen Ansatz? | 112 |
| 5.2 | Betriebssystem für die Psychiatrie. Ein modularer Ansatz | 113 |
| 5.2.1 | Basismodule in der Arbeit mit Patient:innen | 114 |
| 5.2.2 | Spezifische Module: Störungsspezifisch und Kompetenzspezifisch | 117 |
| 5.2.3 | Umsetzung in der Psychiatrie | 120 |
| 5.3 | Beispiel teilstationäre Versorgung | 122 |
| 5.4 | Ausblick stationäre Versorgung | 126 |
| 5.5 | Literatur | 126 |
| 6 | Kompetenzbasierte Psychotherapie-Ausbildung und Modulare Psychotherapie: Ein neues Aus- und Weiterbildungskonzept | 129 |
| | WINFRIED RIEF | |
| 6.1 | Einleitung | 129 |
| 6.2 | Behandlungsleitlinien und verfahrensübergreifende Aus- und Weiterbildung | 130 |
| 6.3 | Das übergeordnete Ziel: Ein selbstoptimierendes System an Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie | 131 |
| 6.4 | Welche Kompetenzen brauchen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten? Drei Kompetenz-Domänen | 132 |
| 6.5 | Welche fachlichen Einzelkompetenzen benötigen Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten? | 133 |
| 6.6 | Ausblick: Ist eine kompetenzbasierte Aus- und Weiterbildung in Psychotherapie möglich? | 139 |
| 6.7 | Literatur | 140 |
| 7 | Ausblick und Perspektiven | 142 |
| | SABINE C. HERPERTZ, ELISABETH SCHRAMM | |
| 7.1 | Literatur | 145 |
| | Sachverzeichnis | 146 |

Vorwort

Mit diesem Buch widmen wir uns im deutschsprachigen Raum erstmals der Modularen Psychotherapie, von deren Idee und großen Relevanz für die zukünftige psychiatrisch-psychotherapeutische Versorgung beide Herausgeberinnen überzeugt sind. Sie haben deshalb Wissenschaftler:innen angesprochen, deren Ideen für eine künftige Psychotherapie nahe aber nicht unbedingt identisch zu den eigenen sind. Für die Leserschaft ist deshalb zu beachten, dass die wissenschaftliche Konzeption der Modularen Psychotherapie »noch in den Kinderschuhen« steckt und deshalb die einzelnen Kapitel noch nicht ein Ganzes erzeugen und die Begrifflichkeiten zwischen den Autorinnen und Autoren dieses Buches noch nicht in jedem Detail über die Kapitel hinweg vereinheitlicht sind. Es handelt sich also bei der im Buch dargestellten Konzeption um den aktuellen Entwicklungsstand der Modularen Psychotherapie.

All denjenigen, die zum Gelingen dieses Werkes beigetragen haben, gilt unser herzlicher Dank. Hier sind an erster Stelle die Autorinnen und Autoren zu nennen, die als Expert:innen für ihr jeweiliges Thema zum Gelingen dieses Buches beigetragen haben. Besonderer Dank gilt Franz Caspar, mit dem uns über Jahrzehnte ein kritischer Austausch zu Psychotherapiekonzepten und deren weiteren Entwicklung verbindet. Schließlich möchten wir uns bei Annegret Boll vom Verlag Klett-Cotta (zu dem Schattauer gehört) für ihr Interesse an dem Thema und ihre Unterstützung in allen Phasen des Entwicklungsprozesses bedanken.

Die Herausgeberinnen im August 2022

Geleitwort

Wer die »Berner Position« kennt, dass eine *Individualisierung* wirklich auf individueller Ebene im Moment des therapeutischen Handelns stattfinden sollte (u. a. Caspar 2009; Herpertz & Schramm i. d. B. = in diesem Band), mag erstaunt sein, dass ich hier ein positives Vorwort für den Modularisierungsansatz schreibe. Das mag wie ein Abgehen vom Ansatz der maximalen Individualisierung aussehen. Es ist aber viel mehr ein Ausdruck von Pragmatismus: Wenn man Kolleg:innen auf dem Weg zur Individualisierung abholen will, wenn man ein Modell anbieten will für diejenigen, die Anleitung suchen, wie man das denn konkret umsetzt, welche die Ingredienzien für einen solchen Konstruktionsprozess suchen, dann darf man nicht bei einem Benennen von relevanten Aspekten und bei einer Skizze des Konstruktionsprozesses mit ein paar illustrierenden Beispielen stehen bleiben. Hier hat der Modularisierungsansatz eine ganz grosse Bedeutung, wie ich noch herleiten werde: »Die Modulare Psychotherapie beschreibt psychotherapeutische Programme, die sich aus eigenständigen funktionellen Einheiten (sog. Modulen) zusammensetzen, die untereinander vielfältig kombiniert werden können, ohne diese für ihre eigene Wirkung zu benötigen ... Modularität bedeutet die Auftrennung komplexer Programme in einfache, unabhängig voneinander wirksame Teile.« (Herpertz i. d. B.).

Wie weit die Unabhängigkeit wirklich geht, wird eine empirische Frage sein. Hans Strupp, einer der Väter moderner Psychotherapieforschung, hat ja schon 1973 die Frage aufgeworfen, ob es so etwas wie *psychotherapeutische Techniken unabhängig von Kontext* gibt (u. a.: wer wendet die Technik bei einem/r Patient:in mit welchen Eigenschaften an, mit welchen anderen Techniken wird kombiniert, wie ist der Beziehungshintergrund, etc.). Die Antwort ist wohl ziemlich klar ein »Nein«. Wenn wir von Technik reden oder schreiben, ist das immer eine Abstraktion. Sich darauf zu besinnen, tut Not, aber dennoch hilft das Konstrukt der Technik, uns in der über-komplexen Welt der Psychotherapie zurechtzufinden, und ähnlich sehe ich das mit den Modulen. Bei der Modularen Psychotherapie kommt das Bestreben dazu, auch empirisch sicherzustellen, dass die Einheiten soweit möglich funktional unabhängig sind. Das Denken mit unseren »pedestrian minds« (ich mag diesen zur Bescheidenheit mahnenden englischen Ausdruck) in einer überschaubaren Zahl von Grössen kann in einem Ansatz wie dem modularen Ansatz ein Gerüst finden, das hilft sich *zurechtzufinden*, selbst wenn es nur einen Teil der Realität abbilden würde, und auch wenn seinen Entwickler:innen und Vertreter:innen eine weitere Differenzierung Programm ist. Es ist ein Gerüst, das auch Forschung strukturieren und anleiten kann (Herpertz i. d. B.).

