

**Leistungsnachweis im Kurs:
Menschen mit einer psychotischen Erkrankung – Störungsbild
und Intervention**

Ein Überblick zum Training Emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Störungen

Herbstsemester 2022

Verfasserin: Selina Gredig

Immatrikulationsnummer: 17-210-550

Kontakt: selina.gredig@unifr.ch

Abgabedatum: 18.10.2022

Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wird auf das Training Emotionaler Intelligenz (TEI) bei schizophrenen Störungen eingegangen. Schizophrene Störungen gehören zu den psychotischen Störungen und können sowohl Positivsymptome (unter anderem Gedankenlautwerden, Wahn, Halluzinationen) wie auch Negativsymptome (zum Beispiel Sozialer Rückzug oder verflachter Affekt) aufweisen. Diverse Untersuchungen lassen darauf schliessen, dass Menschen mit einer schizophrenen Störung häufig niedrigere Werte der Emotionalen Intelligenz berichten. Beim TEI soll während 12 Gruppensitzungen vor allem die emotionale Selbst- und Fremdwahrnehmung, das Schlussfolgern in emotional aufgeladenen Situationen, der Umgang mit Belastungsemotionen und die Förderung positiver Gedanken verbessert werden. Studien zeigen eine positive Wirkung des Trainings auf die Symptomatik der Schizophrenie. Das TEI unterscheidet sich von anderen Therapieansätze dadurch, dass neben der Bewältigung negativer Gefühle auch auf positive Gefühle eingegangen wird und damit vor allem eine positive Wirkung auf die Negativsymptome erhofft wird. Das TEI ist vielversprechend. Um jedoch valide Aussagen zur Wirksamkeit vorzunehmen, sind weitere Untersuchungen notwendig.

Inhaltsverzeichnis

1. Schizophrene Störung	1
2. Emotionale Intelligenz bei schizophrenen Störungen	1
3. Training Emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Störungen, nach dem Therapiemanual von Vauth und Stieglitz (2008)	2
4. Evaluierung des Trainings Emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Störungen	3
5. Diskussion	6
6. Literaturverzeichnis	8

1. Schizophrene Störung

Die schizophrenen Störungen gehören zu den psychotischen Störungen und sind nach DSM-5 durch kognitive, verhaltensbezogene und emotionale Beeinträchtigungen gekennzeichnet. Bei einer schizophrenen Störung können sowohl Positiv- wie auch Negativsymptome auftreten. Als Positivsymptome werden Symptome beschrieben, welche durch das Störungsbild zum normalen Erleben einer Person hinzukommt, wie zum Beispiel Halluzinationen. Negativsymptome hingegen sind Symptome welche eine Verminderung des normalen Erlebens beschreiben, wie beispielsweise sozialer Rückzug. Während Positivsymptome eher bei einer Akutphase im Vordergrund stehen, spielt die Negativsymptomatik besonders in der postakuten Phase eine wichtige Rolle (Pillny & Lincoln, 2021).

Nach ICD-10 müssen zur Diagnose Schizophrenie bei Betroffenen über einen Zeitraum von mindestens einem Monat mindestens eines folgender Symptome auftreten: Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung, Gedankenentzug oder Gedankenausbreitung; Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Wahnwahrnehmungen; Kommentierende oder dialogische Stimmen; Anhaltender kulturell unangemessener, bizarrer Wahn. Oder mindestens mindestens zwei der Zusatzkriterien: Anhaltende Halluzinationen; Gedankenabreißen oder Einschiebungen in den Gedankenfluss, Katatone Symptome oder Negativsymptome (z.B. verflachte oder inadäquate Affekte).

Zur Behandlung wird die Pharmakotherapie, Psychotherapie und das psychosoziales Training eingesetzt. Dabei liegt der Schwerpunkt der Behandlung meist auf der Reduktion der Positivsymptomatik und der Rückfallprophylaxe. Die Kombination von antipsychotischen Medikamenten und kognitiver Verhaltenstherapie scheint besonders wirksam zu sein. Durch die Psychotherapie kann unter anderem die mangelnde Compliance der Patienten, welche häufig ein Problem bei der Medikamentösen Behandlung der Schizophrenie darstellt, gesteigert werden. Weitere Ziele der Psychotherapie und des psychosozialen Trainings sind die Psychoedukation, das Kommunikationstraining und eine Verbesserung der Problemlösefertigkeiten (Lammer et al., 2018).

