

Menschen mit einer psychotischen Erkrankung: Störungsbild und Interventionen

Veranstaltung Uni Fribourg HS 2022

Take Home Message 4: Integrierte Interventionen

Daniel Müller, Volker Roder
Roana Valli (Tutorin)

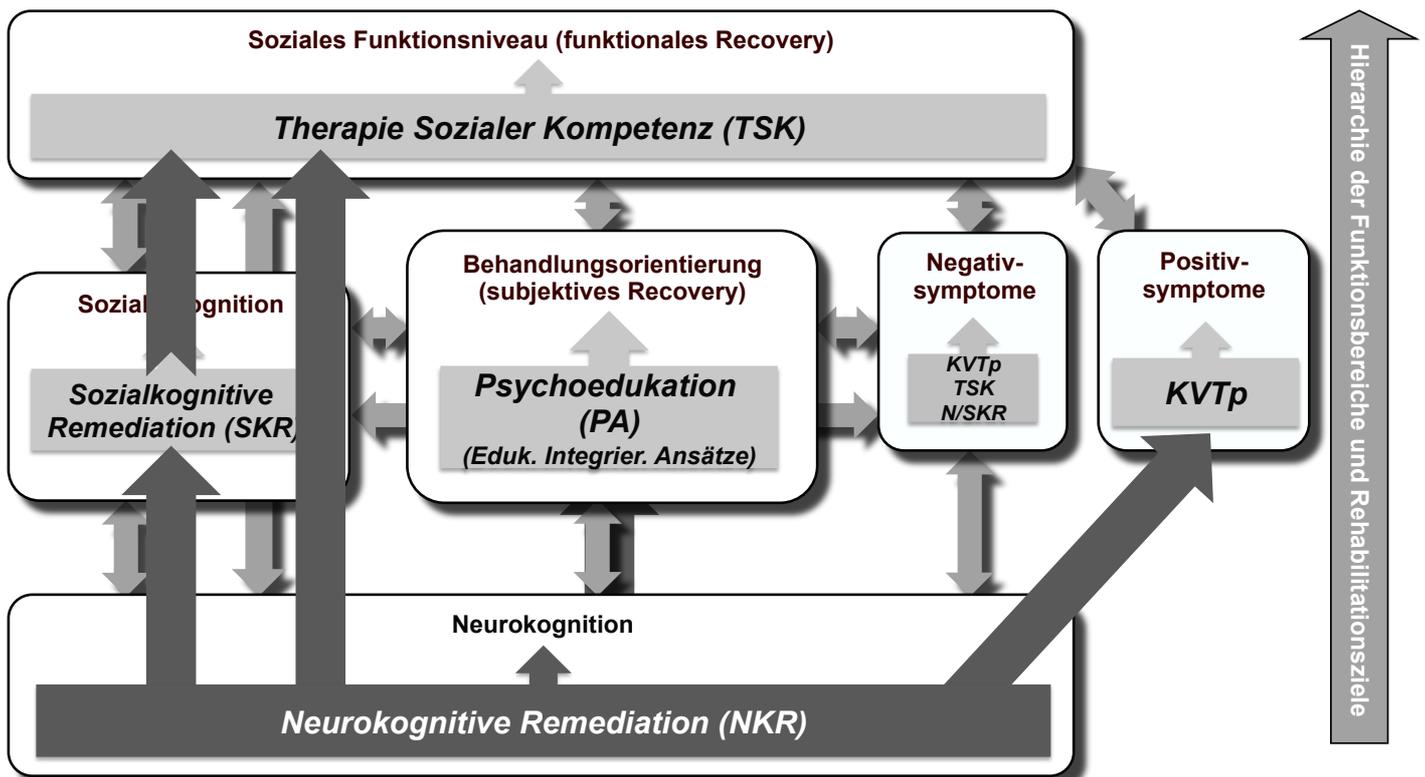
Definition Integrativer Therapieansätze

(Roder V, Müller DR, Brenner HD, Spaulding WD 2010)

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)
 - ...
- ➔ **Neurokognitive Remediation**
- +
- ➔ **Sozialkognitive Remediation**
- ➔ **Psychoedukation**
- ➔ **Therapie sozialer Fertigkeiten**
- ➔ **KVTp**
- ➔ *z.B. Transkranielle Magnet-Stimulation (TMS)*

Integrierte Ansätze = Kombination Neurokognitiver Remediation mit anderen Interventionszielen innerhalb eines einheitlichen Therapiekonzeptes



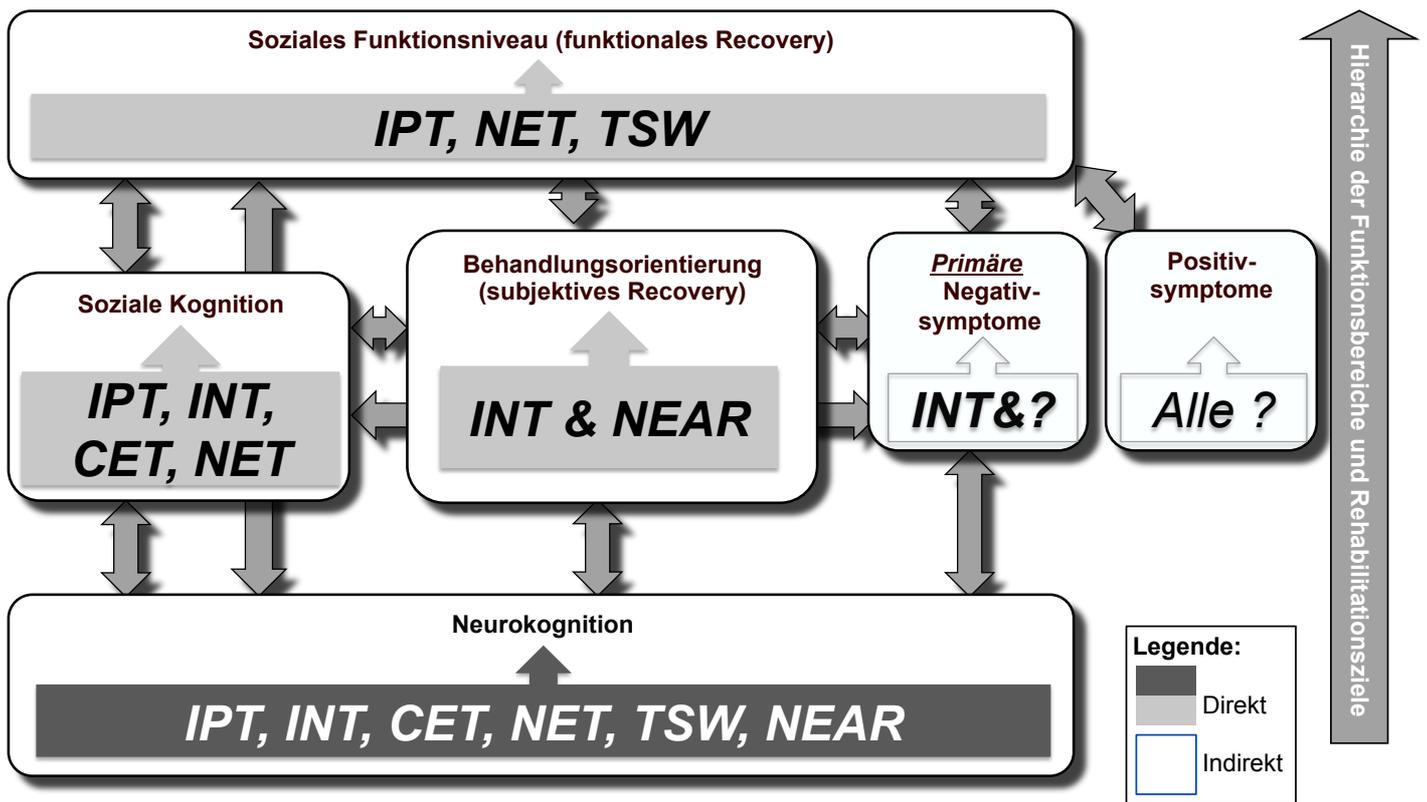
Beispiele integrierter kognitiver Remediationsansätze (Müller & Roder 2017)

Integrierte Therapieansätze	Interventionstyp: Neurokognition	Interventionsziele zusätzlich zu Neurokognition	Autoren
Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (IPT)*	Restitution und Strategielernen, nicht PC-gestützt, Gruppentherapie	soziale Kognition und soziale Kompetenz	Roder et al., 1988, 2010, 2011,19; Müller et al. 2007
Cognitive Enhancement Therapy (CET)*	Restitution und Strategielernen, PC-gestützt, Gruppentherapie	soziale Kognition	Hogarty & Flesher, 1999; Hogarty et al., 2004 Eack et al. 2009,11,16
Neurocognitive Enhancement Therapy (NET)*	Restitution und Strategielernen, PC-gestützt, Gruppentherapie	soziale Kognition und Arbeitsrehabilitation	Bell et al., 2001, 08
Thinking Skills for Work Program (TSW)	Restitution und Strategielernen, PC-gestützte Gruppentherapie	Arbeitsrehabilitation	McGurk et al., 2005, 07
Neuropsychological Educational Approach to Rehabilitation (NEAR)*	Restitution und Strategielernen, PC-gestützt, Gruppentherapie	Verbesserung der intrinsischen Motivation	Medalia et al., 2007; Medalia & Freilich, 2008
Integrierte Neurokognitive Therapie (INT)	Restitution und Strategielernen, teilweise PC-gestützt, Gruppentherapie	soziale Kognition (alle MATRICS-Dimensionen) +Psychoedukative & KVTp-Techniken	Roder & Müller, 2013; Müller et al., 2015, 2017, 2020

*«State-of-the-art interventions» [APA/CAPP TFSMI, 2009].

