

Psychotherapie schizophrener Störungen

Dipl.Psych. Hans Gunia und Prof. Martin Hambrecht

6. Vortrag der Reihe “Mosaik Schizophrenie”
des Angehörigenvereins Darmstadt e.V.

2. Dezember 2019

Offenes Haus der Kirche, Darmstadt

Übersicht

- Das Diagnostische Spektrum
- Therapieziele
- Kombinationsbehandlung
- **Therapieverfahren und ihre Wirksamkeit**
 - Psychoedukation
 - Familieninterventionen, Training sozialer Kompetenz
 - (Kognitive) Verhaltenstherapie
 - Metakognitives Training
 - Psychodynamische/psychoanalytische Therapie

Das diagnostische Spektrum

- Es gibt nicht «die Schizophrenie».
- Eugen Bleuler: «Gruppe der Schizophrenien»
- Fließende Übergänge in alle Richtungen: zu Depression, zu Manie, zu Angst- und Persönlichkeitsstörungen etc.
- sehr unterschiedliche Verlaufsformen

Therapieziele

- Kernsymptomatik («Positivsymptome»):
Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen
- Negativsymptome
- Depressive Symptome
- Denkstörungen
- Beeinträchtigungen der Interaktion und des Sozialverhaltens

Kombinationsbehandlung

- Keine ausschließlich psychotherapeutische Behandlung bei eng diagnostizierten Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
- Die primäre Vulnerabilität ist biologisch verankert.
- Keine randomisierten und kontrollierten Studien mit Psychotherapie als Monotherapie
- Alle Empfehlungen betreffen daher Psychotherapie als Add-on

Verfahrensübergreifende, allgemeine Wirkfaktoren in der Psychotherapie

Jerome Frank («Persuasion and Healing»):

Jegliche Psychotherapie wirkt aufgrund von 4 Faktoren:

1. eine vertrauensvolle therapeutische Beziehung, die Hoffnung gibt
2. ein therapeutisches Setting (ein Ort, ein Ritual ...)
3. die Vermittlung einer Behandlungstheorie
4. die Durchführung eines therapeutischen Verfahrens

Therapieverfahren und ihre Wirksamkeit

- Psychoedukation
- Familieninterventionen
- Training sozialer Kompetenz
- (Kognitive) Verhaltenstherapie
- Metakognitives Training
- Psychodynamische/psychoanalytische Therapie

Andere Psychotherapieverfahren (z.B. DBT) wurden bei schizophrenen Störungen nicht beforscht und werden nicht systematisch angewandt. Elemente von diesen sind aber möglicherweise geeignet.

Was bringen psychotherapeutische Interventionen bei Schizophrenie ? - eine exemplarische Studie -

Family Psychoeducation, Social Skills Training, and
Maintenance Chemotherapy in the Aftercare
Treatment of Schizophrenia -

Two-Year Effects of a Controlled Study on Relapse and
Adjustment

Hogarty, Anderson, Reiss, Kornblith, Greenwald, Ulrich & Carter -
The Environmental-Personal Indicators in the Course of
Schizophrenia (EPICS) Research Group (1991)

