

Menschen mit einer psychotischen Erkrankung: Grundlagen und Interventionen

Veranstaltung Uni Fribourg HS 2022

Take Home Message 1:
Einführung & Themenvergabe

Daniel Müller, Volker Roder,
Roana Valli (Tutorin)

Was Schizophrenie (Sz) nicht ist!

- **Gespaltene Persönlichkeit:** hat nichts mit dissoziativer oder multipler Persönlichkeitsstörung zu tun! (Altgriechisch: „gespaltene Seele“; Wortgemisch, da in der Antike die Annahme bestand, die Seele liege im Zwerchfell)
- **Kommt extrem selten vor („Ich kenne niemanden mit Sz!“):**
- **Schizophrene sind gewalttätig!**
- **Schizophrenie ist teuer!**
- **Schizophrenie verkürzt Leben!**

Fakten zu Schizophrenie

- **Prävalenz:** Lebenszeitprävalenz von ca. **1%** bedeuten bei der Schweizer Bevölkerung von 6.8 Millionen an >20 Jährigen (80% der gegenwärtig 8.5 Millionen Einwohner) eine erwartete Anzahl von **68'000** schizophren Erkrankten (diese Anzahl reduziert sich bei tiefsten berichteten Lebenszeitprävalenzrate von 0.3% auf immer noch **20'400** Personen); auf die Weltbevölkerung bezogen wird die Schizophrenie als eine der 25 gravierendsten Erkrankungen überhaupt bezeichnet (Vos et al. 2015), so schätzte die WHO 2015 die Anzahl weltweit schizophren Erkrankter auf **>21 Millionen!**
- **Komorbidität:** am höchsten zu **Substanzmittelmissbrauch** (50-80% inkl. Tabak!), aber gegenüber der Normalbevölkerung auch vermehrt mit Zwangs- und Angststörungen, Posttraumatischer Belastungsstörung und Panikattacken, depressiven Symptomen (DSM 5).
- **Reduktion der Lebenserwartung:** um **20% reduziert** (=16 Jahre weniger) (Gäbel & Wölwer; Robert Koch Institut 2010)
- **Suizidalität:** Lebenszeitrisiko für Suizid liegt bei **5-10%**, für Suizidversuche bei **25-50%** (Rössler et al. 2011; Bronisch 2020), was einer 2.6-fachen Erhöhung des Suizidrisikos entspricht bzw. bis zu 40% höher als in der Normalpopulation liegt!

Weitere Fakten zu Schizophrenie

- **Soziales Netz:** Klinikumfeld und Familie (DSM 5), wohnen oft auch als Erwachsene bei den **Eltern** (60-70%), was auch aufgrund des **HEE** bei >60% der Angehörigen zu **erheblichen emotionalen (und finanziellen) Belastungen** wie z.B. Ängste/ Depression und psychosomatische Beschwerden eher bei Müttern sowie Alkoholmissbrauch eher bei Vätern führen kann (Rössler et al. 2011; Borbe et al. 2017; Bäuml & Pitschel-Walz 2020)
- **Vorurteil Gewaltpotential:** Angehörigenorganisationen sprechen oft davon, dass schizophrene Erkrankte mehr Gewalt durch Zwangsmassnahmen erleiden als sie selbst in der Gesellschaft verursachen, sich also nicht von anderen unterscheiden. Untersuchungen zeigen jedoch, dass z.B. eine um das **4,6-fach Erhöhte Verurteilung** wegen Gewaltdelikten bei Schizophrenie besteht (10% bei Sz zu 2.4% bei Normalos), ein grosser, jedoch nicht ausschliesslicher Einfluss geht von komorbider Suchtproblematik aus (Short et al. 2013); das 'Tatortmotiv' („jeder Mörder ist schizophren“) ist somit mindestens zur Hälfte entkräftet!
- **Kosten:** trotz geringer Prävalenzrate entstehen erhebliche Kosten für die Familien, professionellen Behandler und die Gesellschaft: die Kosten werden je nach Land auf bis zu **1,65% des BIP** geschätzt (Chong et al., 2016; Fasseeh et al., 2018), wobei nur 10-20% auf die direkten Kosten (Wohnen, Medikamente, Klinik, Betreuung) fallen, der Rest sind **indirekte Kosten** (Produktivitätsverlust). In der Schweiz ist die Schizophrenie die **teuerste psychische Erkrankung pro Betroffenen** (44'201 Fr./Jahr) vor den affektiven Erkrankungen (7872 Fr./Jahr) und an 3. Stelle aller Kosten einer psychischen Erkrankung. Grosse Kostentreiber sind Rückfälle (Gustavsson et al., 2011).

Was ist Schizophrenie (Sz): Definition

ICD-11: gilt offiziell seit 1.1.2022; Umsetzung dauert mind. 5 Jahre

ICD-10: Diagnostische Kriterien Schizophrenie

Symptomgruppen

- 1. Gedankenlautwerden, -eingung oder -entzug, -ausbreitung**
- 2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Wahnvorstellungen usw.**
- 3. Kommentierende oder dialogische Stimmen usw.**
- 4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder bizarrer Wahn**
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6. Gedankenabreissen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss
7. Katatone Symptome
8. „Negative“ Symptome (nicht durch Depression oder neuroleptische Medikation verursacht)
9. Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens (Ziellosigkeit, Trägheit, sozialer Rückzug usw.)

II. ICD-10: Diagnostische Leitlinien Schizophrenie

- **Mindestens 1 eindeutiges Symptom (2 oder mehr wenn weniger eindeutig) der Gruppen 1-4 oder mindestens 2 Symptome der Gruppen 5-8**
Dauer: mindestens 1 Monat
- *Schizophrenia simplex*: Symptome der Gruppe 9
Dauer: mindestens 1 Jahr
- Retrospektive Identifizierung einer Prodromalphase (z.B. Interesseverlust an der Arbeit, an sozialen Aktivitäten oder Körperhygiene zusammen mit generalisierter Angst, leichter Depression und Selbstversunkenheit)
- Abgrenzung zu
 - *akute schizophrenieforme psychotische Störung* (F23.2) wenn Dauer der Symptome < 1 Monat
 - *schizoaffektive Störung* (F25) wenn schizophrene und affektive Symptome sich gleichzeitig entwickeln
 - schizophrenieähnliche Zustandsbilder bei *Epilepsie / anderen Hirnerkrankungen* (F06.2)
 - schizophrenieähnliche Zustandsbilder durch *Drogen* verursacht (F1x.5)

DSM-5 Schizophrenie: Was ist neu gegenüber DSM-IV ?

2 Veränderungen betreffend der Diagnosekriterien:

- DSM-5: **2 statt nur 1** Kriterium A Symptome (DSM-IV: nur 1 Symptom bei bizarrem Wahn oder vorherrschenden auditiven Halluzinationen (mind. 2 Stimmen)
 - (1) Wahn
 - (2) Halluzinationen
 - (3) desorganisierte Sprechweise
 - (4) grob desorganisiertes oder katatones Verhalten
 - (5) negative Symptome
- **Eliminieren der Subtypen** und ersetzen durch einen dimensionalen Ansatz betreffend dieser Symptome (z.B. Sc mit spezifischer Katatonie mit Ausprägungsgrad entsprechend einer Lickert-Skala in DSM-5 Sektion III, jedoch auch Sc unabhängige, unspezifische Katatonie möglich)

DSM-IV 295.30
DSM-IV 295.10
DSM-IV 295.20
DSM-IV 295.90
DSM-IV 295.60

Paranoider Typus
Desorganisierter Typus
Katatoner Typus
Undifferenzierter Typus
Residualer Typus

→ Schizophrenie mit dimensionaler Symptomausprägung

ICD-11 (Entwurfassung Deutsch): Schizophrenie: 6A20.xx

I. Vergleich ICD-10 und DSM 5: Schizophrenie, schizotype & wahnhafte Störungen (Dilling & Reinhardt 2016)

ICD-10		DSM-5
F20	Schizophrenie	Schizophrenie
F20.0	Paranoide Schizophrenie	
F20.1	Hebephrene Schizophrenie	
F20.2	Katatone Schizophrenie	
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie	
F20.4	Postschizophrene Depression	
F20.5	Schizophrenes Residuum	
F20.8	Schizophrenia Simplex	
F20.9	Nicht näher bezeichnete Schizophrenie	
F21	Schizotype Störung	Schizotype Persönlichkeitsstörung
F22	Anhaltende wahnhafte Störung	Wahnhafte Störung
F22.0	wahnhafte Störung	
F22.8	sonstige anhaltende wahnhafte Störungen	
F22.9	anhaltende wahnhafte Störungen, nicht näher bezeichnet	

II. Vergleich ICD-10 und DSM 5: wahnhaftige Störungen 2

ICD-10

DSM-5

F23	Akute vorübergehende psychotische Störungen	→ Kurze psychotische Störung
F23.0	akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie	Schizophreniforme Störung
F23.1	akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	
F23.2	akute schizophreniforme psychotische Störung	
F23.3	andere akute vorwiegend wahnhaftige psychotische Störungen	
F23.8	sonstige akute vorübergehende psychot. Störungen	
F23.9	akute vorübergehende psychot. Störungen, nicht näher bezeichnet	
F24	Induzierte wahnhaftige Störung	<i>Keine Entsprechung</i>



III. Vergleich ICD-10 und DSM 5: schizoaffektive Störungen

ICD-10		DSM-5
F25	schizoaffektive Störungen	Schizoaffektive Störung
F25.0	schizoaffektive Störung, gegenwärtig manisch	Schizoaffektive Störung, Bipolarer Typ
F25.1	schizoaffektive Störung, gegenwärtig depressiv	Schizoaffektive Störung, Depressiver Typ
F25.2	gemischte schizoaffektive Störung	
F25.8	sonstige schizoaffektive Störung	
F25.9	schizoaffektive Störung, nicht näher bezeichnet	
F28	sonstige nichtorganische psychotische Störungen	Andere näher bezeichnete Störungen aus dem Schizophrenie-Spektrum & andere psychotische Störungen
F29	nicht näher bezeichnete nichtorganische Psychosen	Nicht näher bezeichnete Störungen aus dem Schizophrenie-Spektrum & andere psychotische Störungen

Negativsymptomen, ein weit verbreitetes Phänomen!