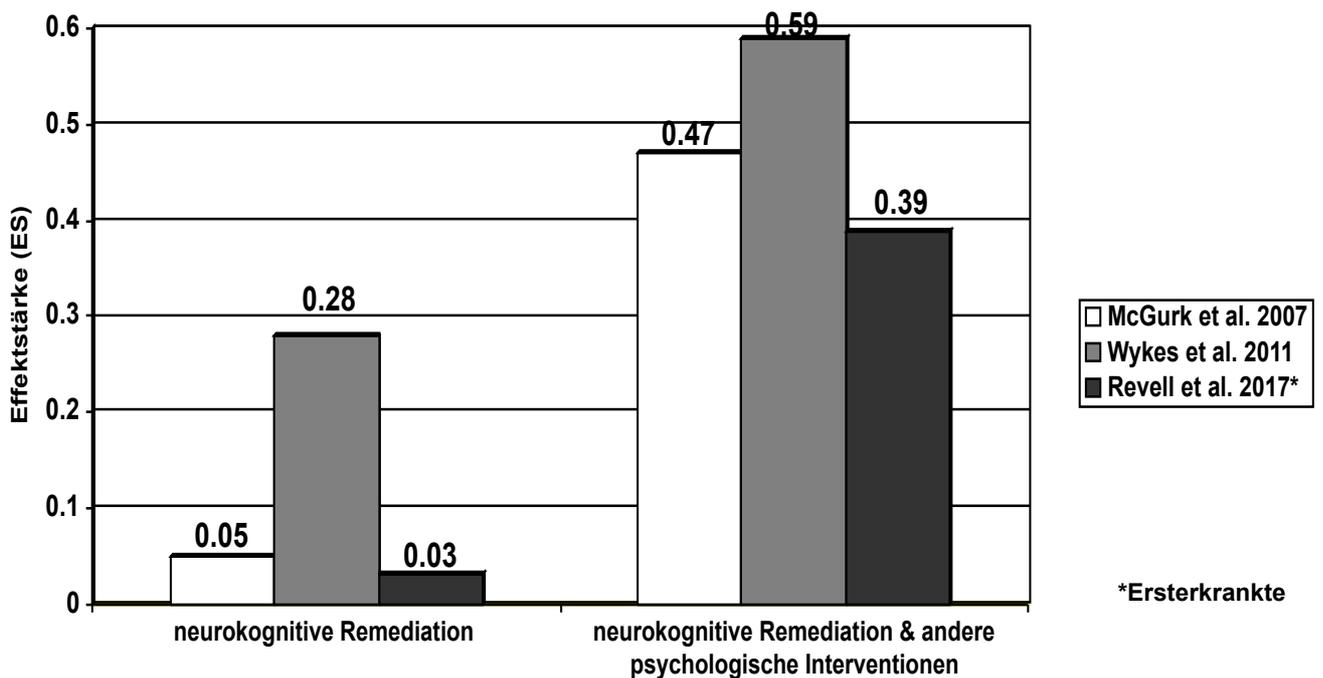
MATRICS = Measurement and Treatment Research to Improve Cognition in Schizophrenia.

Integriertes Modell: schematische Darstellung der Interventionsbereiche der Integrierten Ansätze (Müller 2021)



Psychosoziales Outcome kognitiver Remediationsansätze

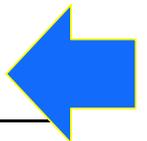
(McGurk et al. 2007: K=26 RCTs; Wykes et al. 2011: K=38 CTs; Revell et al. 2017: 11 RCTs)



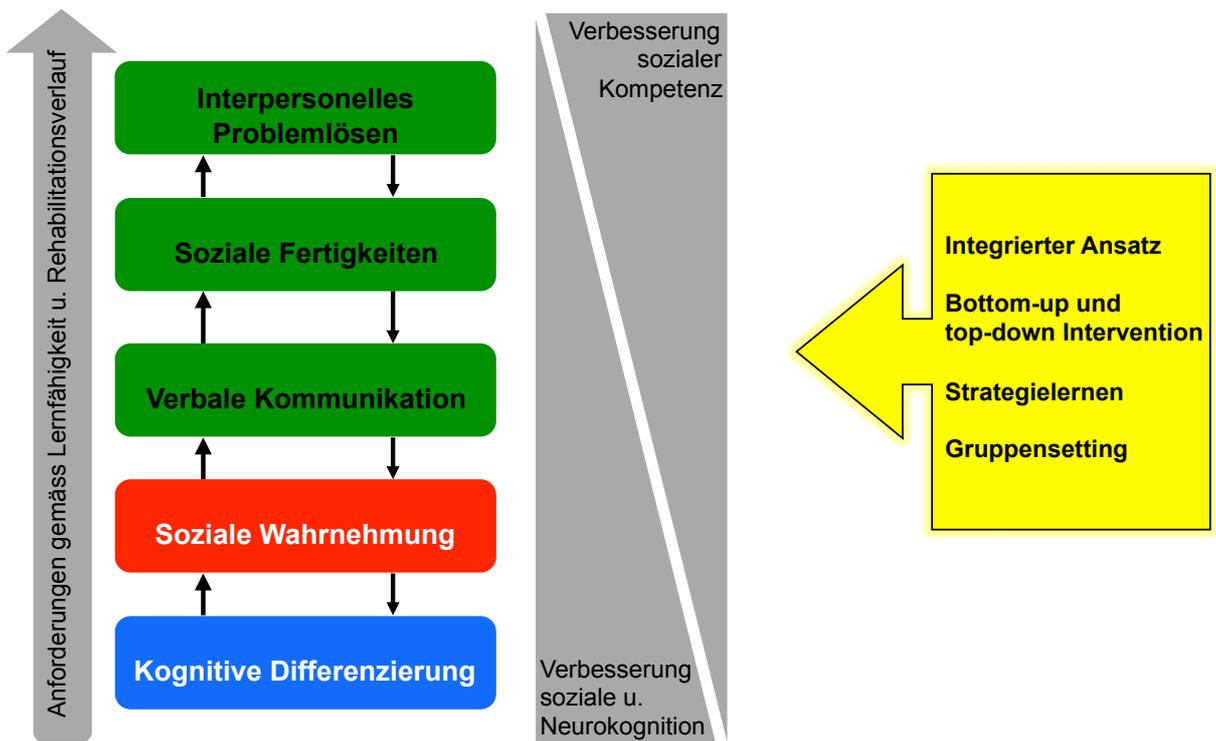
Effektivität Kognitiver Remediation (Integrierte Ansätze)

METAANALYSE	EFFEKT VARIABLE	EFFEKTSTÄRKE	
Vita et al., 2021 K=130 RCT (N=8851) neurokognitive Remediationstherapie & Integrative Ansätze	Kognitive Funktionen (global)	0.29	
	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 zusätzlicher psychosozialer Reha	Chi ² = 5.7		

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



Integriertes Psychologisches Therapieprogramm IPT für schizophrene Erkrankte: Inhalt und Aufbau (Roder, Brenner, Müller 2019)



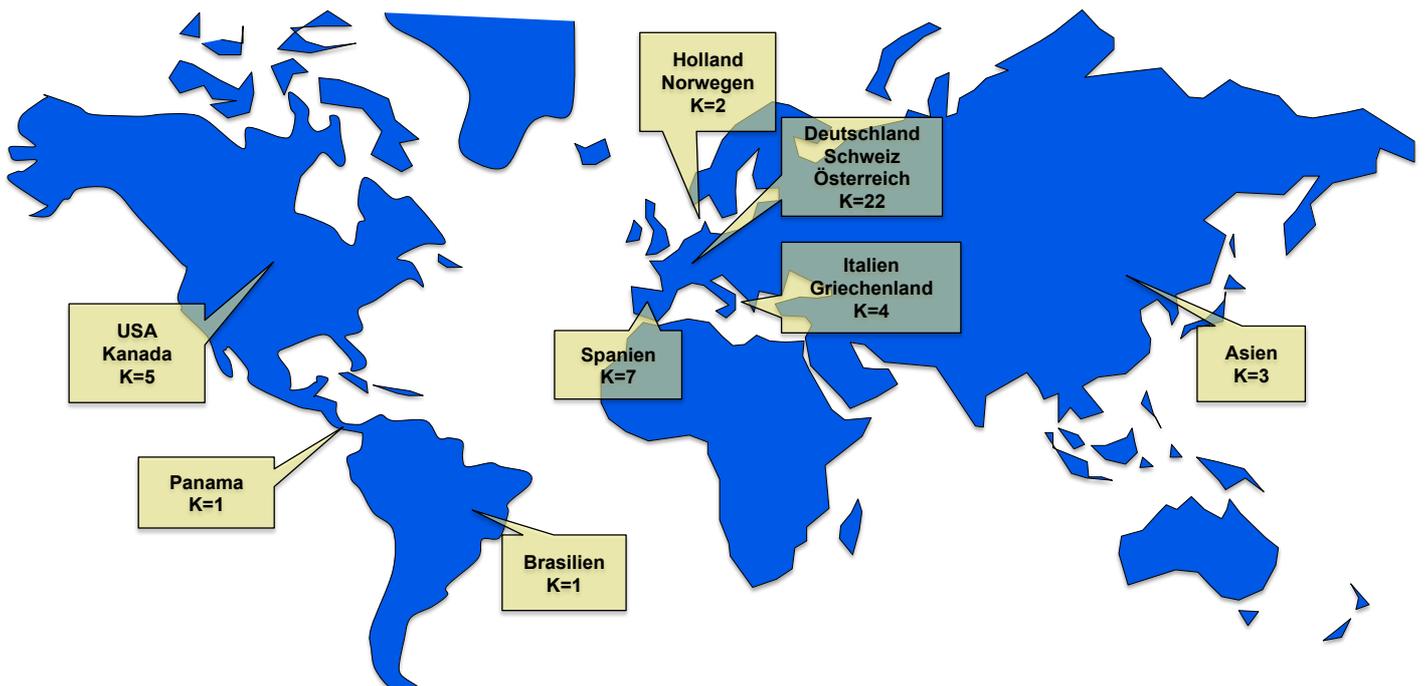
45 unabhängige IPT-Evaluationsstudien (2102 Patienten)

(Roder et al. 2006, 2011, 2019
Mueller et al. 2007, 2013,
Mueller & Roder 2008;
Blum 2023))

