

# SCHIZOPHRENIE UND THERAPIE

SEMINAR PSYCHOPATHOLOGISCHE PROZESSE U. PSYCHOLOGISCHE INTERVENTION I  
HERR PROF. DR. WOLFGANG TSCHACHER  
VORTRAG VON: BREUNINGER ANNINA UND RÖSCH ASTRID

# WARUM PSYCHOTHERAPIE?



# INHALTSVERZEICHNIS

- Forschung zu Psychotherapie bei Schizophrenie
- Wirksamkeit von Psychotherapie
- Negativ Symptomatik:
  - Was sind negative Symptome
  - **P**ositive **E**motions **P**rogram for **S**chizophrenia (PEPS)
  - Pilot-Studie-Aufbau-Resultate
  - Beispiel einer Session
- Positiv Symptomatik:
  - Was sind positive Symptome
  - **P**erson-**B**ased **C**ontextual **T**herapy (PBCT)
  - Studie-Aufbau-Resultate
- Diskussion
- Literatur

# FORSCHUNG ZU PSYCHOTHERAPIE BEI SCHIZOPHRENIE

- Kombination von medikamentöser Therapie, Psychotherapie und anderen Verfahren (Ergotherapie, Soziotherapie etc.)
- Ohne Behandlung mit antipsychotischen Medikamenten erleiden etwa 85 % der Schizophrenie-Patienten einen Rückfall, mit hingegen nur 15%
- Auch nach Abklingen der Symptomatik oftmals kognitive Einschränkungen → kognitive Verfahren sehr hilfreich

# FORSCHUNG ZU PSYCHOTHERAPIE BEI SCHIZOPHRENIE

- Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) reduziert Positivsymptomatik und leistet Beitrag zur Absenkung der Rückfallwahrscheinlichkeit (Vauth, 2001)
- CBT speziell hilfreich, wenn medikamentöse Behandlung versagt
- Verbessert metakognitive Fähigkeiten → Selbstreflexion, Empathie, ToM

# WIRKSAMKEIT VON PSYCHOTHERAPIE

- Gilt in den allermeisten Fällen als **Komplementärbehandlung** zur pharmakologischen Therapie
- ⇒ Effektstärke von Cohen's  $d = \text{ca. } 0.35$  über die alleinige Medikation hinaus (Pfammater, Junghan u. Brenner, 2006)
- ⇒ Forschung bei Negativsymptomatik noch rückständig



# NEGATIV SYMPTOMATIK

- Einschränkung des normalen Lebens
- Beginn oft schleichend und Verlauf ungünstig (üblicherweise Verschlimmerung, selten keine Residualsymptomatik)
- **dynamische Entleerung** (antriebsarm, motivationslos, Affekt Verflachung, depressiv), **kognitive Defizite** (z.B. Zusammenhänge nicht mehr begreifen können) **sowie motorische Defizite** (Mimik, Gestik, Spracharmut)
- Kann zu Invalidität führen

# NEGATIV SYMPTOMATIK

- **Anhedonie:** (Lustlosigkeit) Schwierigkeit im Antizipieren u. Erleben v. Freude, Vergnügen, Genuss
- Die Literatur unterscheidet zwei Formen:
  - => **verminderte Kapazität des Erlebens** (Unlust, Ungeselligkeit, keine Willenskraft)
  - => **verminderte Kapazität von Ausdruck** (emotionale Abstumpfung, sprachliche Verarmung)





# FOLGEN VON NEGATIV SYMPTOMATIK

- Abstieg im Sozial- und Berufsleben
- ganz allgemein tiefere Lebensqualität



=> Syndrome mit apathischer Anhedonie scheinen mit schlechteren Prognosen in Verbindung gebracht zu werden, als die Symptome des verminderten Ausdrucks.

=> Experten empfehlen eine psychosoziale Therapie stets in Verbindung mit Pharmakotherapie.

# GRÜNDE UND FACTS

- Verschiedene Studien unterstreichen, dass Schizophrene mit Anhedonie **weniger Aktiv** sind und **weniger in genussvolle und positive Aktivitäten involvieret** sind.



- => Betroffene erfahren ein **Defizit im Antizipieren** von Vergnügen => Sie machen nichts, was sie theoretisch vergnügend könnte.
- => Betroffene «würdigen» Erlebtes, Zukünftiges und Aktuelles in geringerem Ausmass.
- => Positive Gefühle können nicht aufrecht erhalten bleiben.

