Gesprächspsychotherapeutische Ansätze aus der Perspektive schizophrener Kommunikationsstörungen

Wolfgang Gaebel

Klientenzentriertes Vorgehen in der Psychiatrie impliziert ein relativ breit indiziertes und in vielen Bereichen praktikables therapeutisches Basisverhalten. Der störungsspezifische Einsatz gesprächspsychotherapeutischer Methoden im engeren Sinne erfordert allerdings eine differenzierte Diagnostik und individualisierte Indikationsstellung (Gaebel, 1986). Dies gilt vor allem für schwere psychische Störungen wie z.B. schizophrene Erkrankungen. Hier kommt es darauf an, die nach heutigem Kenntnisstand krankheitstypischen kommunikativen Behinderungen zu berücksichtigen und eine modifizierte therapeutische Technik darauf abzustellen (Gaebel, 1984).

Im folgenden sollen die schizophrenietypischen inhaltlichen und formalen Denkstörungen außer acht bleiben, die insbesondere in akuten Krankheitsstadien den therapeutischen Dialog empfindlich behindern und ein empathisches Therapeutenverhalten und Verbalisieren emotionaler Erlebnisinhalte erschweren. Thematisiert werden sollen vielmehr die im nonverbalen Kommunikationsgeschehen zwischen Arzt und Patient zum Ausdruck kommenden „atmosphärischen" Gesprächskonstituenten, deren adäquate Aussendung und Wahrnehmung ungestörte Kodierungs- und Dekodierungsprozesse auf seiten beider Interaktionspartner voraussetzt.

Diesen Überlegungen liegt ein bidirektionales Multikanal-Modell des Kommunikationsprozesses zugrunde (Scherer, 1970). Kommunikationspartner sind zugleich Sender und Empfänger kommunikativ relevanter Signale, die vorwiegend im visuellen und auditiven Kanal ausgetauscht werden.

Selbstverständlich sind hier bereits im „normalen" Alltag Mißverständnisse möglich, die z.B. auf kulturspezifisch unterschiedlichen Darbietungs- und Interpretationsregeln nonverbaler Ausdrucksmerkmale beruhen, bei Schizophrenen allerdings krankheitsbedingt gehäuft vorkommen und das Wirksamwerden therapeutischer Interventionen erschweren.

Dekodierungsstörungen bei schizophrenen Patienten

In verschiedenen Studien konnte gezeigt werden, daß schizophrene Patienten schlechter als gesunde Kontrollen in der Lage sind, emotionalen Gesichtsausdruck korrekt einzuschätzen (Übersicht bei Morrison et al., 1988). Allerdings wurde in bisherigen Untersuchungen nicht überprüft, inwieweit diese Störung

verlaufsabhängig ist und damit eher ein zustands- oder dispositionsabhängiges Krankheitsmerkmal darstellt. Wir sind dieser Frage in einer Untersuchung nachgegangen, in der stationäre schizophrene Patienten unter Akutbedingungen und vier Wochen später in (teil-)remittiertem Zustand untersucht wurden.

In der Untersuchung wurden 34 nach RDC diagnostizierten Schizophrenen (Spitzer et al., 1978) für jeweils 8 Sekunden 2 x 6 Standfotos auf einem Videomonitor dargeboten, auf denen jeweils durch einen männlichen und weiblichen Darsteller die 6 sogenannten Grundemotionen – Freude, Trauer, Überraschung, Angst, Ekel, Ärger – mimisch dargestellt waren (Ekman und Friesen, 1976). Anschließend mußten die Patienten aus einer ebenfalls über Video angebotenen Multiple-Choice-Liste die dargestellte Emotion auswählen.

Als Ergebnis fand sich, daß Schizophrene im Vergleich zu einer Kontrollgruppe von Gesunden (N=22) und Depressiven (N=23) signifikant schlechtere Wahrnehmungs- bzw. Erkennensleistungen boten. Alle drei Gruppen hatten sich zwar nach vier Wochen in ihrer Leistung verbessert, die Schizophrenen schnitten aber weiterhin signifikant schlechter ab (s. Abb. 1).

