



Psychotherapie bei schizophrenen Störungen

State of the Art: Empfehlungen der NICE-Guideline Schizophrenia

Stefan Klingberg

Berlin, 18.04.2012

Symposium der Bundespsychotherapeutenkammer
Gute Praxis psychotherapeutische Versorgung: Psychosen

stefan.klingberg@med.uni-tuebingen.de



**Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie, Tübingen**

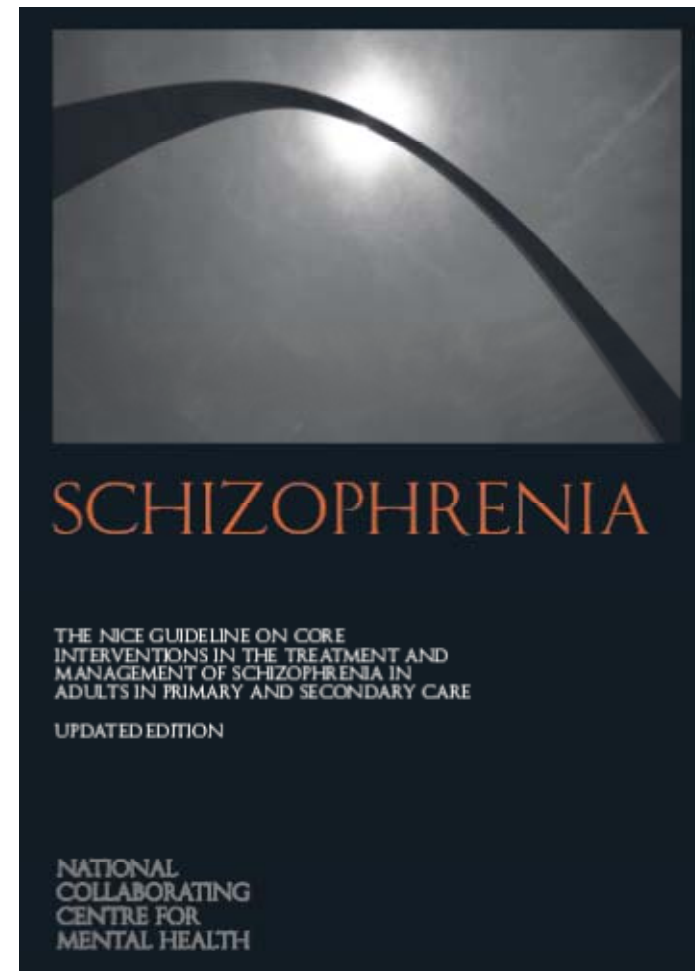
Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien zur Schizophrenie

- DGPPN, 2006
- APA, 2004 (mit „guideline watch“ aus 2009)
- PORT 2009 („Schizophrenia Patient Outcomes Research Team, Schiz. Bull. 36, 94-103)
- NICE 2009
(auch rezipiert u.a. in den Niederlanden und Italien)
- Viele weitere: Kanada, Australien/Neuseeland, Schottland

- Leitlinienvergleich: Gaebel et al., 2005
(Br J Psychiat, 187, 248)

NICE-Guideline

- Gesundheitspolitische Bedeutung im staatlichen Gesundheitssystem Großbritanniens
- Internationale Akzeptanz als „beste“ Leitlinie auf der Basis umfassender Entwicklungsarbeit
- Sprachliche Umsetzung der Empfehlungsstärke, keine Graduierung nach A, B, GCP...
- www.nice.org.uk/CG82



Strukturierung I: Behandlungsphasen

- Initiating treatment (first episode)
 - Early referral
 - Early intervention services
 - Medication
- Treating the acute episode
 - Service level intervention
 - Medication
 - Psychological intervention
- Promoting recovery
 - Service level intervention
 - Medication
 - Psychological intervention

„Consider community mental health teams alongside other community based teams as a way of providing services for people with schizophrenia)“

Strukturierung II: Behandlungsziele

NICE definierte als zu berücksichtigende Zielkriterien:

- Suizidalität
- Symptomatik (Positiv- und Negativ-Symptomatik),
- Rückfallraten
- psychosoziales Funktionsniveau
- Medikamenten-Compliance
- Krankheitseinsicht
- Lebensqualität
- Studienabbruch
- unerwünschte Ereignisse

Strukturierung III: Psychotherapeutische Verfahren

Es finden sich Ausführungen zu:

- Kognitive Verhaltenstherapie
- Familienintervention
- „Arts-Therapy“
- Psychoedukation
- Psychodynamische Therapie
- Kognitive Remediation
- Training sozialer Fertigkeiten
- Supportive Therapie
- „Adherence Therapy“

NICE-Guideline

Interventionsstrategie	Evidenzbasis	Zielkriterien ¹	Behandlungsphase	
			Akut	Langzeit
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	19 RCT ² : KVT vs. TAU ³ 14 RCT: KVT vs AK ⁴	Positiv-Symptomatik		
		Negativ-Symptomatik		
		Rückfallverhütung		
Familienintervention (FI)	26 RCT: FI vs. TAU 8 RCT: FI vs. AK	Symptomreduktion		
		Rückfallverhütung		
„Arts-Therapy“ (AT)	6 RCT: AT vs. Kontrolle	Negativ-Symptomatik		
Psychoedukation (PE)	8 RCT: PE vs. TAU 8 RCT: PE vs. AK	Alle Zielkriterien		
Psychodynamische Therapie (PT)	0 RCT			
Kognitive Remediation (KR)	10 RCT: KR vs. TAU 9 RCT: KR vs. AK	Kognitive Leistungsdefizite		
		Soziales Funktionsniveau		
Training sozialer Fertigkeiten (TSF)	10 RCT: TSF vs. TAU 10 RCT: TSF vs. AK	Negativ-Symptomatik		
		Alle anderen Zielkriterien		
Supportive Therapie (ST)	17 RCT: ST vs. AK	Alle Zielkriterien		
„Adherence Therapy“ (AdT)	5 RCT: AdT vs. Kontrolle	Alle Zielkriterien		

Cognitive Behavioural Therapy

Definition

„CBT was defined as a discrete psychological intervention where service users:

- establish links between their thoughts, feelings or actions with respect to the current or past symptoms, and/or functioning, and
- re-evaluate their perceptions, beliefs or reasoning in relation to the target symptoms.

In addition, a further component of the intervention should involve the following:

- service users monitoring their own thoughts, feelings or behaviours with respect to the symptom or recurrence of symptoms, and/or
- promotion of alternative ways of coping with the target symptom, and/or
- reduction of distress, and/or
- improvement of functioning.“

CBTp – Cognitive Behavioral Therapy for psychosis

Table 3. Results of Meta-analyses

	Mean Weighted Effect Size	95% Confidence Interval	Heterogeneity Test (<i>df</i>), Significance Level	No. of Studies	Sample Size
Target symptom	0.400	0.252, 0.548	74.1 (32), significant at the 5% level	33	1964
Positive symptoms	0.372	0.228, 0.516	61.7 (31), significant at the 5% level	32	1918
Negative symptoms	0.437	0.171, 0.704	118.1 (22), significant at the 5% level	23	1268
Functioning	0.378	0.154, 0.602	36.7 (14), significant at the 5% level	15	867
Mood	0.363	0.079, 0.647	52.7 (12) significant at the 5% level	15	953
Hopelessness	-0.190	-0.547, 0.166	10.0 (3), not significant	4	431
Social anxiety	0.353	n/a	n/a	2	61

Wykes et al. (2008)

Cognitive Behavioural Therapy Evidence and Recommendation

- „The systematic review of economic evidence showed that provision of CBT to people with schizophrenia in the UK improved clinical outcomes at no additional cost.“
- „Both the consistency with which CBT was shown to be effective across multiple critical outcomes and the potential net cost-savings to the NHS support the previous recommendations regarding the provision of CBT to people with schizophrenia.“
- „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.“
- „Offer CBT to assist in promoting recovery in people with persisting positive and negative symptoms and for people in remission. Deliver CBT as described in recommendation.“
- „CBT should be delivered on a one-to-one basis over at least 16 planned sessions“

