

Menschen mit einer psychotischen Erkrankung: Störungsbild und Interventionen

Veranstaltung Uni Fribourg HS 2022

Take Home Message 2&3: Kognitive Remediation, Therapie sozialer Kompetenz

Daniel Müller, Volker Roder
Roana Valli (Tutorin)

Datum	Bereich	Konkrete Themen	Referate (REF) / schriftl. Arbeiten (SA) (e-Mail-Adresse)
4.10.	Vorbereitung, Einführung und Themenvergabe		
18.10.	Psychopathologie, Diagnostik, Epidemiologie, Verlauf/Prognose, Ätiologie Sitzungsgestaltung Volker Roder: Psychopathologie, Genese, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten anhand von Videoausschnitten	<ul style="list-style-type: none"> - Vorstellung ICD 10 bzw. DSM 5 - Vulnerabilitäts-Stress-Modelle - Psychiatrische Fremdeinschätzungsskalen z.B. PANSS oder BPRS oder AMDP - Selbsteinschätzungsskalen und deren Bedeutung für die Diagnostik z.B. ESI - psychologische Tests z.B. WCST - MATRICS: Measurement and Treatment - Research to Improve Cognition in Schizophrenia - MCCB: MATRICS Consensus Cognitive Battery - ABC-Schizophreniestudie (verlaufsbestimmende Faktoren und Prognose) - Früherkennung von Psychosen - Remission und Recovery - Genetische Faktoren und Schizophrenie - Cannabis und Schizophrenie - Trauma und Schizophrenie 	Nur schriftliche Arbeiten möglich! verena.sopart-wenning@unifr.ch (SA) yaribe.schmitter@unifr.ch (SA) sarah.bauer@unifr.ch (SA) jasmin.willig@unifr.ch (SA)
25.10. 17.15-20.15 Uhr (Doppelstunde)	Exkursion: Univ. Psychiat. Dienste Bern, Bolligenstr. 111, Bern-Ostermündigen Treffpunkt: Loge Aufnahmegebäude (Neue Klinik) Besuch Akuttagesklinik & Freizeitclub Metro Kognitive Remediationstherapie Therapie sozialer Kompetenz	<ul style="list-style-type: none"> - CogPack: kognitives PC-Trainingspaket - TAR: Training of Affect recognition - SCIT: Social Cognition and Interaction-Training - TEI Training emotionaler Intelligenz - MKT: Metakognitives Training (Moritz) - Neuroplasticity-based approach (Vinogradov) - WAF: kog. Verhaltenstherapie für die Bereiche Wohnen, Arbeiten und Freizeit - Social Skills Training (Bellack, Liberman o. Mueser) 	selina.gredig@unifr.ch (SA) julia.vogl@unifr.ch (REF)

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	„Kann 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</i> Negativsymptomen angeboten werden; ≥ 16 Sitzungen, bei komplexen Therapiezielen ≥ 25 Sitzungen“
Metakognitives Training MKT	B	„Sollte zur Verbesserung von <i>Positivsymptomen</i> 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	„Kann zur Verbesserung des globalen Funktionsniveaus eingesetzt werden“
Gesprächspsychotherapie & supportive Psychotherapie	0	„Kann angeboten werden, wenn besser untersuchte Verfahren nicht zur Verfügung stehen oder mit den Präferenzen der Patienten nicht übereinstimmen“
Ergotherapie	0	„Kann im Rahmen eines Gesundheitsplanes und orientiert an den individuellen Patientenbedürfnissen angeboten werden“
Künstlerische Therapien (Musik-, Kunst & Dramatherapie)	B	„Sollten im Rahmen eines Gesundheitsplanes und orientiert an den individuellen Patientenbedürfnissen zur Verbesserung der <i>Psychopathologie</i> angeboten werden“
Körper- & Bewegungstherapie	B	„Sollten je nach Beschwerdebild und körperlicher Leistungsfähigkeit <i>innerhalb</i> eines <i>multimodalen Gesamtherapiekonzeptes</i> angeboten werden“

Evidenzbasierte stationäre Psychotherapie bei Psychosen

Aktuelle Evidenz verschiedener stationärer Psychotherapieprogramme in der Behandlung von Psychosen– ein narrativer Übersichtsartikel

Stephanie Mehl¹, Klaus Hesse², Steffen Moritz³, Daniel R. Müller⁴, Tilo Kircher¹, Andreas Bechdolf^{5,6}

¹ Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Philipps Universität Marburg, Marburg

² Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

³ Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie

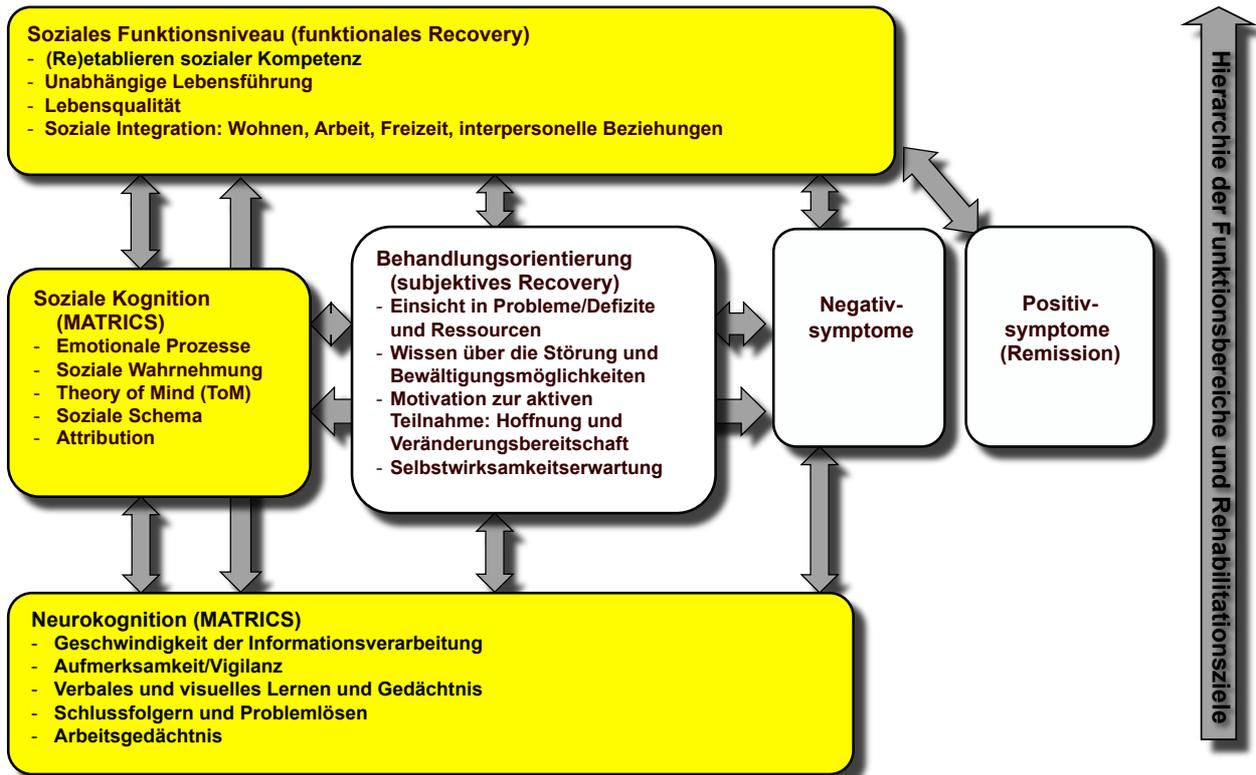
⁴ Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Bern, Universität Bern

⁵ Vivantes Klinikum am Urban und Vivantes Klinikum im Friedrichshain, Kliniken für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik

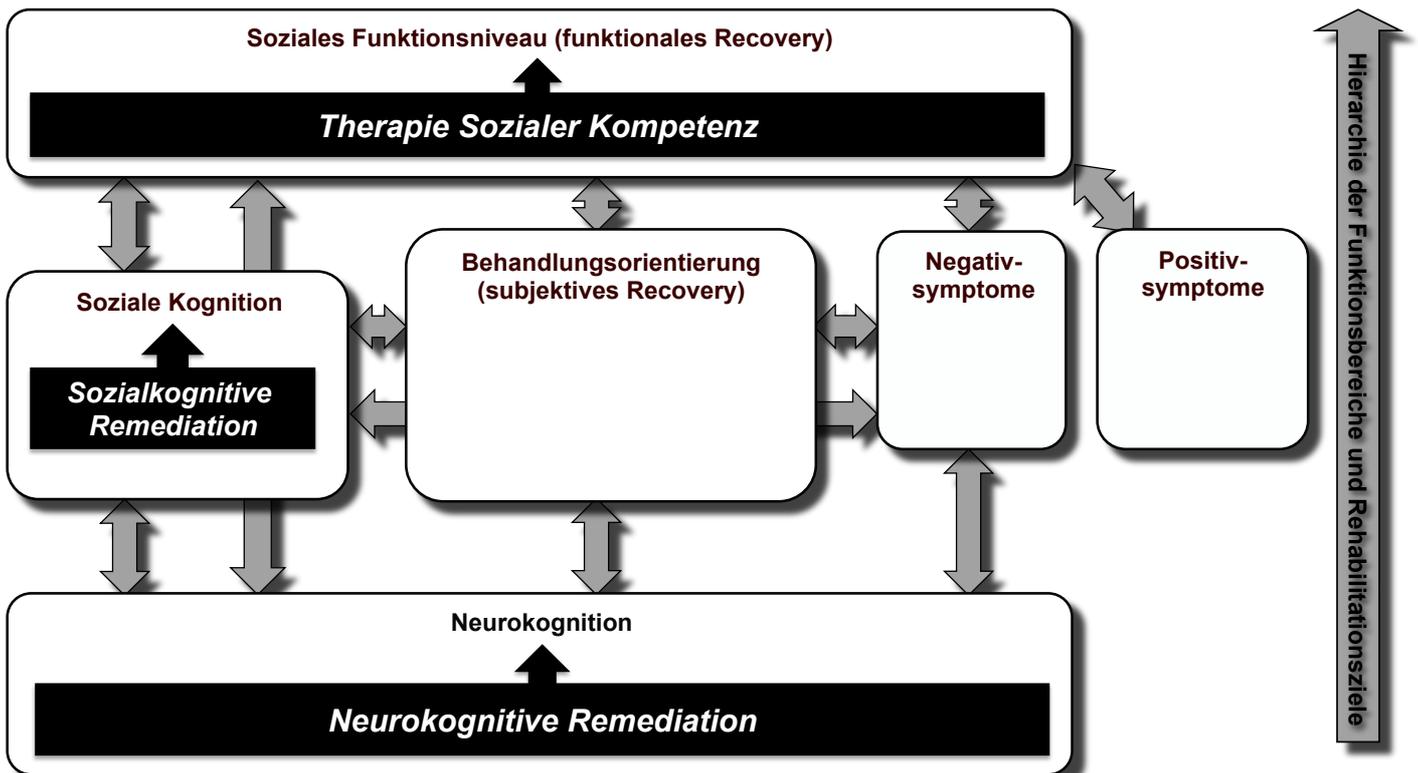
⁶ Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Universitätsmedizin, Charité Campus Mitte (CCM), Berlin