Bis zu **60% der schizophrenen Erkrankten** (Sz) leiden unter klinisch relevanten Negativsymptomen (NS), die behandlungsbedürftig sind (Bobes et al. 2010; Rabinowitz et al. 2013)

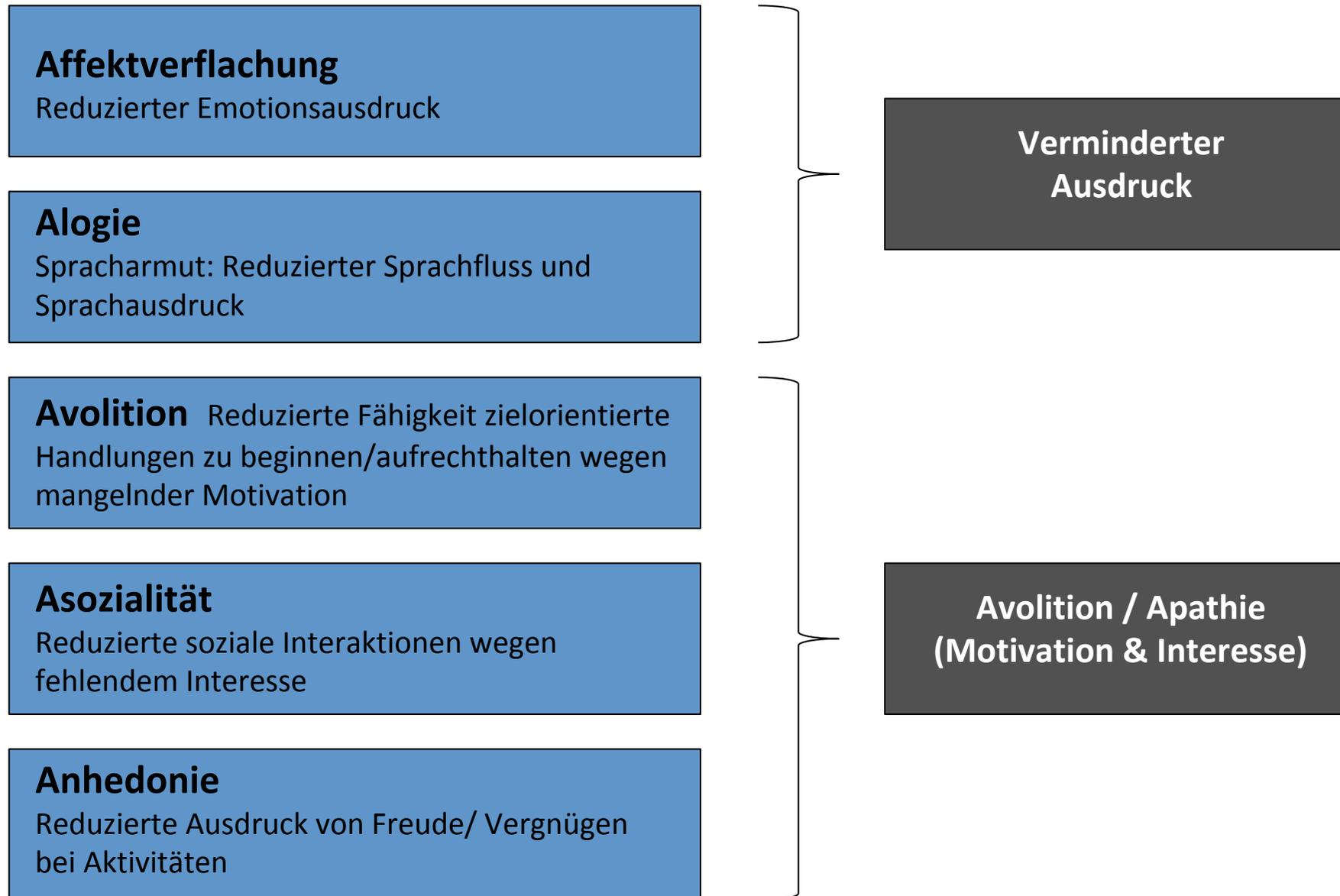
Negativsymptome können während des **gesamten Krankheitsverlaufs** auftreten: bis zu **90%** der Patienten weisen während einer ersten psychotischen Episode mindestens 1 Negativsymptom auf, im weiteren **persistierenden Verlauf immer noch 35-70%** (Rabinowitz et al. 2013; an der Heiden et al. 2018)

Studie mit **ambulanten Patienten** (n=1452) zur medikamentösen Behandlung trat bei **61%** der Behandelten mindestens 1 Negativsymptom mit mindestens moderater Ausprägung im PANSS auf: **passiver sozialer Rückzug (48%), emotionaler Rückzug (42%), mangelnder affektiver Rapport (39%), alle Items zu NS (15%)** (Bobes et al. 2010), nach 6 Wochen medikamentöser Behandlung zeigten immer noch **50% moderate NS** (Rabinowitz et al. 2013)

CATIE Studie (Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness) (n=1442 Sz): **40% mit erheblichen NS**, von den **ambulanten Patienten** zeigten **21% NS und Positivsymptome, 19% NS ohne Positivsymptome**.

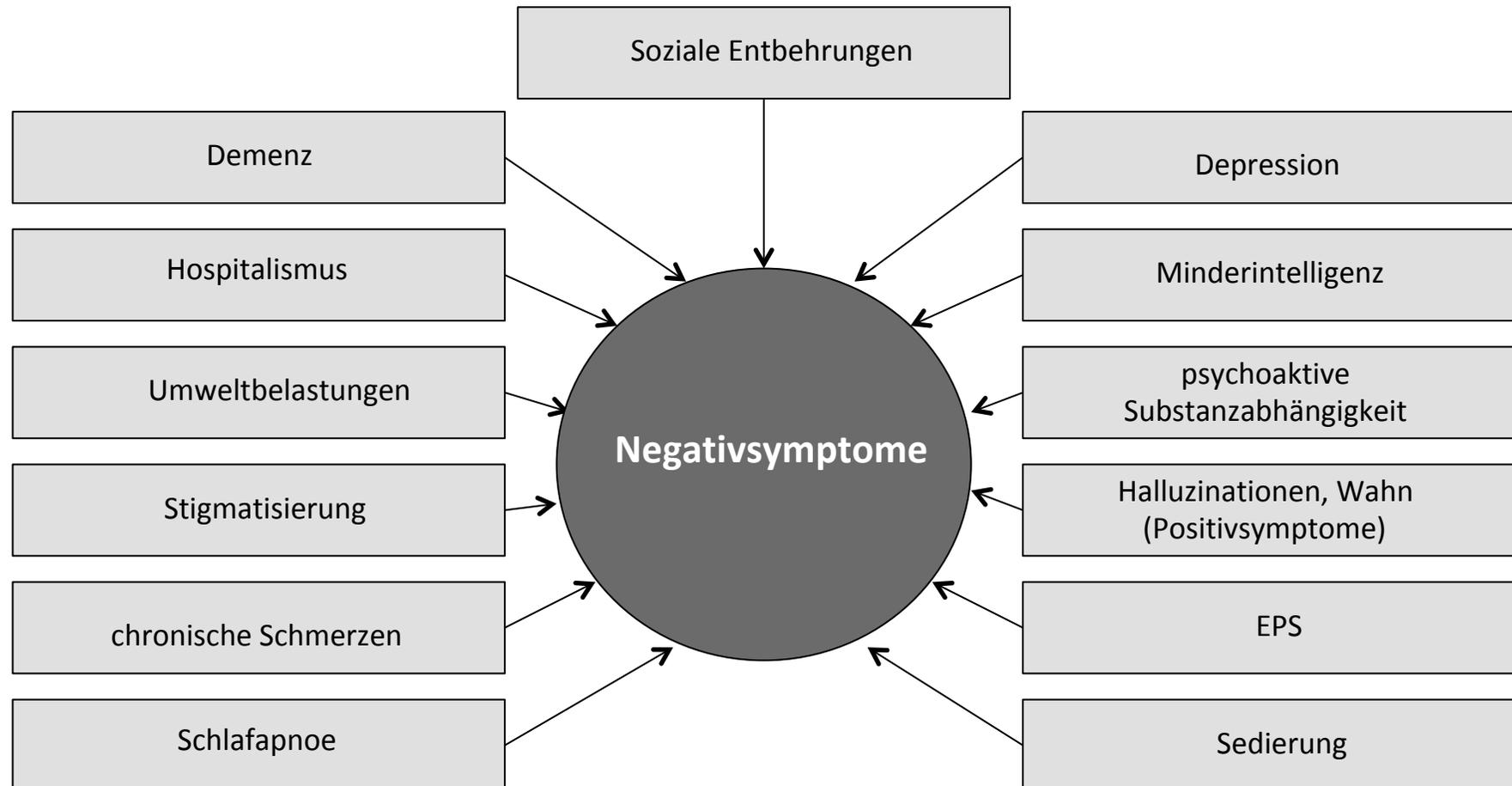
5 Konstrukte der Negativsymptomatik (die 5 A's)

(Kirkpatrick et al. 2006: NIMH-MATRICS Consensus)



Sekundäre Negativsymptome in der Schizophrenie

(Correll & Schooler 2020; Mosolov & Yaltonskaya 2022, mod.)



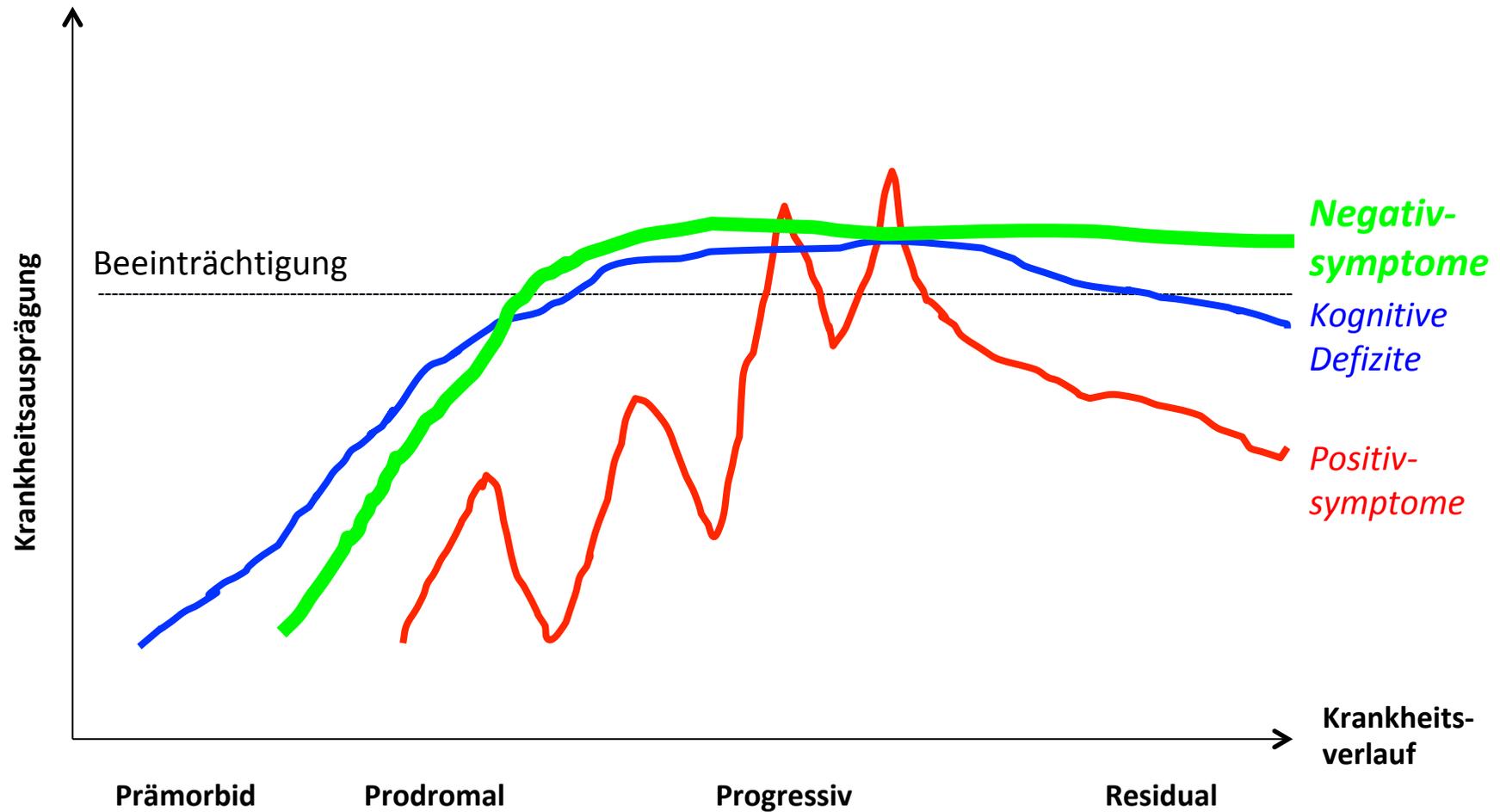
Terminologie der Negativsymptome

(Correll & Schooler 2020)

