



Leitliniengerechte Behandlung bei schizophrenen Störungen

Stefan Klingberg

Universitätsklinik für Psychiatrie und
Psychotherapie, Tübingen

München, 01.03.2013



Gliederung

1. NICE-Guideline
Empfehlungen, Metaanalysen, Interventionen
2. Weitere Leit- und Richtlinien
DGPPN-S3-Leitlinie, WB Psychotherapie, Psychotherapie-
Richtlinie des GBA
3. Neue Studien
4. Implementierungsprobleme
5. Zusammenfassung

Evidence based medicine

- EBM ist der gewissenhafte, ausdrückliche und vernünftige Gebrauch der gegenwärtig besten externen, wissenschaftlichen Evidenz für Entscheidungen in der medizinischen Versorgung individueller Patienten. Die Praxis der EBM bedeutet die Integration individueller klinischer Expertise mit der bestmöglichen externen Evidenz aus systematischer Forschung.

- Übersetzung aus: Sackett DL, Rosenberg WM, Gray JA, Haynes RB, Richardson WS. Evidence based medicine: what it is and what it isn't. BMJ 1996;312(7023):71-2

Ziele von Leitlinien

- der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung des Einzelnen und der Bevölkerung;
- der Berücksichtigung systematisch entwickelter Entscheidungshilfen in der ärztlichen Berufspraxis;
- der Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener ärztlicher Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten
- der Vermeidung unnötiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten
- der Verminderung unerwünschter Qualitätsschwankungen im Bereich der ärztlichen Versorgung
- der Information der Öffentlichkeit (Patienten, Kostenträger, Verordnungsgeber, Fachöffentlichkeit usw.) über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen

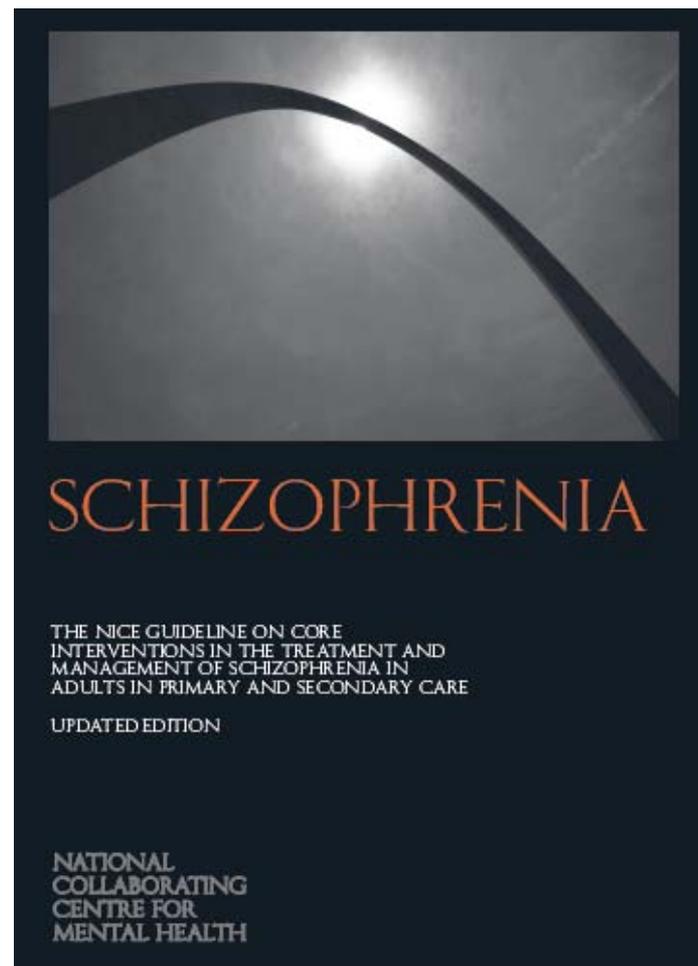
Evidenzbasierte Behandlungsleitlinien zur Schizophrenie

