

Berlin, 07.05.2010: Diotima Preisverleihung an Prof. Dr. Thomas Bock und den Dachverband Gemeindepsychiatrie

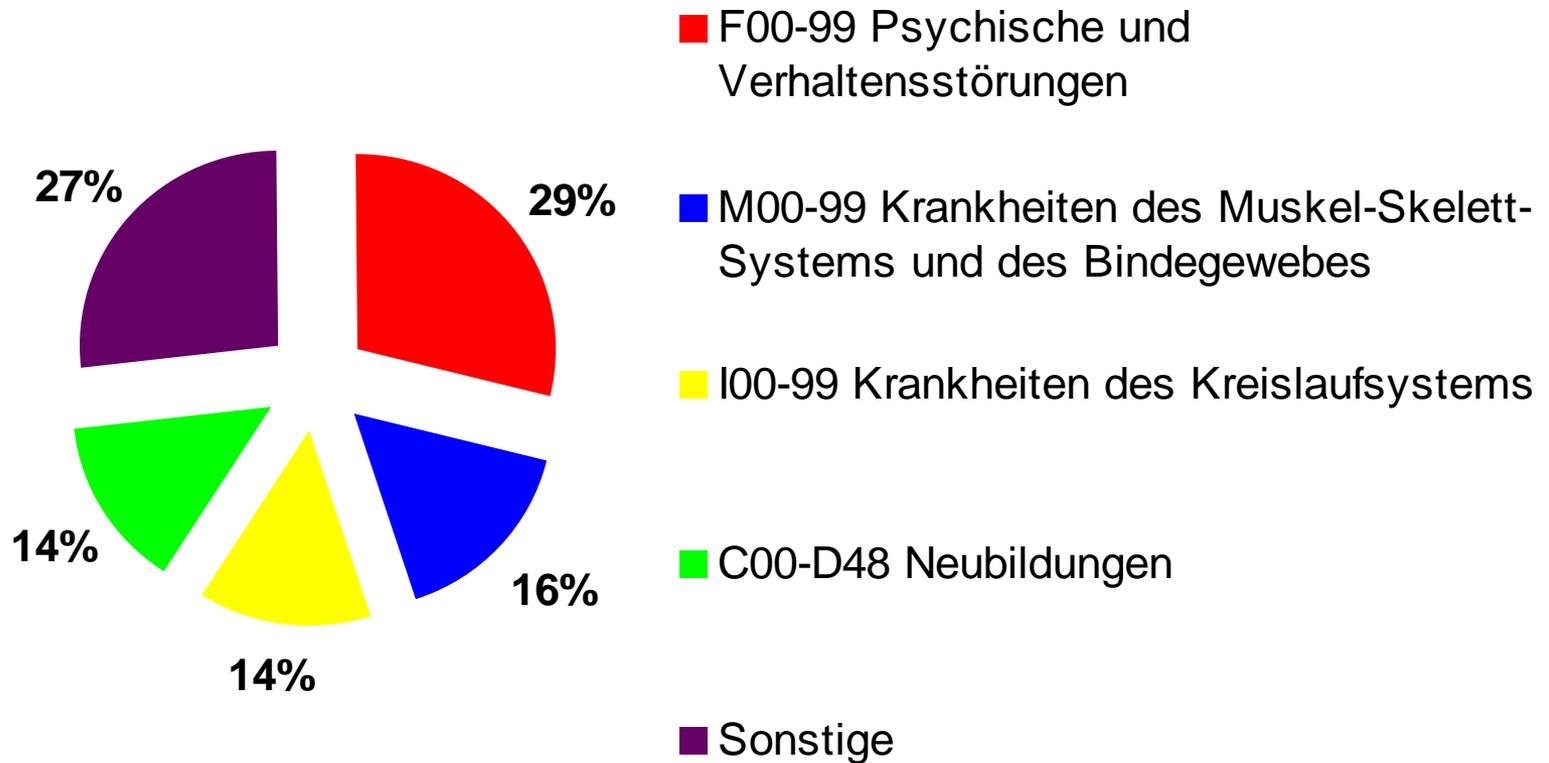
Diotima-Ehrenpreis



der deutschen
Psychotherapeutenschaft

Prof. Dr. Harald Rau, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut
Vorstandsvorsitzender der Zieglerschen, rau.harald@zieglersche.de

