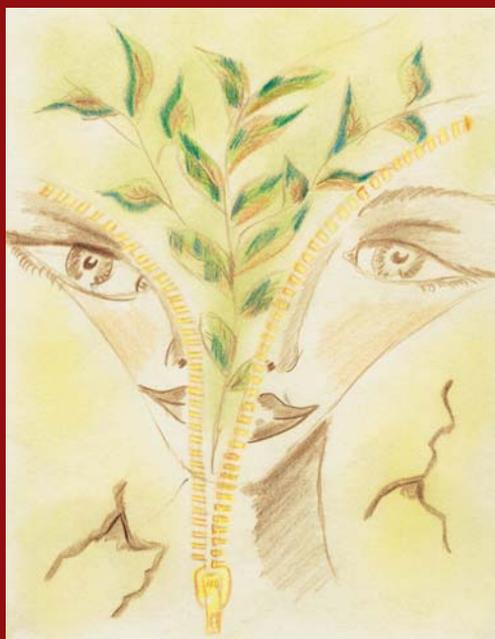


Josef Bäuml ■ Gabi Pitschel-Walz

2. Auflage



Psychoedukation

bei schizophrenen Erkrankungen

Konsensuspapier der Arbeitsgruppe
»Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen«



Mit Geleitworten von Frank Bergmann und Gerhard Buchkremer

 **Schattauer**

+ CD-ROM mit
Arbeitsmaterialien

Der Printversion dieses Buches liegt eine CD-ROM bei. In der eBook-Version können Sie diese Materialien von der Schattauer Webseite downloaden:

- Im Internet www.schattauer.de/2481.html aufrufen.
- Anmelden (bitte vorher registrieren – Sie erhalten per E-Mail Ihre Zugangsdaten zum Internetportal)
- Anschließend den unten angegebenen Zugangscode freischalten

Ihr persönlicher Zugangscode: 2481-28a2957

Josef Bäuml ■ Gabi Pitschel-Walz

Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen

2. Auflage

This page intentionally left blank

Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen

Konsensuspapier der Arbeitsgruppe
„Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“

Herausgegeben von

Josef Bäuml
Gabi Pitschel-Walz

Unter Mitarbeit von

A. Bechdolf, B. Behrendt, M. Bender, H. Berger,
H. Berger, F. Bergmann, B. Conradt, R. D'Amelio, T. Froböse,
H. Gunia, A. Heinz, W. P. Hornung, S. Hornung-Knobel, M. Jensen,
G. Juckel, W. Kissling, S. Klingberg, T. Kohler, R. Lägél,
H.-J. Luderer, N. Mönter, E. Mösch, M. Pleininger-Hoffmann,
M. Puffe, M. Rentrop, C. Rummel-Kluge, F.-M. Sadre Chirazi-Stark,
A. Schaub, H. Schönell, B. Sibum, K. Stengler, G. Wiedemann,
G. Wienberg

Mit Geleitworten von

Frank Bergmann und Gerhard Buchkremer

2., erweiterte und aktualisierte Auflage

Mit 34 Abbildungen und 64 Tabellen

 **Schattauer** Stuttgart
New York

Dieses Buchprojekt wurde nachhaltig unterstützt von folgenden Unternehmen:

AstraZeneca GmbH

Bayer Vital GmbH

Bristol-Myers Squibb GmbH & Co. KGaA/Otsuka Pharmaceuticals

Janssen-Cilag GmbH

Lundbeck GmbH

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Besonderer Hinweis:

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich ge-

macht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Das Werk mit allen seinen Teilen ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne schriftliche Zustimmung des Verlages unzulässig und strafbar. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert werden.

© 2008 by Schattauer GmbH, Hölderlinstraße 3,
70174 Stuttgart, Germany

E-Mail: info@schattauer.de

Internet: <http://www.schattauer.de>

Printed in Germany

Lektorat: Dipl.-Biologin Katrin Widmann,
Wolfschlügen

Umschlagabbildung: Klaus Reglin: „Wachsendes Bewusstsein“, Kunsttherapie der TU München
Satz: Satzpunkt Ursula Ewert GmbH, Bayreuth
Druck und Einband: AZ Druck und Datentechnik GmbH, 87437 Kempten/Allgäu

ISBN 978-3-7945-2481-5

Geleitwort zur zweiten Auflage

Psychopharmakotherapie sowie psychiatrische Therapie bzw. Psychotherapie sind unstrittig die Säulen in der Behandlung psychisch kranker Patienten. Längst ist jedoch Psychoedukation als eine weitere Säule hinzugekommen. Befreit aus der sozialromantischen Nische ist Psychoedukation ein evidenzbasiertes und gut operationalisiertes Instrument in der psychiatrischen Therapie geworden. Psychoedukation trägt damit der Tatsache Rechnung, dass sich das Menschenbild in der Medizin und vor allem auch in der Psychiatrie einem erheblichen Wandel unterzogen hat. „Patient shared decision making“ heißt das neue deutsche Schlagwort, was nichts anderes bedeutet, als den Patienten als mündigen Partner zu begreifen und sozusagen „in Augenhöhe“ erforderliche Diagnostik und Behandlung mit ihm zu besprechen. Wenn aber Patienten als „Partner“ des Arztes im diagnostischen und therapeutischen Prozess definiert werden, müssen Patienten umfassend informiert und beraten sein. Gerade vor dem Hintergrund der rasanten Entwicklung biologischer Forschungsergebnisse im Fach Psychiatrie und Psychotherapie muss Psychoedukation sicherstellen, dass erkrankte Menschen heute alle zur Verfügung stehenden therapeutischen Hilfestellungen in Anspruch nehmen können. Gerade im Umgang mit psychiatrischen Erkrankungen verhindern Vorurteile, Halbwissen und vor allem auch irrationale Ängste häufig eine nüchterne und abgewogene Therapieentscheidung. Umfassend aufgeklärte und informierte Patienten haben nicht nur eine höhere Compliance, sondern weisen auch niedrigere Rückfallraten auf. Psychoedukation hat daher sehr unterschiedliche Implikationen. Es verbessert das „Know-how“ bezüglich der Erkrankung aber führt auch zu größerer Autonomie und schafft damit die Voraussetzung zur Entwicklung einer tragfähigen Behandlungspartnerschaft.

Psychoedukation hat sich in den letzten Jahren vor allem im klinisch stationären Bereich sowie im Bereich der teilstationären Behandlungsangebote entwickelt. Grundsätzlich sollte die Arbeit in psychoedukativen Gruppen eine Domäne der ambulanten Behandlung, insbesondere auch im vertragsärztlichen Bereich sein. Nicht zuletzt deshalb, da viele Patienten im akuten stationär behandlungsbedürftigen Krankheitsstadium kognitive Defizite aufweisen, die zu Beeinträchtigungen der Konzentration und Aufmerksamkeit und damit zu Problemen in der Umsetzung der vermittelten Inhalte führen. Bislang konnten sich psychoedukative Gruppen, vor allem auf Grund der mangelhaften Finanzierung in der gesetzlichen Krankenversicherung, im ambulanten Bereich nur rudimentär durchsetzen.

Andererseits bietet der EBM 2000 Plus mit der Ziffer 21221 jedoch mittlerweile durchaus attraktive Abrechnungsmöglichkeiten. Darüber hinaus wurde Psychoedukation in den vom Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN) initiierten und mitgetragenen integrierten Versorgungsprogrammen als wesentlicher Behandlungsbaustein aufgenommen und wird in diesen Projekten auch gesondert vergütet.

Um Psychoedukation auch außerhalb von integrierten Versorgungsprogrammen zu einer – honorierten – selbstverständlichen Leistung werden zu lassen, hat sich der BVDN zu einer Kooperation mit der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation entschlossen, um gemeinsam Anstrengungen zu unternehmen für eine adäquate Vergütung psychoedukativer Leistungsangebote. Die Forderung lautet Psychoedukation analog zur Richtlinie der Psychotherapie unabhängig von Regelleistungsvolumina bzw. Individualbudget mit gestütztem Punktwert zu vergüten.

Nur so kann Psychoedukation flächendeckend im vertragsärztlichen Sektor angeboten werden.

Im Sinne einer klassischen Win-win-Situation könnten alle profitieren: Patienten und ihre Angehörigen von einem umfassenden Informationsangebot, dem Abbau von Ängsten und Vorurteilen, aber auch gestärktem Vertrauen in die Kompetenz der Behandler, Krankenkassen durch Einspareffekte im Rahmen besserer Compliance und niedrigerer Wiederaufnahmeraten im Krankenhaus und die Leistungsanbieter nicht nur pekuniär, sondern auch mit höherer Arbeitszu-

friedenheit. Denn eines ist sicher: In einer psychoedukativen Gruppe lernen alle. Der Erkenntniszugewinn ist keinesfalls auf Patienten und Angehörige beschränkt!

Aachen, im Herbst 2007

Frank Bergmann

1. Vorsitzender

Berufsverband Deutscher Nervenärzte (BVDN)

Geleitwort zur ersten Auflage

Wenn viele Autoren in einem Konsens Leitlinien für eine bestimmte Therapie oder ein Therapiermanual erstellen wollen, besteht immer die Gefahr, dass durch die Vielzahl der Meinungen und die dadurch bedingte notwendige Kompromissbildung ein unoriginelles Werk entsteht. Es ist ein großes Verdienst der deutschen Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, dass es gelungen ist, ein wissenschaftlich fundiertes und dennoch für alle Praktiker akzeptables Werk geschaffen zu haben. Es wurde aus der Not eine Tugend gemacht. Der Zwang, den kleinsten gemeinsamen Nenner zu finden, führte zu einem wissenschaftlich anspruchsvollen Werk, das die Kreativität und Originalität der einzelnen Therapeuten herausfordert und integriert. Psychoedukation ist ein höchst lebendiger, dynamischer und interaktiver Prozess zwischen den Gruppenteilnehmern und dem Gruppenleiter. Zur Orientierung schizophrener Patienten ist dabei die Erkennbarkeit einer Struktur äußerst wichtig, um sich nicht zu überfordern. Die äußere Ordnung des psychoedukativen Vorgehens kann der drohenden inneren Desorganisation entgegenwirken.