# POSITIVE EMOTION PROGRAM (PEP)

- = neue Intervention zum Verbessern der Apathie und Anhedonie
- durch Erhöhen der kognitiven Kontrolle über positive Emotionen
- mit eingeschlossen die Antizipation positiver Gefühle/Ereignisse und das Erhalten lernen dieser positiven Emotionen
- Entwickelt für Patienten mit negativ Symptomatik

# STUDIE

JÉRÔME FAVROD ET AL. (2015)

POSITIVE EMOTIONS PROGRAM FOR SCHIZOPHRENIA: A PILOT INTERVENTION TO REDUCE ANHEDONIA AND APATHY

- Form: Pilotstudie
- Pre- und Postvergleiche (Within subject design)
- Teilnehmer: Nach ICD-10 Schizophrenie oder schizoaffektive Störung diagnostiziert
- 8 Gruppensitzungen von je 1 Stunde mit unterschiedlichen Themen und gleichem Aufbau
- Hypothese: Acht Sitzungen mit PEPS (Positive Emotions Program for Schizophrenia) verringern Anhedonie und Apathie.

# PROBANDENBESCHREIBUNG

**Table 1** Participant descriptions: completers vs drop-outs

	Completers <i>n</i> = 31 Mean (S.D.) <i>N</i> (%)	Drop-outs <i>n</i> = 6 Mean (S.D.) <i>N</i> (%)	Statistics test*; p-value
<i>Socio-demographic characteristics</i>			
Sex female/male	12/19	1/5	Fisher's exact test; <i>p</i> = .39
Age	42.97 (S.D. 12.33)	36.00 (S.D. 8.67)	Mann-Whitney <i>U</i> = 63; <i>p</i> = .23
Professional/university education level	9 (29 %)	2 (33 %)	Fisher's exact test; <i>p</i> = 1.00
Home situation: Nursing home	24 (77 %)	5 (83 %)	Fisher's exact test; <i>p</i> = 1.00
<i>ICD-10 diagnosis</i>			
Schizophrenia	27	4	Fisher's exact test; <i>p</i> = .25
Schizoaffective disorders	4	2	
Duration of illness since first hospitalization (years)	19.71 (S.D. 12.69)	15.67 (S.D. 14.35)	Mann-Whitney <i>U</i> = 76; <i>p</i> = .51
<i>Current treatment</i>			
Atypical antipsychotic	24 (80 %)	6 (100 %)	Fisher's exact test; <i>p</i> = .56
Typical antipsychotic	6	–	
No antipsychotic	1	–	
Antidepressant	13	1	Fisher's exact test; <i>p</i> = .38
Antidepressant in fluoxetine equivalents	28.45 (13.97)	44.44	

# INHALT ABFOLGE ALLER 8 SITZUNGEN

- => Konkrete Erfahrung
- => Reflektierender Teil (Austausch mit anderen)
- => Abstrakte Konzeptualisierung/Interpretationen
- => Aktive Übungen (Techniken/Hilfsmittel)

1. 5 Min entspannen (Meditation)
2. Hausaufgabe besprechen
3. Übung (zur Problematik v. Jack/Jill)
4. Neue Hausaufgaben

# 8 VERSCHIEDENEN GRUPPEN- SITZUNGEN

- 1. «negatives/schlechtes Denken» **um modellieren** in positives Denken
- 2. Vergnügte Momente **«abspeichern»** lernen (zum möglichen «Wiedererleben») und zukünftigem Antizipieren
- 3. Hervorheben von **Verhaltens-Expressionen** der Emotionen (Gestik, Mimik, Körper...)=> Embodiment
- 4. ein **maximales Vergnügen** kreieren und den anderen Teilnehmern mitteilen
- 5. Lernen **vergangene vergnügliche Momente** zu geniessen (Revue passieren lassen (können))
- 6. Vergnügliche «Dinge» **antizipieren** lernen können 1
- 7. Vergnügliche «Dinge» **antizipieren** lernen können 2
- 8. überprüfen, repetieren... aller **neuer Skills**