Integriertes Modell (Roder & Müller 2013; Roder, Brenner, Müller 2019)



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



Vom kognitiven Training zur Kognitiven Remediations- therapie: Nutzen und Grenzen

Daniel R. Müller | Volker Roder

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universität Bern, Bern, Schweiz

Beispiele Neurokognitiver Therapieansätze

Ansätze zur Kognitiven Remediation

- *Cognitive Remediation Therapy CRT** (Wykes et al. 1999)
- *Computer-Assisted Cognitive Rehabilitation CACR* (Bellucci et al. 2002)
- ➔ • ***Computerized Cognitive Training (COGPACK-Programm)*** (Sartory et al. 2005; Lindenmayer et al. 2008, 2013)
- *Cognitive training* (Twamley 2005)
- *Computer-assisted Cognitive Remediation* (Kurtz et al. 2007)
- *Neuroplasticity-based auditory training (Brain Fitness Program)* (Vinogradov et al. 2009, 2012; Fisher et al. 2014)

Aufmerksamkeitstraining

- *Attention Process Training APT** (Sohlberg & Mateer 1987)
- *Attention Shaping** (Silverstein et al. 1999)

Kompensationsansätze

- *Errorless learning approach** (Kern et al. 2003; Vauth et al. 2005)
- *Cognitive Adaption Training CAT** (Velligan et al. 2000)

Integrative Ansätze: Kombination neurokognitiver Remediation mit sozialkognitiver Therapie, SST/ Arbeitsreha oder Edukation

- ➔ • ***Integriertes Psychologisches Therapieprogramm IPT**** (Roder et al. 1988, 2008, 2010, 2011, 2019)
- *Cognitive Enhancement Therapy CET** (Hogarty et al. 1998; Hogarty & Flesher 1998)
- *Neurocognitive Enhancement Therapy NET** (Bell et al. 2001)
- *Neuropsychological Educational Approach to Rehab. NEAR** (Medalia et al. 2001)
- ➔ • ***Integrierte Neurokognitive Therapie INT*** (Roder & Müller 2013; Müller et al. 2015, 2017, 2020)

*state-of-the-art interventions, APA Training Grid 2009

Beispiele sozialkognitiver Therapieansätze

Fokus auf spezifische sozialkognitive Fähigkeiten

Emotions- und soziale Wahrnehmung / Affektdekodierung

• Emotional Training Program

• Training of social & emotion perception

➔ **Training zur Affekt-Dekodierung TAR/TAD**

• Mind Reading Interactive Guide to Emotions MRIDGE

Zusätzliche Emotionsbewältigung / emotionale Intelligenz

➔ **Training zur Bewältigung maladaptiver Emotionen TBE**

➔ **Training Emotionaler Intelligenz TEI**

Theory of Mind

• Rehabilitation of Theory of Mind

• Social Cognition Enhancement Training SCET

• Rehabilitation of Theory of Mind

(Silver & Oakes 2001; Silver et al. 2004)

(van der Gaag et al. 2002)

(Frommann et al. 2003; Wölwer et al. 2005)

(Lindenmayer et al. 2013)

(Hodel & Brenner 1996)

(Vauth et al. 2004; 2008)

(Rancone et al. 2004)

(Choi & Kwon 2006)

(Kayser et al. 2006)

Breiter Fokus auf verschiedene sozialkognitive/metakognitive Fähigkeiten

➔ **Training Metakognitiver Fertigkeiten MCT**

• Social Cognition and Interaction Training SCIT

• Social Cognitive Skills Training SCST

• Neuroplasticity-based online training (SocialVille Program)

(Moritz et al. 2005, 2007, 2016, Penney et al. 2022)

(Penn et al. 2005; Combs et al. 2007)

(Horan et al. 2009)

(Nahum, Vinogradov et al. 2014)

Integrative Ansätze: Kombination sozialkognitiver Therapie mit neurokognitiver Remediation, SST / Arbeitsreha

➔ **Integriertes Psychologisches Therapieprogramm IPT***

• Cognitive Enhancement Therapy CET*

• Neurocognitive Enhancement Therapy NET*

➔ **Integrierte Neurokognitive Therapy INT**

(Roder et al. 1988, 2008, 2010, 2011, 2019)

(Hogarty et al. 1998, 2004; Hogarty & Flesher 1998)

(Bell et al. 2001)

(Roder & Müller 2013; Müller et al. 2015, 2017, 2020)

**state-of-the-art interventions, APA Training Grid 2009*

Beispiele PC-gestützter Trainings

Neurokognition

• CogRehab

➔ • **CogPack**

• Brain fitness program BFP

• Captains's Log Software

• Ben-Yishay's Orientation Remediation Module

• Scientific Brain Training

➔ • **RehaCom**

➔ • **MyBrainTraining**

➔ • **Recos** (Scientific Brain Training Pro)

• Grador

Psychological Software Services

Marker Software

Posit Science Inc.

Stanford & Browne

Ben-Yishay et al.

HAPPYneuron Inc.

Hasomed

BBG Entertainment GmbH

Happyneuron SAS

Intras

Soziale Kognition

• SocialVille

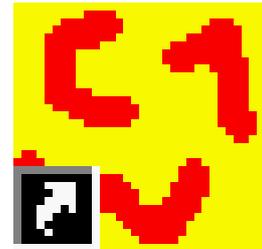
• MRIGE

Posit Science Inc.

