

Psychotherapie der Schizophrenie: Theorie, Evidenz, Praxis

Bernd Puschner

*Sektion Prozess-Ergebnis-Forschung,
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II
Universität Ulm*

PTK Bayern

„Psychotherapie bei Schizophrenie“

München, 1. März 2013





Gliederung

- Einleitung
- Wirksamkeit
- Bedarf
- Angebot
- Diskussion



Psychotherapie wirkt!

Effektstärken therapeutischer Interventionen

Intervention	Kriterium	Effektstärke
Aspirin	(Vermeiden von) Herzinfarkt	0,06
AZT	Überleben (AIDS)	0,30
Psychotherapie (allg.) ^{*)}	Besserung	1,11
- Verhaltenstherapie	Besserung	1,23
- Gesprächspsychother.	Besserung	1,14
- Psychoanalyt. Ther.	Besserung	0,83

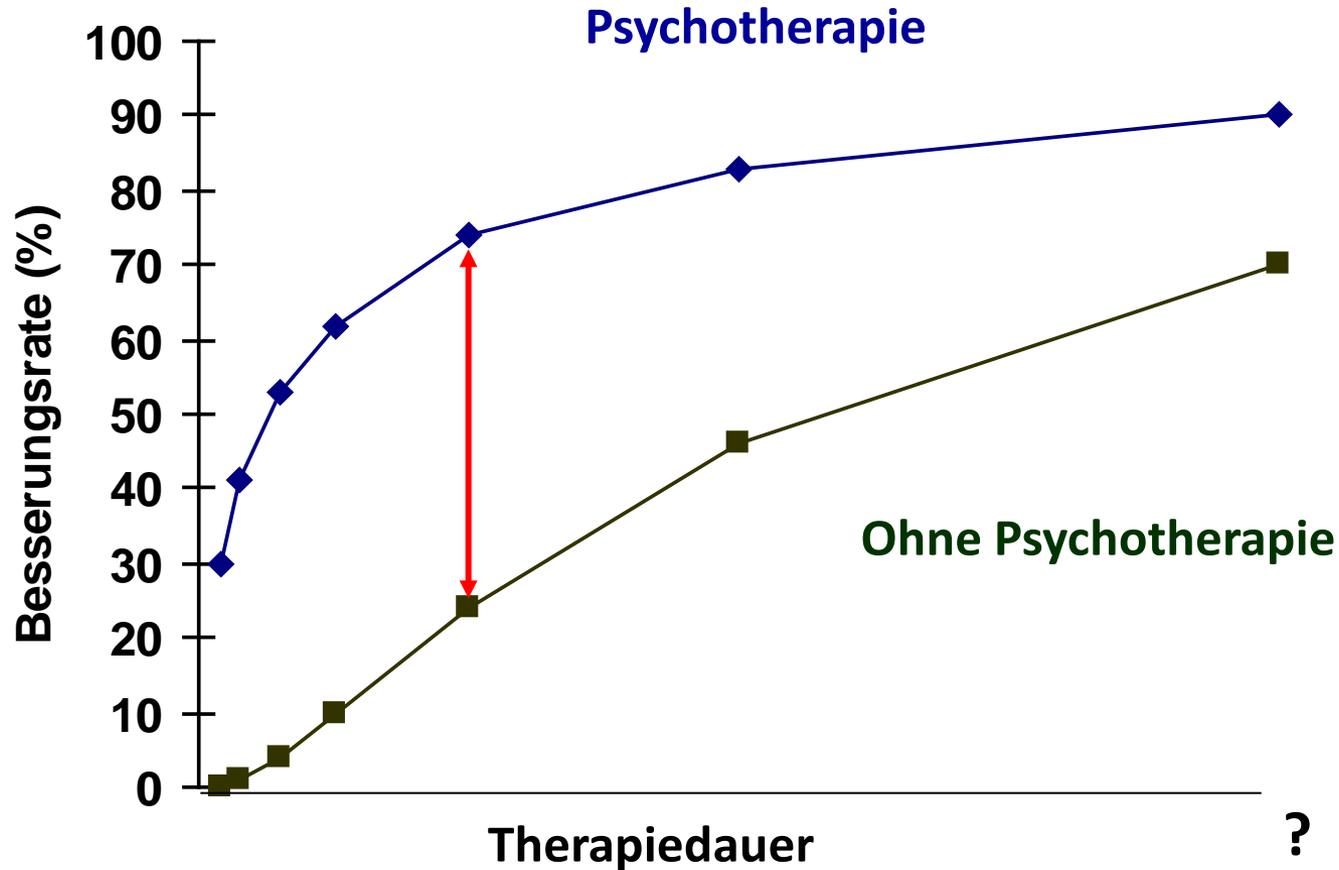


Was bedeuten Effektstärken? Binominal Effect Size Display^{*)}

	Besserung	keine Besserung
mit PA	69	31
ohne PA	31	69
mit VT	76	24
ohne VT	24	76
mit GPT	75	25
ohne GPT	25	75

^{*)} Rosenthal & Rubin (1984)

Gibt es eine optimale Dauer für Psychotherapie ?





Psychotherapie schwerer psychischer Erkrankungen

- historisch: Sorge, dass sich Medikation negativ auf Psychotherapie-Motivation und therapeutische Arbeitsbeziehung auswirkt
- heute: auch bei adäquater und effektiver psychopharmakologischer Behandlung → vielfach bleiben Probleme hinsichtlich sozialer Beziehungen, Berufsausübung und Problemlöse-Fertigkeiten
- vielfältige Ziele zusätzlicher Psychotherapie: Rehabilitation, Verbesserung med. Compliance (→ evtl. geringere Dosis nötig), Verringerung psychosozialer Beeinträchtigungen, Erhöhung QoL, evtl. langfristige Verbesserung der "Kern"-Symptome oder besserer Umgang damit.