Term	Definition
Negativsymptome	Reduktion normaler Funktionen bezüglich Motivation und Interesse (Avolition, Anhedonie, Asozialität) oder des Ausdrucks (Affektverflachung, Alogie)
Defizitsyndrom	Symptomkomplex charakterisiert durch primäre und überdauernde (12 Monate) Negativsymptome (beinhalten auch Perioden klinischer Stabilität), die von spezifischen Krankheitsprozessen bedingt werden, die sich von genetischen und neurobiologischen Faktoren unterscheiden, die ihrerseits zu nicht-defizitären Schizophrenien beitragen
Prädominante Negativsymptome	Klinisch relevante Negativsymptome, die dominanter/stärker ausgeprägt sind, als die gleichzeitig auftretenden Positivsymptome ; die Dauer ist nicht definiert, Symptome können sehr kurz oder länger anhaltend auftreten
Ausgeprägte (prominente) Negativsymptome	Ausgeprägte und klinisch relevante Negativsymptome von unspezifischer Dauer; reflektieren die klinische Realität vieler Patienten, bei welchen weder Positiv- noch Negativsymptome dominieren , deren Symptomatik durch beide charakterisiert werden
Primäre Negativsymptome	Negative Symptome, von denen angenommen wird, dass sie der zugrunde liegenden Pathophysiologie der Schizophrenie innewohnen
Sekundäre Negativsymptome	Negativsymptome, die mit anderen Faktoren zusammenhängen (psychiatrischen oder medizinischen Begleiterkrankungen, Nebenwirkungen der Behandlung, Umweltfaktoren usw.)
Persistierende (anhaltende) Negativsymptome	Primäre oder sekundäre Negativsymptome, die mindestens 6 Monate auf eine Behandlung nicht angesprochen haben. Diese beeinträchtigen die normale Rollenfunktion und bleiben während Phasen klinischer Stabilität bestehen

Krankheitsverlauf der Schizophrenie: Symptome und Kognitionen

(Correll & Schooler 2020)



Relevanz von Kognitionen für das psychosoziale Outcome und Recovery

- Dauerhaft vorhandene **kognitive Defizite** zeigen sich bei **75-85%** aller Patienten (Gray & Roth 2007, Bowie et al. 2008, Müller & Roder 2017)
- Kognitive Funktionsdefizite werden bereits seit 3 Jahrzehnten als **„rate-limiting factors“** für die Rehabilitation (Lieberman & Green 1993) vermutet
- Im Durchschnitt liegt die Leistungsfähigkeit in kognitiven Funktionsbereichen bei schizophren Erkrankten bis zu **2 Standardabweichungen (SD)** unter derjenigen von „gesunden“ **Kontrollgruppen** (Keefe 2007, Keefe & Harvey 2012, Sheffield et al. 2014)
- Die Korrelation zwischen Neurokognition und psychosozialem Funktionsniveau ist moderat: nur **20-50% der Varianz** vom psychosozialen Funktionsniveau werden durch Neurokognition aufgeklärt (Green et al. 2002, 2004, Fett et al. 2011)
- Die **Soziale Kognition** hat eine **mediierende Funktion** zwischen Neurokognition und psychosozialen Funktionsniveau (Schmidt et al. 2011)

NIMH MATRICS Dimensionen

Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia
(Nuechterlein et al 2004; Green et al. 2005,2008; Kirkpatrick et al. 2006)

A Neurokognitionen

1. Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung
2. Aufmerksamkeit / Vigilanz
3. Arbeitsgedächtnis
4. Verbales Lernen und Gedächtnis
5. Visuelles Lernen und Gedächtnis
6. Denken und Problemlösen
7. Soziale Kognition

B Soziale Kognitionen

1. Emotionswahrnehmung
2. Soziale Wahrnehmung
3. Theory of Mind (ToM)
4. Soziale Schemata
5. Soziale Attributionen

Bereiche des psychosozialen Funktionsniveaus

Bezeichnet das Leistungsniveau einer Person aufgrund ihrer vorhandenen Kompetenzen in verschiedenen Alltagsdomänen.

- Unabhängige Lebensführung
- Soziale Integration im Wohn-/Arbeits-/Freizeitbereich
- Interpersonelle Beziehungen

↳ Persönliche Lebenszufriedenheit (Lebensqualität)

Recovery-Konzept

Unerfüllte Bedürfnisse schizophrener Erkrankter:

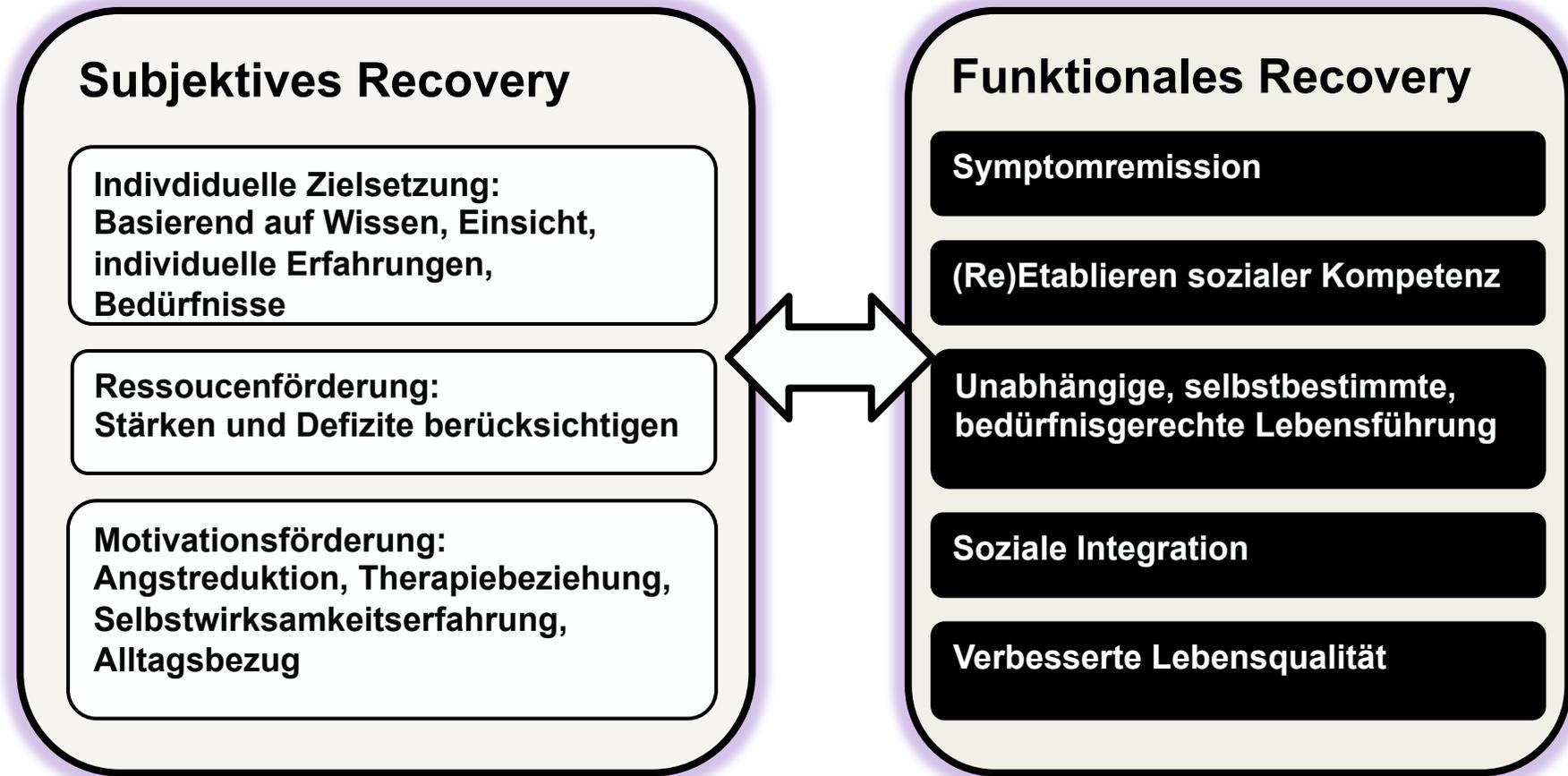
Tagesaktivitäten, Kontakte, Reduktion psychotischer Symptome und Stress, Informationen und intime Beziehungen (Thornicroft et al. 2004)

Recovery ist nicht mit Remission gleichzusetzen (Remissionskriterium für Schizophrenie von Andreasen et al. 2005)

Rehabilitation nicht auf Symptomreduktion beschränken, beinhaltet auch **Lebensqualität, Autonomie, Selbstbestimmung und Integration, kognitive und soziale Funktionsfähigkeit im Alltag** (Resnik et al. 2004,2005; Corrigan et al. 2006; van Os et al. 2006; Leucht & Lasser 2006; Amering & Schmolke 2007; McEvoy 2008, Roe et al. 2011, Roder et al. 2019)

→ *Auswirkung auf Orientierung der Therapeuten, Krankheitseinsicht und (intrinsische) Motivation der Patienten* (Mintz et al. 2003; Medalia & Lim 2004; Medalia & Richardson 2005; Aleman et al. 2006)