# KONZEPT DER PSYCHOEDUKATION

- Jede Lerneinheit beinhaltet:
  - => **konkrete Erfahrungen**, zu welchem der Teilnehmer verschieden Tasks ausübte.
  - => **Reflektierende Teile**, in welchen der Teilnehmer Beobachtetes zu reflektieren hat, auch seine eigenen Aspekte der Vergangenheit reflektiert und dies **mit anderen austauscht**
  - => **Abstrakte Konzeptualisierungen**, in welchen der Teilnehmer Geschehnisse interpretiert => formulieren, artikulieren
  - => **Aktive Übungen**, in welchen der Teilnehmer neue Techniken/Hilfsmittel aktiv übt



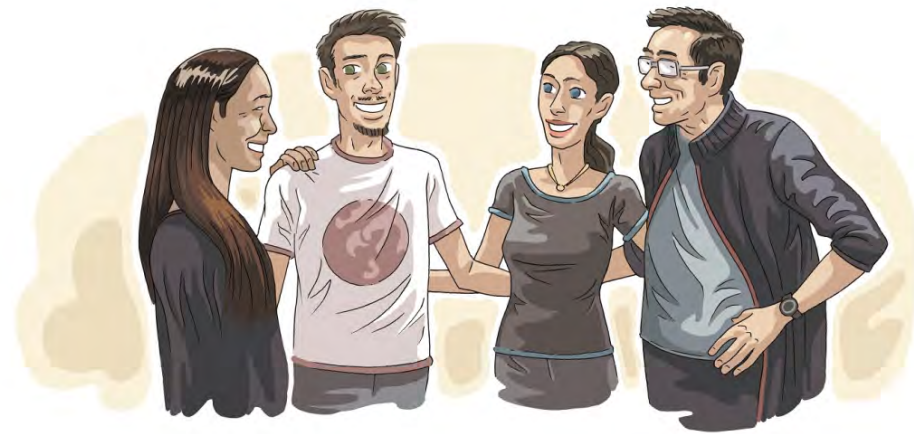
# INTERVENTION (PEPS)

- 8 x einstündige Gruppensitzungen
- Visuelles Material und Audiomaterial (PowerPoint)
- Eine typische PEPS Session beinhaltet:
  1. **5 Min. Entspannung** (Meditationsübung)
  2. **Hausaufgaben besprechen**, die in der letzten Woche aufgegeben wurden
  3. **Übung zu herausfordernden** negativen Gedanken, welche von zwei «Helden-Figuren» (Jill und Jack vom Programm) präsentiert werden.
  4. **Neue Hausaufgabe**

## BEISPIEL ZU PUNKT 3

- Jill: «Ich kann mich nicht entspannen, ich bin so nutzlos und nichts wert.»
  - Teilnehmer: Versuchen diese Überzeugung anzuzweifeln (im Sinne eines sokratischen Dialoges)
  - Im Endeffekt müssen die Teilnehmer andere Ansätze finden und die Figuren des Programms von besseren Denkweisen und positiven Alternativen überzeugen.
- => Lernen das «Schwarzdenken» positiv zu modifizieren.
- => Neue Skills werden gelernt (antizipieren und erhalten/speichern von Positivem)

# JACK AND JILL



# PEPS SESSION EXAMPLE

- <http://www.seretablir.net/outils-interventions/peps/>
  - => Genauer Aufbau
  - => Abfolgen der Sitzungen
  - => Material
  - ... Ein Besuch lohnt sich.
- 
- PEPS – séance 1                      => Zeigen eines Ablaufes.

# RESULTATE/ERKENNTNISSE

- Avolition-Apathy and Anhedonia-Asociality scales
  - **Cohen's d von 0.5 (für Anhedonie)**
  - **Cohen's d von 0.57 (für Apathie) => moderate Verbesserung**
  - **CDSS (Calgary depression scale for schizophrenia) total score Cohen's d von 0.91**
  - SANS score (positive and negative syndrom scale) nicht sig.
- ⇒ Zusätzlich wurden die depressiven von den «nicht» depressiven Schizophrenen unterschieden. Die Depressiven zeigten mehr Verbesserungen in den gefragten Punkten.
- ⇒ **Durch das PEPS Programm kann innerhalb kurzer Zeit die Anhedonie, die Apathie und die Depression signifikant verringert werden.**