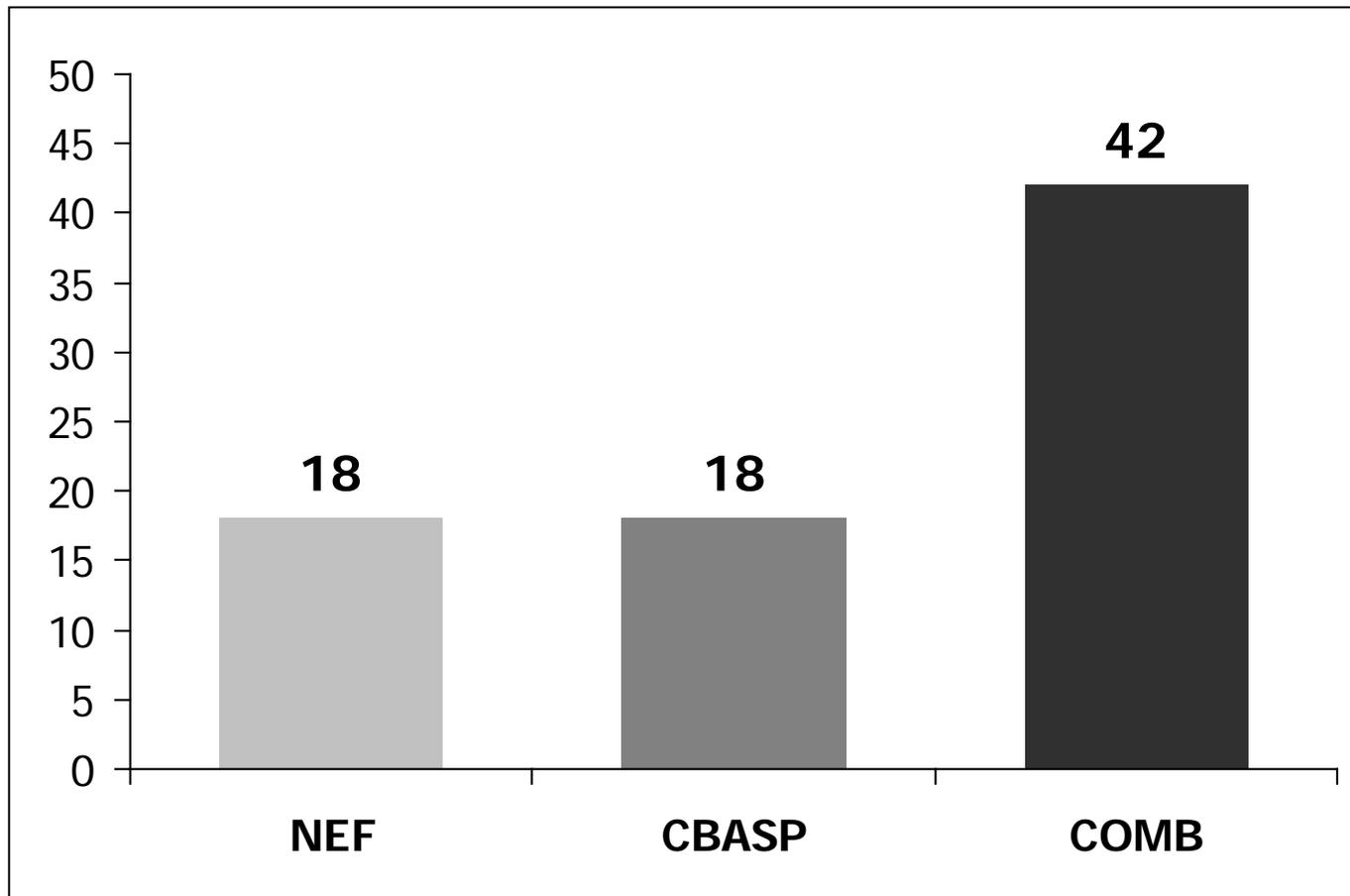
Modelle des Zusammenwirkens

- a) additiv ("mehr ist besser")
- b) komplementär: Psychotherapie und Medikation verbessern verschiedene Bereiche (Bsp. Dep.: Hoffnungslosigkeit vs. reduzierter Appetit)
- c) synergistisch: gegenseitige Verstärkung der Wirksamkeit
Evidenz: keine Synergie, eher moderate Addition ($.5 + .5 = .8$)



Depression

erster dokumentierte synergetischer Effekt Keller et al. 2000



ITT response rate adjusted for estimated 30% placebo response



Funktionen von Psychotherapie

"Adjuvant"

- Bereitschaft schaffen, sich auf die neurobiologische Behandlung einzulassen (therapeutischen Beziehung, Compliance, Krankheitsakzeptanz) → Psychoedukation
- nur bedingt eigenständiges psychotherapeutisches Verfahren
- eingebettet in komplexere Zielsetzungen und Interventionen (Rückfallprävention, Symptommanagement und Fertigkeitstrainings)

"Integrativ"

- vielfältige krankheitsbedingten Beeinträchtigungen → pharmakologische Behandlung nicht ausreichend
- Psychotherapeutische Interventionen haben eigenen Stellenwert im Gesamtbehandlungsplan

"Stand-alone"



- Psychotherapie oder Medikation alleine effektiv für eine Vielzahl weniger schwerer psychischer Störungen (40-70% der Depressionen, Panikstörung, Zwang, Bulimie)

Thase et al. 2004

- → Behandlungswahl abhängig von Patientenwunsch, Verfügbarkeit und Kosten
- aber: kombinierte Behandlung notwendig bei schweren psychischen Störungen (Schizophrenie, chronifizierte Depression, bipolare Störung)



Schizophrenie

umfangreiche Evidenz zur additiven Wirksamkeit von Psychotherapie, v.a. hinsichtlich Negativsymptomatik und bei chronischen Verläufen Mojtabai et al., 1998

wirksame Verfahren Brenner et al. 2000

- Training sozialer Fertigkeiten → soziale Anpassung, Residualsymptome
- Training kognitiver Fertigkeiten
- (coping-orientierte) Familienintervention → soziale Kompetenz, < Rückfallrisiko
- CBT (Residualsymptomatik)