- 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		

Klingberg&Wittorf, 2012, Nervenarzt

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“

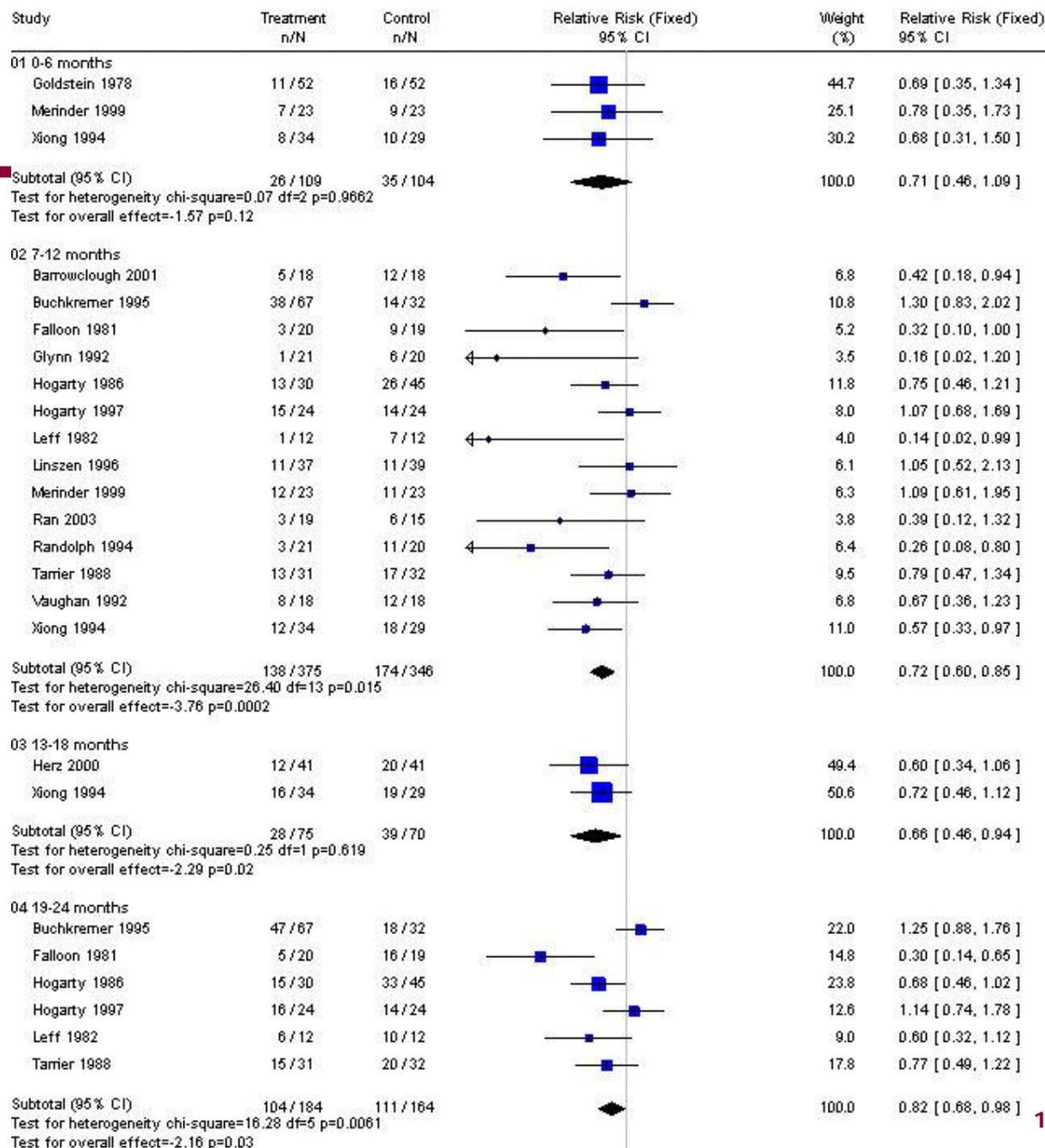
Family Intervention Definition

„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

Outcome: 04 Global state: 1. Relapse



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.

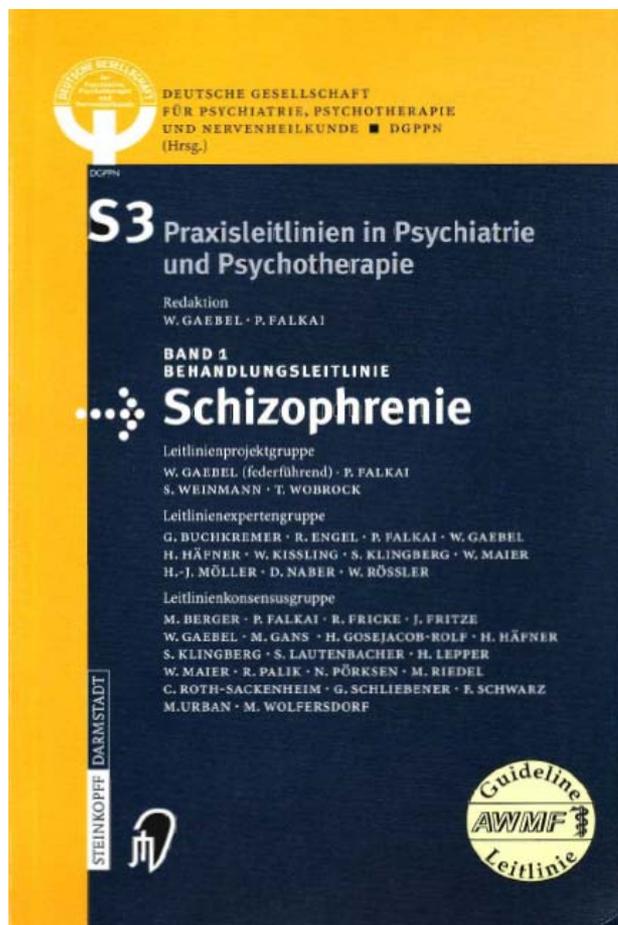
Family intervention may be particularly useful for families of people with schizophrenia who have:

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

Gliederung

1. NICE-Guideline
Empfehlungen, Metaanalysen, Interventionen
2. Weitere Leit- und Richtlinien
DGPPN-S3-Leitlinie, WB Psychotherapie, Psychotherapie-
Richtlinie des GBA
3. Neue Studien
4. Implementierungsprobleme
5. Zusammenfassung

