

Kognitive Verhaltenstherapie bei Schizophrenie



Dipl.- Psych. Kristof Hückstädt
Psychologischer Psychotherapeut
Leitender Psychologe
AWO Psychiatriezentrum Königslutter
kristof.hueckstaedt@awo-apz.de

Gliederung



1. Einleitung: Psychotherapie bei Schizophrenie?
2. Paradigmenwandel
3. Individualtherapie (CBTp)
4. Gruppentherapie: Metakognitives Training (MKT)
5. Konzeption der Station 18 des APZ
6. Fazit und Ausblick

Gliederung



1. **Einleitung: Psychotherapie bei Schizophrenie?**
2. Paradigmenwandel
3. Individualtherapie (CBTp)
4. Gruppentherapie: Metakognitives Training (MKT)
5. Konzeption der Station 18 des APZ
6. Fazit und Ausblick

Braucht es Psychotherapie bei Schizophrenie?

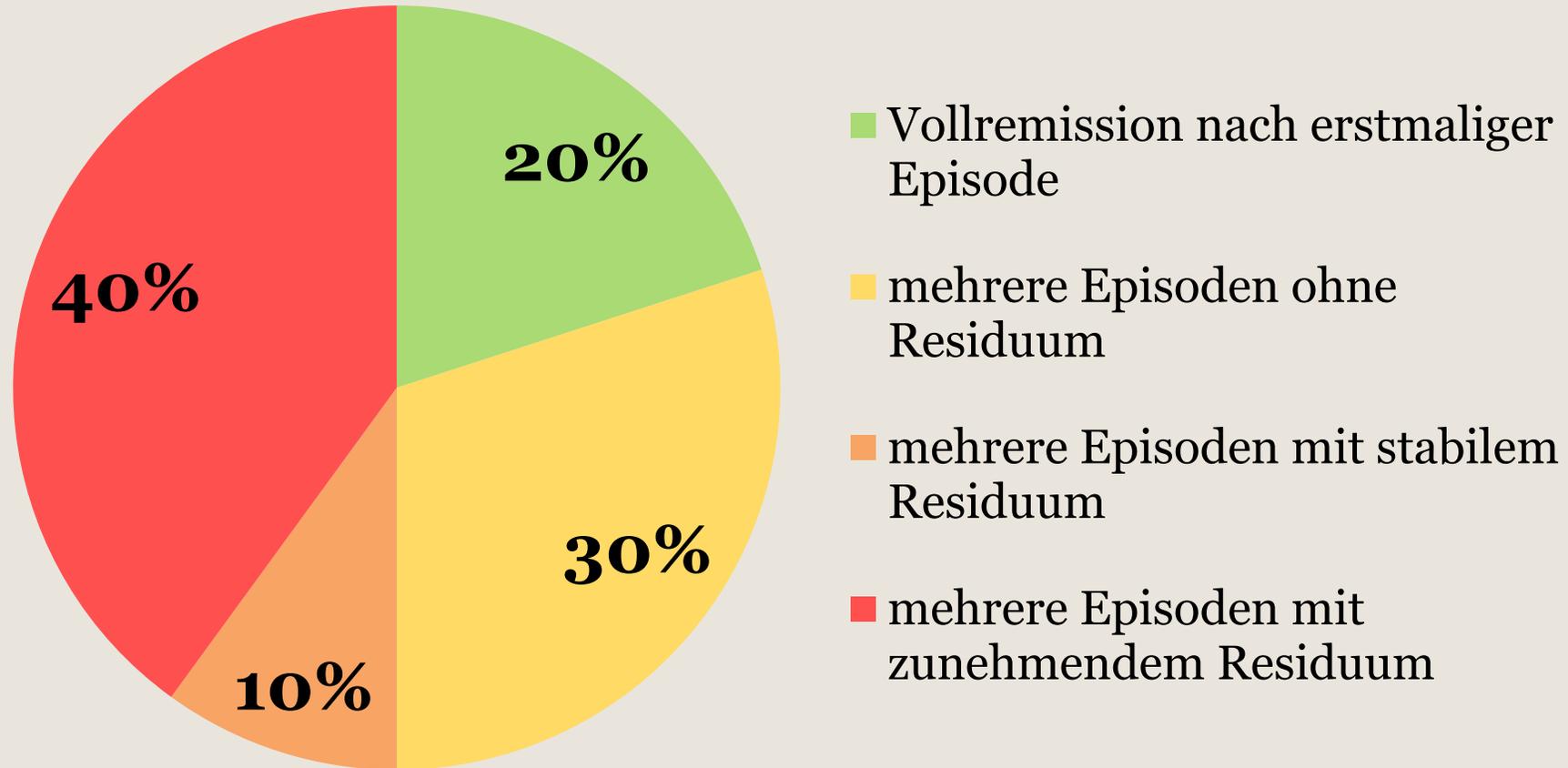


Braucht es Psychotherapie bei Schizophrenie?



- Adhärenz: Mittlere Rate bei 50% (Lacor et al., 2002)
- mangelnde Response auf Pharmakotherapie: ca. 20-30% aller therapieadhärenten Patient*innen sind Non- bzw. Partialresponder (Lieberman et al, 1994)
- Krankheitsverlauf: Prognose in ca. 50% der Fälle eher ungünstig

Verlauf und Prognose



Verlauf und Prognose



Negative Auswirkung auf die Rollenfunktionsfähigkeit:

- nur 15% der Betroffenen mit längerfristiger Anstellung auf dem ersten Arbeitsmarkt
- nur 30% sind in der Lage, eine feste Partnerschaft einzugehen

Verlauf und Prognose



Suizidalität:

- Rate versuchter Suizide 20 bis 40%
- Rate vollendeter Suizide bis zu 10%

Mortalität:

- deutlich verkürzte Lebenserwartung
