

Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen

**Tania Lincoln
Anya Pedersen
Kurt Hahlweg
Karl H. Wiedl
Inga Frantz**

Evidenzbasierte
Leitlinien
Psychotherapie

 **hogrefe**

Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen

Evidenzbasierte Leitlinien Psychotherapie Band 5

Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie
von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen

Tania Lincoln, Anya Pedersen, Kurt Hahlweg, Karl H. Wiedl, Inga Frantz

Herausgeber der Reihe:

Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie
der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs)

Mitglieder des Lenkungsausschusses:

Prof. Dr. Alexandra Martin, Prof. Dr. Alexander Gerlach, Prof. Dr. Annette Schröder

**Tania Lincoln
Anya Pedersen
Kurt Hahlweg
Karl H. Wiedl
Inga Frantz**

Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen



Deutsche Gesellschaft
für Psychologie



Dieses Dokument ist nur für den persönlichen Gebrauch bestimmt und darf in keiner Form vervielfältigt und an Dritte weitergegeben werden.

Aus T. Lincoln, A. Pedersen, K. Hahlweg, K. H. Wiedl und I. Frantz: Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen (ISBN 9783840928833) © 2019 Hogrefe Verlag, Göttingen.

Prof. Dr. Tania Lincoln, geb. 1972. Seit 2011 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Hamburg.

Prof. Dr. Anya Pedersen, geb. 1968. Seit 2013 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Kiel.

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, geb. 1947. 1988–2012 Professor für Klinische Psychologie, Psychotherapie und Diagnostik an der Technischen Universität Braunschweig.

Prof. Dr. Karl H. Wiedl, geb. 1944. 1982–2011 Professor für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Osnabrück.

Dr. Inga Frantz, geb. 1983. 2015–2018 Wissenschaftliche Mitarbeiterin in der Psychotherapeutischen Hochschulambulanz der Universität Hamburg.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen, Internetlinks etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskriptherstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Merkelstraße 3
37085 Göttingen
Deutschland
Tel. +49 551 999 50 0
Fax +49 551 999 50 111
verlag@hogrefe.de
www.hogrefe.de

Satz: Matthias Lenke, Weimar
Format: PDF

1. Auflage 2019

© 2019 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG, Göttingen

(E-Book-ISBN [PDF] 978-3-8409-2883-3; E-Book-ISBN [EPUB] 978-3-8444-2883-4)

ISBN 978-3-8017-2883-0

<http://doi.org/10.1026/02883-000>

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung und Methode	9
1.1	Hintergrund, Ziele und Adressaten der Leitlinie	9
1.2	Vorgehen	11
2	Die Störungsbilder	17
2.1	Symptomatik schizophrener Störungen	17
2.1.1	Wahnsymptomatik	18
2.1.2	Halluzinationen	18
2.1.3	Formale Denkstörungen	19
2.1.4	Negativsymptomatik	19
2.1.5	Verhaltensauffälligkeiten	19
2.2	Diagnosestellung	20
2.2.1	Diagnostische Kriterien in verschiedenen Diagnosesystemen	20
2.2.2	Differenzialdiagnostik	22
2.2.3	Diagnostische Verfahren	22
2.3	Komorbide psychische Störungen	26
2.4	Komorbide somatische Erkrankungen	26
2.5	Epidemiologie	27
2.6	Verlauf	27
2.7	Prognose	28
2.8	Risikofaktoren	29
2.8.1	Genetische Risikofaktoren	29
2.8.2	Psychosoziale Risikofaktoren	30
2.9	Ätiologische Modelle	31
3	Individualisierte psychotherapeutische Ansätze	34
3.1	Kognitive Verhaltenstherapie	34
3.1.1	Beschreibung des Ansatzes	34
3.1.2	Auswertung der Evidenz	35
3.1.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	35
3.1.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	38
3.1.3	Bewertung der Evidenz	39
3.2	Neuere Entwicklungen der KVT („Dritte-Welle“-Ansätze)	41
3.2.1	Beschreibung des Ansatzes	41
3.2.2	Auswertung der Evidenz	42

3.2.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	42
3.2.2.2	Differenzierende Analysen	43
3.2.2.3	Evidenz zu Formaten und Settings	44
3.2.3	Bewertung der Evidenz	44
3.3	Psychodynamische Therapieansätze	45
3.3.1	Beschreibung des Ansatzes	45
3.3.2	Auswertung der Evidenz	47
3.3.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	47
3.3.2.2	Randomisiert-kontrollierte Studien (Ebene II)	47
3.3.2.3	Evidenz zu Formaten und Settings	48
3.3.3	Bewertung der Evidenz	49
3.4	Gesprächspsychotherapie	49
3.4.1	Beschreibung des Ansatzes	49
3.4.2	Auswertung der Evidenz	51
3.4.2.1	RCTs (Ebene II)	51
3.4.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	52
3.4.3	Bewertung der Evidenz	52
4	Psychoedukation	54
4.1	Beschreibung des Ansatzes	54
4.2	Auswertung der Evidenz	55
4.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	55
4.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	56
4.3	Bewertung der Evidenz	56
5	Fertigkeitentrainings	58
5.1	Soziales Kompetenztraining	58
5.1.1	Beschreibung des Ansatzes	58
5.1.2	Auswertung der Evidenz	59
5.1.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	59
5.1.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	60
5.1.3	Bewertung der Evidenz	61
5.2	Kognitive Remediation	61
5.2.1	Beschreibung des Ansatzes	61
5.2.2	Auswertung der Evidenz	62
5.2.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	62
5.2.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	64
5.2.3	Bewertung der Evidenz	64
5.3	Integriertes Psychologisches Therapieprogramm	65
5.3.1	Beschreibung des Ansatzes	65
5.3.2	Auswertung der Evidenz	66
5.3.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	66
5.3.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	67
5.3.3	Bewertung der Evidenz	68