weniger (nachgewiesene) Wirksamkeit

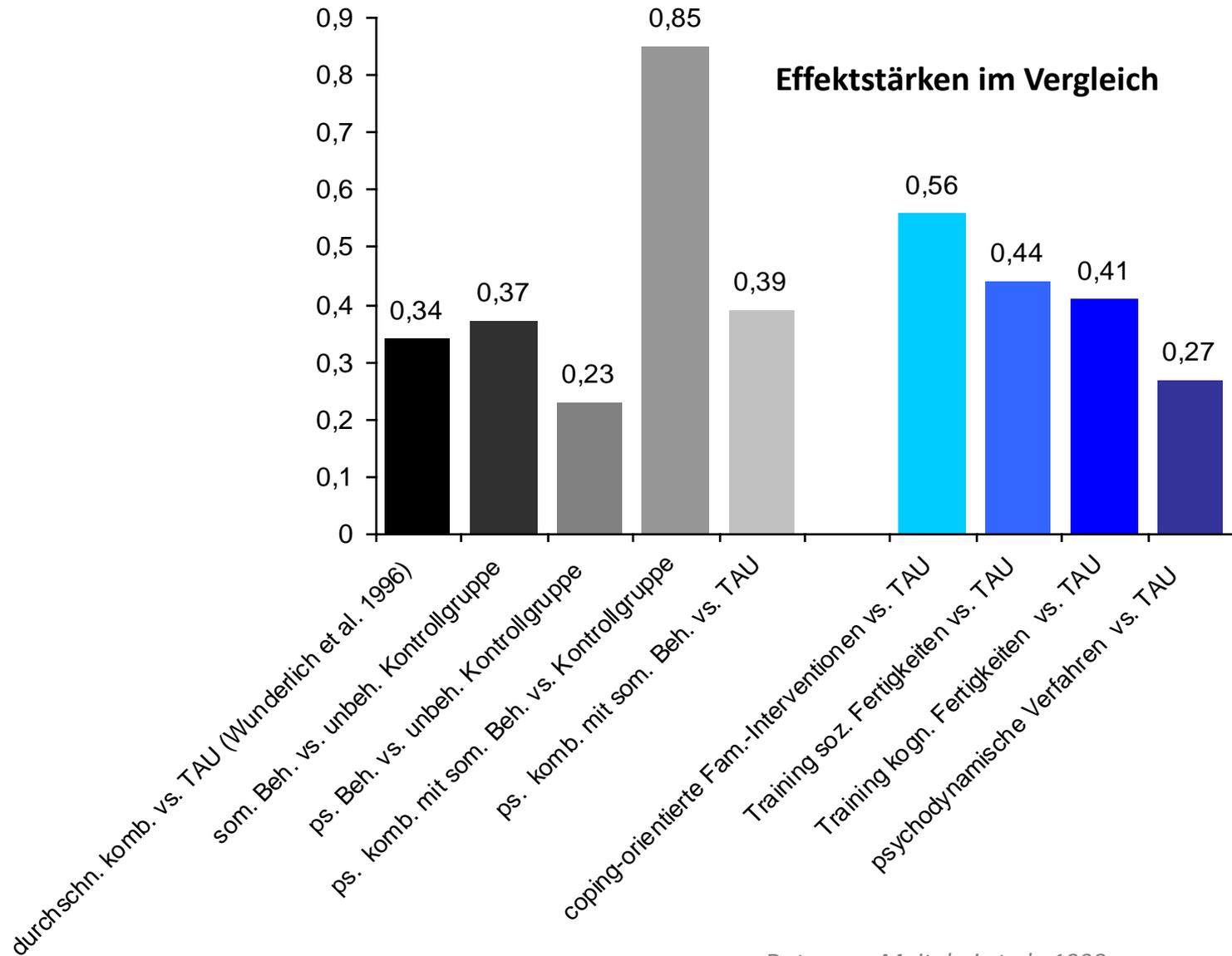
- PT in der Akutphase während des stationären Aufenthalts
- psychodynamische Verfahren (aber: kaum angewandt und beforscht)

neu: Verbesserung Positivsymptomatik mittels "rationalem Diskurs" Drury et al., 1996;

Kuipers et al., 1997



Schizophrenie



Daten aus Mojtabai et al., 1998



Aktuelle Metaanalysen I

Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia

Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB

Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012

Background: Cognitive behavioural therapy (CBT) is now a recommended treatment for people with schizophrenia. This approach helps to link the person's distress and problem behaviours to underlying patterns of thinking.

Objectives: To review the effects of CBT for people with schizophrenia when compared with other psychological therapies.

Search strategy: We searched the Cochrane Schizophrenia Group Trials Register (March 2010) ...

Main results: Thirty papers described 20 trials. Trials were often small and of limited quality...

Authors' conclusions: Trial-based evidence suggests no clear and convincing advantage for cognitive behavioural therapy over other - and sometime much less sophisticated - therapies for people with schizophrenia.

psychological or social interventions, or both, such as supportive therapy, psychoeducation, family therapy and other 'talking therapies'.



Aktuelle Metaanalysen II

Individual psychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness

Malmberg L, Fenton M, Rathbone J; Cochrane Database of Systematic Reviews, 2012

Background: People with schizophrenia and severe mental illness may require considerable support from health care professionals, in most cases over a long period of time. Research on the effects of psychotherapy for schizophrenia has shown mixed results. Although **pharmacological interventions remain the treatment of choice**, the effects of treatments focusing on psychosocial factors affecting schizophrenia are important.

Objectives: To review the effects of psychodynamic psychotherapy, psychoanalysis, or both, for people with schizophrenia or severe mental illness.

Main results: We included **four randomised trials** (total 528 participants, 5 comparisons). All used a psychodynamic approach and reported limited data... **There is no clear evidence of any positive effect of psychodynamic therapy and the possibility of adverse effects seems never to have been considered.** We did not identify any trials using a psychoanalytic approach.

Authors' conclusions: **Current data do not support the use of psychodynamic psychotherapy techniques for hospitalised people with schizophrenia.** If psychoanalytic therapy is being used for people with schizophrenia there is an urgent need for trials.



Evidenz Schizophrenie: Überblick

Therapeutischer Zielbereich	Reviews und Metaanalysen
◆ Persistierende Positivsymptomatik	◆ CBT: Tarrrier, 2005, Tarrrier et al., 2004, Jones et al., 2004, Vauth et al., 2005, Turkington et al., 2004, Rector et al., 2002, Cormac et al., 2002
◆ Kognitive Funktionsstörungen	◆ CR: Kruger et al., 2004, Krabbendam et al., 2002, Kurtz, 2003, Pilling et al., 2002, Twamley et al., 2003
◆ Krisenintervention und Risikomanagement (Suizid-Fremdaggressionsprophylaxe; Rückfallprohylaxe)	◆ KI: Joy et al., 2004 ◆ Suicid : Pompili et al., 2004 ◆ Rückfallprophylaxe : Lee et al., 2005, Birchwood and Spencer, 2001
◆ Primär und Sekundärprävention (Prodromal and early psychosis intervention)	◆ Chong et al., 2004, Perkins, 2004, Gleeson et al., 2003, Cuijpers et al., 2005, Corcoran et al., 2005
◆ Fertigkeitstraining	◆ Bellack, 2004, Pilling et al., 2002
◆ Interventionen bei dualen Diagnosen	◆ Tsuang and Fong, 2004, Granholm et al., 2003, Drake and Mueser, 2001
◆ Förderung von Compliance und Behandlungsbereitschaft	◆ Henry and Ghaemi, 2004, Nose and Barbui, 2003, Zygmunt et al., 2002, Gray et al., 2002
◆ Aufbau von Anreizen zur Verhaltensänderung	◆ token economy Dickerson et al., 2005
◆ Reduktion von familiärer Belastung und HEE-Mustern	◆ Verhaltenstherapeutische Angehörigenarbeit: McFarlane et al., 2003, Dyck et al., 2002



Evidenz: einzelne Ansätze I

Reduktion familiärer Belastung und von sog. high expressed Emotion (Rückfall-fördernden Kommunikations- und Interaktionsstilen in der Familie)

→ wohl am besten evaluierte verhaltenstherapeutische Ansätze

Förderung von Compliance und Behandlungsbereitschaft

- hohe Non-Compliance-Raten (50% im ersten Jahr nach der Entlassung aus stationärer Behandlung; bis zu 75% im zweiten Jahr)
- Wissensvermittlung notwendige, aber nicht hinreichend für Aufbau von Behandlungsbereitschaft
 - systematischer Einbezug von Erwartung, Werten und Zielen des Patienten
 - partnerschaftlicher Stil in der Arzt-Patient-Beziehung
- empirische Basis “motivational interviewing” zunehmend breiter, aber inkonsistent und keine Psychotherapie im engeren Sinne.