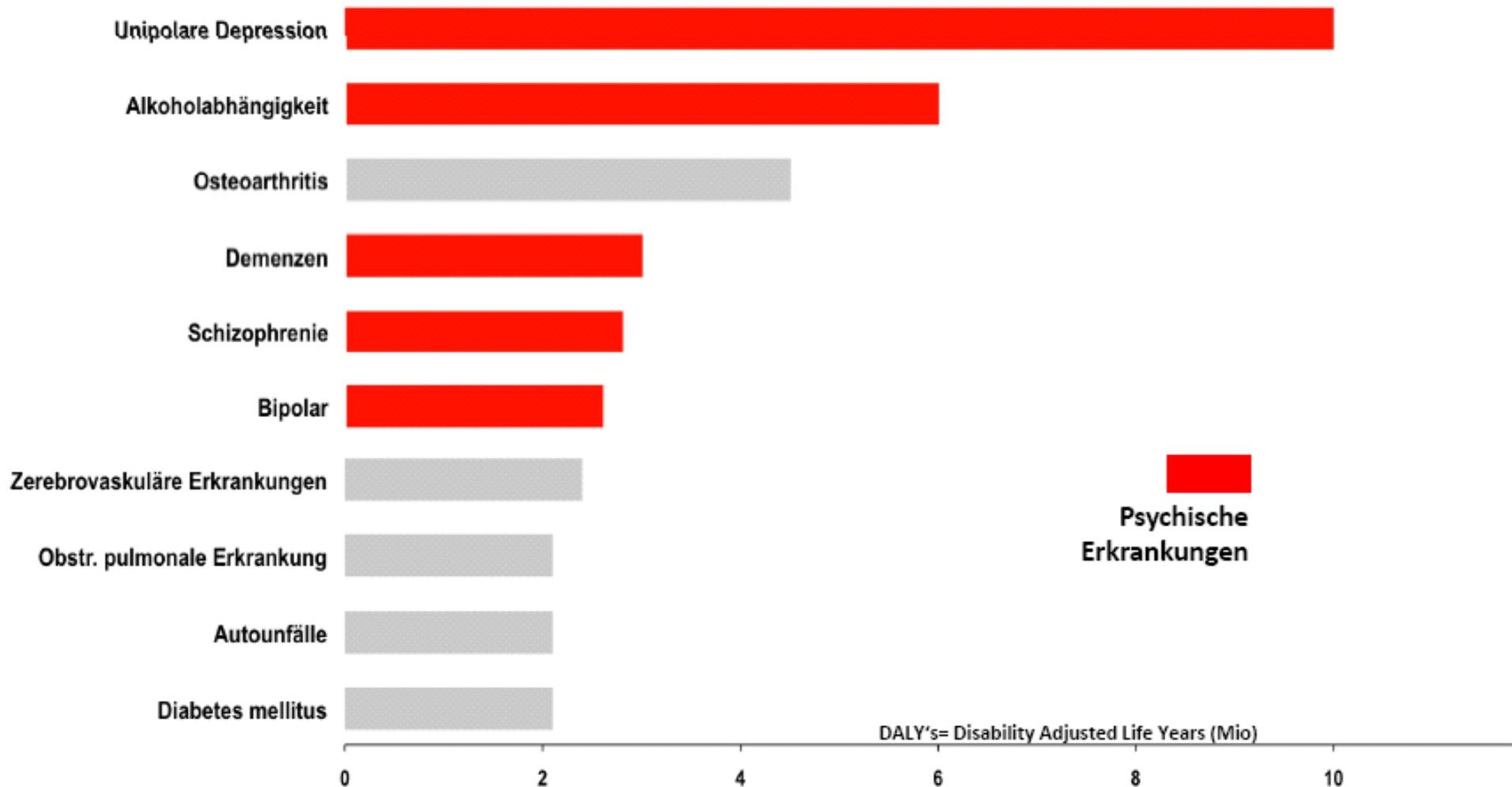
Gründe für Frühberentungen 2007 nach SGB VI