# RESULTATE

**Table 2** Pre and post intervention differences

	Pre-test Mean(sd)	Post-test Mean(sd)	t (df); p	Cohen s'd
<i>SANS scale scores</i>				
Affective flattening or blunting	9.74 (7.43)	9.45 (5.93)	t = .24 (30); p = .82	0.04
Alogia	4.58 (2.87)	4.35 (2.22)	t = .59 (30); p = .56	0.08
• Avolition – Apathy*	6.29 (3.82)	4.29 (2.76)	t = 3.84 (30); p = .001	0.57
Anhedonia – Asociality*	11.10 (3.90)	9.26 (3.26)	t = 3.81 (30); p = .001	0.50
Attention	3.42 (2.38)	2.87 (2.73)	t = 1.10 (30); p = .28	0.21
SANS-total score	35.13 (13.70)	30.23 (12.25)	t = 2.48 (30); p = .02	0.38
• CDS total score*	8.39 (4.58)	4.55 (3.72)	t = 4.61 (30); p = .000	0.91
<i>Savoring Belief Inventory total score</i>	4.52 (7.81)	7.81 (8.67)	t = -2.26 (30); p = .03	0.34

\*p < .005, Bonferroni correction for multiple tests (8 comparisons)

# FRAGEN/DISKUSSION

- Wie könnte mit diesen Patienten weitergefahen werden?
- Wie lange wird diese Verbesserung anhalten? (reine Spekulation, wurde nicht gemessen)
- Gibt es Limitationen, welche zu diesem erfreulich guten Resultat geführt haben können?
- Welche Kritikpunkte sind anzubringen?

# POSITIVSYMPTOMATIK

- Halluzinationen
- Wahnvorstellungen
- Denkstörungen
- Ich-Störungen (Störung der Ich-Umwelt-Grenze)
- Sinnestäuschungen
- motorische Unruhe
- etc.



# STUDIE

OSCAR VALLINA FERNANDEZ ET AL. (2014)

PERSON-BASED CONTEXTUAL THERAPY APPLIED TO A COMPLEX CASE OF SCHIZOPHRENIA

- Einzelfallstudie: Klientin mit paranoider Schizophrenie, Positivsymptomatik
- Behandlung mit einer Form von kognitiver Therapie

## **PBCT (PERSON-BASED COGNITIVE THERAPY FOR DISTRESSING PSYCHOSIS), CHADWICK 2006**

- Beinhaltet vier Dimensionen:
  1. Die Bedeutung der psychotischen Erfahrungen im biografischen Kontext
  2. Akzeptanz und Achtsamkeit als Alternative zur Bekämpfung der Symptomatik
  3. Entwicklung von positiven Schemata über die dynamische Natur des Selbst
  4. Das Selbst als Basis für ein Meta-kognitives Verständnis der komplexen, widersprüchlichen, aber veränderbaren Natur von sich selber

# STUDIE

OSCAR VALLINA FERNANDEZ ET AL. (2014)

PERSON-BASED CONTEXTUAL THERAPY APPLIED TO A COMPLEX CASE OF SCHIZOPHRENIA

- Positive Befunde der PBCT bezüglich
  - Reduktion von wahnhaften Ideen und den damit verbundenen Ängsten und Depressionen
  - Abnahme des Distress im Zusammenhang mit den Stimmen
  - Zunahme bezüglich dem Vertrauen, mit den Stimmen leben zu können
- **ACT (Acceptance and Commitment Therapy), Gaudiano & Herbert, 2006:**
  - Akzeptanz und Achtsamkeit lernen
  - Aktives Handeln

# FALLVORSTELLUNG

- 41-jährige Frau, geschieden, lebt zusammen mit arbeitslosem Sohn
- Mit 14 Jahren brutal vergewaltigt, Familie reagiert kühl und distanziert
- Stimmen hören am Tag nach der Rückkehr aus der Klinik
- Verlassen des Elternhauses; Rückkehr mit 17 Jahren, als Vater erkrankt und kurz darauf stirbt