- zweifach erhöhtes Mortalitätsrisiko

Braucht es Psychotherapie bei Schizophrenie?



- Adhärenz: Mittlere Rate bei 50% (Lacor et al., 2002)
- mangelnde Response auf Pharmakotherapie: ca. 20-30% aller therapieadhärenten Patienten sind Non- bzw. Partialresponder (Lieberman et al, 1994)
- Krankheitsverlauf: Prognose in ca. 50% der Fälle eher ungünstig
- Komorbidität

Komorbidity



- Inzidenz von Substanzmissbrauch / -abhängigkeit ggü. der Allgemeinbevölkerung bis zu vierfach erhöht (Regier et al., 1990)
- bis zu 50% der Betroffenen haben gleichzeitig eine komorbide Angststörung (Fenton, 2001)
- bis zu 25% leiden unter ausgeprägten Depressionssymptomen (Siris, 1991)

Braucht es Psychotherapie bei Schizophrenie?



- Adhärenz: Mittlere Rate bei 50% (Lacor et al., 2002)
- mangelnde Response auf Pharmakotherapie: ca. 20-30% aller therapieadhärenten Patient*innen sind Non- bzw. Partialresponder (Lieberman et al, 1994)
- Krankheitsverlauf: Prognose in ca. 50% der Fälle eher ungünstig
- Komorbidität
- (Selbst)Stigmatisierung

Gliederung



1. Einleitung: Psychotherapie bei Schizophrenie?
2. **Paradigmenwandel**
3. Individualtherapie (CBTp)
4. Gruppentherapie: Metakognitives Training (MKT)
5. Konzeption der Station 18 des APZ
6. Fazit und Ausblick

Paradigmenwandel



„klassische“ Behandlungsansätze:

- Familienintervention
- Psychoedukation
- Fertigkeitentrainings (z. B. soziale Kompetenz)
- kognitive Remediation (z. B. CogPack/MyBrain)