Family Intervention

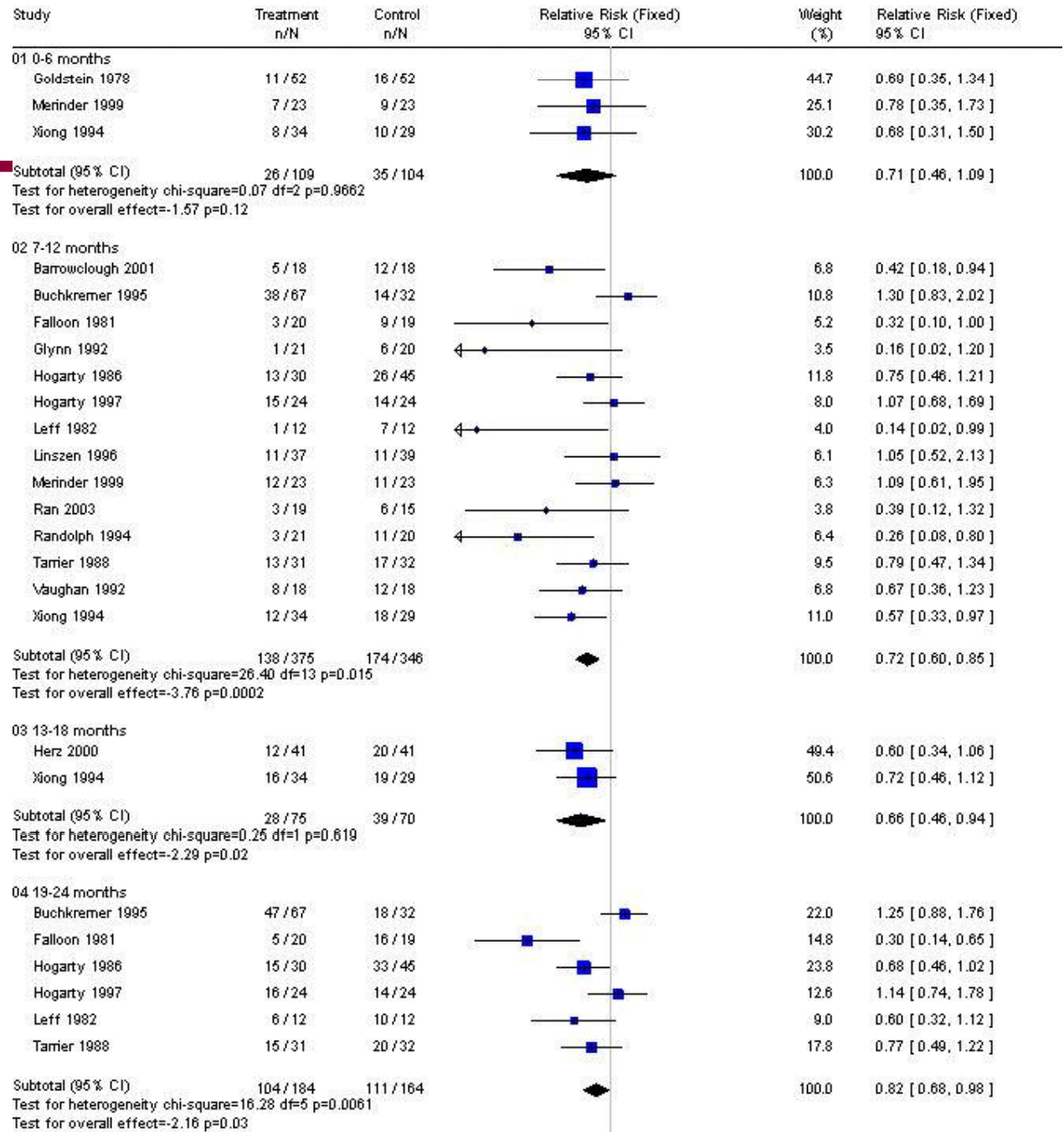
Definition

„Family intervention was defined as discrete psychological interventions where:

family sessions have a specific supportive, educational or treatment function and contain at least one of the following components:

- problem solving/crisis management work, or
- intervention with the identified service user.“

Familien- intervention



Pharoa et al. (2004)

Family Intervention

Evidence and Recommendation

„In 32 RCTs including 2429 participants, there was robust and consistent evidence for the efficacy of family intervention. When compared with standard care or any other control, there was a reduction in the risk of relapse with numbers needed to treat (NNTs) of 4 (95% CIs 3.23 to 5.88) at the end of treatment and 6 (95% CIs 3.85 to 9.09) up to 12 months following treatment. In addition, family intervention also reduced hospital admission during treatment and the severity of symptoms both during and up to 24 months following the intervention.“

Family Intervention

Treatment of acute episode

„Offer family intervention to all families of people with schizophrenia who live with or are in close contact with the service user. This can be started either during the acute phase²⁶ or later, including in inpatient settings.

Family intervention should:

- include the person with schizophrenia if practical
- be carried out for between 3 months and 1 year
- include at least ten planned sessions
- take account of the whole family's preference for either single-family intervention or multi-family group intervention
- take account of the relationship between the main carer and the person with schizophrenia
- have a specific supportive, educational or treatment function and include negotiated problem solving or crisis management work.“

Family Intervention

Promoting recovery

„Offer family intervention to families of people with schizophrenia who live with or are in close contact with the service user. Deliver family intervention as described in Recommendation.

Family intervention may be particularly useful for families of people with schizophrenia who have:

- recently relapsed or are at risk of relapse
- persisting symptoms.“

NICE-Guideline – Empfehlung zur Psychotherapie

- Offer CBT to all people with schizophrenia.
 - Offer family intervention to families of people with schizophrenia living with or in close contact with the service user.
 - Consider offering arts therapies, particularly to help negative symptoms of schizophrenia.
 - Start CBT, family intervention or arts therapies either during the acute phase or later, including in inpatient settings.
-
- Do not routinely offer counselling, supportive psychotherapy, or social skills training as specific interventions. However, take service user preferences for counselling and supportive psychotherapy into account, especially if CBT, family intervention and arts therapies are not available locally.
 - Do not offer adherence therapy as a specific intervention.
-
- Healthcare professionals may consider psychoanalytic and psychodynamic principles to help them understand the service user's experiences and their interpersonal relationships.

NICE-Guideline

Interventionsstrategie	Evidenzbasis	Zielkriterien ¹	Behandlungsphase	
			Akut	Langzeit
Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)	19 RCT ² : KVT vs. TAU ³ 14 RCT: KVT vs AK ⁴	Positiv-Symptomatik		
		Negativ-Symptomatik		
		Rückfallverhütung		
Familienintervention (FI)	26 RCT: FI vs. TAU 8 RCT: FI vs. AK	Symptomreduktion		
		Rückfallverhütung		
„Arts-Therapy“ (AT)	6 RCT: AT vs. Kontrolle	Negativ-Symptomatik		
Psychoedukation (PE)	8 RCT: PE vs. TAU 8 RCT: PE vs. AK	Alle Zielkriterien		
Psychodynamische Therapie (PT)	0 RCT			
Kognitive Remediation (KR)	10 RCT: KR vs. TAU 9 RCT: KR vs. AK	Kognitive Leistungsdefizite		
		Soziales Funktionsniveau		
Training sozialer Fertigkeiten (TSF)	10 RCT: TSF vs. TAU 10 RCT: TSF vs. AK	Negativ-Symptomatik		
		Alle anderen Zielkriterien		
Supportive Therapie (ST)	17 RCT: ST vs. AK	Alle Zielkriterien		
„Adherence Therapy“ (AdT)	5 RCT: AdT vs. Kontrolle	Alle Zielkriterien		

Psychotherapeutische Behandlung schizophrener Störungen – Tübinger Behandlungsprogramm