# FALLVORSTELLUNG

- Wahnvorstellung, dass sie durch ihre bösen Gedanken ihren Vater umgebracht hat; wiederholt Träume von ihrem Vater und anderen verstorbenen Personen, die ihr Hirn mit einem Mikrochip manipulieren
- Schwangerschaft mit 21 Jahren, Verlust des Jobs und Verweigerung der Medikamenteneinnahme → erneut psychotische Episode, Flucht in eine Hütte auf dem Land
- Mit 33 Jahren Beginn einer neuen Beziehung, die geprägt ist von physischem und sexuellem Missbrauch → erneut psychotische Episoden
- Beginn einer psychischen Behandlung mit 41 Jahren; zu diesem Zeitpunkt nur Kontakt zum Sohn, zu einer Schwester und dem Psychotherapeuten

# FALLVORSTELLUNG

- Diagnose: paranoide Schizophrenie



- Symptomatik:
  - Überzeugung, dass andere Leute wissen, was sie denkt
  - Wahnvorstellungen
  - auditorische, olfaktorische und Leibhalluzinationen
  - hohes Ausmass von Distress und Sorgen, welche sie absorbieren und eine normales Alltagsleben unmöglich machen

# THERAPIE

- 53 Stunden während 2 Jahren, anfangs wöchentlich und später vierzehntäglich bzw. monatlich
- Therapie erfolgt in 6 Phasen:
- **1. Aufbau der therapeutischen Beziehung:**  
Empathische Beziehung; Person mit ihren Erfahrungen akzeptieren
- **2. Beurteilung und Konzeptualisierung des Falles:**  
Herstellen eines Zusammenhangs zwischen traumatischen Lebensereignissen, psychotischen Erfahrungen, negativen persönlichen Schemata und eigenen Erklärungsmodellen (Wahnideen).  
Festlegen der therapeutischen Ziele

# THERAPIE

- **3. Beziehung zu den psychotischen Erfahrungen verändern:**
  - Psychotische Erfahrungen akzeptieren, ohne sich von ihnen tyrannisiert zu fühlen. Klientin soll Gefühle bewusst wahrnehmen und sie laut äussern → Gefühle verlieren so ihre Intensität
  - Erfahrungen evtl. sehr intensiv → braucht gute Begleitung und evtl. Entspannungsübungen
- **4. Beschäftigung mit der Bedeutung der Symptome:**
  - Meta-Kognitive Interventionen zum Zusammenhang zwischen Emotion und Kognition → sokratischer Dialog
  - Finden alternativer Erklärungen (statt Wahnideen)
  - Schaffen kohärenter Erzählungen
  - Verhaltensexperimente
  - etc.



# THERAPIE

- **5. Arbeit mit den Schemata über das Selbst:**
  - Fokus auf kognitiv-affektiven Erfahrungen des Selbst → negative Schemata über das Selbst reduzieren und positive stärken
  - Beispiel Intervention: Technik mit den zwei Stühlen
- **6. Schaffung von neuen Referenzpunkten und Arbeit an der Rückfallprävention:**
  - Erklären der Funktionsweise einer normalen im Gegensatz zu einer kranken Psyche
  - Einüben bestimmter Verhaltensweisen im Alltag

# ERGEBNISSE

- **Verbesserung bezüglich:**
  - Überzeugung bezüglich Durchlässigkeit des Hirns
  - Wahnvorstellung von Manipulation des Hirns mit einem Mikrochip