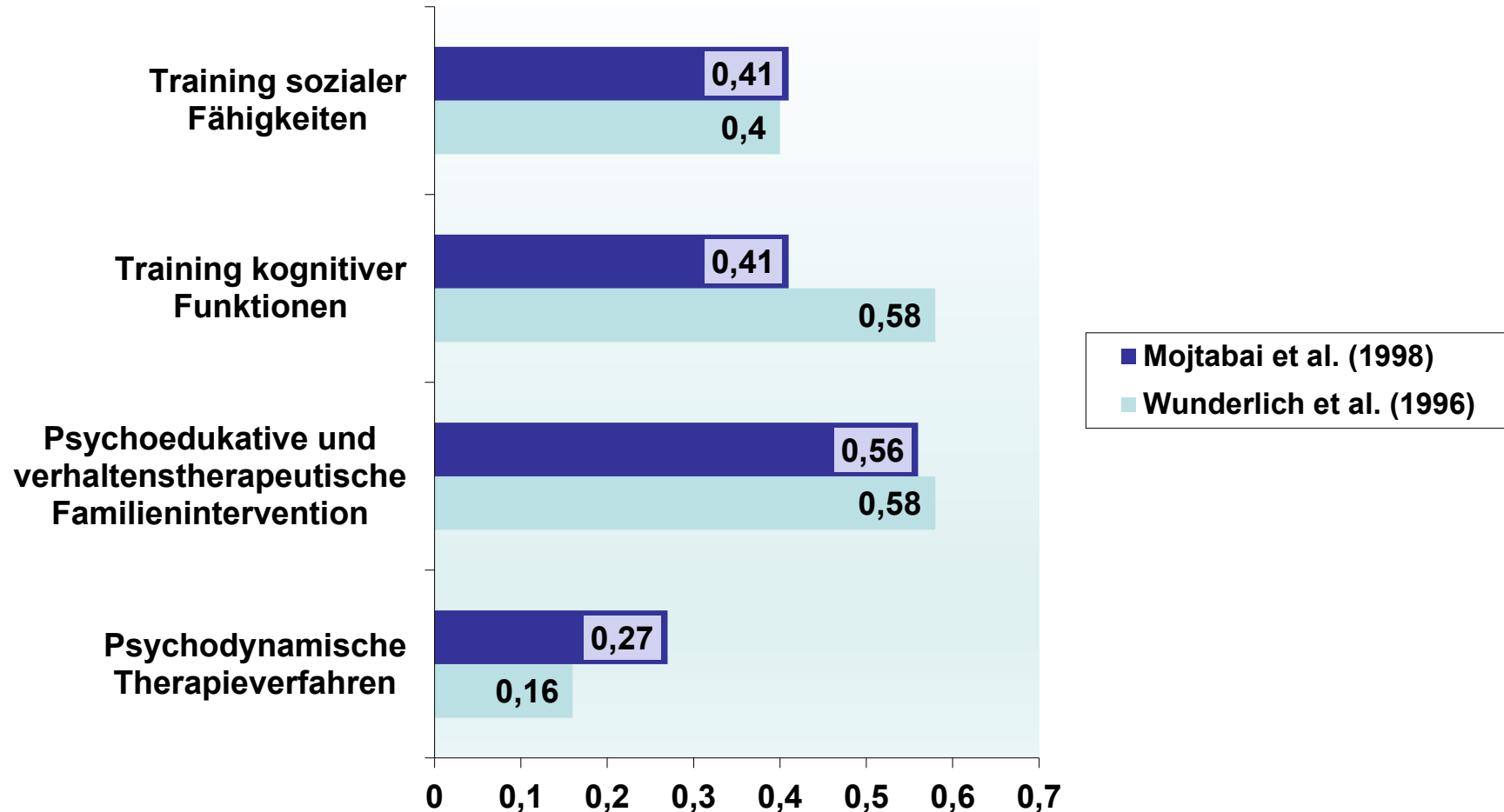
Table 1. – Relapse at 1 and 2 Years

	Treatment Takers (N=90) *			Treatment Takers Plus Partial Treatment Takers (N=102) †		
	n	No. (%) Relapsed		n	No. (%) Relapsed	
		Year 1	Year 2		Year 1	Year 2
Family treatment and drug	21	4 (19)	6 (29)	22	5 (23)	7 (32)
Social skills training and drug	20	4 (20)	10 (50)	23	7 (30)	13 (57)
Family treatment, social skills training, and drug	20	0 (0)	5 (25)	23	2 (9)	8 (35)
Drug controls	29	11 (38)	18 (62)	35	16 (46)	23 (66)

* Likelihood χ^2 partials and *P* values are as follows: 1 year: family treatment, 5.66, *P* = .017; social skills training, 5.14, *P* = .023; no interaction; 2 years: family treatment, 8.20, *P* = .004; social skills training, 0.66, *P* = .44; no interaction.

† Likelihood χ^2 partials and *P* values are as follows: 1 year: family treatment, 6.60, *P* = .010; social skills training, 2.90, *P* = .090; no interaction; 2 years: family treatment, 8.16, *P* = .004; social skills training, 0.15, *P* = .69; no interaction.

Metanalysen zur Wirksamkeit der verschiedenen Verfahren



Mittlere Effektstärken psychologischer Therapieansätze in der Schizophreniebehandlung

Was ist Psychoedukation ?

Ein Überbegriff für

- systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen
- mit dem Ziel, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren,
- ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern
- und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen (Bäuml u. Pitschel-Walz 2007)

Empfehlung der neuesten Leitlinie

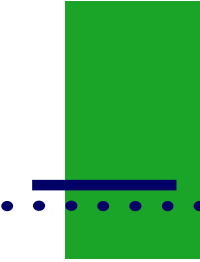
S3-Leitlinie „Schizophrenie“ der DGPPN vom März 2019:

Menschen mit Schizophrenie soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte **Psychoedukation** im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden.

Angehörige und andere Vertrauenspersonen sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden.

„soll“ = höchster Empfehlungsgrad (A)

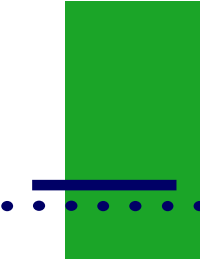
Psychoedukative Familienintervention

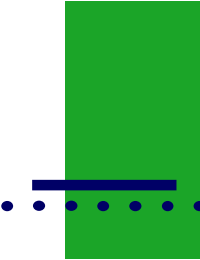


Mehrere Familien werden zu einer Gruppe zusammengefasst, in der Patienten ebenso vertreten sind wie Angehörige.

1. – 5. Abend: Informationsvermittlung

6. – 10. Abend: Kommunikationsstrategien,
Problemlösekonzepte, Rollenspiele

- 
1. Abend: Gegenseitiges Kennenlernen, Äußern von Wünschen und Bedürfnissen, Vorstellen des Konzepts.
 2. Abend: Informationen über Psychosen, Einteilung, Genese (Vulnerabilitäts-StreßModell), Expressed Emotion-Konzept, Verlauf und Prognose, Expressed Emotions und Verlauf.
 3. Abend: Informationen über die medikamentöse Behandlung von Psychosen, Biochemische Grundlagen der medikamentösen Therapie, Nebenwirkungen.
 4. Abend: Nichtmedikamentöse Behandlungsformen, Stressbewältigung, Perspektive nach der Entlassung.
 5. Abend: Frühwarnzeichen erkennen und zur Rückfallprophylaxe verwenden, Krisenpläne.