Baron-Cohen

Computerunterstütztes Trainingsprogramm

COGPACK



Marker Software

<http://www.markersoftware.com>

Unterprogramme des COGPACK

VISUMOTORIK: Bewegungsfigur mit Maus führen, verfolgen, markieren. Strecken oder Torten teilen. Figur reproduzieren, spiegeln. Springball abfangen.

VIGILANZ, AUFFASSUNG, REAKTION: Suchaufgaben diverser Komplexität. Sterntaler fangen, Tastendruck auf Zeichenfolgen. Fließbandsimulation, kontinuierliche Performanz.

SPRACHLICHES MATERIAL: Worte aufgrund diverser Cues finden. Zuordnung gesprochener und/oder geschriebener Bezeichner zueinander und zu Bildern, Text mit Abfrage zum Inhalt. Autor-Zitat-/Gedicht-Titel-Zuordnung. Worte, Silben ordnen. Anagramme. Begriffsfelder. Vokabeln. Text abschreiben oder nach Diktat schreiben.

MNESTIK (*Gedächtnis*): Wortserien, Bilder und deren Labels, Muster, Zeichen, Adressen, Routen, bewegte Szenen erinnern. Diverse Recall- und Wiederholmodi.

ZAHLEN, LOGIK: Rechnen im Kopf, Textaufgaben, Geometrie. Ziffern & Zahlworte. Mengen schätzen. Umrechnen (z.B. diverse Währungen in Euro), Vergleiche einfach, schlussfolgernd. Block ergänzen. Reihe fortsetzen. Punkte regelhaft verbinden.

ALLTAG, KÖNNEN, WISSEN, ORIENTIERUNG: Kalender: Orientierung rund um je heutiges Datum, Uhr, Himmelsrichtung, Geografie, Geld, Waage, Verkehrszeichen, Kfz-Kennzeichen, Abkürzungen. PC-Tastatur, Schnellschreibtest. Kalorien, etc.

COGPACK enthält 64 Test- und Übungsprogramme mit je mehreren Varianten

Training Übtabel			
Vergleiche	Matrix	Bildarchiv	Stoppen
Begriffe	Anzahl	Kalorien	Reaktion
Wortraten	Prozent	Einwohner	Tasten
Anagramme	Geld	Elemente	Akkord
Wissen	Rechnen	Morsecode	Auskunft
Geographie	Geometrie	Buchstabiere	Farben&Worte
Gedichte	Zahlwandeln	Kfz-Zeichen	Interferenz
Weisheit	PunktumPunkt	Visumotor	TeileLinien
Lesen	Reihe	Springball	TeileTorte
WeroderWas	Wirrwarr	UFOs	Labyrinth
Abschreiben	Logik	Repro	Sterntaler
Vokabeln	Folge	Note&Ton	Lage
Meinungen	Schilderwald	Waage	1x1 Reihen
Augenzeuge	Route	Kompass	Rechnen Kl.1
Bezirke	Merken	Kalender	Rechnen Kl.2
Suchen	NeuoderNicht	Uhr	Diktat

info OK

Beziehungsgestaltung

- **komplementäre Beziehungsgestaltung** (entgegen Stigmatisierung im Alltag): zuhören und verstehen
- **Positive Verstärkung:** Zusammenfassen und positives Rückmelden von Patientenaussagen
- **emotionale Spürbarkeit: Joining** durch Therapeuten
- **Klare und eindeutige Informationen und Anweisungen**
- **positive Erwartungen und gemeinsame Zielvereinbarung**
- **Argumente** statt Behauptungen fördern
- **Inhalte „erfahrbar“ machen** (Alltagsbeispiele, Rollenspiele etc.) bzw. „**Learning by doing**“ (keine Therapeutenmonologe)

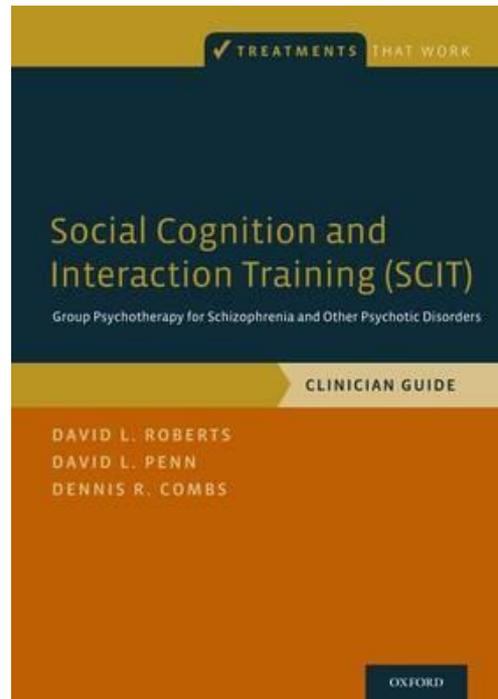


Metakognitives Training (MKT) 6 Themen in 8 Module

- 1. Zuschreibungsstil (Attribution)**
- 2. Voreiliges Schlussfolgern („Jumping to Conclusion“)**
- 3. Korrigierbarkeit (Verändern sozialer Schmata, ToM)**
- 4. Einfühlung I („Thory of Mind“ ToM, Emotionswahrnehmung)**
- 5. Gedächtnis**
- 6. Einfühlung II („Thory of Mind“)**
- 7. Voreiliges Schlussfolgern II („Jumping to Conclusion“ ToM)**
- 8. Selbstwert und Stimmung**



TEI



SCIT

Brief report

Cognitive training in schizophrenia: a neuroscience-based approach

Alexander Genevsky, MA; Coleman T. Garrett, BS; Phillip P. Alexander, BS; Sophia Vinogradov, MD



Meta-analytic data from over a decade of research in cognitive remediation, when combined with recent findings from basic and clinical neuroscience, have resulted in a new understanding of the critical elements that can contribute to successful cognitive training approaches for schizophrenia. Some of these elements include: the use of computerized repetitive practice methods, high dosing schedules, a focus on sensory processing, and carefully constrained and individually adapted learning trials. In a preliminary randomized controlled trial of cognitive training exercises based on these principles, we demonstrated significant improvements in working memory, verbal learning and memory, and global cognition in patients with schizophrenia. These cognitive improvements were accompanied by neurobiological findings suggestive of learning-induced cortical plasticity. Future directions for research and essential remaining questions are discussed.