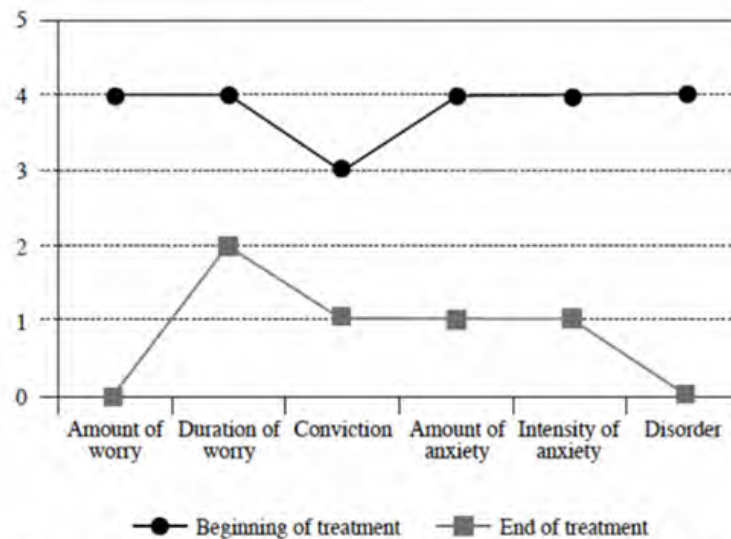
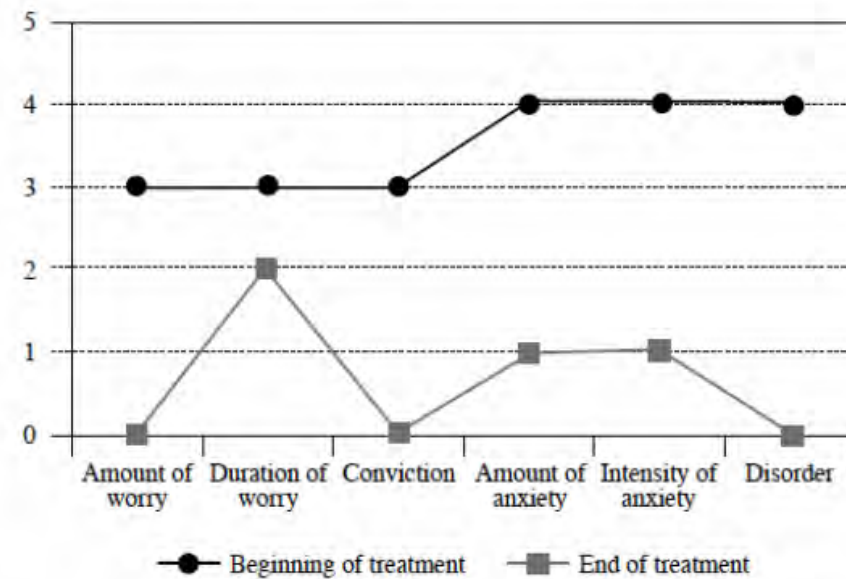


Figure 2. PSYRATS: Evolution of the delusional idea of brain manipulation

# ERGEBNISSE

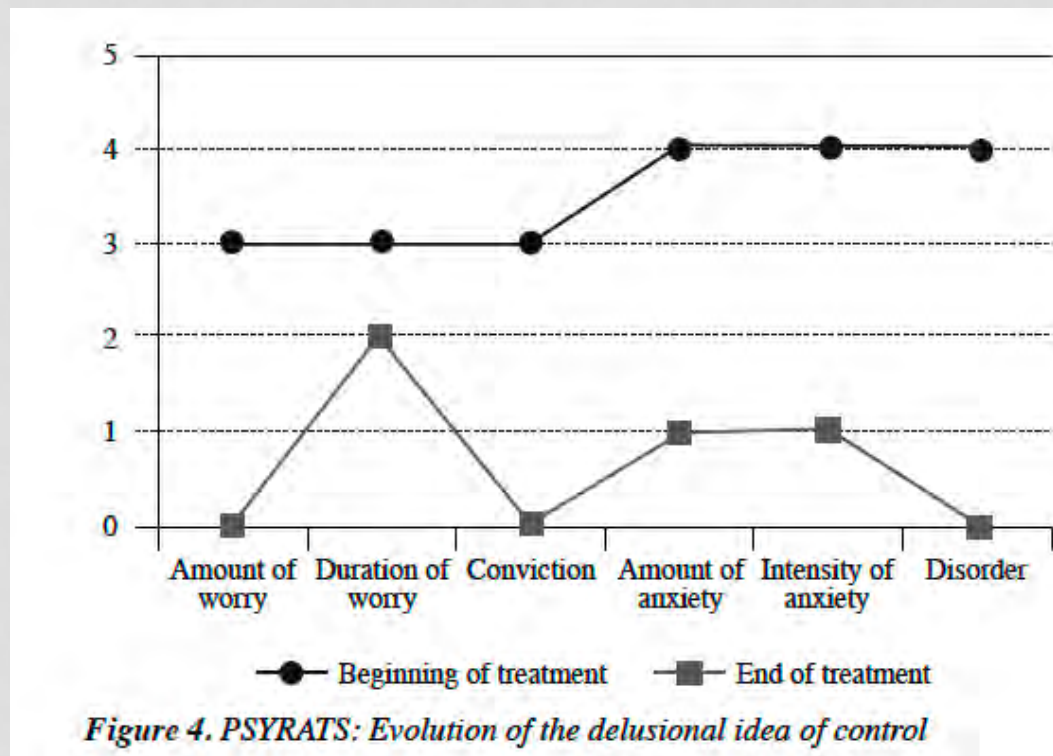
- Bewertung ihres magischen Denkens (bezüglich dem Tod ihres Vaters aufgrund ihrer Gedanken)