- 
6. Abend: Kommunikationstechniken, Übungen und Rollenspiele.
 7. Abend: Kommunikationstechniken, Übungen und Rollenspiele.
 8. Abend: Vorstellen des Problemlösekonzepts und Kommunikationsübungen.
 9. Abend: Rollenspiele mit Videofeedback ausgehend von dem Problemlösekonzept.
 10. Abend: Rollenspiele mit Videofeedback ausgehend von dem Problemlösekonzept und Abschlussbesprechung.

Nach einem halben Jahr erfolgt eine Wiederauffrischungssitzung, in der wichtige Inhalte wiederholt und vertieft werden.

Empfehlung der neuesten Leitlinie

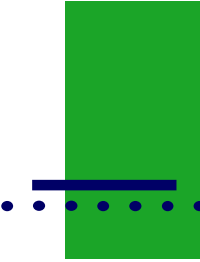
Bei akuter Exazerbation oder nach einem Rezidiv soll die psychotherapeutische Behandlung unter **Einbeziehung der Familie** oder Vertrauenspersonen/Bezugspersonen stattfinden, wenn Betroffener und Familienmitglieder zusammenleben oder im nahen Kontakt stehen.

Diese kann in der Akutphase oder später, auch im Krankenhaus, begonnen werden.

„soll“ = höchster Empfehlungsgrad(A)

„kann“ = dritthöchster Empfehlungsgrad (0)

Training Sozialer Kompetenz



- Ist ein Therapieverfahren in der Gruppe
- Ist verhaltensorientiert aufgebaut und besteht in der Regel aus den Modulen:
 - Selbstsicheres Neinsagen
 - Äußern von Bitten und Bedürfnissen
 - Aufbau und Verbessern von Beziehungen
 - Äußern von Gefühlen

Empfehlung der neuesten Leitlinie

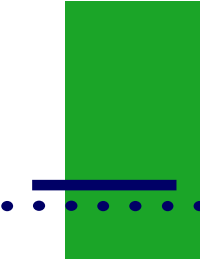
Bei Vorliegen relevanter Einschränkungen der sozialen Kompetenzen sowie bei anhaltender Negativsymptomatik soll ein **Training Sozialer Fertigkeiten** angeboten werden. Es sollte sich über mehrere Monate erstrecken und durch Aufgaben zum **Alltagstransfer** ergänzt werden.

„soll“ = höchster Empfehlungsgrad (A)

„sollte“ = zweithöchster Empfehlungsgrad (B)

„kann“ = dritthöchster Empfehlungsgrad (0)