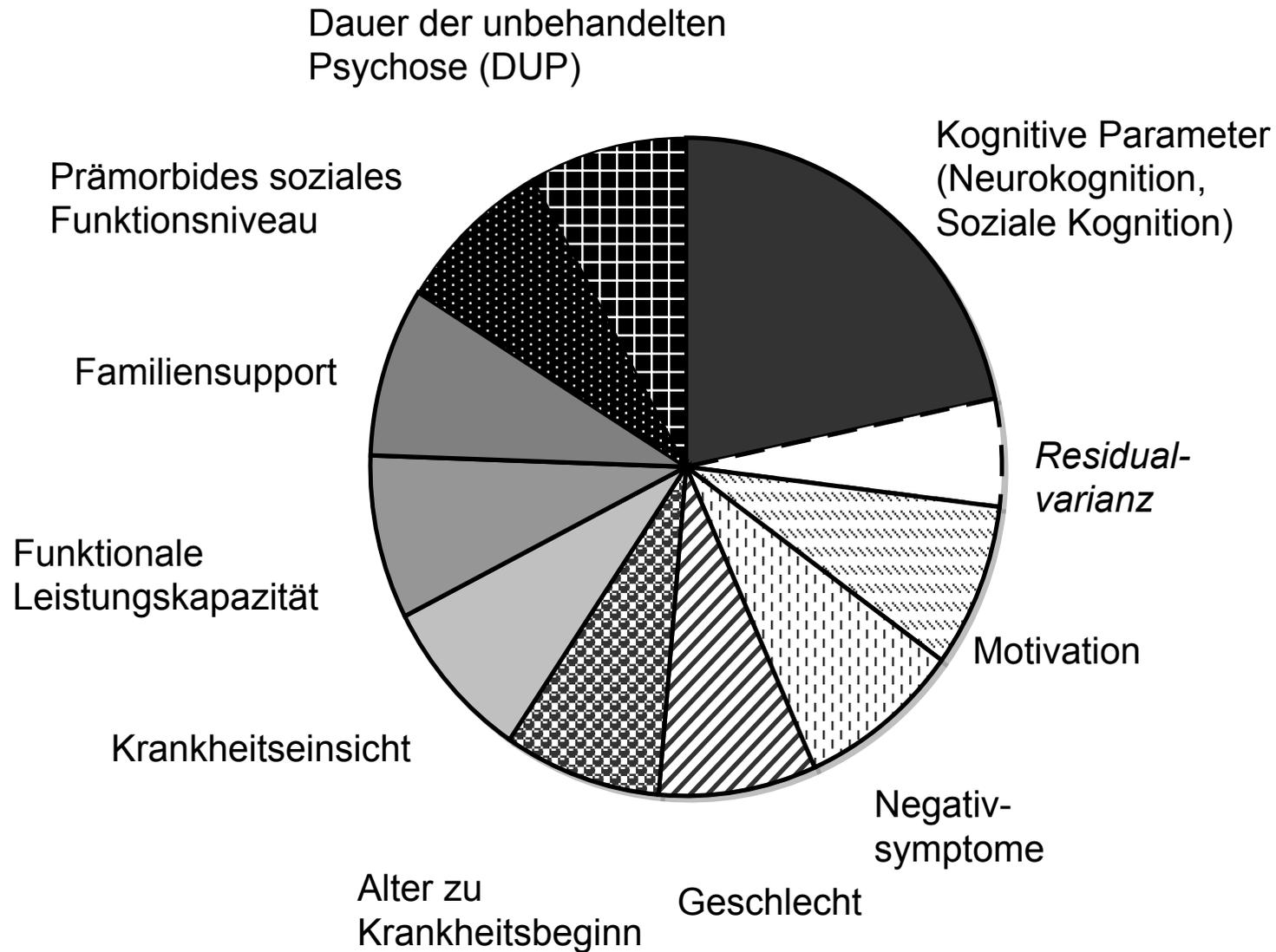
Recovery-Perspektive: abgeleitete Therapieziele



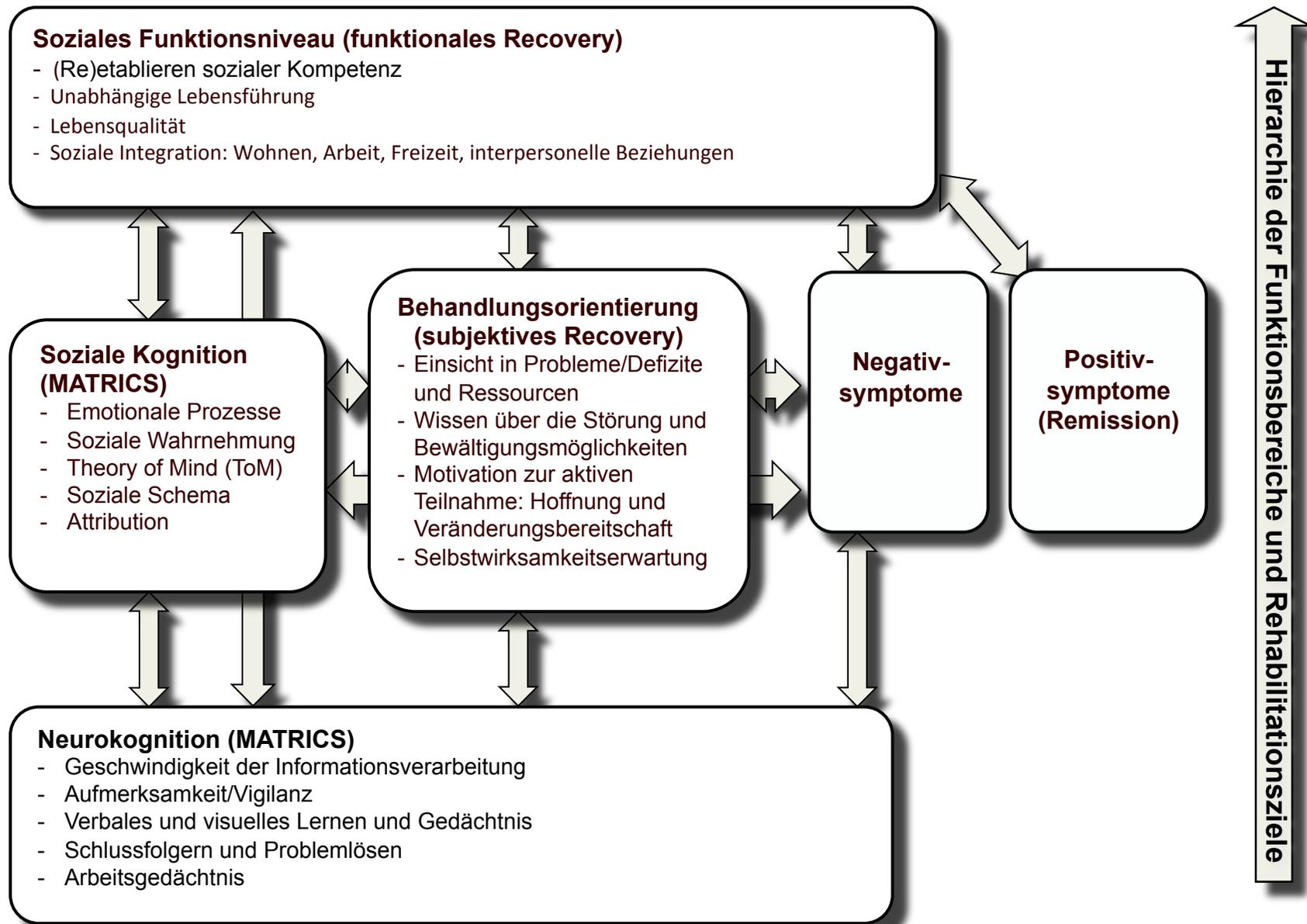
Basisvoraussetzung: Kognitive Rehabilitation und Bewältigungsfertigkeiten

Psychosoziales Funktionsniveau: mögliche Einflüsse

(Roder, Müller, Brenner 2019)



Integriertes Modell (Roder & Müller 2013; Roder et al. 2019)



Verlauf der Schizophrenie (Shepherd et al. 1989)

22%
1 Episode
keine Einschränkung



35%
mehrere Episoden
keine Einschränkung



8%
mehrere Episoden
gleichbleibende Einschränkung



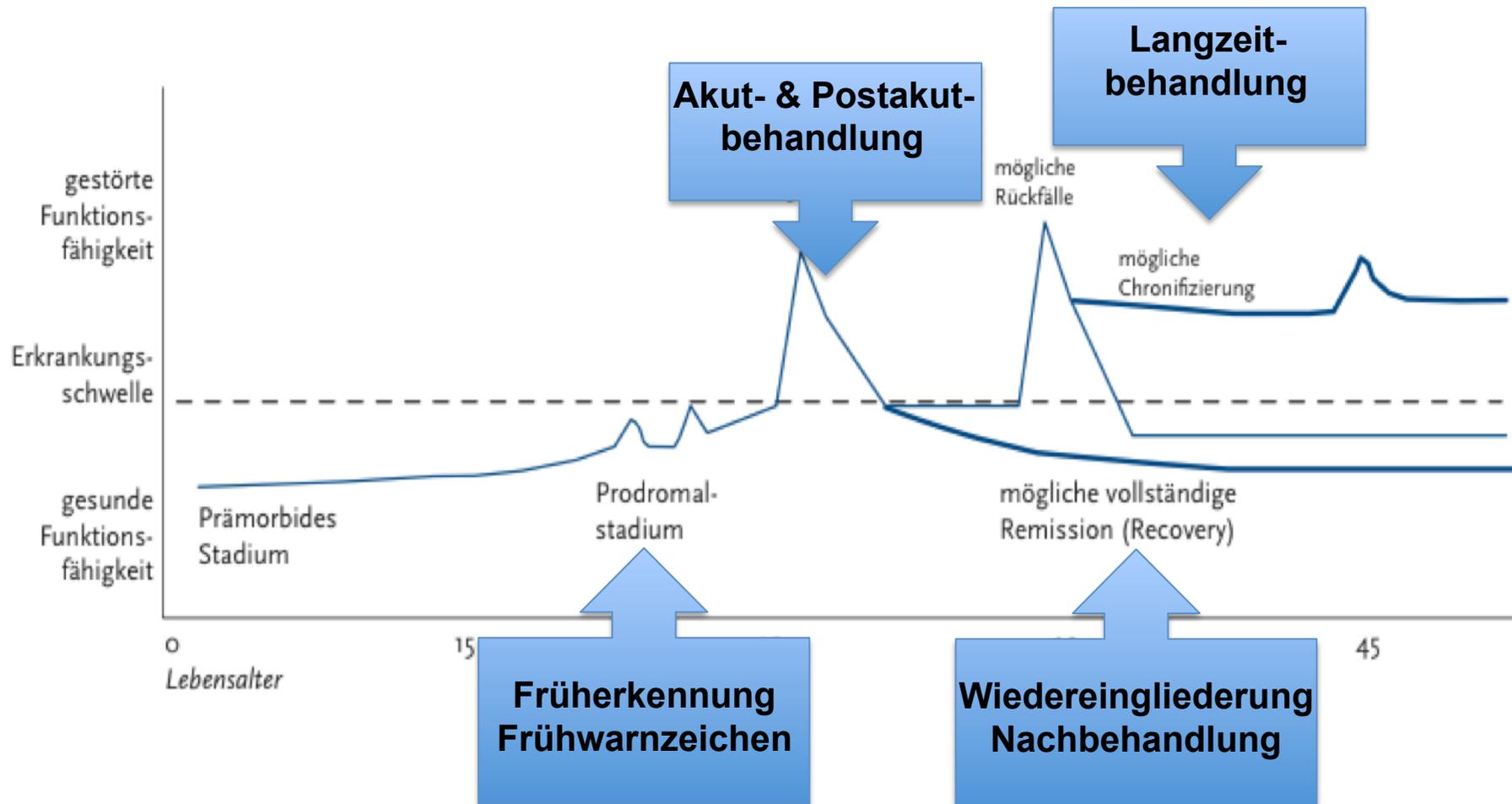
35%
mehrere Episoden
zunehmende Einschränkung