ABER: keine störungsspezifische Individualtherapie

Paradigmenwandel



frühere Paradigmen:

1. psychotische Überzeugungen sind qualitativ anders
2. Wahn ist unkorrigierbar
3. ohne Krankheitseinsicht keine Therapie
4. Psychotherapie ist „schädlich“

Paradigmenwandel



1. Psychotisches Denken ist qualitativ anders:

normales
Denken

psychotisches
Denken

Paradigmenwandel



Psychotisches Denken ist quantitativ anders: „**belief continuum**“

„normal“

psychotisch



Paradigmenwandel



2. Wahn ist unkorrigierbar:

Definition von Wahn (Jaspers):

1. Subjektive Gewissheit
2. Unkorrigierbarkeit
3. Unmöglichkeit des Inhalts



Paradigmenwandel



3. Ohne Krankheitseinsicht keine Therapie:

- Krankheitseinsicht ist weder notwendig noch hinreichend für Antipsychotikaeinnahme (David, 1990)
- initial stattdessen: „minimale Kooperationsbereitschaft“, Therapie „versuchsweise“

Paradigmenwandel



4. Therapie ist „schädlich“:

- über Wahninhalte zu sprechen festigt diese
- dem Patient nicht zu widersprechen verleiht dem Wahn Glaubwürdigkeit
- Psychotherapie ist für Schizophreniepatienten ungeeignet und (potentiell) schädlich

Paradigmenwandel



Fazit:

2008: “Offer cognitive behavioural therapy to all people with schizophrenia” (NICE)

2015: Uneingeschränkte Zulassung im Rahmen der Richtlinientherapie in Deutschland

2019: Höchste Empfehlungsgrade für KVT in der nationalen S3-Leitlinie:

Empfehlung 60	Empfehlungsgrad
<p>Menschen mit einer ersten psychotischen Episode soll eine spezifische kognitive Verhaltenstherapie zur Besserung der Positiv- und Negativsymptomatik angeboten werden.</p> <p>Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014 (149) und Meta-Analyse LoE1-Meta-Analyse Bird et al. 2010 (96).</p>	A
Empfehlung 61	Empfehlungsgrad
<p>Menschen mit einer Schizophrenie soll eine KVT angeboten werden.</p> <p>Adaptation NICE-Leitlinie „Psychosis and schizophrenia in adults“ 2014 (149). Meta-Analyse LoE1++ Jauhar et al. 2016 (508), Meta-Analyse LoE1++ Wykes et al. 2011 (514), Meta-Analyse LoE1++ Turner et al. 2014 (512).</p>	A