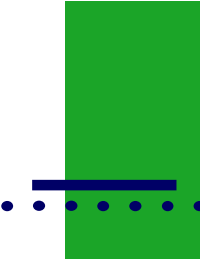
Kognitives Training



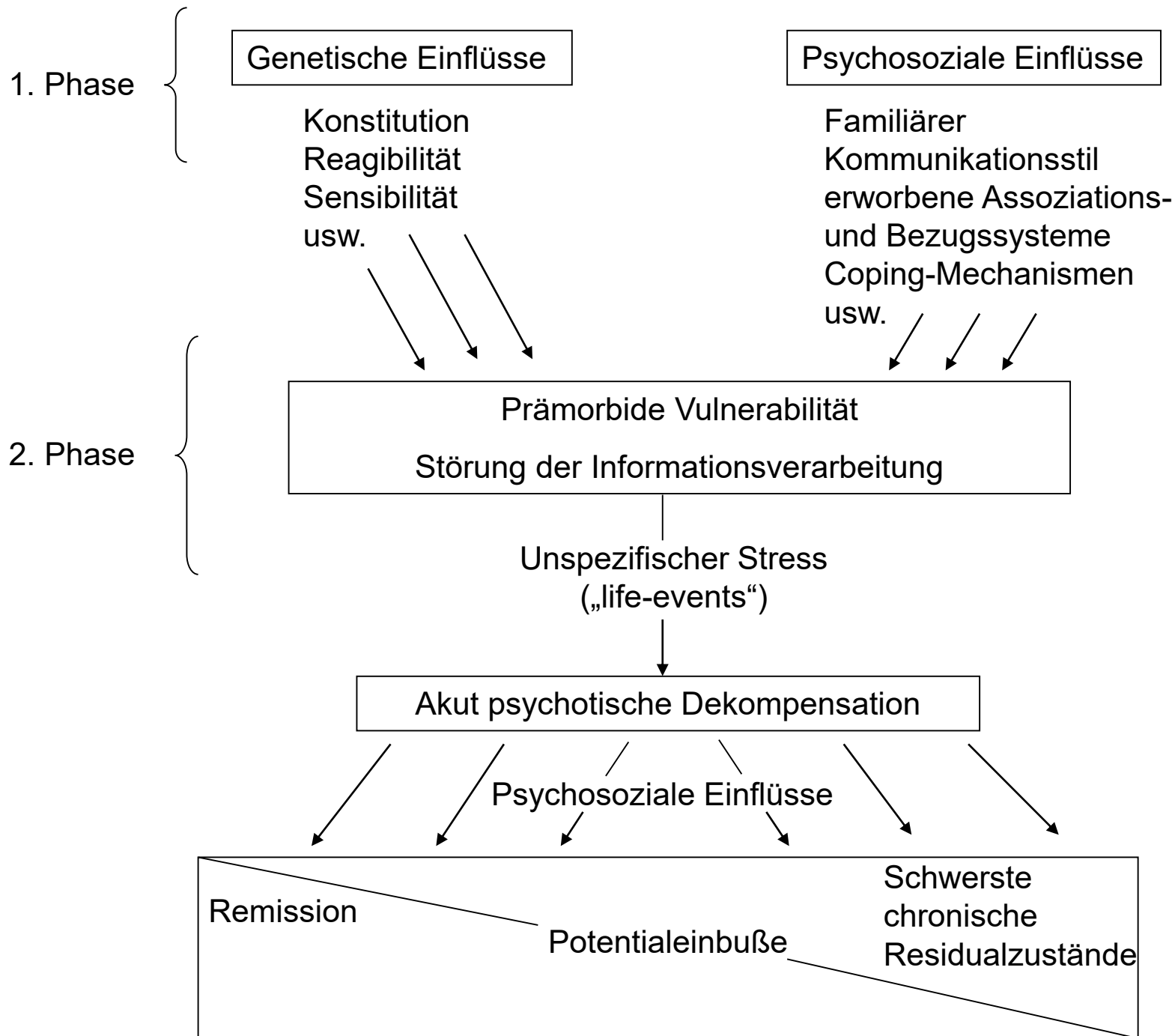
- z.B. Cogpack
- im Einzelsetting am PC
- in der Form von Computerspielen aufgebaut
- Der Patient erhält Rückmeldung über seine Leistung im Vergleich zu anderen Patienten und im Vergleich zu sich selbst.
- Die Schwierigkeit ist individuell einstellbar.

- Wirksamkeit: Die innerhalb des Programms trainierten Leistungen werden besser. Die Teilnehmer profitieren evtl. mehr von anderen Therapiebausteinen.
- Letztlich ist der Transfer in den Alltag nicht bewiesen.
- Das Programm scheint keinen Effekt auf die Konzentrationsfähigkeit wohl aber auf die Psychopathologie zu haben.

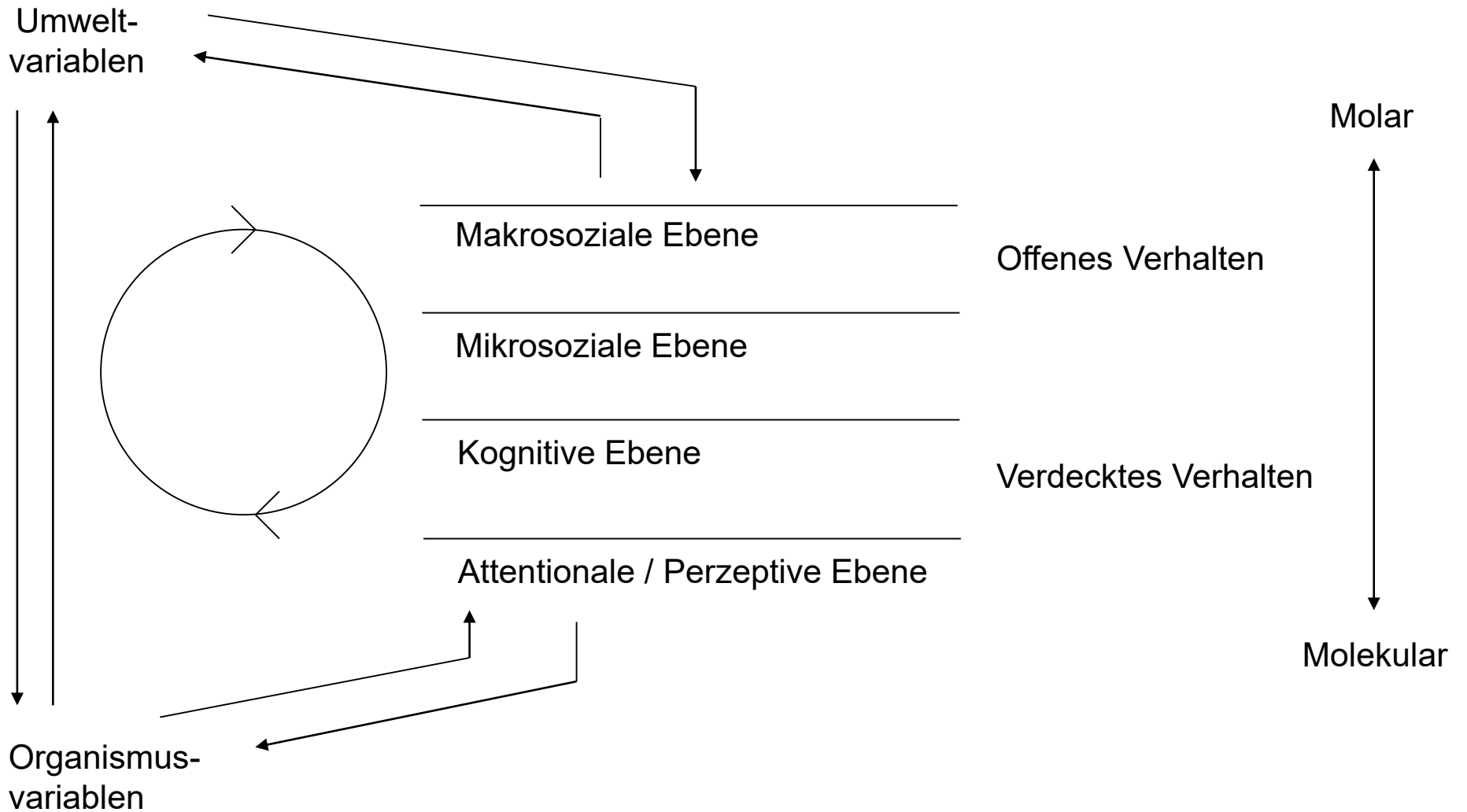
Integriertes Psychologisches Trainingsprogramm (IPT)