Autoren	Land	N	Setting	Zentrum
1) Brenner et al. 1980, 1987	Germany	43	stationär	akademisch
2) Brenner et al. 1982	Germany	28	stationär	akademisch
3) Stramke & Hodel 1983	Schweiz	18	stationär	akademisch
4) Bender et al. 1987	Germany	28	stationär	nicht-akadem.
5) Brenner et al. 1987	Germany	18	ambulant	nicht-akadem.
6) Hermanutz & Gestrich 1987	Germany	64	stationär	nicht-akadem.
7) Kraemer et al. 1987	Germany	30	stationär	mix
8) Roder et al. 1987	Schweiz	17	stationär	nicht-akadem.
9) Funke et al. 1989	Germany	24	stationär	nicht-akadem.
10) Heim et al. 1989	Germany	65	stationär	nicht-akadem.
11) Peter et al. 1989, 1992	Deutschland	83	stationär	akademisch
12) Kraemer et al. 1990	Deutschland	43	stationär	akademisch
13) Olbrich & Mussgay 1990	Deutschland	30	stationär	akademisch
14) Roder et al. 1990	Schweiz	18	stationär	nicht-akadem.
15) Schüttler et al. 1990, Blumenthal et al. 1993	Deutschland	95	stationär	nicht-akadem.
16) Hubmann et al. 1991	Deutschland	21	stationär	nicht-akadem.
17) Gaag van 1992	Holland	42	stationär	nicht-akadem.
18) Takai et al. 1993	Japan	34	stationär	mix
19) Theilemann 1993	Deutschland	45	stationär	nicht-akadem.
20) Hodel 1994	Schweiz	21	stationär	akademisch
21) Hodel & Brenner 1996	Schweiz	15	stationär	akademisch
22) Spaulding et al. 1999	USA	91	stationär	akademisch
23) Roder et al. 2000	Schweiz, Deutschland, Österreich	143	mix	mix
24) Vallina et al. 2001	Spanien	35	ambulant	nicht-akadem.
25) Vauth et al. 2001	Schweiz	57	stationär	akademisch
26) Vita et al. 2001	Italien	86	ambulant	nicht-akadem.
27) Penadés et al. 2003	Spanien	37	ambulant	akademisch
28) Garcia et al. 2003	Spanien	23	ambulant	nicht-akadem.
29) Lewis et al. 2003	USA	38	ambulant	nicht-akadem.
30) Ueland & Rund 2004	Norwegen	26*	stationär	akademisch
31) Briand et al. 2005, 2006	Kanada	90	ambulant	mix
32) Alguero 2006	Panama	12	stationär	nicht-akadem.
33) Zimmer et al. 2007	Brasilien	56	ambulant	akademisch
34) Tomas 2009	Spanien	39	ambulant	akademisch
35) Gil Sanz et al. 2009	Spanien	14	ambulant	nicht-akadem.
36) Garcia-Nieto et al. 2011	USA, Spanien	72	ambulant	nicht-akadem.
37) Vita et al. 2011	Spanien	90	ambulant	akademisch
38) Taksal et al. 2015	Indien	29	ambulant	akademisch
39) Borriello et al. 2015	Italien	28	ambulant	nicht-akadem.
40) Rakitzi et al. 2016	Griechenland	48	ambulant	nicht-akadem.
41) Li 2018	China	63	mix	mix
42) Aloi et al. 2018	Italien	41	stationär	nicht-akadem.
42) Obeid et al. 2019	Libanon	40	stationär	nicht-akadem.
43) Ruiz-Iriondo et al. 2019	Spanien	77	ambulant	akademisch
44) Dumont et al. 2020	Kanada	2**	Forensik	akademisch
45) Redlich Bossy et al. 2023	Schweiz	83	stationär	akademisch

*Jugendliche Patienten; **Einzelfallstudie

Länderverteilung der 44 IPT-Studien (K=Anzahl Studien)



Patientencharakteristika (Roder, Brenner, Müller 2019)

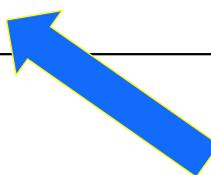
	M	SD
Alter	34.8	5.5
Krankheitsdauer (Monate)	10.0	4.9
Hospitalisationsdauer (Monate)	5.7	5.9
IQ	92.9	8.4

Legende: M=Mittelwert; SD=Standardabweichung

Therapiesetting (Roder, Brenner, Müller 2019)

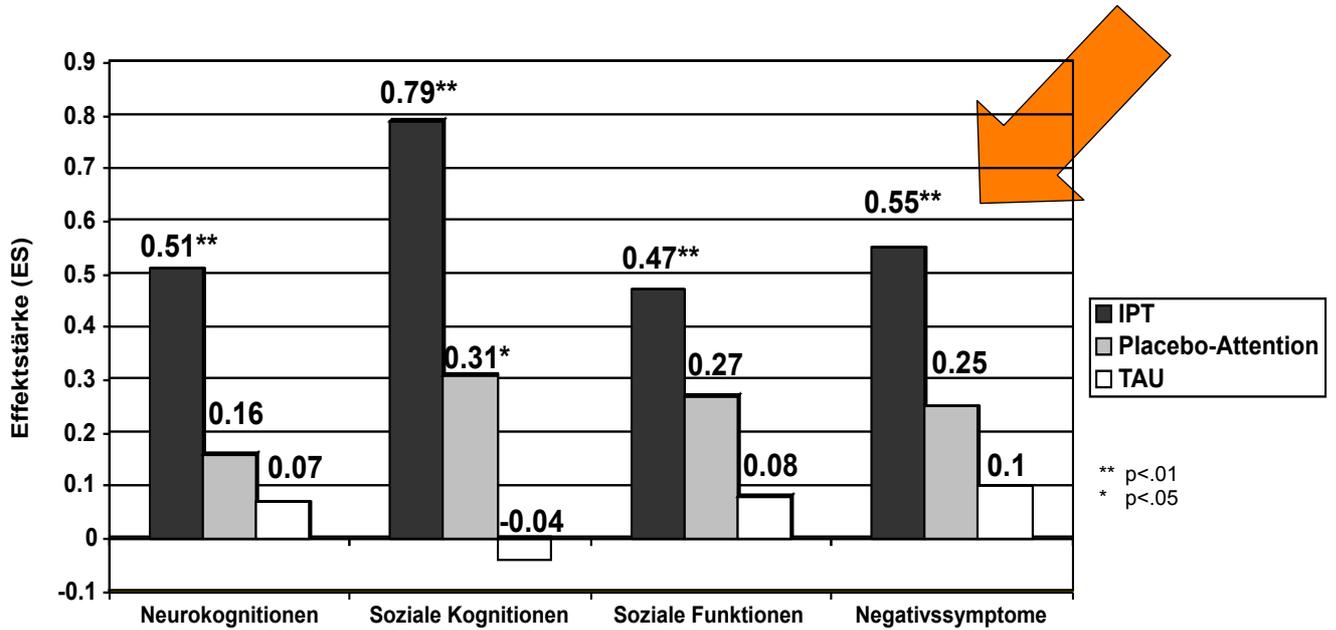
	M	SD
Therapiedauer (Wochen)	16.3	12.6
Therapiedauer (Stunden)	44.3	30.3
Anzahl Sitzungen pro Woche	2.8	1.2

Legende: M=Mittelwert; SD=Standardabweichung

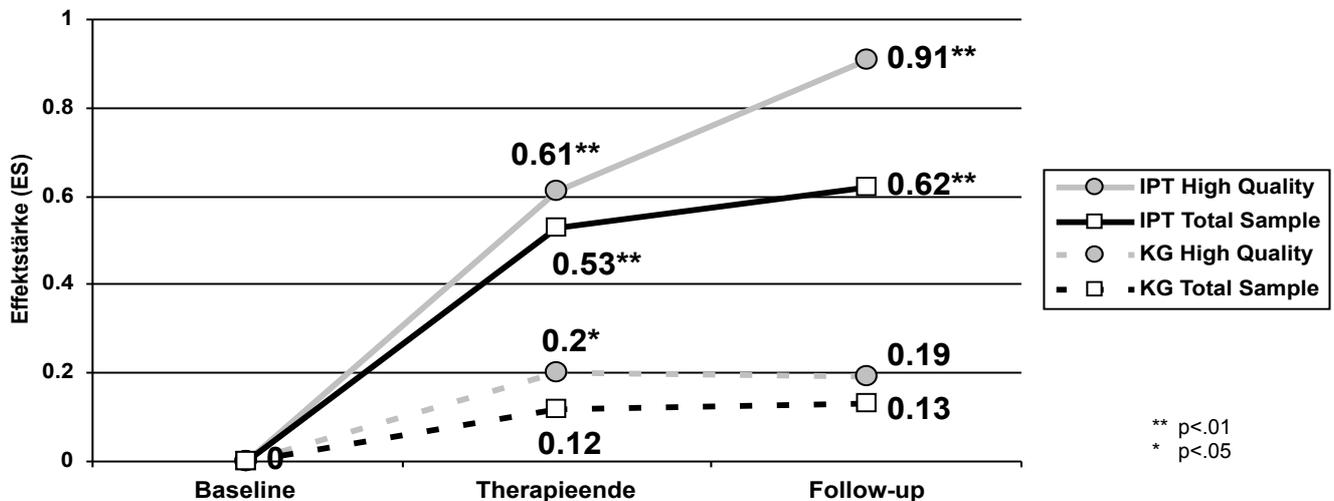


Effekte spezifiziert nach Funktionsbereichen und Symptomen

(Roder, Brenner, Müller 2019)

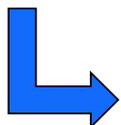
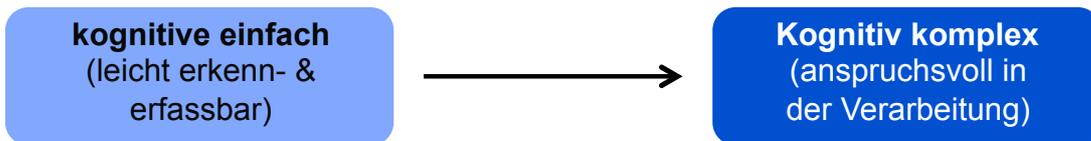
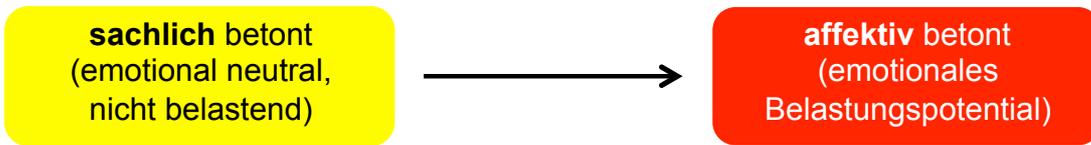