S3-Behandlungsleitlinie der DGPPN



- Erarbeitet in 2005
- Formell ungültig
- Revision hat begonnen
- Ziel: 2014

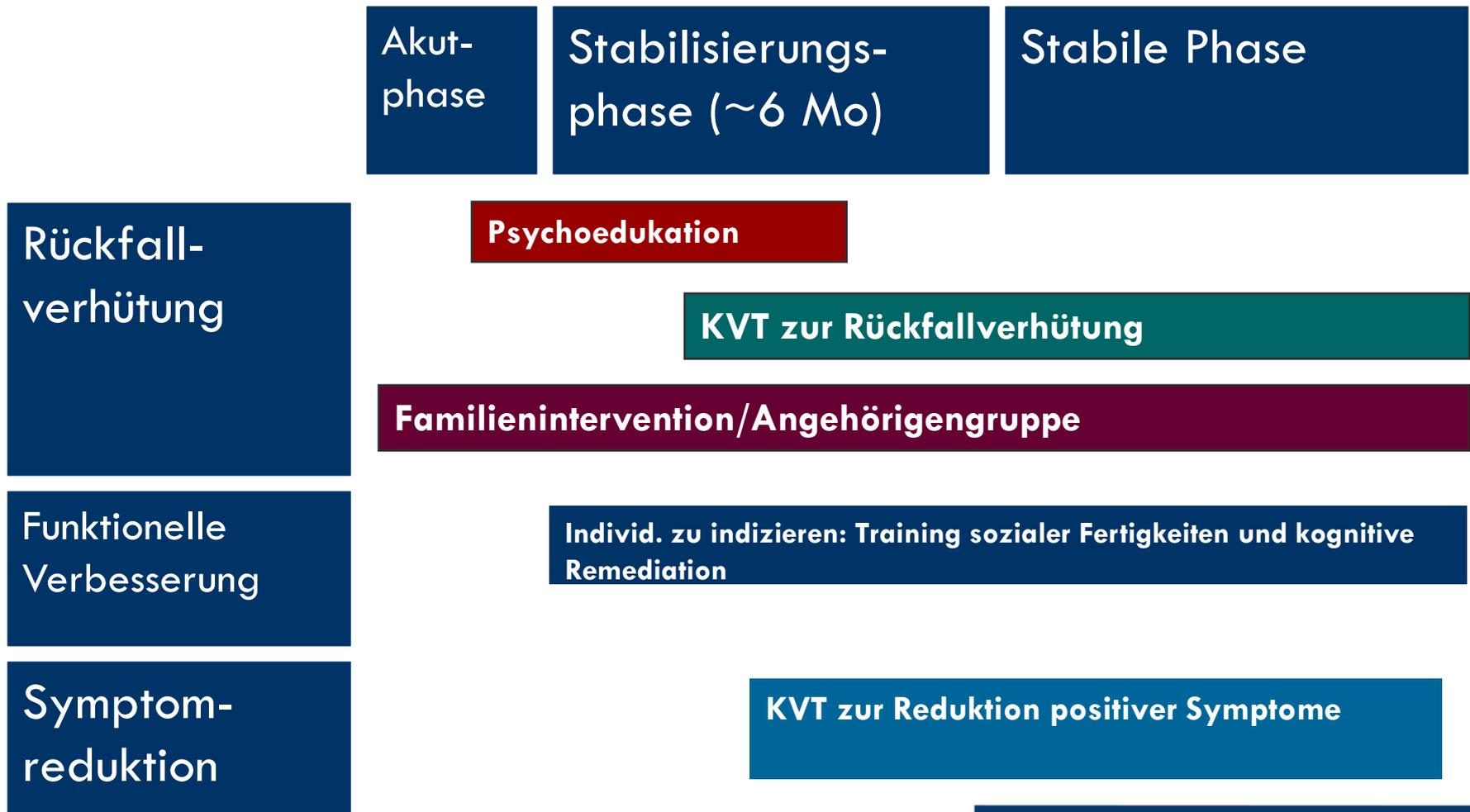
S3-Leitlinie Schizophrenie (2005) – Gliederung Psychotherapie

1. Allgemeines
2. Psychoedukation
3. Kognitive Verhaltenstherapie
4. Familieninterventionen und Zusammenarbeit mit Angehörigen
5. Training sozialer Fertigkeiten
6. Rehabilitation kognitiver Funktionsdefizite und neuropsychologische Funktionstrainings
7. Psychodynamische oder psychoanalytische Therapien bei Schizophrenie
8. Klientenzentrierte Gesprächstherapie bei Schizophrenie
9. Ergotherapie
10. Weitere Therapieformen

Gesamtbehandlungsplan

- (94) Good Clinical Practice.
- Die Erarbeitung eines Gesamtbehandlungsplans, der die medizinische und psychiatrische Intervention einschließlich Medikation, psychotherapeutischer und soziotherapeutischer Maßnahmen umfasst, und für Krisenintervention bei drohenden Rückfällen Vorsorge trifft, ist erforderlich. Im Rahmen dieses Plans sind die Kontakte zu Angehörigen und gesetzlichen Betreuern zu berücksichtigen und für die Rehabilitation des Kranken Vorkehrungen zu treffen.
- Quelle: S3-Leitlinie Schizophrenie

Evidenzbasierte psychotherapeutische Interventionen bei schizophrenen Störungen



Überarbeitungsbedarf

- Aktualisierung der wissenschaftlichen Evidenz
- Aktualisierung der Empfehlungen
- Revision des gesamten Textes
- Umorganisation nach Behandlungsphasen?
- Es sind mehr Organisationen involviert: andere Interessen?
- Stärkere Beachtung der Implementierungsproblematik?

Gutachten des Wissenschaftlicher Beirat Psychotherapie

- Verfahren
 - Kognitive Verhaltenstherapie
 - Psychodynamische Psychotherapie
 - Systemische Therapie
- Methoden
 - ./.

Alle derzeit anerkannten Verfahren wurden vom WB Psychotherapie auch im Bereich Psychosen als nachgewiesen wirksam angesehen

Psychotherapie-Richtlinien

§22: Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie

(1) Indikationen zur Anwendung von Psychotherapie gemäß Abschnitt B und Maßnahmen der Psychosomatischen Grundversorgung gemäß Abschnitt C der Richtlinie bei der Behandlung von Krankheiten können nur sein:

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.

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.