Gliederung

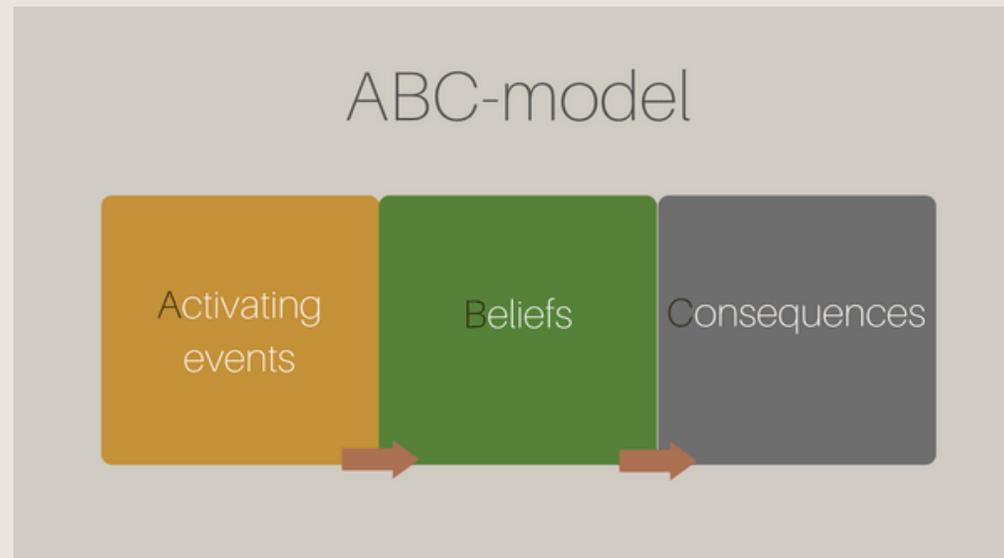


1. Einleitung: Psychotherapie bei Schizophrenie?
2. Paradigmenwandel
3. **Individualtherapie (CBTp)**
4. Gruppentherapie: Metakognitives Training (MKT)
5. Konzeption der Station 18 des APZ
6. Fazit und Ausblick

CBTp - Grundlagen



- Adaption bewährter Elemente der KVT
- Ähnlichkeit zur Arbeit mit anderen Störungen größer als Unterschiede!



Zentrale Therapieelemente



1. Aufbau einer starken therapeutischen Beziehung
2. Entwicklung und Hierarchisierung von Zielen
3. Psychoedukation und „Normalisierung“ der Symptome
4. Entwicklung eines gemeinsamen „Modells“
5. Fokussierung der Positivsymptomatik
6. Behandlung assoziierter/ komorbider Probleme
7. Rückfallprophylaxe

Zentrale Therapieelemente



- 1. Aufbau einer starken therapeutischen Beziehung**
2. Entwicklung und Hierarchisierung von Zielen
3. Psychoedukation und „Normalisierung“ der Symptome
4. Entwicklung eines gemeinsamen „Modells“
- 5. Fokussierung der Positivsymptomatik**
6. Behandlung assoziierter/ komorbider Probleme
7. Rückfallprophylaxe

Therapie



1. Aufbau einer starken therapeutischen Beziehung:

- Beachtung ungünstiger Lernerfahrungen (!)
- verbindlicher und regelmäßiger Kontakt
- aktives Zuhören
- Interesse, Echtheit und Akzeptanz
- nicht-wertende Grundhaltung / „suspension of disbelief“
- Validierung (von Emotionen)
- mögliche Probleme offen thematisieren
- Kontrolle und Eigenverantwortung bei Patient*in
- Anpassung der Bedingungen an Patient*in

Therapie



5. Fokussierung der Positivsymptomatik

- (systematische) Selbstbeobachtung
- Verhaltensanalysen

Therapie von Halluzinationen



Verbesserung von Copingstrategien:

- Reduktion körperlicher Spannung
- Aufmerksamkeitsverlagerung
- Distanzierungs- und Achtsamkeitsübungen
- Veränderung von (Meta-)Kognitionen
- Fokussierungsstrategien

Therapie bei Wahn



- Erarbeitung des kognitiven Modells
- Unterscheidung zwischen Annahmen und Tatsachen
- Psychoedukation über kognitive Verzerrungen
- kognitive Umstrukturierung
- Realitätsprüfung / Verhaltensexperimente

Therapie bei Wahn



- nicht überreden, sondern....

Therapie bei Wahn



- nicht überreden, sondern **Zweifel säen!!!**
- Gewissheit reduzieren
- „innere Struktur des Wahns zersetzen“

Gliederung



1. Einleitung: Psychotherapie bei Schizophrenie?
2. Paradigmenwandel
3. Individualtherapie (CBTp)
4. **Gruppentherapie: Metakognitives Training (MKT)**
5. Konzeption der Station 18 des APZ
6. Fazit und Ausblick

Metakognitives Training



Metakognitives Training



Hintergrund:

- Vernachlässigung psychologischer Faktoren bei der Therapie der Schizophrenie
- Diskrepanz zwischen Erkenntnissen über Kognition/Metakognition bei Schizophrenie und praktischer Nutzung
- 2005: Beginn MKT (Moritz et al.)