2. Emotionale Intelligenz bei schizophrenen Störungen

Das Konzept der Emotionalen Intelligenz ist auf Mayer und Salovey zurückzuführen und umfasst die Fähigkeit Emotionen wahrzunehmen (Perceiving Emotion), Emotionen zu beschreiben, zu vergleichen und Zusammenhänge abzuleiten (Assimilating Emotions), Emotionen zu

verstehen (Understanding Emotions) und mit Emotionen umzugehen (Managing Emotions) (Mayer et al., 1999).

Diverse Studien die im Review von Martins et al. (2019) diskutiert werden, geben Hinweise dafür, dass Personen mit einer schizophrenen Störung verglichen mit einer gesunden Population eine niedrigere emotionale Intelligenz aufweisen (gemessen durch die Multifactor Emotional Intelligence Scale (MSCEIT)). Dabei konnten besonders niedrige Werte in den Bereichen Emotionsmanagement, Verstehen von Emotionen und Emotionserkennung beobachtet werden. Aufgrund solcher Erkenntnisse wurden bislang diverse Therapien/Trainings zur Steigerung der Emotionalen Intelligenz bei Menschen mit einer schizophrenen Störung entwickelt, unter anderem auch das im nächsten Kapitel beschriebene Training Emotionaler Intelligenz (TEI) nach dem Therapiemanual von Vauth und Stieglitz (2008).

3. Training Emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Störungen, nach dem Therapiemanual von Vauth und Stieglitz (2008)

Ziel des TEI für schizophrene Störungen ist vor allem eine Besserung der Verlaufsprognose durch die Verbesserung folgender Kompetenzen: emotionale Selbst- und Fremdwahrnehmung, Schlussfolgern in emotional aufgeladenen Situationen, Umgang mit Belastungsemotionen und Förderung positiver Gedanken.

Das Training ist als Gruppentherapie (6-8 Personen) konzeptualisiert, wobei 12 Sitzungen à 90 Minuten über einen Zeitraum von 6 Wochen vorgesehen sind. Während dem Training werden vier Themenblöcke besprochen: Depressivität (Sitzung 1-3), Positive Gefühle (Sitzung 4-6), Angst (Sitzung 7-9) und Interesse (Sitzung 10-12). Dabei wird in allen Sitzungen jeweils auf folgende Funktionsbereiche eingegangen.

- Emotionswahrnehmung (emotional perception): Bei diesem Bereich soll die Wahrnehmung eigener und fremder Emotionen, deren Bewertung und Ausdruck trainiert werden. Dazu werden Diskriminationsaufgaben genutzt, wobei die Patienten lernen sollen verschiedene Emotionen zu unterscheiden und emotionalen Situationen adäquat zuzuordnen (Bsp.: Zuordnung von Fotos mit Emotionsausdruck aber auch Farben oder Geräusche (Stimulusmaterial) zu passenden verbal vorgegebenen Situationsbeschreibungen). Ausserdem soll unter diesem Funktionsbereich auch emotionale Perspektivenübernahme (Empathie) verbessert werden, dazu können unter anderem Spiegelübungen genutzt werden.