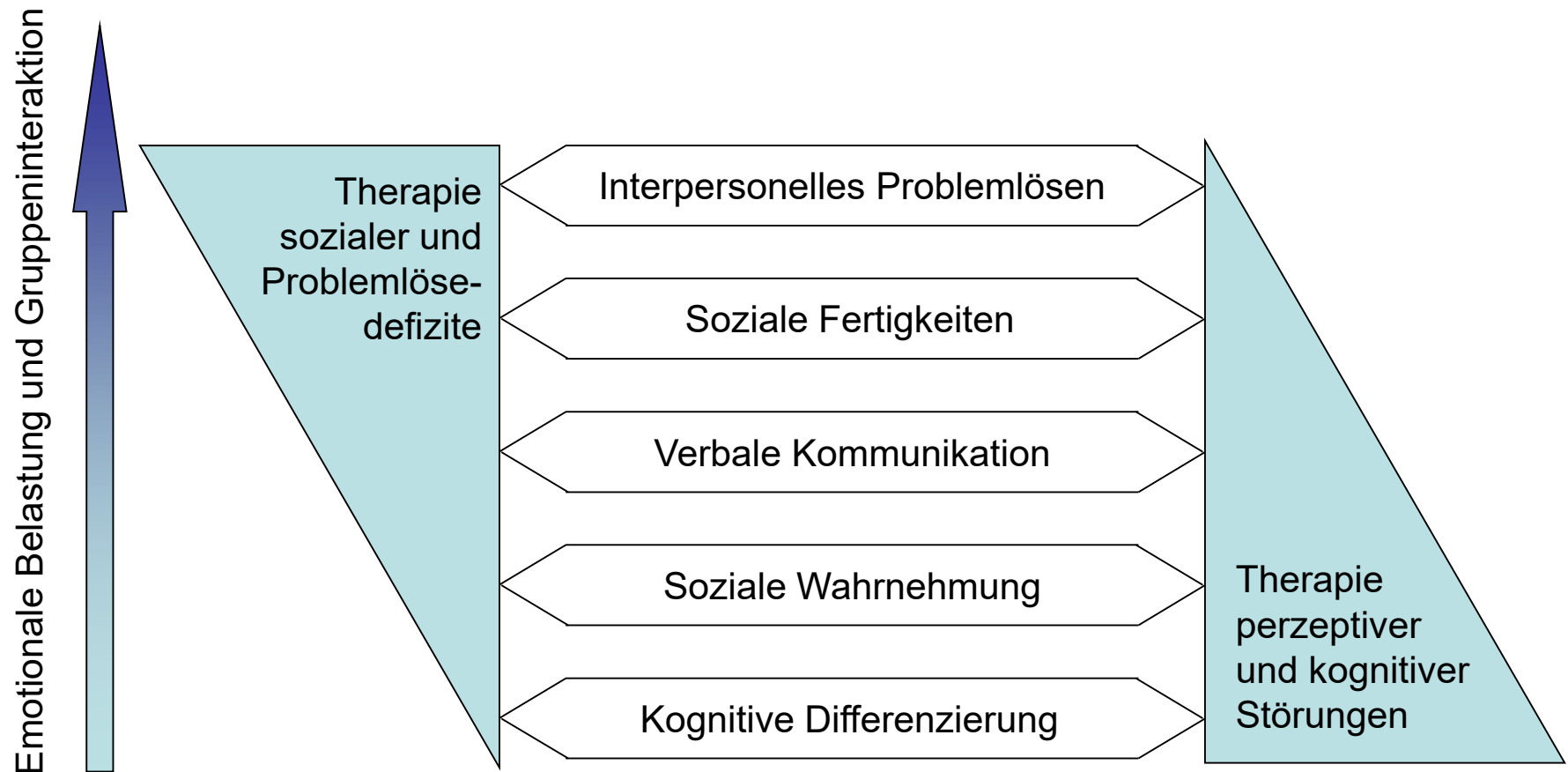
- Das IPT wurde von der Arbeitsgruppe um Brenner, Roder, Kienzle und Hodel in Mannheim, Münsterlingen und Bern vor mehr als 30 Jahren entwickelt und ständig an den aktuellen Forschungsstand angepasst.
- Das IPT ist ein kognitiv-behavioraler Gruppentherapieansatz für 5–8 Patienten und besteht aus 5 Unterprogrammen.



