

Psychotherapeutische Behandlung psychotischer Störungen

Univ.Prof. Dr. Gerhard Lenz

Ziele:

Verminderung der Vulnerabilität
Berücksichtigung biologischer Faktoren
Bewältigung ungünstiger Stressoren
Verringerung von Krankheitssymptomen
verbesserte Kommunikation
verbesserte Krankheitsbewältigung
Ressourcenaktivierung
Verbesserung der Lebensqualität

Psychotherapeutische Interventionen

Psychoedukation

Kognitive Verhaltenstherapie

Familieninterventionen

Training sozialer Fertigkeiten

Kognitive Rehabilitation

Psychoedukation

**Arbeitsbuch PsychoEduktion bei
Schizophrenie (APES)**

Bäuml et al ; Schattauer Verlag

Psychoedukative Basismodule

Themen:

Begrüßung, Einführung, Krankheitsbegriff

Symptomatik und Diagnostik

Synapsen-Modell und synaptische Brücke

Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell

Medikamente und Nebenwirkungen

Psychotherapie

Psychosoziale Maßnahmen

Frühwarnzeichen, Rezidivprophylaxe, Krisenplan

S. Lüscher et al 2012 Psychotherapeut 57: 335-342

**PSYCHOEDUKATIVE STRATEGIEN
BEI SCHIZOPHREN ERKRANKTEN
PATIENTEN MIT FEHLENDER
KRANKHEITSEINSICHT**

„Normale“ Umstände, in denen psychotische Symptome vorkommen können

- **Deprivationszustände (Schlafdeprivation, Reizdeprivation,...)**
- **Schwere Furcht (z.B. bei Geiselnahme) oft verbunden mit PTSD**
- **Organisch : z.B. drogeninduziert, Fieber, Alkoholentzug**
- **Hypnagoge Halluzinationen, Trauerzustände**

Psychotherapeutische Ansatzpunkte im Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modell

Ansatzpunkte psychotherapeutischer Interventionen

Vulnerabilität

- hirnstrukturelle Alterationen
- Dysfunktion der Neurotransmission
- kognitive Defizite
- ...

protektive Faktoren

- stützendes soziales Umfeld
- Kompetenzen bei der Belastungsbewältigung
- Medikation
- ...

Belastungen

- Arbeit/Ausbildung
- familiäre Interaktion
- kritische Lebensereignisse
- ...

Krisen

psychotische Symptome sowie
kognitive und soziale Funktionseinschränkungen

Psychoedukative Erweiterungsmodule

Module:

Diagnosen-Management (was sage ich meinem Chef, Nachbarn,etc...)

Komorbidität von Sucht und Psychose

Empowerment und Salutogenese

Effizientes Verhalten

Stressvermeidung und Stressbewältigung

Umgang mit Schuld und Scham

Ernährungs- und Gewichtsmanagement

Entwicklung einer therapeutischen Zusammenarbeit

- **Basierend auf der Perspektive des Patienten**
- **Empathie, Respekt und bedingungslose Wertschätzung**
- **Fokussierung auf die subjektiven Gedanken, Gefühle und Handlungen des Patienten, unabhängig davon, ob sie realitätsorientiert sind**
- **Zusammenarbeit ohne vorgefasste Ideen durch geleitetes Entdecken und Verstehen der Erfahrungen und Meinungen des Patienten**

Persistierende Positivsymptomatik

- **Bei den Patienten soll die Bereitschaft gefördert werden, ihre (wahnhaften) Annahmen durch Erfahrungen zu überprüfen**
- **Wahn wird als dimensionales Konstrukt verstanden, d.h. als eine sich nur quantitativ, nicht qualitativ vom „gesunden“ Denken unterscheidende Überzeugung**