- **Emotionales Verständnis (emotional understanding):** Übungen dazu sollen zu einem besseren Verständnis von affektiv aufgeladenen Situationen führen und emotionale Schlussfolgerungsprozesse verbessern. Verhaltensanalysen im Alltag wie auch in Rollenspielen können dazu hilfreich sein (z.B. Erörterung innerer und äusserer Auslöser für bestimmte Emotion). Dieser Funktionsbereich kann während der Sitzungen auch mit den oben beschriebenen Übungen zur Emotionswahrnehmung verknüpft werden. Z.B. kann das Stimulusmaterial mit dem eigenen Emotionserleben verglichen und dazu genutzt werden das eigene Befinden auszudrücken.
- **Emotionsmanagement (emotional management):** In diesem Funktionsbereich geht es um den Umgang mit den eigenen Emotionen insbesondere um die Emotionsregulation. Inhaltlich werden in diesem Funktionsbereich folgende Themen angesprochen: Psychoedukation zur Steigerung der Änderungsmotivation und Rückfallprofilaxe, beispielsweise durch das Besprechen vom Teufelskreismodell, Vulnerabilität-Stress-Konzept und Verhaltensanalysen, sowie Förderung positiver Gefühle beispielsweise durch das Planen positiver Aktivitäten und Einsätzen von Verstärkern. Dabei liegt der Schwerpunkt auf dem Erarbeiten individueller Bewältigungsstrategien, Strategien motivationaler Selbststeuerung und der Freizeitgestaltung.

Die beschriebenen Funktionsbereiche können nicht immer voneinander abgegrenzt werden. Grundsätzlich wird im ersten Teil der Sitzung auf die Emotionswahrnehmung und das emotionale Verständnis eingegangen, während das Emotionsmanagement Gegenstand des zweiten Sitzungsteils ist. Ein wichtiger Bestandteil des Trainings sind auch die Zwischensitzungsübungen, wodurch das Gelernte vertieft und die Umsetzung im Alltag geübt werden kann. Der Ablauf der Sitzungen bleibt über den gesamten Verlauf gleich, um den Patienten Sicherheit zu bieten. Vor allem für Patienten mit kognitiven Beeinträchtigungen und starkem sozialem Rückzug ist die klare Struktur von Bedeutung.

4. Evaluierung des Trainings Emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Störungen

Die Kurzzeit- wie auch Langzeitwirkung des TEI wurde in einer Studie von Vauth et al. (2001) untersucht. Dabei wurde das TEI mit einem Integrierten Psychologischen Therapieprogramm (IPT) verglichen. Die Autoren erwarteten durch das TEI eine stärkere Verbesserung der Affektcodierung, emotionalen Rollenübernahmefähigkeit und Regulation negativer Affekte im

Vergleich zum IPT. Bei dem IPT wurde eine stärkere Verbesserung betreffend sozialer Unsicherheit und Problemlösefähigkeit erwartet, während bei beiden Therapieansätzen eine Reduktion der psychopathologischen Gesamtgestörtheit und Negativsymptomatik erwartet wurde.

Bei der Untersuchung handelte es sich um eine kontrolliert randomisierte Studie, mit drei Messzeitpunkten (1. Messzeitpunkt 3-5 Tage vor dem Training, 2. Messzeitpunkt 3-5 Tage nach dem Training, 3. Messzeitpunkt Katamnese 12 Monate nach dem Training). Mögliche Fortschritte in den Bereichen «soziale Unsicherheit», «Problemlösefähigkeit», «Bewältigung negativer Emotionen» und «Rollenübernahmefähigkeit» wurden durch Selbstbeurteilungsbogen erhoben. Der «Pictures of Facial Affect-Test» wurde zur objektiven Messung der Affektdecodierungsfähigkeit genutzt. «Generelle psychopathologische Gestörtheit» und «Negativsymptomatik» wurden fremdbeurteilt, wobei mit einer intraclass correlation von .82 bzw. .78 eine gute Beurteilungsübereinstimmung vorlag. An der Studie nahmen 57 Patienten der Postakutstation mit einer nach DSM-IV diagnostizierten schizophrenen Störung teil, wobei 16 Patienten die Behandlung vorzeitig abbrachen und weitere 13 Patienten sich nicht nachuntersuchen liessen. Die Patienten wurden randomisiert der Gruppe TEI oder IPT zugeteilt. Beide Interventionen dauerten 8 Wochen und bestanden aus 16 zweistündigen Gruppensitzungen (2 Sitzungen pro Woche). Die Gruppen bestanden jeweils aus 6-8 Patienten. Die Inhalte der Gruppensitzungen des IPTs folgten dem dazugehörigen Manual, während das TEI aus folgenden Themenblöcken bestand: Depressive Symptome, Ängste, Ärger, Überraschung, Schamgefühle, Schuldgefühle, Freude (Aufbau positiver Alltagsaktivitäten) und Interesse (Aufbau aktiver Freizeitaktivitäten). Jedem Themenblock wurden zwei Sitzungen zugeschrieben. Dabei wurde in der ersten Sitzung jeweils auf die Verbesserung des emotionalen Verständnisses und der Emotionswahrnehmung der im Themenblock zentralen Zieleemotion eingegangen und in der zweiten Sitzung auf die Verbesserung des Emotionsmanagement. Siehe dazu eine ausführlichere Beschreibung oben in Kapitel 3: TEI bei schizophrenen Störungen, nach dem Therapiemanual von Vauth und Stieglitz (2008).