Ein ziehendes Argument für Ansätze jeglicher Art, ist, dass sie *Neues* bringen. Viele Grundannahmen und -thesen des modularen Ansatzes haben bereits ein beträchtli-

ches Alter. Einige davon will ich hier aufzählen, auch um dem Auftrag gerecht zu werden, den modularen Ansatz in der Psychotherapie-Landschaft zu verorten. Ich bitte, mir nachzusehen, dass ich beim Durchgehen verschiedener Themen einiges an Berner Literatur nenne, weil ich die am besten kenne.

Individualisierung wurde schon genannt: Personalisierung oder, derzeit en vogue, »responsiveness« (u.a. Stiles et al. 1998; Kramer & Stiles 2015) sind verwandte Konzepte. Wie weit sie gehen und mit welchen Mitteln sie erreicht werden sollen, dazu gibt es unterschiedliche Vorstellungen, die aber alle mit einer Ablehnung des »Ideals« der engen Manualisierung und Standardisierung einhergehen. Dieses Ideal, verbunden mit einer vermeintlichen Anforderung von Randomisierten Kontrollierten Studien (Caspar 2006, 2018) hat nur vorübergehend dominiert. Individualisierung ist eine Rückkehr zu bzw. Weiterentwicklung des Alten. Gemeinsam ist den Individualisierungs- (etc.-) Ansätzen auch, dass sie Psychotherapie optimieren sollen (Herpertz & Schramm i. d. B.), wobei es wohl gut wäre, genauer zu definieren, was das heisst: Steigerung der Wirksamkeit im Durchschnitt, Verbesserung des Kosten-Nutzen-Verhältnisses, das Erreichen einer grösseren Zahl von Patient:innen, das Ansprechen von besonders schwierigen Gruppen, die Verringerung der Abbrecherquote, etc.

Dass Psychotherapie *heuristischen Prinzipien*, nicht algorithmischen Manualen folgen sollte, haben wir früh gefordert (Caspar 1999; Caspar & Grawe 1989, 1992; Wirkfaktoren: Grawe et al. 1994. Die *Prozessorientierung* (Westhoff & Hofmann i. d. B.) ist ein Merkmal des Berner Ansatzes, sicher mit Wurzeln im Training sowohl von Grawe als auch von mir in der Klientenzentrierten Therapie. Für den humanistischen Ansatz ist die Prozessorientierung ja eine Selbstverständlichkeit, treffend auch in Grawes Titel »Der Weg entsteht beim Gehen« (1988) angesprochen, weiterverfolgt u.a. bei Grawe 1989 und 1998. Grawe hat zusammen mit dem Psychoanalytiker Horst Kächele in den 90er Jahren viele Psychotherapieforscher unterschiedlicher Orientierung in der Arbeitsgruppe »Psychotherapeutische Einzelfall-Prozessanalyse« (PEP) versammelt. Seine Figurationsanalyse (Grawe & Baltensperger 1998), in welcher Prozessdaten für TherapeutInnen praxisgerecht veranschaulicht werden, kann als Mit-Vor-Vorläufer des Feedbackansatzes von Lutz und anderen (i. d. B.) gesehen werden. Dass die Prozessforschung »noch kein eindeutiges kausales Netzwerk von Zusammenhängen zwischen bestimmten Moderatoren, Mechanismen oder Prozessvariablen und dem Behandlungsergebnis zeigen konnte« (Lutz et al. i. d. B.) ist kein Grund, auf eine Prozessorientierung zu verzichten, es sollte vielmehr Ansporn sein.

Zugunsten vieler weiterer Merkmale die *Diagnose* nicht einseitig zu gewichten ist das Credo der traditionellen Verhaltenstherapie (u.a. Kanfer & Philips 1970), bei uns der Vertikalen Verhaltensanalyse (Grawe & Dzielas 1978), später Plananalyse (Caspar 1989) und Schemaanalyse (Grawe 1998). Psychische Probleme werden als Konsequenz einer Rigidität bewusster und nicht bewusster instrumenteller Strategien gesehen, die zum Einsatz untauglicher und nebenwirkungsreicher Mittel führt, und in Fallkonzeptionen wird den Gründen für eine solche Rigidität, meist einem Dominieren von Vermeidungsplänen, nachgespürt. Es wird gefragt, wieweit ein Mensch

wirklich im Einklang mit seinen Bedürfnissen lebt, und wenn nicht, was ihn/sie davon abhält.

Eine Relativierung der Bedeutung der Diagnose findet sich auch bei Caspar et al. 2009 und Caspar et al. 2006. Wir haben bedauert, dass nicht zuletzt unter dem Einfluss des medizinischen Krankheitsmodells die Diagnose über lange Zeit die Therapieplanung übermächtig bestimmt hat, was mich auch veranlasst hat, das transdiagnostische »Unified Protocol« von Barlow et al. zu übersetzen und in Deutsch herauszugeben (Barlow et al. 2019). Wir haben es seit jeher – um einmal noch wesentlich ältere Literatur einzubringen – mit einem der Väter der modernen Medizin, Sir William Osler (1849–1919), gehalten, der zitiert wird mit dem Spruch »It's more important to know what sort of patient has a disease than what sort of disease the patient has.« Ähnliche Aussagen werden, noch älter, sogar Hippokrates zugeschrieben. Osler weiter: »The good physician treats the disease; the great physician treats the patient who has the disease«.

Die *Therapiebeziehung* ist seit dem Ende der 70er Jahre auch in der Verhaltenstherapie ein wichtiges Thema, bei dem lerntheoretische Konzepte an ihre Grenzen stossen und Ergänzung und Konkurrenz durch neuere Konzepte bekommen haben, wie die Motivorientierte Beziehungsgestaltung (Caspar 2008; sogar experimentell gestützt: Kramer et al. 2014), aber auch das der Alliance Ruptures (Beziehungsbrüche und wie sie repariert werden können; Safran et al. 2011).

In seinem Konzept der »Allgemeinen Psychotherapie« hat Grawe (1999) gefordert, die *Beschränkung auf die Konzepte und Techniken je einer Therapieschule* zu überwinden und alle für einen Geltungsbereich relevanten Erkenntnisse und Konzepte nicht nur bestehender Therapieschulen, sondern auch der Grundlagenwissenschaften in einem andauernden Prozess zu integrieren. Diesen Prozess sah er als asymptotisch, weil sich die Erkenntnisse in verschiedenen Feldern ständig weiterentwickeln und das Ziel einer vollständigen Integration *so nie ganz erreicht wird*. Allgemeine Psychotherapie ist ein Prozessmodell und kein fertiger integrativer Ansatz, der in Anspruch nähme, nun der beste zu sein und damit Gefahr laufen würde, im negativen Sinn zu einer Schule wie alle anderen zu werden.