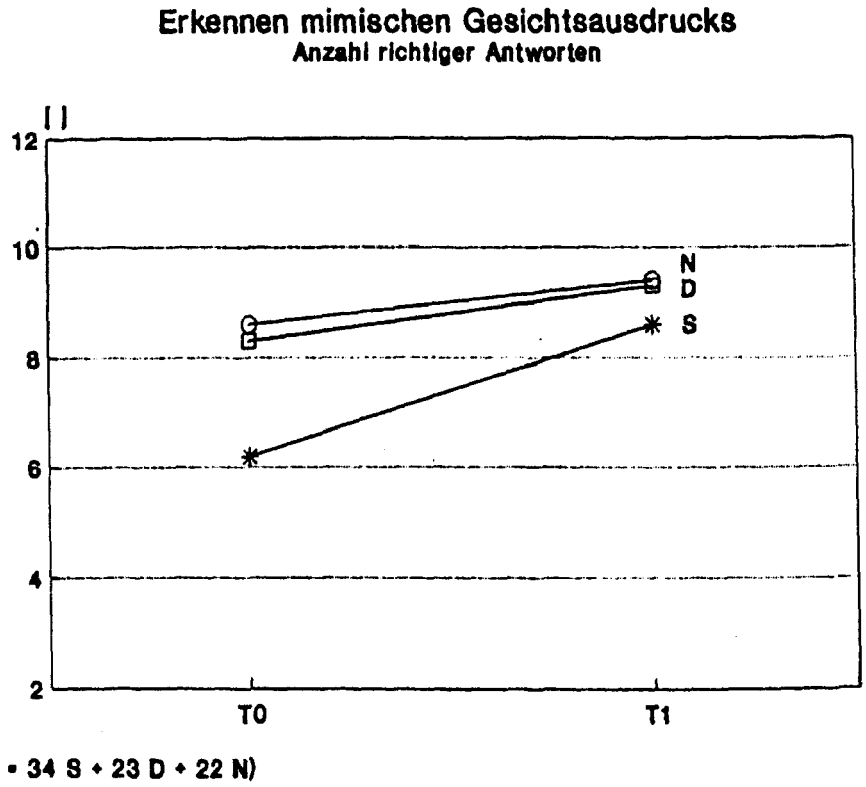

Abb 1: Anzahl richtiger Antworten beim Erkennen mimischen Gesichtsausdrucks bei Schizophrenen (S), Depressiven (D) und normalen Kontrollen (N) im Abstand von vier Wochen (TO, T1).

Während sich ein Einfluß der neuroleptischen Medikation auf diese Befunde nicht sichern ließ, war das Ausmaß an kognitiver psychopathologischer Symptomatik (Alogie; Scale for the Assessment of Negative Symptoms – SANS –; Andreasen 1982) zu beiden Untersuchungszeitpunkten signifikant mit einer schlechteren Erkennensleistung korreliert (Gaebel und Wölwer, 1992). Dieses Ergebnis mag erklären, daß andere Untersucher aufgrund ihrer Befunde davon ausgehen, daß dieses Defizit nicht für emotionale Gesichter spezifisch, sondern Ausdruck einer allgemeineren kognitiven Störung Schizophrener ist (Feinberg et al., 1986).