Psychoedukation ermöglicht es nicht nur dem Patienten, seine Erkrankung besser kennenzulernen, und eigene aktive Bewältigungsfertigkeiten zu erwerben, sondern sie ist auch für die Angehörigen hilfreich. Psychoedukation soll helfen,

die erkrankten Familienmitglieder und ihre Angehörigen zu „Experten in eigener Sache“ zu machen, das Selbsthilfepotenzial zu fördern und sie für die Stärken und kreativen Seiten in sich zu sensibilisieren. Psychoedukativ arbeiten heißt auch, die Patienten nicht nur als „Betroffene und Getroffene“ zu sehen, sondern sie vor allem auch als wehrhafte, souveräne und selbstbewusste Partner wahrzunehmen, die ein Recht darauf haben, mit allen relevanten Informationen über die Erkrankung und die entsprechenden Behandlungsmaßnahmen versorgt zu werden. Dadurch können sie möglichst kompetent ihre eigene Behandlung mitbestimmen.

Den professionellen Helfern soll dieses Buch Mut und Lust machen, sich auf diesen lebendigen und spannenden Dialog bzw. Trialog mit Patienten und Angehörigen einzulassen.

Den Mitgliedern der Arbeitsgruppe wünsche ich viel Erfolg für dieses Buch. Ich hoffe, dass die Arbeitsgruppe auch in Zukunft miteinander kooperiert, damit die laufend neu entwickelten und evaluierten Therapiekonzepte einer breiten Öffentlichkeit vorgetragen werden und die Behandlung schizophrener Menschen stets auf dem neuesten Stand gehalten werden kann.

Gerhard Buchkremer

Direktor der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie Tübingen

Vorwort zur zweiten Auflage

Die 1996 gegründete Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ hat sich nach der Publikation des Konsensusbuches 2003 kontinuierlich weiterentwickelt. Das elementare Ziel, psychoedukative Gruppen, vor allem bei schizophren erkrankten Patienten, fest in der Routinetherapie zu verankern, konnte zwar noch nicht flächendeckend erreicht werden. Dennoch hat sich laut einer Untersuchung von Rummel-Kluge et al. (2006) die Rate von schizophren erkrankten Patienten, die während ihrer stationären Behandlung an psychoedukativen Gruppen teilgenommen haben, mit 21% mehr als verdoppelt im Vergleich zu einer Voruntersuchung von Buttner und Kissling 1995. Psychoedukative Maßnahmen zählen mittlerweile zum Routineversorgungsangebot der meisten Kliniken, die Ausrichtung der Deutschen Psychoedukationskongresse hat zu einem nachhaltigen Implementierungsschub geführt.

Die Zahl der Mitglieder der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ hat sich von 17 bei Erscheinung des Konsensusbuches 2003 auf mittlerweile 33 erhöht. Um dem interessierten Leser einen raschen Überblick über die relevanten psychoedukativen Entwicklungen zu ermöglichen, werden die wichtigsten Fakten der letzten fünf Jahre stichpunktartig aufgeführt.

Folgetreffen der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“

- 10/2002: A. Schaub (LMU München)
- 02/2004: A. Heinz, G. Juckel (Charité Berlin)
- 09/2004: B. Sibum (Paderborn)
- 03/2005: J. Bäuml, G. Pitschel-Walz (TU München)
- 10/2005: H.-J. Luderer (Weinsberg)
- 02/2006: G. Juckel (Bochum)
- 09/2006: T. Kohler (Ravensburg)
- 03/2007: H. Berger, H. Gunia (Darmstadt)

Neue Mitglieder der Arbeitsgruppe

- A. Bechdorf (Köln)
- F. Bergmann (Aachen)
- H. Berger (Riedstadt)
- B. Conradt (Düsseldorf)
- R. D'Amelio (Homburg)
- T. Froböse (TU München)
- H. Gunia (Darmstadt)
- A. Heinz (Berlin)
- M. Hoffmann-Pleininger (Bielefeld)
- S. Hornung-Knobel (Haar b. München)
- G. Juckel (Bochum)
- W. Kissling (TU München)
- T. Kohler (Ravensburg)
- N. Mönter (Berlin)
- M. Rentrop (TU München)
- C. Rummel-Kluge (TU München)

Aus der aktiven Mitarbeit ausgeschieden sind M. Puffe (Leipzig) und G. Wienberg (Bielefeld).

Neue Psychoedukationsmanuale von Mitgliedern der Arbeitsgruppe zur Behandlung schizophrener Psychosen

- Kissling W, Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G (2003). Psychoedukation für Patienten mit schizophrenen Psychosen und deren Angehörige – Einführungsmanual für das Behandlungsteam. Alliance-Psychoedukations-Programm. Pfizer, Eigenverlag.
- Klingberg S, Schaub A, Conradt B (2003). Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen. Weinheim: Beltz.
- Behrendt B (2004). Psychoedukative Gruppen für Angehörige schizophren oder schizoaffektiv Erkrankter. Manual für Gruppenleiter. Tübingen: dgvt.
- Berger H, Friedrich J, Gunia H (2004). Psychoedukative Familienintervention – Manual zu Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer.

- Bäuml J, Berger H, Gunia H, Heinz A, Juckel G, Pitschel-Walz G (2005). Arbeitsbuch PsychoEduka-tion bei Schizophrenie. Stuttgart: Schattauer.
- Bechdolf A, Juckel G (2006). Psychoedukation bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko. Stuttgart: Schattauer.

Folge-Symposien „Angehörigenarbeit in der Psychiatrie“

- 03/2004: J. Bäuml, G. Pitschel-Walz (TU München)
- 03/2006: H. Watzl (Konstanz)

Deutsche Psychoedukationskongresse

- 02/2004: A. Heinz, G. Juckel, G. Pitschel-Walz, J. Bäuml (Berlin Charité)
- 03/2005: J. Bäuml, G. Pitschel-Walz, A. Heinz, G. Juckel, H. Förstl (TU München)
- 02/2006: J. Juckel, A. Heinz, G. Pitschel-Walz, J. Bäuml (Bochum)
- 03/2007: H. Berger, H. Gunia, G. Wiedemann, G. Pitschel-Walz, J. Bäuml (Darmstadt)

Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE) e.V.

- 25.10.2005: Gründungsversammlung in Weinsberg
- 14.11.2006: Eintrag ins Vereinsregistergericht München

1. Vorsitzender: J. Bäuml
 2. Vorsitzende: G. Pitschel-Walz
 Schriftführer: H.-J. Luderer
 Schatzmeister: P. Hornung
 Beiräte: R. Lägél, A. Schaub,
 F.-M. Sadre Chirazi-Stark

Ausblick

Die Ausrichtung der Deutschen Psychoedukationskongresse mit jeweils mehr als 500 Teilnehmern hat zu einer nachhaltigen Sensibilisierung der Fachwelt für die Belange der Psychoedukation beigetragen. Um die sich häufenden psychoedukativen Einzelmaßnahmen zu koordinieren und gegenüber der Fachwelt als kompetenter Ansprechpartner auftreten zu können, wurde 2005 die Gründung der Deutschen Gesellschaft für

Psychoedukation (DGPE) e.V. beschlossen. Dadurch sollen wissenschaftliche Ergebnisse schneller zur Implementierung von psychoedukativen Programmen in der Routineversorgung führen. Die DGPE soll innerhalb der DGPPN das Referat „Psychoedukation“ vertreten, um den raschen Transfer von wissenschaftlich relevanten Ergebnissen hin zu den berufspolitischen Entscheidungsträgern zu gewährleisten.

Die DGPE will die Entwicklung von psychoedukativen Programmen auch für alle anderen psychiatrischen Diagnosegruppen fördern. Hierzu sollen allmählich fachspezifische Sektionen gebildet werden, um die bisherigen Einzelmaßnahmen effektiv zu bündeln.

In letzter Zeit ist eine bemerkenswerte Ausweitung des Psychoedukationsbegriffes zu beobachten; insbesondere auf dem Gebiet der Rehabilitation und der Pflege hat sich dieser Begriff etabliert. So sehr diese Ausweitung zu begrüßen ist, muss die DGPE als zuständige Fachgesellschaft darauf achten, dass es nicht zu einer unprofessionellen Verwässerung der psychoedukativen Standards kommt mit beliebiger Reduktion der Ausbildungsanforderungen. Es wird eines der vorrangigen Ziele der DGPE sein, entsprechende Ausbildungsstandards zu definieren und mit den anderen Fachgesellschaften abzustimmen.

Neben den diagnosespezifischen Psychoedukationsprogrammen (schizophrene Erkrankungen, affektive Erkrankungen, Demenzen, Angst- und Panikerkrankungen, Borderline-Störungen, Essstörungen, Suchterkrankungen, Doppeldiagnosen, Schmerz, Psychosomatosen etc.) zeichnet sich eine Entwicklung zur diagnosenübergreifenden Psychoedukation ab. Diese Gruppen sind z.T. in kleineren psychiatrischen Abteilungen aus der Not heraus entstanden, wenn nicht genügend Patienten einer umschriebenen Diagnosegruppe vorhanden waren, um selbstständige Gruppen zu etablieren. Die ersten Konzepte für diese diagnosenübergreifende Psychoedukation müssen evaluiert werden, um die Effizienz dieser Programme zu untersuchen. Die besondere Herausforderung besteht darin, die für alle seelischen Erkrankungen gültigen Fakten zu generalisieren ohne die jeweils spezifischen Besonderheiten für die einzelnen Krankheitsbilder zu ignorieren.

Mittelfristig sollen psychoedukative Ausbildungsinhalte Teil der Facharzt- und Psychotherapieausbildungsrichtlinien werden; die Schaffung von eigenen Abrechnungsziffern für psychoedukative Arbeit sowohl im ambulanten wie im stationären Bereich sind ebenfalls sehr wichtige Ziele.