Die Ergebnisse zeigen bei der Messung direkt nach dem Training eine signifikante Verbesserung der psychopathologischen Gesamtgestörtheit ($F(1, 34) = 8.2, p = .007$) der Gruppe IPT ($M = -11, SD = 4.1$) sowie TEI ($M = -1.5, SD = 3.8$), der Negativsymptomatik ($F(1, 34) = 12.9, p = .001$) der Gruppe IPT ($M = -4.4, SD = 1.9$) und TEI ($M = -2.2, SD = 1.7$) sowie der Problemlösefähigkeit ($F(1, 34) = 117.1, p = .000$) für die Gruppe IPT ($M = -18.1, SD = 2.6$) und TEI ($M = -15.6, SD = 2.3$). In diesen Bereichen war auch während der Katamnese eine weitere signifikante Verbesserung beobachtbar. Ebenfalls eine Verbesserungen wurden während der Katamnese in den Bereichen Bewältigung negativer Emotionen ($F(1, 28) = 542.1, p = .000$) für

die Gruppe IPT ($M = 163$, $SD = 7$) und TEI ($M = 154$, $SD = 6.5$) gemessen. In den Bereichen Soziale Unsicherheit und Emotionale Rollenübernahmefähigkeit wurde hingegen in beiden Gruppen während der Katamnese eine signifikante Verschlechterung berichtet. Gruppenunterschiede waren nur im Bereich der psychopathologischen Gesamtgestörtheit zu beobachten. Während der Behandlung zeigte die Gruppe IPT eine stärkere Reduktion der psychopathologischen Gesamtgestörtheit ($F(1, 35) = 4.2$, $p = .05$). Die Mittelwerte der Gruppe IPT lagen bei $M = 34.4$, $SD = 2.8$ während für die Gruppe TEI Mittelwerte von $M = 47.3$, $SD = 2.5$ berichtet wurden. Anders verhält es sich während der Katamnese, bei der die Gruppe TEI signifikant besser abschnitt als die Gruppe IPT ($F(1, 28) = 4.5$, $p = 0.4$). Dabei lag der Mittelwert der Gruppe TEI mit $M = 30.5$, $SD = 2.9$ auch unter dem Mittelwert der berichteten Verbesserung der Gruppe IPT während der Behandlung ($M = 39.4$, $SD = 2.8$). Zu den Gruppenunterschieden hinsichtlich der Negativsymptomatik ist ein statistischer Trend während der Katamnese zu Gunsten der TEI Gruppe beobachtbar.

Die Studie zeigt, dass die Wirkung der TEI bei Patienten mit einer Schizophrenie mit der bereits als wirksam geltenden IPT vergleichbar ist. Die erwarteten Unterschiede zwischen den Interventionen konnten nicht gezeigt werden. Dies führen die Autoren auf die kleinen Stichproben zurück, welche fehleranfälliger sind tatsächliche Unterschiede statistisch nicht feststellen zu können. Weiter sollte berücksichtigt werden, dass es sich bei den Messinstrumenten um Selbstbeurteilungen handelte. Diese gelten im allgemeinen als verzerrungsanfällig, besonders wenn die Patienten eine geringe Änderungssensitivität aufweisen, worauf in der vorliegenden Untersuchung die teilweise hohen Retest-Reliabilitäten hinweisen könnten. Ausserdem wäre es möglich, dass die Patienten während den Interventionen trotz unterschiedlichen Inhalten dieselben Fähigkeiten trainieren und somit keine Gruppenunterschiede ersichtlich werden.