Pervasivitätsmodell (Brenner, 1986)



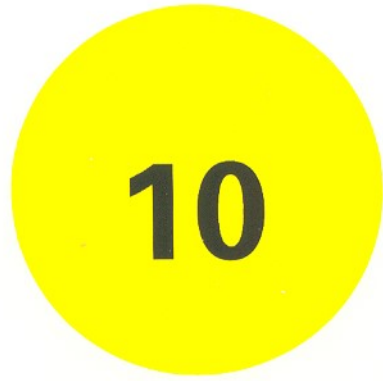
Schematische Darstellung des Integrierten Psychologischen Therapieprogramms (IPT)



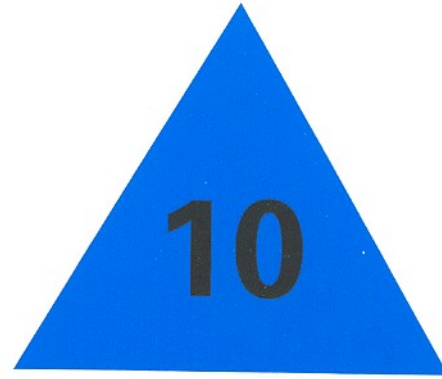


Aufbau des IPT: Unterprogramme

- Kognitive Differenzierung
- Soziale Wahrnehmung
- Verbale Kommunikation
- Soziale Fertigkeiten
- Interpersonelles Problemlösen



Dienstag



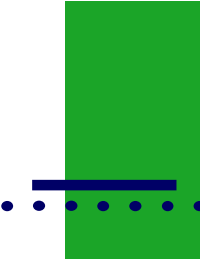
Montag



Donnerstag



Freitag



Empfehlung der neuesten Leitlinie

Kognitive Remediation soll bei Menschen mit Schizophrenie mit Beeinträchtigung der kognitiven Prozesse (Aufmerksamkeit, Lernen und Gedächtnis, Exekutivfunktionen, soziale Kognitionen oder Metakognitionen) zur Verbesserung der kognitiven Leistungsfähigkeit und der psychosozialen Funktionsfähigkeit angeboten werden.

„soll“ = höchster Empfehlungsgrad (A)

Kognitive bzw. Kognitive Verhaltens-Therapie

- Bewältigungsorientierte Therapie (Lincoln, Roder et al.)
- Kognitive Therapie im engeren Sinn (z.B. Chadwick et al.)

Empfehlung der Leitlinie:

Menschen mit einer Schizophrenie soll eine **Kognitive Verhaltenstherapie** (KVT) angeboten werden.

„soll“ = höchster Empfehlungsgrad (A)

Bewältigungsorientierte Therapie

Auf dem Boden einer individuellen Problemanalyse werden **Bewältigungsstrategien** erarbeitet für:

- Umgang mit Symptomen
- Erkennen von Frühwarnzeichen
- Rezidivprophylaxe
- Umgang mit Negativsymptomen

Kognitive (Verhaltens-)Therapie im engeren Sinn

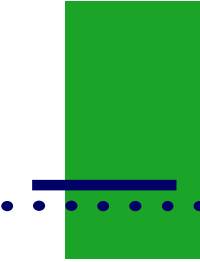
- Gezielte Veränderung **negativer selbstbezogener Schemata** in Anlehnung an die kognitive Verhaltenstherapie von A.T. Beck
- Kognitive **Umstrukturierung wahnhafter Überzeugungen** und dysfunktionaler Kognitionen

Kognitive Therapie des Wahns (1)

Prinzip:

- Den Wahn als **Hypothese** auffassen, die wahr oder falsch sein kann.
- Gegenüber dem Wahn mit dem Patienten zusammen eine gemeinsame **hypothesenprüfende Haltung** einnehmen.

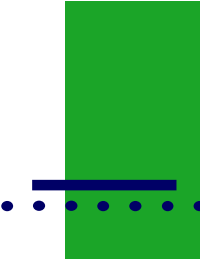
Kognitive Therapie des Wahns (2)



Durchführung 1. Schritt :

- Problem des Patienten in Form des A-B-C beschreiben.
- Die Situation (A) herausarbeiten.
- Die Bewertung (B) herausarbeiten.
- Das Gefühl oder Verhalten (C) herausarbeiten.