Quelle: Rentenzugang 2007

Statistiken der Deutschen Rentenversicherung 2007

Industrieländer: WHO Burden of Disease 2030



DALY = disability-adjusted life years

- wird für eine Krankheit als Index ihrer Konsequenzen berechnet (burden of disease)
- kombiniert zwei Folgen einer Krankheit:

- **verlorene Lebensjahre** (YLL; years of life lost)
- **Lebensjahre mit Funktionseinschränkung** (YLD; years of life lived with disability)
- **DALY = YLL + YLD** hohe Werte sind schlecht

Mathers, Loncar. PLOS Medicine 2006

(Berechnung:
<http://www.who.int/healthinfo/boddaly/en/>)

Prävalenz der häufigsten psychischen Erkrankungen

Ein-Jahres-Prävalenzen psychischer Störungen bei Erwachsenen von 18 bis 65 Jahren (eigene Analysen anhand des Zusatzmoduls »Psychische Störungen« des Bundes-Gesundheitssurveys 1998, [9])
Aufgeführt sind die vier häufigsten Diagnosegruppen gemäß ICD-10 (Mehrfachnennungen)

Diagnose	Männer	Frauen	Gesamt
Irgendeine psychische Störung (F0–99)	25,3%	37,0%	31,1%
Angststörungen (F40–42)	9,2%	19,8%	14,5%
Störungen durch psychotrope Substanzen (F1)	15,7%	10,6%	13,2%
Affektive Störungen (F3)	8,5%	15,4%	11,9%
Somatoforme Störungen (F45)	7,1%	15,0%	11,0%

Diagnoseverteilung Psychosomatik

Diagnoseverteilung von insgesamt 39.170 Frauen und 30.108 Männern mit psychischen Störungen (ICD-10-Erstdiagnosen Fo – F6) in Fachabteilungen für Psychotherapeutische Medizin im Jahr 2004 [48]

Diagnose	Männer	Frauen	Gesamt
Persönlichkeitsstörungen (F6)	4,4 %	7,0 %	5,9 %
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)	1,1 %	8,1 %	5,0 %
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	20,5 %	24,0 %	22,4 %
Affektive Störungen (F3)	28,2 %	38,8 %	34,2 %
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	15,7 %	10,6 %	12,8 %
Störungen durch psychotrope Substanzen (F1)	25,2 %	6,6 %	14,6 %
Organische psychische Störungen (Fo)	4,9 %	5,0 %	5,0 %

Diagnoseverteilung Psychiatrie

Diagnoseverteilung von insgesamt 275.304 Frauen und 339.911 Männern mit psychischen Störungen (ICD-10-Erstdiagnosen Fo – F6) in Fachabteilungen für Psychiatrie und Psychotherapie im Jahr 2004 [48]

Diagnose	Männer	Frauen	Gesamt
Persönlichkeitsstörungen (F6)	3,1 %	6,9 %	4,8 %
Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F5)	0,3 %	0,9 %	0,5 %
Neurotische-, Belastungs- und somatoforme Störungen (F4)	8,6 %	13,1 %	10,6 %
Affektive Störungen (F3)	14,2 %	29,3 %	21,0 %
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	18,7 %	20,4 %	19,5 %
Störungen durch psychotrope Substanzen (F1)	48,9 %	19,1 %	35,6 %
Organische psychische Störungen (Fo)	6,3 %	10,2 %	8,0 %