Für das Vorziehen des TEI gegenüber dem IPT spricht die stärkere Verbesserung der psychopathologischen Gesamtgestörtheit während der Katamnese. Die Autoren machen zudem darauf aufmerksam, dass das TEI während der Behandlung Verbesserungswerte der psychopathologischen Gesamtgestörtheit aufweist. Sie schlussfolgern daraus, dass das TEI möglicherweise bei stabileren Patienten effizienter ist als bei Patienten nach der Akutphase welche als eher instabil gelten.

Die Studie weist einen klaren Aufbau und valide Messmethoden auf. Bemängeln könnte man neben den Kritikpunkten der Autoren, die hohe Dropout Rate. Da bei schizophrenen Störungen Patienten häufig eine mangelnde Compliance aufweisen, stellt die Anzahl Dropouts wahrscheinlich jedoch den Klinikalltag realitätsnah dar. Trotzdem wäre es interessant gewesen, die Gründe zum Abbruch der Studienteilnahme zu erheben, um die Interventionen eventuell

anzupassen. Für zukünftige Studien sollte auch ein Vergleich mit einer Placebogruppe oder Wartelistengruppe in Betracht gezogen werden, da dadurch Effekte der Spontanremission kontrolliert werden könnten. Bei zukünftigen Untersuchungen sollte ausserdem in Erwägung gezogen werden, objektive Messinstrumente zu nutzen, wie beispielsweise Übungen. Auch Mayer et al. (1999) sprechen die Problematik an, dass Emotionale Intelligenz häufig durch Selbstbeurteilungsfragebögen gemessen wird, wobei eine Messung durch diverse Aufgaben möglich wäre. Ebenfalls kritisch hinterfragen könnte man den Einfluss der persönlichen Haltung der Studienautoren, da das TEI-Konzept unter anderem von R. Vauth stammt.

Die Wirkung des TEI wird neben der Untersuchung von Vauth et al. (2001), auch durch andere Studien unterstützt. Hodel et al. (1998) untersuchte die Wirkung eines Emotionsmanagements Trainings (EMT), welches Parallelen zum TEI aufweist, bei Patienten nach einer ersten psychotischen Episode. In der Gruppe EMT konnten signifikante Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten, sowie eine reduzierte Rückfallquoten und langfristig bessere soziale Integration beobachtet werden, im Vergleich zur Kontrollgruppe, welche nur medikamentös behandelt wurde. Auch Sachs et al. (2012) untersuchten mit der Wirkung eines Affekterkennung Trainings bei Patienten mit einer Schizophrenie einen Teilaspekt des TEI. Das Training zeigte Verbesserungen in der Erkennung emotionaler Gesichtsausdrücke, eine Verbesserung der Lebensqualität, sowie teilweise eine Reduktion von Negativsymptomen. Diese Befunde unterstützen die Führsprache eines positiven Effekts durch das TEI.

5. Diskussion

Das TEI scheint wirksam zu sein und den Störungsverlauf positiv zu beeinflussen. Ein Mehrwert bietet das TEI durch das Aufgreifen positiver Gefühlszustände, während bisherige Ansätze ausschliesslich die Bewältigung negativer Gefühlszustände zum Ziel hatten (Vauth et al., 2001). Durch den Fokus auf positive Gefühle, wie auch die Auseinandersetzung mit eigenen Interessen, beispielsweise durch den Aufbau von Freizeitaktivitäten in Sitzung 10, ist anzunehmen, dass vor allem auch die Negativsymptomatik reduziert werden kann. Die Reduktion der Negativsymptome konnte auch in der Studie von Vauth et al. (2001) gezeigt werden und spricht für das TEI. Bei anderen Therapieansätzen liegt der Fokus in erster Linie auf der Positivsymptomatik. Um jedoch eine klare Aussage zur Effizienz des Trainingsprogramms vornehmen zu können, sind weitere Wirksamkeitsstudien notwendig. Dies unter anderem auch, da das Therapiemanual zum in der Wirksamkeitsstudie von Vauth et al. (2001) verwendeten Trainingsplan abweicht. Auch könnten weitere Untersuchungen Aufschluss darüber geben, ob sich das TEI in