Figure 3. PSYRATS: Evolution of the delusions of reference

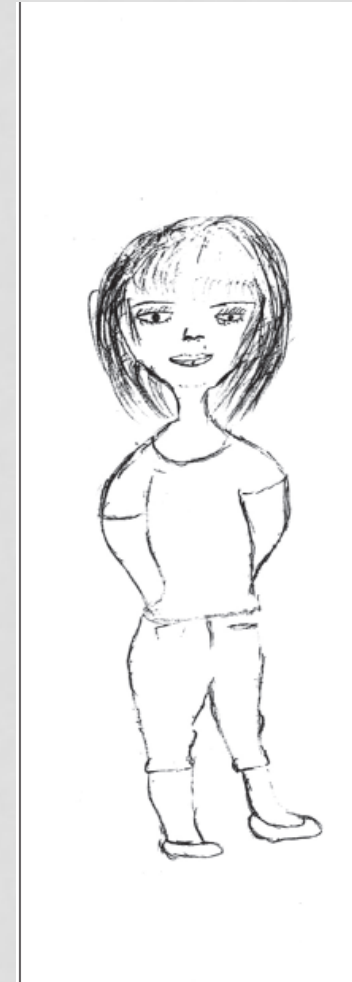
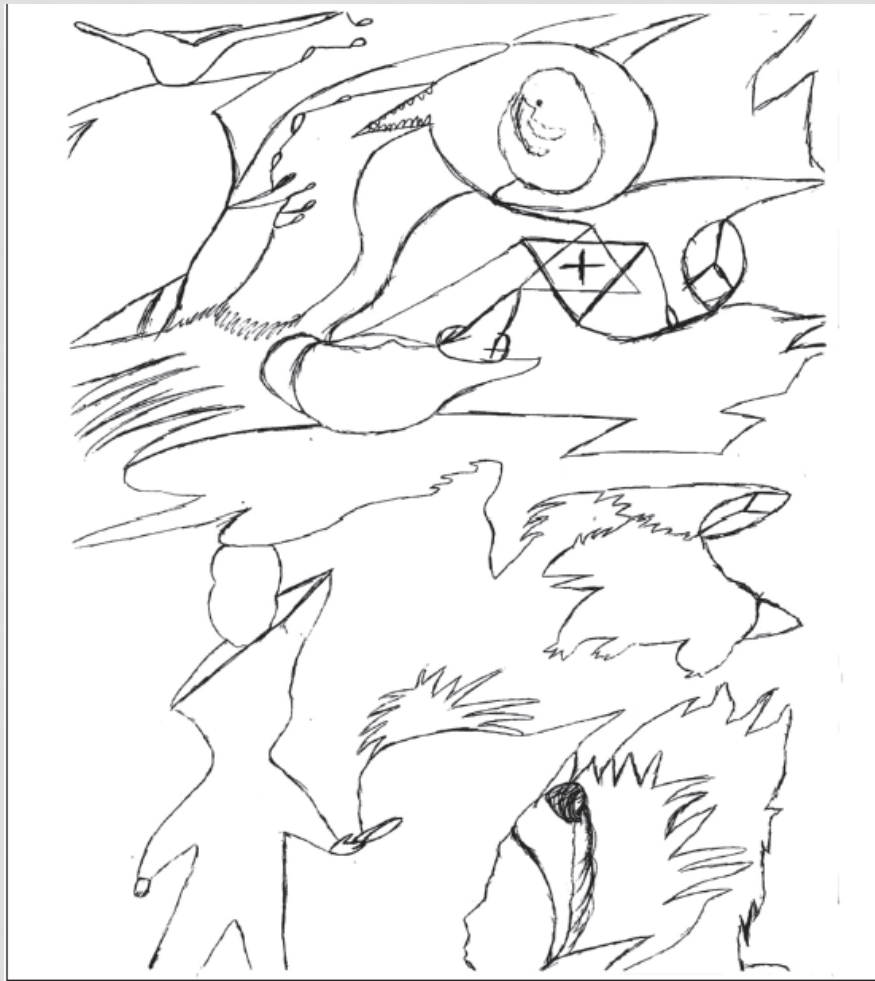


# ERGEBNISSE

- Selbstschema → siehe Selbstportrait  
- Selbst-Andere Bewertung



# SELBSTPORTRAIT



# FRAGEN

1. Welche Elemente der PBCT machen diese Therapiemethode erfolgreich?
2. Welche unspezifischen Wirkfaktoren sind bei der PBCT sicher auch von grosser Bedeutung?