Keywords: cognitive remediation; cognitive training; schizophrenia; neuroplasticity; cognitive enhancement

Author affiliations: Mental Health Service, San Francisco Department of Veterans Affairs Medical Center; Department of Psychiatry, University of California, San Francisco, California, USA

Over the past several years, our field has recognized the urgent need to develop treatments for the cognitive dysfunction of schizophrenia, as it represents a critical determinant of functional outcome.¹ The Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia (MATRICS), Treatment Units for Research on Neurocognition and Schizophrenia (TURN), and Cognitive Neuroscience Treatment to Improve Cognition in Schizophrenia (CNTRICS) initiatives have focused on psychopharmacologic interventions; however, pharmacotherapy trials of potential cognitive-enhancing agents have so far not demonstrated significant benefits. At the same time, there has been growing interest in evidence-based behavioral treatments, such as social skills training and cognitive remediation for schizophrenia (for review see refs 2,3-8). Nearly 30 randomized controlled trials (RCTs), using a wide range of remediation methods, have firmly established that schizophrenia patients can improve their performance on trained tasks, as well as show some generalization of improvement to untrained functions.^{2,9} In fact, many experts now believe that optimal treatment benefit for patients will be achieved when cognitive-enhancing medications are combined with some form of behavioral cognitive enrichment or cognitive remediation.¹⁰

In this brief overview, we will describe several key issues for cognitive training in schizophrenia, based on a perspective that is directly translated from current experimental neuroscience. We use the term “cognitive training” rather than “cognitive remediation,” since this approach is analogous to physical fitness training, where specific behaviors are used to harness intact physiologic mechanisms in order to restore or enhance performance.

Address for correspondence: Sophia Vinogradov, MD, 116A—SFVAMC, 4150 Clement St, San Francisco CA 94121, USA (e-mail: sophia.vinogradov@ucsf.edu)



Effektivität Kognitiver Remediation

(Roder, Müller, Brenner 2019)

METAANALYSE	EFFEKT VARIABLE	EFFEKTSTÄRKE
Grynszpan et al., 2011 K=16 RCT (N=805) ausschliesslich PC-basierte neurokognitive Remediation	Kognitive Funktionen (global)	0.38
	Aufmerksamkeit/Vigilanz	0.29
	Arbeitsgeschwindigkeit	0.36
	Arbeitsgedächtnis	0.29
	Verbales Lernen und Gedächtnis	0.30
	Visuelles Lernen und Gedächtnis	ns
	Problemlösen	0.48
	Soziale Kognitionen	0.64
Wykes et al. 2011 K=40 CT (N=2104) neurokognitive Remediationstherapie & Integrative Ansätze	Kognitive Funktionen (global)	0.45
	Kognitive Funktionen (global) Follow-up	0.43
	Aufmerksamkeit/Vigilanz	0.25
	Arbeitsgeschwindigkeit	0.26
	Arbeitsgedächtnis	0.35
	Verbales Lernen und Gedächtnis	0.41
	Visuelles Lernen und Gedächtnis	ns
	Problemlösen	0.57
	Soziale Kognitionen	0.65
	Psychopathologie	0.18
	Psychopathologie Follow-up	ns
Soziale Funktionen	0.42	
Soziale Funktionen Follow-up	0.37	
Kurtz et al. 2016 K=16 CT (N=313) sozialkognitive Remediationstherapie & integrierte Ansätze	Emotionswahrnehmung (Gesicht)	0.84
	Soziale Wahrnehmung	1.29
	Theory of Mind (ToM)	0.70
	Attribution (z.B. Aggression)	0.30
	Exekutivfunktionen	1.70
	Negativsymptome	0.32
	Positivsymptome	ns
Cella et al. (2017) K=45 CT (N=2511) kognitive Remediationstherapie & integrierte Ansätze	Negativsymptome	0.30
	Negativsymptome follow-up	0.36
Revell et al. 2017 K=11 CRT (N=615) kognitive Remediationstherapie bei Ersterkrankten	Aufmerksamkeit/Vigilanz	ns
	Arbeitsgeschwindigkeit	ns
	Arbeitsgedächtnis	ns
	Verbales Lernen und Gedächtnis	0.23
	Visuelles Lernen und Gedächtnis	ns
	Problemlösen	ns
	Soziale Kognitionen	ns
	Psychopathologie	0.19
Soziale Funktionen	0.18	

Legende: K=Anzahl eingeschlossener Studien; Trial; CT=Controlled Trial; RCT=Randomized Controlled Trial; ns=nicht signifikant