Kognitiv-behaviorale Therapie von Halluzinationen und Wahn

- **Medikamentöse Therapieresistenz bei 20-30%**
- **Verhaltensanalyse, Auslösebedingungen, Konsequenzen, Coping-Strategien**
- **Behandlungsansätze am Selbstkontrollmodell orientiert (Pat. wird unter therapeutischer Anleitung Regisseur eigener Veränderungsprozesse)**
- **Reizkontrollstrategien, Reaktionskontrollstrategien, Modifikation von selbst gezeigten Bewältigungsversuchen, Fokussierung der subjektiven Bedeutung der Produktivsymptomatik**

Reizkontrollstrategien

- Vermeidung oder Veränderung bestimmter Auslöser (z.B. Situation mit sehr vielen Menschen)
- Einsatz von gezielter Ablenkung (wirksamste Interferenz akustischer Halluzinationen durch sprachbezogener Prozesse wie Lesen oder Sprechen)

Reaktionskontrollstrategien

- Zielt auf die Veränderung bzw. Kontrolle der Produktivsymptome selbst
- Gedankenstoppverfahren
- Hören von subjektiv angenehm erlebter Musik (Prinzip der Gegenkonditionierung) mit einem Walkman (löst zugleich Interferenz mit Halluzinationen aus)

Bewältigungsstrategien

- Kognitive Strategien (Verlagerung der Aufmerksamkeit, Selbstinstruktionen)
- Verhaltensbezogene Strategien (Aufnahme von Aktivitäten wie Lesen oder Spazieren, sozialer Rückzug, Aufnahme sozialer Interaktionen)
- Körperbezogene Strategien (Entspannungs- und Atmungsübungen)
- Wahrnehmungsbezogene Strategien (z.B. Walkman hören)

Kognitive Therapie bei persistierendem Wahn

Guided discovery

- Genaue, detaillierte Exploration der Situation, die der Patient zum Beleg der Wahninhalte anführt
 - „können sie mir mehr darüber sagen..“
 - „welchen Hinweis haben sie dafür, dass?“
 - „Wir brauchen mehr Informationen“
 -
- Suchen nach auslösenden Bedingungen
- Systematische Erarbeitung des Wahrnehmungsprozesses in der Situation
- Systematische Unterscheidung von Beobachtung und Schlussfolgerung

Kog. Therapie bei persistierendem Wahn

Diskussion über Wahninhalte

- Den Inhalt des Wahns explorieren
- Welche konkreten Erfahrungen liegen der Annahme zugrunde ?
- Gründliche Besprechung aller relevanten Beobachtungen und Schlussfolgerungen
- Was würden andere, vertraute Personen sagen
- Alternative Sichtweise selbst ins Gespräch bringen
- Keine direkte Änderung erwarten

Kog. Therapie bei persistierendem Wahn Realitätsprüfung

- Exploration bringt in der Regel Inkonsistenzen bei den Schlussfolgerungen hervor („jumping to conclusions“). Diese können zum Ausgangspunkt von Hausaufgaben werden
- Wichtig ist, die potentiellen Schlussfolgerungen bei der Vorbereitung zu antizipieren und in der Nachbesprechung wieder aufzugreifen
- Systematisches, geplantes Vorgehen in Absprache mit dem Patienten

Kog. Therapie bei persistierendem Wahn Umgang mit fortbestehenden Symptomen

- Wenn die Symptome selbst keiner Änderung zugänglich sind, ist auch die Reduktion der resultierenden funktionellen Einschränkung ein wichtiges Ziel
 - Trotz Verfolgungsideen einkaufen gehen
 - Trotz Misstrauen den Kollegen gegenüber mit dem Chef angemessen umgehen
 - Den Nachbarn aus dem Weg gehen und trotz der (halluzinatorischen) Beschimpfungen nicht wütend reagieren

Systematisches Ausloten von Handlungsspielräumen

Wirksamkeit von KVT bei Positivsymptomen

- **Cornac et al: Cochrane Review 2003**
- **Evidenz zur Reduktion der Rückfallrate und zur Reduktion der Symptomatik**
- **Gesamt-Effektstärke von 0,37 (Kuipers et al 2006) für persistierende Symptomatik**