Revisionsbedarf der Psychotherapie-Richtlinie

- Hinsichtlich der Psychosen-Psychotherapie ist die Psychotherapierichtlinie 2 Jahrzehnte hinter der Psychotherapieforschung zurück.
- Auch der GBA nimmt für sich in Anspruch, evidenzbasierte Medizin zu ermöglichen. Das sollte jetzt dringend umgesetzt werden.
- Bundespsychotherapeutenkammer und DDPP (Dachverband Deutschsprachiger Psychosenpsychotherapie) haben die Revision der Psychotherapierichtlinien angeregt.
- Status???
- Gemäß der auch international publizierten Leitlinien ist die bestens begründete Erwartung:
Diagnose Schizophrenie begründet Psychotherapie-Indikation

Wissenschaft/Berufsrecht/Sozialrecht

RCT

Metaanalyse

Evidenzbasis

Leitlinien-Gruppe

Wissenschaftlicher
Beirat
Psychotherapie

Gemeinsamer
Bundesausschuss

Evidenzbasierte
Leitlinie (S3)

Gutachten

Psychotherapie-
Richtlinie

???

Ausbildung

Kassenfinanzierung

Gliederung

1. NICE-Guideline
Empfehlungen, Metaanalysen, Interventionen
2. Weitere Leit- und Richtlinien
DGPPN-S3-Leitlinie, WB Psychotherapie, Psychotherapie-
Richtlinie des GBA
3. **Neue Studien**
4. Implementierungsprobleme
5. Zusammenfassung

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 Problemlösetraining für individuelle Situationen	Angebot der Teilnahme an einer offenen Angehörigengruppe

Rückfallverhütung in der Routineversorgung

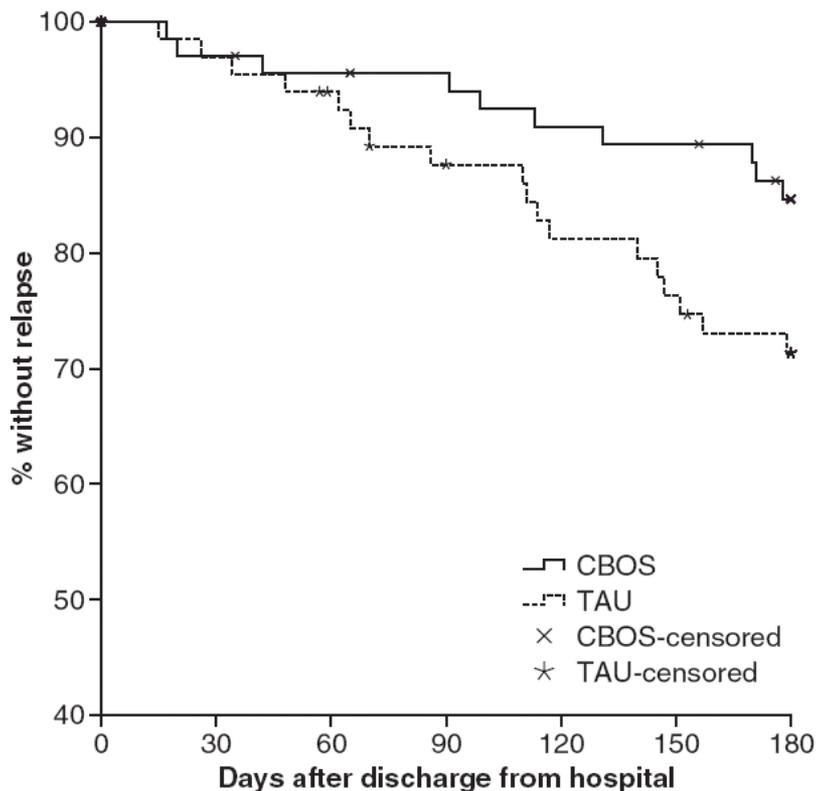


Fig. 2. Time to first relapse (primary endpoint) in cognitive behaviourally oriented service (CBOS) and treatment as usual (TAU) groups (main analysis). Note: log rank test (one-tailed): $\chi^2 = 3.38$; $P = 0.033$; CBOS $n = 84$ (16 censored cases at the beginning of the analysis, five cases censored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

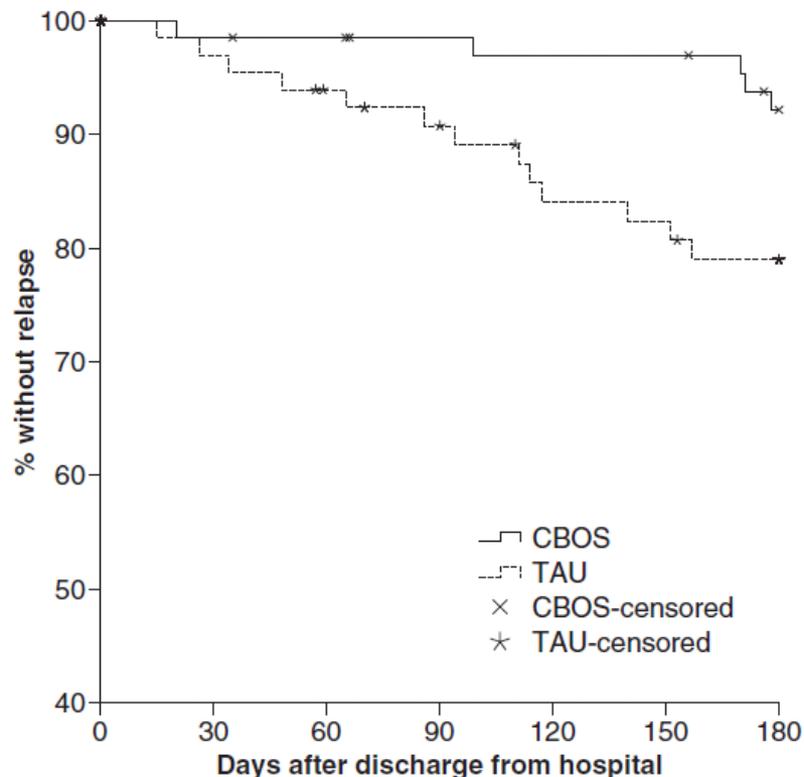


Fig. 3. Time to first exacerbation of negative symptoms in

Klingberg et al. 2009, Acta Psych Scand

STUDY PROTOCOL

Open Access

Cognitive behavioural therapy versus supportive therapy for persistent positive symptoms in psychotic disorders: The POSITIVE Study, a multicenter, prospective, single-blind, randomised controlled clinical trial