Effektivität Kognitiver Remediation II

METAANALYSE	EFFEKT VARIABLE	EFFEKTSTÄRKE
Lejeune et al., 2021 K=73 RCT (N=4594) Kognitive Remediation bei Schizophrenie	Kognitive Funktionen (global)	0.29
	Aufmerksamkeit/Vigilanz	0.28
	Arbeitsgeschwindigkeit	0.20
	Arbeitsgedächtnis	0.32
	Verbales Lernen und Gedächtnis	0.33
	Visuelles Lernen und Gedächtnis	0.19
	Soziale Kognitionen	0.12
	Globales Funktionsniveau	0.22
	Positivsymptome	ns
	Negativsymptome	0.16
	Vita et al., 2022 K=130 RCT (N=8851) neurokognitive Remediation & Integrative Ansätze bei Schizophrenie	Kognitive Funktionen (global)
Aufmerksamkeit/Vigilanz		0.17
Arbeitsgeschwindigkeit		0.20
Arbeitsgedächtnis		0.25
Verbales Lernen und Gedächtnis		0.33
Visuelles Lernen und Gedächtnis		0.25
Exekutivfunktionen		0.28
Soziale Kognitionen		0.24
Globales Funktionsniveau		0.22
Positivsymptome		0.12
Negativsymptome		0.14
Signifikanter Einfluss durch:		
- Aktiver und ausgebildeter Therapeut		Chi ² =4.1
- Strukturierte Entwicklung der kognitiven Strategien		Chi ² = 9.3
- Integration mit psychosozialer Reha		Chi ² = 5.7

Legende: K=Anzahl eingeschlossener Studien; Trial; CT=Controlled Trial; RCT=Randomized Controlled Trial; ns=nicht signifikant

Drei Entwicklungsphasen von SST

- Token-Programme
- Rollenspiele zur Verbesserung
“molekularer” und “molarer” Fertigkeiten
- Kognitives SST zu relevanten
Rehabilitationsbereichen

Deutschsprachige Manuale zur Therapie sozialer Kompetenz

Feldhege FJ & Krauthan G (1979) Verhaltenstrainingsprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenzen (VTP). Berlin: Springer

Liberman RP, Eckman T, Blackwell RN, Boone SE (1986) Social and Independent Living Skills (SILS, UCLA); Deutsche Übersetzung, UPD Bern.

Hinsch R, Pfingsten U (1998) Gruppentraining sozialer Kompetenzen. 3. Überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz.

Ullrich R & deMuynck R (2001,2003,2004) Das Assertiveness-Trainings-Programm (ATP) (3 Bände). Stuttgart: Klett-Cotta

Roder V, Brenner HD, Müller DR (2019) Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT) für schizophrene Erkrankte. 7., überarbeitete Auflage. Weinheim: Beltz

Roder V, Zorn P, Andres K, Pfammatter M, Brenner HD, Müller DR (2008) Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter. 2. Auflage. Bern: Huber

Gruppenstrukturierung und -dynamik

- **Gruppenregeln** zur Angstreduktion und Förderung der aktiven Teilnahme (ev. Individuelle Vereinbarungen)
- **Anfangssitzungen:** affektreduzierende „Gesprächstriade“
- **Strukturierungsgrad** als Kontrollmittel der Gruppendynamik (aktive Gesprächsführung; direktes Ansprechen vs freie Kommunikation)
- **Sharing/Verknüpfen:** ähnliche Probleme von anderen Patienten der Gruppe?
- **Gegenseitigen Support** unter den Patienten fördern (Teamgedanken; Koäsion)
- **Vermeiden von Affekt** provozierender Interventionen und Äusserungen (trotzdem: **Humor** zur Motivationsförderung muss sein)
- **Folgesitzungen:** „Vernetzung“ (inhaltlich und zwischen den Teilnehmern)
- **Orientierungshilfe & Gedächtnisstütze:** Hilfsmaterial benutzen (z.B. Tafel, Flipchart)
- **Orientierungshilfe im Prozess:** Überblick, Zusammenfassungen, Vorschau (ggf. Zielvorgabe) , Rückblick

Rollenspiel

VT-Prinzipien: Modellernen, operantes Verstärken, Konfrontation

Indikation: Aufbau, Erprobung und Üben sozialen Verhaltens; Verbessern sozialer Kognitionen (Theory of Mind, soziale und emotionale Wahrnehmung etc)

Durchführungsablauf:

1. *Vorbereitung* (Problem-, Zieldefinition, Antizipation möglicher Schwierigkeiten, Beobachtungsfunktionen festlegen)
2. *Durchführung* (Bühne, Demo/Modell, Verhaltensprobe)
3. *Rückmeldung* (Teilnehmer, Beobachter, Therapeuten)
4. *Transfer* (Selbständige in vivo Übungen, Hausaufgaben, Rückmeldung)

Anwendung bei schizophrenen Erkrankten:

- Gefahr der Überforderung und Überstimulation (dyadisches Rollenspiel Patient-Therapeut, abgestuftes Vorgehen)
- Kognitive Defizite (Hilfsmittel Flipchart, Hilfs-Ich etc.)
- Geringe Gruppenkoäsion zu Therapiebeginn (keine Rollenspiele!)
- Vermeiden emotional starker Reaktionen (Auswahl geeigneter Situationen)

Techniken und Variationsmöglichkeiten beim Rollenspiel

Instruktion	konkrete schriftliche/mündliche Vorgaben
Joining	emotionaler Kontakt herstellen (z.B. Befindlichkeitsfrage)
Coaching	direkte Hilfestellung und Anweisung
Hilfs-Ich	Coaching: für Übenden sprechen/soufflieren
Chaining	komplexes Zielverhalten in einzelne Sequenzen unterteilen
Prompting	unmittelbares verbales/nonverbales Verstärken
Schnitt	Unterbrechen
Ambivalenzdoppeln	Je ein Therapeut argumentiert Pro und Contra
Rollentausch	Übender und Interaktionspartner
Molldarbietung	Therapeuten, andere Teilnehmer, Video
Hierarchiebildung	nach Schwierigkeitsgrad abgestuftes mehrmaliges Einüben
Rückmeldung	bestätigen/verstärken, informieren/hinweisen, motivieren
Sokratischer Dialog	neugieriges formulieren von Fragen mit dem Ziel des Erkennens von Irrationalität und Dysfunktionalität
Sharing	Entlastung und Spannungsabbau durch ähnliche Probleme anderer Teilnehmer
Positives Konnotieren / Reframing	Bewältigungsversuche in neuem Bezugsrahmen positiv verstärken

2008, 2. Aufl.