Evidenz: einzelne Ansätze II

Soziale Kompetenztrainings

- in den letzten 25 Jahren systematisch weiterentwickelt und evaluiert
- Vielzahl von Studien → auch bei schwerer beeinträchtigten Patienten können Behandlungserfolge erzielt werden
- deutliche Effekte in methodisch guten Studien
- häufig Alltagstransfer reduziert → Dauer mind. 2 Jahre, "shared treatment decision making"

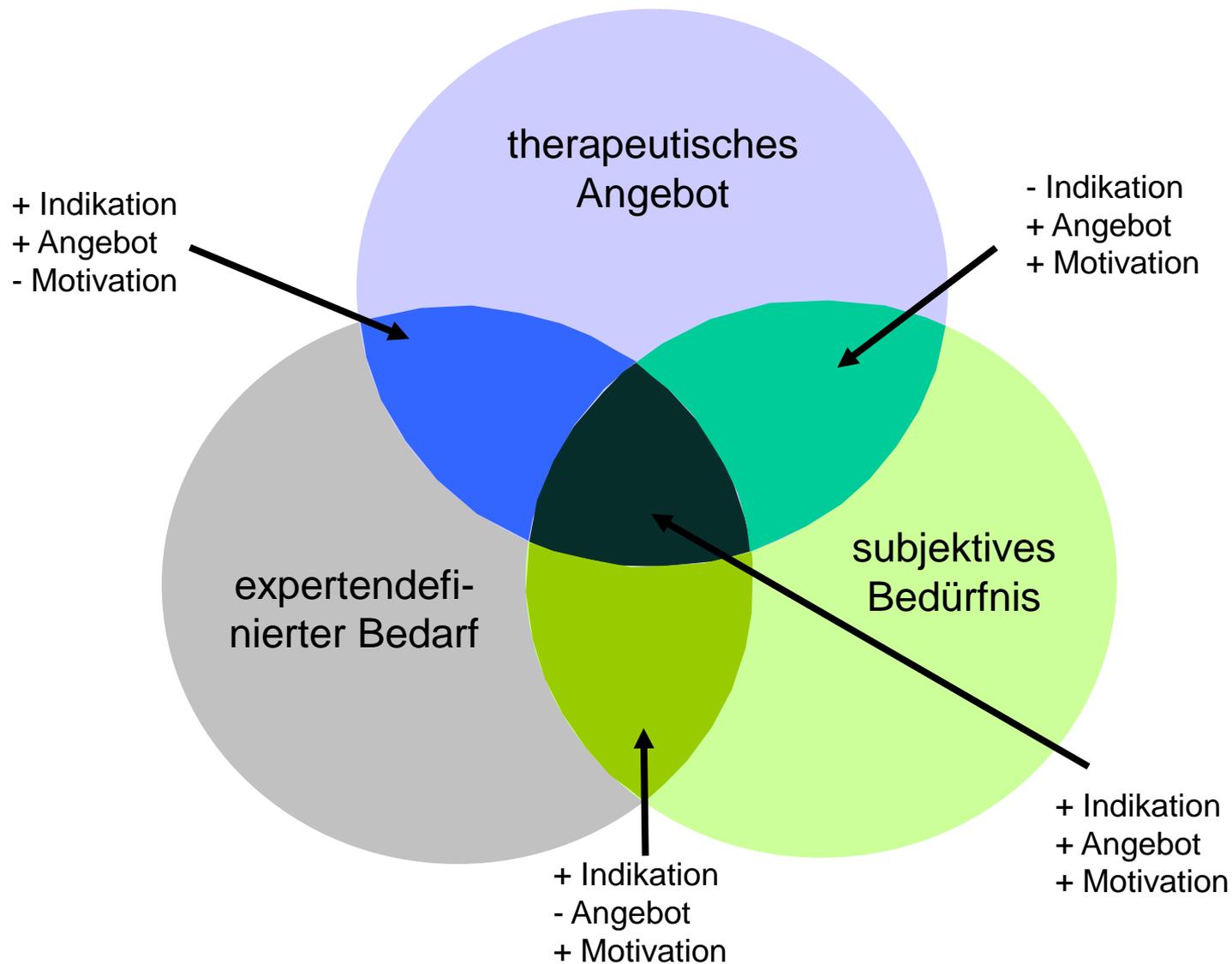
Bellack, 2004

Pilling et al., 2002

Kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätze zur persistierenden Positivsymptomatik