Persistierende Negativsymptomatik

- **Rector et al (2001): hohe Effektstärken**
- **Auswahl nicht überfordernder
Aktivitäten, die Erfolgserlebnisse
zulassen**
- **Differenzierte Handlungsplanung mit
Strategietraining**
- **Kognitive Techniken**

Grenzen der KVT

- **Manche Patienten zu denkgestört oder zu agitiert**
- **Manche zu paranoid um therapeutische Allianz zu bilden**
- **KVT nur hilfreich bei gleichzeitiger wirksamer antipsychotischer Medikation**

Bewältigung familiärer Probleme

- Problemorientierte Familientherapie:
- Erlernen von grundlegenden sozialen Fertigkeiten (richtig zuhören, richtig loben, richtig kritisieren, richtig etwas von anderen verlangen).
- Problemorientierte Familientherapie in ihrer Wirksamkeit bei der Schizophrenie ausreichend untersucht und belegt.

Was ist „Expressed Emotion“

- Feindseligkeit direkt abwertende Äußerungen, die sich auf den Patienten beziehen „Du bist faul“
- Kritik: Äußerungen der Missbilligung gegenüber Patienten
- Überfürsorge (emotionale Overinvolvement): Äußerungen über starke emotionale Betroffenheit, Aufgeben eigener Interessen bis zur Aufopferung, Abnehmen von Entscheidungen

Probleme mit EE

- Befunde sind korrelativ, nicht kausal
- Die Befunde gelten für die Auslösung von Rückfällen. Eine Schizophrenie kann durch EE-Verhalten alleine nicht verursacht werden
- Im Rahmen der Ersterkrankung ist EE nicht prädiktiv, sondern erst später im Krankheitsverlauf

Soziale Fertigkeiten

- **Training basaler Funktionen**
- **Soziales Problemlösemodell**
- **Integriertes psychologisches Therapieprogramm**

Soziale Fertigkeiten

- Soziale Fertigkeiten oft bereits im Prodromalstadium eingeschränkt
- Soziale Behinderungen im weiteren Krankheitsverlauf führen zu Rückzugsverhalten wodurch Lernerfahrungen und Übungsmöglichkeiten ausbleiben
- Dadurch weitere Abnahme von sozialen Fertigkeiten

Training sozialer Fertigkeiten

- Problemorientierte Familientherapie von Falloon („richtig zuhören“, „richtig loben“, „richtig kritisieren“,.....)
- Ansonst meist Unterprogramme von komplexen Therapieprogrammen wie des Integrierten Psychologischen Therapieprogrammes (Roder 1997), Social and Independent Living Skills (Lieberman 1994) und der Personal Therapy (Hogarty 1995)

Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT)