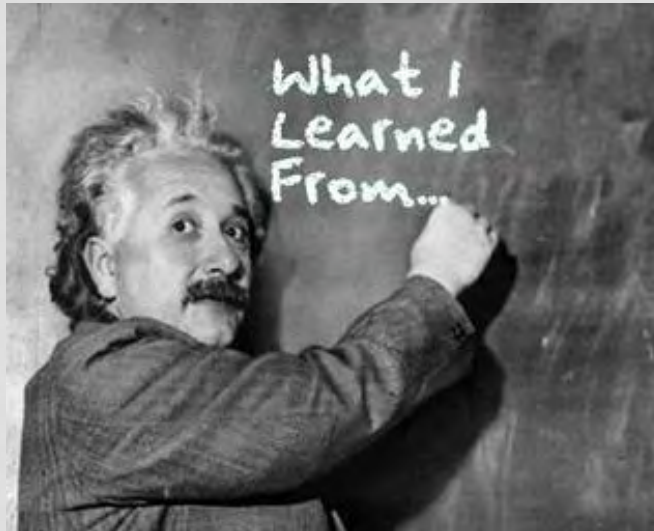
# ANTWORTEN

1. - Umfassende Erarbeitung des «Falles»  
(Fallgeschichte)
  - Kontinuierliche Beurteilung des Therapieverlaufs und des Patienten und die entsprechende Anpassung des Therapieplans
  - Hausaufgaben (Verbindung zwischen realer Welt und Therapiestunde)
  - Herausarbeitung alternativer Perspektiven
  - Erklären der Symptome durch den Therapeuten
  - Ein Manual, an das sich der Therapeut halten kann

# ANTWORTEN

2. - Motivation der Klientin/des Klienten
- Therapiebeziehung
- Aufbau von Selbstwirksamkeitserwartungen
- Hoffnungsinduktion
- Neue Selbstnarration (Patient entwickelt neues Selbst-Verständnis)
- Einüben neuer Verhaltensweisen
- Umgang mit Emotionen verändern
- ...





- Dass nur Medikamente Schizophrenen helfen können, ist definitiv veraltet.
- Es existiert noch wenig Forschung zur Psychotherapie v. Schizophrenie mit negativer Symptomatik. (Die Problematik scheint da viel grösser.)
- Aber auch bei dieser hilft Psychotherapie, die Symptomatik über die medikamentöse Therapie hinaus zu lindern. (Beispiel PEPS Programm)
- Die Behandlung der Positivsymptomatik ist im Vergleich zur Negativsymptomatik einfacher und es gibt mehr Forschung dazu.
- Bei der Behandlung der Positivsymptomatik ist die KVT hilfreich.



Noch  
Fragen?

# LITERATURVERZEICHNIS

- Fernandez, O.V., Alvarez, M.P., Iglesias, P.F., Balbuena, C.S., Garcelan, S.P., & Montes, J.M.G. (2014). Person-based contextual therapy applied to a complex case of schizophrenia. *Psicothema*, 26, 299-307. doi: 10.7334/psicothema2013.247
- Hasson-Ohayon, I. (2012). Integrating cognitive behavioral-based therapy with an intersubjective approach: addressing metacognitive deficits among people with schizophrenia. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22, 356-374. doi: 10.1037/a0029576
- Lincoln, M., & Rief, W. (2007). Kognitive Verhaltenstherapie von Wahn und Halluzinationen. Eine kritische Bewertung der Übereinstimmung von Grundlagenbefunden und Interventionen. *Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36, 164-175.
- Monks, S.. Neurologen und Psychiater im Netz. Das Informationsportal zur psychischen Gesundheit und Nervenerkrankungen. *Schizophrenie-Therapie*. Gefunden unter <http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org>
- <http://www.seretablir.net/outils-interventions/peps/>