Mittlere gewichtete Effektstärken der gesamten Stichprobe (k=40; n=1796) und in High Quality Studien (n=10; n=554)



Therapiedauer: Total Sample: M = 16.5 Wochen
 High Quality: M = 19.3 Wochen
 Follow-up: Total Sample: M = 7.0 Monate
 High Quality: M = 5.3 Monate

IPT-Therapiematerialien



Variationsmöglichkeiten des Anspruchsniveaus

1. Kognitive Differenzierung

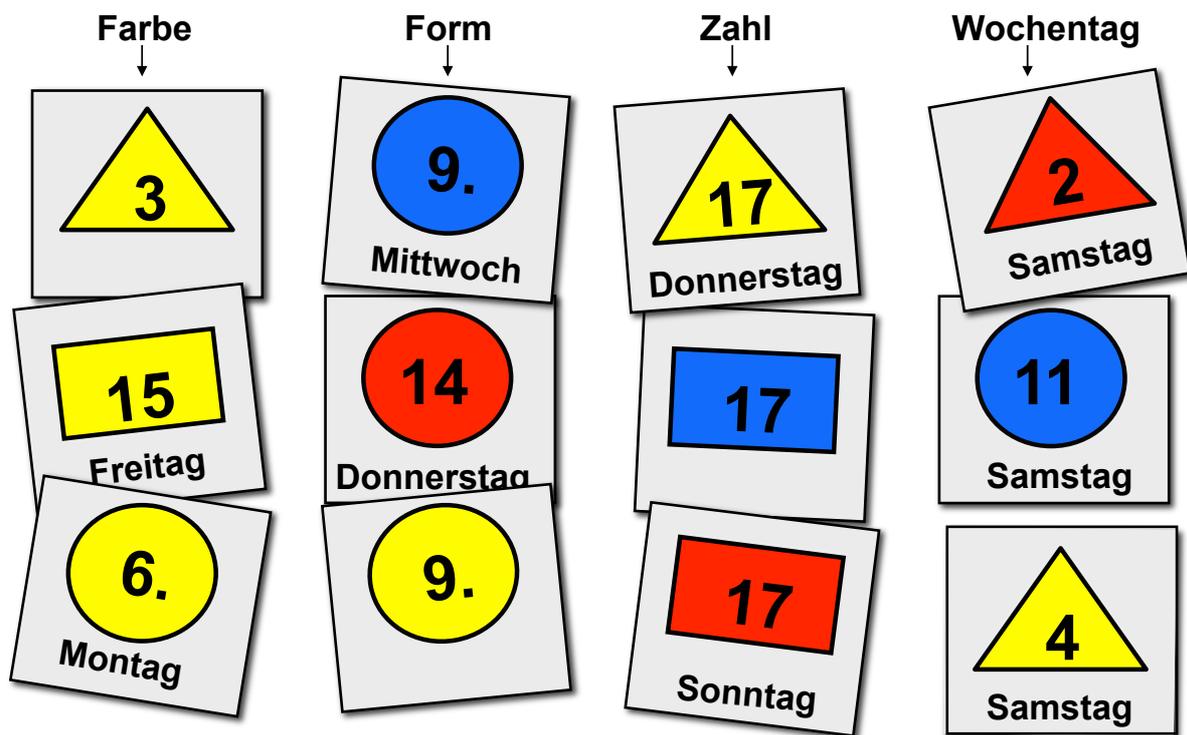
Therapeutisches Vorgehen / Übungen

- *Stufe 1 Kärtchenübungen*
- *Stufe 2 Verbale Begriffssysteme:*
 - Begriffshierarchien
 - Synonyme
 - Antonyme
 - Wortdefinitionen
 - Wortkarten
 - Begriffe mit unterschiedlicher Bedeutung (nach Kontext)
- *Stufe 3 Suchstrategien*

Ziele

- Verbesserungen bezüglich - Informationsverarbeitung (Aufmerksamkeit, Konzentration, Gedächtnis, Problemlösen etc.)
- Gruppeninteraktion und interpersonelle Beziehungen (Verminderung sozialer Angst)

Kartenbeispiele ("Kärtchenübung"; Stufe 1: Kognitive Differenzierung)



1. Kognitive Differenzierung

Wortdefinitionen:

Material: Vorgegebene Wortkarten
(sachlich betonte gegenständliche oder abstrakte Begriffe,
oder affektiv betont/belastende Begriffe)

Vorgehen: Jemandem ausserhalb unserer Zivilisation (Co-Therapeut) einen
Begriff erklären (Rollenspielcharakter);
Co-Therapeut fasst zusammen, was er bereits weiss:

Dimensionen: Material
Form
Standort
Form usw.

Wortdefinitionen

„Sachlich betont“ (gegenständliche Begriffe)

1. Tür:
 - Material: Platte aus Holz, Plastik, Metall oder Glas
 - Standort: befestigt in einer großen Öffnung in der Wand
 - Funktion: mit der Tür kann man die oben genannte Öffnung schließen bzw. öffnen und dadurch einen Raum betreten bzw. verlassen
2. Heizung:
 - Material: Metall
 - Standort: meist unter dem Fenster in Wohnräumen
 - Form: rippenartiger Körper etc.
3. Spiegel
4. Buch
5. Waschbecken
6. Vorhang
7. Fenster
8. Telefon
9. Regal
10. Bett
11. Auto

(abstrakte Begriffe)

12. Sommer:
 - warme Jahreszeit von Juni bis September
13. Hunger:
 - elementares Bedürfnis nach Flüssigkeit
15. Gruppe:
 - (kleine) Anzahl (von Menschen)
16. Luft:
 - lebensnotwendiges durchsichtiges Gasgemisch
17. Wind:
 - Luftbewegung mit unterschiedlicher Stärke
18. Zeit:
 - Ablauf allen Geschehens; Unterschied vom „Jetzt“ zum „Nachher“ und „Vorher“
19. Hobby:
 - interesselgebundene, spaß- und ausgleichbringende Freizeitbeschäftigung
20. Licht:
 - sichtbare künstliche oder natürliche Energie
21. Wetter:
 - Zusammenspiel von Energien in Form von Licht, Wasser und Luft

Wortdefinitionen II

„Affektiv betont, belastend“

1. Arbeit:
 - produktive Tätigkeit zur Beschaffung des Lebensunterhalts
2. Urlaub:
 - arbeitsfreie Zeit, die der Erholung und Entspannung dient
3. Ausbildung:
 - Vorbereitung auf eine Tätigkeit (Beruf)

2. Soziale Wahrnehmung

Therapeutisches Vorgehen / Übungen

Stufe 1	Informationssammlung
Stufe 2	Interpretation und Diskussion
Stufe 3	Titelfindung

Ziele

- Verbesserung der Wahrnehmung interpersoneller Situationen
- Verbesserung der Emotionswahrnehmung
- Verminderung kognitiver Dissonanz
- Verbesserung allgemeiner sozialer Fertigkeiten

Tabellen zur Bildserie Soziale Wahrnehmung (Serie 2019)

Einschätzungen zu jedem der 40 Bilder von 110 gesunden Pbn

- AB 5 **Kognitive Komplexität** (%-Angaben zu nicht, mittel oder ausgeprägt kognitiv komplex)
- AB 6.1 **Emotionsinduktion** (beim Betrachter ausgelöste Emotionen: positive, negative oder keine Emotion (keine=in Tabelle unterstrichen) sowie % geringe, mittlere oder starke Intensität)
- AB 6.2 **Emotionsqualität:** % Freude, Überraschung, Ärger, Trauer, Angst, Ekel und Neutral
- AB 6.3 auf 14 Bilder ist die **zentrale Person** definiert (%), auf welche sich die Emotionserkennung bezieht
- AB 7 **Titel** der Bilder



Beispiel: Bild 3

- AB 5 Komplexität: mittel kogn. komplex (45%)
- AB 6.1 Emotionsinduktion : positiv (58%),
starke Intensität (49%)
- AB 6.2 Emotionsquali.: Überraschung (93%)
- AB 6.3 zentrale Person: Person links (87%)
- AB 7 Titel: das Erstaunen

Beispiel Soziale Wahrnehmung (Serie 1997/2002) (Wahrnehmung = Realität/Fakten und Vermutung/Annahmen)



4. Soziale Fertigkeiten

Therapeutisches Vorgehen / Übungen

Stufe 1: Kognitive Aufarbeitung

- Vorgabe der zu übenden Situation (mit oder ohne Interaktionsziel) und vorlesen und zusammenfassen lassen
- Zieldefinition
- Dialogerarbeitung zur Zielrealisierung (auf Tafel festhalten)
- Finden einer Überschrift
- Antizipation von konkret zu erwartenden Schwierigkeiten
- Vergabe von Beobachtungsfunktionen (z.B. Blickkontakt, Mimik, Sprechgeschwindigkeit, Gestik, Lautstärke, aber auch inhaltliche Aspekte)
- Einschätzen der Schwierigkeit (1=sehr einfach; 6=sehr schwierig: mit „Einfachen“ beginnen)

Stufe 2: Durchführung

- Bühne bauen
- Demonstration der (Co)Therapeuten (Rückmeldung: aktiver Akteur-Beobachter-passiver Akt.)
- Rollenspiel des ersten Patienten (mit oder ohne Cotherapeut)
- Rückmeldung (Aktiver-Beobachter-Passiver-Therapeut: positive Verstärkung und konstruktive Vorschläge zur Verhaltensänderung)
- Besprechen des "in-vivo Transfer" & Hausaufgaben (Nachbesprechung in nächster Sitzung) (Üben aller weiteren Patienten)

Techniken und Variationsmöglichkeiten beim Rollenspiel

Instruktion	konkrete schriftliche/mündliche Vorgaben
Modellernen	Co-Therapeut als Modell (unter Regie des Patienten/Gruppe)
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