Stefan Klingberg^{1*}, Andreas Wittorf¹, Christoph Meisner², Wolfgang Wölwer³, Georg Wiedemann^{4,5}, Jutta Herrlich⁴, Andreas Bechdolf⁶, Bernhard W Müller⁷, Gudrun Sartory⁸, Michael Wagner⁹, Tilo Kircher¹⁰, Hans-Helmut König¹¹, Corinna Engel², Gerhard Buchkremer¹

POSITIVE-Network Speaker: Prof. Dr. Stefan Klingberg

www.psychose-psychotherapieforschung.de

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 Kärge

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

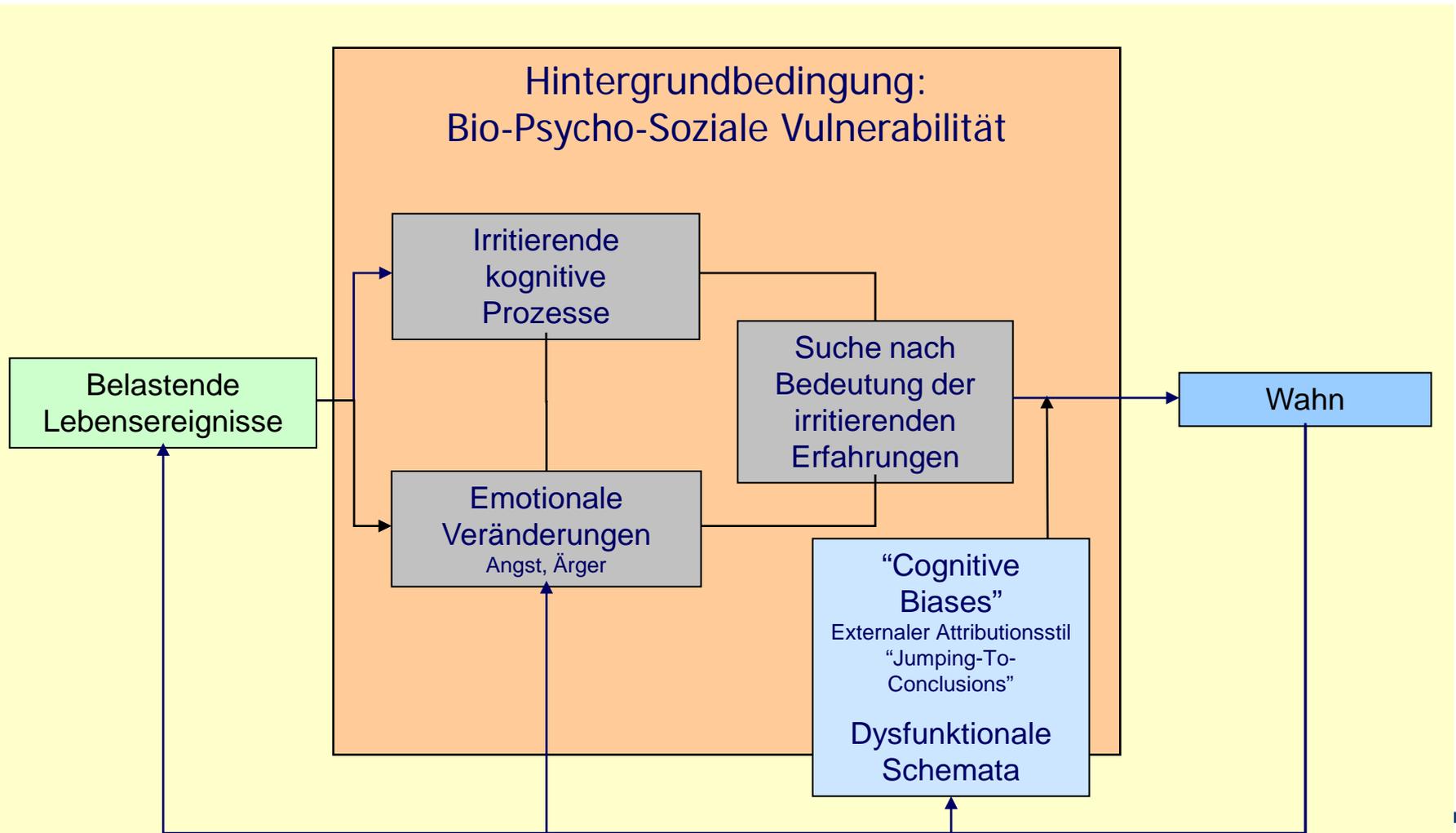
Prof. Dr. Hans-Helmut König
 Dr. Alexander Konnopka