Metakognitives Training



- Metakognition = „**Denken über das Denken**“
- Ansatzpunkt: Beeinflussung kognitiver Denkstile, die mit Wahn assoziiert sind
- strikt theorie- und empiriegestütztes Vorgehen

Metakognitives Training



Aufbau:

- offene Gruppe für 3-10 Teilnehmer
- 8 Module (2 Zyklen)
- nicht aufeinander aufbauend
- Dauer 45-60 min; 1 bis 2x wöchentlich
- Durchführung durch 2 Trainer

Metakognitives Training



Aufbau:

- erforderliche Ausstattung: Beamer, Laptop, (Lein-)Wand
- Materialien: MKT-Folien (pdf), Manual, Merkblätter mit Hausaufgaben, rote und gelbe Karte
- liegt aktuell in 30 Sprachen vor
- kostenloser Download unter: **<http://www.uke.de/mkt>**

Metakognitives Training



Modul 1:
Zuschreibungsstil

Module 2 und 7:
Voreiliges Schlussfolgern

Modul 3:
Korrigierbarkeit

Modul 4 und 6:
Einfühlung

Modul 5:
Gedächtnis

Modul 8:
Selbstwertgefühl & Stimmung

Gliederung



1. Einleitung: Psychotherapie bei Schizophrenie?
2. Paradigmenwandel
3. Individualtherapie (CBTp)
4. Gruppentherapie: Metakognitives Training (MKT)
5. **Konzeption der Station 18 des APZ**
6. Fazit und Ausblick

Konzept der Station 18



Indikation

- Offene Spezialstation für Schizophrenie und Spektrumsstörungen
- Krankheitseinsicht ist **keine** Voraussetzung für Therapie-teilnahme, sondern lediglich Bereitschaft zur (zumindest versuchsweisen) Teilnahme an der Behandlung

Konzept der Station 18



Therapeutische Haltung

- therapeutischer Optimismus
- Vertrauen in Fähigkeiten und Ressourcen der Patient*in
- Respekt vor der Meinung der Patient*in
- Kontrolle und Eigenverantwortung bei Patient*in
- ggf. Anpassung der Bedingungen an Patient*in

Multiprofessionelle Besetzung



- zwei Psychotherapeut*innen (aktuell + Psychotherapeutin i. A.)
- Stationsärztin und Oberarzt
- Sozialarbeiterin
- Pfl egeteam
- Ergo- und Physiotherapie

Leitlinienbasierte Therapieangebote



- Psychoedukation (PET, 2x 50 Min./Woche)
- Metakognitives Training (MKT, 2x 50 Min./Woche)
- Psychose und Konsum (PuK, 1x 50 Min./Woche)
- „Schlafen ohne Stress“ (SoS, 1x 25 Min./Woche)
- „Kompetenz“-Spiel (MKT, 2x 50 Min./Woche)
- Ernährungsgruppe (1x 25 Min./Woche)
- Sport und Bewegungstherapie (1-2x 50 Min./Woche)
- Ausdruckszentriertes Malen (1x 100 Min./Woche)
- Musiktherapie (1x 50 Min./Woche)
- individuelle Einzeltherapie
- stationsübergreifende Angebote (z. B. PMR)

Gliederung



1. Einleitung: Psychotherapie bei Schizophrenie?
2. Paradigmenwandel
3. Individualtherapie (CBTp)
4. Gruppentherapie: Metakognitives Training (MKT)
5. Konzeption der Station 18 des APZ
6. **Fazit und Ausblick**

Fazit – 10 Jahre Station 18



- Konzentration auf eine Klientel = spezifischere Angebote
- Förderung der Selbstöffnung und Auseinandersetzung mit der Erkrankung
- Mitpatient*innen als Modell für funktionalen Umgang mit der Erkrankung
- Reduktion der (Selbst-)Stigmatisierung
- sehr hohe Akzeptanz bei Patient*innen
- Inanspruchnahme auf freiwilliger Basis bei Warnsignalen
- hohe Prä-Post-Effektstärken:
 - HoNOS: 1,26 (n=161)
 - DSM-5-Fragebogen: 1,09 (n=42)