Diagnoseverteilung von 64.096 weiblichen und 60.857 männlichen Versicherten der gesetzlichen Rentenversicherung mit psychischen Störungen, die im Jahr 2004 eine stationäre Rehabilitationsmaßnahme durchgeführt haben [55]

Diagnose	Männer	Frauen	Gesamt
Sonstige psychische Störungen	3,2%	5,3%	4,2%
Persönlichkeitsstörungen (F6)	2,9%	3,2%	3,1%
Essstörungen (F50)	0,3%	2,6%	1,5%
Somatoforme Störungen (F45)	5,0%	9,0%	7,0%
Reaktionen auf schwere Belastungs- und Anpassungsstörungen (F43)	11,1%	20,7%	16,1%
Angst- und Zwangsstörungen (F40-42)	5,7%	9,2%	7,5%
Affektive Störungen (F3)	17,4%	36,1%	27,0%
Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen (F2)	1,6%	1,4%	1,5%
Störungen durch psychotrope Substanzen (F1)	51,6%	11,9%	31,2%
Organische psychische Störungen (Fo)	1,1%	0,6%	0,9%

Evidenzbasierte Psychotherapie

Störung	Kognitive VT	Tiefenpsychologische Th.	andere Therapien
Schizophrenie	wirksam (Ia)	nicht wirksam (Ib)	Familientherapie: wirksam (Ia)
Bipolare Störungen (manisch-depressiv)	wirksam (Ib)		
Unipolare Depression	wirksam (Ia)	Kurzzeittherapie: wirksam (Ia) Langzeittherapie: möglicherweise wirksam (IIb)	Interpersonale Therapie: wirksam (Ia) Gesprächspsychotherapie: wirksam (Ib)
Zwangsstörung	wirksam (Ia)		
Panikstörung mit Agoraphobie	wirksam (Ia)	Therapie bis 100 Std.: wahrscheinlich oder möglicherweise wirksam (IIa / b)	
Panikstörung ohne Agoraphobie	wirksam (Ia)	Therapie bis 100 Std.: wahrscheinlich oder möglicherweise wirksam (IIa / b)	
spezifische Phobie	wirksam (Ia)		Beratung (5-10 Std.): fraglich (IV)
soziale Phobie	wirksam (Ia)	Therapie bis 100 Std.: fraglich (IV)	
Generalisierte Angststörung	wirksam (Ia / b)	Therapie bis 100 Std.: wahrscheinlich oder möglicherweise wirksam (IIa / b)	
Posttraumatische Belastungsstörung	wirksam (Ia)	wirksam (Ib)	EMDR: wirksam (Ia)
Bulimie	wirksam (Ia)		Interpersonale Therapie: wirksam (Ia)

Ia: Mindestens eine Metaanalyse mehrerer kontrollierter randomisierter Studien

Ib: Mindestens eine kontrollierte randomisierte Studie

IIa: Mindestens eine gut angelegte, kontrollierte Studie ohne Randomisierung

1. Modus der Ätiologie – Modus der Behandlung

- Biologische Ätiologie erfordert biologische Behandlung
- psychosoziale Ätiologie erfordert psychosoziale Behandlung