5.4	Metakognitives Training	69
5.4.1	Beschreibung des Ansatzes	69
5.4.2	Auswertung der Evidenz	69
5.4.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	69
5.4.2.2	RCTs (Ebene II)	70
5.4.2.3	Evidenz zu Formaten und Settings	71
5.4.3	Bewertung der Evidenz	71
6	Familieninterventionen	73
6.1	Beschreibung des Ansatzes	73
6.2	Auswertung der Evidenz von Familieninterventionen im Allgemeinen ...	74
6.2.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	75
6.2.2	Evidenz zu Formaten und Settings	76
6.2.2.1	Dauer der Intervention	76
6.2.2.2	Einbezug des Patienten in die Behandlung	76
6.2.2.3	Gruppen- vs. Einzel-Familienintervention	77
6.2.3	Bewertung der Evidenz zu Familieninterventionen im Allgemeinen ...	78
6.3	Psychoedukative Familieninterventionen	78
6.3.1	Auswertung der Evidenz zu psychoedukativen Familieninterventionen	79
6.3.1.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	79
6.3.2	Bewertung der Evidenz zu psychoedukativen Familieninterventionen	80
6.4	Psychoedukative Familieninterventionen mit Fertigkeitentraining	80
6.4.1	Auswertung der Evidenz zu psychoedukativen Familieninterventionen mit Fertigkeitentraining	81
6.4.1.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	81
6.4.2	Bewertung der Evidenz zu psychoedukativen Familieninterventionen mit Fertigkeitentraining	81
6.5	Systemische Familientherapie	82
6.5.1	Auswertung der Evidenz zur Systemischen Familientherapie	83
6.5.1.1	Metaanalytische Auswertungen (Ebene I)	83
6.5.1.2	RCTs (Ebene II)	83
6.5.2	Bewertung der Evidenz zur Systemischen Familientherapie	84
7	Empfehlungen zur Wahl des Therapieansatzes	87
8	Praxisfragen	98
8.1	Behandlungssetting	98
8.2	Beziehungsgestaltung	98
8.3	Behandlung von komorbiden Störungen	100
8.4	Patienten mit neurokognitiven Defiziten	102
8.5	Kriseninterventionen	103
8.6	Medikation	105
8.7	Psychotherapie ohne Medikation	110

8.8	Einbindung weiterer Beteiligter in die Betreuung.....	112
8.9	Schwierigkeiten bei der Bewilligung von Psychotherapieanträgen	113
8.10	Aus- und Weiterbildung	114
9	Mythen und Fakten zur ambulanten Therapie	116
9.1	Cannabis verursacht Schizophrenie	116
9.2	Patienten mit Schizophrenie sind gefährlich	117
9.3	Wahn kann man psychotherapeutisch nicht behandeln	118
9.4	Patienten mit Psychosen lassen viele Sitzungen ausfallen	119
10	Ausblick	120
11	Zusammenfassung der Empfehlungen	122
	Danksagung	123
	Literatur	124
	Abkürzungsverzeichnis	139

1 Einleitung und Methode

1.1 Hintergrund, Ziele und Adressaten der Leitlinie

Die psychotherapeutische Behandlung von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen wurde lange Zeit stiefmütterlich behandelt. In den klinisch-psychologischen und psychotherapeutischen Lehrbüchern war Schizophrenie für viele Interventionen als Kontraindikation gelistet und auch in den Psychotherapie-Richtlinien wurde Psychotherapie bis vor kurzem zumindest für akut psychotische Patienten ausgeschlossen. So war in den Richtlinien Psychotherapie bei Schizophrenie auf die Behandlung der Residual-, Folge- oder Begleitsymptomatik eingeschränkt.

Erfreulicherweise hat die Entwicklung neuer Therapieansätze für psychotische Störungen und ihre wissenschaftliche Erforschung innerhalb der letzten 20 Jahre Aufwind erhalten. Zahlreiche Therapiemanuale wurden entwickelt und in randomisiert-kontrollierten Studien evaluiert. Als Reaktion auf die zunehmend klarer werdende Evidenz für psychotherapeutische Behandlungen, insbesondere der kognitiv-behavioralen Ansätze, passte der Gemeinsame Bundesausschuss im Oktober 2014 die Psychotherapie-Richtlinie dem aktuellen Forschungsstand an und erklärte Psychotherapie bei Schizophrenie, schizotypen oder wahnhaften Störungen für uneingeschränkt indiziert¹.

