

Achtsamkeitsbasierte Interventionen für Menschen mit psychotischen Störungen: Ein Überblick über den Forschungsstand zur Wirksamkeit und Implikationen für die klinische Praxis

Kerem Böge Daniel Catena Eric Hahn

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Campus Benjamin Franklin, Berlin, Deutschland

Schlüsselwörter

Achtsamkeit · Psychotische Störungen · Schizophrenie · Kognitive Verhaltenstherapie · Implikationen · Wirksamkeit

Zusammenfassung

Achtsamkeitsbasierte Interventionen (AI) stellen mittlerweile eine zentrale Säule der dritten Welle der Kognitiven Verhaltenstherapie dar. In den letzten Jahren wurden AI bei Patient*innen mit psychotischen Störungen implementiert und deren Wirksamkeit im Rahmen von einer kleineren Anzahl von randomisiert-kontrollierten Studien (RCTs) gezeigt. Der vorliegende narrative Übersichtsartikel stellt den aktuellen Stand der Forschung zur Effektivität, sowie zentrale Aspekte der klinischen Anwendungen von AI bei der Behandlung von Patient*innen mit Schizophrenien und primären psychotischen Störungen dar. Aus aktuellen Metaanalysen lässt sich trotz der Heterogenität der Studienergebnisse schlussfolgern, dass AI im Rahmen von RCTs des Vergleichs einer Kontrollgruppe mit einer gewöhnlichen zumeist psychopharmakologischen Behandlung (treatment-as-usual, TAU) und in Prä-Post-Intervention Analysen zu einer Verbesserung der oft schwer zu behandelnden Negativsymptomatik ($g = 0,56$ und $g = 0,75$) oder Positivsymptomatik ($g = 0,19$ und $g = 0,32$) mit leichten bis großen Effektstärken führen können. Weiterhin wurden auch positive Effekte auf depressive und ängstliche Symptome ($g = 0,20$ und $g = 0,43$), sowie eine Reduktion der Rehospitalisierungsraten 12 Monate nach Entlassung und eine Verkürzung der stationä-

ren Behandlungsdauer beobachtet. Im Gegensatz zur Therapieforschung aus dem Vereinigten Königreich, Australien oder Hong Kong befinden sich die wissenschaftliche Evaluation und Implementierung von achtsamkeitsbasierten Behandlungsmöglichkeiten im gesamten deutschsprachigen Raum noch in einem frühen Stadium. © 2022 S. Karger AG, Basel

Mindfulness-Based Interventions in People with Psychotic Disorders: An Overview of the State of Research Concerning Efficacy and Implications for Clinical Practice

Keywords

Mindfulness · Psychotic disorders · Cognitive behavioral therapy · Implications · Efficacy

Abstract

Mindfulness-based interventions (MBI) represent a central pillar of the third wave of Cognitive Behavioral Therapy. In recent years, MBI have been implemented in treating patients with psychotic disorders, and their efficacy has been evaluated in a small number of randomized-controlled trials (RCTs). This narrative review presents the current state of research on the efficacy and effectiveness, as well as central aspects of the clinical applications of MBI in the treatment of patients with schizophrenia and pri-

mary psychotic disorders. Current meta-analyses show different results but concur that in comparison to controls with treatment-as-usual (TAU) and in Pre-Post-Analyses, MBI show promising results in reducing the, in regards to pharmacotherapy, difficult to treat negative ($g = 0.56$ and $g = 0.75$) and positive symptoms ($g = 0.19$ and $g = 0.32$) with effect sizes between small and large. In addition, MBI can lead to positive effects on depressive and anxious symptoms ($g = 0.20$ and $g = 0.43$) and contribute to a long-term reduction in re-hospitalization rates 12 months post-discharge and a shortening of the duration of inpatient treatment. In contrast to psychotherapy research from the UK, Australia, and Hong Kong, the scientific evaluation and implementation of mindfulness-based treatment options in the entire German-speaking area are still in the early stages.

© 2022 S. Karger AG, Basel

Einführung

Historisch wird Achtsamkeit meist aus den Traditionen und Praktiken des Buddhismus und Hinduismus hergeleitet. Sie kann dabei als ein psychophysiologischer Zustand einer intentionalen, nichtwertenden und bewussten Wahrnehmung von Gegenwart definiert werden [Heidenreich und Michalak, 2003]. Mittels einer zu erlernenden Aufmerksamkeitslenkung auf den gegenwärtigen Moment (das sogenannte „Hier und Jetzt“) ist ein distanzierendes Erleben von Gedanken, Gefühlen und Körperempfindungen möglich. Diese Form der trainierbaren Aufmerksamkeitslenkung dient so dem Ziel, einen Zustand der „liebvollen und akzeptierenden Zuwendung“ zur aktuellen Situation zu erlangen [Michalak und Heidenreich, 2005, S. 415]. Einen kulturellen Ausgangspunkt von achtsamkeitsbasierten Interventionen (AI) stellten erstmalig formale Meditationspraktiken dar, die zumeist über längere Dauer mit geschlossenen Augen und im Sitzen durchgeführt wurden. Während einer Meditation sollen aufkommende Gedanken und Gefühle aus einer Beobachterperspektive ohne eine Intention einer aktiven Veränderung, Unterdrückung oder Vermeidung wahrgenommen werden. Die im Zusammenhang mit AI angewandte flexiblere informelle Achtsamkeitspraxis ermöglicht eine Übertragung dieser Praktiken auf alltägliche Settings. Gemeinsam ist ihnen eine erlernbare innere Haltung, die einen Einklang von Gedanken, Gefühlen und Erfahrungen erfahrbar macht. Ausgehend von wissenschaftlichen Arbeiten seit Anfang der 1980er Jahre [Kabat-Zinn, 1982] wurden die Prinzipien von Achtsamkeit zunehmend in klinisch-therapeutische Verfahren wie die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) integriert. AI trugen dabei wesentlich zu einer Erweiterung des Repertoires der seit Mitte der 60er

Jahre von Aaron Beck beschriebenen KVT bei [Beck, 1979]. Die später benannte heterogene „dritte Welle“ der KVT zeichnet sich neben einem Fokus auf Emotionen und Fertigkeiten unter anderem auch durch die flexiblere Integration von achtsamkeitsbasierten Elementen aus [Heidenreich und Michalak, 2003]. Achtsamkeit wird in diesem Zusammenhang als ein Ansatz zur Wahrnehmung innerer Erfahrungen genutzt, um ein tiefgründiges Verständnis und eine Akzeptanz des eigenen gedanklich-emotionalen Zustandes zu erleben, ohne dabei eine bestimmte Veränderungsrichtung oder auch nur gedankliche Neubewertung direkt anzustreben.

Achtsamkeit in der Psychotherapie

Zwei wesentliche Grundprinzipien der Achtsamkeits- und Meditationspraxis bilden die dezentrierte Aufmerksamkeit („decentered awareness“), also die Fähigkeit aus der eigenen, unmittelbaren Erfahrung herauszutreten und die Akzeptanz der gegenwärtigen Erfahrung im „Hier und Jetzt“ zu erleben („experience of the present moment“). Diese zentralen Prozesse, führen im Rahmen von AI zu einer Reduktion von Stresserleben und können die Lebensqualität steigern [Segal et al., 2018]. Ein weiterer Aspekt sind „metakognitive Einsichten“ während und nach den Sitzungen, wodurch die Teilnehmer*innen Gedanken als Ereignisse im Geist („mind“) und nicht als Reflexionen der äußeren Realität oder des eigenen Selbst zu betrachten lernen. Im Rahmen von AI wird im Sinne der psychologischen Flexibilität eine offene, nichtwertende Haltung in Bezug auf die gesamte Bandbreite der inneren Erfahrungen gefördert. Auf dieser Grundlage werden Möglichkeitsräume geschaffen, das eigene Verhalten im Einklang mit inneren Werten zu beobachten und abhängig vom Kontext flexibel zu ändern oder beizubehalten. Weiterhin werden Fertigkeiten („skills“) zur Emotionsregulation gefördert und ein flexibleres Selbstbild entwickelt [Spidel et al., 2018]. Eine achtsame Haltung gegenüber sich ständig ändernden Umwelteinflüssen („constantly changing environmental challenges“) [Van Os et al., 2010] sowie Lebensumständen unterstützt Patient*innen darin, wertorientiert zu handeln und dabei Emotionen und Symptome nicht wertend zu erkennen, um mögliches Distresserleben zu reduzieren.

Bei der Entwicklung von AI stellte das Programm der Achtsamkeitsbasierten Stressreduktion (engl. Mindfulness-Based Stress Reduction, MBSR) erstmalig einen wesentlichen Schritt zur Integration von Achtsamkeitsprinzipien in die klinische Psychologie dar [Kabat-Zinn, 1990]. MBSR beschreibt einen Ansatz zur Stressbewältigung durch Achtsamkeitsübungen, mit denen innere Ressourcen der Teilnehmer*innen mobilisiert werden und

eine achtsame Haltung im Alltag und gegenüber belastenden Lebensumständen trainiert wird. Die Wirksamkeit von MBSR bei Patient*innen, die an unterschiedlichen stressbedingten psychischen Störungen wie Angststörungen, Depressionen und chronischen Schmerzstörungen leiden, wurde im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie nachgewiesen [Sundquist et al., 2015].