Behandlungsphase	Dauer	Patienten	Angehörige
Stat. Akutbehandlung	Nach Bedarf		
Stationäre Stabilisierungsphase	Konzipiert auf 8 Wochen – Abweichung möglich, z.B. TK oder Nachstationäre Behandlung	<ul style="list-style-type: none"> • Psychoedukation (16x) • Sozial-emotionales Training (16x, Kommunikation, Emotionswahrnehmung in standardisierten Situationen) • Sozialtherapeutische Gruppe (8x, Fertigkeitentraining zu Arbeit, Wohnen, Freizeit) 	<p>Zu Beginn und Ende: Familien-gespräch</p> <p>Angehörigengruppe (4x, analog zu Psychoedukation der Patienten)</p>
Ambulante Behandlung	1 Jahr	Kognitiv-verhaltenstherapeutische Gruppentherapie mit Problemlöse-training für individuelle Situationen	Angebot der Teilnahme an einer offenen Angehörigengruppe

Rückfallverhütung in der Routineversorgung

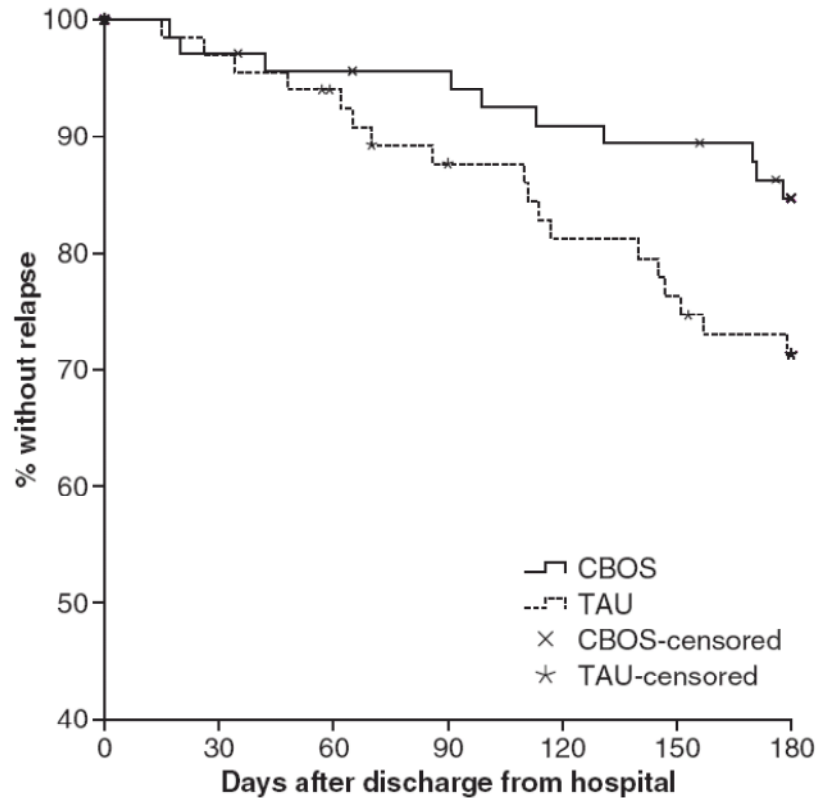


Fig. 2. Time to first relapse (primary endpoint) in cognitive behaviourally oriented service (CBOS) and treatment as usual (TAU) groups (main analysis). Note: log rank test (one-tailed): $\chi^2 = 3.38$; $P = 0.033$; CBOS $n = 84$ (16 censored cases at the beginning of the analysis, five cases censored during the interval); TAU $n = 85$ (19 + 5 censored cases).