Die beiden Herausgeber möchten sich bei allen Mitgliedern der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ für die kooperative und engagierte Mitarbeit sehr herzlich bedanken. Ganz besonderer Dank auch an Frau Angelika Kaiser aus dem Sekretariat von Josef

Bäuml, die mit großer Umsicht und Sprachgefühl an der Neuauflage mitgewirkt hat. Wir hoffen, dass die neu gegründete Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation mit diesem Buch viel Zustimmung und Neumitglieder findet, um zu einer nachhaltigen Verankerung der Psychoedukation zum Wohle von Patienten und Angehörigen beizutragen.

München, im Herbst 2007

Josef Bäuml
Gabi Pitschel-Walz

Vorwort zur ersten Auflage

Zur Entstehung der Arbeitsgruppe Psychoedukation

Dieses Buch widmen wir allen Patienten, die sich um die Bewältigung ihrer schizophrenen Erkrankung bemühen, und ihren Angehörigen, die sie hierbei unterstützen.

Die nachfolgenden Zeilen sind das Produkt eines subjektiv gefärbten Erinnerungstreifzugs des hier als Erstautor fungierenden Referenten in Bezug auf die Frage, wie diese Arbeitsgruppe vor nunmehr sechs Jahren ins Leben gerufen worden ist. Vielleicht kann gerade dieser subjektive Zugangsweg deutlich machen, wie – einerseits zufällig und andererseits doch gewissermaßen den historischen Entwicklungen gehorchend – diese Interessengruppe zusammenfand.

Anfang der 80er Jahre weilte Ian Falloon zu einem Vortrag in München, er sprach über verhaltenstherapeutisch orientierte Konzepte bei schizophren erkrankten Patienten. In diesem Kontext wurde der Begriff „Psychoedukation“ von mir erstmals bewusst wahrgenommen. Falloon verstand darunter die professionell angeleitete Durchführung von Patienten- und Angehörigengruppen zur Wissensvermittlung im Rahmen eines übergeordneten psychotherapeutischen Behandlungskonzeptes. Während der anschließenden Diskussion, an der auch Kurt Hahlweg und Matthias Dose teilnahmen, wurde klar, dass dieser Begriff z. T. deckungsgleich war mit dem, was in einzelnen Einrichtungen noch etwas zaghaft, aber immer öfter als „informationszentrierte Gruppen“ angeboten wurde. Es häuften sich damals die vorsichtigen Versuche, Patienten und Angehörige gezielt ins gemeinsame Boot zu holen, um eine möglichst umfassende Langzeittherapie bei schizophrenen Psychosen auf die Beine zu stellen.

Bei genauerer Auseinandersetzung mit der anglo-amerikanischen Psychoedukationsliteratur musste immer wieder mit Verwunderung festge-

stellt werden, wie gut informiert die Patienten aus dem anglo-amerikanischen Sprachraum waren und welch stabiles Krankheitskonzept und welch gute Compliance sie zu haben schienen. Dort schien es vor allem auch kaum ein Problem zu sein, die Patienten zu einer längerfristigen Behandlung mit Neuroleptika zu gewinnen. Bei allen in den 80er Jahren erschienenen Publikationen von Falloon, Goldstein, Leff, Hogarty, Liberman u. a. kam dem Informationsvermittlungsteil ein relativ bescheidener, ja geradezu nebensächlicher Stellenwert zu. Die Informationsvermittlung schien hierbei dermaßen nebensächlich zu sein, dass dieser Akt fast nicht der Erwähnung wert zu sein schien. Das hatte natürlich zur Folge, dass die „eigentlichen“ Therapien, wie Social-Skills-Training, Problemlöseverfahren und Kommunikationstraining, viel breiter und ausführlicher dargestellt wurden.

Irgendwie schien in Deutschland etwas falsch zu laufen; die Patienten hier wirkten sehr viel „unbeleckter“, weniger vorgebildet, weniger im schulmedizinischen Konzept verankert, „aufmüpfiger“ und „unwilliger“.

Um überhaupt in die Verlegenheit zu kommen, die Patienten in weiterführende Therapieverfahren zu integrieren, war erst einmal eine Basismotivation erforderlich, um sie überhaupt für eine längerfristige Zusammenarbeit auf dem Gebiet der Rezidivprophylaxe zu gewinnen.

Durch Kontakte mit anderen sich auf diesem Gebiet vorantastenden Kollegen wurde bald klar, dass dies kein isoliertes „Münchener Phänomen“ zu sein schien. Auch Kollegen aus den nördlichen Breitengraden berichteten von einer sehr ähnlichen Problematik innerhalb der Routineversorgung von schizophren erkrankten Patienten. Hans-Jürgen Luderer konnte Mitte der 80er Jahre nachweisen, dass die schizophren erkrankten Patienten einen erschreckend geringen Kenntnis-

stand hinsichtlich Diagnose und Medikation befaßt und, was noch alarmierender war, dass die behandelnden Nervenärzte der Aufklärung und Informationsvermittlung nur einen sehr beiläufigen Stellenwert beimaßen.

Die geringere Prägnanz dieser Problematik im Rahmen der anglo-amerikanischen Studien der 80er Jahre dürfte vermutlich auf eine stärkere Selektion von Patienten und Angehörigen im Vorfeld zurückzuführen sein mit einer bereits sehr guten Krankheitseinsicht und Compliance.

Im deutschsprachigen Raum schien es jedenfalls genügend „Leidensgenossen“ mit ähnlich frustrierenden Erfahrungen zu geben, sodass die Informationsvermittlung zur Krankheitskonzeptstabilisierung und Compliance-Sicherung als ein anerkanntermaßen gemeinsames wichtiges Anliegen betrachtet wurde. Aus den ersten losen Kontakten entstanden intensiver werdende Bekanntschaften mit den Autoren anderer psychoedukativer Pilotversuche.

Das von Dörner, Egetmeyer und Koenning 1982 publizierte Buch „Freispruch der Familie“ sensibilisierte zunächst eine breitere Öffentlichkeit für die Nöte der Angehörigen, ehe das von Katschnig 1984 herausgegebene Werk „Die andere Seite der Schizophrenie“ mehr wissenschaftlich orientierte Untersuchungen zur Problematik der Angehörigen einem breiteren Fachpublikum zur Diskussion stellte.

Asmus Finzen hatte mit seinem Buch „Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen“ bereits in den frühen 80er Jahren das Laienpublikum zur kritischen Mitarbeit bei der Psychopharmaka-Therapie aufgefordert. F.-M. Sadre Chirazi-Stark begann zu dieser Zeit in Quakenbrück erstmals seine Erfahrungen bei Michael Goldstein in Los Angeles Ende der 70er und Anfang der 80er Jahre in Form von psychoedukativen Ansätzen in die Routinebehandlung umzusetzen. Peter Hornung arbeitete unter der Anleitung von Gerd Buchkremer in Münster zusammen mit Schulze-Mönking und Lewandowski an der wissenschaftlichen Evaluation von Angehörigen-zentrierten Interventionen. Hans-Jürgen Luderer hatte hierzu in Erlangen als einer der ersten unter dem Titel „Schizophrenien“ einen Ratgeber für Patienten und Angehörige

publiziert. Etwa zur gleichen Zeit war ein ähnlich intendierter Band von Hell und Gestefeld aus Zürich, ebenfalls unter dem Titel „Schizophrenien“, auf den Markt gekommen. Hahlweg, Dürr, Müller, Dose und Wiedemann hatten Ende der 80er Jahre eine große verhaltenstherapeutisch orientierte psychoedukative Familienbetreuung für einzelne Familien als Studie konzipiert und damit nachweisen können, dass bei optimaler Betreuung und regelmäßiger Medikation die Rückfallrate im 18-Monats-Zeitraum auf 4 % gesenkt werden kann.

Die in Angehörigenkreisen große Unruhe stiftenden Hypothesen aus der Expressed-Emotion-Forschung wurden 1993 von Schulze-Mönking und, unabhängig davon, auch von Watzl relativiert; beide konnten feststellen, dass das Engagement der Angehörigen einen protektiven Faktor darstellt, dass eine gewisse „Überreaktion der Angehörigen“ zu Beginn des Erkrankungsprozesses nahezu physiologisch ist und dass erst bei konstantem high-EE-Klima trotz korrigierender Erfahrungen von einem belastenden Einfluss der Angehörigen gesprochen werden kann.

Eine wichtige Schrittmacherfunktion bei der Zusammenführung von Angehörigen-orientierten Praktikern und Forschern hatten hierbei die von Olbrich aus Mannheim ins Leben gerufenen Symposien „Angehörigen-Arbeit in der Psychiatrie“, erstmals ausgerichtet 1986 in Mannheim, die seitdem in zweijährigem Turnus regelmäßig stattfinden, zuletzt im April 2002 in Tübingen unter der Leitung von Gerd Buchkremer und Stefan Klingberg. Hierbei kam es zu einer sukzessiven Zusammenführung aller interessierten Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen und auch des Pflegepersonals, um sich über neueste Konzepte auf diesem Gebiet auszutauschen. Dadurch wurde auch die Planung von psychoedukativen Interventionsstudien stimuliert, die Ende der 80er Jahre vor allem in Münster unter der Federführung von Gerd Buchkremer und am MPI in München von Kurt Hahlweg, Dürr, Dose, Feinstein und Wiedemann Ende der 80er und Anfang der 90er Jahre initiiert wurden. Aus der Münsteraner Studie ging das spätere Therapiemanual „PTS“ (Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten) von Kieserg und Hornung (1994) und

aus der vom MPI initiierten Untersuchung das verhaltenstherapeutisch orientierte Programm „Familienbetreuung schizophrener Patienten“ (Hahlweg et al. 1995) hervor; beide Bücher zählen mittlerweile zu den Standardwerken in der Schizophreniebehandlung. Des Weiteren kam es zur multizentrischen Studie in München (TUM, LMU, BKH Haar) unter der Federführung der TUM (Kissling, Bäuml), die unter dem Titel „Psychosen-Informationsprojekt“ (PIP-Studie) bekannt wurde. Annette Schaub entwickelte von Bern aus in Kooperation mit Brenner, Böker, Roder und Hodel die ersten Module ihrer „Bewältigungsorientierten Therapie“ (BOT), die mittlerweile publikationsreif geworden ist. Zu Beginn der 90er Jahre wurde von Günther Wienberg und Mitarbeitern das psychoedukative Programm „PEGASUS“ für Patienten entwickelt.