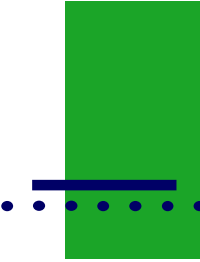
Kognitive Therapie des Wahns (3)



Durchführung 2. Schritt:

- den Überzeugungsgrad evaluieren, wie sicher ist sich der Patient, dass seine Bewertung stimmt (von 0 bis 100)
- die Zeit der gedanklichen Beschäftigung mit dem Wahn evaluieren (Wieviel Zeit verbringt der Patient mit dem Wahn ?)

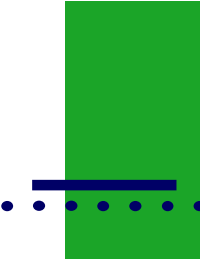
Kognitive Therapie des Wahns (4)



Durchführung 3. Schritt:

- Widersprüche innerhalb des Denkgebäudes aufdecken (sanft)
- Fragen, welche vergangenen Ereignisse den Wahn unterstützen und welche ihm widersprechen?
- Was würde Sie davon überzeugen, dass Ihre ‚Wahn‘idee nicht stimmt?

Kognitive Therapie des Wahns (5)



Durchführung 4. Schritt:

Testen der Realität

- Die Schlussfolgerung spezifizieren, wenn der Test gemacht wird (wenn....., dann...)
- Die existierenden Belege für den vorhergesagten Ausgang zusammenfassen
- Ein Experiment durchführen, dass die Schlussfolgerung des Wahngedankens widerlegt

Das Metakognitive Training für Psychose (MKT)

- ein von Moritz (Hamburg) entwickelter Ansatz zur Behandlung von Symptomen der Schizophrenie
- basiert auf den theoretischen Grundlagen der Verhaltenstherapie der Schizophrenie
- fokussiert auf problematische Denkstile bzw. Denkverzerrungen, welche mit der Entstehung und Aufrechterhaltung der Positivsymptomatik in Zusammenhang gebracht werden.
- Die Erarbeitung der Übungen erfolgt spielerisch in Gruppen- oder Einzelsitzung.

(Unentschiedene) Empfehlung der Leitlinie:

Zur Reduktion der Positivsymptomatik sollte/soll das Metakognitive Training angeboten werden.

Veränderung der eigenen Sichtweise

Es gibt eine menschliche Neigung, an seiner ersten Meinung festzuhalten (z.B.: Vorurteile, „Der erste Eindruck stimmt“-Haltung).

Gründe: Bequemlichkeit, „Bestätigungstendenz“*, Gedankenlosigkeit, einfache „Wahrheiten“ erleichtern Orientierung/Weltbild, Stolz

Probleme: ???

* man sieht nur das, was man sehen möchte

Veränderung der eigenen Sichtweise

Es gibt eine menschliche Neigung, an seiner ersten Meinung festzuhalten (z.B.: Vorurteile, „Der erste Eindruck stimmt“-Haltung).

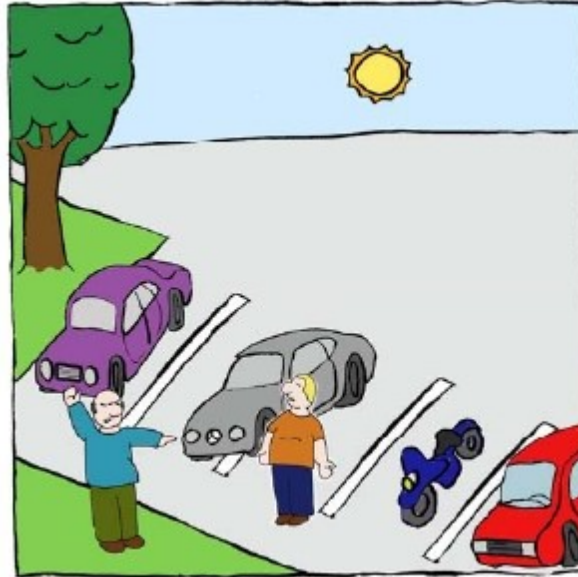
Gründe: Bequemlichkeit, „Bestätigungstendenz“*, Gedankenlosigkeit, einfache „Wahrheiten“ erleichtern Orientierung/Weltbild, Stolz

Probleme:

- Falsche Urteile (Vorurteile) werden beibehalten
- unangemessene Generalisierung (von einem auf alle schließen!)
- jemandem wird keine 2. Chance eingeräumt, die er vielleicht verdient hätte.