Die intensiven *Diskussionen zwischen Angehörigen verschiedener Orientierungen*, die Rief (i. d. B.) fordert, gibt es schon seit Längerem, etwa im Rahmen der Society for the Exploration of Psychotherapy Integration (SEPI; Beispiel Caspar et al. 2010) zur orientierungsübergreifenden vergleichenden Analyse eines Falles, oder im Rahmen einer von Castonguay und Hill an der Penn State University organisierten kleinen, internationalen und ebenfalls orientierungsübergreifenden, sich seit 2001 regelmässig treffenden Diskussionsgruppe. Publiziert wurden bisher ansatzübergreifende Arbeiten zu Einsicht, Korrektiven Erfahrungen, und Therapeuteneffekten. Ein weiterer Band zur Psychotherapieausbildung steht kurz vor dem Erscheinen. Gut wäre aber im Sinne von Rief, wenn es mehr solche Initiativen, auch im deutschen Sprachraum gäbe.

Der gängigen Auffassung, dass der Gold Standard für empirische Evidenz *Randomisierte Klinische Studien* mit *enger Manualisierung* des Vorgehens und *Homogenisierung des Klientels* sind, haben wir bereits mit unserer ersten Berner Vergleichsstudie (Grawe

et al. 1990) entgegengearbeitet, die Auffassung auch explizit kritisch diskutiert und Alternativen aufgezeigt (Caspar 2006, 2018). Caspar & Jacobi formulierten 2004 folgende Kritikpunkte:

- dass nur bei einem Teil unselegierter Patienten eine bestimmte Störung im Vordergrund steht.
- dass es schwierig sein wird, für seltenere Störungen und komorbide Kombinationen von Störungen mehrfach evaluierte Therapieprogramme zu entwickeln,
- dass eine einseitig störungsorientierte Sicht eine Berücksichtigung von Ressourcen erschweren kann, deren Bedeutung empirisch immer evidenter wird, und
- dass deshalb – so bedeutsam die Entwicklung störungsspezifischer Vorgehensweisen ist – eine zu starke Orientierung daran ein Maximieren von Therapieeffekten erschweren kann.

Die Bedeutung der *Therapeut:innen als Personen*, von Lutz et al. (i.d.B.) sowie Rief (i.d.B.) hervorgehoben, musste vom RCT-Ansatz heruntergespielt werden, um die Wichtigkeit der Verfahren hervorzuheben. Wir gingen davon aus, dass man Therapeut:innen nicht präskriptive Ansätze zur Verbesserung ihrer Praxis verschreiben kann, ohne erstmal besser zu verstehen, wie Therapeut:innen funktionieren (Caspar 1997: »What goes on in a therapist's mind?«). Am Reader »How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects«, von Castonguay und Hill (2017) haben mehrere Berner und Ex-Berner mitgewirkt.

Seine Sicht der Bedeutung *neurobiologischer Grundlagen* für die Psychotherapie hat Grawe 2004 programmatisch und dabei optimistisch dargelegt; ich habe zwar gefordert, laufend zu berücksichtigen, was die Neurobiologie Psychotherapie-Relevantes zeigt, aber mit mehr Skepsis, wie weit das in näherer Zukunft reicht (Caspar 2015). Beides, Optimismus und Skepsis bezüglich der Reichweite, hatte aber auch viele Vorläufer, sogar in einer Person: Griesinger (1845) gilt als einer der Väter der Auffassung, dass psychische Krankheiten Gehirnkrankheiten seien, hat aber Skepsis gegenüber dem Erklärungs-Anspruch neurobiologischer Erklärungen gezeigt:

»Wüssten wir auch Alles, was im Gehirn bei seiner Thätigkeit vorgeht, ... – was nützte es? Alle Schwingungen und Vibrationen, alles Electricische und Mechanische ist doch immer noch kein Seelenzustand, kein Vorstellen. ... Was soll man nun zu dem platten und seichten Materialismus sagen, der die allgemeinsten und werthvollsten Thatsachen des menschlichen Bewusstseins über Bord werfen möchte, weil sie sich nicht im Gehirne mit Händen greifen lassen?« (Griesinger 1861, S. 6/7).

Mein Punkt ist bei dieser Liste von Hinweisen nicht ein »Alles schon dagewesen!« – was ja auch nicht stimmen würde. Es ist auch nicht wichtig, ob die Berner oder jemand anders die aufgezählten Punkte, alle mit Bezug zu diesem Buch, behandelt und Auffassungen vertreten hat, sondern vielmehr die Frage, warum sich diese in meinen Augen vernünftigen Positionen nicht längst mehr durchgesetzt haben.

Ich sehe mit unterschiedlichem Gewicht für verschiedene Themen diese Gründe:

- das Passen des Hervorhebens der Diagnose zu einem medizinischen Krankheitsmodell

- das Passen der Konzentration auf eine Diagnose für Forschungsprojekte, Bücher, Workshops, Profilbildung in der Karriere von Klinischen PsychologInnen und PsychiaterInnen
- die Motive, die damit verbunden sind, eine Therapieschule zu gründen und aufrecht zu erhalten, bzw. sich (v. a. nachdem man viel in ein schulspezifisches Training investiert hat!) damit zu identifizieren und andere Ansätze kritisch zu sehen und schlecht zu machen.
- das Passen der Idee einer Standardbehandlung für eine bestimmte Diagnose mit experimentell belegter Wirkung, in Konkurrenz und analog zu einer stets gleich zusammengesetzten Pille mit verbriefter Wirkung unabhängig (?) vom Arzt, der sie verschreibt und vom Apotheker, der sie verkauft
- wie Rief (i. d. B.) schreibt: Die Regularien im Zusammenhang mit den Richtlinienverfahren! Deutschland hat für die Patient:innen ohne Zusatzversicherung die weltweit psychotherapiefreundlichsten Vergütungsbedingungen, aber als diese eingeführt wurden, musste der Gesetzgeber mit einer Einschränkung der anerkannten Therapieverfahren beruhigt werden – mit anhaltend psychotherapie-integrationsfeindlicher Wirkung. Der Verfahrenspurismus ist v. a. ein deutsches Problem.
- und last not least: eben, das Fehlen eines hinreichenden Sets von Anleitungen, wie die diversen Kritikpunkte zu berücksichtigen, die guten Ideen in der konkreten Praxis umzusetzen sind.

Es ist zu hoffen, dass der modulare Ansatz Kräfte freisetzt, in gemeinsamem Bemühen verschiedene Orientierungen zusammenzubringen, die heute zumindest im deutschen Sprachraum noch weitgehend unabhängig oder gar gegeneinander operieren. Vielleicht hilft er sogar, unsinnige Regelungen (Stichwort Richtlinienverfahren und Integrationsverbot) zu entlarven und zu überwinden.