Therapie
sozialer
und
Problem-
löse-
defizite

Interpersonelles Problemlösen

Soziale Fertigkeiten

Verbale Kommunikation

Soziale Wahrnehmung

Kognitive Differenzierung

Therapie
perzeptiver
und
kognitiver
Störungen

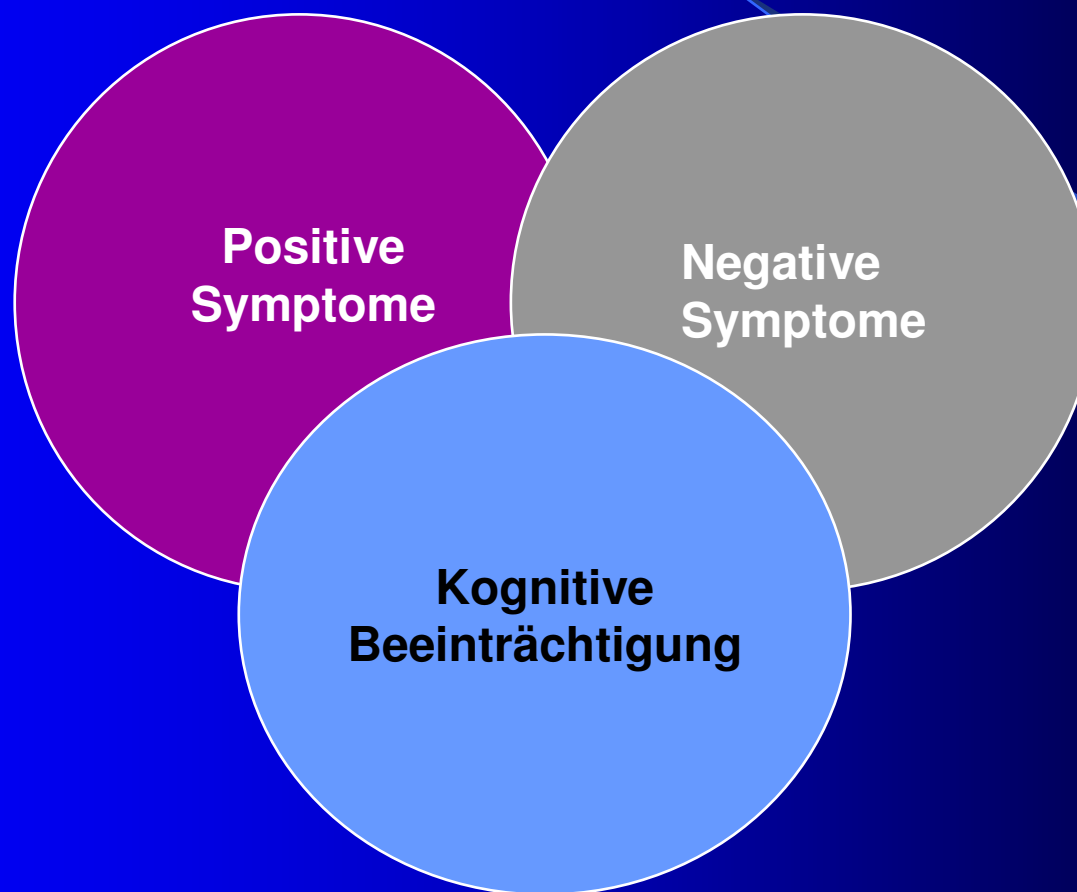
Kognitive Leistungsfähigkeit

- **Training kognitiver Fertigkeiten muss von kognitiver Verhaltenstherapie abgegrenzt werden**
- **Hier geht es um die Verbesserung der neuropsychologisch erfassbaren, basalen kognitiven Funktionen wie Aufmerksamkeit, Gedächtnis und Exekutivfunktionen**

Schizophreniespezifische Ansätze

- Erfassung und Behandlung krankheitsspezifischer Störungen
- Therapieverfahren sind als „Bewältigungsstrategien“ im Rahmen des „Vulnerabilitäts-Stress-Coping-Modells“ zu sehen