Genetics

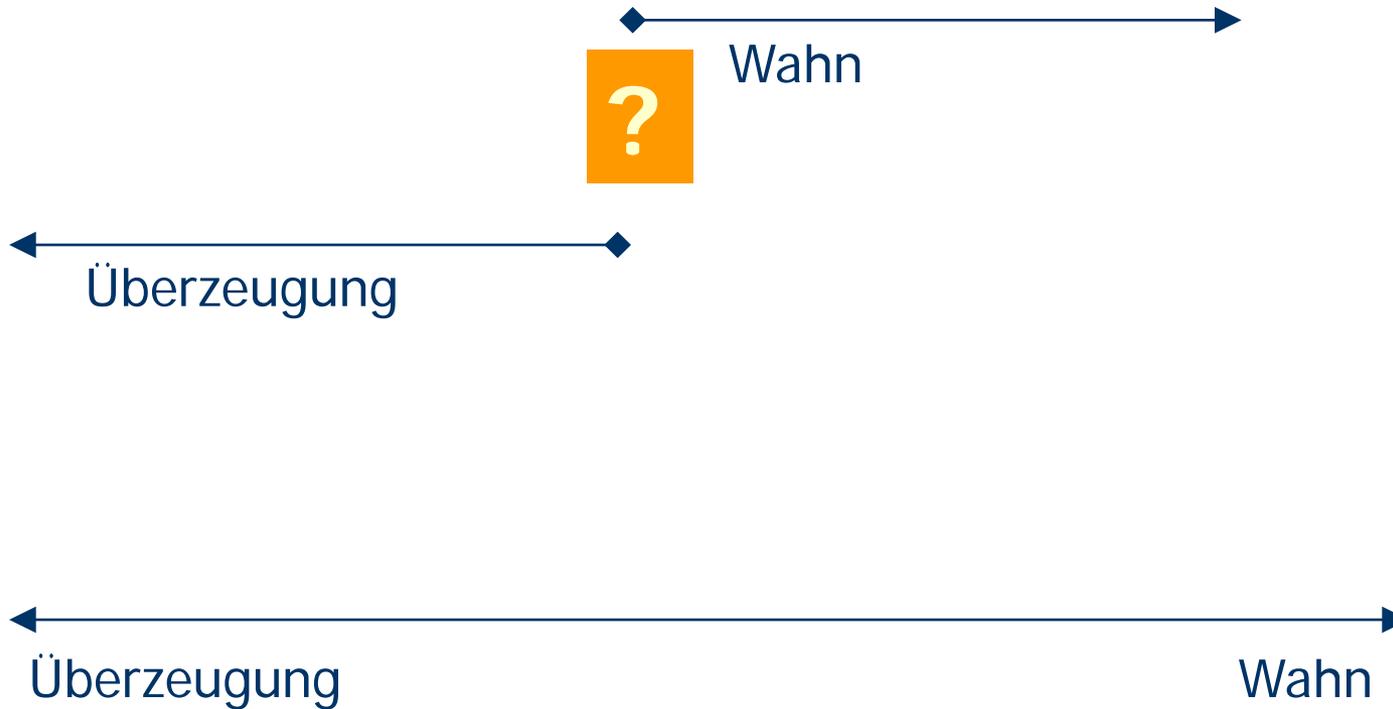
PD Dr. Rainald Mössner



Psychologisches Modell des Wahns



Cognitive Bias – Dimensionales Verständnis von Wahn



Wahn – immer unkorrigierbar?

Die Möglichkeit des Zweifels, die Fähigkeit zu partieller und zeitweilig vollständiger kritischer Distanzierung und Korrektur ist vielen an Schizophrenie Erkrankten im Beginn und auch in späteren Stadien gegeben, wenn auch in der Betroffenheit und Evidenz des aktuellen Wahnerlebens während akuter, produktiv-psychotischer Exazerbationen die Kritik für kürzere oder längere Zeit untertaucht und dann das Kriterium der absoluten Gewissheit und Unkorrigierbarkeit, der vollständigen Unzugänglichkeit gegenüber kritischen Einwendungen erfüllt ist.

Huber & Gross 1977

Therapiemanuale: www.psychose-psychotherapieforschung.de

Kognitive Verhaltenstherapie

KVT

zur Behandlung von Patienten mit
persistierenden psychotischen Symptomen
Behandlungsmanual
Version 3, 15.02.2009

Klingberg S, Wittorf A, Sickinger S, Jakobi U,

Zur Durchführung in der Studie:

Klingberg et al., Cognitive behavioural
treatment (CBT) for persistent positive
symptoms in psychotic disorders

The POSITIVE Study

A multicentric, prospective, single-blind,
randomised controlled clinical trial



Mit Förderung des BMBF im Programm
"Forschungsverbände zur Psychotherapie-
forschung"



Sponsor der Studie im Sinne von ICH-GCP:
Universitätsklinikum Tübingen



Verhaltenstherapie

Praxis | Forschung | Perspektiven

Kasuistik · Casuistic Contribution

Verhaltenstherapie 2010;20:201-206
DOI: 10.1159/000319581

Online publiziert: 16. August 2010

Kognitive Verhaltenstherapie von Wahn und Halluzination bei einer psychotischen Störung: Ein Fallbericht

Stephanie Sickinger · Stefan Klingberg

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen, Deutschland

Verhaltenstherapie

Praxis | Forschung | Perspektiven

Review Article · Übersichtsarbeit

(English Version of) Verhaltenstherapie 2010;20:000-000
DOI: 10.1159/000318718

Online publiziert: Aug 2010

Supportive Therapy for Schizophrenic Disorders

Stefan Klingberg · Ute E. Jakobi · Andreas Wittorf

University of Tübingen, Department of Psychiatry and Psychotherapy, Germany

Beziehungsgestaltung für die Psychotherapie bei Positiv-Symptomen

- P: Die Mafia beobachtet meine Wohnung. Die sind hinter mir her. Die wollen mich fertig machen.
- Wie kommen Sie darauf?
- Was ist denn vorgefallen?
- Das gibt es als Symptom einer Psychose.
- Ich bin anderer Meinung.
- Beruhigen Sie sich. Sie bilden sich das nur ein.
- T: oh, das würde mir Angst machen.
- T: ja, in Tübingen gibt es bestimmt eine Mafia.
- T: Fürchten Sie, dass ich auch zur Mafia gehöre? Oder könnten Sie mir vertrauen?
- T: Könnte es helfen, wenn Sie mir mehr darüber erzählen?
- T: Wie kommen Sie denn darauf, dass es die Mafia ist? (Kingdon & Turkington, 2006). Kann es auch die CIA sein?