2. Überlegenheit der Kombinationsbehandlung

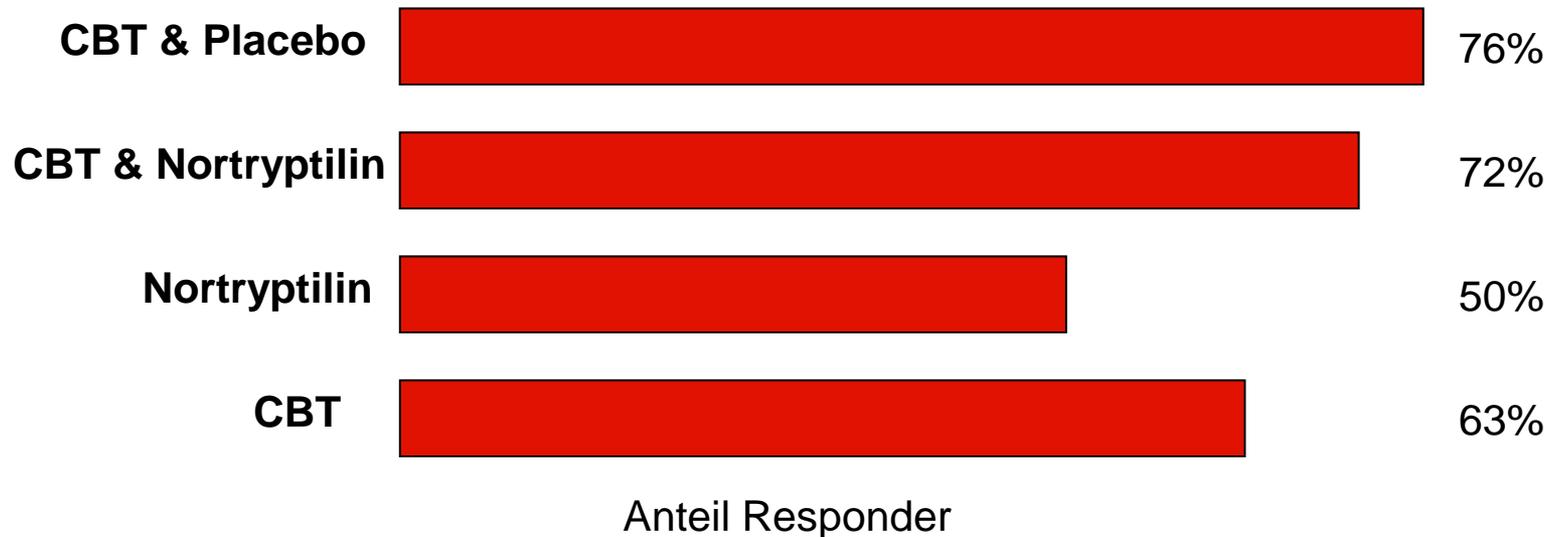
- Kombinationen von biologischen und psychosozialen Behandlungsverfahren sind immer wirksamer als unimodale Behandlung

3. Neurotische Erkrankungen sind psychische „Edelerkrankungen“, psychotische und Abhängigkeitserkrankungen sind „schwere Erkrankungen“

4. Schwere Erkrankungen sind der Psychotherapie weniger zugänglich als leichte Erkrankungen

5. Psychische Erkrankungen sind „Stoffwechselerkrankungen“ des Gehirns; pharmakologische Substitution oder Hemmung bedeuten „kausale Therapie“