Segal et al. [2018] erweiterten das vorhandene MBSR-Programm durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Elemente, um eine Verhaltenstherapie (engl. Mindfulness-Based Cognitive Therapy, MBCT) für akute depressive Episoden und deren Rückfallprophylaxe anzubieten.

Die Wirksamkeit der MBCT bei depressiven Störungen wurde im Rahmen einer randomisiert-kontrollierten Studie (RCT) [Segal et al., 2010] und in zwei Metaanalysen [Kuyken et al., 2016; Lenz et al., 2016] untersucht. In der RCT von Segal et al. [2010] wurden 160 Studienteilnehmer*innen mit einer rezidivierenden depressiven Störung und mindestens zwei Episoden in der Vergangenheit eingeschlossen. Nach einem achtmonatigen Beobachtungszeitraum unter antidepressiver pharmakologischer Therapie wurden die Studienteilnehmer*innen, die eine klinische Remission erreicht hatten ($N = 84$), auf drei Studienarme aufgeteilt. Die erste Gruppe führte die antidepressive Erhaltungsmedikation (ADM) fort, während die zweite und dritte Gruppe die Medikation ausschlichen und entweder achtwöchentliche MBCT-Gruppen besuchten oder ein Placebomedikament erhielten. Acht Wochen später konnten in Bezug auf den Schweregrad der depressiven Symptomatik und der Rate der Rückfälle gleichwertige Ergebnisse bei der MBCT-Gruppe und der ADM-Gruppe gezeigt werden. Im Vergleich zur Placebo-Gruppe konnte bei „unstable remitters“ (HAMD-Score mindestens einmalig >8) in der MBCT-Gruppe eine 73% Reduktion der Rezidivrate ($p = 0,03$) gezeigt werden. In einer Metaanalyse [Kuyken et al., 2016] wurden insgesamt neun RCTs ausgewertet ($N = 1'329$) und Vergleiche zwischen MBCT vs. allen anderen Behandlungen außer MBCT, MBCT vs. aktive Behandlungen (ADM und psychologische Schulung) und MBCT vs. ADM durchgeführt. Als primärer Endpunkt wurde dabei ein Rezidiv innerhalb von 60 Wochen untersucht, welches anhand des „Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV oder DSM-V (SKID)“ erhoben wurde. Im Vergleich zwischen der MBCT-Gruppe und den Gruppen mit allen anderen Behandlungen außer MBCT wurde eine Reduktion der Rezidivrate (hazard ratio, 0,69; 95% CI, 0,58–0,82) beobachtet. Weiterhin konnte gezeigt werden, dass die MBCT-Behandlung auch im Vergleich zu aktiven Kontrollgruppen 60 Wochen nach Beginn der Therapie zu einer Reduktion der Rezidivrate (hazard ratio, 0,79; 95% CI, 0,64–0,97) führte. Die Ergebnisse in Bezug auf die Reduktion der depressiven Symptomatik und der Rezidivrate auf einem ähnlichen Niveau wie die ADM

wurden ebenfalls durch die Metaanalyse von Lenz et al. [2016] bestätigt, welche insgesamt 31 RCTs (30 peer-reviewed und 1 Dissertation) umfasste. Weiterhin konnten Kuyken et al. [2010] in einer RCT zeigen, dass Teilnehmer*innen der MBCT-Gruppen über ein gesteigertes Gefühl der Achtsamkeit und ein stärkeres Selbstmitgefühl („self-compassion“) berichteten, und der Schweregrad der depressiven Symptome im Vergleich zur alleinigen ADM über eine Dauer von 15 Monaten gleichwertig reduziert wurde. Die Wirksamkeit von MBCT bei der Behandlung von weiteren psychischen Störungen wie Angststörungen, Essstörungen und ADHS wurde im Rahmen von mehreren RCTs untersucht [Goldin und Gross, 2010; Katterman et al., 2014; Mitchell et al., 2015] und auch anhand von Metaanalysen [Khoury et al., 2013a] belegt.

Neben MBCT wenden auch die Acceptance and Commitment Therapy (ACT) [Johns et al., 2016] und die Compassion Focused Therapy (CFT) [Heriot-Maitland et al., 2019] Achtsamkeitselemente an. Bei der ACT handelt es sich um einen Ansatz aus der dritten Welle der KVT, der das Ziel verfolgt, Vermeidungsverhalten durch die Akzeptanz der aktuellen Situation („acceptance“) abzubauen und gleichzeitig durch Engagement („commitment“) das wertorientierte Handeln zu fördern. Bei der CFT steht das Mitgefühl gegenüber sich selbst und den aktuellen belastenden Lebensumständen im Mittelpunkt, mit dem Ziel, durch Akzeptanz und Offenheit gegenüber belastenden Erfahrungen das Leiden zu vermindern. Sowohl ACT als auch CFT sind als Weiterentwicklungen der KVT durch die Integration von Achtsamkeitsprinzipien und einer akzeptierenden Haltung gegenüber der erlebten Symptomatik gekennzeichnet. Auch in Bezug auf diese beiden psychotherapeutischen Verfahren der dritten Welle konnten Metaanalysen deren Wirksamkeit bei der Behandlung von primären psychotischen Störungen (PPS) darstellen [Khoury et al., 2013b; Louise et al., 2018; Jansen et al., 2020].

Die aktuelle Studienlage bestätigt die Wirksamkeit von AI bei einer Vielzahl von psychischen Störungen und auch bei einigen oft komorbiden somatischen Erkrankungen, unter anderem stressbedingte Hauterkrankungen wie atopischer Dermatitis [Offenbächer et al., 2021], chronische Schmerzstörungen [Hilton et al., 2017] oder Mammakarzinom [Zhang et al., 2016]. Mittlerweile sind AI zur Behandlung von psychischen Störungen in Leitlinien aus dem Vereinigten Königreich (NICE – UK National Institute for Health and Clinical Excellence) und Kanada (CANMAT – Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments) [National Institute for Health and Care Excellence, 2014; Parikh et al., 2016] aufgeführt. Auch in Deutschland empfiehlt die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) in der aktuellen S3-Leitlinie

mittlerweile, im Rahmen des Verfahrens der KVT, AI zur Behandlung und Rückfallprävention von affektiven Störungen [Schneider et al., 2017].

Primäre Psychotische Störungen

PPS sind nach dem aktuellen Verständnis durch Veränderungen der Wahrnehmung, des Fühlens und Denkens sowie durch Veränderungen von Affektivität sowie des sozialen Erlebens und Handelns gekennzeichnet [Guloksuz und Van Os, 2018]. Da es sich bei den PPS um eine heterogene Gruppe von Syndromen handelt, die individuelle Krankheitsbilder präsentieren, wurden anstelle der in ICD-10 noch verwendeten Prägnanztypen einer Schizophrenie dimensionale Beschreibungen („descriptors“) für ICD-11 eingeführt, welche sich auf die jeweils zum Untersuchungszeitpunkt vorherrschende psychische Symptomatik beziehen [Reed et al., 2019]. Zu den Symptomen von PPS können entsprechend der fünf Dimensionen des DSM-V eine Positivsymptomatik, mit Wahn, Halluzinationen, desorganisiertem Denken und Verhalten, mögliche Ich-Störungen, sowie die Negativsymptomatik, die affektive Symptomatik und kognitive Störungen zugeordnet werden.

Sowohl die große Heterogenität in Bezug auf das Auftreten und den Schweregrad des psychotischen Symptomspektrums als auch jüngere epidemiologische Forschungen, in denen das Auftreten psychotischer Positivsymptome in der Allgemeinbevölkerung untersucht wurde [Guloksuz und Van Os, 2018], unterstützen das Verständnis von psychotischen Störungen als Kontinuum. Eine repräsentative Studie zeigte, dass 8% der Allgemeinbevölkerung zumindest kurzzeitig über subklinische psychotische Erfahrungen, einschließlich ausgeprägten Misstrauens, Wahnerleben und Halluzinationen berichteten. Oft erfüllen diese passageren Einzelsymptome keine Diagnosekriterien, sodass die Prävalenzrate von primären psychotischen Störungen bzw. Syndromen nach einer eher weiten Definition auf 3% geschätzt wurde [Guloksuz und Van Os, 2018]. Diese Erkenntnisse geben einen Hinweis darauf, dass eine primär dichotome und kategoriale Darstellung von Gesund und Erkrankt nicht mit der Lebensrealität der Menschen einhergeht, sondern dass psychotische Symptome wie alle psychischen Symptome besser entlang eines Kontinuums zu verstehen sind. Dieses Verständnis, insbesondere bei einem oft episodischen Verlauf der Symptomatik von PPS schlägt sich in der aktuellen ICD-11 Klassifikation nieder, in dem die bisherige Gruppe F2x der ICD-10 „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“ unter der Kategorie „Schizophrenie und andere primäre psychotische Störungen“ neu zugeordnet wird [Reed et al., 2019].