* man sieht nur das, was man sehen möchte

Bitte schätzen Sie die Plausibilität ein



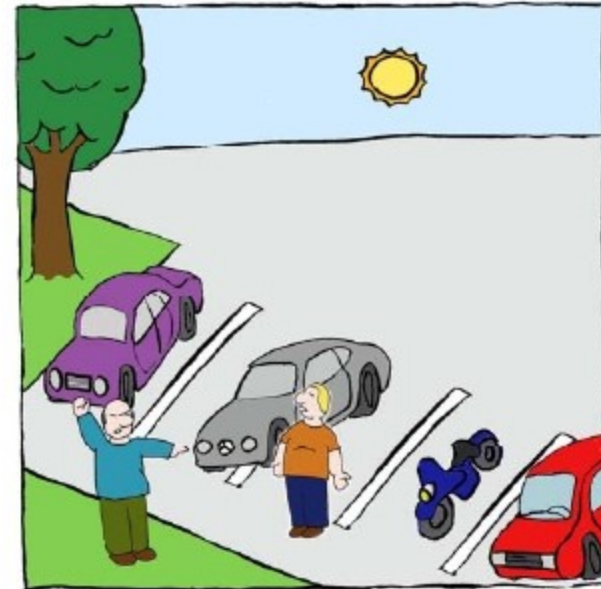
3

- (1) Die Männer streiten sich um einen Parkplatz im Schatten.
- (2) Der Mann rügt den anderen zu Recht, weil er mit seinem Auto zwei Parkplätze belegt.
- (3) Der Fahrer des grauen Mercedes wird zu Unrecht kritisiert.
- (4) Die beiden Männer sind sich wegen eines Autohandels uneins.

Beurteilen Sie die Plausibilität nochmals



2



3

- (1) Die Männer streiten sich um einen Parkplatz im Schatten.
- (2) Der Mann rügt den anderen zu Recht, weil er mit seinem Auto zwei Parkplätze belegt.
- (3) Der Fahrer des grauen Mercedes wird zu Unrecht kritisiert.
- (4) Die beiden Männer sind sich wegen eines Autohandels uneins.

Beurteilen Sie die Plausibilität nochmals



- (1) Die Männer streiten sich um einen Parkplatz im Schatten.
- (2) Der Mann rügt den anderen zu Recht, weil er mit seinem Auto zwei Parkplätze belegt.
- (3) Der Fahrer des grauen Mercedes wird zu Unrecht kritisiert.
- (4) Die beiden Männer sind sich wegen eines Autohandels uneins.

Beurteilen Sie die Plausibilität nochmals



- (1) Die Männer streiten sich um einen Parkplatz im Schatten.
- (2) Der Mann rügt den anderen zu Recht, weil er mit seinem Auto zwei Parkplätze belegt.
- (3) Der Fahrer des grauen Mercedes wird zu Unrecht kritisiert.
- (4) Die beiden Männer sind sich wegen eines Autohandels uneins.

Psychodynamische/psychoanalytische Therapie

- Begründet in der psychoanalytischen Theorie
- Arbeitet mit (Gegen-)Übertragung und unbewussten Prozessen
- Modernes, modifiziertes psychodynamisches Konzept:
 - Es geht um das Selbsterleben.
 - Betroffene haben Schwierigkeiten, sich auf Beziehung einzulassen und gleichzeitig die eigene Identität aufrecht zu erhalten.
 - = existentielle Problematik der Nähe-Distanz-Regulation bzw. eine Abhängigkeits-Autonomie-Problematik
 - Psychotische Symptome als Versuch, die chaotische Situation zu restrukturieren.

Psychodynamische/psychoanalytische Therapie

Wirksamkeit

- Es fehlen randomisierte kontrollierte Studien
- Studien hatten keine oder komplexe Vergleichsbedingungen oder andere methodische Probleme
- Fazit: Keine empirische Evidenz für die Wirksamkeit
- Psychodynamisches Wissen hilft jedoch zum Verständnis des subjektiven Erlebens und der Beziehungen von Menschen mit Psychosen.

Empfehlung der Leitlinie:

Psychodynamische Therapie kann zur Verbesserung des globalen Funktionsniveaus angeboten werden (Evidenzgrad 0).

Zusammenfassung

- Es gibt ein **breites Spektrum** an psychoedukativen, trainierenden, verhaltenstherapeutischen und psychodynamischen Verfahren für schizophrene Störungen.
- Psychotherapeutische Verfahren sind sinnvoll und notwendig, wurden aber **nur als Add-on** zu medikamentöser Therapie beforscht.
- Die Wirksamkeit ist für einige Verfahren so gut belegt, dass sie in den neuesten Leitlinien den **Empfehlungsgrad A** erhielten („sollen angeboten werden“):
Psychoedukation, Training sozialer Fertigkeiten, Kognitive Remediation, Kognitive (Verhaltens-)Therapie.

Umsetzung in Klinik und Praxis ?

- **In Kliniken** bestehen vielfältige Angebote, die teilweise mehr von persönlichen Erfahrungen und Vorlieben geprägt sind, als an Leitlinien orientiert.
- Schon bisher auf der Grundlage der Psychiatrie-Personalverordnung Psych-PV keine ausreichende Finanzierung leitliniengerechter Therapieangebote.
- Durch die neuesten Beschlüsse des Gemeinsamen Bundesausschusses G-BA wird diese Unterfinanzierung zementiert.
- **In psychotherapeutischen Praxen** zeigt sich ein heterogenes Bild. Patienten mit schizophrenen Störungen sind unterrepräsentiert. Gruppenverfahren sind aufwändig in der Organisation.

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit !

praxis@hansgunia.de

hambrecht.martin@eke-da.de