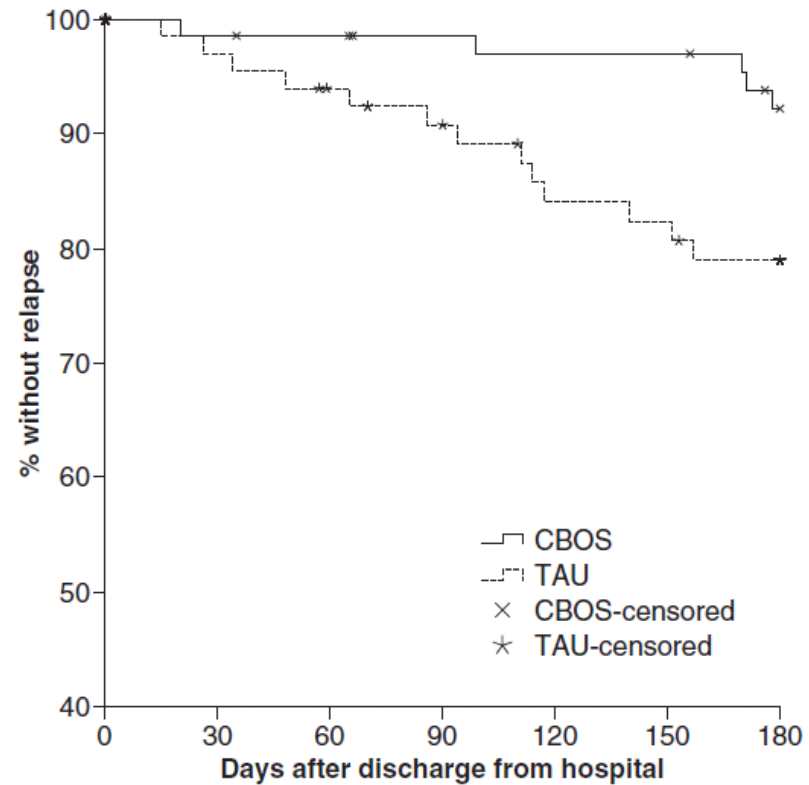


Fig. 3. Time to first exacerbation of negative symptoms in

Klingberg et al. 2009



POSITIVE-Network Speaker: Prof. Dr. Stefan Klingberg

The POSITIVE-Study (RCT): Prof. Dr. Stefan Klingberg

Study site Tübingen

Prof. Dr. Stefan Klingberg
Prof. Dr. Gerhard Buchkremer
PD Dr. Andreas Wittorf
Dr. Alexander Rapp
Dr. Dieter Stösser
Dipl. Psych. Ute Jakobi
Dipl.-Psych. Ines Lengsfeld
Dipl.-Psych. Stephanie Sickinger
Dipl.-Psych. Svenja Unsöld

Study site Frankfurt/Main

Prof. Dr. Georg Wiedemann
Dr. Jutta Herrlich
Dipl.-Psych. Yane Eikenbusch
Dipl.-Psych. Kerstin Platt
Dipl.-Psych. Astrid Herold
Dipl.-Psych. Lisa Zipp
Swantje Merker

Study site Düsseldorf

Prof. Dr. Wolfgang Wölwer
Prof. Dr. Wolfgang Gaebel
Dipl.-Psych. Birgit Conradt
Dipl.-Psych. Silke Beulen
Dipl.-Psych. Stephanie Kiszkenow
Dipl.-Psych. Astrid Witt
Dipl.-Psych. Katharina Drusch
Petra Pitters

Study site Essen / Wuppertal

PD Dr. Bernhard Müller
Prof. Dr. Gudrun Sartory
Dipl.-Psych. Sonay Bal
Dipl.-Psych. Stephanie Loos
Dipl.-Psych. Christian Kärgel

Study site Bonn

Prof. Dr. Michael Wagner
Prof. Dr. Wolfgang Maier
Dr. Andrea Vogeley
Dipl.-Psych. Julia Berning
Dr. Martin Landsberg
Dr. Stephanie Mehl

Study site Köln

PD Dr. Andreas Bechdorf
Dipl.-Psych. Anika Büch
Dipl.-Psych. Astrid Gawronski
Dipl.-Psych. Jörn Güttgemanns
Dr. Bettina Pohlmann
Dipl.-Psych. Anna Rotarska-Jagiela
Dipl.-Psych. Tanja Tecic