„Historische Studie“

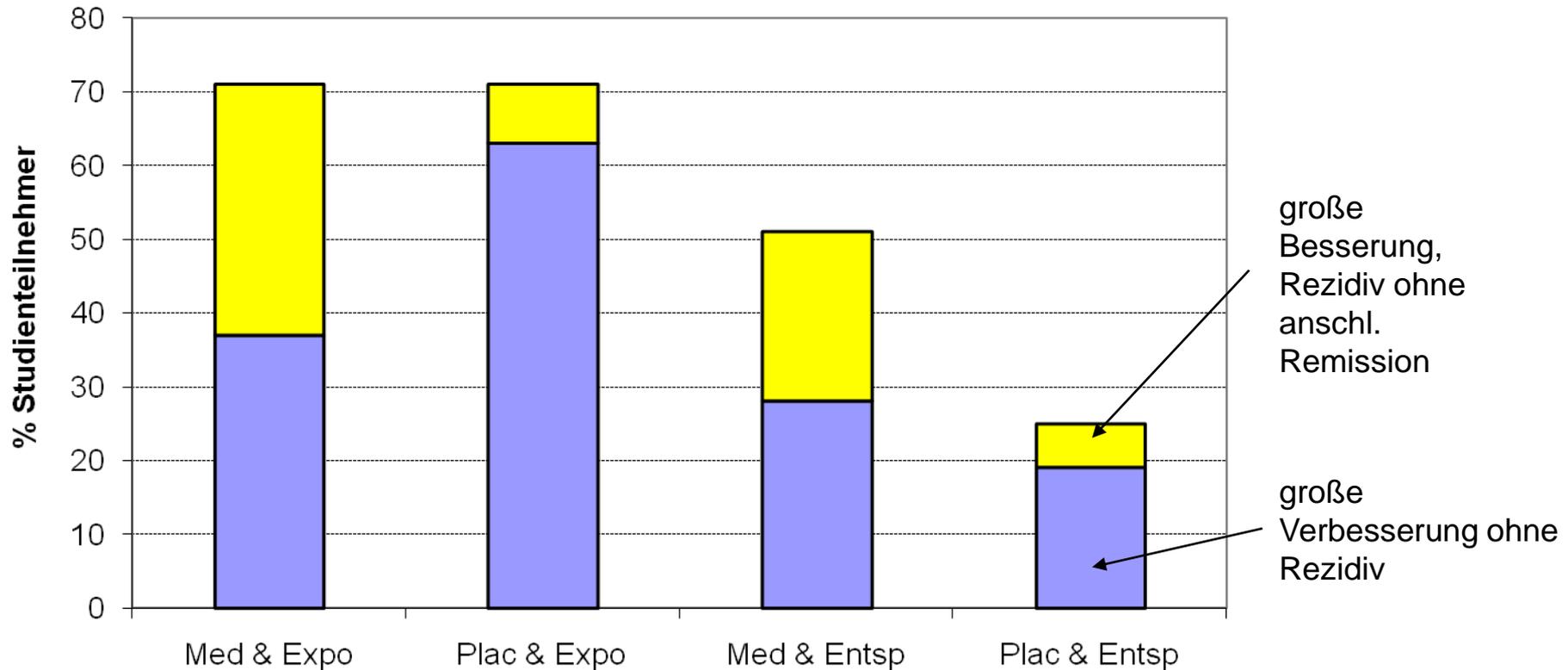


Murphy, G., Simons, A., Wetzel, R., Lustman, P. (1984). Cognitive therapy and pharmacotherapy, single and together in the treatment of depression. *Archives of General Psychiatry*, 41, 33-41.

Otto et al. (2005): „For depressed outpatients, studies have provided only limited support for the hypothesis that psychopharmacology and these psychosocial treatments can be combined for additive efficacy.“

Otto, M. W., Smits, A. H., & Reese, H. E. (2005). Combined psychotherapy and pharmacotherapy for mood and anxiety disorders in adults: review and analysis. *Clinical Psychology: Science and practice*, 12(1), 72-86.

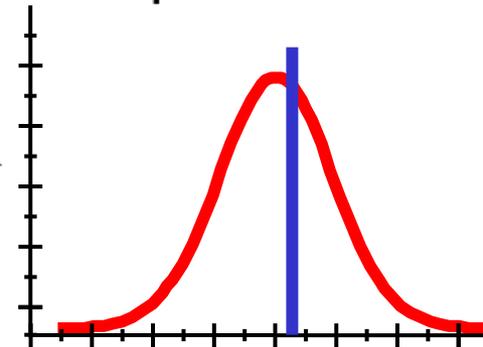
Irritierendes II: Kombination verschlechtert



Marks, I.M. et al. (1993). Alprazolam and exposure alone and combined in panic disorder with Agoraphobia. A controlled study in London and Toronto. *British Journal of Psychiatry*, 162, 776-787

Active placebos versus antidepressants for depression (Review)

Moncrieff J, Wessely S, Hardy R



- 9 Studien, 751 Patienten
- 2 Studien: Signifikante Effektstärken zugunsten aktivem Pharmakon
- Gepoolte Effektstärke: 0,39 (CI 0,24 – 0,54)
- Nach Weglassen einer Studie mit starkem Ergebnis: ES = 0,17 (CI 0,00 – 0,34)
- Authors conclusion: „*The more conservative estimates from the present analysis found that differences between antidepressants and active placebos were small. This suggests that unblinding effects may inflate the efficacy of antidepressants in trials using inert placebos. Further research into unblinding is warranted.*“