Schizophrenie: Zusammenspiel kognitiver Funktionen und „klassischer“ Symptome

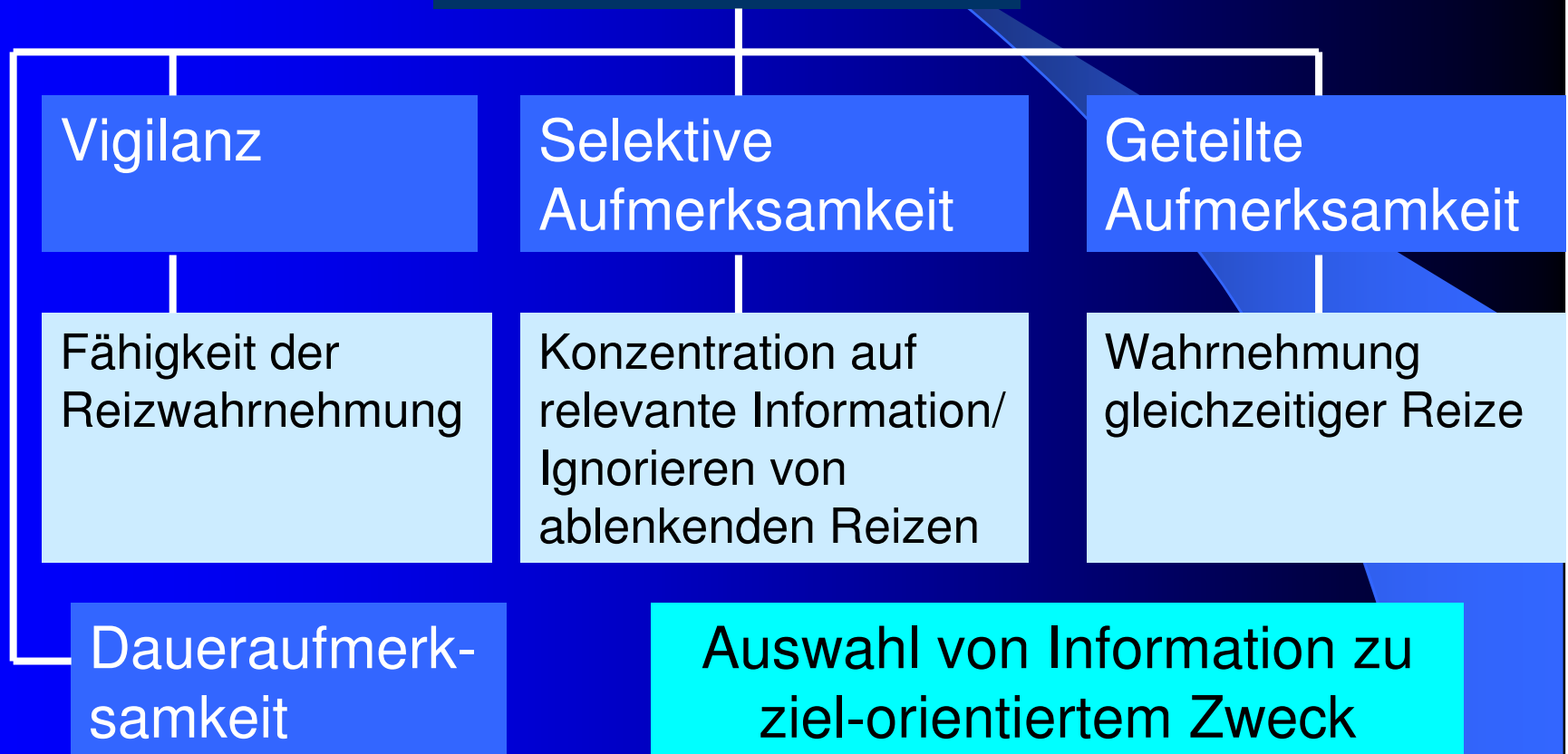


Kognitive Symptome

- Aufmerksamkeit/Vigilanz
- Gedächtnis
- Exekutive Funktionen
- Motorische Koordinationsfähigkeit
- Verbale Fähigkeiten

Aufmerksamkeit

AUFMERKSAMKEIT



Gedächtnis

GEDÄCHTNIS

```
graph TD; A[GEDÄCHTNIS] --> B[Kurzzeit (Arbeitsgedächtnis)]; A --> C[Langzeit];
```