Aktuelle Behandlungsleitlinien

Zur Behandlung von PPS empfehlen die deutschen S3-Leitlinien der DGPPN [Gaebel et al., 2019] unterschiedliche Behandlungsverfahren, einschließlich der Kombination von psychopharmakologischen Ansätzen mit psychotherapeutischen Verfahren. Trotz der zentralen Rolle und guten Wirksamkeit von antipsychotischen Medikamenten, insbesondere auf die Positivsymptomatik und zur Rezidivprophylaxe, werden geringe Effektstärken in Bezug auf die Negativsymptomatik, die kognitiven Störungen und das soziale Funktionsniveau erreicht [Huhn et al., 2019]. Weiterhin ist eine Pharmakotherapie, abhängig von der Substanzklasse, bei vielen Patient*innen mit unerwünschten Wirkungen, insbesondere in Bezug auf Gewichtszunahme, Sedierung, motorische Störungen und Sexualfunktionsstörungen, assoziiert [Huhn et al., 2019]. Aufgrund der heterogenen Klassen von antipsychotischer Medikation wird immer eine genaue individuelle Abstimmung der Therapie unter Berücksichtigung der Symptomatik und besonders in Hinblick auf Nebenwirkungen empfohlen [Leucht et al., 2013]. Die Einteilung nach Symptomausprägung im ICD-11 oder eine Einteilung in fünf Dimensionen im DSM-V stellen eine weitere Voraussetzung für individualisiertere Therapien anhand eines im Querschnitt erfassten Kontinuums von einzelnen Symptomdomänen dar.

Einhergehend mit den Empfehlungen der S3-Leitlinien der DGPPN [Gaebel et al., 2019] und den nationalen Leitlinien aus dem Vereinigten Königreich [National Institute for Health and Care Excellence, 2014] bestätigt auch eine aktuelle Metaanalyse [Bighelli et al., 2021], welche auch ACT und Mindfulness erfasst, dass die Effektivität und Effizienz einer Behandlung durch die Kombination von Pharmakotherapie und psychosozialen Interventionen verbessert werden. Zu den in den S3-Leitlinien empfohlenen psychosozialen Interventionen zählen unter anderem die KVT (Empfehlungsgrad A), psychotherapeutische Familieninterventionen (Empfehlungsgrad A) oder strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes (Empfehlungsgrad A). Zusätzlich empfehlen auch die auf den S3-Leitlinien aufbauenden Leitlinien der Bundespsychotherapeutenkammer (BptK) [Bundespsychotherapeutenkammer (BptK), 2019] und die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGP) [Lincoln et al., 2019] eine KVT (Empfehlungsgrad A), Metakognitives Training (Empfehlungsgrad B) und Psychoedukation (Empfehlungsgrad A) zur psychotherapeutischen Behandlung von Personen mit PPS. Bechdolf und Klingberg [2014] wiesen jedoch darauf hin, dass Patient*innen mit PPS nur 1% der ambulant psychotherapeutisch Behandelten in Deutschland ausmachten. Ein überwiegender Teil der Menschen mit PPS (94%) erhält hingegen vorrangig eine pharmakologi-

sche Therapie [Bechdorf und Klingberg, 2014; Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 2014]. Eine weitere Herausforderung bei der Therapie von PPS stellt die niedrige antipsychotisch-pharmakologische Therapieadhärenz vieler Patient*innen dar [Kane et al., 2013]. So erreicht durch die aktuelle Behandlung nur ein Drittel (29%) der Patient*innen innerhalb eines Jahres eine vollständige Remission [De Hert et al., 2007], während die durchschnittlichen Rehospitalisationsraten nach einer stationären Aufnahme zwischen dem ersten und dem zweiten Jahr bei 40% liegen [Zimmermann et al., 2011]. Die aktuelle Literatur weist darauf hin, dass durch Interventionen wie Psychoedukation der Patient*innen und der Familienmitglieder die medikamentöse Therapieadhärenz gesteigert wird [Zygmunt et al., 2002; Çetin und Aylaz, 2018; Bighelli et al., 2021]. Die S3-Leitlinien der DGPPN [Gaebel et al., 2019] und die Leitlinien der BPtK [2019] empfehlen daher zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte und ausreichend lange Psychoedukation, welche möglichst in Gruppen stattfinden sollte. Zusätzlich wird vor allem bei einer akuten Verschlechterung der Störung oder nach einem Rezidiv empfohlen, Familienmitglieder oder Vertrauenspersonen in die psychotherapeutische Behandlung (Empfehlungsgrad A) und in psychoedukative Interventionen einzubeziehen [Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 2019]. Eine frühere Datenerhebung zeigte jedoch, dass im deutschsprachigen Raum nur 21% der Personen mit PPS und 2% der Angehörigen psychoedukative Interventionen erhalten [Rummel-Kluge et al., 2006]. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass aktuell im deutschsprachigen Raum beim Einsatz von psychotherapeutischen Verfahren wie der KVT aber auch einer Psychoedukation vor allem in der ambulanten Behandlung eine deutliche Lücke bei der Implementation der Empfehlungen der aktuellen Leitlinien in Bezug auf psychotherapeutische Behandlung besteht [Bechdorf und Klingberg, 2014], was mindestens im gleichen Maße auf die Ansätze der „dritten Welle“ zutrifft.

Achtsamkeitsbasierte Ansätze bei Menschen mit primär psychotischen Störungen

Das übergeordnete Ziel von AI für Menschen mit PPS liegt in der Entwicklung eines bewussten Verhältnisses zu den eigenen Gefühlen, Gedanken und Wahrnehmungen. Dies schließt ebenso psychotische Erfahrungen ein, auch wenn einzelne AI inhaltlich und bezüglich der Durchführung Unterschiede aufweisen [Böge et al., 2020a]. Durch seine Forschungsbemühungen im angelsächsischen Raum zählt Paul Chadwick seit Beginn der 2000er Jahre [Chadwick, 2006] zu den wichtigsten Pionieren bei der Einführung von Achtsamkeitsprinzipien in die Therapie

von Patient*innen mit PPS. Eine wesentliche Grundannahme in Chadwicks Erklärungsmodell zur Aufrechterhaltung psychotischer Erfahrungen ist, dass ein Erleben von psychotischen Symptomen oft implizite und automatisierte Reaktionen (Grübeln, Sorge, Wahnerklärungen, Konfrontation und Vermeidung) auslöst. Das auftretende Vermeidungsverhalten dient in der Folge dem Ziel, solche belastenden Erfahrungen schnellstmöglich und kurzfristig auszublenden oder zu beseitigen [Chadwick et al., 2005]. Das Modell geht nun davon aus, dass eine negative emotionale Bewertung der psychotischen Symptome und die daraus entstehende Stressreaktion dazu führt, dass Patient*innen in einem automatischen, jedoch dysfunktionalen Reaktionsschema, verfangen bleiben. Durch diesen „Teufelskreis“ werden kurzfristig wirksame, jedoch langfristig dysfunktionale Coping-Strategien wie Grübeln oder Vermeidung von negativen Emotionen gefördert und gleichzeitig gereizte oder aggressive Zustände bezüglich der psychotischen Symptomatik sowie ein niedriges Selbstwertgefühl begünstigt [Chadwick et al., 2005]. Mit dem Begriff des „Autopilotenmodus“ [Kabat-Zinn, 1990], wurde ein Zustand der fehlenden Aufmerksamkeit, in dem eine Person auf innere und äußere Reize automatisch reagiert, beschrieben. AI fördern dahingegen, statt eines Verweilens im „Autopilotenmodus“, eine achtsame und akzeptierende Haltung gegenüber den eigenen Gefühlen und Gedanken. Sie ermöglichen das Bewusstwerden von automatischen Reaktionen und die gezielte Beeinflussung von automatisierten Reiz-Reaktion-Mustern. Die Vermeidung von negativen Emotionen und wird durch eine Nichtbeurteilung ersetzt, wodurch gleichzeitig die Fähigkeit zum autonomen bewussten Handeln der Patient*innen gefördert wird. Für Patient*innen mit PPS stellte Chadwicks Person-Based Cognitive Therapy (PBCT) mit der Integration von Achtsamkeitsprinzipien in die KVT für psychotische Störungen (CBTp) einen wichtigen Schritt zur Implementation von AI dar [Chadwick, 2006]. Die PBCT basiert auf dem therapeutischen Prozess einer radikalen Zusammenarbeit („radical collaboration“) zwischen der Therapeut*in und der Patient*in. Gleichzeitig werden auch Methoden von Rogers personenzentrierten Gesprächspsychotherapie integriert, bei denen eine Therapeut*in eine nichtdirektive Haltung einnimmt und das Verhalten in der therapeutischen Beziehung auf Kongruenz, Empathie und bedingungslose Wertschätzung basiert. Die PBCT stützt sich dabei insbesondere auf durch akustische Halluzinationen bedingte wahnhaftige Erklärungsmodelle, sowie auf symptombedingte Bedeutungen („symptomatic meaning“), also die subjektive Erklärung, Bewertung und Bedeutung der psychotischen Symptomatik vonseiten der betroffenen Personen. Weiterhin spielen auch die daraus resultierenden inneren Erlebniswelten und Erklärungsmodelle, welche oft auf dys-

funktionalen Reaktionen basieren, sowie die Art und Weise, mit der Patient*innen mit den eigenen Symptomen umgehen („relationship with internal experience“), eine zentrale Rolle. Im Rahmen der Therapie werden Selbstschemata, die das Selbsterleben als negativ und fixiert definieren („schemata and symbolic self“), moduliert [Chadwick, 2006]. In der therapeutischen Zusammenarbeit soll es gelingen, die innere Beziehung zu erlebten primär-produktiven psychotischen Symptomen (Halluzinationen, Wahnerleben, Ich-Störungen) und darauf basierende Reaktionen zu verändern und so bedingte psychotische Symptome wie wahnhaftige Erklärungsmodelle zu reduzieren. Die Entwicklung eines flexibleren und akzeptierenden Selbstbildes kann so zu einer Reduktion von Stresserleben, zur Entwicklung innerer Ressourcen und Selbstwirksamkeit sowie letztendlich zu einer Verbesserung der Lebensqualität führen.