Behandlungsschritte jedes WAF-Therapieprogramms

- Sensibilisierung für Bedürfnisse, Möglichkeiten und Fertigkeiten
- Entscheidungsfindung hinsichtlich einer bestimmten Wohn-, Arbeits- oder Freizeitsituation
- Umsetzung dieser Entscheidung
- Antizipation und Bewältigung von Schwierigkeiten

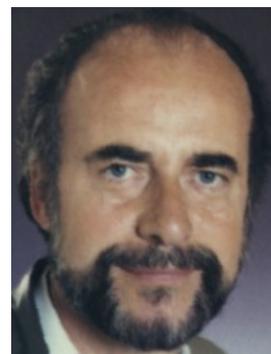
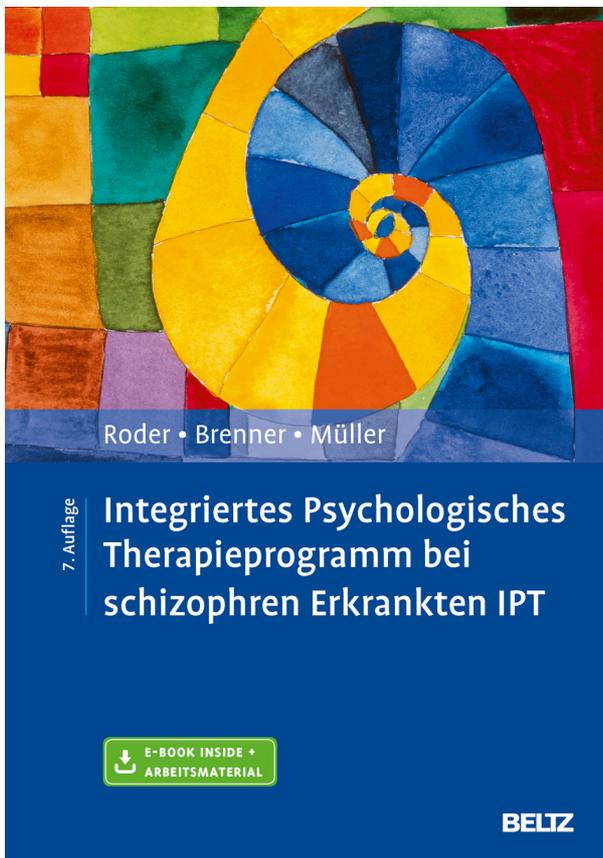
Überblick zum Freizeitprogramm (WAF)

Themenbereich	Zugeordnete Interventionseinheiten	Therapeutische Methoden
(1) Kognitive Orientierung (2) Zielfindung	<ul style="list-style-type: none"> • Aktivierung von Ressourcen • Selbständige Zeitplanung der Freizeitaktivitäten • Schwierigkeiten bei der Alltagsbewältigung • Freizeitaktivitäten als Bewältigungsstrategien • Übersicht zu verschiedener Freizeitaktivitäten • Entscheidungsfindung zur Planung weiterer Freizeitaktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> • Positives Konnotieren • Kognitive Umstrukturierung • Entscheidungstraining • Kognitive Probe • Positives Verstärken
(3) Aufbau spezifischer sozialer Fertigkeiten zur Zielerreichung	<ul style="list-style-type: none"> • Erweitern freizeitbezogener Fertigkeiten • Vorbereiten und Durchführen von Freizeitaktivitäten • Freizeitgestaltung in Gruppen 	<ul style="list-style-type: none"> • Modelllernen • Rollenspiel • Coaching • Positive Verstärkung
(4) Bewältigen von Schwierigkeiten im bearbeiteten Bereich	<ul style="list-style-type: none"> • Wahrnehmung von Stress- und Frühwarnsymptomen • Umgang mit Frühwarnsymptomen • Schwierigkeiten während Freizeitaktivitäten durch Störungsspezifische Symptome • Soziale Fertigkeiten und interpersonelles Problemlösen in der Freizeit • Einbeziehen weiterer Freizeitaktivitäten 	<ul style="list-style-type: none"> • Stressbewältigung • Selbstkontrolltechniken • Selbstverbalisationen • Selbstverstärkung • Selbstmanagement • Entspannungstechniken • Kommunikationstraining • Problemlösen • Brainstorming • Modelllernen • Rollenspiel • Kognitive Umstrukturierung

Effektivität der Therapie sozialer Fertigkeiten

METAANALYSE	EFFEKT VARIABLE	EFFEKTSTÄRKE
Kurtz & Mueser 2008 K=22 RCT (N=1521)	Therapieidentische soziale Variablen	1.20
	Soziale Fertigkeiten	0.52
	Soziales Funktionsniveau	0.52
	Negativsymptome	0.40
	Andere psychiatrische Symptome	ns
	Rehospitalisierung	0.23
Turner et al. 2018 K=27 RCT (N=1437)	Symptome	ns
	Symptome follow-up	0.14
	Positivsymptome	ns
	Positivsymptome follow-up	ns
	Negativsymptome	0.19
	Negativsymptome follow-up	0.18
	Soziale Kompetenz	0.33
	Soziale Kompetenz follow-up	ns
	Therapie sozialer Kompetenz vs „other treatment“	
	Symptome	ns
	Positivsymptome	ns
	Negativsymptome	ns
	Soziale Kompetenz	ns
	Therapie sozialer Kompetenz vs TAU	
	Symptome	0.28
	Positivsymptome	ns
Negativsymptome	0.31	
Soziale Kompetenz	ns	