Beziehungsgestaltung für die Psychotherapie bei Positiv-Symptomen

- „geleitetes Entdecken“/ empirische Zusammenarbeit
- Respekt vor der Autonomie des Patienten
- Würdigung der bisherigen Problemlösungen
- Empathie für die emotionalen Belastungen (auch Ärger und Angst)
- Begrenzte Selbstöffnung des Therapeuten
- Wann immer möglich: Entspannte Gesprächsatmosphäre und Humor

Interventionsstrategien bei Wahn

Detaillierte Problemschilderung

Beobachtungsprotokoll

Wahrnehmungslenkung (Reduktion von Wahrnehmungsverzerrungen (perception bias).

Gibt es auch «harmlose» Aspekte der Situation?

Reduktion von Verzerrungen des schlussfolgernden Denkens (Jumping to conclusions).

Förderung der Bereitschaft, eigene Überzeugungen infrage zu stellen und alternative Erklärungen zu suchen, Besprechung der sozialen Folgen des Wahns

Modifikation zugrunde liegender kognitiver dysfunktionaler Schemata (Misstrauen/Missbrauch; Defekthaftigkeit/Scham), Selbstwertstärkung

Realitätstestende Hausaufgaben: Treten die befürchteten Konsequenzen ein?

Beeinflussen dysfunktionale Schemata die Situationsverarbeitung?

Differenzierte Handlungsplanung mit Strategietraining

Erlernen, «Risiken» in ausgewählten Situationen einzugehen, aversive Emotionen durch funktionales Verhalten zu beenden

Förderung der sozialen Integration: Wiedergewinnung sozialer Verstärkung und positiveres Selbstbild.

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

Gliederung

1. NICE-Guideline
Empfehlungen, Metaanalysen, Interventionen
2. Weitere Leit- und Richtlinien
DGPPN-S3-Leitlinie, WB Psychotherapie, Psychotherapie-
Richtlinie des GBA
3. Neue Studien
4. Implementierungsprobleme
5. Zusammenfassung

Psychosen-Psychotherapie in Patienteninformationen: ein Beispiel

◆ Wie verläuft die Behandlung?

Psychotherapie wird erwähnt als Kunstfehler, sonst nicht

bestimmten Gehirnteilen zu normalisieren. Der Versuch einer psychotherapeutischen Aufarbeitung der Lebensgeschichte in solchen akuten Krankheitsphasen ist dagegen nicht nur nicht hilfreich, sondern wäre sogar geradezu als Kunstfehler zu betrachten. Bei fehlender Krankheitseinsicht und gleichzeitig vorhandener Selbst- oder Fremdgefährdung muss in manchen Fällen sogar eine unfreiwillige Behandlung (die sogenannte Unterbringung) erfolgen. Wann und wie das erfolgen kann und welche Rechte der Betroffenen dabei gewahrt werden müssen, ist gesetzlich genau geregelt.

Wenn eine akute Krankheitsphase abgeklungen ist, werden meistens Medikamente zum Schutz vor Rückfällen weiter benötigt. Wegen möglicher Nebenwirkungen sind die Auswahl und die Dosierung der Medikamente sehr wichtig. Deshalb spielt eine regelmäßige und vertrauensvolle Behandlung bei einem fachkompetenten

Psychotherapeutische Interventionen erscheinen beliebig

Hilfen hinzukommen. Das können Informationen zu Krankheit und Behandlung sein, Konzentrationstraining, Suchtberatung, Beschäftigungstherapie, Arbeitstraining, Familiengespräche, Selbsthilfegruppen oder Hilfe in den Bereichen Wohnen, Arbeit und Freizeitgestaltung. Es geht darum, so viel Hilfe wie nötig zu erhalten und so viel Selbständigkeit wie möglich zu behalten. Dabei kommen zahlreiche spezialisierte Berufsgruppen ins Spiel, die in der Region im Gemeindepsychiatrischen Verbund zusammenarbeiten. Das Ziel ist dabei, möglichst wohnortnah die bestmögliche Unterstützung auf dem aktuellsten Stand der wissenschaftlichen Erkenntnis zu geben.

Aus der Patienteninformation eines süddeutschen psychiatrischen Krankenhausverbundes

Psychosen-Psychotherapie in Fachjournalen: ein Beispiel

	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.“

Implementierungshemmnisse

- Strukturen der stationären Versorgung
 - Aktuell mehr Fokus auf Abrechnung als auf Inhalte
 - Summe der Gesprächszeit zu gering / Abhängig vom case-load
 - Bias zugunsten von Gruppen
 - Behandlungsdauer und Behandlungsphase nur teilweise angemessen für Psychotherapie
- Strukturen der Richtlinienpsychotherapie
 - Indikationseinschränkung durch die Psychotherapierichtlinie
 - Wartelisten, wenn überhaupt vorhanden
 - Komm-Struktur
 - Schnittstelle stationär/ambulant
- Bei den Zuweisern
 - Kenntnis oder Akzeptanz der Leitlinienempfehlung
 - Skepsis gegenüber Psychotherapie
 - Fehlende Kooperationsstrukturen
- Bei den Therapeuten
 - Störungsspezifische Qualifikation
 - Interesse
 - Ausfallkosten
- Bei den Patienten
 - Demoralisierung/Entmutigung/Stigmatisierungsfolgen
 - Nachfrage/Motivation
 - Symptome