Aufgrund der Evidenz durch RCTs und Metaanalysen werden achtsamkeitsbasierte Ansätze wie ACT, CFT oder MBCT zunehmend bei der Behandlung von verschiedenen psychiatrischen Störungen wie Depression und Angststörungen eingesetzt und aktuell in den USA auch zur Therapie von PPS empfohlen [American Psychiatric Association (APA), 2020]. Unter einer globalen Perspektive wurde ein weiteres achtsamkeitsbasiertes Therapieprogramm für PPS in Hong Kong mit dem Mindfulness-Based Psychoeducation Program (MBPP) vorgestellt, welches als eine Synthese zwischen dem Psychoedukationsprogramm von Chien und Lee und der MBSR von Kabat-Zinn entwickelt wurde [Chien und Lee, 2013]. Es handelt sich dabei um ein klassisches Psychoedukationsprogramm im Gruppenformat, welches durch achtsamkeitsbasierte Elemente erweitert wurde. Die Gruppensitzungen finden mit einer Frequenz von zwei Sitzungen pro Woche über einen Zeitraum von insgesamt 14 Wochen statt und haben dabei eine maximale Dauer von zwei Stunden und eine Teilnehmeranzahl von fünf bis sechs Patient*innen pro Gruppe. Durch ein besseres Verständnis der erlebten Symptomatik anhand der mit Achtsamkeitselementen erweiterten Psychoedukation werden die Patient*innen in die Lage versetzt, eine akzeptierende und achtsame Haltung gegenüber der aktuellen Situation und in Bezug auf psychotisches Symptomerleben einzunehmen.

Forschungsstand zur Wirksamkeit

Die Wirkung von Achtsamkeit bei PPS wurde in RCTs [Chien und Thompson, 2014; Chadwick et al., 2016; Spidel et al., 2018] und anhand mehrerer Metaanalysen [Khoury et al., 2013b; Cramer et al., 2016; Louise et al., 2018; Jansen et al., 2020] bestätigt. Chadwick et al. [2016] erforschten erstmals im Rahmen einer einfach verblinde-

ten RCT die Wirksamkeit von PBCT im Gruppenformat bei psychotischen Störungen. Dabei wurden 108 Teilnehmer*innen randomisiert in zwei Gruppen unterteilt, um entweder eine Gruppen-PBCT und übliche Behandlung (treatment as usual, TAU) oder nur TAU zu erhalten. Während keine signifikanten Effekte auf den primären Endpunkt der Studie (allgemeine psychische Belastung, „general psychological distress“) beobachtet werden konnten, zeigten die Ergebnisse eine signifikante Verbesserung in Bezug auf stimmbezogenen Stress, wahrgenommener Kontrollierbarkeit von Stimmen und Erholung bei der PBCT-Gruppe im Vergleich zu TAU. Die Teilnehmer*innen der PBCT-Gruppe berichteten weiterhin von signifikant niedrigeren Depressionsniveaus nach der Behandlung, wobei dieser Effekt auch sechs Monate später noch beobachtet wurde.

Die Wirksamkeit von MBPP bei der ambulanten Therapie von PPS wurde von Chien und Thompson [2014] in einer multizentrischen RCT untersucht. Es wurden 107 Patient*innen mit einer diagnostizierten Schizophrenie eingeschlossen und auf drei Studienarme aufgeteilt. Davon erhielten 36 eine 6-monatige achtsamkeitsbasierte Psychoedukation, 35 ein konventionelles Psychoedukationsprogramm (conventional psychoeducation programme, CPEP) und 35 eine alleinige Routineversorgung. Die Routineversorgung umfasste medizinische Beratung und Behandlung durch Psychiater*innen, Beratung und Aufklärung über Medikamente, Sozialhilfe und finanzielle Unterstützung durch Sozialarbeiter*innen sowie individuelle und Familienberatung durch klinische Psycholog*innen. Die MBPP-Gruppe erhielt zusätzlich zur Routineversorgung insgesamt 12 (alle 2 Wochen über 6 Monate) 2-stündige Einheiten des achtsamkeitsbasierten Psychoedukationsprogramms (MBPP) in Gruppen mit 11–13 Patienten. Die Ergebnisse zeigten, dass die MBPP-Gruppe im Vergleich zur CPEP-Gruppe statistisch signifikante Verbesserungen in Bezug auf Krankheitseinsicht (Insight and Treatment Attitudes Questionnaire [ITAQ]), psychosozialem Funktionsniveau (Specific Levels of Functioning Scale [SLOF]) und Schweregrad der psychiatrischen Symptome (Brief Psychiatric Rating Scale [BPRS]) berichtete, während gleichzeitig eine Reduktion der Rehospitalisierungsrate beobachtet wurde.

In einer RCT [Spidel et al., 2018] wurde die Wirksamkeit von ACT bei Personen mit einer PPS und zusätzlichen Kindheitstraumata in der Vorgeschichte untersucht. Es wurden insgesamt 50 Teilnehmer*innen, die die Einschlusskriterien erfüllten, rekrutiert. Die ACT-Gruppe umfasste zusätzlich zur üblichen Behandlung 10 Sitzungen ACT. Es konnte gezeigt werden, dass der Schweregrad der Symptome sowohl in Bezug auf die Gesamtheit der psychiatrischen Symptomatik (BPRS-Skala) als auch spezifisch bezüglich der Angstsymptome (GAD-Skala) im Verlauf der Behandlung abnahm. Gleichzeitig

wurde berichtet, dass die Fähigkeit der Teilnehmer*innen, die eigenen emotionalen Reaktionen zu regulieren und zu akzeptieren, zunahm.

Metaanalytisch wurde die Wirksamkeit von AI bei PPS erstmalig im Jahr 2013 von Khoury et al. [2013b] untersucht. Angesichts des damaligen Standes der Literatur und der noch sehr begrenzten Anzahl an verfügbaren Studien wurden alle Studien ausgewählt, die die Prä-Post- oder kontrollierten Effekte von klinischen Interventionen untersuchten und dabei ein beliebiges Achtsamkeitsprotokoll für psychotische Störungen (z.B. ACT, MBCT, PBCT und MBPP) verwendeten. Insgesamt wurden nach der Auswahl anhand der Ein- und Ausschlusskriterien 13 Studien und systematische Reviews ($N = 468$ Teilnehmer*innen) in die Analyse eingeschlossen. Die Ergebnisse der Analyse bestätigten, dass Achtsamkeitsinterventionen in Prä-Post-Analysen mittlere Effektstärken in Bezug auf Achtsamkeit ($n = 5$; Hedges $= 0,99$), Negativsymptomatik ($n = 4$ Studien; Hedges $= 0,75$) und psychosoziale Funktionsfähigkeit ($n = 4$; Hedges $= 0,51$) aufweisen. Im Vergleich zu einer TAU-Kontrollgruppe zeigte sich jedoch eine geringere Effektstärke bei der Verbesserung von Negativsymptomen ($n = 3$; Hedges $g = 0,56$). Außerdem deuteten die Ergebnisse der Prä-Post-Analysen in diesem Fall auf höhere Auswirkungen auf Negativsymptome ($n = 4$; Hedges $= 0,75$) im Vergleich zu Positivsymptomen ($n = 7$; Hedges $= 0,32$) hin.