**Kurzzeit
(Arbeitsgedächtnis)**

Langzeit

Exekutive Funktionen

EXEKUTIVE FUNKTIONEN

Entwickeln von
Plänen

Planmäßiges
Handeln

Lösen
komplexer
Aufgaben

Unterscheiden
angemessener/
unangebrachter
Reaktionen

Wechsel auf andere
Reaktionen,
falls notwendig

Hypothesen zur Ursache kognitiver Störungen

- **Hirnstrukturelle Defizite,
Ventrikelvergrößerung**
- **Neuronale Entwicklungsstörung**
- **Cortikale Asymmetrie**
- **Dysfunktionale Aktivierungsmuster**

Auswirkungen kognitiver Leistungsdefizite

- Erschwerte soziale Integration (verminderte Kontaktfähigkeit, geringere soziale Fertigkeiten, unangebrachte Reaktionen)
- Erschwerte berufliche Integration (Defizite in der Aufmerksamkeit, Schwierigkeiten beim Problemlösen, beeinträchtigte Gedächtnisfunktionen, neigen dazu aus vergangenen Situationen nicht zu lernen)

Kognitive Leistungsfähigkeit und Krankheitseinsicht

Patienten mit einer herabgesetzten kognitiven Leistungsfähigkeit haben Schwierigkeiten, zu verstehen

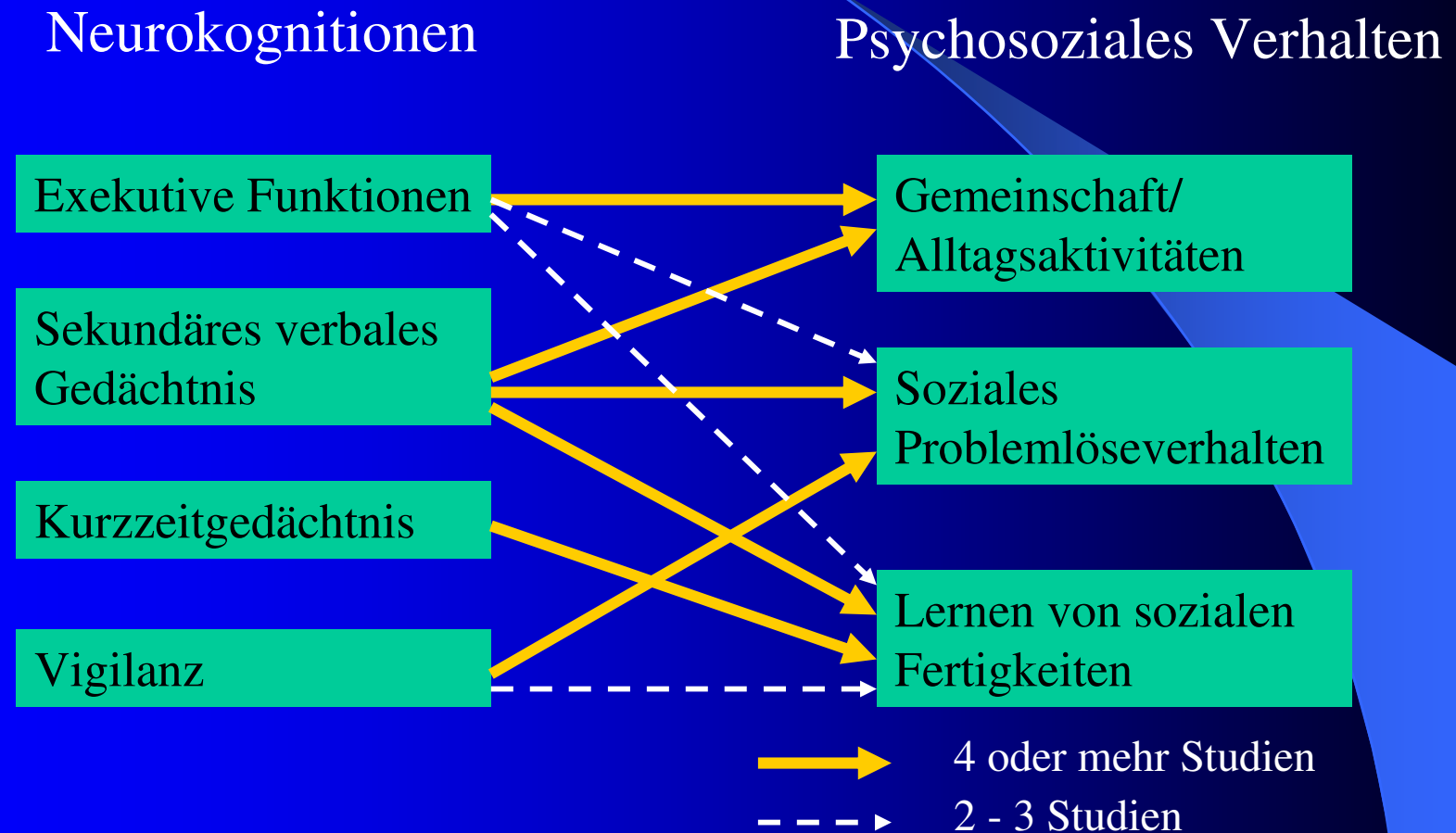
- ◆ dass sie erkrankt sind
- ◆ das Wesen ihrer Erkrankung
- ◆ die Folgen der verschiedenen Behandlungsoptionen
- ◆ dass eine medikamentöse Behandlung Rezidiven vorbeugt
- ◆ die Notwendigkeit einer Langzeitbehandlung