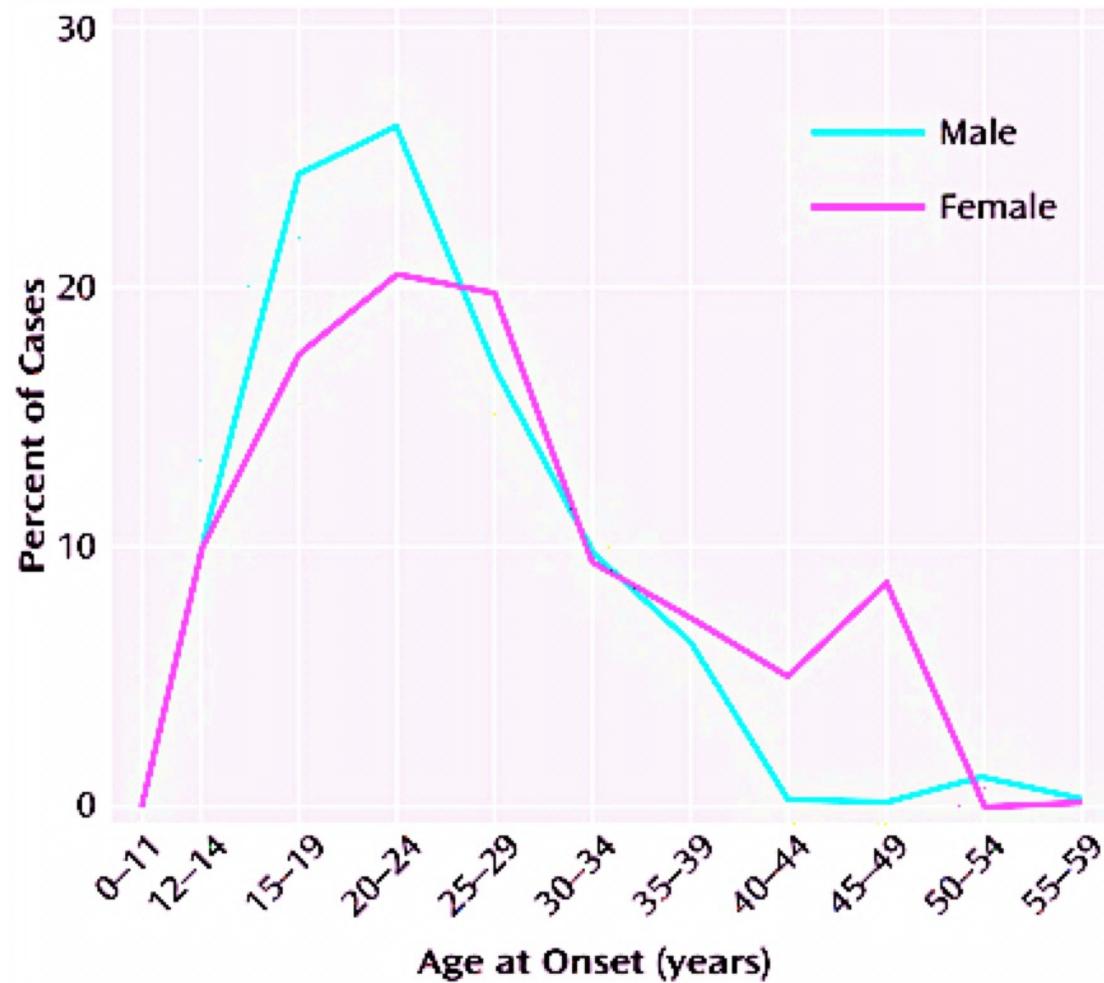
Episode 
Einschränkung 

Verlauf: Erkrankungsbeginn

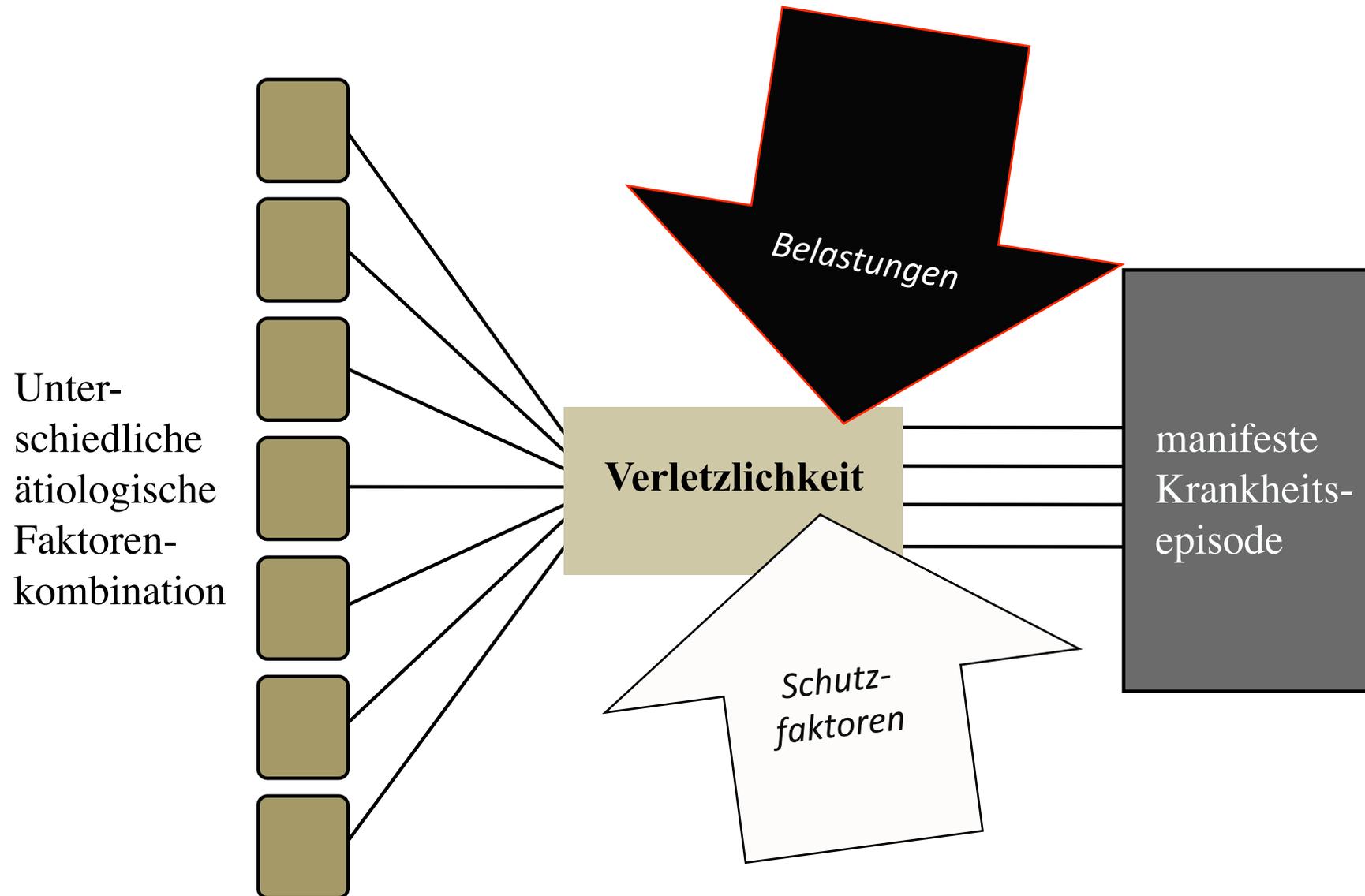
(mod. nach Gäbel & Wölwer 2010)



Inzidenz nach Alter und Geschlecht (Häfner, 2003)



Vulnerabilitäts-Stress-Modell von Zubin & Spring 1977 (Brenner 1989)



Potenzielle Vulnerabilitätsmarker

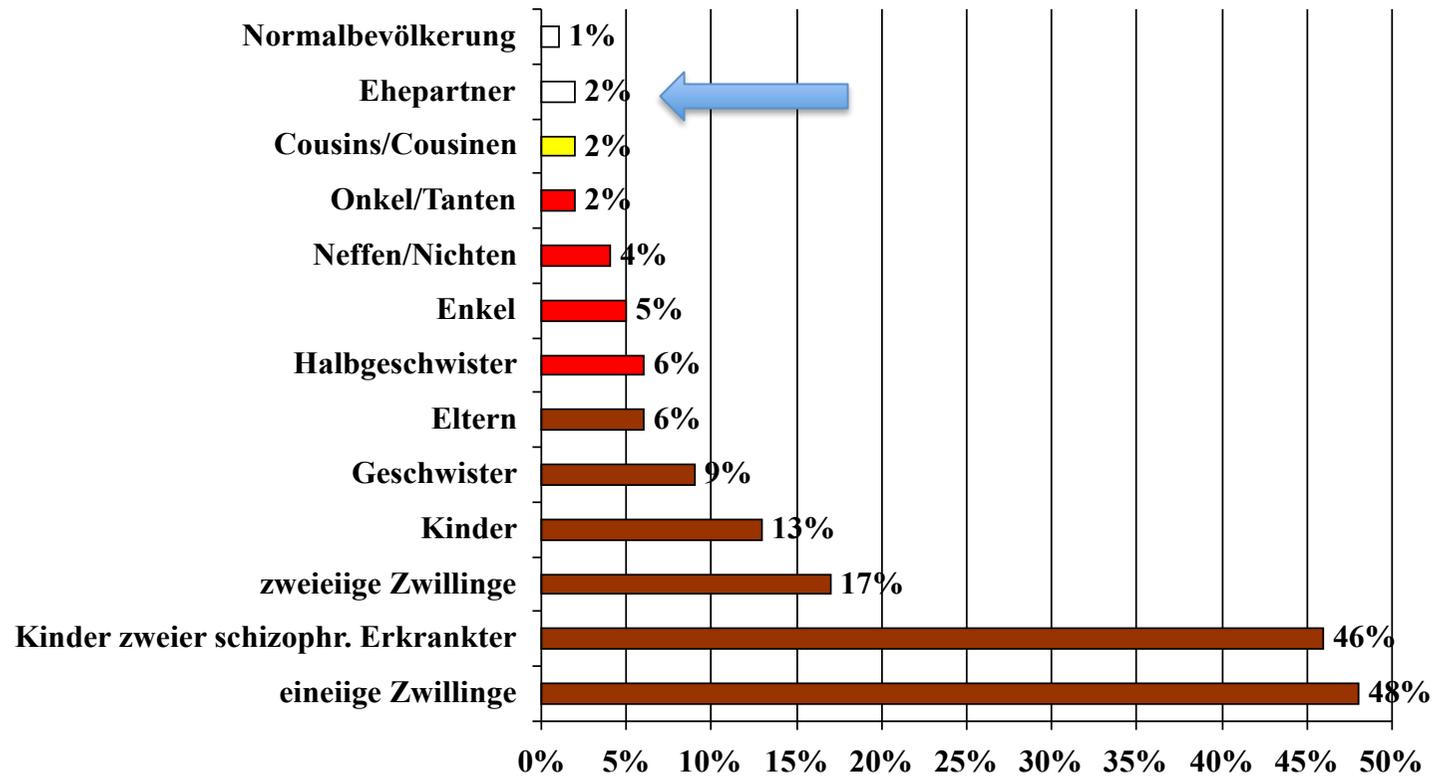
Modell	Beispiele
Ökologie	<ul style="list-style-type: none">- sozio-ökonomischer Status (chronischer sozialer Stress erhöht Risiko)- soziale Isolation (doppelt so hohes Risiko in urbaner Umgebung)- emotionales Familienklima (HEE; verantwortlich für Rückfall jedoch nicht Krankheitsausbruch)- deviantes soziales Netzwerk (Migranten 1. Generation: 2.7 mal höheres Risiko)
Entwicklung	<ul style="list-style-type: none">- prä- und perinatale Faktoren (Fieber, Unterernährung oder Infektion während Schwangerschaft der Mutter)- postnatale Hirnschädigung (z.B. Atemstillstand)- Mangel an persönlichen Bezügen in der Jugend- Assoziation mit Trauma (2.7 mal mehr Kindheitstrauma als bei Gesunden)
Lerntheorie	<ul style="list-style-type: none">- schwere Kommunikationsstörung- Unfähigkeit ein angepasstes Verhalten zu entwickeln oder aus Erfahrungen zu lernen- unangemessene Verstärkungen
Life-Event	<ul style="list-style-type: none">- Häufung kritischer Lebensereignisse- Kritische Ereignisse als belastender und weniger kontrollierbar wahrgenommen
Biochemie	<ul style="list-style-type: none">- Dopamin, Serotonin, Glutamat, etc.
Neurophysiologie	<ul style="list-style-type: none">- langsame Augenbewegungen; Cross-over Index der Reaktionszeit
Neuroanatomie	<ul style="list-style-type: none">- erweiterte Hirnventrikel; leichte Verminderung der Hirnmasse
Genetik	<ul style="list-style-type: none">- Blutsverwandtschaft; auch erhöhtes Risiko bei Spektrumsstörungen- Molekulargenetische Studien versuchen Risikogene zu identifizieren: mind. 24 Genvarianten in 16 Genen mit erhöhtem Psychoserisiko assoziiert; jedoch nicht DAS „Schizophrenie-Gen“ identifiziert!