4. Soziale Fertigkeiten

Materialien mit verschiedenen Schwierigkeitsgraden

Eher risikoarme Situationen (z.B. sich bedanken; Lob äussern; sich informieren)

- Interaktionserfolg wahrscheinlich

-Variationen: Interaktionsziel nicht nennen; Dialog wortwörtlich aufschreiben

Eher risikoreiche Situationen (z.B. Kritik üben; Kontakt aufnehmen; Bitte äussern)

- Interaktionserfolg durch Interaktionspartner bedingt

-Variation: Interaktionspartner verhält sich nicht im Sinne des Senders (üben des Umgangs mit frustrierenden Interaktionen ohne Erfolg zur Generalisierung in Alltag)

Komplexe Situationen

- realitätsnahe, komplexe Anforderung, kaum antizipierbar

- Video als didaktisches Hilfsmittel möglich

Soziale Fertigkeiten: Materialien mit verschiedenen Schwierigkeitsgraden

Eher risikoarme: Beispiel zu:

- Sich bedanken
- Lob, Anerkennung äußern; ein Kompliment machen
- Sich informieren; eine Auskunft einholen
- Ein Ansinnen ablehnen; eine Bitte abschlagen

Eher risikoreiche Situationen: Beispiele zu

- Kritik üben; reklamieren; sich behaupten
- Sich entschuldigen
- Eine Bitte, einen Wunsch äussern; ein Anliegen vorbringen
- Kontakt aufnehmen
- Eine gemeinsame Unternehmung initiieren

Verhalten in komplexe Situationen

Beispiel: Sie sitzen in Ihrem Stammcafé und wollen bezahlen. Plötzlich bemerken Sie mit Schrecken, dass Sie Ihren Geldbeutel vergessen haben. Im Café ist auch weit und breit kein Bekannter von Ihnen zu sehen. Sie rufen die Bedienung, die Sie vom Sehen kennen, und schildern ihr Ihre missliche Lage.

5. Interpersonelles Problemlösen

Therapeutisches Vorgehen / Übungen

Stufe 1 Identifikation des Problems

mit affektiv nicht belastenden (vorgegebenen) Problem beginnen
z.B. anknüpfend an selbständige Übung
Standardisierte Problemliste (prakt. Lebensfertigkeiten, WG-Suche, Umzug, Zusammenleben)
Arbeiten mit Punkteinschätzungen

Stufe 2 Kognitive Problemaufbereitung

situative, körperlich, psychische Bedingungen
Tatsache nicht gleich Vermutung; IST- und SOLL-Zustand definieren
Veränderungserwartung etablieren

Stufe 3 Erarbeiten von Lösungsmöglichkeiten

Brainstorming (nicht bewerten), Konkretisierung abstrakter Bewältigungsideen

Stufe 4 Diskussion der Lösungsalternativen

Pro und Kontra jeder Alternative, Realisierungschancen, („Favorit“ am Ende)

Stufe 5 Entscheidung für 1 Lösungsmöglichkeit

Prinzip: Patient entscheidet!

Stufe 6 Umsetzung in die Praxis

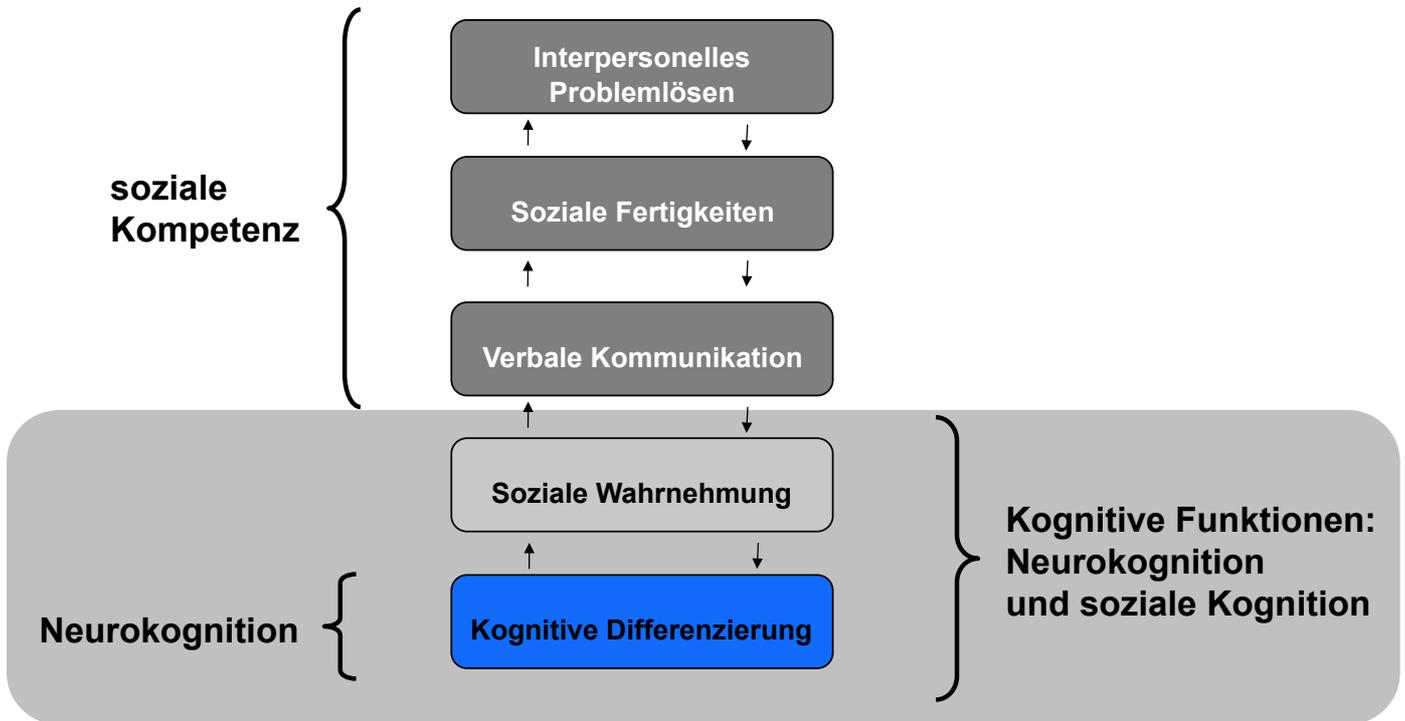
Rollenspiel m. kog. Vorstrukturierung (in sensu & in vivo Verhaltensübung); Hausaufgabe

Stufe 7 Rückmeldung

ev. konkrete Verbesserungsvorschläge; Misserfolg nicht gleich Scheitern!

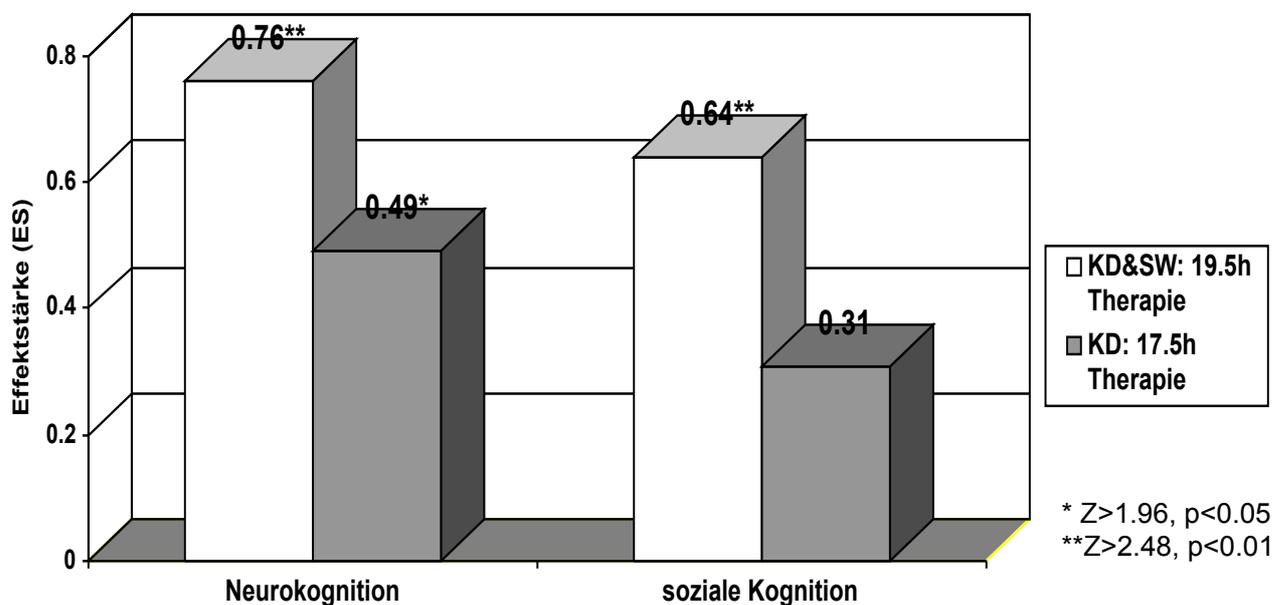
IPT Unterprogramme: Was wirkt?