Bei aller Vielfalt dieser unterschiedlich aufgebauten Konzepte gab es doch viele Gemeinsamkeiten; gemeinsam war vor allem die verbindende Philosophie, das Selbsthilfepotenzial von Patienten und Angehörigen zu wecken, den „Empowerment-Gedanken“ zu fördern und die Kooperation zwischen Patienten, Angehörigen und professionellen Helfern zu intensivieren.

Thomas Bock aus Hamburg war ein sehr intensiver Förderer dieses Selbsthilfegedankens, er wollte hierbei weniger einem curricularen Schema folgen, sondern versuchte, sich ganz auf das von Patienten- und Angehörigenseite vorgebrachte Fragenspektrum zu konzentrieren. Der feste Wille, keine „Domestizierung“ der Psychose-Erfahrenen und der Angehörigen psychisch Kranker zu initiieren, stellte einen gewissen Gegensatz zu den strukturierten, professionell angeleiteten psychoedukativen Interventionen dar. Von einer übergeordneten Warte aus handelt es sich hier aber lediglich um die Kehrseite der gleichen Medaille, die davon profitiert, individuelles Erfahrungswissen und professionell erarbeitetes Expertenwissen gewinnbringend miteinander zu verzahnen. In enger Kooperation mit Thomas Bock fungierte hierbei Dorothea Buck als eine Art Gallionsfigur dieses Selbsthilfegedankens.

Diese unterschiedlichen Initiativen stellten eine nicht mehr übersehbare Bereicherung der

Behandlungspalette dar. Das aus der PIP-Studie hervorgegangene Ratgeberbuch für Patienten und Angehörige „Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige“ (Bäuml 1994) fand eine überregionale Verbreitung und Zustimmung, sodass psychoedukatives Denken allmählich die psychiatrische Routineversorgung zu infiltrieren begann. Spätestens Mitte der 90er Jahre stellte sich die Frage nach den eigentlichen Grundsäulen der psychoedukativen Interventionen aus Sicht der deutschsprachigen Psychiatrie und den schulübergreifenden Gemeinsamkeiten sowie den eventuellen Unterschieden, die bei der individuellen Therapieplanung berücksichtigt werden sollten.

Das Vorhaben, die auf diesem Gebiet wissenschaftlich arbeitenden Einrichtungen und Praxen an einen gemeinsamen Tisch zu bringen, war eine gewisse Herausforderung. Wem konnte es groffrei zugestanden werden, eine sich als ziemlich gleichberechtigt fühlende Expertengruppe zusammenzurufen, ohne dabei zum „Primus inter pares“ zu werden. F.-M. Sadre Chirazi-Stark aus Hamburg, der seit vielen Jahren die dialogisch orientierten sozialpsychiatrischen Tagungen in Hamburg organisiert hatte, besaß in dieser Funktion eine von allen gerne respektierte natürliche Autorität, die ihn dazu prädestinierte, die erste Einladung in enger Kooperation mit den drei weiteren Hauptinitiatoren der psychoedukativen Behandlungsphilosophie – J. Bäuml, W. P. Hornung und H.-J. Luderer – in Angriff zu nehmen. So kam es im November 1996 erstmals zum Treffen der eingangs aufgeführten 13 Zentren. Es war F.-M. Sadre Chirazi-Starks Verdienst, dass durch seine souveräne und gewinnende Art das verbindende und sich dem Behandlungsfortschritt verpflichtet fühlende Verantwortungsgefühl bei Weitem überwog, sodass sehr bald ein sehr konstruktives und professionelles Arbeitsklima entstand. Zur Orientierung für den interessierten Leser sollen nachfolgend die einzelnen Treffen chronologisch kurz skizziert werden, um abschätzen zu können, welche Vorarbeiten gelaufen sind, ehe es zur Herausgabe des vorliegenden Konsensusbandes kam.

- 11/1996: F.-M. Sadre Chirazi-Stark
(Hamburg)
 04/1997: W. P. Hornung (Münster)
 01/1998: J. Bäuml, G. Pitschel-Walz
(München)
 01/1999: H.-J. Luderer (Weinsberg)
 11/1999: R. Lägél, M. Puffe (Leipzig)
 05/2000: W. Behrendt (Homburg)
 11/2000: M. Bender (Herborn)
 07/2001: H. Schönell (Düsseldorf)
 01/2002: W. P. Hornung (Bonn)

Besonders erwähnt werden soll hierbei das anfängliche Dabeisein von Frau Dr. Barth-Stopik aus Berlin; als organisierte Vertreterin der Niedergelassenen Nervenärzte wurde durch ihre Mitgliedschaft demonstriert, dass sich Psychoedukation nicht ausschließlich im stationären Bereich abspielt, sondern ein Verfahren ist, das auch ganz selbstverständlich im ambulanten Sektor integriert sein muss.

Diese Treffen wurden dankenswerterweise von einigen Pharma-Unternehmen unterstützt, die antipsychotische Medikamente herstellen und sich deshalb verpflichtet fühlen, jenen Patienten, die ihre Medikamente beziehen, eine möglichst gute Grundlage zu geben, um mit diesen Psychopharmaka selbstbewusst, selbstbestimmt und intelligent umzugehen. Diese Art der Unterstützung von versorgungsbezogener Forschung durch einen großen Pool von Firmen betrachten wir als beispielhaft und sollte auf breiter Basis Schule machen. Die unterstützenden Firmen werden nachfolgend in alphabetischer Reihenfolge genannt: Astra-Zeneca, Bayer, Janssen-Cilag, Lilly, Neuraxpharm, Novartis, Pfizer, Pharmacia & Upjohn, Sanofi-Synthelabo.

Ganz besonderer Dank gilt hierbei auch dem DORIST-Fond mit seiner großzügigen Förderung des Treffens in München ganz allgemein und der psychoedukativen Forschungsaktivitäten an der TU im Besonderen.

Während der mittlerweile neun Arbeitstreffen kam es zur sukzessiven Erarbeitung des hier vorliegenden Konsensusbandes. Bei aller Unterschiedlichkeit der Konzepte dominierte das Bemühen, die Gemeinsamkeiten, das Verbindende, ja den psychoedukativen Bodensatz in Form des

kleinsten gemeinsamen Nenners zu erarbeiten, ohne dabei jeweils die eigene Handschrift konturnlos zu opfern. Dies hatte oftmals ein abendfüllendes Diskutieren und Ringen um Formulierungen, Redewendungen und Gliederungspunkte zur Folge. Stets war hierbei ein versöhnliches Einlenken, ein kompromissfähiges Aufeinanderzugehen bei gleichzeitiger Respektierung der originären Akzente der einzelnen Mitglieder ein markanter Wesenszug dieser Treffen. So entstand ein sehr ausgefeiltes, redlich erstrittenes und mit viel Herzblut gebackenes Gesamtwerk.

In Teil I wird das Konsensuspapier, der erklärte Minimalrahmen, also die „Pflichtübung“ in Sachen Psychoedukation, dargestellt. In Teil II werden analog zu den Unterpunkten des Konsensuspapiers die jeweils individuellen Amplifikationen bzw. Vertiefungen der einzelnen Autoren unter deren jeweils spezifischem Blickwinkel als sog. „Kürübung“ weiter ausgeführt.

Der Leser mag selbst entscheiden, inwiefern dieses Gesamtwerk als repräsentativ für den jetzigen Stand der psychoedukativen Interventionen im deutschsprachigen Raum gelten kann. Die Autoren sehen darin eine brauchbare Richtschnur für die Alltagsarbeit mit schizophren erkrankten Patienten und deren Angehörige für sämtliche Berufsgruppen. In diesem Sinne wünschen wir dem Werk eine möglichst weite Verbreitung zum Wohle der Patienten, der Angehörigen und auch der Therapeuten. Mit der psychoedukativen Behandlungsphilosophie soll die Erarbeitung eines kooperativen Behandlungsbündnisses erleichtert werden, um das Selbsthilfepotenzial von Patienten und Angehörigen möglichst optimal auszuschöpfen und somit einen wichtigen Schritt in Richtung Autonomie und Lebensqualitätsverbesserung der Betroffenen voranzukommen.

Psychoedukation bleibt hierbei ein sehr dynamischer Prozess, der einer ständigen Weiterentwicklung und Adaption an den aktuellen Versorgungsstandard bedarf. Es ist quasi ein systemimmanenter Anspruch, stets am „Puls der Zeit“ zu sein. Psychoedukation muss ein ewig junger und moderner Interventionsansatz bleiben, stets selbstkritisch und flexibel, um sich bei

Bedarf auch von mittlerweile überholten „Zöpfen“ zu verabschieden, ohne den ehernen Grundsatz der Förderung der Autonomie von Patienten und Angehörigen dabei zu relativieren.

Um diesem Grundsatz treu bleiben zu können, wird es noch vieler weiterer Treffen der Arbeitsgruppe bedürfen, worüber sich der Autor dieser Zeilen schon heute freut. Hierbei sollte es zur Konzeption verschiedener Multicenter-Studien kommen, um die Ergiebigkeit der einzelnen psychoedukativen Konzepte zu vergleichen, individuelle Prädiktoren für die divergierenden Ansätze zu finden und somit unter professioneller Begleitung eine möglichst individuell adaptierte Therapie für die einzelnen Patienten unter Nutzung des stabilisierenden und mutmachenden Effektes von Gruppenerfahrungen zu finden.

Der Autor möchte sich in diesem Zusammenhang für das Vertrauen der gesamten Arbeitsgruppe ganz herzlich bedanken, das ihm mit Überlassung der redaktionellen Verantwortung zusammen mit Gabi Pitschel-Walz entgegengebracht worden ist. Es war uns eine Ehre und eine große Verpflichtung zugleich, das gemeinsam erarbeitete Konsensuspapier mit den individuellen Arbeiten der einzelnen Autoren zu dem hier nun vorliegenden Gesamtwerk zu vereinen.