Unter therapeutischem Aspekt läßt sich aus diesen Befunden ableiten, daß nonverbale (mimische) Therapeutenmerkmale vom Patienten möglicherweise nicht so aufgenommen und verarbeitet werden, wie sie vom Therapeuten intendiert sind. Wenn man zusätzlich davon ausgeht, daß über verschiedene Wahrnehmungskanäle aufgenommene, d.h. visuelle und auditive Informationen bereits beim gesunden Beobachter miteinander interferieren können (Gaebel, 1991, Polzer und Gaebel, 1993), dann ist nicht auszuschließen, daß dies in noch höherem Masse für kognitiv gestörte schizophrene Patienten gilt. Diese Befunde stellen damit eine wesentliche Voraussetzung gesprächstherapeutischen Arbeitens in Frage, die Rogers (1957) dahingehend formuliert hat, daß der Patient die realisierten Therapiebedingungen zumindest ansatzweise wahrnehmen muß. Daß hier zumindest für den noch akuter kranken schizophrenen Patienten aufgrund gestörter Wahrnehmungs- und Aufmerksamkeitsprozesse Schwierigkeiten bestehen, entspricht der klinischen Erfahrung und muß im therapeutischen Umgang berücksichtigt werden. Für den Therapeuten bedeutet dies, daß er zeitweilig im „luftleeren" Raum arbeitet, da sein Verhalten für den Patienten einen von seiner Intention abweichenden Bedeutungszusammenhang haben kann (Gaebel, 1984). In der Schizophreniestudie von Rogers et al. (1967) war eines der wesentlichen Ergebnisse, daß im Beginn der Therapie Schizophrener im wesentlichen Kongruenz und positive Wertschätzung des Therapeuten wahrgenommen werden und erst im weiteren Verlauf auch Empathie mit in den Wahrnehmungsfokus der Patienten tritt. Rogers folgerte daraus, daß für den schizophrenen Patienten zumindest im Therapiebeginn der Beziehungsaspekt im Sinne einer vertrauensvollen Beziehung ganz im Vordergrund steht. Ähnlich hat Triebel (1976) für die frühe Therapiephase die Bedeutung eines „physiognomischen" Kommunikationsgeschehens herausgestellt. Die eingangs berichteten Untersuchungsergebnisse lassen allerdings die Frage aufkommen, ob selbst diese para- oder nonverbalen Kommunikationssignale des Therapeuten adäquat vom Patienten verarbeitet werden können. Da zur Zeit keine längeren Verlaufsuntersuchungen vorliegen, muß offen bleiben, ob in späteren postakuten Krankheitsstadien das aufgezeigte Defizit voll oder partiell reversibel ist.

Enkodierungsstörungen bei Schizophrenen

Es stellt sich nun die Frage, ob auch die Ausdrucksmerkmale schizophrener Patienten, die für den Therapeuten zum Eindruck und damit zum Ausgangspunkt seiner therapeutischen Interventionen werden, ihre Bedeutung als Signale der emotionalen Befindlichkeit eingebüßt haben. Seit langem gelten Ausdrucksstörungen als klinisches Grundsymptom schizophrener Störungen (Bleuler, 1920). Derartige Ausdrucks- oder Affektstörungen werden üblicherweise anhand von Veränderungen der Mimik, Gestik, Körperhaltung sowie Stimm- und Sprechcharakteristika definiert (DSM-III-R; APA 1987) und mittels entsprechender Skalen abgebildet (z.B. SANS).

In der o.a. Studie (Gaebel und Wölwer, 1992) haben wir auch das Ausdrucksverhalten schizophrener Patienten an der gleichen Stichprobe unter experimentellen Bedingungen untersucht.

Dabei wurde u.a. in einem emotionsinduzierenden Interview die Mimik des Patienten auf Videoband aufgezeichnet und anschließend einer detaillierten Analyse mit Hilfe des Facial Action Coding System (FACS; Ekman und Friesen, 1978) unterzogen.