(Müller & Roder. 2008)



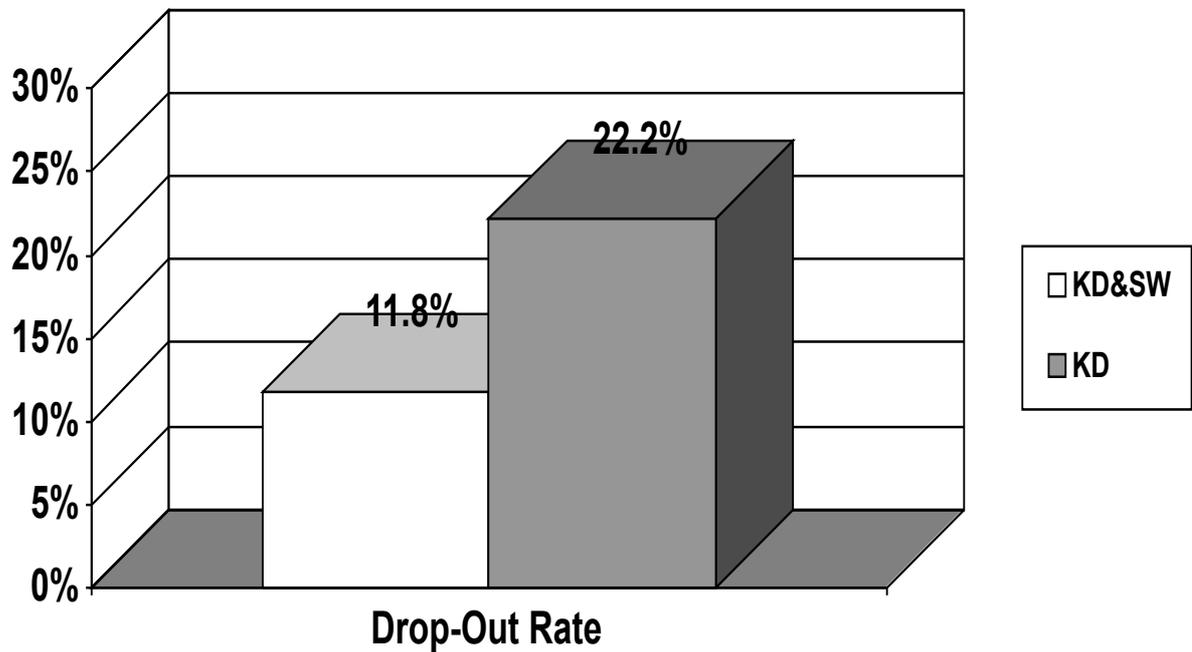
Neuro- und sozialkognitive IPT-Unterprogramme: kontrollierte Therapiedauer

(Müller & Roder 2008)

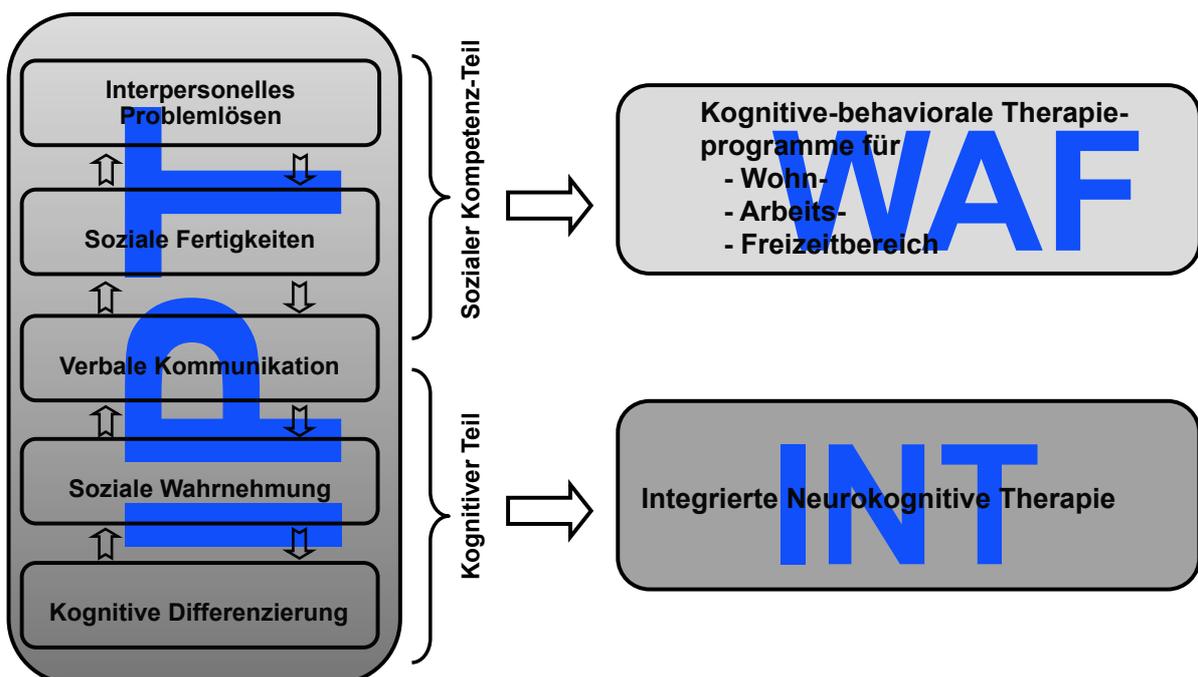


Drop-out Raten der IPT-Unterprogramme

(Müller & Roder 2008)



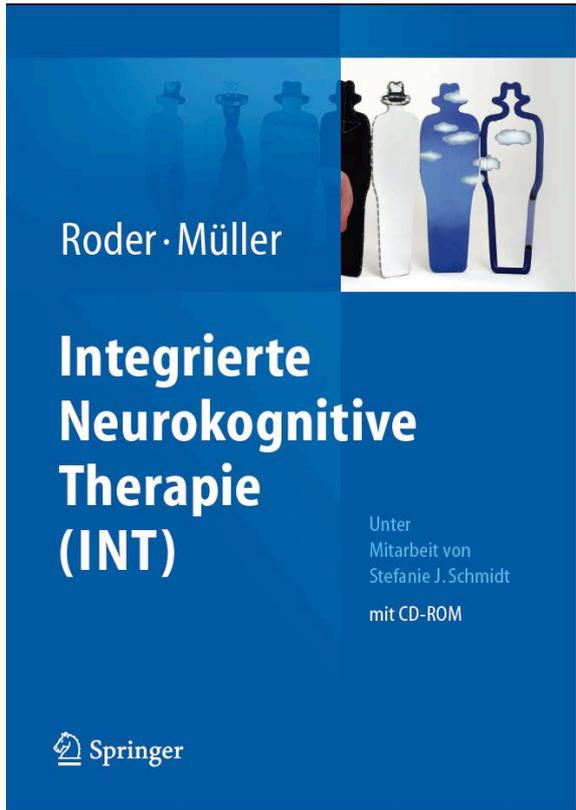
Weiterentwicklungen des IPT



Therapiemanual (2013)



+ CD-ROM



**Kognitive Remediation in Gruppen
Weiterentwicklung des IPT**

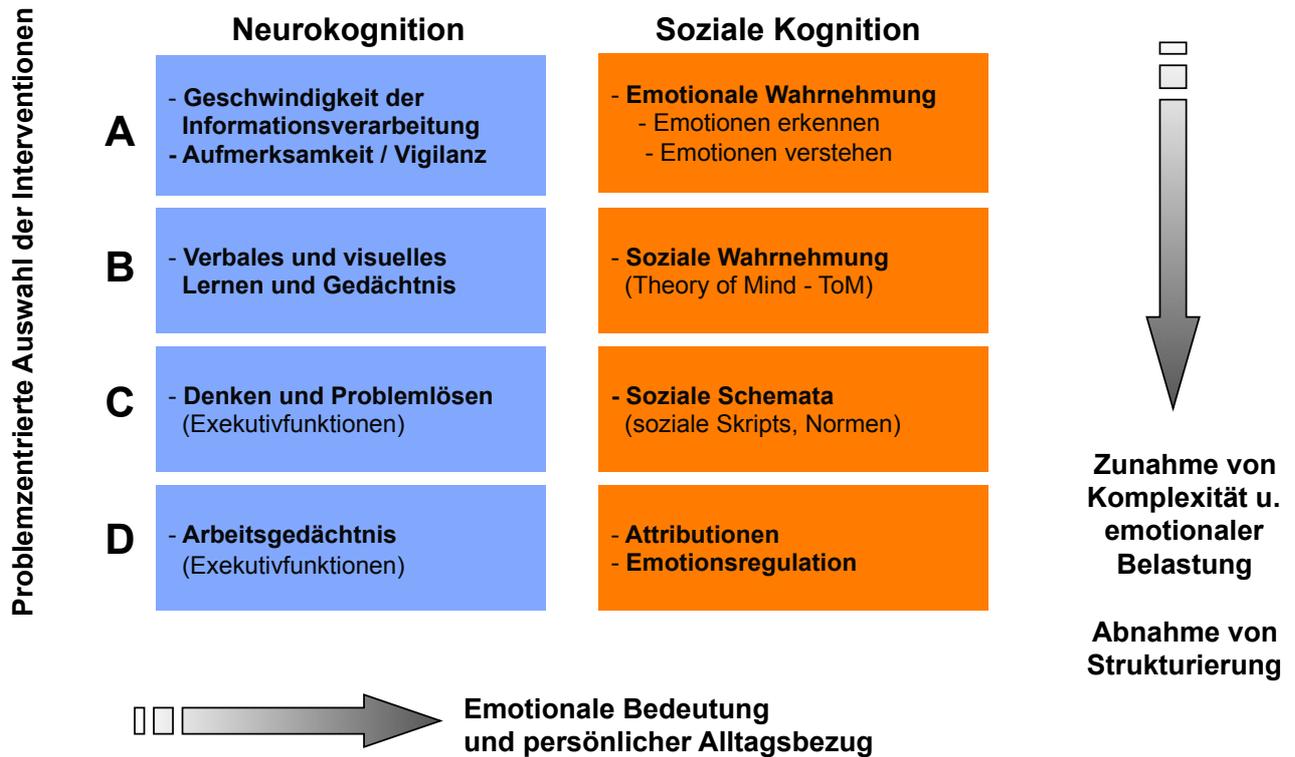
CD-ROM: Inhalt

S. 2-46:	Informationsblätter
S. 47-85	Arbeitsblätter
S. 86-103	Fallvignetten
S. 104-255	Materialien (M)
S. 256-472	e-Materialien (eM)