Dennoch ist es in Deutschland bis heute für Patienten², die an einer Schizophrenie oder anderen psychotischen Störungen leiden, nicht einfach, einen Zugang zu ambulanter Psychotherapie zu finden. Vor diesem Hintergrund wurde die Entwicklung dieser Behandlungsleitlinie von der Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Auftrag gegeben. Mit der Erstellung dieser wissenschaftlich begründeten, evidenzbasierten und praxisbezogenen Handlungsempfehlungen für die Diagnostik und Behandlung von psychotischen Störungen sollen Hilfestellungen für eine möglichst optimale Versorgung von Patienten gegeben werden. Damit ist zudem die Hoffnung

1 siehe <http://www.bptk.de/aktuell/einzelseite/artikel/psychotherap-83.html>

2 Um den Lesefluss zu erleichtern, wird im Folgenden die männliche Version verwendet. Damit sind beide Geschlechter gleichermaßen gemeint. Gleiches gilt auch für andere Bezeichnungen, z. B. Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten.

verbunden, dass zukünftig mehr Patienten Zugang zu evidenzbasierter Psychotherapie in einem ambulanten Einzelsetting erhalten.

Die in der Leitlinie für Schizophrenie und andere psychotische Störungen zusammengestellten Informationen bieten eine Basis, auf der Leistungserbringer, insbesondere Psychotherapeuten in der ambulanten Versorgung, behandlungsrelevante Entscheidungen treffen können. Hauptadressaten sind daher approbierte psychologische und ärztliche Psychotherapeuten. Weitere Adressaten sind Fachgesellschaften, relevante Berufsverbände, Psychotherapeuten- und Ärztekammern sowie Hochschulen und Institutionen der Aus-, Fort- und Weiterbildung, Leistungserbringer (in Kliniken) sowie Krankenkassen und Kassenärztliche Vereinigungen.

Der Schwerpunkt der Leitlinie liegt auf der psychotherapeutischen Behandlung von Schizophrenie, aber auch andere psychotische Störungen wie Wahnhaftige Störungen, Schizoaffective Störungen und Kurze psychotische Störungen sind mitberücksichtigt. Bipolare Störungen oder Affektive Störungen mit psychotischen Symptomen sind hingegen nicht Gegenstand dieser Leitlinie.

In Abgrenzung zur S3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Gaebel, Falkai, Weinmann & Wobrock, 2006), die sich gerade in Überarbeitung befindet, legt die vorliegende Leitlinie den Fokus vor allem auf die Empfehlung von Behandlungsansätzen für die ambulante Psychotherapie. Für diesen Fokus werden die therapeutischen Ansätze und ihre Evidenz mit einem höheren Auflösungsgrad dargestellt als es im Rahmen der breiter angelegten S3-Leitlinie möglich ist. Hierzu gehört auch eine genauere Darstellung der Evidenz für verschiedene Zielvariablen. Somit bietet die Leitlinie eine transparente Entscheidungshilfe bei der Frage, welcher psychologische Therapieansatz bei welchem Symptomprofil am besten geeignet ist, wobei unter den Praxisfragen auch die Frage nach der Behandlung von komorbiden Störungen aufgegriffen wird. Es erfolgte hingegen keine Evidenzrecherche zu Fragen der Medikation, soziotherapeutischen Maßnahmen oder strukturellen versorgungsrelevanten Aspekten. Für diese Aspekte wird an den entsprechenden Stellen auf die in Bälde erscheinende Neuauflage der S3-Leitlinie Schizophrenie und auf andere Quellen verwiesen.

Wenngleich der Schwerpunkt auf einzeltherapeutischen Ansätzen im ambulanten Setting liegt, wird auch auf gruppentherapeutische Interventionen eingegangen, die bislang vor allem in stationären oder teilstationären Settings durchgeführt wurden. Dabei wurden etablierte deutschsprachige Programme gesondert berücksichtigt. Alle bewerteten Therapieformen werden inhaltlich kurz beschrieben, für detaillierte Schilderungen der Interventionen wird jedoch auf entsprechende Therapiemanuale verwiesen. Daneben werden Hinweise zur Diagnostik gegeben, praxisrelevante Fragen zur Therapiedurchführung erörtert sowie potenzielle Probleme in der Behandlung aufgegriffen.