Im Jahr 2016 untersuchten Cramer et al. [2016] in einer weiteren Metaanalyse von 8 RCTs mit insgesamt 434 Patient*innen mit PPS die Auswirkungen von achtsamkeits- und akzeptanzbasierten Interventionen auf psychotische Symptome und Krankenhausaufenthalte. In den Experimentalgruppen wurden achtsamkeitsbasierte (4 RCTs) oder akzeptanzbasierte Interventionen (4 RCTs) durchgeführt, während die Kontrollgruppen keine spezifische Intervention (TAU) erhielten. Die Metaanalyse zeigte geringe bis moderate Effektstärken bei der kurzfristigen Verbesserung der gesamten psychotischen Symptome ($Z = 2,96$; $p = 0,003$) und Positivsymptomatik ($Z = 2,93$; $p = 0,003$) mit einer geringen bis moderaten Heterogenität zwischen den Einzelstudien. Es wurden keine Hinweise auf kurzfristige Effekte in Bezug auf die Negativsymptomatik, jedoch in den Interventionsgruppen eine moderate Effektstärke für eine Verminderung der Hospitalisierungsraten und eine kürzere Hospitalisierungsdauer im Vergleich zur TAU-Gruppe gezeigt ($Z = 2,09$; $p = 0,04$). Bezüglich sekundärer Endpunkte zeigten die Ergebnisse der Studien moderate Effektstärken für kurzfristige Auswirkungen auf die Achtsamkeit, jedoch keine Hinweise auf kurzfristige Effekte auf Affekt und Akzeptanz. Bei den beiden RCTs die zusätzlich von Nebenwirkungen berichteten, wurden keine schwerwiegenden unerwünschten Ereignisse oder Unterschiede zur TAU Kondition gefunden.

2018 überprüften Louise et al. [2018] im Rahmen einer Metaanalyse von 10 RCTs die Wirksamkeit von Interventionen der dritten Welle zur Behandlung von PPS mit psychotischen Symptomen als primärem Endpunkt. In Bezug auf den primären Endpunkt konnte ein geringer Effekt ($g = 0,29$; $p < 0,05$) für Interventionen der dritten Welle im Vergleich zur Kontrollbehandlung gezeigt werden. Zusätzlich ergaben die Analysen, dass Studien mit AI im Gruppenformat mittlere Effektstärken aufwiesen ($g = 0,46$) im Gegensatz zu Interventionen, die auf individueller ACT im Einzelsetting basierten ($g = 0,08$). Bei den sekundären Endpunkten wurde ein moderater Behandlungseffekt ($g = 0,39$; $p < 0,05$) für depressive Symptome, jedoch keine signifikanten Effekte für Positiv- und Negativsymptome, Belastung durch Halluzinationen oder psychosoziale Funktionsfähigkeit gefunden. Die Ergebnisse zeigten außerdem eine moderate Auswirkung auf den Endpunkt Achtsamkeit ($g = 0,56$), jedoch nicht auf Akzeptanz.

Kürzlich untersuchten auch Jansen et al. [2020] im Jahr 2020 in einer weiteren Metaanalyse die Wirksamkeit und Sicherheit von akzeptanz- und achtsamkeitsbasierten Therapien für Personen mit psychotischen Störungen. In dieser jüngsten Studie wurden bereits 16 RCTs und insgesamt 1'268 Personen mit einer PPS in die Analyse einbezogen. Die Ergebnisse zeigten moderate bis große Effektstärken in Bezug auf den Schweregrad der Gesamtsymptomatik und die Hospitalisierungsdauer am Ende der Studie (SMD .80) und im Follow-up (SMD 1.10). Es fanden sich geringe Effektstärken für Negativsymptome (SMD .24), moderate Effekte für Depression (SMD .47), die soziale Funktionsfähigkeit (SMD .43), und Achtsamkeit (SMD .51) sowie mittlere bis große Effekte für Akzeptanz (SMD .78). In dieser Metaanalyse wurden keine signifikanten Effekte auf die Positivsymptomatik, Angstsymptome oder Lebensqualität gefunden.

Zusammenfassend weisen die Ergebnisse darauf hin, dass AI bei Personen mit PPS in Prä-Post-Intervention-Analysen vor allem zu einer Verbesserung der Negativ- und affektiven Symptomatik führen und sich zusätzlich die psychosoziale Funktionsfähigkeit und Lebensqualität der Patient*innen verbessern können. Zudem bestätigte die jüngste Metaanalyse von Jansen et al. [2020] erneut eine positive Wirkung auf die soziale Funktionsfähigkeit und eine Steigerung des Selbstwertgefühls bei Patient*innen mit PPS. In Bezug auf die Positivsymptomatik zeigen die Ergebnisse zwar klinisch relevante, jedoch eher geringe Effektstärken. Auch in Bezug auf die Rückfallprävention zeigten zwei Metaanalysen [Cramer et al., 2016; Jansen et al., 2020], dass durch achtsamkeitsbasierte Verfahren eine signifikante Verringerung der Rehospitalisierungsraten und stationären Aufenthaltsdauer erreicht werden kann. Insgesamt deuten die Ergebnisse aus aktuellen Metaanalysen darauf hin, dass die Ef-

fekte von AI im Vergleich zu Kontrollgruppen mit TAU bessere Effektstärken aufweisen ($g = 0,46$) als im Vergleich zu aktiven Kontrollgruppen ($g = 0,16$) [Louise et al., 2018]. Besonders vielversprechend sind Ergebnisse, welche bestätigen, dass die Anwendung von AI im Gruppenformat ($g = 0,46$; $p < 0,001$) dem Einzelformat ($g = 0,08$) überlegen ist [Louise et al., 2018; Böge et al., 2021b].

Trotz dieser vielversprechenden Evidenzen auch im Rahmen von Metaanalysen sind die Ergebnisse weiterhin als heterogen einzuschätzen. Die Autoren der zitierten Metaanalysen begründen diese teilweise Inkonsistenz unter anderem durch die begrenzte Anzahl an bisher durchgeführten Studien (vor allem RCTs), die Unterschiede in den Protokollen der einzelnen Interventionen und durch die Vielfalt der untersuchten Endpunkte.

In den Jahren hat auch die Erforschung von Nebenwirkungen von Psychotherapien eine zunehmende Bedeutung erfahren. Die aktuelle Studienlage in Bezug auf AI bei PPS zeigt auch anhand der Metaanalysen [Khoury et al., 2013b; Louise et al., 2018; Jansen et al., 2020], dass es zu keinen schwerwiegenden unerwünschten Ereignissen („serious adverse events“) gekommen war, jedoch wurden in diesem noch jungen Forschungsfeld nicht explizit Nebenwirkungen als primärer Endpunkt untersucht. Dies sollte in Zukunft im Rahmen von Längsschnittstudien mit höheren Fallzahlen stattfinden, um die Evidenzbasis für die Sicherheit von AI zu erhöhen und deren Implementierung bei der stationären und ambulanten Behandlung von Patient*innen mit PPS weiter abzusichern [Ellett und Chadwick, 2021]. Bei einer durch RCTs und Metaanalysen im internationalen Vergleich gesicherten Wirksamkeit sind im deutschsprachigen Raum die Forschungsbemühungen zu AI bei PPS und die breite Implementierung in klinischen Settings noch in einem Anfangsstadium. Eine mögliche Erklärung für ein verzögertes Anwenden von AI kann in einer tradierten Annahme begründet sein, dass sie bei Patient*innen zu einer Exazerbation der Produktivsymptomatik führen könnten [Dyga und Stupak, 2015]. Diese Annahme, die mittlerweile klar als ein Mythos bezeichnet werden muss, basierte auf einer kleineren Anzahl von Fallstudien, in welchen Patient*innen mit PPS nach Teilnahme an intensiver nicht adaptierter traditioneller Schweigemeditation in Retreats tatsächlich von einer Zunahme an Positivsymptomen berichteten [Walsh und Roche, 1979]. Während dieser Retreats führten die Teilnehmer*innen bis zu 18 Stunden dauernde Sitz- oder Gehmeditationsübungen in Stille durch. Diese Praxis ohne verbale Kommunikation mit anderen Teilnehmer*innen, ohne Führung durch geschultes Personal und zusätzlich häufig in Kombination mit kalorischem Fasten und Schlafdeprivation hat keine Gemeinsamkeiten mit aktuellen Protokollen zur Anwendung von AI bei Patient*innen mit PPS. Häufig wurde in diesem Rahmen zudem von den teilneh-

menden Patient*innen eine vorbestehende antipsychotische Medikation abgesetzt. Als Grund für die Verschlechterung der psychotischen Symptomatik kann demnach nicht AI im Allgemeinen, sondern ein unkontrolliertes, nichtadaptiertes und auch potentiell stressauslösendes Setting im Besonderen bei gleichzeitigem, oft spontanen Absetzen der Antipsychotika identifiziert werden, in dem die langandauernden Meditationsübungen durchgeführt wurden [Böge et al., 2020b].