Life-Time-Risiko an Schizophrenie zu erkranken

(Barondes 1995; Möller & Deister 2002)

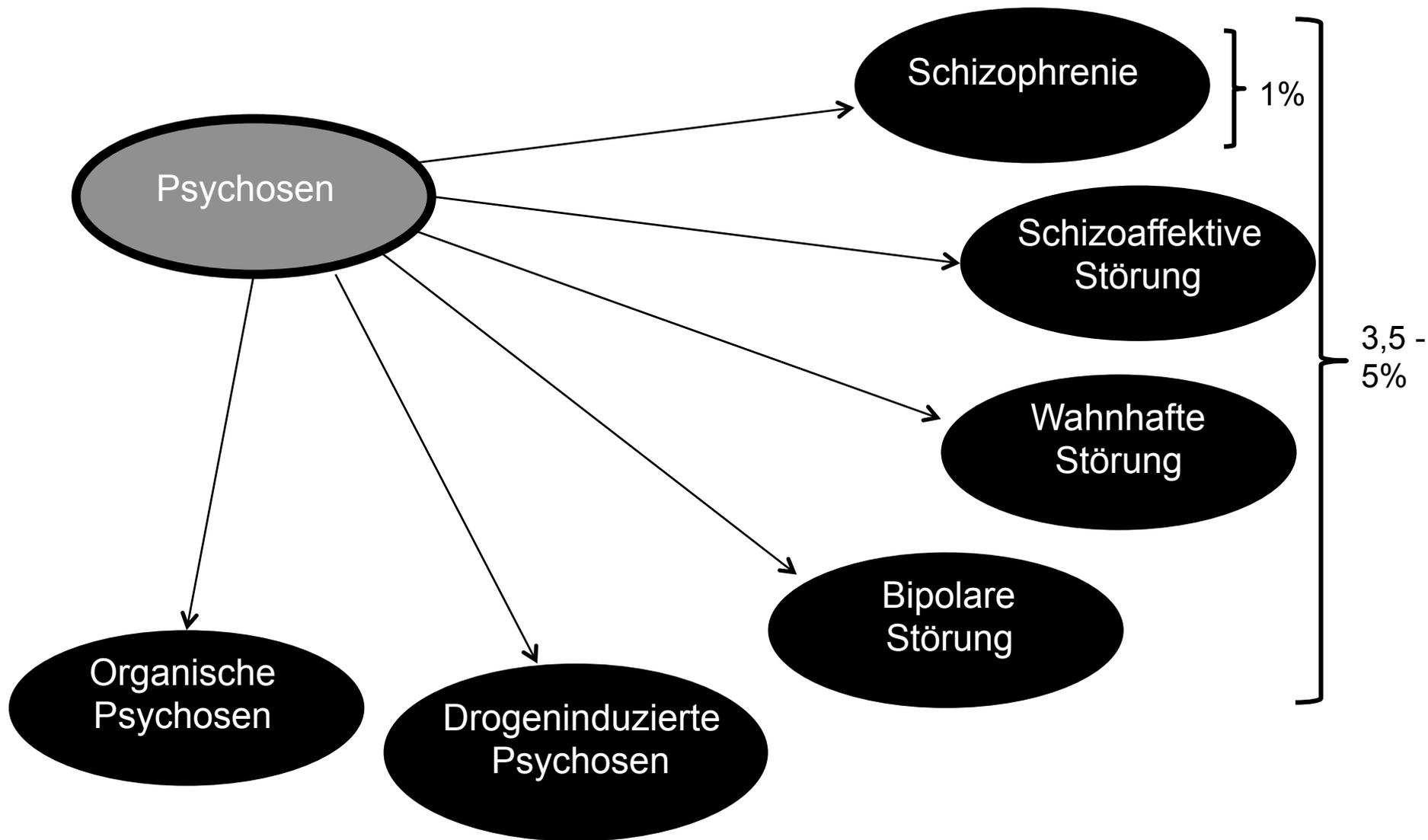
Identische Gene

0%
12.5%
(Verwandte 3. Grades)
25%
(Verwandte 2. Grades)
50%
(Verwandte 1. Grades)
100%



Was ist eine Psychose? Was ist eine Schizophrenie?

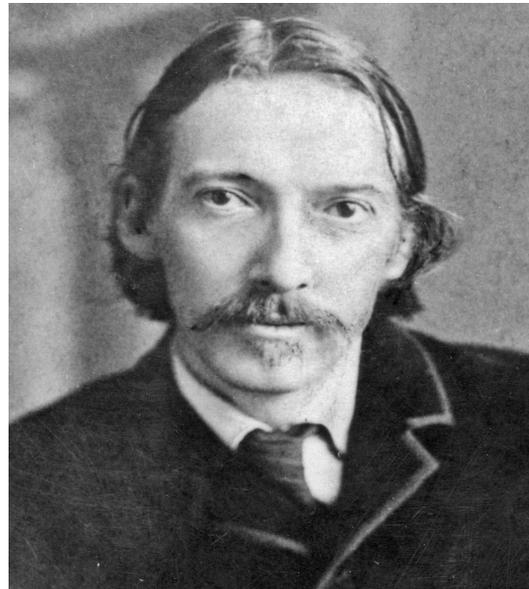
(Mehl & Lincoln 2014)



Behandlung der Schizophrenie?

«Im Leben geht es nicht nur darum, gute Karten zu haben, sondern auch darum, mit einem schlechten Blatt gut zu spielen.»

Robert Louis Stevenson

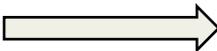


*Autor von
„Der seltsame Fall des Dr. Jekyll und
Mr. Hyde“*

S3-Leitlinien Schizophrenie (DGPPN 2019)

6 Evidenzstufen

Empfehlung

Klasse Ia: Evidenz durch Meta-Analysen von mehreren randomisierten, kontrollierten Studien (RCTs)  A soll

Klasse Ib: Evidenz aufgrund von mindestens einer RCT  A soll

Klasse IIa: Evidenz aufgrund von mindestens einer gut angelegten, jedoch nicht RCT  B sollte

Klasse IIb: Evidenz aufgrund von mindestens einer gut angelegten quasi- experimentellen Studie  B sollte

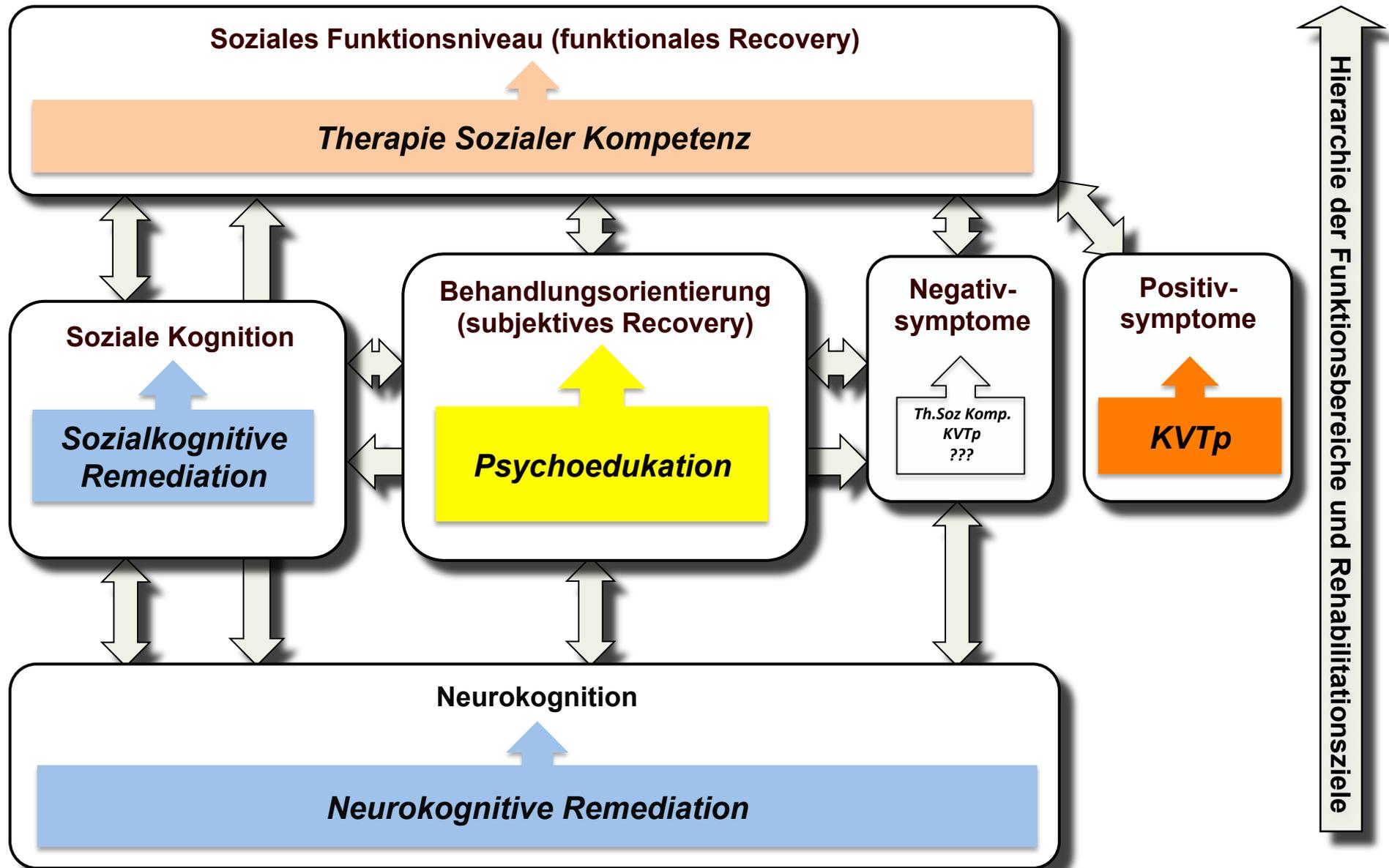
Klasse III: Evidenz aufgrund gut angelegter, nicht-experimenteller deskriptiver Studien, wie etwa Vergleichsstudien, Korrelationsstudien oder Fall-Kontroll-Studie  0 kann

Klasse IV: Evidenz aufgrund von Berichten der Experten-Ausschüsse oder Expertenmeinungen bzw. klinischer Erfahrung anerkannter Autoritäten  0 kann

S3-Leitlinien Schizophrenie (DGPPN 2019)