1.2 Vorgehen

Der aktuelle Stand der Wirksamkeitsstudien für psychotherapeutische Ansätze für Schizophrenie und andere psychotische Störungen wurde systematisch gesichtet und dient als Entscheidungsgrundlage für diese Leitlinie. Berücksichtigt wurden sowohl Originalstudien zur psychotherapeutischen Behandlung von Personen mit Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen als auch Zusammenfassungen solcher Studien, vor allem Metaanalysen und systematische Reviews. Die Recherche erfolgte in den Datenbanken Web of Science, Psynindex, PsycInfo und Medline und folgte in ihrer Systematik den von der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) und der Ärztlichen Zentralstelle für Qualitätssicherung (ÄZQ) herausgegebenen Richtlinien. Bei der Wirksamkeitseinstufung hat sich die Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie jedoch entschieden, den stärker differenzierten Empfehlungen der American Psychological Association (American Psychiatric Association, 2013; Chambless & Hollon, 1998) zu folgen. Diese fordern mindestens zwei randomisierte kontrollierte Studien (RCTs; Heinrichs, Stangier, Gerlach, Willutzki & Fydrich, 2010) für die Einstufung als wirksam. Die Einteilung der hier genutzten Evidenzgrade ist in Tabelle 1 dargestellt, wobei wir in der vorliegenden Leitlinie die Evidenzgrade nach Zielvariablen differenziert haben. Ein Ansatz kann also im Hinblick auf eine Zielvariable (z. B. psychotische Symptomatik) beispielsweise den Evidenzgrad I erreichen, aber im Hinblick auf eine andere Zielvariable (z. B. Veränderung des Funktionsniveaus) einen geringeren Evidenzgrad aufweisen.

Bei der Bewertung der Evidenz verschiedener Behandlungsansätze mithilfe des APA-Schemas (Chambless & Hollon, 1998) wählten wir ein gestuftes Vorgehen: Sofern Metaanalysen vorlagen, wurden diese berichtet. Wenn nicht, wurden randomisiert-kontrollierte Studien, gut angelegte kontrollierte Studien ohne Randomisierung bzw. quasi-experimentelle und schließlich nicht experimentelle deskriptive Studien herangezogen. Evidenzbelege geringer Qualität (beispielsweise nicht randomisierte Studien) wurden nur dann berichtet, wenn keine aussagekräftigen Studien höherer Qualität (beispielsweise Metaanalysen) vorlagen. Wenn die Studienlage auf einer Evidenzebene für die Beantwortung der jeweiligen Fragestellung bezüglich der Empfehlungen ausreichte, wurde die Studienlage auf der nächstniedrigeren Evidenzebene nicht mehr berücksichtigt.

Lagen für eine Fragestellung mehrere Metaanalysen vor, so wurden ausgehend von der umfangreichen Metaanalyse, die 2009 im Rahmen der britischen NICE- (National Institute for Health and Care Excellence) Leitlinien erfolgte (National Collaborating Centre for Mental Health, NCCMH, 2014), zunächst alle neueren Metaanalysen ab 2010 bis einschließlich 2016 gesichtet und in der Leitlinie genannt. Lagen keine Ergebnisse der NICE-Metaanalyse vor, wurden zunächst alle anderen vorliegenden Metaanalysen gesichtet und genannt. Anschließend wurde für die weitere Darstellung – aus Gründen der Übersichtlichkeit – jeweils eine

Tabelle 1: Verwendete Evidenzgrade für klinische Studien nach den Kriterien der Fachgruppe für Klinische Psychologie und Psychotherapie

Evidenzgrad	Evidenzbasis	Klassifizierung
Ia	Metaanalyse(n) über randomisierte, kontrollierte Studien	<i>Wirksam:</i> Überlegenheit gegenüber Kontrollbedingung in zumindest zwei unabhängigen Forschungssettings
Ib	Mindestens zwei randomisierte, kontrollierte Studien (RCT) aus unabhängigen Forschungsgruppen	
Ila	Eine randomisierte, kontrollierte Studie (RCT)	<i>Möglicherweise wirksam</i>
Ilb	Serie von gut angelegten quasi-experimentellen Studien (Effectiveness-Studie, prospektive Kohortenstudie, Fallkontrollstudie, experimentelle Einzelfallstudie)	
III	Nicht experimentelle oder deskriptive Studien (1-Gruppen-Prä-Post-Vergleiche, Korrelationsstudien)	<i>Bislang ohne ausreichende Wirknachweise</i>
IV	Unsystematische Einzelfallstudien, Kasuistiken, Expertenaussagen, Konsensuskonferenzen, klinische Erfahrung	

Anmerkungen: Kriterien entwickelt in Anlehnung an ÄZQ (2003) und Chambless und Hollon (1998); Tabelle nach Heinrichs et al. (2010, S. 9) und Segal et al. (2001).

begründete Auswahl der darzustellenden Metaanalysen getroffen. Dabei wurden neuere, umfangreichere und methodisch höherwertige sowie von unabhängigen Forschern durchgeführte (z. B. im Rahmen von Leitlinienerstellungen oder von der unabhängigen Cochrane Collaboration) Metaanalysen sowie solche, die weitergehende praxisrelevante Fragen beleuchteten, vorrangig berücksichtigt. Lagen für einen Ansatz nur Metaanalysen fraglicher methodischer Qualität vor, so wurden diese zwar ausgewertet, aber methodische Einschränkungen explizit vermerkt.

Wenn für einen Therapieansatz mehrere Metaanalysen vorlagen, legten wir fest, dass für die Einordnung in Evidenzgrad Ia in der Mehrheit der vorhandenen Metaanalysen eine Überlegenheit des Therapieansatzes gegenüber den Kontrollbedingungen in Bezug auf das relevante Outcome nachgewiesen werden sollte.