Implikationen für die klinische Praxis

Um den angesprochenen Fehlannahmen zu begegnen, hat sich die achtsamkeitsorientierte psychotherapeutische Forschung in den letzten Jahren auf eine genaue und effektive Adaption von AI für PPS fokussiert, um befürchtete Nebenwirkungen einer Achtsamkeitspraxis zu vermeiden und eine hohe Sicherheit und praktische Anwendbarkeit zu gewährleisten. Eine grundlegende Voraussetzung für eine solche sichere Durchführung ist die Leitung von AI durch klinisch erfahrene Therapeut*innen, welche die Patient*innen sowohl während als auch nach den Achtsamkeitsübungen therapeutisch unterstützen. Es ist dabei zu empfehlen, dass die Leiter*innen der Achtsamkeitsgruppen das erste Jahr ihrer praktischen Tätigkeit im Rahmen der Psychotherapieausbildung möglichst auch mit der Behandlung von Patient*innen mit PPS abgeschlossen haben und zusätzlich selbst regelmäßig Meditationsübungen durchführen [Jacobsen et al., 2011; Böge et al., 2020b]. Zu den zentralen Methoden der in der klinischen Praxis mit AI bei PPS tätigen Therapeut*innen zählt eine adaptierte Anwendung des „Inquiry Process“ als eine Form der Gesprächsführung, die nach Beendigung der Achtsamkeitsübungen durchgeführt wird. Diese Gesprächsführung unterstützt Patient*innen bei der Verarbeitung von während der Meditations- und Achtsamkeitspraxis gewonnenen Erfahrungen. Zudem wird den Patient*innen mittels einer kurzen Zusammenfassung der Ziele der nächsten Sitzung ermöglicht, Herausforderungen der eigenen Problemsituation zu erkennen, und sie werden ermutigt, Strategien bis zur nächsten Sitzung zielgerichtet umzusetzen. Zu den weiteren Adaptationen für PPS zählt die Durchführung in einer geschlossenen kleineren Gruppe von bis zu sechs Personen, eine kürzere Dauer der Achtsamkeitspraxis und die Vermeidung von Zeiträumen der Stille (+20 Sekunden) während der Achtsamkeitsübungen [Chadwick et al., 2005]. Es wird weiterhin empfohlen, während der Achtsamkeitsübungen verbale Verankerungstechniken, also kurze Sätze oder Wörter, in regelmäßigen Abständen zu wiederholen, um die Patient*innen zur aktuellen Situation zurückzuführen und eine zu intensive Auseinandersetzung mit den eigenen inneren Zuständen zu verhindern. Gleich-

zeitig ist es als Therapeut*in wichtig, darauf zu achten, eine leicht zugängliche und verständliche Sprache zu benutzen [Böge et al., 2021b].

Der aktuelle Stand der Forschung zeigt, dass AI erfolgreich im Gruppensetting durchgeführt werden können [Böge et al., 2020a; Jansen et al., 2020], Patient*innen hier eine hohe Therapieadhärenz zeigen [Böge et al., 2021b] und anhand von Metaanalysen gute Evidenzen für Wirksamkeit auf Negativsymptomatik, depressive Symptome und das soziale Funktionsniveau bestehen [Khoury et al., 2013b; Louise et al., 2018; Jansen et al., 2020]. Von besonderer Bedeutung ist, dass ein gruppentherapeutischer Ansatz nicht nur im Rahmen der stationären und ambulanten Versorgung von Vorteil ist, sondern auch eine von den Patient*innen bevorzugt in Anspruch genommene Behandlungsoption darstellt [Böge et al., 2020a; Reich et al., 2021]. Gleichzeitig wird durch den Gruppenaustausch einem Mangel an sozialer Unterstützung und interpersonellen Kontakten entgegengewirkt und dabei gleichzeitig die wichtige Peer-Unterstützung gefördert [Böge et al., 2021b]. Zwei Metaanalysen [Louise et al., 2018; Jansen et al., 2020] sowie eine RCT im stationären Setting [Böge et al., 2021b] konnten diesbezüglich zeigen, dass bei einer Vermittlung von achtsamkeitsbasierten Verfahren im Gruppenformat ein größerer Effekt bei der Reduktion psychotischer Symptome in der Positive and Negative Symptom Scale (PANSS) und Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) und eine höhere Therapieadhärenz erreicht werden.

Herausforderungen

Eine eher zurückhaltende Einstellung aufgrund historisch beschriebener Einschränkungen ist eine nur teilweise nachvollziehbare Erklärung für eine verzögerte Implementation von AI bei PPS. Während bei psychischen Störungen wie Depressionen psychotherapeutische Verfahren wie die KVT oder MBCT bezüglich ihrer Effektivität überprüft und zuletzt in deutsche Leitlinien implementiert wurden [Schneider et al., 2017], ist dies bei den PPS noch nicht der Fall [Gaebel et al., 2019].

Eine gut wissenschaftlich belegte Erklärung bei PPS ist deren strukturelle Stigmatisierung durch das soziale Umfeld, was unter anderem mit der Entstehung und Aufrechterhaltung von negativen Vorurteilen gegenüber Patient*innen einhergeht und das darauf aufbauende Selbst-Stigma der Patient*innen [Schulze und Angermeyer, 2003] weiter erhöht. Solche gesellschaftlich prävalenten aber auch in klinischen Settings wirksamen stereotypisierenden Vorurteile zeigen auch Auswirkungen in Bezug auf eine vergleichsweise späte Zulassung, trotz vergleichbarer Effektstärken, zur Erstattung von KVT für Patient*innen mit PPS durch die gesetzlichen Kranken-

kassen in Deutschland [Hasan et al., 2015]. Zudem wirken auch psychiatrisch-psychopathologisch tradierte Vorurteile einer grundsätzlichen Nichtverstehbarkeit und Nichteinfühlbarkeit in wahnhaftem Erklärungsmodell sowie ein allgemeines primär biologisch und kategoriales Verständnis der Ätiopathogenese der PPS [Jäger et al., 2021] auf ein Aufrechterhalten dieser Vorurteile bei. Dies führt häufig dazu, dass Personen mit PPS als „die Anderen“ („othering“) und als „abseits der Norm“ wahrgenommen werden. Im Gegensatz zu beispielsweise depressiven Störungen werden die Betroffenen so häufiger einer außerhalb eines Kontinuums zwischen gesund und krank stehenden Personengruppe zugeordnet [Schomerus et al., 2013]. So wurden Patient*innen mit PPS von der Allgemeinbevölkerung häufiger als „unvorhersehbar“, „inkompetent“ und als eine „potentielle Gefahr“ beschrieben, als dies bei anderen psychischen Störungen der Fall war [Angermeyer und Matschinger, 2004].

Durch die Stigmatisierung und eine oft eingehende strukturelle Diskriminierung entstehen für die betroffenen Personen weitere Probleme in der zwischenmenschlichen Kommunikation sowie Nachteile bei der sozialen Teilhabe oder bei der Bewerbung um Arbeitsplätze, was insgesamt in einem Teufelskreis zu einer Reduktion der Lebensqualität und des Selbstwertes führt [Rüsch et al., 2014]. In einer Studie von Michael und Park [2016] konnte ein Zusammenhang zwischen sozialer Isolation und dem Schweregrad der psychotischen Symptomatik bestätigt werden, bei der 73% der befragten Patient*innen angaben, dass akustische Halluzinationen nach einer Periode verstärkter sozialer Isolation auftraten. Die Ergebnisse dieser Studie stehen im Einklang mit Hoffmans „Social Deafferentiation Hypothesis“ [Hoffman et al., 2007], welche annimmt, dass soziale Isolation und somit ein Mangel an sozialen Stimuli zu einer kompensatorischen Aktivierung von auditorischen Kortexarealen führen kann. Im Hinblick auf die medizinische Versorgung bestehen im deutschsprachigen Raum weiterhin mehrere interagierende Barrieren im Zugang und der Forschung zu innovativen Therapieoptionen [Schlier und Lincoln, 2016], welche bei Personen mit PPS zu einer Unterversorgung in Bezug auf evidenzbasierte psychotherapeutische Verfahren führen [Bechdolf und Klingberg, 2014; Bundespsychotherapeutenkammer (BPtK), 2014; Schlier und Lincoln, 2016]. Ein möglicher Ansatz, um die Vorurteile und daraus resultierenden Einstellungen gegenüber Personen mit PPS zu reduzieren, sind an den Bedürfnissen der Patient*innen ausgerichtete Antistigmainterventionen, die möglichst auf direktem Kontakt basieren [Reich et al., 2021], sowie eine Erweiterung vor allem von niedrigschwelligen und gemeindenahen Behandlungsmöglichkeiten [Hansson, 2017; Kamens, 2019]. Neben der Stigmatisierung von Patient*innen mit PPS spielen jedoch auch weitere Faktoren eine wesentliche Rolle bei der

verzögerten Implementierung psychotherapeutischer Verfahren. Darunter zählt zum Beispiel der Mangel an für PPS spezialisierten Therapeut*innen im ambulanten Bereich und ausreichende personelle Ressourcen im stationären Setting. Hinzu kommen organisatorische und strukturelle Barrieren für Betroffene, um eine leitliniengerechte Behandlung wahrzunehmen. Um diese Barrieren teilweise abzubauen, das Behandlungsangebot zu erweitern sowie knappe Personalmittel effizient einzusetzen, zeigen sich psychotherapeutische Verfahren im Gruppenformat besonders geeignet. Durch die Zusammenlegung von Terminen für mehrere Patient*innen haben zudem einzelne Ausfälle organisatorisch und wirtschaftlich insgesamt eine weniger gravierende Auswirkung auf die Behandler*innen und den Therapieprozess. Gleichzeitig erhöht sich so das Angebot an Therapieeinheiten für jede Patient*in und die Planung der einzelnen Termine kann flexibler gestaltet werden.