Der letzte Punkt ist für mich aber das Wesentlichste am modularen Ansatz: Sein Potential, beim Umsetzen von Vorstellungen zu helfen, die zu einem guten Teil schon länger da sind. Sein Baukastenprinzip dürfte eine breite Anwendung begünstigen (Herpertz & Schramm i. d. B.).

Verdienstvoll ist dabei auch, dass auf unterschiedliche Randbedingungen (ambulant: Elsässer & Schramm i. d. B. und stationär: Franz & Franz i. d. B.) eingegangen wird, und dass dabei auch diskutiert wird, wie andere Berufsgruppen einbezogen werden können und wie Entscheidungsprozesse laufen sollten, damit in einer Institution wirklich alle mitmachen.

Der empirischen Evidenz hat sich der modulare Ansatz ganz und gar verschrieben. Der riesige Aufwand für Randomisierte Kontrollierte Studien wird problematisiert, weil er es unmöglich erscheinen lässt, das ganze Feld der Psychotherapie damit abzudecken.

Für den modularen Ansatz ist eine weitergehende Individualisierung Programm (Herpertz sowie Herpertz & Schramm i. d. B.). Das entspricht auch Erkenntnissen der Expertise-Forschung, wonach Spitzenkünstler in verschiedenen Berufen in ihrem Ent-

scheiden und Handeln eine grosse Zahl von Aspekten einbeziehen, unter Berücksichtigung dieser Aspekte gut voraussehen können, wie sich ihr Handeln auswirkt, und die Entwicklung dann gut beobachten, um das Feedback in der Entwicklung des weiteren Handelns zu berücksichtigen (Caspar 2017). Im Vergleich zu anderen Berufen (Schreiner, Computer-Programmierer, Chirurg, ...) haftet der Psychotherapie chronisch an, dass sog. intrinsisches Feedback rar ist: Ob eine therapeutische Entscheidung oder Aktion zielführend war, ist nicht leicht ersichtlich: Ein zufriedener Gesichtsausdruck eines Patienten kann auch signalisieren, dass es ihm gerade gelungen ist, die Therapeutin von einem schwierigen, aber wichtigen Thema abzulenken. Eine meiner Patientinnen, die verbal und nonverbal extremes Missfallen an den vorgeschlagenen und massvoll auch realisierten Rollenspielen ausgedrückt hatte, sagte nach erfolgreicher Therapie, sie möge das fast nicht sagen, aber was ihr am meisten geholfen habe, seien die Rollenspiele ...

Ein Dilemma der Psychotherapieforschung und jeden Ansatzes, der nach empirischer Evidenz strebt, ausser vielleicht radikaler Einzelfallforschung mit Verzicht auf den Anspruch von Generalisierbarkeit, wurde immer zu Beginn meiner Psychotherapie-Vorlesungen deutlich: Die Frage an die jungen Masterstudierenden war: »Was denken Sie persönlich, worauf kommt es wirklich an, dass im Einzelfall eine Therapie erfolgreich wird?« Rund die Hälfte der Antworten bezogen sich auf ganz individuelle Konstellationen. Es war schwierig – das war dann die nächste Frage – solche Konstellationen in Variablen abzubilden. Wir brauchen ja Variablen, auf die wir die individuellen Konstellationen abbilden können, Variablen, bei denen wir für die Allermeisten der zu untersuchenden angeben können, wie sie ausgeprägt sind, Variablen, deren Zusammenhang mit anderen Variablen, die z. B. für Therapieerfolg stehen, wir untersuchen, korrelieren, vergleichen können.

Wenn es um die Nachhaltigkeit von Effekten geht – und die streben wir natürlich an – fehlen in der Routinepraxis meist Informationen, und wenn wir sie haben, sind sie zeitlich so weit von den Entscheidungen und Handlungen entfernt, welche dazu geführt haben, dass sie nur schwer mit diesen in Verbindung zu bringen sind. Es ist damit schwierig, aus reiner Erfahrung zu lernen (Caspar 2012). Die beste Chance haben wir, wenn wir mit einer klaren Fallkonzeption im Hintergrund den Prozess bei den Patient:innen, aber auch in uns, genau beobachten (Westhoff & Hofmann i. d. B.). Vor allem brauchen wir aber viel mehr Erfassung und Nutzung sog. »extrinsischen«, »künstlich erzeugten« Feedbacks, wie es bei Lutz, Deisenhofer & Rubel (i. d. B.) beschrieben wird.

Was, wenn unsere beschränkte Informationsverarbeitungskapazität doch an Grenzen stösst? Ein Teil der VertreterInnen des modularen Ansatzes setzt auf Machine Learning. Wir haben selber einen solchen Ansatz (Latent Semantic Analysis) früh genutzt (Caspar et al. 2004) und ich sehe noch viele ungenutzte Möglichkeiten, wenn es darum geht, grosse Datensätze auf Regelmässigkeiten zu untersuchen und daraus zu lernen. Diese Möglichkeiten sollten auch im Dienste des modularen Ansatzes genutzt werden (Westhoff & Hofmann i. d. B.). Machine Learning liefert aber nicht automatisch theoretische Konzepte und kann diese auch nicht ersetzen. Von einem Einsatz von Machine

Learning in der therapeutischen Alltagspraxis, in der Computer mit einer Unmenge von Informationen zum einzelnen Patienten gefüttert würde, sind wir wohl noch ein Stück weit entfernt. Eine systematische Erfahrung, was das bringen würde, steht m.W. noch aus.

Und: Menschen, die früher beim Autofahren mit der Beschreibung von Wegstrecken und Strassenkarten nicht schlecht zurechtkamen, sehen die dabei zugrunde liegenden Fähigkeiten verkümmern, wenn sie sich jahrelang ihrem GPS anvertraut haben. Wer würde bezweifeln, dass es äusserst nützlich ist, eine Anweisung zu haben, die auch gleich das aktuelle Verkehrsaufkommen berücksichtigt? Aber von Zeit zu Zeit führt ein GPS auch in die Irre oder hat keinen Empfang, und dann zahlen wir einen Preis für die Verkümmern von Fähigkeiten, die wir mal hatten. Wie sieht das mit dem Einsatz von Technik, die uns einen Teil des Denkens abnimmt, in der Psychotherapie aus?

Herpertz & Schramm (i. d. B.) weisen verdienstvollerweise auf einige Herausforderungen hin, denen der modulare Ansatz gegenüberstehen wird:

- Eine lückenlose empirische Fundierung wird zumindest erstmal eine Utopie bleiben. Es sind immer noch Psychotherapie-Praktiker:innen, die Lücken nach bestem Wissen und Gewissen füllen müssen.
- Forschung wird insbesondere noch zum prädiktiven Wert von Patientenvariablen benötigt. Hier ist ein Problem, dass durch Responsiveness der Therapeut:innen, d.h. durch ein sich Anpassen an Merkmale der Patient:innen, Zusammenhänge zwischen Patientenvariablen und Outcome zerstört werden (Kramer & Stiles 2015).
- Die Validierung des modularen Ansatzes mit allen Facetten ist sehr viel komplizierter als RCTs. Hier verweisen die Autorinnen auf neue Designs. Von diesen ist zu hoffen, dass sie das Erreichen einer soliden und gleichzeitig differenzierten empirischen Fundierung realistischer machen.
- Die Kombinierbarkeit von Modulen und dabei die richtigen bzw. praktikablen Sequenzierungen sind noch kaum untersucht.