Es wurden Metaanalysen bzw. Originalstudien berücksichtigt, die Aussagen zu Therapieeffekten auf mindestens einem der folgenden Outcomemaße erlaubten: Gesamtsymptomatik, Positiv- oder Negativsymptomatik, Rückfallraten, Rehos-

pitalisierungen oder soziales und berufliches Funktionsniveau. Weitere Einschlusskriterien waren, dass mindestens 80 % der Stichprobe der jeweiligen Studie die Diagnose einer psychotischen Störung erhalten haben musste, und dass der untersuchte Behandlungsansatz entweder allein oder in Kombination mit Pharmakobehandlung stattgefunden hatte. Dabei wurden Studien an erwachsenen Patienten im ambulanten und stationären Setting sowie im Einzel- und Gruppenformat berücksichtigt. Es musste zudem mindestens ein reliables Instrument zur Erfassung eines der definierten relevanten Outcomemaße (Positivsymptomatik, Negativsymptomatik, Gesamtsymptomatik, Rückfälle, Rehospitalisierung, soziales Funktionsniveau, globales Funktionsniveau) in der Originalstudie eingesetzt worden sein. Die Originalstudien sollten zudem nach der Einführung des DSM-III-R durchgeführt worden sein, um zu gewährleisten, dass es sich bei den untersuchten Patienten um solche handelt, die nach heutigen Kriterien die Diagnose einer Schizophrenie oder Schizophrenie-Spektrum-Störung erhalten würden. Studien und Metaanalysen, die sich nur auf spezifische Subgruppen bezogen (z. B. nur Ersterkrankte), wurden nicht berücksichtigt.

Für jeden Therapieansatz erfolgt nach einer kurzen Beschreibung zunächst eine Evidenzauswertung anhand des bereits beschriebenen Vorgehens, wobei auch die Evidenz zu der Frage nach der differenziellen Wirksamkeit verschiedener Settings oder Formate dargestellt wird. Anschließend erfolgt eine Zuweisung der in Tabelle 1 dargestellten Evidenzgrade nach APA. Diese ist gegebenenfalls durch eine Erörterung methodischer Einschränkungen oder weiterer Forschungsbedarfe ergänzt. Im Anschluss an die Darstellung der einzelnen Therapieansätze erfolgt eine vergleichende Gesamtbewertung der Leitliniengruppe mit abschließenden Empfehlungen, die einerseits die Wirkungsbreite eines Ansatzes (d. h. hohe Evidenzgrade über verschiedene Zielvariablen hinweg), aber auch die Zahl der in die Metaanalysen eingeschlossenen Primärstudien sowie methodische Einschränkungen im Hinblick auf die zugrunde liegenden Metaanalysen oder Primärstudien berücksichtigt. In diesem Abschnitt wird auch auf Übereinstimmungen und Unterschiede zu den Empfehlungen der britischen NICE-Leitlinien hingewiesen.

Infobox Studiendesigns

Häufig wird bei der Untersuchung der Effekte einer psychotherapeutischen Behandlung für Schizophrenie die Psychotherapie (z. B. Kognitive Verhaltenstherapie (KVT)) plus Standardbehandlung (Treatment As Usual, TAU = medikamentöse Therapie, Arztkonsultationen, und ggf. weitere unspezifische Maßnahmen wie Soziotherapie, ambulante Sozialpsychiatrie, Ergotherapie u. a.) mit TAU alleine verglichen (*kontrollierte Studien*, vgl. Abbildung 1). Verglichen werden dann die Veränderungen von Prä (Behandlungsbeginn) zu Post (Behandlungsende) in der Kontroll- (TAU) und der Interventionsbedingung

(TAU plus Psychotherapie). Man findet aber auch Designs, in denen TAU plus Psychotherapie mit TAU plus einer unspezifischen (z. B. supportiven Therapie) oder einer anderen spezifischen Psychotherapie (z. B. Psychoedukation) verglichen wird (*aktive Kontrollgruppenvergleiche*, vgl. Abbildung 2). Wenn die Zuordnung der Teilnehmer zu einer der beiden Bedingungen (TAU plus Psychotherapie vs. TAU) zufällig erfolgt, spricht man von einer „randomisiert-kontrollierten Studie“.

Für die Evidenzempfehlung nach den APA-Kriterien reicht eine signifikante Überlegenheit des Ansatzes im Vergleich zu TAU aus. Daher haben wir uns in der Regel auf TAU-kontrollierte Studien konzentriert. Andererseits geben aktive Kontrollgruppenvergleiche – sofern sie auf einer hinreichend großen Stichprobe beruhen – Aufschluss über die spezifische Wirksamkeit über unspezifische Effekte hinaus (z. B. durch den Therapeutenkontakt als solches) sowie über die differenzielle Wirksamkeit (d.h. welcher psychotherapeutische Ansatz ist möglicherweise wirksamer als der andere). Daher berichten wir neben TAU-Vergleichen auch die Ergebnisse von aktiven Kontrollgruppenvergleichen, sofern diese durchgeführt wurden.