Bei der Erstellung dieses Buches standen uns viele flinke Hände und kluge Köpfe zur Seite. Neben der freundschaftlichen Kooperationshaltung aller Ko-Autoren möchte ich hier vor allem

die hervorragende Zusammenarbeit mit meiner Ko-Redakteurin, Frau Gabi Pitschel-Walz, besonders erwähnen! Danken möchte ich auch meinen beiden Sekretärinnen, Frau Karin Steffens und Frau Angelika Kaiser, die mit unermüdlicher Akribie an der endgültigen Fertigstellung aller Manuskripte mitgewirkt haben.

Die Zusammenarbeit mit den Profis vom Schattauer Verlag war eine Freude, spezieller Dank gilt Herrn Wulf Bertram, Frau Danielle Flemming, Frau Claudia Ganter und Herrn Volker Druke!

Die beiden redaktionell verantwortlichen Autoren – Josef Bäuml und Gabi Pitschel-Walz – sind davon überzeugt, dass sie bei der Erstellung des Buches sehr von der psychoedukativen Grundidee profitiert haben: So viel Autonomie wie möglich, so viel professionelle Hilfe wie nötig.

In diesem Sinne wünsche ich allen Ko-Autoren, dass dieses Buch eine möglichst große Verbreitung finden möge – zum Wohle von vielen Patienten und Angehörigen.

München, im September 2002

Josef Bäuml

im Namen der drei weiteren Initiatoren der Arbeitsgruppe Psychoedukation
W. P. Hornung, H.-J. Luderer und
F.-M. Sadre Chirazi-Stark

Anschriften der Herausgeber und Autoren

Priv.-Doz. Dr. med. Josef Bäuml

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der
TU München, Klinikum rechts der Isar
Ismaninger Str. 22, 81675 München
E-Mail: J.Baeuml@lrz.tu-muenchen.de

Priv.-Doz. Dr. med. Andreas Bechdorf, M. Sc.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinik Köln
Kerpener Str. 62, 50924 Köln
Associate Professor, Department of Psychiatry
University of Melbourne
The Pace Clinic
ORYGEN Youth Health Locked Bag 10
35 Poplar Road, Parkville,
Victoria 3052, Australia
E-Mail: andreas.bechdorf@uk-koeln.de;
andreas.bechdorf@mh.org.au

Dr. rer. med. Dipl.-Psych. Bernd Behrendt

Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
66421 Homburg/Saar
E-Mail: bernd.behrendt@uks.eu

Dr. med. Matthias Bender

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Rehbergpark g.GmbH Herborn
Austraße 40, 35745 Herborn
E-Mail: matthias.bender@rehbergpark.com

Prof. Dr. med. Hartmut Berger

Walter-Picard-Klinik Riedstadt
ZSP Philipppshospital, 64560 Riedstadt
E-Mail: dauer@zsp-philippshospital.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Heinrich Berger

Sozialpsychiatrischer Dienst München-Giesing
Pilgersheimerstraße 32, 81543 München
E-Mail: spdi.giesing@projekteverein.de

Dr. med. Frank Bergmann

1. Vorsitzender des Bundesverbandes
Deutscher Nervenärzte
Theaterplatz 17, 52062 Aachen
E-Mail: bergmann@bvdn-nordrhein.de

Dipl.-Psych. Birgit Conradt

Rheinische Kliniken Düsseldorf
Bergische Landstr. 2, 40629 Düsseldorf
E-Mail: Birgit.Conradt@lvr.de

Dipl.-Psych. Roberto D'Amelio

Universitätsklinikum des Saarlandes
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
66421 Homburg/Saar
E-Mail: roberto.d.amelio@uniklinik-
saarland.de

Teresa Froböse

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der TU München, Klinikum rechts der Isar
Ismaninger Str. 22, 81675 München
E-Mail: t.froboese@lrz.tu-muenchen.de

Dipl.-Psych. Hans Gunia

Psychotherapeutische Praxis
Heidelberger Landstr. 171, 64297 Darmstadt
E-Mail: Praxis@HansGunia.de

Prof. Dr. med. Andreas Heinz

Direktor der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Charité Campus Mitte
Schumannstraße 20/21, 10117 Berlin
E-Mail: andreas.heinz@charite.de

Prof. Dr. med. Peter Hornung

Rheinische Kliniken Bonn
Postfach 170169, 53111 Bonn
E-Mail: wp.hornung@lvr.de

Sibylle Hornung-Knobel

Bezirkskrankenhaus Haar
Vockestr. 72, 85540 Haar
E-Mail: Hornung-Knobel@Krankenhaus-Haar.de

Dipl.-Psych. Maren Jensen

Asklepios Westklinikum
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Suurheid 20, 22559 Hamburg
m.jensen@awhh.de

Prof. Dr. med. Georg Juckel

Westfälisches Zentrum für Psychiatrie Bochum
Alexandrinestr. 1, 44791 Bochum
E-Mail: georg.juckel@wkp-lwl.org

Dr. med. Werner Kissling

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der TU München, Klinikum rechts der Isar
Möhlstr. 26, 81675 München
E-Mail: W.Kissling@lrz.tu-muenchen.de

Priv.-Doz. Dr. phil. Dipl.-Psych. Stefan Klingberg

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Oslanderstr. 24, 72076 Tübingen
E-Mail: stefan.klingberg@med.uni-tuebingen.de

Dr. med. Thomas Kohler

Zentrum für Psychiatrie
Die Weissenau
Weingartshofer Str. 2, 88214 Ravensburg
E-Mail: Thomas.Kohler@ZfP-Weissenau.de

Ralph Lägel, MBA

Janssen-Cilag GmbH
Raiffeisenstr. 8, 41470 Neuss
E-Mail: Kontakt@Laegel.de

Prof. Dr. med. Hans-Jürgen Luderer

Klinikum am Weissenhof
74189 Weinsberg
E-Mail: H.Luderer@klinikum-weissenhof.de

Dr. med. Norbert Mönter

Nervenärztlich-psychotherapeutische
Praxisgemeinschaft
Tegeler Weg 4, 10589 Berlin
E-Mail: moenter-berlin@t-online.de

Dr. phil. Dipl.-Psych. Edelgard Mösch

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der TU München, Klinikum rechts der Isar
Ismaninger Str. 22, 81675 München
E-Mail: moesch@lrz.tum.de

Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych. Gabi Pitschel-Walz

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der TU München, Klinikum rechts der Isar
Ismaninger Str. 22, 81675 München
E-Mail: G.Pitschel-Walz@lrz.tu-muenchen.de

Dipl.-Soz.-Päd. Marite Pleininger-Hoffmann

Krankenanstalten Gilead gGmbH ZPPM
Remterweg 69–71, 33617 Bielefeld
E-Mail: Marite.pleininger-hoffmann@evkb.de

Dr. rer. nat. Dipl.-Psych. Martina Puffe

Praxis für Psychotherapie
Täubchenweg 83, 04317 Leipzig
E-Mail: Puffe-Martina@t-online.de

Dr. med. Michael Rentrop

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der TU München, Klinikum rechts der Isar
Ismaninger Str. 22, 81675 München
E-Mail: M.Rentrop@lrz.tu-muenchen.de

Dr. med. Christine Rummel-Kluge

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der TU München, Klinikum rechts der Isar
Möhlstraße 26, 81675 München
E-Mail: christine.rummel@lrz.tum.de

Prof. Dr. med. F.-Michael Sadre Chirazi-Stark

Asklepios Westklinikum
Abt. Psychiatrie und Psychotherapie
Suurheid 20, 22559 Hamburg
E-Mail: m.stark@asklepios.com
<http://prof-stark.de>

Dr. phil. Dipl.-Psych. Annette Schaub

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der LMU München
Nußbaumstr. 7, 80336 München
E-Mail: aschaub@med.uni-muenchen.de

Dr. med. Helmut Schönell

Klinik Königshof
Am Dreifaltigkeitskloster 16, 47807 Krefeld
E-Mail: H.Schoenell@ak-neuss.de

Dr. med. Bernhard Sibus

Westfälisches Zentrum für Psychiatrie und
Psychotherapie
Agathastr. 1, 33098 Paderborn
E-Mail: Bernhard.sibus@wkp-lwl.org

Priv.-Doz. Dr. med. Katarina Stengler

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität Leipzig
Johannisallee 20, 04317 Leipzig
E-Mail: Stenglk@med.uni-leipzig.de

Prof. Dr. med. Georg Wiedemann

Direktor der Klinik für Psychiatrie und
Psychotherapie
Pacelliallee 4, 36043 Fulda
E-Mail: psychiatrie@klinikum-fulda.de

Dr. P.H. Günther Wienberg

v. Bodelschwingsche Anstalten Bethel
Königsweg 1, 33617 Bielefeld
E-Mail: guenther.wienberg@bethel.de