Legende: K=Anzahl eingeschlossener Studien; Trial; RCT=Randomized Controlled Trial; TAU=Treatment As Usual (Standardbehandlung); ns=nicht signifikant



Hand-Dieter Brenner

2019, 7. Auflage

A Sich bedanken

1. Ein Mitpatient hat zwei fehlende Knöpfe an Ihrem Hemd angenäht. Jetzt bringt er Ihnen das Hemd zurück. Sie freuen sich, bedanken sich und versprechen ihm, dass Sie das nächste Mal ihm einen Gefallen täten.
2. Ein Mitpatient hat Ihnen, ohne dass Sie ihn darum gebeten hätten, beim Abspülen geholfen. Er hat das ganze Geschirr abgetrocknet und Ihnen damit viel Arbeit abgenommen. Jetzt sind Sie fertig und wollen sich bei Ihrem Mitpatienten bedanken. Sie wollen ihm sagen, dass seine Mithilfe Sie sehr gefreut hat.
3. In der Arbeitstherapie weist ein Mitpatient Sie auf einen spannenden Film hin, der heute Abend im Fernsehen kommt. Sie bedanken sich für diesen Hinweis.
4. Sie erhielten von Ihrer Bezugsperson ein sehr schönes Buch zum Geburtstag. Sie wollen jetzt zu ihr ins Dienstzimmer gehen und sich für das Geschenk bedanken.

B Lob, Anerkennung äußern; ein Kompliment machen

1. Ein Mitpatient, der heute „Kochgruppe“ hat, hat Ihrer Meinung nach ein hervorragendes Essen gekocht. Sie sprechen ihn an, um ihn mitzuteilen, wie gut Ihnen sein Essen schmeckt.
2. Ein Mitpatient, der viel malt, hängt gerade ein neues Bild von sich im Gemeinschaftsraum auf. Es gefällt Ihnen sehr gut. Sie wollen ihrem Mitpatienten mitteilen, dass Sie sein Bild sehr schön finden, und sprechen ihn deswegen an.

D Ein Ansinnen ablehnen; eine Bitte abschlagen

1. Ein Mitpatient, der nie eigene Zigaretten hat, bittet Sie heute schon zum dritten Mal um eine Ihrer Zigaretten. Da Sie selber nicht gerade viel Geld haben, lehnen Sie seine Bitte diesmal freundlich, aber bestimmt ab.
2. Sie werden von einem Mitpatienten, der gerne seine Arbeitspflicht an andere weitergibt, gefragt, ob Sie für ihn abspülen könnten. Sie taten ihm schon mehrmals einen ähnlichen Gefallen, heute jedoch lehnen Sie klar und eindeutig ab.

A Kritik üben; reklamieren; sich behaupten

1. Ihr im selben Raum wie Sie untergebrachter Mitpatient hört sehr laut Musik. Sie fühlen sich dadurch gestört und fordern ihn auf, sein Radio auszumachen. Ihr Mitpatient möchte zunächst den Grund hierfür wissen. Sie erklären ihm den Grund, worauf er das Radio leiser dreht.
2. Sie sollen mit einem Mitpatienten zusammen abspülen. Dieser kommt jedoch nicht, sondern raucht eine Zigarette und unterhält sich dabei mit einem anderen Patienten. Da Sie möglichst schnell fertig sein wollen, ärgern Sie sich über die Nachlässigkeit Ihres Mitpatienten. Sie teilen ihm Ihren Ärger mit und fordern ihn zur Mithilfe auf. Er kommt Ihrer Aufforderung nach.
3. Ein Patient einer anderen Abteilung verabredet sich mit Ihnen. Um 8.00 Uhr morgens wollen Sie zusammen auf den Trimm-Dich-Pfad. Sie sind pünktlich, Ihr Kollege kommt jedoch eine halbe Stunde zu spät. Sie kritisieren ihn wegen seiner Unpünktlichkeit. Danach gehen Sie beide auf den Trimm-Dich-Pfad.
4. Sie haben einem Mitpatienten eine Schachtel Zigaretten mitgebracht. Da Sie jedoch versehentlich die falsche Marke gekauft haben, kritisiert Ihr Mitpatient Sie in beleidigendem Ton. Sie weisen ihn zurecht, indem Sie ihm sagen, dass er sich wegen einer solchen Kleinigkeit nicht so aufregen solle. Außerdem ließen Sie sich von ihm nicht beleidigen. Sie lassen den Mitpatienten grußlos stehen und gehen weg.
5. Sie haben nach einem Einkauf im Kaufhaus bezahlt. Sie erhalten von der Kassiererin jedoch zu wenig Geld zurück. Es fehlt genau 1,- Euro. Sie machen die Kassiererin darauf aufmerksam. Nachdem Sie selbst das Geld nochmals nachgezählt hat, gibt sie Ihnen den fehlenden Betrag.
6. Ein Pullover, den Sie eben gekauft haben, hat ein Loch. Sie gehen deswegen gleich wieder zurück in das Geschäft, in dem Sie den Pullover kauften. Sie reklamieren wegen des Loches und wollen den Pullover umtauschen. Nachdem Sie den Kassenzettel vorlegen, nimmt die Verkäuferin den Pullover zurück.