Biometry/Data Management

Dr. Christoph Meisner
Ruth Bösel
Dr. Sabine Engel

Monitoring

Central GmbH, Prof. Gleiter

RCT's in special subgroups:

Treatment of Adolescents

PD Dr. Andreas Bechdorf

Treatment of Elderly Patients

PD Dr. Bernard W. Müller
Prof. Dr. Gudrun Sartory

Associated Research:

Process-Outcome Research

PD Dr. Andreas Wittorf
Dipl. Psych. Ute Jakobi

Functional Imaging

Prof. Dr. Tilo Kircher
Dr. Axel Krug
Maurice Cabanis

Neuropsychology

Prof. Dr. Michael Wagner
Dr. Martin Landsberg

Health Economics

Prof. Dr. Hans-Helmut König
Dr. Alexander Konnopka

Genetics

PD Dr. Rainald Mössner





POSITIVE-study: Design

Study condition (all patients receive standard care)	CBT Cognitive Behavioural Therapy	ST Supportive Treatment
Major inclusion criteria	patients with psychotic disorders, PANSS-Delusion or – Hallucination ≥ 4 , symptoms persistent for at least 3 months	
N=330 (to be included in six study centres)	165	165
Study treatment sessions (treatment duration 9 months)	20	20
Primary Outcome	Positive Symptoms (PANSS) at post treatment assessment	
post treatment follow-up	24 month	

Klingberg et al. (2010), Trials

Zum Vergleich: Wirksamkeit von atypischen Antipsychotika vs. Placebo

- “All SGA drugs were more effective than placebo”
- pooled effect size (ES) for
 - overall symptoms (primary outcome): ES=-0.51
 - positive symptoms: ES=-0.48,
 - negative symptoms: ES=-0.39
 - depression: ES=-0.26.
- 38 RCT's, 7323 participants.

Leucht S, Arbter D, Engel RR, Kissling W, Davis JM. How effective are second-generation antipsychotic drugs? A meta-analysis of placebo-controlled trials. Mol Psychiatry. 2009 Apr;14(4):429-47

Implementierungshemmnisse

- Bei den Therapeuten
 - Störungsspezifische Qualifikation
 - Interesse bzw. Kenntnis der Indikation
 - Ausfallkosten
- Bei den Zuweisern
 - Kenntnis oder Akzeptanz der Leitlinienempfehlung
 - Skepsis gegenüber Psychotherapie
 - Fehlende Kooperationsstrukturen
- Strukturen der Richtlinienpsychotherapie
 - Wartelisten
 - Komm-Struktur
 - Schnittstelle stationär/ambulant
- Bei den Patienten
 - Demoralisierung/Entmutigung/Stigmatisierungsfolgen
 - Nachfrage/Motivation
 - Symptome

Ein Problem der Wissenschaftskommunikation?

	Pharmakotherapie	Soziotherapie	Psychotherapie
org. Psychosyndrome	+++	++	+
Psychosen	+++	++	+
affektive Erkrankungen	++	+	++

„Selbst wenn genetische/somatische Faktoren bei der Krankheitsentstehung und dem Verlauf eine ausschlaggebende Rolle spielen, können **verhaltensbezogenen und neuropsychologischen Strategien** eine hohe Bedeutung bei dem Management dieser Störungen zukommen. Typische Beispiele hierfür sind bipolare Störungen, **schizophrene Psychosen** oder organische Psychosyndrome.“

... und die Versorgungsrealität?

◆ Wie verläuft die Behandlung?

Psychotherapie wird erwähnt als K

bestimmten Gehirnteilen zu normalisieren. Der Versuch
bensgeschichte in solchen akuten Krankheitsphasen ist
gar geradezu als Kunstfehler zu betrachten. Bei fehlen
Selbst- oder Fremdgefährdung muss in machen Fällen s
Unterbringung) erfolgen. Wann und wie das erfolgen ka
wahrt werden müssen, ist gesetzlich genau geregelt.