Inhalt

I	Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen	1	7.3	Berufsgruppen.....	12
	Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“		7.4	Beruflicher Erfahrungshintergrund ..	13
1	Definition	3	7.5	Psychotherapeutische Basisfertigkeiten.....	13
2	Ziele	4	7.6	Praktische Ausbildung.....	13
2.1	Ziele für die Arbeit mit Patienten...	4	7.7	Weiterbildungsangebote zur Psychoedukation.....	14
2.2	Ziele für die Arbeit mit Angehörigen/Bezugspersonen.....	4	7.8	Ausblick.....	14
2.3	Ziele für die Professionellen.....	4	8	Implementierung	15
3	Indikation/Voraussetzungen bzw. Kontraindikation	6	8.1	Einbindung des gesamten Teams....	15
3.1	Teilnehmer an Patientengruppen....	6	8.2	Stationäres Setting.....	16
3.2	Teilnehmer an Angehörigengruppen	6	8.3	Ambulantes Setting.....	16
3.3	Teilnehmer an Familiengruppen....	6	9	Forschung und Qualitätssicherung	18
4	Organisatorischer Rahmen	7	9.1	Stand der Forschung.....	18
5	Struktur und Inhalte	8	9.2	Offene Forschungsfragen.....	20
5.1	Allgemeines Hintergrundwissen....	8	9.3	Qualitätssicherung.....	21
5.2	Praktisches Handlungswissen.....	8	10	Öffentlichkeitsarbeit	22
5.3	Zentrale emotionale Themen.....	9	10.1	Bekanntmachung von konkreten psychoedukativen Angeboten.....	22
6	Didaktisches und psychotherapeutisches Vorgehen	11	10.2	Informationen über Psychoedukation an sich.....	22
6.1	Ablauf der Sitzungen.....	11	11	Selbsthilfebewegungen	24
6.2	Psychotherapeutische Elemente....	11	12	Rechtliche Aspekte	26
7	Qualifikation von Gruppenleitern ..	12	12.1	Rechtsfragen als Inhalte der Psychoedukation.....	26
7.1	Vorbemerkungen.....	12	12.2	Rechtsfragen in Zusammenhang mit Organisation und Durchführung psychoedukativer Einzel- und Gruppentherapien.....	27
7.2	Persönliche Voraussetzungen der Gruppenleiter.....	12	13	Abrechnungsmöglichkeiten	29
			13.1	Stationärer Bereich.....	30
			13.2	Ambulanter/komplementärer Bereich	30

14 Literatur und Medien für Laien . . .	31
14.1 Ratgeber.	31
14.2 Erfahrungsberichte von Betroffenen	31
14.3 Bücher zur Angehörigenarbeit	32
14.4 Videos und Filme	32
14.5 Software.	33
14.6 Internet-Adressen.	33

II Vertiefungskapitel zum Konsensuspapier über psychoedukative Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen 35

Vertiefungskapitel zu Kapitel 1 „Definition“

15 Zur Geschichte der Psychoedukation	37
J. Bäuml, G. Pitschel-Walz	
15.1 Einleitung.	37
15.2 Professionalisierung der psychodidaktischen Wissensvermittlung	38
15.3 Historische Entwicklung der psychoedukativen Interventionen.	38
15.4 Ausblick.	41
16 Umfrage zur Häufigkeit und Durchführung von Psychoedukation bei Schizophrenie an psychiatrischen Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz	42
C. Rummel-Kluge, G. Pitschel-Walz, J. Bäuml, W. Kissling	
16.1 Einleitung.	42
16.2 Fragebogen-Design	42
16.3 Durchführung der Umfrage.	43
16.4 Rücklauf.	43
16.5 Ergebnisse der Umfrage	43
16.6 Schlussfolgerungen	46

Vertiefungskapitel zu Kapitel 2 „Ziele“

17 Kooperative Pharmakotherapie und Mitbestimmungsaspekte im Rahmen psychoedukativer Interventionen.	49
W.P. Hornung	
17.1 Einleitung.	49
17.2 Zur Veränderung des Medikationsverhaltens schizophrener Erkrankter nach einem Psychoedukativen Training	52
17.3 Das Psychoedukative Training für Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung.	54
17.4 Untersuchungsgang	58
17.5 Zusammenfassung und Ausblick.	63

Vertiefungskapitel zu Kapitel 3 „Indikation/Voraussetzungen bzw. Kontraindikation“

18 Psychoedukation bei stationären Akutpatienten	66
H. Schönell	
18.1 Einleitung.	66
18.2 Anforderungen an psychoedukative Interventionen in der Akutphase.	66
18.3 Durchführung.	67
18.4 Voraussetzungen für die Teilnahme	68
18.5 Effekte	69
18.6 Besonderheiten der Interventionen im Stundenverlauf	70
19 Psychoedukation bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko	72
A. Bechdorf, G. Juckel	
19.1 Einleitung.	72
19.2 Risikokriterien für erste psychotische Episoden.	73
19.3 Effektivität von Frühintervention bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko	77
19.4 Besonderheiten bei der Behandlung von Personen mit erhöhtem Psychoserisiko	77

19.5 Psychoedukative Elemente der Einzeltherapie.	81	23 Psychoedukative Informations- vermittlung: „Pflicht und Kür“	114
19.6 Zusammenfassung	85	J. Bäuml, G. Pitschel-Walz	
20 Psychoedukation bei ersterkrankten Patienten mit schizophrenen Störungen	86	23.1 Einleitung	114
B. Conradt, S. Klingberg		23.2 „Pflicht und Kür“	115
20.1 Einleitung	86	23.3 Ausblick	128
20.2 Besonderheiten ersterkrankter Patienten	87	24 Individualisierung und trialogische Dimension	130
20.3 Anforderungen an psychoedukative Interventionen bei Ersterkrankten . . .	89	M. Bender	
20.4 Manual zur Psychoedukation bei Ersterkrankten	90	24.1 Einleitung	130
20.5 Einbeziehung der Angehörigen	91	24.2 Verschiedene Aspekte und Perspek- tiven der Individualisierung bei psychoedukativen Interventionen.	130
20.6 Zusammenfassung und Ausblick.	92	24.3 Die trialogische Dimension	136
		24.4 Ausblick	139
		25 Psychoseseminare: Psycho- edukative und rehabilitative Funktion	140
Vertiefungskapitel zu Kapitel 4 „Organisatorischer Rahmen“		J. Bäuml, H. Berger, T. Froböse, E. Mösch, G. Pitschel-Walz	
21 Motivierung zur Teilnahme an psychoedukativen Angehörigen- gruppen	93	25.1 Einleitung	140
G. Pitschel-Walz		25.2 Psychoseseminare im deutsch- sprachigen Raum	141
21.1 Einleitung	93	25.3 Praktische Durchführung in An- lehnung an das Münchner Psychose- seminar	142
21.2 Strategien zur Erhöhung der Inan- spruchnahme von psychoedukativen Angehörigengruppen	99	25.4 Das Münchner Psychoseseminar: Evaluation	146
21.3 Schlussfolgerungen	106	25.5 Psychoseseminare: Chancen und Grenzen.	150
		25.6 Psychoedukative Elemente innerhalb des Psychoseseminars.	152
Vertiefungskapitel zu Kapitel 5 „Struktur und Inhalte“		25.7 Rehabilitative Funktion des Psychoseseminars.	152
22 Diagnosemitteilung.	107	25.8 Zusammenfassung und Ausblick	153
H.-J. Luderer			
22.1 Einleitung	107		
22.2 Eigene Untersuchungen	108		
22.3 Die praktische Durchführung der Diagnosemitteilung	110		
22.4 Schlussfolgerungen	113		

26	Psychoedukative Mehrfamilien- interventionen bei schizophrenen Psychosen – am Beispiel des PEFI-Programms	155	29	Bilder, Metaphern und Materialien bei der Vermittlung zentraler psychoedukativer Themen	189
	H. Berger, H. Gunia			B. Behrendt	
26.1	Einführung	155	29.1	Einleitung	189
26.2	Teilnehmerkreis und Indikation für die Psychoedukative Mehrfamilien- intervention	156	29.2	Bilder und Metaphern	189
26.3	Überblick über das PEFI-Programm	157	29.3	Schlussbemerkung	201
26.4	Das Setting der Mehrfamilientherapie nach McFarlane	161	30	Einsatz neuer Medien zur Unter- stützung der Psychoedukation – Trainings- und Informations- programm für Psychose- betroffene (TIP)	202
26.5	Ausblick	162		R. Lägél, T. Kohler	
27	Diagnosenübergreifende psycho- edukative Gruppen	163	30.1	Einleitung	202
	M. Jensen, F.-M. Sadre Chirazi-Stark		30.2	Haben neue Medien in der Psycho- edukation überhaupt eine Berechtigung?	202
27.1	Einleitung	163	30.3	TIP – Entwicklung der Software . . .	203
27.2	Das Konzept der diagnosenüber- greifenden psychoedukativen Gruppe	164	30.4	TIP – die Struktur	204
27.3	Schlussfolgerungen und Bewertung	175	30.5	TIP – die Inhalte	205
28	Psychoedukation bei Patienten mit der Doppeldiagnose schizophrene Psychose und Sucht	176	30.6	TIP – Beispielansichten	209
	R. D’Amelio, H. Schönell, S. Hornung-Knobel		30.7	TIP – die Technik	213
28.1	Einleitung	176	30.8	TIP – die Perspektiven	213
28.2	Grundlagen der integrativen Therapie	177	31	Psychotherapeutische Dimensionen von Psychoedukation	214
28.3	Umsetzung des integrativen Behand- lungskonzepts auf der Doppel- diagnosestation	180		S. Klingberg	
28.4	Das Behandlungskonzept GOAL – Gesund und Ohne Abhängigkeit Leben	182	31.1	Einleitung	214
28.5	Ausblick	188	31.2	Psychoedukation in Abgrenzung zur Psychotherapie	214
			31.3	Psychoedukation als Dimension von Psychotherapie	216
			31.4	Zusammenfassung und Schluss- folgerungen	219
			32	Coping-Forschung und bewältigungs- orientierte Therapien bei schizophrenen Störungen	220
				A. Schaub	
			32.1	Einleitung	220
			32.2	Bewältigungsformen bei schizo- phrenen Störungen	220

32.3 Bewältigungsorientierte Therapie:
Erkennen und angemessener Umgang
mit Krankheitssymptomen 222

32.4 Bewältigungsorientierte Therapie:
Erkennen und angemessener Umgang
mit multiplen Belastungen 226

32.5 Zusammenfassung 233

**33 Gesprächspsychotherapeutische
Aspekte der Psychoedukation** 235
H.-J. Luderer

33.1 Einleitung 235

33.2 Gesprächspsychotherapie und
Psychoedukation 235

33.3 Schlussfolgerungen 242

**Vertiefungskapitel zu Kapitel 8
„Implementierung“**

**34 Psychoedukative Modelle
außerhalb von Klinik und
Institutsambulanz – Erfahrungen
aus einem Modellprojekt** 244
R. Lägell, M. Puffe