Evidenz



Sitko et al. 2020 (28 Studien):

- kleine bis mittlere Effekte für Positivsymptome, Wahn, Halluzinationen, Negativsymptome
- keine Abnahme der Effekte von CBTp über die Zeit, Verbesserung der Effekte für Wahn

Schizophrenia Bulletin Open
doi:10.1093/schizbullopen/sgaa023

Meta-analysis and Meta-regression of Cognitive Behavioral Therapy for Psychosis (CBTp) Across Time: The Effectiveness of CBTp has Improved for Delusions

Katarzyna Sitko*, Bridgette M Bewick, David Owens, Ciara Masterson

Faculty of Medicine and Health, School of Medicine, University of Leeds, Leeds LS2 9JT, UK

*To whom correspondence should be addressed; tel: +44(0)113-343-0829, e-mail: ksitkok@gmail.com

Fazit - CBTp



- KVT ist eine wirksame Intervention bei Schizophrenie: Moderate, aber robuste Effekte zusätzlich zur Pharmakotherapie
- KVT wird Bestandteil des gesetzlichen QS-Verfahrens Schizophrenie

„Soll“: KVT als Bestandteil in der Routinebehandlung von Schizophrenie

Ist?



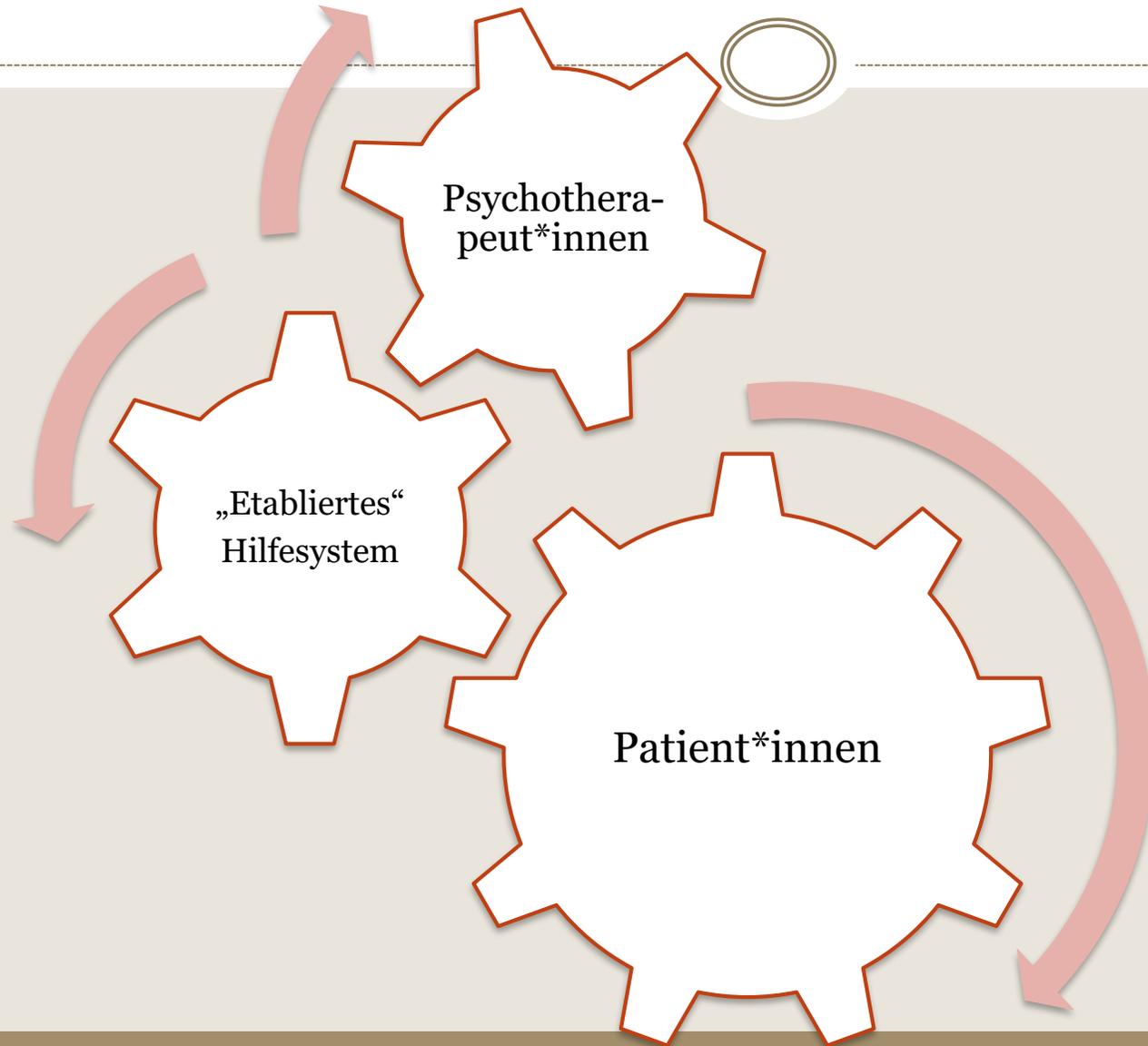
- Weniger als 1% der Patient*innen mit schizophrenen Störungen sind bei niedergelassenen Psychotherapeuten in Behandlung (Görgen & Engler, 2005)
- Patient*innen mit schizophrenen Störungen machen weniger als 1% des Klientels niedergelassener Psychotherapeut*innen aus (Wittmann und Stefanofski, 2011)