Therapieform	Empfehlungs-kriterium	Spezifische Empfehlung aufgrund empirischer Evidenz
 Psychoedukation	A	„Soll möglichst in Gruppen angeboten unter Einbezug von Vertrauenspersonen zur <i>Verbesserung des Behandlungsergebnisses</i> und des <i>Krankheitsverlaufs</i> angeboten werden“
 Systemtherapie	0	„ <u>Kann</u> zur Verbesserung der allgemeinen Symptomatik angeboten werden“
 Familieninterventionen	A	„Soll zur <i>Reduktion von Wiedererkrankungen</i> bei Ersterkrankten und nach Akutphasen angeboten werden“
 Kognitive Verhaltenstherapie KVTp	A	„Soll sowohl bei der ersten Episode wie auch danach zur Verbesserung von <i>Positiv- und Negativsymptomen</i> angeboten werden; ≥ 16 Sitzungen, bei komplexen Therapiezielen ≥ 25 Sitzungen“
 Metakognitives Training MKT	B	„ <u>Sollte</u> zur Verbesserung von Positivsymptomen angeboten werden“
 Kognitive Remediation	A	„Soll bei Beeinträchtigungen kognitiver Prozesse zur Verbesserung <i>kognitiver Leistungsfähigkeit</i> und <i>psychosozialer Funktionsfähigkeit</i> angeboten werden“
 Therapie sozialer Fertigkeiten	A	„Soll bei Einschränkungen der <i>sozialen Kompetenz</i> und anhaltender <i>Negativsymptomatik</i> angeboten werden“
Psychodynamische Therapie	0	„ <u>Kann</u> zur Verbesserung des globalen Funktionsniveaus eingesetzt werden“
Gesprächspsychotherapie & supportive Psychotherapie	0	„ <u>Kann</u> angeboten werden, wenn besser untersuchte Verfahren nicht zur Verfügung stehen oder mit den Präferenzen der Patienten nicht übereinstimmen“
Ergotherapie	0	„ <u>Kann</u> im Rahmen eines Gesundheitsplanes und orientiert an den individuellen Patientenbedürfnissen angeboten werden“
Künstlerische Therapien (Musik-, Kunst & Dramatherapie)	B	„ <u>Sollten</u> im Rahmen eines Gesundheitsplanes und orientiert an den individuellen Patientenbedürfnissen zur Verbesserung der <i>Psychopathologie</i> angeboten werden“
Körper- & Bewegungstherapie	B	„ <u>Sollten</u> je nach Beschwerdebild und körperlicher Leistungsfähigkeit <i>innerhalb</i> eines <i>multimodalen Gesamttherapiekonzeptes</i> angeboten werden“

Integriertes Modell: schematische Darstellung direkter psychotherapeutischer Interventionsmöglichkeiten (Roder, Müller, Brenner 2019)



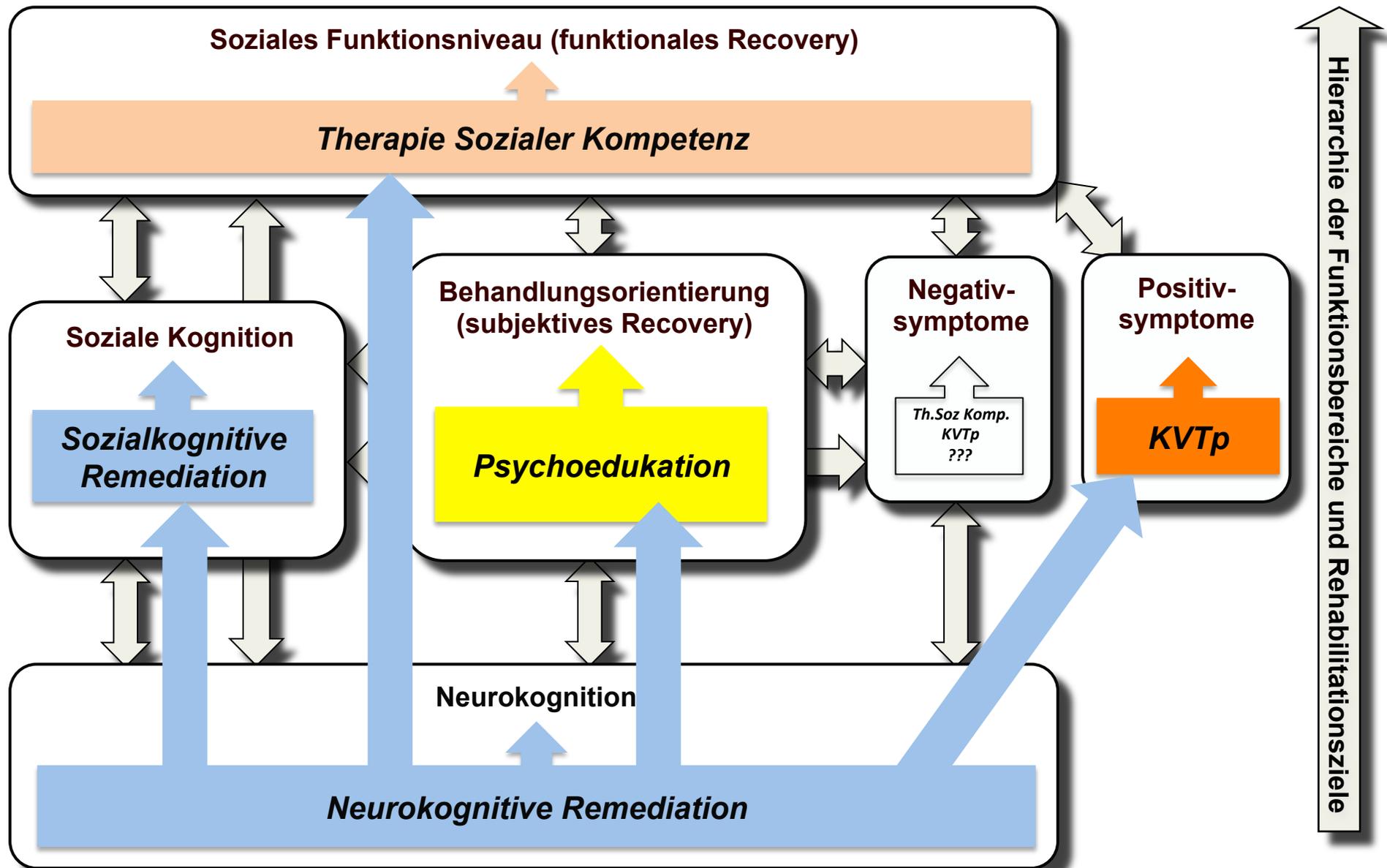
Definition Integrierter Neurokognitiver Therapieansätze

(Roder et al. 2010; Müller & Roder 2017)

Ein Therapieansatz kann als integrativ bezeichnet werden, wenn neben **Neurokognitionen** mindestens ein weiterer der folgenden Bereiche gezielt therapeutisch beeinflusst wird:

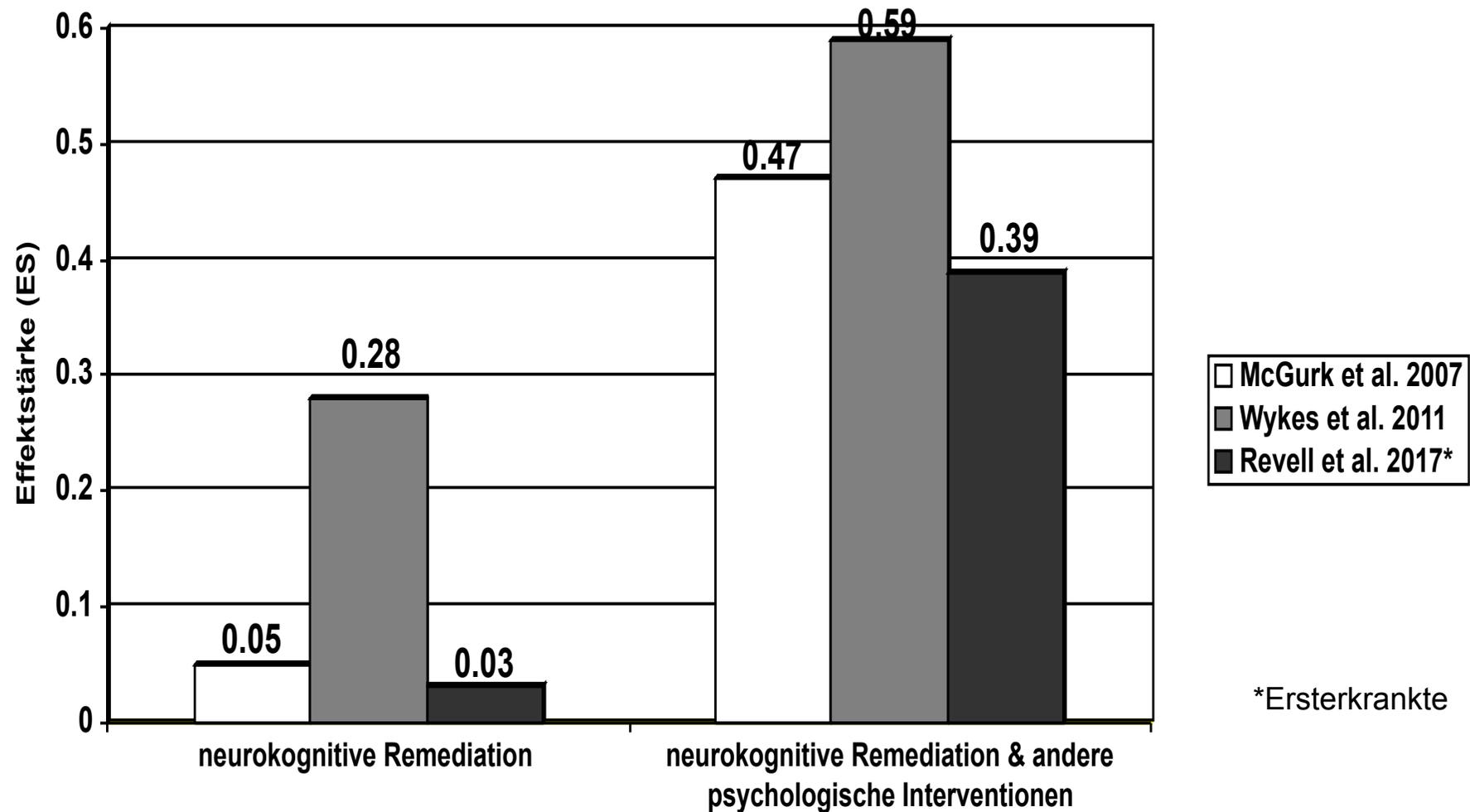
- **Soziale Kognitionen**
- **Wissen zur Erkrankung / zum Problem** („Defizite“; „Ressourcen“)
- **Soziale Fertigkeiten** (z.B. im Wohn-, Arbeits-, Freizeitbereich)
- **Denkstile** (z.B. irrationale Überzeugungen)
- ... (KVTp dritte Welle; TMS)

Integriertes Modell: schematische Darstellung direkter psychotherapeutischer Interventionsmöglichkeiten (Roder, Müller, Brenner 2019)