dessen Wirkung von anderen Trainingsansätzen tatsächlich unterscheidet, oder über unterschiedliche Inhalte, dieselben Kompetenzen trainiert werden. Erst die Klärung solcher Fragen, kann einen deutlichen Mehrwert des TEI versprechen. Ein weiterer Punkt den es anzusprechen gilt betrifft die Compliance der Patienten. In Anbetracht der vielen Dropouts in der Wirkungsstudie, stellt sich die Frage ob dies auf das Trainingsformat zurückzuführen ist. Wenn dies der Fall wäre, sollte untersucht werden, wie das Format an die Bedürfnisse der Patienten weiter angepasst werden kann.

Insgesamt halte ich das TEI für ein gutes Therapiekonzept, mit guter theoretischer Grundlage. Es sollte jedoch primär in Kombination zu anderen Therapien (Psychopharmaka, Kognitive Verhaltenstherapie usw.) eingesetzt werden und in erster Linie bei Patienten, die bereits wieder stabiler sind, sprich in der postakuten Phase.

6. Literaturverzeichnis

- Hodel, B., Brenner, H. D., Merlo, M. C. G., & Teuber, J. F. (1998). Emotional management therapy in early psychosis. *The British Journal of Psychiatry*, *172*(S33), 128–133.
<https://doi.org/10.1192/S000712500029778X>
- Lammer, E., Klingelhöfer, D., Bendels, M. H., Ohlendorf, D., Groneberg, D. A., & Spallek, M. M. (2018). Schizophrenie: Überblick zu einer der schwerstwiegenden psychiatrischen Erkrankungen. *Zentralblatt für Arbeitsmedizin, Arbeitsschutz und Ergonomie*, *68*(3), 177–186.
<https://doi.org/10.1007/s40664-018-0274-9>
- Martins, F. de M. P., Leite, K. P., Trevizol, A. P., Noto, J. R. de S., & Brietzke, E. (2019). Emotional intelligence and schizophrenia spectrum disorders: A critical review. *Trends in Psychiatry and Psychotherapy*, *41*, 94–102. <https://doi.org/10.1590/2237-6089-2018-0001>
- Mayer, J. D., Caruso, D. R., & Salovey, P. (1999). Emotional intelligence meets traditional standards for an intelligence. *Intelligence*, *27*(4), 267–298. [https://doi.org/10.1016/S0160-2896\(99\)00016-1](https://doi.org/10.1016/S0160-2896(99)00016-1)
- Pillny, M., & Lincoln, T. M. (2021). Schizophrenie. In M. Linden & M. Hautzinger, *Verhaltenstherapiemanual – Erwachsene* (9. Aufl. 2022 Edition, pp. 565–573). Springer.
- Sachs, G., Winklbaur, B., Jagsch, R., Lasser, I., Kryspin-Exner, I., Frommann, N., & Wölwer, W. (2012). Training of affect recognition (TAR) in schizophrenia—Impact on functional outcome. *Schizophrenia Research*, *138*(2), 262–267. <https://doi.org/10.1016/j.schres.2012.03.005>
- Vauth, R., Joe, A., Seitz, M., Dreher-Rudolph, M., Olbrich, H., & Stieglitz, R.-D. (2001). Differenzielle Kurz- und Langzeitwirkung eines „Trainings Emotionaler Intelligenz“ und des „Integrierten Psychologischen Therapieprogramms“ für schizophrene Patienten? *Fortschritte der Neurologie · Psychiatrie*, *69*(11), 518–525. <https://doi.org/10.1055/s-2001-18383>
- Vauth, R., & Stieglitz, R.-D. (2008). *Training Emotionaler Intelligenz bei schizophrenen Störungen: Ein Therapiemanual*. Hogrefe.