Dieses Buch leistet eine Einführung in den modularen Ansatz und gibt einen Zwischenbericht zu einer spannenden und praxisgerechten Weiterentwicklung von Psychotherapie. Schön ist, dass der Ansatz nicht als etwas präsentiert wird, auf dem man sich ausruhen kann, sondern als etwas, das schon viel leisten kann, aber andererseits auch in dynamischer Entwicklung ist.

Franz Caspar im August 2022

Literatur

- Barlow, D. H., Ellard, K. K., Farchione, T. J., Sauer-Zavala, S., Latin, H. M., Bullis, J. R., Bentley, K. H., Boettcher, H. T. & Cassiello-Robbins, C. (2019). Transdiagnostische Behandlung emotionaler Störungen: Therapeutenmanual. Übersetzung und Herausgeber der deutschen Ausgabe: F. Caspar. Hogrefe.
- Caspar, F. (2018). Studying Effects and Process in Psychotherapy for Personality Disorders. *Psychopathology*, 1–8.
- Caspar, F. (2017). Professional expertise in psychotherapy. In L. G. Castonguay & C. E. Hill (Eds.), *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects* (pp. 193–214). American Psychological Association.
- Caspar, F. (2015). Psychotherapy research and neurobiology (2003): Challenge, chance, or enrichment? In M. Strauss, J. Barber & L. G. Castonguay (Eds.), *Visions in psychotherapy research and practice: Reflections from presidents of the Society for Psychotherapy Research*. (pp. 209–230). Routledge.
- Caspar, F. (2012). Die Chance, durch Erfahrung ein guter Therapeut oder Forscher zu werden. In: J. Siegl, D. Schmelzer & H. Mackinger (Hrsg.), *Horizonte der klinischen Psychologie und Psychotherapie* (S. 37–41). Pabst Science Publishers
- Caspar, F. (2009). Therapeutisches Handeln als individueller Konstruktionsprozess. In J. Margraf & S. Schneider (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1* (S. 213–225). Springer.
- Caspar, F. (2008). Motivorientierte Beziehungsgestaltung – Konzept, Voraussetzungen bei den Patienten und Auswirkungen auf Prozess und Ergebnisse. In M. Hermer & B. Röhrle (Hrsg.), *Handbuch der therapeutischen Beziehung. Band 1*. (S. 527–558). Deutsche Gesellschaft f. Verhaltenstherapie.
- Caspar, F. (2006). Forschungsdesigns in der Psychotherapieforschung: Die Diskussion um Randomisierte Klinische Studien. In A. Brüggemann & R. Bromme (Hrsg.), *Entwicklung und Bewertung von anwendungsorientierter Grundlagenforschung in der Psychologie* (S. 38–46). Akademie-Verlag und DFG.
- Caspar, F. (1999). »So, wie es im Lehrbuch steht, funktioniert es nicht!« Wie funktioniert es dann? *Psychotherapeut*, 44, 183–185.
- Caspar, F. (1998). Beziehungen und Probleme verstehen. Eine Einführung in die Psychotherapeutische Plananalyse (4. Aufl. 2018). Verlag Hans Huber.
- Caspar, F. (1997). What goes on in a psychotherapist's mind? *Psychotherapy Research*, 7, 105–125.
- Caspar, F., Berger, T. & Hautle, I. (2004). The right view of your patient: A computer assisted, individualized module for psychotherapy training. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 41, 125–135.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1992). Psychotherapie: Anwendung von Methoden oder ein heuristischer integrierender Produktionsprozess? *Report Psychologie*, 7, 10–22.
- Caspar, F. & Grawe, K. (1989). Weg vom Methoden-Monismus in der Psychotherapie. *Bulletin der Schweizer Psychologen*, 10(3), 6–19.
- Caspar, F., Herpertz, S. C. & Lieb, K. (2016). Was ist eine psychische Störung? In Herpertz, S. C., Caspar, F. & Lieb, K. (Hrsg.), *Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen* (S. 3–26). Elsevier.
- Caspar, F., Herpertz, S. C. & Mundt, Ch. (2008). Was ist eine psychische Störung? In S. Herpertz, F. Caspar & Ch. Mundt (Hrsg.), *Störungsorientierte Psychotherapie* (S. 3–32). München: Elsevier.
- Caspar, F. & Jacobi, F. (2004). Psychotherapieforschung. In W. Hiller, E. Leibing, F. Leichsenring & S. K. D. Sulz (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie Band 1: Grundlagen* (S. 395–410). CIP Medien.
- Caspar, F., Silberschatz, G., Goldfried, M. & Watson, J. C. (2010). Similarities and Differences in Four Views of David. *Journal of Psychotherapy Integration*, 20(1), 101–110.

- Castonguay, L. G. & Hill, C. E. (Eds.) (2017). *How and why are some therapists better than others? Understanding therapist effects*. American Psychological Association.
- Grawe, K. (2002). Neuropsychotherapie. Hogrefe
- Grawe, K. (1999). Gründe und Vorschläge für eine Allgemeine Psychotherapie. *Psychotherapeut*, 44(6), 350–359.
- Grawe, K. (1989). Von der psychotherapeutischen Outcome-Forschung zur differentiellen Prozessanalyse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18(1), 23–34.
- Grawe, K. (1998). Psychologische Therapie. Hogrefe
- Grawe, K. (1988a). Der Weg entsteht beim Gehen. Ein heuristisches Verständnis von Psychotherapie. *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 20, 39–49
- Grawe, K. & Baltensperger, C. (1998). Figurationsanalyse. Ein Konzept und Computerprogramm für die Prozess- und Ergebnisevaluation in der Therapiepraxis. In A.-R. Laireiter & H. Vogel (Hrsg.), *Qualitätssicherung in der Psychotherapie und psychosozialen Versorgung. Ein Werkstattbuch* (S. 179–207). Deutsche Gesellschaft für Verhaltenstherapie.
- Grawe, K. & Dzielwas, H. (1978). Interaktionelle Verhaltenstherapie. *Mitteilungen der DGVT, Sonderheft 1 der Mitteilungen der DGVT*, 27–49.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, R. (1994). Psychotherapie im Wandel von der Konfession zur Profession. Hogrefe.
- Griesinger W (1845). *Pathologie und Therapie der Psychischen Krankheiten*. Knabbe.
- Kanfer, F. H. & Phillips, J. S. (1970). *Learning Foundations of Behavior Therapy*. Wiley.
- Kramer U., Kolly S., Berthoud L., Keller S., Preisig M., Caspar F. et al. (2014). Effects of motive-oriented therapeutic relationship in a ten-session general psychiatric treatment of Borderline Personality Disorder: a randomized controlled trial. *Psychotherapy and Psychosomatics* 83(3), 176–186, 2014.
- Kramer, U. & Stiles, W. B. (2015). The Responsiveness Problem in Psychotherapy: A Review of Proposed Solutions. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 22/3 (277–295)
- Safran, J. D., Muran, J. C. & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy*, 48(1), 80–87.
- Stiles, W. B., Honos-Webb, L. & Surko, M. (1998). Responsiveness in psychotherapy. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 439–458.
- Strupp, H. H. (1973). *Psychotherapy: Clinical, research, and theoretical issues*. Jason Aronson.