Uns ist nur eine adäquat durchgeführte Studie, die ein abweichendes Design verwendet, bekannt. Diese untersucht den Effekt einer Psychotherapie bei Patienten ohne Medikation (Morrison et al., 2014). Da diese Studie nicht unmittelbar mit den anderen vergleichbar ist, wird sie gesondert dargestellt.

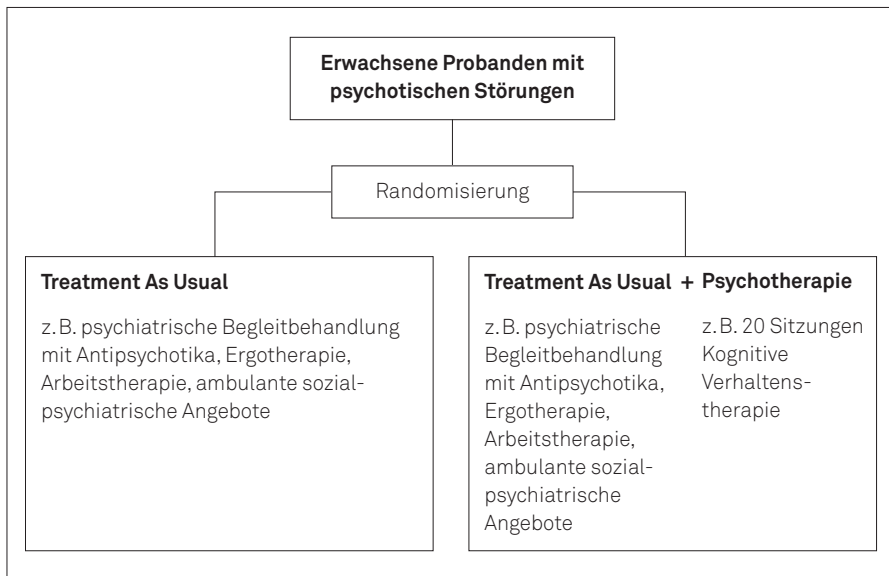
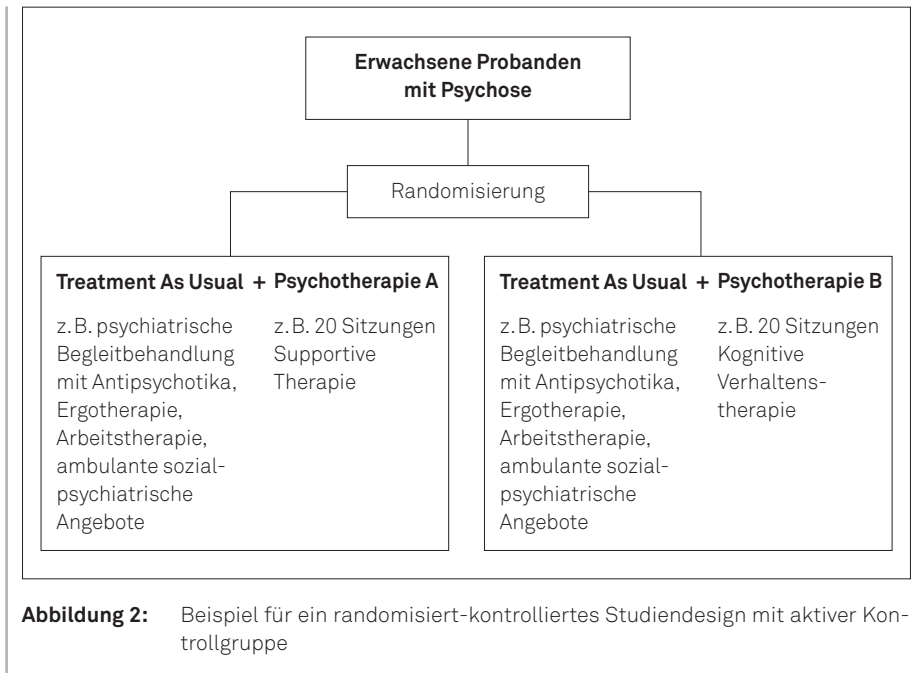


Abbildung 1: Beispiel für ein randomisiert-kontrolliertes Studiendesign mit einer Treatment-as-usual-Kontrollgruppe



Um die Lesbarkeit der Leitlinie zu erhöhen, wurden verschiedene – aber in der Interpretation vergleichbare – Effektstärken (Cohen's d , Hedge's g und die standardisierte Mittelwertsdifferenz) vereinfachend als *ES* bezeichnet (nähere Erläuterungen sind Tabelle 2 zu entnehmen). Hiervon abweichende Effektstärken (z. B. Odds Ratio, Relatives Risiko, η^2 , nicht standardisierte Mittelwertsdifferenzen) werden gesondert genannt. Zudem wurde auf eine Angabe des Konfidenzintervalls verzichtet. Um die Verständlichkeit zu erhöhen, wurden – teils abweichend von der Darstellung in den Metaanalysen – alle Effekte *zugunsten* der jeweiligen Therapieform mit einem positiven Vorzeichen berichtet. Ferner wurden Follow-up-Zeiträume der Einfachheit halber in drei Kategorien eingeteilt: Unmittelbar nach der Therapie (Behandlungsende), bis zu einem Jahr nach dem Therapieende (mittleres Follow-up), mehr als ein Jahr nach Therapieende (langes Follow-up).