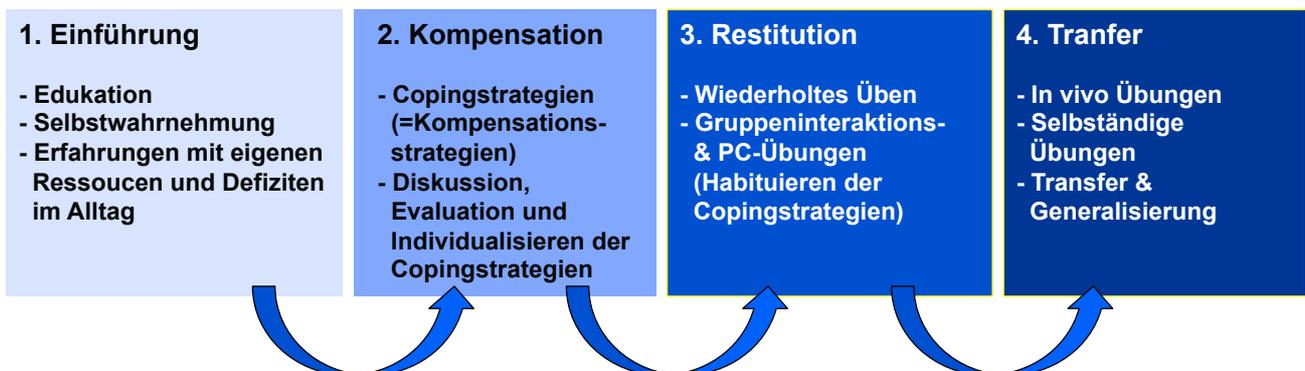
Integrierte Neurokognitive Therapie (INT)

(Müller & Roder 2013)

Therapiebereiche und Prozessvariablen



INT-Therapiekomponenten: Module A-D



Integrierte Neurokognitive Therapie (INT): Behandlungsziele

Optimierung des Rehabilitationspotentials/-prozesses durch

Primärziele:

- **Verbesserung neurokognitiver Funktionen** (ins. Restitution & Bewältigung)
- **Verbesserung sozialkognitiver Funktionen der Informationsverarbeitung** (ins. Selbst- & Fremdwahrnehmung)

Sekundärziele:

1) Prozessual:

- **Ressourcenaktivierung & Selbstwirksamkeitserleben**
- **Problem-/Krankheitssensibilisierung & Bewältigungserfahrung**
- ➔ **Erhöhung von Veränderungsbereitschaft & Behandlungsmotivation**

2) Funktional:

- **Verbesserung des sozialen Funktionsniveaus**
- **Reduktion der Negativsymptome? Rückfallprävention**

Voraussetzungen und Indikation der INT

Infrastruktur: - Therapieraum und PCs

Therapeuten: - Mindestens 2 qualifizierte Therapeuten (KVT, Umgang mit Gruppendynamik & -strukturierung)

Setting: - Offene, halboffene oder geschlossene Gruppe (n=5-8)?
- Homogene oder heterogene Gruppe?

Indikation: - Kognitive Funktionsdefizite in mindestens einer MATRICS-Dimension
- Schizophrenie, schizoaffektive Störung (auch mit Negativ- und/oder (nicht zu ausgeprägten) Positivsymptomen)
- KEINE PC-Kenntnisse erforderlich (CogPack)

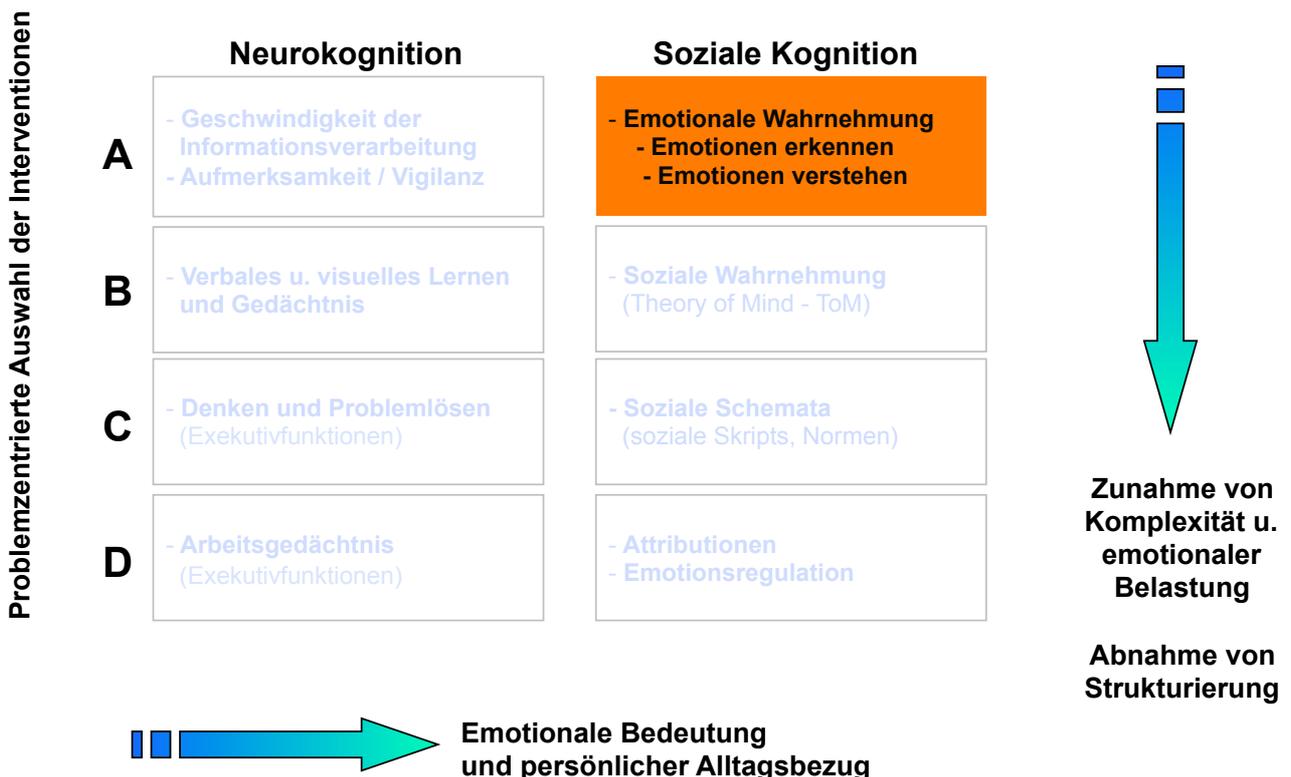
Didaktik zur Motivationsförderung

- **Prototypische Fallvignetten** zur Angstreduktion: Zuerst sprechen wir über Peter (erst danach wird der Selbst- und Alltagsbezug hergestellt)
- **Arbeiten mit Leitfragen** als didaktische Themeneinführung („Wie schnell erledige ich eine alltägliche Tätigkeit? Hat mich dieser Text motiviert? Fühlte ich mich sicher?) zur Förderung der aktiven Beteiligung
- **Selbst- und Alltagsbezug**: den individuellen Alltag der Teilnehmer in den Therapieraum holen, um die Relevanz für die individuelle Lebensbewältigung zu erhöhen
- Kognitive Funktionsbereiche und Copingstrategien in aktiven (Gruppen-)Übungen **erfahrbar machen**, um die Selbstwahrnehmung zu verbessern
- **Abwechslungsreiche, an die individuellen Bedürfnisse und Fertigkeiten angepasste** Übungen um positive Selbstwirksamkeitserfahrungen zu ermöglichen (positives Verstärken, interaktive Gruppenübungen zur Förderung der Gruppenkoäsion)

Integrierte Neurokognitive Therapie (INT)

(Müller & Roder 2010; Roder & Müller 2012)

Therapiebereiche und Prozessvariablen



Integrierte Neurokognitive Therapie (INT): Einflussfaktoren auf die Kognitive Leistungsfähigkeit

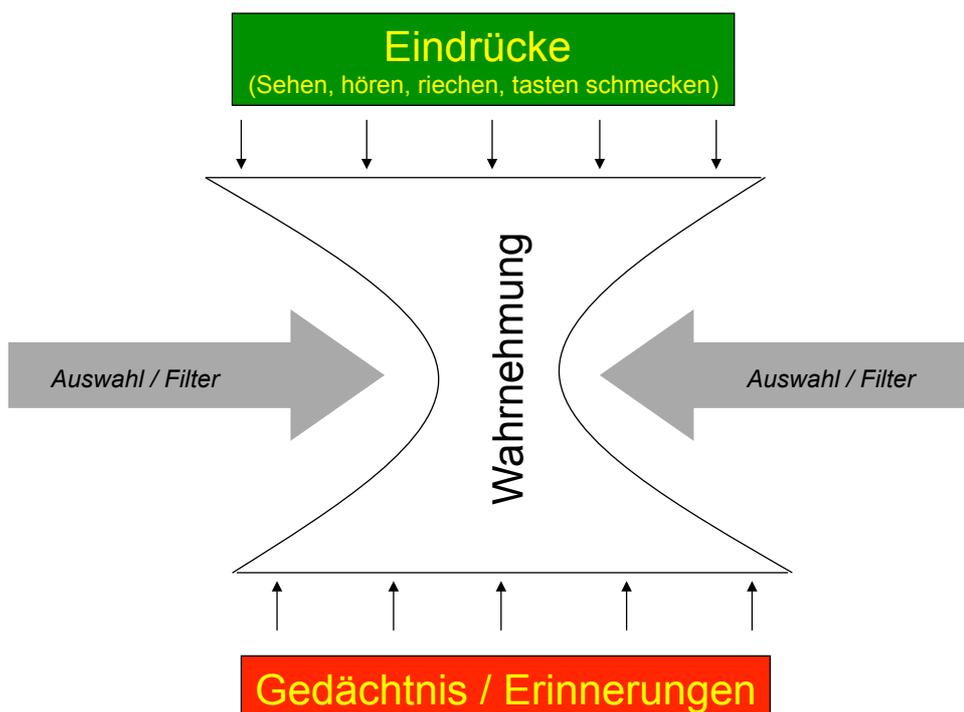
- Stimmung
- Interesse, Motivation
- Medikamente
- Wachheit (Schlaf, Schlafqualität)
- Ernährung, Lebensstil

Integriertes Psychologisches Therapieprogramm (INT)

(Roder & Müller 2012)

Therapiebereich A: Übersicht und Ziele

(Psychoedukation bezüglich Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Gedächtnis)



Wie erkenne ich die Gefühle von anderen?

➡ Verschiedene Gesichtsm Merkmale verraten uns die Gefühle anderer: zum Beispiel wie die Augen geöffnet sind, die Form der Augenbrauen, der Nase oder des Mundes, aber auch die Gesichtsfalten um den Mund und die Augen, auf der Nase oder der Stirn. Insgesamt verwenden wir mit unserer Mimik etwa 17 verschiedene Gesichtsmuskeln.