Wenn eine akute Krankheitsphase abgeklungen ist, wer
len weiter benötigt. Wegen möglicher Nebenwirkungen
sehr wichtig. Deshalb spielt eine regelmäßige und vert

Psychotherapeutische Intervention

Hilfen hinzukommen. Das können Informationen zu Kra
Suchtberatung, Beschäftigungstherapie, Arbeitstraining
in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeitgestaltun
und so viel Selbständigkeit wie möglich zu behalten. Da
pen ins Spiel, die in der Region im Gemeindepsychiatri
möglichst wohnortnah die bestmögliche Unterstützung
Erkenntnis zu geben.

Zielvorstellung

Leitliniengerechte Psychotherapie
sollte Teil der stationären
Routineversorgung sein

Bei der Planung neuer
Versorgungskonzepte (z.B
Integrierte Versorgung) sind
psychotherapeutische Leistungen
im empfohlenen Umfang verbindlich
vorzusehen

Aus der Patienteninformation eines süddeutschen psychiatrischen
Krankenhauses

Psychotherapie-Richtlinien

§22: Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie

- (2) Psychotherapie kann neben oder nach einer somatisch ärztlichen Behandlung von Krankheiten oder deren Auswirkungen angewandt werden, wenn psychische Faktoren einen wesentlichen pathogenetischen Anteil daran haben und sich ein Ansatz für die Anwendung von Psychotherapie bietet; Indikationen hierfür können nur sein:
1. Abhängigkeit von Alkohol, Drogen oder Medikamenten nach vorangegangener Entgiftungsbehandlung, das heißt im Stadium der Entwöhnung unter Abstinenz.
 2. Seelische Krankheit auf Grund frühkindlicher emotionaler Mangelzustände oder tiefgreifender Entwicklungsstörungen, in Ausnahmefällen auch seelische Krankheiten, die im Zusammenhang mit frühkindlichen körperlichen Schädigungen oder Missbildungen stehen.
 3. Seelische Krankheit als Folge schwerer chronischer Krankheitsverläufe.
 4. Psychische Begleit-, Folge- oder Residualsymptomatik psychotischer Erkrankungen.

=> Die Diagnose „Schizophrenie“ begründet die Psychotherapieindikation. Die Einschränkungen von §22 (2) sind nicht gerechtfertigt.

- „kognitive Modelle“ = psychische Faktoren sind wissenschaftlich etabliert
- Wirksamkeit ist für die Kernsymptomatik und die Rückfallverhütung nachgewiesen
- Selbst bei Ablehnung der Medikation ist Psychotherapie eine Option



Dachverband Deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie

Organisation

Therapiemethoden

Fort- / Weiterbildung

Forschung

Publikationen

Interner Bereich

Mitglied werden

Presse

Veranstaltungen

Dachverband deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie

In diesem Dachverband haben sich Einzelpersonen und Organisationen aller Berufe zusammengeschlossen, die im psychiatrischen Bereich tätig sind. Sie setzen sich dafür ein, Psychotherapie als ein wesentliches Element in der Behandlung von Menschen, die unter Psychosen leiden, zu verankern.

Wer wir sind

Der Dachverband deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie e.V (DDPP) ist ein Zusammenschluss von Psychiatern, Nervenärzten und Psychotherapeuten, die der psychotherapeutischen Behandlung von psychotisch erkrankten Menschen einen wesentlichen Stellenwert einräumen. Er ist auch offen für andere im psychiatrischen Bereich tätigen Berufsgruppen, die sich psychotherapeutisch qualifiziert haben. Er vertritt vorwiegend psychodynamische, verhaltenstherapeutische, familiendynamische und systemische Therapieformen.

Ziele

[>>mehr lesen](#)

Veranstaltungsempfehlungen:

3. Dezember 2011, Frankfurt am Main:
14. Arbeitstagung des Frankfurter Psychose-Projektes e.V.

Zukünftige Veranstaltungen

11. - 13. Mai 2012
DDPP - Kongress an der Charité

27. - 28. Oktober 2012:
Berliner Überregionales Symposium für Psychosen-therapie

Veranstaltungsarchiv:

29. - 30. Oktober 2011: **28**