1 Was ist Modulare Psychotherapie?

1.1 Bedarf: Wirksamkeitsplateau in der Psychotherapie-Forschung

Psychotherapieforschung hat das Ziel, dass möglichst vielen Menschen mit psychischen Erkrankungen eine qualitativ hochwertige, wirksame Behandlung angeboten werden kann. Beginnend in den 1990er Jahren konnte die Psychotherapie durch rigorose empirische Methodik in Wirksamkeitsstudien an Bedeutung gewinnen und distanzierte sich von einer psychotherapeutischen Praxis ohne Orientierung an Evidenzmaßstäben. Sie schuf Behandlungsstandards auf der Grundlage von Manualen für genau definierte Kontexte, nämlich spezifische Störungen. Schrittweise entwickelte sich eine steigende und inzwischen unüberschaubare Anzahl an Manualen für einzelne Störungen bzw. Diagnosen.

Inzwischen aber dominiert in der Psychotherapieforschung eine Stagnation in der Effektivität (Brakemeier & Herpertz 2019). Zwar konnten zahlreiche störungsspezifische, manualgeführte, evidenzbasierte Behandlungsprogramme im Vergleich zu Wartelistenpatient:innen und gewöhnlicher Betreuung (»treatment as usual«) Überlegenheit zeigen. Die neu entwickelten störungsspezifischen Programme übertrafen in ihrer Wirksamkeit allerdings häufig nicht die üblichen, herkömmlichen Behandlungen oder nur mit kleinen Effektstärken, wenn sie mit aktiven Kontrolltherapien verglichen wurden (Weisz et al. 2006; Wampold & Imel 2015). Es verblieben zudem bei den eingeschlossenen Patient:innen fast durchgängig mindestens ein Drittel, die sich als Non-Responder herausstellten und sogar zwei Drittel, die nicht zu einer Remission gelangten (Lambert 2017).

1.2 Grenzen störungsspezifischer Ansätze

Was sind die Grenzen störungsspezifischer Psychotherapiemanuale?

1. Wie es der Begriff sagt, richten sich störungsspezifische Psychotherapien auf die Behandlung einer umschriebenen Störung. Tatsächlich aber erfüllen 40–80% der Patient:Innen die diagnostischen Kriterien für mehr als eine psychische Störung (Kessler

et al. 2005); das bedeutet, die Komplexität der Symptomatik und Problembereiche sowie die Komorbidität übersteigen die Zielsymptomatik der in den Protokollen störungsspezifischer, evidenzbasierter Studien geschilderten. Anweisungen zum Umgang mit Komorbiditäten werden in den Protokollen nicht gegeben, ebenso nicht zu Problemen, die die vorgeschlagene Behandlungssequenz beeinträchtigen, wie z.B. mangelnde Motivation und Compliance, Vermeidungsverhalten, Dissoziation oder Übererregung (Ng & Weisz 2016). Eine angesichts der Prävalenz besonders bedeutsame Subgruppe komorbider Patient:innen ist die mit einer Kindheitsgeschichte früher Traumatisierungen (Kessler et al. 2010; Struck et al. 2020), die jenseits spezifischer Diagnosen eine schlechtere Behandlungsprognose bei herkömmlichen, störungsspezifischen Behandlungsprogrammen zeigen (Nanni et al. 2012).

2. Über die verschiedenen störungsspezifischen Programme hinweg finden sich ähnliche Interventionen (Chorpita et al. 2009). Zwischen den Programmen unterscheidet sich oft mehr die Komposition von Therapieelementen, als dass grundsätzlich neue Strategien entwickelt werden. So werden beispielsweise Affektregulations-Skills nicht nur bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung, sondern auch bei depressiven Störungen (Berking et al. 2019) und Suchterkrankungen (Wilks et al. 2018) erfolgreich eingesetzt, wie auch Achtsamkeitsübungen integraler Bestandteil verschiedener störungsspezifischer Programme sind (Zeifman et al. 2020). Dies erstaunt nicht, ist die psychopathologische Symptomatik nicht distinkt sondern die kognitiven, emotionalen, sozialen und behavioralen Faktoren diagnoseübergreifend oft ähnlich (Brown & Barlow 2009). Folgerichtig entwickelten sich transdiagnostische Therapieprogramme (Barlow et al. 2017; Beutel et al. 2019) und schließlich die Modulare Psychotherapie, wie im Weiteren ausgeführt wird.

3. Psychotherapieforschung ist ein ähnlich aufwendiger Prozess wie die Entwicklung von neuen Medikamenten, was den Fortschritt in der Behandlung allgemein und noch mehr in der Routineversorgung behindert. Von einer grundlegenden wissenschaftlichen Idee, über experimentelle Arbeiten, erste Proof-of-concept Studien zu neuen Therapieprogrammen, Wirksamkeitsstudien in der Frühphase und schließlich randomisierten kontrollierten Studien ist es ein langer, zeitaufwendiger, ressourcenintensiver und teurer Prozess.

4. Es werden störungsspezifische Behandlungen trotz nachgewiesener Wirksamkeit häufig nicht in die klinische Alltagspraxis überführt (Westen et al. 2004), treffen vielmehr auf Skepsis bei den in der Versorgung tätigen Psychotherapeuten, vor allem auf den Vorwurf der Nicht-Repräsentativität der in randomisiert-kontrollierten Studiendesigns untersuchten Patient:innen und Therapeut:innen, der Rigidität im Vorgehen und die Infragestellung der Übertragbarkeit auf Routinebedingungen (Strauß 2019). Auch können in der Versorgung tätige Psychotherapeut:innen nicht die wachsende Anzahl an störungsspezifischen Programmen erlernen. Kliniker:innen passen vielmehr ihr Vorgehen bereits an die individuellen Probleme und Bedürfnisse ihrer Patient:innen an und gehen hierbei gewöhnlich eklektizistisch vor. Schlussfolgernd gibt es einen Bedarf an breit einsetzbaren Interventionen, die den in der Routineversorgung tätigen Therapeuten ein flexibles, an den individuellen Problembereichen

und Bedarfen der Patient:innen orientiertes Vorgehen ermöglichen und an deren vorhandene Kompetenzen anknüpfen, allerdings ohne die für die Qualitätssicherung wichtige Evidenzbasierung aufzugeben (Chorpita et al. 2021).