Neutral
ohne Gefühlsausdruck



Freude:

- Nach oben gezogene Mundwinkel
- Geöffneter Mund
- Lachfalten unter den Augen und über Mundwinkeln



Ärger / Wut:

- Zusammengezogene Augenbrauen
- Zusammengepresste Lippen
- Zornesfalten zwischen Augenbrauen



Angst / Furcht:

- Geweitete Augen
- Angespanntes Unterlid
- Leicht geöffneter Mund



Ekel:

- gerümpfte Nase
- Verzerzte Lippen
- Zusammengezogene Augenbrauen



Trauer:

- Herabgezogene Mund- und Augenwinkel

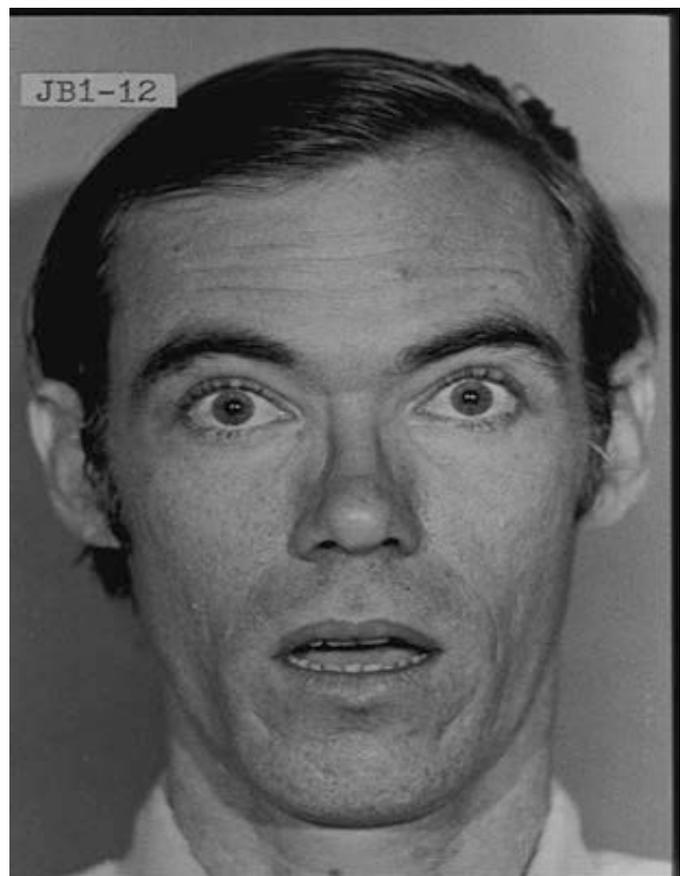


Überraschung:

- Grosse Augen
- Offener Mund
- Stirnfalten

INT Modul A: Soziale Kognition
(Emotionswahrnehmung: identifizieren und verstehen von Emotionen, tiefes Level)

Welche Grundemotion wird hier ausgedrückt?



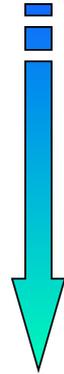
Integrierte Neurokognitive Therapie (INT)

(Müller & Roder 2010; Roder & Müller 2012)

Therapiebereiche und Prozessvariablen

Problemzentrierte Auswahl der Interventionen

	Neurokognition	Soziale Kognition
A	- Geschwindigkeit der Informationsverarbeitung - Aufmerksamkeit / Vigilanz	- Emotionale Wahrnehmung - Emotionen erkennen - Emotionen verstehen
B	- Verbales u. visuelles Lernen und Gedächtnis	- Soziale Wahrnehmung (Theory of Mind - ToM)
C	- Denken und Problemlösen (Exekutivfunktionen)	- Soziale Schemata (soziale Skripts, Normen)
D	- Arbeitsgedächtnis (Exekutivfunktionen)	- Attributionen - Emotionsregulation



Zunahme von Komplexität u. emotionaler Belastung

Abnahme von Strukturierung



Emotionale Bedeutung und persönlicher Alltagsbezug

INT modul B:
Neurokognition
(Visuelles Gedächtnis)

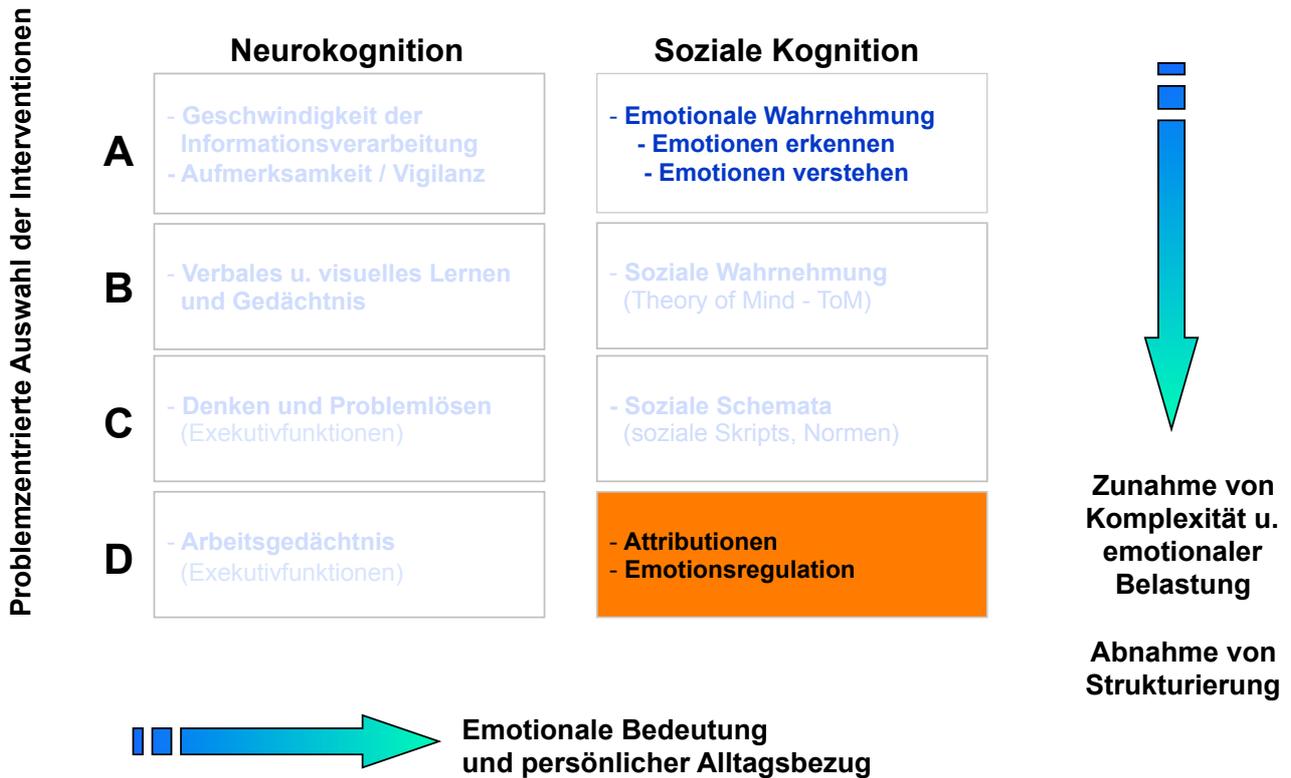
Merken Sie sich den Weg vom Bryant Park zum Central Park!



Integrierte Neurokognitive Therapie (INT)

(Müller & Roder 2010; Roder & Müller 2012)

Therapiebereiche und Prozessvariablen



Restitution: Attribution und Emotionsregulation

Attribution in 4 Stufen:

- Beschriebene **Situationen ohne Interaktion** mit vorgegebener Ursachenzuschreibung (Materialien 19)
- Beschriebene Situationen **mit Interaktion** mit vorgegebener Ursachenzuschreibung (Materialien 20)
- Beschriebene Situationen **mit Interaktion ohne vorgegebener Ursachenzuschreibung** (Materialien 21)
- Situationen in kommerziellen Filmausschnitten

Beispiel Modul D: soziale Kognition: (Attribution, Level 1)

Als Peter abends in die Waschküche geht und den Lichtschalter drückt, bleibt es dunkel.

Peter befürchtet, dass jemand die Birne der Lampe absichtlich herausgeschraubt hat, damit man kein Licht machen kann.

- ➔ *Situation beschreiben*
- ➔ *Peters Hypothese*
- ➔ *Andere Hypothesen*
- ➔ *Konsequenzen der verschiedenen Hypothesen*

Beispiel Modul D: soziale Kognition: (Attribution, Level 2)

Peter geht am Abend in ein Café. Ihm fast gegenüber sitzt ein Mann alleine am Tisch und liest Zeitung. Der Mann schaut von der Zeitung hoch und einen Moment lang zu Peter herüber.

Peter kennt den Mann nicht. Er denkt, dass der Mann absichtlich zu ihm herüber schaut.

- ➔ *Situation beschreiben*
- ➔ *Peters Hypothese*
- ➔ *Andere Hypothesen*
- ➔ *Konsequenzen der verschiedenen Hypothesen*

Strategien zur Stressbewältigung

	Stressor	Organismus/Person	Reaktion
	Stressoren beeinflussen	Sich selbst verändern	Erregung reduzieren
Kurzfristig wirksame Strategien	<ul style="list-style-type: none"> • Rückzug 		<ul style="list-style-type: none"> • Entspannung • Gedankenstop • Selbstverbalisation/ Stressimpfung • Aufmerksamkeitslenkung
Langfristig wirksame Strategien	<ul style="list-style-type: none"> • Problemlösung • Zeitmanagement • Selektion und Vermeidung von Überforderungssituationen 	<ul style="list-style-type: none"> • Kognitive Umstrukturierung • Soziale Kompetenz • Positive Aktivitäten und Genuss (Euthyme Therapie) • Vorbeugende Aktivitäten gegenüber Stress (z.B. in Freizeit) 	<ul style="list-style-type: none"> • Regelmässige Entspannungsübungen