Nach Abschluss der Recherchen (letzte Aktualisierung Juli 2017) wurde ein erster Entwurf der gesamten Leitlinie erstellt, der von zwei ambulanten Psychotherapeuten und einem Mitglied der DGPs auf Verständlichkeit und relevante fehlende Aspekte geprüft wurde. Ferner wurden teilweise Experten für die dargestellten Psychotherapierichtungen und Interventionsansätze herangezogen, um auf zusätzliche Literatur hinzuweisen. Der daraus resultierende revidierte Entwurf der Leitlinie wurde den Mitgliedern der DGPs Fachgruppe Klinische Psychologie und Psychotherapie (über den E-Mail-Verteiler der DGPs) im Februar 2018 zur Kommentierung angeboten. Die resultierenden konkreten Rückmeldungen der Fachgrup-

penmitglieder, des Leitlinienlenkungsausschusses und der Sprechergruppe der Fachgruppe wurden von den Autoren diskutiert und Änderungsvorschläge – abgesehen von kleineren Ausnahmen – umgesetzt. Die überarbeitete Gesamtfassung der Leitlinie wurde schließlich in der Mitgliederversammlung der Fachgruppe (Mai 2018) konsentiert und verabschiedet.

Tabelle 2: Interpretation von Effektstärken

Effektstärke	Interpretation
η^2_{partiell}	Kleiner Effekt: < .06, mittlerer Effekt: .06–.14, großer Effekt: > .14*
d, g, SMD	Kleiner Effekt: .20–.49, mittlerer Effekt: .50–.79, großer Effekt: \geq .80*
MD^a	Absolute Differenz zwischen den Mittelwerten zweier Gruppen (Interpretation abhängig von verwendetem Fragebogen)
RR^{**}	Die Wahrscheinlichkeit eines Ereignisses im Vergleich zwischen zwei Gruppen. $RR < 1$: Niedrigere Wahrscheinlichkeit für das Vorkommen in der Interventionsgruppe. $RR = 1$: Kein Unterschied in der Wahrscheinlichkeit für das Vorkommen in den Gruppen. $RR > 1$: Höhere Wahrscheinlichkeit für das Vorkommen in der Interventionsgruppe. Beispiel: $RR = 3$: Das Risiko, sich durch die Behandlung zu verbessern, ist dreimal höher in der Interventionsgruppe als in der Kontrollgruppe.
OR^{**}	Die „Odds“ zeigt an, wie viele Ereignisse auf wie viele Nicht-Ereignisse kommen. Die „Odds Ratio“ ist der Vergleich der Odds in zwei Gruppen. $OR < 1$: Im Verhältnis tritt das Ereignis in der Interventionsgruppe weniger häufig auf als in der Kontrollgruppe. $OR = 1$: Im Verhältnis tritt das Ereignis in beiden Gruppen gleich häufig auf. $OR > 1$: Im Verhältnis tritt das Ereignis in der Interventionsgruppe häufiger auf als in der Kontrollgruppe. Beispiel: Von einer Gruppe aus 100 Patienten der Therapie A berichten 20 einen Rückfall (Odds = 20 : 80 = 0.25), von den 100 Patienten der Kontrollgruppe berichten 40 einen Rückfall (Odds = 40 : 60 = 0.67). Die Odds Ratio beträgt dann: 0.25 : 0.67 = 0.37. Die Odds Ratio gibt an, dass die Wahrscheinlichkeit, in der Interventionsgruppe einen Rückfall zu berichten, um 37.3 % geringer ist als in der Kontrollgruppe.

Anmerkungen: d = Cohen's d , g = Hedge's g , SMD = standardisierte mittlere Differenz, MD = mittlere Differenz, RR = Relatives Risiko, OR = Odds Ratio, η^2_{partiell} = partielles Eta-Quadrat, * = nach Cohen (1988), ** = nach Higgins & Green (2011), ^a Da die Interpretation abhängig von dem verwendeten Fragebogen und somit nicht mit anderen Effektstärken vergleichbar ist, haben wir bei Metaanalysen, die nur MD s berichten, auf eine Angabe der Effektgröße verzichtet und uns auf den Bericht der Signifikanz beschränkt.

2 Die Störungsbilder

Im Folgenden wird ein kurzer Überblick über das Erscheinungsbild psychotischer Störungen mit ihren charakteristischen Symptomen und der diagnostischen Einteilung in DSM-5 und ICD-10 gegeben. Ferner beinhaltet das Kapitel Hinweise zu diagnostisch angrenzenden Störungen (Differenzialdiagnosen), Informationen zu Häufigkeiten und Verlaufsformen sowie zu ätiologischen Modellen der Störungsentstehung und -aufrechterhaltung. Hierbei handelt es sich nicht um eine erschöpfende Darstellung des Forschungsstands und der Kontroversen bezüglich der behandelten Fragen. Ziel ist es vielmehr, eine Übersicht über aktuelles – auf empirischen Studien basierendes – Störungswissen zu geben, das beim Verständnis der nachfolgend beschriebenen psychotherapeutischen Interventionen hilfreich sein kann. Eine etwas ausführlichere Beschreibung mit Fallbeispielen findet sich bei Lincoln und Heibach (2017).