Implementierung – bei Therapeuten

- Primär gefragt: Psychiater/Psychotherapeuten (= Ärzte und/oder Psychologische Psychotherapeuten)
- Aber auch alle anderen Berufsgruppen, insbesondere Sozialdienst und Pflege
- Qualifizierung
 - Workshops
 - Supervidierte Praxis
 - Qualitätszirkel
- Honorierung
 - IV-Vertrag
 - Als Psychotherapieleistung wie im Bereich der Richtlinienpsychotherapie zu vergüten

Implementierung – bei Patienten

- Information über evidenzbasierte Psychotherapie als Teil der Routineversorgung
- Organisation von Behandlungsplätzen durch das Behandlungsteam
- Fokus auf Motivationsförderung: wie können wir Patienten helfen, den Kontakt zu uns aufrechtzuerhalten
- Symptomfokussierte Therapien als Hilfe zur Lebensbewältigung einführen.

Politik und Aktuelles

Psychotherapierichtlinien GBA

S3-Richtlinien Diskussion

BGH-Urteil Zwangsbehandlung

Debatte um seelische
GesundheitOffener Leserbrief an den
Spiegel

DDPP-Flyer

Aktuelles**Diskussionsforum für Mitglieder eröffnet**

Im internen Bereich steht ab sofort ein [Diskussionsforum](#) zur Verfügung. Mitglieder des DDPP können dort zu aktuellen Themen diskutieren. Erste Diskussionen sind eröffnet und warten auf rege Beteiligung.

[Lesen Sie die Artikel in unserem Pressespiegel.](#)

Veranstaltungsempfehlungen:

[Infoveranstaltung zum Masterstudiengang "Integrierte Versorgung psychotisch erkrankter Menschen" am 7./8. Dezember 2012 an der International Psychoanalytic University, Berlin](#)

Veranstaltungsarchiv:

[27. - 28. Oktober 2012: Berliner Überregionales Symposium für](#)

Gliederung

1. NICE-Guideline
Empfehlungen, Metaanalysen, Interventionen
2. Weitere Leit- und Richtlinien
DGPPN-S3-Leitlinie, WB Psychotherapie, Psychotherapie-
Richtlinie des GBA
3. Neue Studien
4. Implementierungsprobleme
5. Zusammenfassung

Statt einer Zusammenfassung: Wichtige Behandlungsangebote...

- „Wir möchten Ihnen helfen, ein vertieftes Verständnis Ihrer Beschwerden zu erarbeiten. Ihre Erfahrungen und Meinungen sind der Ausgangspunkt. Ergänzend bieten wir Ihnen unser Wissen und unsere Erfahrung an.“
- „Ein dauerhaft stabile psychische Verfassung zu erreichen – dabei wollen wir Ihnen helfen. Welcher Platz im Leben ist dabei für Sie gut? Welche neuen Fertigkeiten benötigen Sie dafür? Was können Sie tun, wenn Überlastung droht?“
- „Wir möchten Ihnen helfen, dass Sie in Ihrer Familie gut zusammenleben können. In Familiengesprächen möchten wir Sie bei der Suche nach Problemlösungen unterstützen.“
- „Wir möchten mit Ihnen über Ihre bedrohlichen Erfahrungen sprechen. Oft hilft es, sich über die Geschehnisse im Gespräch klarer zu werden. Schön wäre es, wenn Sie offen dafür wären, Einschätzungen zu überprüfen.“

AG - Psychotherapieforschung



Prof. Dr. Stefan Klingberg
Diplom-Psychologe (Leitung)
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Calwer Str. 14, 72076 Tübingen
stefan.klingberg@med.uni-tuebingen.de



Priv.-Doz. Dr.
Andreas Wittorf
Diplom-Psychologe
(Wiss. Koordination)



Julia Steinheber
Wirtschaftsfachw.(IHK)
(Leitungsassistentz)



Dr. Klaus Hesse
Diplom-Psychologe



Beate Faust
Diplom-Psychologin



Ute Jakobi-Malterre
Diplom-Psychologin



Sabine Schneider
Diplom-Psychologin



Stephanie Sicking
Diplom-Psychologin



Svenja Unsöld
Diplom-Psychologin

Kooperationspartner

Universitätskliniken für Psychiatrie und Psychotherapie

- **Bonn** (Prof. Dr. Wagner, PD Dr. Mössner)
- **Düsseldorf** (Prof. Dr. Wölwer)
- **Essen / Wuppertal** (PD Dr. Müller / Prof. Dr. Sartory)
- **Frankfurt** (Prof. Dr. Wiedemann, Dr. Herrlich)
- **Hamburg** (Prof. Dr. Moritz)
- **Köln** (PD Dr. Bechdorf)
- **Marburg** (Prof. Dr. Kircher)
- Hamburg: Lehrstuhl für Gesundheitsökonomie** (Prof. Dr. König)

Tübinger Kooperationspartner

- Institut für Biometrie (Dr. Meisner)
- Central GmbH (Prof. Dr. Gleiter)
- Psychologisches Institut, Klinische Psychologie (Prof. Dr. Hautzinger)
- Psychosomatische Medizin (Prof. Dr. Zipfel)



Förderung



Links

www.psychose-psychotherapieforschung.de

www.kompetenznetz-schizophrenie.de