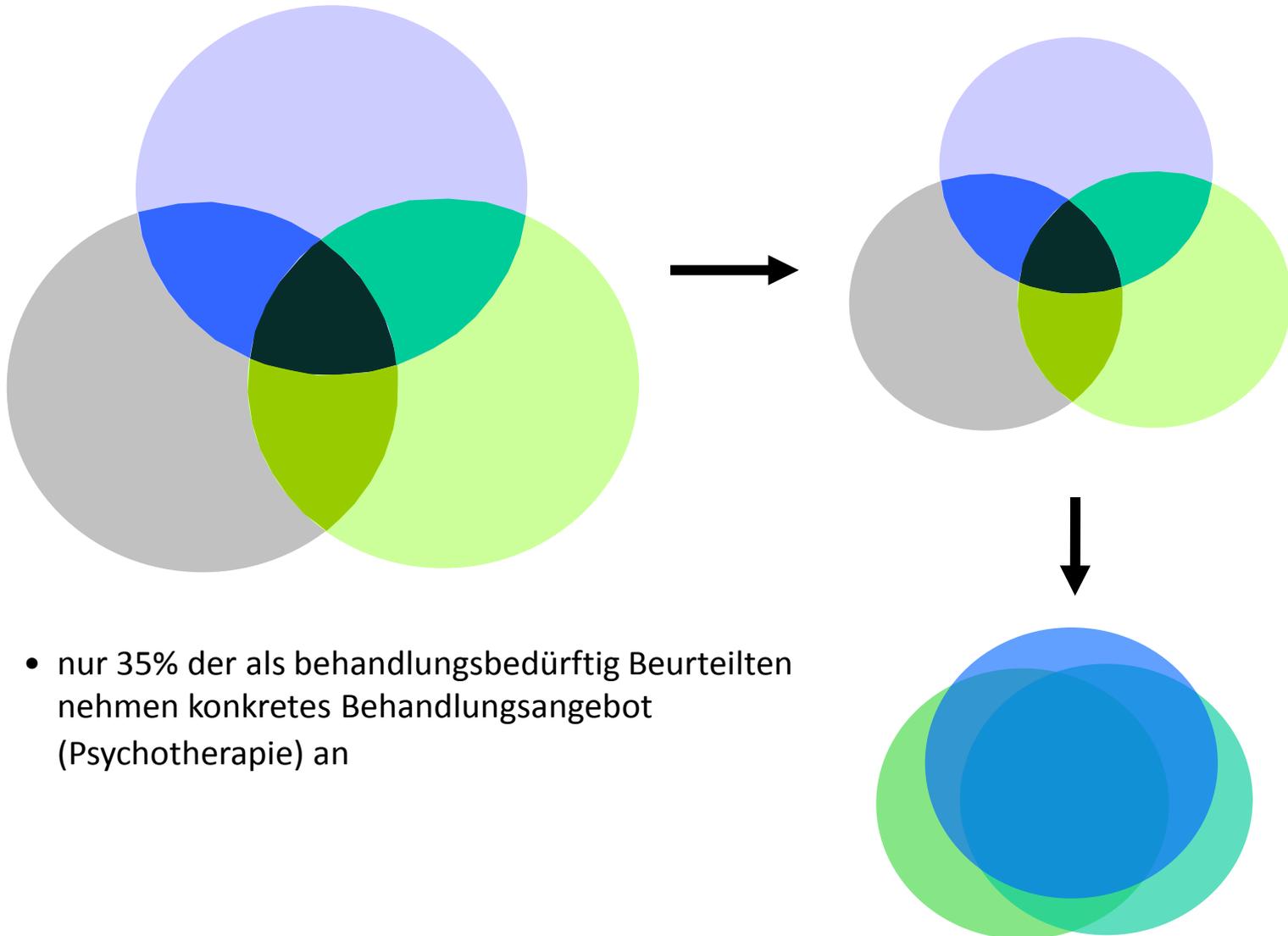
- recht junge Entwicklung
- 20 kontrollierte Studien → günstige und im Follow-up stabile Effekte
 - Verminderung der Symptomschwere und -häufigkeit
 - subjektive Belastung durch Symptome.
- unklare Effekte auf Rückfallraten und Funktionsniveau ⇔ Vergangenheit: Persistieren wahnhafter Symptomatik → Hilflosigkeit Therapeut → psychotherapeutische Ansätze in der Versorgung schizophrener Störungen nicht machbar

Versorgungskonstituenten (nach Schepank 1994)



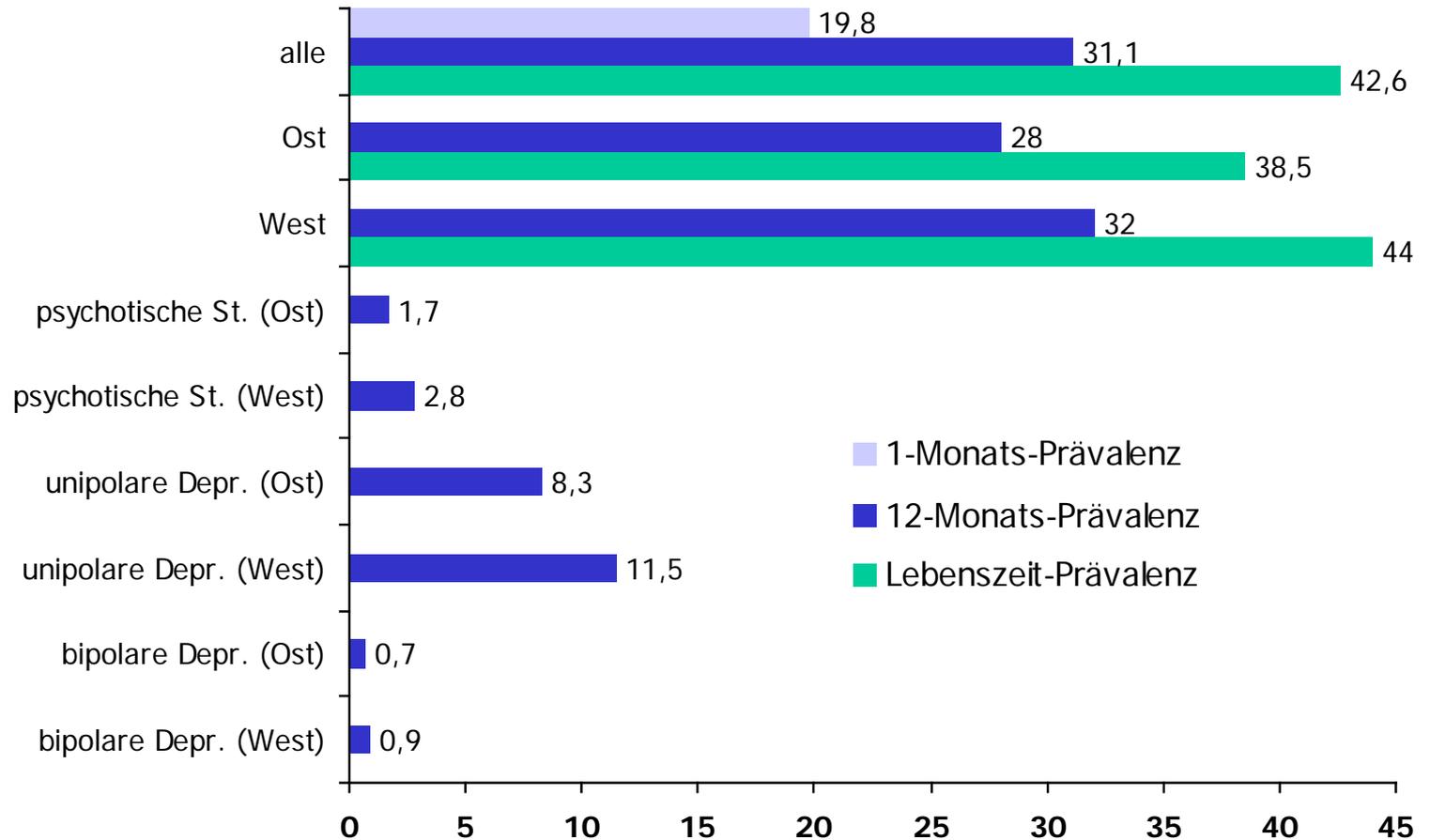
Optimierung der Versorgung

Schepank 1994





Bedarf



Wittchen et al. 2003
Jacobi et al. 2004



Angebot von Psychotherapie

- U.S.A.: Psychiater führen 10% aller psychotherapeutischen und 35% aller psychopharmakologischen Behandlungen durch
- DGPPN (1997): Integration der weitgehend eigenständigen psychotherapeutisch-psychosomatischen Versorgung in die Psychiatrie
- ⇔ DGPM: Psychotherapie fand bisher eigentlich in der Psychiatrie kaum statt.
- ⇔ 86% der bayerischen Bezirkskrankenhäuser verfügen über spezielle Psychotherapiestationen (Wolfersdorf, 1999)
- In welchem Umfang findet Psychotherapie in der psychiatrischen Versorgung tatsächlich statt?