2.1 Symptomatik schizophrener Störungen

Leitsymptome sind Wahn, Halluzination und desorganisierte Sprache. Jedoch sind psychotische Störungen in ihrem Erscheinungsbild sehr heterogen. Auch kann die Symptomatik zwischen verschiedenen Phasen der Störung stark variieren. So beobachtet man während der Prodromalphase häufig ein Absinken des Leistungsniveaus und eine erschwerte Kommunikation mit den Betroffenen, die ihrerseits häufig von Konzentrations- und Schlafstörungen berichten. Die akute psychotische Phase ist vor allem durch Symptome wie Wahn, Halluzinationen, desorganisiertes Verhalten oder formale Denkstörungen gekennzeichnet. In der post-akuten Phase treten häufig Antriebslosigkeit, sozialer Rückzug und ggf. ein verflachter affektiver Ausdruck auf. Um die Komplexität der Symptome zu ordnen, hat sich im Sprachgebrauch die Unterscheidung zwischen Positivsymptomatik und Negativsymptomatik durchgesetzt. Der Begriff der Positivsymptomatik soll verdeutlichen, dass in dieser Gruppe von Symptomen „etwas zum normalen Erleben hinzukommt“, beispielsweise Wahnvorstellungen, Halluzinationen, formale Denkstörungen und/oder Verhaltensauffälligkeiten. Der Begriff Negativsymptomatik meint, dass Aspekte normalen Erlebens reduziert bzw. abgeschwächt werden, beispielsweise in Form von reduzierter Willenskraft (Avolition), geringerer Aktivität und vermindertem emotionalen Ausdruck.

2.1.1 Wahnsymptomatik

Wahnphänomene gelten als besonders charakteristisch für psychotische Störungen und können in ihrer Ausprägung und Thematik stark variieren. Wahn ist nach DSM-5 definiert als „feste Überzeugung, die trotz gegenteiliger Evidenz nicht verändert werden kann“ (APA/Falkai et al., 2015, S. 216); das AMDP-System (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie, 2016) beschreibt Wahn als eine Fehlbeurteilung der Realität, die dem Betroffenen unmittelbar und erfahrungsunabhängig evident ist und an der mit subjektiver Gewissheit festgehalten wird, auch wenn diese im Widerspruch zur Wirklichkeit und dem kollektiven Meinen steht (Privatwirklichkeit). Am Anfang der Entstehung von wahnhaften Überzeugungen handelt es sich oft um fixe/überwertige Ideen oder überzogene dysfunktionale Interpretationen, die sich zu einem komplexen Wahnsystem verfestigen können. Am häufigsten tritt Verfolgungswahn auf. Hier ist die betroffene Person überzeugt, dass andere Personen (Organisationen, Gruppen) mit Absicht versuchen, ihr zu schaden. Mit diesen Wahnvorstellungen eng verknüpft sind Beziehungsideen, bei denen zufälligen Begebenheiten und äußeren Ereignissen eine besondere Bedeutung für die eigene Person beigemessen wird (Lincoln & Heibach, 2017). Häufig finden sich auch religiöse, sexuelle und körperbezogene Wahninhalte, meist mit Bezug zur eigenen Person. Größenwahn beschreibt die falsche oder überzogene Überzeugung, eine besondere oder berühmte Person mit besonderen Fähigkeiten oder Missionen zu sein. Als bizarr gilt Wahn dann, wenn er „völlig unmöglich, vor dem kulturellen Hintergrund unverständlich und nicht aus den üblichen Lebenserfahrungen ableitbar ist“ (DSM-5; APA/Falkai et al., 2015, S. 117).

2.1.2 Halluzinationen

Eine Halluzination ist eine wahrnehmungsähnliche Erfahrung, die in Abwesenheit eines entsprechenden Stimulus erfolgt und mit der gleichen Intensität und Wirkung auftritt wie normale Wahrnehmungen. Halluzinationen können jede Sinnesmodalität betreffen, am häufigsten sind jedoch akustische Halluzinationen in Form von Stimmenhören. Meist handelt es sich dabei um Stimmen, die die Person oder ihr Verhalten kommentieren, manchmal aber auch um dialogisierende Stimmen, die miteinander reden (Lincoln & Heibach, 2017). In der Regel werden kurze, sich wiederholende Sätze gehört. Die Inhalte der Stimmen ähneln häufig den Inhalten automatischer Gedanken bei anderen psychischen Störungen wie Depression oder Zwangsstörungen, z. B. im Fall von abwertenden Kommentaren wie „Loser, Idiot“ oder kommandierenden (imperativen) Stimmen wie „Sag nichts!“. Viele Patienten entwickeln eine Vorstellung über die Identität der Stimmen.