Zusammenfassung

Trotz der bestehenden Barrieren und der verzögerten Implementation von AI für Patient*innen mit PPS im deutschsprachigen Raum wurde die Sicherheit und Wirksamkeit von AI in den letzten Jahren im Rahmen von RCTs und Metaanalysen mehrfach bestätigt. Forschungsergebnisse aus dem Vereinigten Königreich, Kanada, Hong Kong und den USA zeigen, dass eine Anwendung im Gruppenformat sowohl für die Patient*innen als auch für Therapeut*innen auch hinsichtlich organisatorischer und wirtschaftlicher Aspekte und besonders in Hinblick auf die Wirkung eine vielversprechende Alternative zur Einzeltherapie darstellt. Besonders vielversprechend sind Hinweise der Verbesserung der oft schwer zu behandelnden Negativsymptomatik, der Steigerung der Lebensqualität und psychosozialen Funktionsfähigkeit oder auch der Fähigkeit zur Emotionsregulation. Weitere Argumente für die Implementation von achtsamkeitsbasierten Verfahren liegen in der langfristigen Senkung der Rehospitalisationsrate und stationären Aufenthaltsdauer, da häufige psychiatrische Krankenhausaufenthalte mit einer schlechteren Prognose und einem erhöhten Risiko von erneuten Rückfällen einhergehen. In Bezug auf die Sicherheit von achtsamkeitsbasierten Verfahren zeigt die aktuelle Studienlage, dass durch die oben genannten Adaptionen auch bei Personen mit PPS keine schwerwiegenden Nebenwirkungen zu erwarten sind.

Zusammenfassend zeigt sich, dass die aktuelle Evidenzlage trotz der Heterogenität der einzelnen Studienergebnisse insgesamt für die Effektivität und Sicherheit von achtsamkeitsbasierten Verfahren spricht und somit eine überzeugende Rationale liefert, Patient*innen mit PPS den Zugang zu diesen Behandlungsmethoden und

Techniken zu erleichtern. Durch ein breiteres Behandlungsangebot, was auch neue moderne Psychotherapieverfahren wie achtsamkeitsbasierte Verfahren beinhaltet, könnte dadurch auch perspektivisch eine andere öffentliche Wahrnehmung der Behandelbarkeit von psychotischen Störungen entstehen, was auch einen günstigen Einfluss auf Stigmatisierungs- und Diskriminierungsprozesse haben könnte. Im Einklang mit der aktuellen internationalen Literatur bestätigten die Arbeiten unserer Forschungsgruppe erstmalig die Wirksamkeit und Anwendbarkeit von achtsamkeitsbasierten Verfahren bei PPS in einem deutschen Universitätsklinikum (Charité – Universitätsmedizin Berlin, CBF) im Rahmen einer Pilotstudie [Böge et al., 2020a, 2021b]. Die hier angewandte Mindfulness-Based Group Therapy (MBGT) [Böge et al., 2021a, b] öffnet somit auch für den deutschsprachigen Raum evidenzbasierte Möglichkeiten, um eine breitere Implementation von AI in der psychotherapeutischen Versorgung von Menschen mit PPS zu erreichen und dabei die partizipative Forschung mit Betroffenen (participant involvement approach) in diesem Feld zu fördern.

Interessenkonflikte

Die Autoren erklären, dass keine wirtschaftlichen Interessenkonflikte bestehen.

Finanzielle Unterstützung

Die Autoren erklären, dass keine wirtschaftlichen Interessenkonflikte bestehen. Es fand keine finanzielle Unterstützung für die vorliegende Publikation statt. Die Autoren haben Bücher und Buchkapitel zu der vorliegenden Thematik geschrieben, Vorträge gehalten und mehrere Studien zu AI durchgeführt.

Mitwirkung der Autoren

Der Artikel wurde von gemeinschaftlich von Kerem Böge, Daniel Catena und Eric Hahn konzipiert, geschrieben und revidiert.

Literatur

- American Psychiatric Association (APA). [The American Psychiatric Association practice guideline for the treatment of patients with schizophrenia](#). American Psychiatric Pub; 2020.
- Angermeyer MC, Matschinger H. The stereotype of schizophrenia and its impact on discrimination against people with schizophrenia: results from a representative survey in Germany. *Schizophr Bull*. 2004;30(4):1049–61.
- Bechdolf A, Klingberg S. Psychotherapie bei schizophrenen Störungen: Kein Evidenz-, sondern ein Implementierungsproblem. *Psychiatr Prax*. 2014;41(1):8–10.
- Beck AT. *Cognitive therapy of depression*. Guilford Press; 1979.