Literaturrecherche

Ziel

Inanspruchnahme, Bedarf und Angebot von Psychotherapie für Menschen mit Schizophrenie in Deutschland?

Suchkriterien

Über generelle Empfehlungen ("Psychotherapie sollte immer zusätzlich zu neuroleptischer Medikation angewandt werden)" hinausgehende Daten

→ Zahlen über Menschen mit schizophrenen Erkrankungen, die

- a) Psychotherapie brauchen
- b) Psychotherapie angeboten bekommen
- c) Psychotherapie erhalten.

Datenbanken: Psyindex (German), PsylInfo (English), and Medline (English), Arbeiten seit 1990.



Literaturrecherche

Ein-/Ausschlusskriterien

- keine weiteren Einschränkungen z.B. hinsichtlich
 - Beurteilung der Behandlungsbedürftigkeit (Patient oder Experte)
 - Größe des Einzugsgebiets (deutschlandweit oder regional)
 - Behandlungssetting (stationonär oder ambulant)
 - Art der Einrichtung (psychiatrische oder psychosomatische Klinik).

Suchbegriffe

- Bedarf, Angebot, Inanspruchnahme in Kombination mit
- Schizophrenie oder Psychose(n) und Psychotherapie

Ergebnisse

- *Gesamttreffer*: 160
- *Auswahl für genauere Sichtung*: 25, 19 ohne overlap
- *hauptsächlicher Ausschlussgrund*: "Psychotherapie" lediglich in der Institutsbezeichnung des/der Autoren



Literaturrecherche: Ergebnisse (Treffer)

Datenbank	Suchbegriffe	Treffer gesamt	relevante Treffer	relevante Treffer (ohne mehrfache)
Psyndex	Psychotherapie <i>and</i> (Psychose(n) or Schizophrenie) <i>and</i> Angebot	19	3	1
	Psychotherapie <i>and</i> (Psychose(n) or Schizophrenie) <i>and</i> Bedarf	16	0	0
	Psychotherapie <i>and</i> (Psychose(n) or Schizophrenie) <i>and</i> Inanspruchnahme	15	3	1
	<i>gesamt (ohne mehrfache)</i>	<i>50</i>	<i>6</i>	<i>1</i>
PsycINFO	psychotherapy <i>and</i> schizophrenia <i>and</i> Germany	21	4	4
	psychotherapy <i>and</i> schizophrenia <i>and</i> German	36	3	3
	psychotherapy <i>and</i> psychosis(es) <i>and</i> German(y)	1	0	0
	<i>gesamt</i>	<i>58</i>	<i>7</i>	<i>7</i>
Medline	psychotherapy <i>and</i> schizophrenia <i>and</i> German(y)	34	8	8
	psychoanalysis <i>and</i> schizophrenia <i>and</i> German(y)	14	1	1
	cognitive behavioral <i>and</i> schizophrenia <i>and</i> German(y)	4	3	3
	<i>gesamt</i>	<i>52</i>	<i>12</i>	<i>11</i>
Gesamt		160	25	19



Literaturrecherche: Sichtung der Treffer

#	Quelle	Referenz	Typ	Sprache	Inhalt	Daten	relevant
1.	Psyndex	[23]	BK	D	Theoretische Essays und Beschreibungen von spezifischen Behandlungsverfahren	–	–
2.	PsyINFO	[49]	ZA	D	Studie über Psychoedukation bei S	+	–
3.	PsyINFO	[50]	ZA	E	Studie über Psychoedukation bei S	+	–
4.	PsyINFO	[51]	ZA	E	Studie über psychoedukative Familientherapie bei S	+	–
5.	PsyINFO	[52]	ZA	E	Studie über Wirksamkeit von Psychoedukation bei S	+	–
6.	PsyINFO	[53]	ZA	E	Meta-Analyse über Wirksamkeit von Familientherapie bei S	+	–
7.	PsyINFO	[4]	ZA	D	Studie über Frührehabilitation bei S	+	–
8.	PsyINFO	[54]	ZA	D	Studie über Familienbetreuung bei S	+	–
9.	Medline	[55]	ZA	E	Wirksamkeit von CBT und Psychoedukation bei S	+	–
10.	Medline	[56]	ZA	E	Effekt von "familial loading" auf Verlauf von S	+	–
11.	Medline	[22]	ZA	E	Wirksamkeit von psychoedukativer PT bei S	+	–
12.	Medline	[57]	ZA	E	Wirksamkeit von psychoedukativer PT bei S	+	–
13.	Medline	[58]	ZA	E	Übersicht über Behandlungsansätze bei S	-	–
14.	Medline	[59]	ZA	D	Wirksamkeit kombinierte S-Behandlung in Ambulanz	+	–
15.	Medline	[60]	ZA	E	Studie zu Wirksamkeit von "intermittierender Medikation" bei S	+	–
16.	Medline	[61]	ZA	D	Allgemeine Beschreibung von PT bei S	–	–
17.	Medline	[62]	ZA	E	Geschichte und Überblick über PT bei S	–	–
18.	Medline	[63]	BK	D	Allgemeine Beschreibung aktueller Behandlungsansätze bei S	–	–
19.	Medline	[64]	ZA	D	Effekt von CBT auf soziale Fertigkeiten bei S	+	–

ZA: Zeitschriftenartikel; BK: Buchkapitel (# 1 mehrere); B: Buch; D: Deutsch; E: Englisch; PT: Psychotherapie; S: Schizophrenie

Puschner, Vauth, Jacobi, Becker (2006)

Datensätze 1: Bundesgesundheitsurvey

Behandlungsraten im Vergleich für verschiedene Diagnosegruppen.

		mögliche psychotische Störung	(unipolare) depressive Störung ^a	jegliche DSM-IV Diagnose
N		189	653	1791
irgendeine Behandlung		55,2% ^b	43,2%	35,8%
welche Behandlung	Verhaltenstherapie	3,7%	2,3%	2,2%
	andere Psychother.	30,0%	21,7%	17,3%
	Medikamente	18,0%	16,2%	11,1%
	sonstige	13,6%	8,9%	9,5%
Arzt Behandlung angeraten	Psychotherapie	35,8% ^b	20,8%	18,8%
	psychiatrische	17,3% ^b	7,1%	6,1%

häufiger

generell sehr selten

wesentlich häufiger

→ höherer (unge-deckter) Bedarf

^a ohne psychotische Merkmale bzw. komorbide mögliche psychotische Störung.