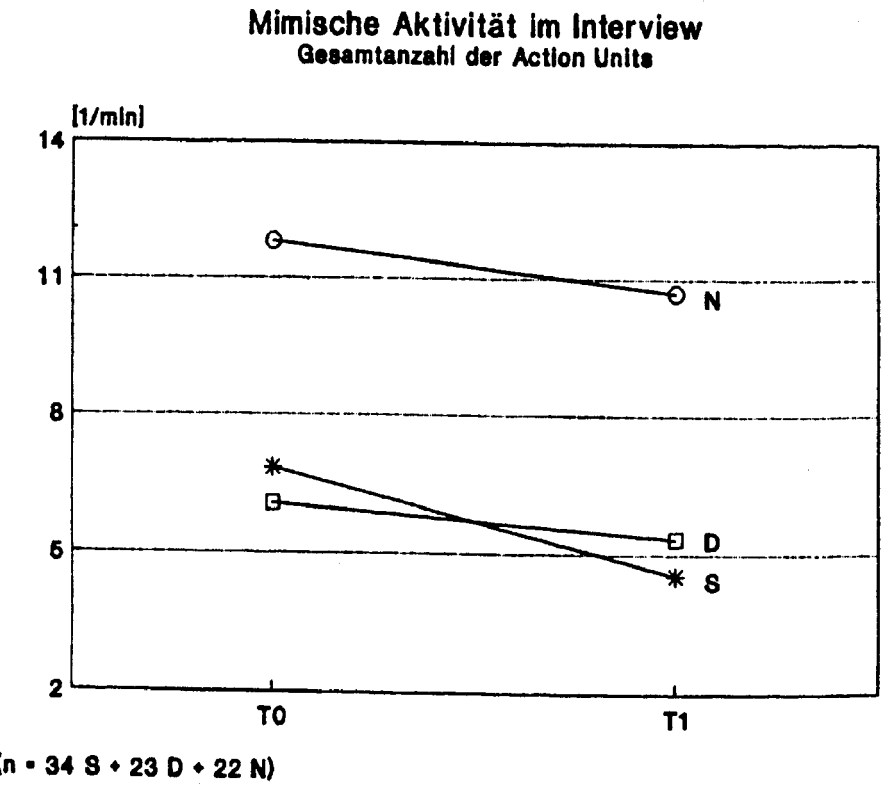

Abb. 2: Gesamtanzahl der mit Hilfe des Facial Action Coding Systems bestimmten mimischen Action Units in einem emotionsinduzierenden Interview (Abkürzungen s. Abb. 1).

Es fand sich – wie bei der depressiven Vergleichsgruppe – eine über vier Wochen persistierende signifikante Reduktion mimischer Beweglichkeit im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe (Abb. 2).

Das Ausmaß dieser mimischen Reduktion war signifikant mit dem Ausmaß klinisch beurteilter Negativsymptomatik (SANS) korreliert, während sich signifikante Zusammenhänge mit extrapyramidal-motorischer Symptomatik und Neuroleptikadosierung nicht sichern ließen. Zusätzliche Untersuchungen zu willkürlich initiierten mimischen Bewegungen (Imitation und Simulation) ergaben darüber hinaus, daß Schizophrene weniger gut als gesunde Kontrollen in der Lage waren, einen vorgegebenen Gesichtsausdruck korrekt darzustellen. Hieraus läßt sich ableiten, daß der Therapeut mit einem reduzierten und offensichtlich auch qualitativ veränderten Ausdrucksverhalten konfrontiert ist, aus dem die emotionale Gestimmtheit des Patienten nur bedingt erschlossen werden kann. Diese Aussage wird dadurch gestützt, daß schizophrene Patienten selbst offensichtlich nur sehr bedingt in der Lage sind, ihre Ausdrucksdefizite korrekt wahrzunehmen.

Schlußfolgerungen

Die vorgelegten Untersuchungsbeispiele unterstreichen die bisher mehr aus der klinischen und therapeutischen Erfahrung abgeleitete Therapierichtlinie, im Kontakt mit schizophrenen Patienten ein klares und möglichst eindeutiges Therapeutenverhalten an den Tag zu legen. Andererseits befindet sich der Therapeut selbst zeitweilig im Ungewissen, da er hinsichtlich der reduzierten und teilweise desintegrierten Verhaltensformen des Patienten oft nicht weiß, wie das aktuelle Patientenerleben einzuschätzen ist. Die vorgelegten Untersuchungen zeigen auch, daß zumindest im beobachteten Vierwochenzeitraum – trotz klinisch bereits deutlicher Besserung – kommunikative Defizite persistieren und klinisch mit entsprechenden psychopathologischen Veränderungen einhergehen. Untersuchungen in längerfristig remittierten postakuten Krankheitsstadien müssen zeigen, ob es – wenn auch im Vergleich zur sog. Positivsymptomatik protrahiert – zur partiellen oder restlosen Besserung dieser kommunikativen Störungen kommt. Ausgeprägtere Akuität der Erkrankung und persistierende Negativsymptomatik können auf jeden Fall zu den komplizierenden Faktoren einer psychotherapeutischen Intervention gerechnet werden (Teusch, 1986). Es muß Aufgabe einer prozeßorientierten Psychotherapieforschung sein, diese interaktionellen Prozesse und ihren Zusammenhang mit den psychobiologischen Grundlagen der Erkrankung künftig genauer herauszuarbeiten und für eine modifizierte therapeutische Praxis fruchtbar zu machen.