„Ist“



„Kein Evidenz-, sondern ein **Implementierungsproblem**“
(Bechdorf & Klingenberg, 2014“)

Gründe?



Vielen Dank!



Literatur



- Bäumli, J. & Pitschl-Walz, G. (2008). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Stuttgart: Schattauer.
- Bäumli, J. et al. (2010). *Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie (APES)*. Stuttgart: Schattauer.
- Behrend, B. (2009). *Meine persönlichen Warnsignale. Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Krankheitsbewältigung für Menschen mit Psychoseerfahrung*. Tübingen: dgvt.
- Kircher, T. & Gaugel, S. (2008). *Neuropsychologie der Schizophrenie*. Berlin: Springer.
- Klecha B. & Barke, A. (2010). *Kognitiv-behaviorale Therapie bei Wahn und Halluzinationen: Ein Therapieleitfaden*. Stuttgart: Schattauer.
- Klingenberg et al. (2003). *Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungs-manual*. Weinheim: Beltz.
- Lincoln, T. (2006). *Kognitive Verhaltenstherapie der Schizophrenie: Ein individuenzentrierter Ansatz zur Veränderung von Wahn, Halluzinationen und Negativsymptomatik*. Göttingen: Hogrefe.

Literatur



- Moritz, S. et al. (2011). *MKT+: Individualisiertes metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose*. Berlin: Springer.
- Moritz, S. et al. (2012). Metakognitives Training für schizophrene Patienten (MKT). Online verfügbar unter www.uke.de/mkt.
- Nelson, H.E. (2011). *Kognitiv-behaviorale Therapie bei Wahn und Halluzinationen: Ein Therapieleitfaden*. Stuttgart: Schattauer.
- Vauth, R. (2006). *Chronisches Stimmenhören und persistierender Wahn*. Göttingen: Hogrefe.
- Vauth, R. & Stieglitz, R.-D. (2008). *Training Emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Störungen. Ein Therapiemanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Roder, V., Brenner, H.D. & Kienzle, N. (2008). *Integriertes Psychologisches Therapieprogramm bei schizophrenen Erkrankten IPT*. Weinheim: Beltz.