MERKE Störungsspezifische Behandlungsprogramme haben folgende Beschränkungen:

- Sie geben keine Handlungsanweisungen zu komorbide vorliegenden Störungen oder prognostisch relevanten Problembereichen (z. B. mangelnde Motivation, Dissoziationsneigung, Vermeidung)
- Sie unterscheiden sich oft mehr in der Komposition als in der Art der Therapieelemente.
- Ihre Neuentwicklung ist ein langer, zeitaufwendiger, ressourcenintensiver und teurer Prozess.
- Sie treffen auf Skepsis und Widerstände in der Implementation in der Versorgung.

1.3 Prinzipien der Modularen Psychotherapie

1.3.1 Grundprinzipien der Modularen Psychotherapie

Die Modulare Psychotherapie beschreibt psychotherapeutische Programme, die sich aus eigenständigen funktionellen Einheiten (sog. Modulen) zusammensetzen, die untereinander vielfältig kombiniert werden können ohne diese für ihre eigene Wirkung zu benötigen (Chorpita et al. 2005a). Modularität bedeutet die Auftrennung komplexer Programme in einfache, unabhängig voneinander wirksame Teile.

Für jedes Modul muss das Behandlungsziel definiert sein und empirische Evidenz vorliegen, dass es die Veränderung erzielen kann, für die es vorgesehen ist. Zudem muss gesichert sein, dass die Komposition der Module zu einem wirksamen Ganzen führt, dass der Summe der Einzelteile überlegen ist (Chorpita et al. 2005b). Entsprechend ist neben der Formulierung von Behandlungselementen, sog. inhaltlichen Modulen, die Definition von Algorithmen bzw. koordinierenden Modulen in Form eines Flussdiagramms erforderlich, das die Sequenzierung der Module beschreibt wie auch die definierten Schnittstellen zwischen den Modulen, die Entscheidungen darüber erlauben, ob ein Modul anderen Modulen vorauslaufen oder nachfolgen muss oder mit anderen kombiniert oder an definierten Punkten des Behandlungsprozesses Eingang finden muss.

Modulare Psychotherapie entwickelt im »Baukastenprinzip« Kompositionen von Behandlungselementen (Herpertz et al. 2016). Die Auswahl der Module erfolgt dabei ergebnisorientiert auf unterschiedlichem Komplexitätsniveau, in jedem Fall aber evidenzbasiert. In der praktischen Arbeit von Psychotherapeuten erfolgt die Modulselek-

tion gewöhnlich auf heuristischem Weg. Basierend auf der individuellen Fallkonzeption werden Module ausgewählt und flexibel unter sorgfältiger Beobachtung der Wirkung einzelner Module ausgetauscht bzw. ergänzt (Ng & Weisz 2016). Aktuelle Psychotherapieforschung zielt auf die Entwicklung von Regeln und Algorithmen, die theoriegeleitet, datenorientiert oder datenbasiert zur Selektion und Sequenzierung von Modulen entwickelt werden.

MERKE Grundprinzipien der Modularen Psychotherapie:

- Module sind eigenständige funktionelle Einheiten, die untereinander vielfältig kombiniert werden können ohne diese für ihre eigene Wirkung zu benötigen.
- Die Modulare Psychotherapie entwickelt im »Baukastenprinzip« Kompositionen von Behandlungselementen; dabei erfolgt die Auswahl der Module evidenzbasiert und ergebnisorientiert auf unterschiedlichem Komplexitätsniveau.
- Die Selektion und zukünftig auch die Sequenzierung von Modulen erfolgt anhand von Algorithmen bzw. Flussdiagrammen, die theoriegeleitet, datenorientiert oder datenbasiert entwickelt werden.

1.3.2 Anfänge der Modularen Psychotherapie

Einfache Modelle, die auch die Anfänge der Modularen Therapie charakterisieren (Weisz et al. 2012), stellen Module störungsbasiert anhand der typischen Merkmale einer Patient:innengruppe zusammen; sie zielen zunächst auf das primäre Problem und dann auf komorbide Störungen (→ Abb.1.1). So orientierte sich die berühmte MATCH-Studie (Weisz et al. 2012) an störungsbezogenen Modulen, die abhängig von der Komorbidität des individuellen Patienten (Depression, Angststörung, Störung des Sozialverhaltens bei Kindern und Jugendlichen) in Flussdiagrammen zusammengestellt wurden. Es können auch Interventionen nach Subgruppen von definierten Patientenmerkmalen stratifiziert werden, die darauf zurückgehen, dass die einschlägige Fachliteratur, z.B. in Form von Meta-Analysen, systematisch nach solchen randomisierten klinischen Studien über Prädiktoren des Ansprechens auf Psychotherapie durchsucht wird, die Informationen über das therapeutische Vorgehen liefern. Erste Ansätze eines solchen Vorgehens finden sich bereits bei (Norcross & Wampold 2011), die aus Meta-Analysen zu patientenbasierten Merkmalen schlossen, dass Reaktanz oder auch Copingstile sich zur Auswahl individueller Adaptionen im Therapieverlauf eignen. Auch Beutler und Kollegen (Beutler et al. 2018) berichteten aus einer Metaanalyse, dass Patient:innen mit hoher Reaktanz besser auf Behandlungen ansprechen, in denen Psychotherapeuten einen nicht-direktiven Behandlungsstil zeigen. Andere modulare Programme sehen Kernmodule vor, die alle Patient:innen erhalten und solche, die zusätzlich bei spezifischen Problemen oder Prädiktorvariablen in die Behand-