Literatur

American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3rd rev.ed. APA, Washington.

Bleuler, E. (1920): Lehrbuch der Psychiatrie. 3. Auflage, Springer, Berlin.

Ekman, P., Friesen, W.V. (1976): Pictures of facial affect. Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, CA.

Ekman, P., Friesen, W.V. (1978): Facial action coding system. Consulting Psychologists Press, Inc. Palo Alto, CA.

Feinberg, T.E., Rifkin, A., Schaffer, C., Walker, E. (1986): Facial discrimination and emotional recognition in schizophrenia and affective disorders. Arch. Gen. Psychiatry 43, 276-279.

Gaebel, W. (1984): Modifizierte Gesprächspsychotherapie im Rahmen der ambulanten Nachbehandlung schizophrener Patienten. Zft. f. personenzentr. Psychol. Psychother. 3, 87-96.

Gaebel, W. (1986): Die Bedeutung von psychiatrischer Diagnose und Indikation in der Gesprächspsychotherapie. Zft. f. personenzentr. Psychol. u. Psychother. 4, 399-408.

Gaebel, W. (1991): Verhaltensforschung in der Psychiatrie am Beispiel der endogenen Psychosen. In: Neumärker, K.-J. u.a. (Hrsg.): Grenzgebiete zwischen Psychiatrie und Neurologie. Springer, Berlin, Heidelberg, New York u.a., S. 173-184.

Gaebel, W., Wölwer, W. (1992): Facial action and emotional face recognition in schizophrenia and depression. Eur. Arch. Psychiatry Clin. Neurosci. 242, 46-52.

Morrison, R.L., Bellack, A.S., Mueser, K.T. (1988): Deficits in facial affect recognition and schizophrenia. Schizophr. Bull. 24, 67-83.

Polzer, U., Gaebel, W. (1993): Beeinflussen sich visuelle und auditive Wahrnehmung bei der Beurteilung von Ausdrucksmerkmalen psychiatrischer Patienten? Nervenarzt, 64, 193-198.

Rogers, C.R. (1957): The necessary and sufficient conditions of theapeutic personality change. J. consult. Psychol. 21, 95-103.

Rogers, C.R., Gendlin, E.T., Kiesler, D.J., Truax, C.B. (1967): The therapeutic relationship and its impact - a study of psychotherapy with schizophrenics. London: the University of Wisconsin Press.

Scherer, K.R. (1970): Non-verbale Kommunikation. H. Buske Verlag, Hamburg.

Spitzer, R.L., Endicott, J., Robins, E. (1978): Research Diagnostic Criteria (RDC) for a selected group of functional disorders, 3rd ed., Biometrics Research, New York State Psychiatric Institute, New York.

Teusch, L. (1986): Behandlungsabbrüche und Verlegungen schizophrener Patienten im Verlauf der stationären Behandlung mit psychotherapeutischem Schwerpunkt. – Eine systematische Untersuchung. Psychiat. Prax. 13, 177-184.

Triebel, A. (1976): Emotionale Interaktion in ihrer Bedeutung für den Therapieverlauf. In: Matussek, P. (Hrsg.) (1976): Psychotherapie schizophrener Psychosen. Hamburg, Hoffmann & Campe, 239-250.

Anschrift des Verfassers:

Prof. Dr. med. Wolfgang Gaebel
Direktor der Psychiatrischen Klinik der Heinrich-Heine-Universität
Bergische Landstr. 2
40629 Düsseldorf