^b signifikanter Unterschied ($p < 0.01$) "mögliche psychotische Störung" vs. andere DSM-IV-Diagnose (berechnet mittels logistischer Regression, kontrolliert hinsichtlich Alter und Geschlecht, Details nicht angeführt).



Datensätze 2: TRANS-OP-Studie

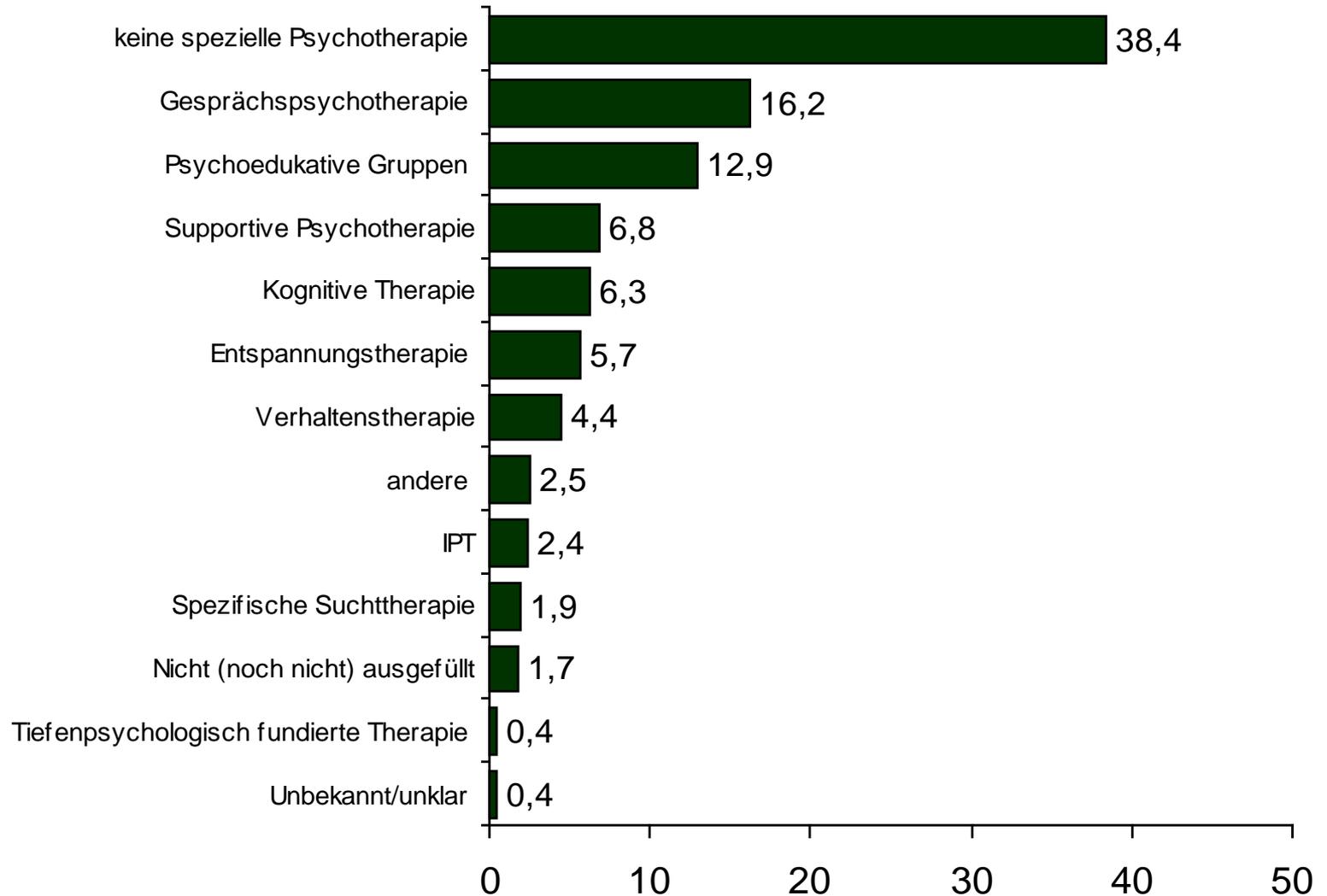
diagnosis	N	Percent
F1	9	1,0
F2	4	,4
F3	330	35,1
F4	317	33,8
F5	27	2,9
F6	33	3,5
F9	2	,2
missing	217	23,1
total	939	100,0

0,55% von
"Diagnostizierten"



Datensätze 3: BADO (Item "Psychotherapie")

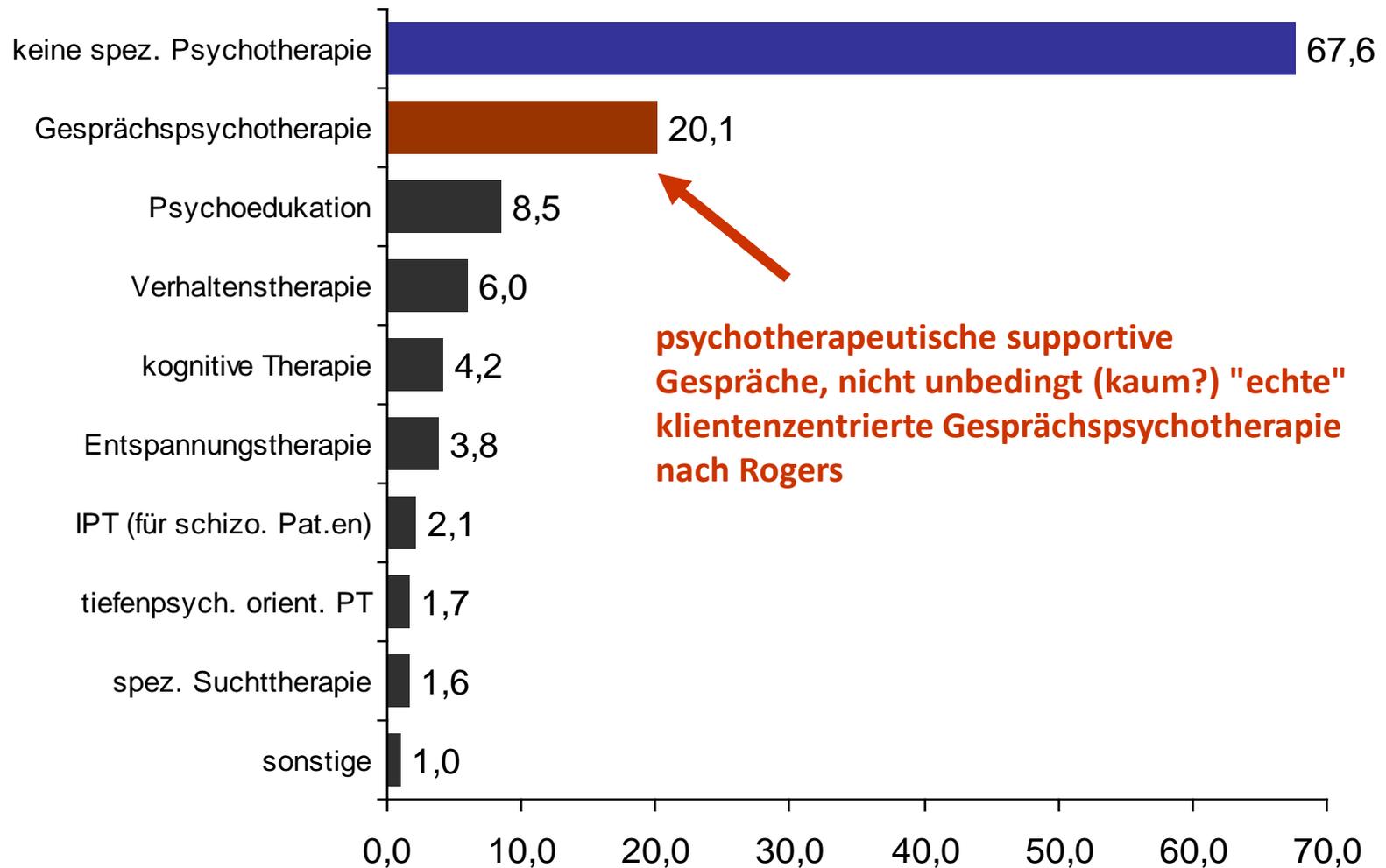
Aufnahmen BKH Günzburg (F2x.xx; Mai 2005 - Jan 2006; N = 854)