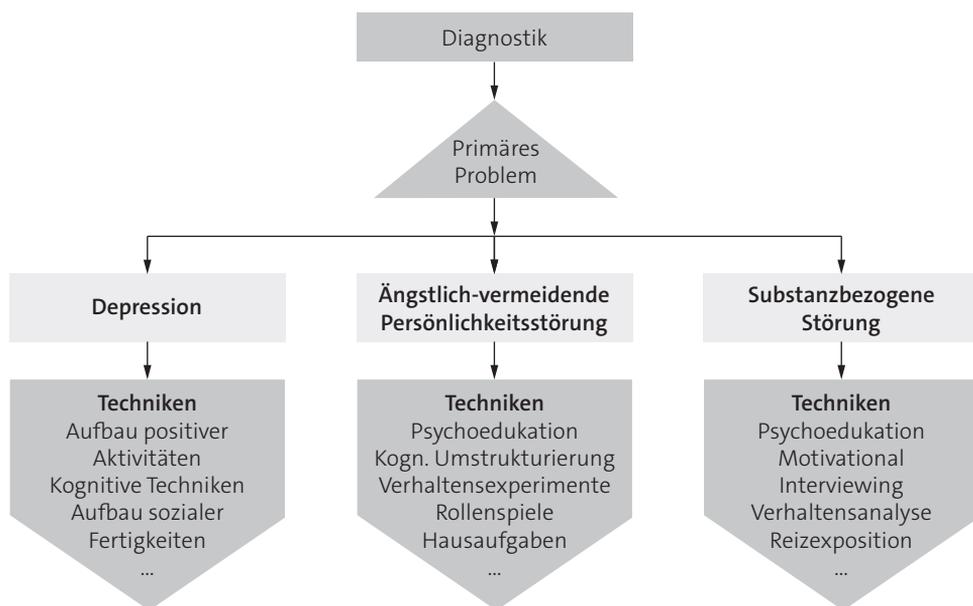


Abb. 1.1: Einfache Modelle, die auch die Anfänge der Modularen Therapie charakterisieren.

lung integriert werden, die für den Verlauf bzw. die Prognose der Behandlung von Bedeutung sind, wie die Erkrankungsdauer oder eine Vorgeschichte früher Traumata (Souery et al. 2007).

1.3.3 Weiterentwicklungen der Modularen Psychotherapie

Weiterentwicklungen der Modularen Psychotherapie erfordern eine umfassende Diagnostik (Evans et al. 2021). Dabei kann der diagnostische Prozess bis hin zu einem »deep phenotyping« unter Einbezug von Biomarkern reichen und eine detaillierte transdiagnostische Funktionsdiagnostik einbeziehen (Herpertz et al. 2016). Module zielen hier beispielsweise auf die Verbesserung einer gestörten Affekt- oder Selbstwertregulation, eine mangelnde Verhaltenskontrolle oder/und Mentalisierungsfähigkeit (Ludemann et al. 2021), ein abnormes Körperbild oder auf Einschränkungen in sozial-kognitiven oder anderen sozial-interaktiven Fähigkeiten. Solche transdiagnostischen Funktionseinschränkungen stellen eine Alternative zum Komorbiditätsprinzip dar, das das gleichzeitige Auftreten anscheinend unabhängiger Störungen beschreibt, anstatt auf ätiologisch häufig zusammenhängende zentrale maladaptive emotionale, kognitive und behaviorale Merkmale einzugehen (Barlow et al. 2016). Zeichnet sich z. B. eine Patientin, gleich ob sie die Kriterien einer Borderline-Persönlichkeitsstörung oder einer Depression erfüllt, durch eine bedeutsame Störung der Emotionsregulation aus, so wird diese zu einem primären Target und führt z. B. zur Auswahl eines speziell dar-

auf zugeschnittenen Skillstrainings, wie es die Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) anbietet. Es könnte als nächstes Target eine Hypervigilanz gegenüber negativen sozialen Reizen folgen, was z. B. die Wahl aufmerksamkeitszentrierter Techniken zur Folge hätte. Tatsächlich wird das ursprünglich für Patient:innen mit selbstschädigendem Verhalten bzw. mit Borderline-Persönlichkeitsstörung entwickelte DBT-Skillstraining inzwischen in der Anwendung auch für andere Patient:innengruppen empfohlen und mit anderen Therapieelementen modular kombiniert (z. B. Linehan & Wilks 2015).

Module, die auf die Veränderung von transdiagnostischen Funktionsdomänen zielen, dürften mit der Veränderung von assoziierten psychologischen und biobehavioralen Mechanismen verbunden sein. Ziel dieser Interventionen ist es, sich selbst aufrechterhaltende Pathomechanismen zu verändern sowie gezielte Veränderungsmechanismen anzusprechen. Hier wird die psychometrische Diagnostik optimalerweise ergänzt durch Verhaltensaufgaben, Experimente, Biomarker und die Erfassung neuronaler Antwortmuster. Die modernen Neurowissenschaften können dabei die psychologischen Prozesse identifizieren und verstehen helfen, die sich zur Beeinflussung durch psychotherapeutische Interventionen anbieten (Grawe 2004a). Hier ergeben sich für die Diagnostik hilfreiche Bezüge zum NIMH-Konzept der Research Domain Criteria (RDoC) (Cuthbert & Insel 2013), die biobehaviorale transdiagnostische Dimensionen beschreiben und spezifische Fragebögen, Aufgaben und Experimente zu deren Messung empfehlen (<https://www.nimh.nih.gov/research/research-funded-by-nimh/rdoc>).

FALLBEISPIEL

Ein modulares, Mechanismus-basiertes Vorgehen wurde von Herpertz und Mitarbeiter:innen für die Auswahl von Modulen in einer Mechanismus-basierten Anti-Aggressions-Psychotherapie; Mechanismus-basierte (MAAP) im Gruppensetting bei der Borderline-Persönlichkeitsstörung gewählt (Herpertz et al. 2020). Ausgehend von der Identifizierung zentraler psychologischer Mechanismen reaktiver Aggressivität wie attentionaler Bias gegenüber sozialer Bedrohung, Affektregulationsstörung, und mangelnde Mentalisierungsfähigkeit sowie deren neurobiologischen Korrelaten (z. B. präfronto- limbische Dyskonnektivität) wurden Behandlungselemente ausgesucht, z. B. Übungen zum Shift der Aufmerksamkeit auf Sicherheits- statt Bedrohungssignalen (Dandeneau & Baldwin 2004), Affektregulations-Skills aus der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT; Linehan 1993) sowie Techniken der Mentalisierungs-basierten Therapie (MBT; Bateman & Fonagy 2004) mit dem Ziel, das automatische, schemaorientierte Mentalisieren durch kontrolliertes, reflektierendes Mentalisieren zu ersetzen (→ Abb. 1.2). Ob die identifizierten Mechanismen tatsächlich die Veränderungsmechanismen sind, bedarf weiterer Forschung; erste Hinweise, dass es sich tatsächlich um Veränderungsmechanismen handelt, ergeben sich durch den Nachweis, dass unter MAAP, nicht aber Supportiver Psychotherapie (Vergleichstherapie) eine Verbesserung der präfronto- limbischen Konnektivität (Neukel et al. 2021) zu beobachten war wie auch eine Abnahme des attentionalen Bias auf bedrohliche soziale Reize und Letztere auch tatsächlich klinische Besserung präzisieren konnte (Honecker et al. 2021).