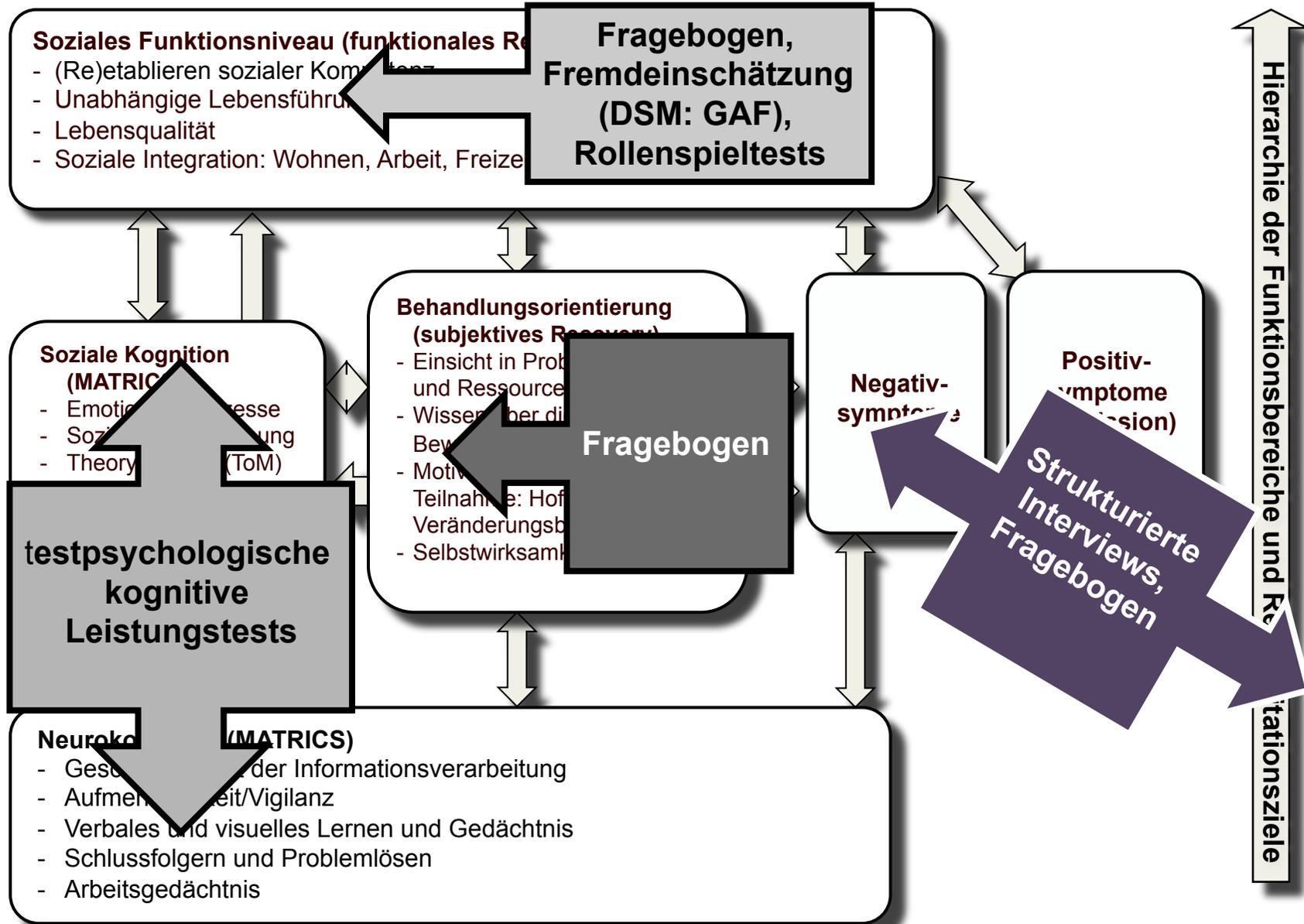


Psychosoziales Outcome kognitiver Remediationsansätze

(McGurk et al. 2007: K=26 RCTs; Wykes et al. 2011: K=38 CTs; Revell et al. 2017: 11 RCTs)



Integriertes Modell: Erhebungsmethoden



Instrumente zur Symptomerhebung (Auswahl deutschsprachiger Tests)

Psychosespezifische halbstrukturierte Interviews

	Name (Autoren)	Umfang	Faktoren
PANSS	Positive And Negative Syndrome Scale in schizophrenia, (Kay 1987)	30 Skalen 60 Min.	Positiv-, Negativ- & generelle Symptome
BPRS	Brief Psychiatric Rating Scale, (CIPS 2005)	18 Items	Angst/Depression, Anergie (Energielosigkeit), Denkstörung, Aktivierung, Feindseligkeit/ Misstrauen
SANS	Scale for the Assessment of Negative Symptoms (Andreasen 1984/9)	28 Items	Affektive Verflachung/Abstumpfung, Alogie (Spracharmut/Antwortlatenz), Apathie/Willensschwäche, Anhedonie/Ungeselligkeit, Aufmerksamkeit
MADS	Maudsley Assessment of Delusions Schedule (Wessley et al. 1993)	50 Items	Überzeugungsstärke, Aufrechterhaltung der Überzeugung, assoziierter Affekt, Verhalten, Idiosynkrasie (Bewertung der Eigenheit der Überzeugung), Quantität, Systematisierung der Überzeugungen, Einsicht



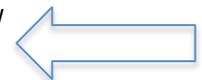
Fragebogen zur Selbsteinschätzung

FBF	Frankfurter Befindlichkeitsskala (Süllwold & Herrlich 1997)	98 Items	36 Symptombeschreibungen, 2 Faktoren: Hypersyndrom (innere Getriebenheit, motorische Unruhe, Gedankenjagen, Überwachtheit, Derealisation, übermäßige Selbstbeobachtung, Beherrschtwerden durch Gedanken) und Hyposyndrom (Langsamkeit, Antriensschwäche, Rückzug, Blockierung, Teilnahmslosigkeit, Ängstlichkeit, Depression, Verwirrung, Erschöpfung)
ESI	Eppendorfer Schizophrenie-Inventar (Mass 2001)	40 Items	4 Skalen: Aufmerksamkeits- und Sprachbeeinträchtigungen, Akustische Unsicherheit, Beziehungsideen, Wahrnehmungsabweichungen; Cut-Off-Scores und Offenheits-Skala (Kontrollskala zur Validität der Aussagen)



Diagnose-Systeme

SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV (deutsche Übersetzung: Wittchen et al. 1997; Fydrich et al. 1997)	2 Achsen 60/90 Min.	SKID I (psychische Störungen: Angst-, affektive, psychotische, Abhängigkeits-, somatoforme, Ess-, Anpassungsstörungen (Interview & Fremdeinschätzung) SKID II (Persönlichkeitsstörungen): Fragebogen und Interview
AMDP	Manual zur Dokumentation psychiatrischer Befunde (Arbeitsgemeinschaft für Methodik & Dokumentation in der Psychiatrie 1987)	psychischer & somatischer Befund	Dokumentation von Anamnese, 100 psychischen & 40 somatischen Symptomen; Syndrome. Grundlage Selbst und Fremdeinschätzung; Interview



Ultra-high risk (UHR) Kriterien

- Vorliegen mindestens eines der folgenden attenuierten psychotischen Symptome
 - Beziehungsideen
 - Eigentümliche Vorstellungen oder magisches Denken
 - Ungewöhnliche Wahrnehmungserlebnisse
 - Eigenartige Denk- und Sprechweise
 - Paranoide Ideen

- Vorliegen mindestens eines der folgenden kurzfristigen psychotischen Symptome mit einem Auftreten von weniger als 7 Tagen und nicht häufiger als 2 mal pro Woche in einem Monat sowie spontaner Remission
 - Halluzinationen (PANSS P3 \geq 4), Wahn (PANSS P1, P5 oder P6 \geq 4)
 - Formale Denkstörungen (PANSS P2 \geq 4)

- Vorliegen eines Risikofaktors (familiäre Belastung mit einer psychotischen Störung oder schizotype Persönlichkeitsstörung beim Patienten) bei gleichzeitigem Vorliegen unspezifischer Beschwerden (z.B. Angst, Depression) und einem signifikanten Abfall im GAF-Gesamtwert

PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale in schizophrenia, Kay 1987)

Positivsymptome

- P1. Wahnideen: unbegründete, unrealistische & eigentümliche Überzeugungen (System)
- P2. Formale Denkstörungen: Unterbrechung zielgerichteter Abfolgen, z.B. umständlich, vorbeireden, loses assoziieren, sprunghaft, unlogisch
- P3. Halluzinationen: Wahrnehmungen, die nicht durch externe Stimuli erzeugt werden (visuell, akustisch, taktil, riechen, Körperempfindungen usw.)
- P4. Erregung: beschleunigtes motorisches Verhalten, erhöhtes Ansprechen auf Reize, Hypervigilanz, übermäßige Stimmungslabilität
- P5. Größenideen: übertriebene Selbsteinschätzung und unrealistische Überzeugungen von eigener Überlegenheit (Fähigkeiten, Reichtum, Macht, Wissen, Berühmtheit etc.)
- P6. Misstrauen/Verfolgungsideen: Vorsicht, Argwohn, andere meinen es böse
- P7. Feindseligkeit: (nicht)verbaler Ausdruck von Ärger mit passiv-aggressivem Verhalten, Beschimpfung und Tätlichkeiten

PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale in schizophrenia, Kay 1987)

Negativsymptome

- N1. Affektverflachung: verminderte Mimik, Modulation von Gefühlen und Gestik
- N2. Emotionaler Rückzug: fehlen von Interesse, Teilhabe und affektiver Bindung an die Lebensumstände
- N3. Mangelnder affektiver Rapport: fehlen von zwischenmenschlichem Einfühlungsvermögen, Offenheit im Gespräch und Gefühl der Vertrautheit und Interesse (Distanzhaltung im Interview)
- N4. Passiver Rückzug: Energielosigkeit und Willensschwäche führt zu zu verminderter sozialer Einbindung im Alltag (Apathie, Anhedonie)
- N5. Schwierigkeiten beim abstraktes Denken: Einschränkungen beim Einordnen, Verallgemeinern und Überschreiten des Konkreten (egozentrisches Problemlösen)
- N6. Mangel an Spontanität/Sprachfluss: reduz. verbal-interaktiver Kommunikationsfluss
- N7. Stereotype Gedanken: rigide, ständig sich wiederholende oder dürftige Denkinhalte

PANSS (Positive And Negative Syndrome Scale in schizophrenia, Kay 1987)

Allgemeinpsychopathologie (generelle Symptome)

- G1. Sorge um Gesundheit
- G2. Angst
- G3. Schuldgefühle
- G4. Anspannung (körperliche Manifestation von Furcht)
- G5. Manierismen (unnatürliche Körperhaltung, Posen etc.)
- G6. Depression
- G7. Motorische Verlangsamung
- G8. Unkooperatives Verhalten
- G9. Ungewöhnliche Denkinhalte (phantastische/bizarre Ideen)
- G.10 Desorientiertheit (fehlendes Bewusstsein der Beziehung zur Umwelt)
- G11. Mangelnde Aufmerksamkeit (Konzentrationsdefizite, Ablenkbarkeit)
- G12. Mangelnde Einsicht (gegenüber Krankheit und Behandlung)
- G13. Willensschwäche (Initiierung, Steuerung von Gedanken, Verhalten, Sprache)
- G14. Impulskontrolle (gestörte Regulierung innerer Antriebskräfte)
- G15. Selbstbezogenheit (innerlich erzeugte Gedanken und Gefühle)
- G16. Aktiver sozialer Rückzug (aufgrund von Furcht, Misstrauen, Feindseligkeit)



PANSS Institute

Leitung: **Mark G. A. Opler**

1133 Broadway, Suite 1328 New York, NY 10010

www.panss.org

Übungsvideos (engl.):



[View Harvey](#)



[View Barbara](#)