„Biologisierung“ der Psychopathologie

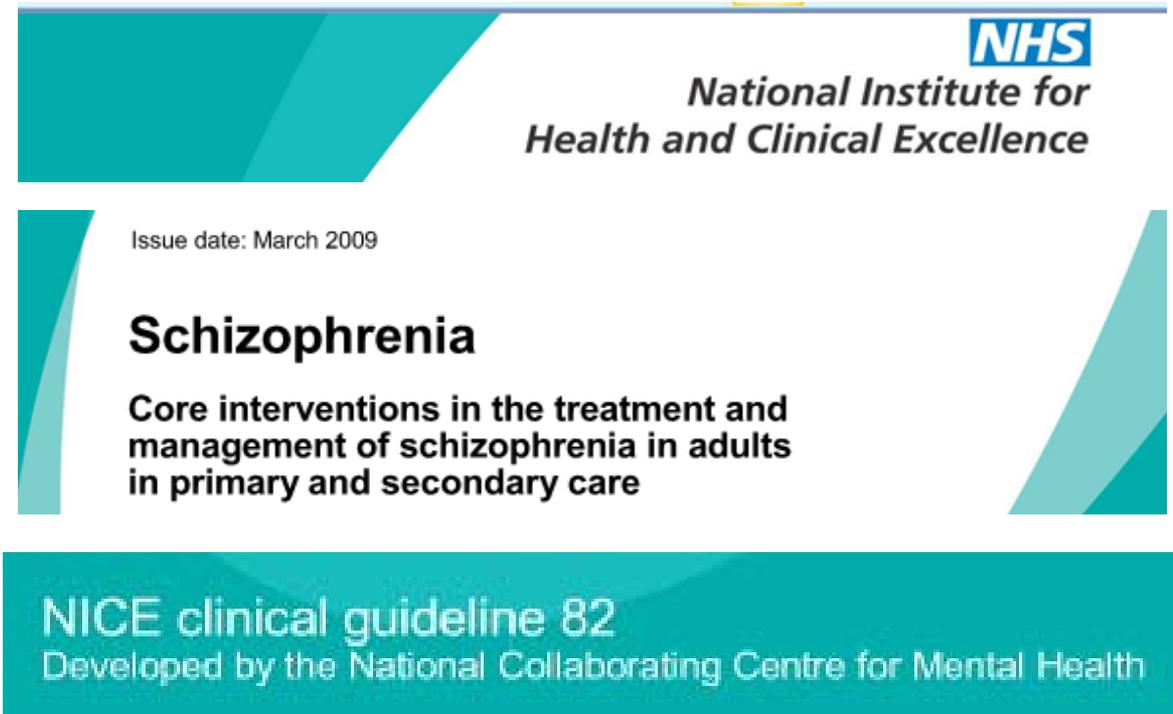
Beispiel: Depression als „Stoffwechselerkrankung“

	Biologisch	Psychologisch
Dominierende Grundperspektiven	behavioral schlecht beeinflussbare Variablen	behavioral gut beeinflussbar
Attribution von Therapieerfolg	external (Medikament)	internal
Konsequenz für Selbstwirksamkeitserwartung	↓	↑
Patientensicht: Verhältnis zu BehandlerIn	Abgabe von Verantwortung Kompetenzgefälle	BehandlerIn regt an, Verantwortung bleibt bei Pat.
Therapieerwartung	passiv (empfangend)	aktiv
Stabilität Behandlungserfolg	Abhängig von Weiterführung der Medikamentengabe	Abhängig von Erweiterung der Kompetenzen
Kombination	state dependent learning	

Nebeneffekt: Forschungsförderung mit Möglichkeit des „publication bias“ und Auswirkungen auf Behandlungsleitlinien



CBT bei Schizophrenie (Großbritannien): NICE



1.3.4 Psychological and psychosocial interventions

1.3.4.1 Offer cognitive behavioural therapy (CBT) to all people with schizophrenia. This can be started either during the acute phase or later, including in inpatient settings.