Datensätze 3: BADO (Item "Psychotherapie")

Aufnahmen BKR Regensburg (1995 - 1999; N = 6719)





Versorgungsepidemiologie: Σ

Literaturrecherche

keine (allgemein zugänglich) veröffentlichten Angaben zum Umfang zu Bedarf, Angebot und Inanspruchnahme von Psychotherapie bei Menschen mit Schizophrenie in D.

Datensätze

- **Allgemeinbevölkerung:** Behandlungsraten für CBT bei "Diagnostizierten" allgemein niedrig bei, höherer Bedarf bei Menschen mit Schizophrenie
- **Ambulante Psychotherapie:** sogut wie nicht bei Menschen mit Schizophrenie (aber: selektive Stichprobe)
- **Stationäre Psychiatrie:** CBT/KT nur bei kleinem Teil der schizophren Erkrankten

➔ **eklatante Evidenz-Praxis-Lücke**



Implementierungshemmnisse

zu optimistisch

ab 50er Jahre: Siegeszug konventioneller und später atypischer neuroleptischer Medikation

- Fortschritte bei rein symptomorientierten Therapieerfolg
- psychotherapeutisches Behandeln obsolet

zu pessimistisch

- Schizophrenie deutlich und unzweifelhaft neurobiologisch determinierte Störung \Leftrightarrow mit psychotherapeutischen Methoden behandelbar
- Metaanalysen 80er Jahre \rightarrow Behandlung Schizophrenie kausal, psychoanalytisch oder tiefenpsychologisch unwirksam oder gar schädlich
- extreme Hilfebedürftigkeit und geringes Funktionierens in der akuten Erkrankungsphase \rightarrow Änderungspessimismus des "wenig optimistischen Durchschnittsbehandlers"
- gesundheitsökonomischen Zwänge \rightarrow jede Ausweitung des Angebotes = potentielle Bedrohung



realistisch

- im 5-Jahresverlauf nach Erst-Erkrankungsphase: "Recovery" nur bei ca. 13,7% (vollständige Symptomsuppression und Integration am ersten Arbeitsmarkt)

Robinson et al., 2004

- selbst bei konsequenter und differentialtherapeutisch bzgl. individueller Wirkungen/Nebenwirkungen optimierter neuroleptischer Medikation → weit davon entfernt, schizophrene Störungen und die mit ihnen verbundenen Funktionsbeeinträchtigung "heilend" behandeln zu können

begrenzte Routinepraxis

notwendig, aber nicht hinreichend für "Recovery"

- supportive und eher unspezifische Interventionen in Facharztpraxen und Polikliniken
- "Grundversorgung" mit Fokus neuroleptische Basistherapie, therapeutische Beziehung und allgemeiner Ermutigung

selbst optimierte neurobiologische Behandlung

⇒ befriedigendes Behandlungsergebnis



Schlussfolgerungen

- umfangreiche Belege für additive Wirksamkeit von Psychotherapie in der Behandlung der Schizophrenie
- Psychoanalytische Verfahren weiter unterevaluiert.
- aber: schlechte Pharmakotherapie wenig zusätzlicher Nutzen zu gut durchgeführter Psychotherapie und umgekehrt Thase et al. 2004
- weitere RCTs zu CBT bei Schizophrenie, deren Ergebnisse "klinisch bedeutsam und breit anwendbar" sein sollen Jones et al. 2004
- Verfahren mit sehr wenigen Ausnahmen ausschließlich im angloamerikanischen Bereich entwickelt, evaluiert und angewendet; unzureichend im deutschsprachigen Raum. Vauth et al., 2005
- kaum für **adaptive oder prognostische Indikation** hilfreiche Evidenz
- **Depression**
 - neuropsychologische Beeinträchtigung → mehr Nutzen von Psychotherapie Keller et al. 2000
 - Psychotherapie erst hilfreich bei der Behandlung von Residualsymptom Fava et al. 1994
- **Schizophrenie**
 - unter Clozapin eher Bereitschaft, Psychotherapie zu beginnen Rosenheck et al. 1998



Forschungsbedarf

- Differentielle Indikation (welche Alternative für wen?)
- "Sequentielle" Indikation (welche Abfolge für wen?)
- Krankheitsmodelle von Patienten und Behandlern ("biologistisch" vs. "behavioristisch" vs. "psychodynamisch")
- Integrierte vs. geteilte Verantwortung für kombinierte Behandlung (Psychotherapeut, Psychiater, Hausarzt)

Diese Fragen mittels RCTs nur beschränkt zu beantworten →

"Effectiveness"-Studien mit Fokus auf Kosten-Effektivität und Integration von kombinierter Behandlung in Routineversorgung



Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit

Danksagung

Roland Vauth, Basel

Frank Jacobi, Hans-Ullrich Wittchen, Dresden

Hans Kordy, Heidelberg

Herrmann Spießl, Landshut

Kontakt

Bernd Puschner

Sektion Prozess-Ergebnisforschung

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II

Universität Ulm

E-Mail: bernd.puschner@bkh-guenzburg.de

Internet: www.uni-ulm.de/psychiatriell