- Bighelli I, Rodolico A, García-Mieres H, Pitschel-Walz G, Hansen WP, Schneider-Thoma J, et al. Psychosocial and psychological interventions for relapse prevention in schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(11):969–80.
- Böge K, Ergen E, Hahn E. **ACT in Klinik und Tag-Esklinik: Arbeiten mit der Akzeptanz- und Commitment-Therapie in multiprofessionellen Teams**. Kohlhammer Verlag; 2021a.
- Böge K, Hahne I, Bergmann N, Zierhut M, Thomas N, Hahn E, et al. Mindfulness-based group therapy for in-patients with schizophrenia spectrum disorders: feasibility, acceptability, and preliminary outcomes of a rater-blinded randomized controlled trial. *Schizophr Res*. 2021b;228:134–44.
- Böge K, Karadza A, Fuchs LM, Thomas N, Ehlen F, Ta TMT, Thomas N, et al. Mindfulness-based interventions for in-patients with schizophrenia spectrum disorders: a qualitative approach. *Front Psychiatry*. 2020a;11:600.
- Böge K, Thomas N, Jacobsen P. Is mindfulness for psychosis harmful? Deconstructing a myth. *Br J Psychiatry*. 2020b;218(2):71–2.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). **BPTK-Studie zur stationären Versorgung psychisch kranker Menschen. Ergebnisse einer Befragung der in Krankenhäusern angestellten Psychotherapeuten**. 2014.
- Bundespsychotherapeutenkammer (BPTK). **Leitlinien-Info Schizophrenie**. 2019. Available from: https://www.bptk.de/wp-content/uploads/2019/10/bptk_leitlinien-info_schizophrenie.pdf.
- Çetin N, Aylaz R. The effect of mindfulness-based psychoeducation on insight and medication adherence of schizophrenia patients. *Arch Psychiatr Nurs*. 2018;32(5):737–44.
- Chadwick P. **Person-based cognitive therapy for distressing psychosis**. John Wiley & Sons; 2006.
- Chadwick P, Strauss C, Jones AM, Kingdon D, Ellett L, Dannahy L, et al. Group mindfulness-based intervention for distressing voices: a pragmatic randomised controlled trial. *Schizophr Res*. 2016;175(1–3):168–73.
- Chadwick P, Taylor KN, Abba N. Mindfulness groups for people with psychosis. *Behav Cognit Psychother*. 2005;33(3):351.
- Chien WT, Lee IY. The mindfulness-based psychoeducation program for Chinese patients with schizophrenia. *Psychiatr Serv*. 2013;64(4):376–9.
- Chien WT, Thompson DR. Effects of a mindfulness-based psychoeducation programme for Chinese patients with schizophrenia: 2-year follow-up. *Br J Psychiatry*. 2014;205(1):52–9.
- Cramer H, Lauche R, Haller H, Langhorst J, Dobos G. Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Glob Adv Health Med*. 2016;5(1):30–43.
- De Hert M, van Winkel R, Wampers M, Kane J, van Os J, Peuskens J. Remission criteria for schizophrenia: evaluation in a large naturalistic cohort. *Schizophr Res*. 2007;92(1–3):68–73.
- Dyga K, Stupak R. Meditation and psychosis: trigger or cure? *Arch Psychiatry Psychother*. 2015;3:48–58.
- Ellett L, Chadwick P. Recommendations for monitoring and reporting harm in mindfulness for psychosis research. *Br J Psychiatry*. 2021;219(6):629–31.
- Gaebel W, Hasan A, Falkai P. **S3-Leitlinie Schizophrenie**. Springer-Verlag; 2019.
- Goldin PR, Gross JJ. Effects of mindfulness-based stress reduction (MBSR) on emotion regulation in social anxiety disorder. *Emotion*. 2010;10(1):83–91.
- Guloksuz S, Van Os J. The slow death of the concept of schizophrenia and the painful birth of the psychosis spectrum. *Psychol Med*. 2018;48(2):229–44.
- Hansson L. Mental health and stigma: aspects of anti-stigma interventions. *Global mental health*. Springer; 2017. p. 71–8.
- Hasan A, Wobrock T, Großimlinghaus I, Zielasek J, Janssen B, Reich-Erkelenz D, et al. Die Aktualisierung der DGPPN S3-Leitlinie Schizophrenie: aktueller stand. *Die Psychiatrie*. 2015;12(01):19–27.
- Heidenreich T, Michalak J. Achtsamkeit («Mindfulness») als Therapieprinzip in Verhaltenstherapie und Verhaltensmedizin. *Verhaltenstherapie*. 2003;13(4):264–74.
- Heriot-Maitland C, McCarthy-Jones S, Longden E, Gilbert P. Compassion focused approaches to working with distressing voices. *Front Psychol*. 2019;10:152.
- Hilton L, Hempel S, Ewing BA, Apaydin E, Xenakis L, Newberry S, et al. Mindfulness meditation for chronic pain: systematic review and meta-analysis. *Ann Behav Med*. 2017;51(2):199–213.
- Hoffman RE, Hampson M, Wu K, Anderson AW, Gore JC, Buchanan RJ, et al. Probing the pathophysiology of auditory/verbal hallucinations by combining functional magnetic resonance imaging and transcranial magnetic stimulation. *Cereb Cortex*. 2007;17(11):2733–43.
- Huhn M, Nikolakopoulou A, Schneider-Thoma J, Krause M, Samara M, Peter N, et al. Comparative efficacy and tolerability of 32 oral antipsychotics for the acute treatment of adults with multi-episode schizophrenia: a systematic review and network meta-analysis. *Lancet*. 2019;394(10202):939–51.
- Jacobsen P, Morris E, Johns L, Hodkinson K. Mindfulness groups for psychosis; key issues for implementation on an inpatient unit. *Behav Cogn Psychother*. 2011;39(3):349–53.
- Jäger M, Frasch K, Lang F, Becker T. Auflösung des Schizophreniebegriffes. *Der Nervenarzt*. 2021;83(3):345–54.
- Jansen JE, Gleeson J, Bendall S, Rice S, Alvarez-Jimenez M. Acceptance- and mindfulness-based interventions for persons with psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2020;215:25–37.
- Johns LC, Oliver JE, Khondoker M, Byrne M, Jolley S, Wykes T, et al. The feasibility and acceptability of a brief acceptance and commitment therapy (ACT) group intervention for people with psychosis: the “ACT for life” study. *J Behav Ther Exp Psychiatry*. 2016;50:257–63.
- Kabat-Zinn J. An outpatient program in behavioral medicine for chronic pain patients based on the practice of mindfulness meditation: theoretical considerations and preliminary results. *Gen Hosp Psychiatry*. 1982;4(1):33–47.
- Kabat-Zinn J. **Full catastrophe living: how to cope with stress, pain and illness using mindful meditation**. London: Little Brown Book Group; 1990.
- Kamens S. De-othering “schizophrenia”. *Theory Psychol*. 2019;29(2):200–18.
- Kane JM, Kishimoto T, Correll CU. Non-adherence to medication in patients with psychotic disorders: epidemiology, contributing factors and management strategies. *World Psychiatry*. 2013;12(3):216–26.
- Katterman SN, Kleinman BM, Hood MM, Nackers LM, Corsica JA. Mindfulness meditation as an intervention for binge eating, emotional eating, and weight loss: a systematic review. *Eat Behav*. 2014;15(2):197–204.
- Khoury B, Lecomte T, Fortin G, Masse M, Therien P, Bouchard V, et al. Mindfulness-based therapy: a comprehensive meta-analysis. *Clin Psychol Rev*. 2013a;33(6):763–71.
- Khoury B, Lecomte T, Gaudiano BA, Paquin K. Mindfulness interventions for psychosis: a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2013b;150(1):176–84.
- Kuyken W, Warren FC, Taylor RS, Whalley B, Crane C, Bondolfi G, et al. Efficacy of mindfulness-based cognitive therapy in prevention of depressive relapse: an individual patient data meta-analysis from randomized trials. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(6):565–74.
- Kuyken W, Watkins E, Holden E, White K, Taylor RS, Byford S, et al. How does mindfulness-based cognitive therapy work? *Behav Res Ther*. 2010;48(11):1105–12.
- Lenz AS, Hall J, Bailey Smith L. Meta-analysis of group mindfulness-based cognitive therapy for decreasing symptoms of acute depression. *J Spec Group Work*. 2016;41(1):44–70.
- Leucht S, Cipriani A, Spineli L, Mavridis D, Orey D, Richter F, et al. Comparative efficacy and tolerability of 15 antipsychotic drugs in schizophrenia: a multiple-treatments meta-analysis. *Lancet*. 2013;382(9896):951–62.
- Lincoln T, Pedersen A, Hahlweg K, Frantz I. **Evidenzbasierte Leitlinie zur Psychotherapie von Schizophrenie und anderen psychotischen Störungen**. Hogrefe Verlag; 2019.
- Louise S, Fitzpatrick M, Strauss C, Rossell SL, Thomas N. Mindfulness- and acceptance-based interventions for psychosis: our current understanding and a meta-analysis. *Schizophr Res*. 2018;192:57–63.
- Michael J, Park S. Anomalous bodily experiences and perceived social isolation in schizophrenia: an extension of the social deafferentation hypothesis. *Schizophr Res*. 2016;176(2–3):392–7.
- Michalak J, Heidenreich T. Neue Wege der Rückfallprophylaxe bei Depressionen. *Psychotherapeut*. 2005;50(6):415–22.
- Mitchell JT, Zylowska L, Kollins SH. Mindfulness meditation training for attention-deficit/hyperactivity disorder in adulthood: current empirical support, treatment overview, and future directions. *Cogn Behav Pract*. 2015;22(2):172–91.
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE). **Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management**. CG178: NICE; 2014.

- Offenbächer M, Seitlinger M, Münch D, Schnopp C, Darsow U, Harfensteller J, et al. A pilot study of a mindfulness-based stress reduction programme in patients suffering from atopic dermatitis. *Psych*. 2021;3(4):663–72.
- Parikh SV, Quilty LC, Ravitz P, Rosenbluth M, Pavlova B, Grigoriadis S, et al. Canadian network for mood and anxiety treatments (CANMAT) 2016 clinical guidelines for the management of adults with major depressive disorder: section 2. Psychological treatments. *Can J Psychiatry*. 2016;61(9):524–39.
- Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019;18(1):3–19.
- Reich D, Evans S, Nelson B, Hickey T, O’Shea M. Evidence map of mindfulness for stages of psychosis: state of the literature and implications for future research. *Mindfulness*. 2021;12(8):1860–77.
- Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia: results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophr Bull*. 2006;32(4):765–75.
- Rüsch N, Corrigan PW, Heekeren K, Theodoridou A, Dvorsky D, Metzler S, et al. Well-being among persons at risk of psychosis: the role of self-labeling, shame, and stigma stress. *Psychiatr Serv*. 2014;65(4):483–9.
- Schlier B, Lincoln TM. Blinde Flecken? Der Einfluss von Stigma auf die psychotherapeutische Versorgung von Menschen mit Schizophrenie. *Verhaltenstherapie*. 2016;26(4):279–90.
- Schneider F, Härter M, Schorr S. *S3-Leitlinie/Nationale VersorgungsLeitlinie unipolare Depression*. Springer-Verlag; 2017.
- Schomerus G, Matschinger H, Angermeyer MC. Continuum beliefs and stigmatizing attitudes towards persons with schizophrenia, depression and alcohol dependence. *Psychiatry Res*. 2013;209(3):665–9.
- Schulze B, Angermeyer MC. Subjective experiences of stigma. A focus group study of schizophrenic patients, their relatives and mental health professionals. *Soc Sci Med*. 2003;56(2):299–312.
- Segal ZV, Bieling P, Young T, MacQueen G, Cooke R, Martin L, et al. Antidepressant monotherapy vs sequential pharmacotherapy and mindfulness-based cognitive therapy, or placebo, for relapse prophylaxis in recurrent depression. *Arch Gen Psychiatry*. 2010;67(12):1256–64.
- Segal ZV, Williams M, Teasdale J. *Mindfulness-based cognitive therapy for depression*. Guilford Publications; 2018.
- Spidel A, Lecomte T, Kealy D, Daigneault I. Acceptance and commitment therapy for psychosis and trauma: improvement in psychiatric symptoms, emotion regulation, and treatment compliance following a brief group intervention. *Psychol Psychother*. 2018;91(2):248–61.
- Sundquist J, Lilja Å, Palmér K, Memon AA, Wang X, Johansson LM, et al. Mindfulness group therapy in primary care patients with depression, anxiety and stress and adjustment disorders: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry*. 2015;206(2):128–35.
- Van Os J, Kenis G, Rutten BP. The environment and schizophrenia. *Nature*. 2010;468(7321):203–12.
- Walsh R, Roche L. Precipitation of acute psychotic episodes by intensive meditation in individuals with a history of schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 1979;136(8):1085.
- Zhang J, Xu R, Wang B, Wang J. Effects of mindfulness-based therapy for patients with breast cancer: a systematic review and meta-analysis. *Complement Ther Med*. 2016;26:1–10.
- Zimmermann J, Wolter A, Krischke N, Preuß UW, Wobrock T, Falkai P. Response und Remission bei an Schizophrenie erkrankten Patienten. *Der Nervenarzt*. 2011;82(11):1440–8.
- Zygmunt A, Olfson M, Boyer CA, Mechanic D. Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 2002;159(10):1653–64.