Anwendungsgebiete der Psychotherapie (D)

Psychotherapierichtlinien (2009)

Indikationen

1. Affektive Störungen: depressive Episoden, rezidivierende depressive Störungen, Dysthymie
2. Angststörungen und Zwangsstörungen
3. Somatoforme Störungen und Dissoziative Störungen (Konversionsstörungen)
4. Reaktionen auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen
5. Essstörungen
6. Nichtorganische Schlafstörungen
7. Sexuelle Funktionsstörungen
8. Persönlichkeitsstörungen und Verhaltensstörungen
9. Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend

Neben oder nach einer „somatisch ärztlichen Behandlung“

1. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten unter Abstinenz
2. Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen
3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe
4. Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen

Richtlinie des Gemeinsamen Bundesausschusses über die Durchführung der Psychotherapie (Psychotherapie-Richtlinie) in der Fassung vom 19. Februar 2009, veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009; Nr. 58: S. 1399, zuletzt geändert am 15. Oktober 2009 veröffentlicht im Bundesanzeiger 2009; Nr. 186: S. 4137, in Kraft getreten am 10. Dezember 2009

- Fehlende Krankheitseinsicht: Ich-Syntonie der Störung
- Schlechte Adherence: Unzuverlässige Befolgung der Therapiemaßnahmen
- Chronizität
- System (Familie etc.) stark involviert
- Einnahme einer Krankenrolle – Krankheitsverhalten
- Labeling und Stigmatisierung
- Positivsymptome: Denken, Wahrnehmen, Fühlen
- Negativsymptome: Antrieb, Stimmung

Realität in der ambulanten Psychotherapie

- Im Vordergrund (quantitativ): neurotische und affektive Erkrankungen
- Sehr geringe Fallzahlen: Psychotische und Abhängigkeitserkrankungen
- Stunden-Takte eines Praxis-Alltags: Schwierigkeit im Umgang mit / Abrechnung von Nichterscheinen
- Bericht: Motivation abhängigkeitskranker Pat. in Düsseldorf zur Teilnahme an einer Psychotherapie-Ausbildungsveranstaltung

Aus den „10 Thesen von Prof. Dr. Thomas Bock“:

- 5) Aktuell gilt noch: Je gesünder, desto eher und je kränker, desto seltener erhalten psychisch erkrankte Menschen und ihre Familien psychotherapeutische Unterstützung.
- 6) Dieser Mangel entspricht nicht dem Potenzial der Psychotherapie, erst recht nicht den Bedürfnissen und Möglichkeiten von Patienten und Angehörigen. Er reflektiert ungünstige Organisations- und Finanzierungsstrukturen sowie unzureichende Ausbildungs- und Forschungsbedingungen.

Provozierende Fragen

1. Ist (ambulante) Psychotherapie in Deutschland „gesprächslastig“ und vermeidet das therapeutische Arbeiten im direkten Lebensumfeld?
 - Exposition bei schwerer Agoraphobie und Panikstörung
 - Cue-exposure bei Abhängigkeitserkrankungen
 - System (Familie, Arbeitsplatz) und physikalisches Lebensumfeld bei psychotischen Erkrankungen
2. Trauen sich psychologische Psychotherapeutinnen (m/w) die Therapie von Menschen mit psychotischen und Abhängigkeitserkrankungen zu wenig zu?
3. Gilt die therapeutische Arbeit mit psychotischen und Abhängigkeitserkrankungen als wenig therapeutisch, wenig psychologisch?
4. Gelten „schwere“ psychische Erkrankungen als Domäne der mehr medizinisch-biologisch ausgerichteten Therapien?