34.1 Einleitung 244

34.2 Ambulante Psychoedukation
in der Literatur 244

34.3 Modellübersicht 245

34.4 Herausforderungen 247

34.5 Wege zum Erfolg 248

34.6 Schlussfolgerungen und Ausblick 250

**35 Psychoedukation im gemeinde-
psychiatrischen Verbund** 252
G. Wienberg, B. Sibum

35.1 Einleitung 252

35.2 Das PEGASUS-Programm 252

35.3 Implementierung des PEGASUS-
Programms in Bielefeld und
Paderborn 255

35.4 Unterstützung der Implementierung
des PEGASUS-Konzeptes
in anderen Regionen 259

35.5 Schlussfolgerungen 261

**36 Psychoedukation im Rahmen
der Integrierten Versorgung** 263
W. Kissling, U. Seemann

36.1 Einleitung 263

36.2 Warum ist die Integrierte Versorgung
für Psychoedukatoren interessant? 263

36.3 Was ist Integrierte Versorgung? 264

36.4 Wer sollte einen IV-Antrag stellen? 264

36.5 Das „Münchner Modell“ 267

36.6 Zusammenfassung 269

**Vertiefungskapitel zu Kapitel 9
„Forschung und Qualitätssicherung“**

**37 Evaluation psychoedukativer
Interventionen** 270
B. Behrendt, G. Pitschel-Walz

37.1 Einleitung 270

37.2 Basisevaluation 270

37.3 Erweiterte Evaluation 274

37.4 Ausblick 284

**38 Forschungsüberblick und
Forschungsfragen zur
Evidenzbasierung** 285
G. Wiedemann

38.1 Interventionsstudien 285

38.2 Meta-Analysen 289

38.3 Kritische Forschungsfragen
und Empfehlungen für künftige
Studien 291

38.4 Zusammenfassung und Ausblick 292

**Vertiefungskapitel zu Kapitel 10
„Öffentlichkeitsarbeit“**

**39 Kampf dem Stigma –
Anti-Stigma-Kampagne und lokale
Initiativen** 294
F.-M. Sadre Chirazi-Stark

39.1 Einleitung 294

39.2 Anti-Stigma-Kampagne der World
Psychiatric Association (WPA) 294

39.3 Anti-Stigma-Kampagne „von unten“ 296

39.4 Ausblick 296

**Vertiefungskapitel zu Kapitel 11
„Selbsthilfebewegungen“**

40	Selbsthilfebewegung von Patienten und Angehörigen	298
	K. Stengler	
40.1	Einleitung.	298
40.2	Historische Entwicklung der Selbsthilfebewegung von Psychiatrie-Erfahrenen (Patienten) und Angehörigen	298
40.3	Aktueller Stand – ein Spannungsfeld zwischen den unterschiedlichen Interessen der Selbsthilfegruppen und der Professionellen.	305
40.4	Ausblick.	306
41	„Peer to Peer“-Psychoedukation . .	308
	C. Rummel-Kluge, G. Pitschel-Walz, W. P. Hansen, A. Helbig, H. Popp, W. Kissling	
41.1	Einleitung.	308
41.2	Eigene Untersuchungen.	308
41.3	Schlussfolgerungen	313

**Vertiefungskapitel zu Kapitel 12
„Rechtliche Aspekte“**

42	Rechtsfragen	315
	H.-J. Luderer	
42.1	Einleitung.	315
42.2	Der rechtliche Rahmen der Behandlung	315
42.3	Schizophrenie, Psychopharmaka und Fahrtauglichkeit	323
42.4	Andere Rechtsfragen	325
42.5	Schlussfolgerungen	327
	Literaturverzeichnis	329
	Sachverzeichnis	355

I Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen

Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ in der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE):

J. Bäuml, A. Bechdorf, B. Behrendt, M. Bender, H. Berger, F. Bergmann, B. Conradt, R. D'Amelio, T. Froböse, H. Gunia, A. Heinz, W.P. Hornung, S. Hornung-Knobel, M. Jensen, G. Juckel, W. Kissling, S. Klingberg, T. Kohler, R. Lägel, H.-J. Luderer, N. Mönter, G. Pitschel-Walz, M. Pleininger-Hoffmann, M. Puffe, M. Rentrop, C. Rummel-Kluge, F.-M. Sadre Chirazi-Stark, A. Schaub, H. Schönell, B. Sibus, K. Stengler, G. Wiedemann, G. Wienberg

Die Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ wurde 1996 ins Leben gerufen, um eine Ist-Analyse der bestehenden Konzepte psychoedukativer Interventionen durchzuführen und sich über akzeptierte Grundsätze der Psychoedukation zu verständigen. Darüber hinausgehende Ziele sind die Weiterentwicklung der einzelnen Konzepte, die Entwicklung von Hilfen zur praktischen Umsetzung und die Planung wissenschaftlicher Untersuchungen. In dieser Arbeitsgruppe waren zunächst Mitarbeiter der psychiatrischen Kliniken der TU München, der LMU München, der Universitäten von Marburg, Tübingen, Homburg/Saar, Münster, Leipzig, Düsseldorf, Hamburg sowie der Versorgungskliniken in Bonn, Bielefeld und Weinsberg und eines ambulanten Leipziger Modellprojektes vertreten. Nach der Veröffentlichung der ersten Auflage des Konsensusbuches im Jahre 2003 sind weitere Psychoedukationsexperten aus den Universitätskliniken Charité Berlin, Bochum, Düsseldorf, Köln, München, Homburg/Saar, aus den Versorgungskliniken Fulda, Haar, Ravens-

burg und Riedstadt, zwei niedergelassene Psychiater aus Aachen und Berlin sowie ein niedergelassener psychologischer Psychotherapeut aus Darmstadt in die Arbeitsgruppe aufgenommen worden, sodass die Gruppe aktuell 33 Mitglieder umfasst.

In einer Auftaktveranstaltung in Hamburg (11/96) und bei weiteren Treffen in Münster (4/97), München (1/98), Weinsberg (1/99), Leipzig (11/99), Homburg (5/00), Herborn (11/00), Düsseldorf (7/01), Bonn (1/02) und München (10/02) wurden Ziele, organisatorischer Rahmen, Indikationen und Kontraindikationen, strukturelle Ausrichtung, inhaltliche Schwerpunkte, didaktische und psychotherapeutische Vorgehensweisen sowie Forschungsmöglichkeiten diskutiert und eine Standortbestimmung der klinischen Anwendung psychoedukativer Methoden bei der Behandlung der Schizophrenie erarbeitet.

Nach der Veröffentlichung der Erstaussage des Konsensusbuches wurden in weiteren Treffen der Arbeitsgruppe in Berlin (2/04), Pader-

born (9/04), München (3/05), Weinsberg (10/05), Bochum (2/06), Ravensburg (9/06) und Darmstadt (3/07) psychoedukative Weiterentwicklungen, mögliche gemeinsame Forschungsvorhaben und die Organisation der seit 2004 jährlich stattfindenden Deutschen Psychoedukationskongresse diskutiert.

Bei dem Treffen der Arbeitsgruppe am 25.10.2005 in Weinsberg beschlossen die Teilnehmer einstimmig, eine Fachgesellschaft in der Rechtsform eines Vereins zu gründen, um die Anliegen der Arbeitsgruppe in der Fachwelt und in der Öffentlichkeit noch besser vertreten zu können. Am 14.11.2006 wurde die Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE) als Verein eingetragen (www.dgpe.de). Nachfolgend versuchen die Mitglieder der Arbeitsgruppe Psy-

choedukation eine Definition von Psychoedukation sowie eine Formulierung ihrer Ziele und Organisationsformen, die dem derzeitigen Konsens entspricht, der seinerseits sich aus dem Vergleich der verschiedenen Konzepte ergibt. Darüber hinaus erfolgt ein Verweis auf die Besonderheiten der einzelnen Vorgehensweisen.

Psychoedukative Konzepte sind bisher im Bereich der Psychiatrie vor allem zur Behandlung der Schizophrenie und der schizoaffektiven Störungen erarbeitet und umgesetzt worden. Die grundsätzlichen Prinzipien der Psychoedukation gelten jedoch auch für den Einsatz bei anderen psychischen Störungen. Die verstärkte Entwicklung und Umsetzung entsprechender diagnosis-spezifischer oder auch diagnosis-übergreifender Programme ist wünschenswert.

1 Definition

Psychoedukation ist ein aus dem amerikanischen stammender Fachbegriff, der sich aus den Teilen „psychotherapy“ und „education“ zusammensetzt. Während „psychotherapy“ wörtlich mit „Psychotherapie“ ins Deutsche übersetzt werden kann, wird in diesem Zusammenhang unter „education“ nicht „Erziehung“, sondern Aufklärung, Wissenserarbeitung und Bildung verstanden. Als „Psychoedukation“ sollten nur solche Interventionen bezeichnet werden, die diese Elemente enthalten.

Unter dem Begriff der Psychoedukation werden demnach systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die

Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen.

Im Rahmen einer Psychotherapie bezeichnet Psychoedukation denjenigen Bestandteil der Behandlung, bei dem die aktive Informationsvermittlung, der Erfahrungsaustausch unter den Betroffenen und die Bearbeitung allgemeiner Krankheitsaspekte im Vordergrund stehen.

Die Wurzeln der Psychoedukation liegen in der Verhaltenstherapie, wobei aktuelle Konzepte auch gesprächspsychotherapeutische Elemente in unterschiedlicher Gewichtung enthalten.

2 Ziele

2.1 Ziele für die Arbeit mit Patienten

Übergeordnetes Ziel: Im Vordergrund steht die Gesundheitsförderung – die Stärkung der Ressourcen und die Förderung des informierten selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung.

Folgende **Teilziele** werden für Patienten im Einzelnen angestrebt:

- Verbesserung des Informationsstandes beim Patienten bezüglich der Diagnose „schizophrene Erkrankung“ sowie des Verlaufs, der Ursachen und der Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung
- Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes
- Befähigung zu einer kompetenten Mit-Entscheidung bezüglich der Behandlungsoptionen
- emotionale Entlastung der Patienten
- Förderung der langfristigen Behandlungsbereitschaft bei den Patienten
- Verbesserung der Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen
- Gewinnen von Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung
- Erhöhung der Selbstwirksamkeit

2.2 Ziele für die Arbeit mit Angehörigen/Bezugspersonen

Übergeordnete Ziele: Hierbei steht ebenfalls die Förderung der Kompetenz im Umgang mit den Betroffenen im Vordergrund, mit dem Ziel einer Verbesserung des Krankheitsverlaufes bei den Patienten. Weiterhin soll die Bewältigung

von krankheitsbedingten Problemen für den persönlichen Lebensbereich verbessert werden.