Kognitive Leistungsfähigkeit und Compliance

Verminderte kognitive Leistungsfähigkeit kann fehlende Compliance und damit Rezidive zur Folge haben, weil:

- ◆ dem Patienten die notwendige Einsicht fehlt
- ◆ die Durchführung sequentieller Handlungsabläufe gestört ist
 - Patienten vergessen, sich Medikamente rechtzeitig zu besorgen
 - Arzttermine nicht wahrgenommen werden

Neurokognitive Prädiktoren für psychosoziales Verhalten



(nach Green, 1998)

Zusammenfassung Symptome, Ursachen & Auswirkungen

Kognitive Funktionsstörungen

- sind überdauernde Symptome (85%) von Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung
- bedeuten eine im Vergleich zu Gesunden signifikante Verminderung von Aufmerksamkeit, Vigilanz, Gedächtnis, exekutiven Funktionen, motorischen und verbalen Fähigkeiten
- sind mit dysfunktionalen Aktivitätsmustern im Frontal-, Temporallappen, Thalamus und Cerebellum assoziiert
- beeinträchtigen die Krankheitseinsicht und Compliance und erschweren die soziale und berufliche Integration des Patienten.

Nicht medikamentöse Behandlungsstrategien -Kognitive Trainingsverfahren

- Integriertes Psychologisches
Therapieprogramm (IPT)
- Kognitive Remediation
- Computerunterstütztes Kognitives
Training REHACOM / COGPACK

COGPACK

- COGPACK: "Cognition Package" der Firma Marker Software
- 62 Test- und Übungsprogramme mit über 600 Variationen
- Bereiche: Visuomotorik, Auffassung, Reaktion, Vigilanz, Merkfähigkeit, sprachliche, intellektuelle, alltags-, ausbildungs- und berufsnaher Fähigkeiten und Sachwissen.
- Einsatzbereiche: Konzentrations-, Leistungs- und Motivationsstörungen z.B. im Kontext funktioneller Psychosen und hirnorganischer Syndrome

Abschließende Betrachtung

Störungsspezifische Behandlung unter Beachtung
spezifischer Beeinträchtigungen

Individuelle Lebensgeschichte mit Ressourcen und
Belastungen Kernbereich der Therapie

Respekt und Empathie für die Patienten mit ihrem
meist jahrelangem Kampf mit Beschwerden,
Beeinträchtigungen, Stigmatisierung und Wechsel
zwischen Hoffnung und Verzweiflung

Förderung von Empowerment und Recovery