Als **Teilziele** für Angehörige/Bezugspersonen ergeben sich:

- Verbesserung des Informationsstandes bezüglich der Diagnose „Schizophrenie“ sowie des Verlaufs, der Ursachen und der Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung
- Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes
- emotionale Entlastung der Angehörigen
- Förderung der langfristigen Kooperationsbereitschaft mit allen an der Behandlung Beteiligten
- Unterstützung der Angehörigen bei der Förderung der Behandlungsbereitschaft bei den Patienten
- Verbesserung der Fähigkeiten zur Bewältigung von Krisen und zur Unterstützung bei Krisen
- Verbesserung des innerfamiliären Umgangs, besonders im Hinblick auf die Erkrankung

2.3 Ziele für die Professionellen

Übergeordnetes Ziel: Die Professionellen streben die Verbesserung der Behandlungsergebnisse an, d. h. die Verbesserung des kurzfristigen und vor allem des langfristigen Krankheitsverlaufs der Patienten durch die Förderung der Selbstkompetenz von Patienten und Angehörigen.

Dabei ergeben sich für die Professionellen folgende **Teilziele:**

- bessere Wahrnehmung der subjektiven Nöte und Bedürfnisse von Patienten und Angehörigen

-
- Sensibilisierung für die Ressourcen von Patienten und Angehörigen
 - Aufbau eines partnerschaftlichen Behandlungsbündnisses
 - Ökonomisierung der Informationsvermittlung
 - systematische Nutzung des protektiven Potenzials der Angehörigen
 - Kennenlernen der dialogischen Perspektive
 - Perspektivenerweiterung hinsichtlich verschiedener Erlebens- und Bewältigungsmöglichkeiten von schizophrenen Psychosen

3 Indikation/Voraussetzungen bzw. Kontraindikation

3.1 Teilnehmer an Patienten- gruppen

Teilnehmer sind Patienten mit der gesicherten Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis, d. h. inkl. schizoaffektiver Psychosen, Erstmanifestationen und rezidivierend Erkrankte.

Die Patienten müssen „gruppenfähig“ sein, sie sollten zumindest 30 Minuten lang teilnehmen und sich auch auf die Gruppeninhalte konzentrieren können. Dies orientiert sich in der Regel an dem Ausmaß der formalen Denkstörung, der psychomotorischen Unruhe und einer eventuellen maniformen Symptomatik. Hierbei sind die Belastungen sowohl für die Betroffenen selbst als auch für die Gruppe zu berücksichtigen. Insbesondere muss die potenzielle Auswirkung auf das depressive suizidale Erleben berücksichtigt werden.

Kontraindikationen sollten sehr restriktiv gestellt werden, vielmehr sollte eine Adaption des Konzeptes an die Besonderheiten der Patienten stattfinden. Mangelnde Krankheitseinsicht, Wahnerleben oder eine andere produktiv psychotische Symptomatik wie Halluzinationen und Ich-Störungen sind ebenso wenig Kontraindikationen wie eine Residual- und Minus-symptomatik.

Mangelnde Sprachkenntnisse oder kognitive Leistungseinbußen sollen nur dann die Teilnahme limitieren, wenn befürchtet werden muss, dass die Teilnahme zu problematischen Missverständnissen oder Insuffizienzgefühlen führen könnte.

3.2 Teilnehmer an Angehörigen- gruppen

Die Personengruppe umfasst Familienangehörige (z. B. Eltern, Kinder, Partner, Geschwister) und andere relevante Bezugspersonen (z. B. Freunde, Betreuer, Laienhelfer). Die Patienten müssen über die Einladung ihrer Angehörigen zur Gruppe informiert sein, ein Einverständnis des Patienten zur Gruppenteilnahme ist wünschenswert. Insbesondere bei patientenzentrierten Angehörigengruppen, wie z. B. im Rahmen eines bifokalen Ansatzes, ist das Einverständnis der Patienten zur persönlichen Einladung ihrer Angehörigen erforderlich (da die Einladung in eine diagnosenspezifische Gruppe eine indirekte Preisgabe der Diagnose darstellen könnte).

Bei der Einbeziehung der Angehörigen sind die Rechtsvorschriften der ärztlichen Schweigepflicht selbstverständlich zu berücksichtigen (s. Kap. 12).

3.3 Teilnehmer an Familien- gruppen

Teilnehmer an Familiengruppen sind Patienten mit der gesicherten Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen bzw. dem schizoaffektiven Formenkreis und ihre Angehörigen sowie in Lebensgemeinschaft lebende Partner. Für die Aufnahme von Patienten wie ihrer Partner bzw. Angehörigen in Familiengruppen gelten die gleichen Kriterien wie sie in den Kapiteln 3.1 und 3.2 genannt sind.

4 Organisatorischer Rahmen

Psychoedukation kann in der psychiatrischen oder psychotherapeutischen Einzelbehandlung, im Rahmen einer Familientherapie oder in Gruppen stattfinden. Zumeist wird Psychoedukation an der Klinik und in Gruppen durchgeführt, daher beziehen sich die Ausführungen schwerpunktmäßig auf dieses Setting.

Im Folgenden werden die Rahmenbedingungen beschrieben, die auch als organisatorische Qualitätskriterien gelten können:

- manualisiertes Vorgehen
- Einbindung in den psychiatrisch-psychotherapeutischen Gesamtbehandlungsplan
- Durchführung im stationären, teilstationären und/oder ambulanten Setting
- idealerweise störungsspezifisch
- Vorgehen in geschlossenen, halb offenen oder offenen Gruppen, wobei geschlossene Gruppen wünschenswert sind, halb offene und offene Gruppen aber der Versorgungsrealität mehr Rechnung tragen
- bifokaler Ansatz
- Leitung und Ko-Leitung mit definierten Voraussetzungen
- Freiwilligkeit der Teilnahme
- Gruppenstärke bis 10 Patienten/15 Angehörige
- Dauer der einzelnen Sitzung ca. 45–90 Minuten für Patienten, ca. 90 Minuten für Angehörige
- Dauer des Gesamtprogramms: 8–16 Sitzungen für Patienten oder Angehörige
- Frequenz der Sitzungen: 1- bis 2-mal wöchentlich bei Patienten, alle 1–3 Wochen bei Angehörigen
- regelmäßige Supervision

5 Struktur und Inhalte

Ausgehend von der individuellen Erfahrung der einzelnen Gruppenmitglieder und unter Respektierung ihrer subjektiven Krankheitskonzepte werden psychoedukative Gruppen durch folgende Elemente strukturiert:

- das interaktive Erarbeiten von Informationen über die Krankheit selbst und die derzeitigen Behandlungsmöglichkeiten (in Form von allgemeinem Hintergrundwissen und praktischem Handlungswissen zur Förderung des individuellen Selbstmanagements unter salutogenetischer Perspektive)
- die emotionale Entlastung, d. h. Hilfestellung bei der seelischen Verarbeitung der Erkrankung

Basierend auf dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell mit genetischen, biologischen und psychosozialen Bedingungsfaktoren der schizophrenen Verletzlichkeit, wird über die Erkrankung aufgeklärt und damit ein funktionelles Krankheitskonzept erarbeitet, in das alle gängigen Therapiekonzepte integriert werden können. Im Einzelnen werden folgende Themen bearbeitet:

5.1 Allgemeines Hintergrundwissen

Symptomatik und Krankheitsbegriff

- Diagnose, Krankheitsbegriff
- Prodromalphase
- Frühwarnzeichen
- Plussymptomatik
- Minussymptomatik
- postpsychotische Depression/dysphorische Reaktion
- persistierende Symptomatik

Ursachen und Krankheitskonzept

- Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell
- biologisch-genetische Aspekte
- Informationsverarbeitung und Neurotransmitterstoffwechsel (Dopamin-Hypothese)
- Bedeutung des Familienklimas
- Risikofaktoren, insbesondere Drogen

Epidemiologie und Verlauf

- soziodemografische Daten
- Erkrankungshäufigkeit
- Verlaufsformen
- Prognose

Therapie: Akut- und Langzeitbehandlung

- Pharmakotherapie
- Nebenwirkungen
- Umgang mit Nebenwirkungen
- psychotherapeutische Maßnahmen
- psychosoziale Maßnahmen
- Rezidivprophylaxe
- Krankheitsbewältigung
- sonstige Behandlungsmaßnahmen
- Rehabilitationsmaßnahmen
- rechtliche Aspekte

5.2 Praktisches Handlungswissen

- Auslöpfungsfaktoren
- persönliche Frühwarnzeichen
- individuelle Bewältigungsstrategien und Rückfallvorbeugung
- Notfall- und Krisenpläne
- Stärkung gesunder Anteile des Patienten
- Erarbeitung von Bewältigungsstrategien
- Erarbeitung von realistischen Therapie- und Rehabilitationszielen
- Vermeidung von Über- bzw. Unterstimulation

- Förderung der Selbstakzeptanz
- Optimierung der medikamentösen Behandlungsmöglichkeiten

5.3 Zentrale emotionale Themen

Die beiden vorausgehenden Kapitel „Allgemeines Hintergrundwissen“ (Kap. 5.1) und „Praktisches Handlungswissen“ (Kap. 5.2) besitzen für Patienten und Angehörigengruppen eine ähnlich wichtige Bedeutung.

Durch die weitgehend konforme Abhandlung dieser beiden Bereiche soll ein vergleichbarer Wissensstand geschaffen werden, damit alle Beteiligten im besten Sinne des Wortes „die gleiche Sprache“ sprechen können. Die gemeinsame Informationsbasis soll davor schützen, ein vorhandenes Kompetenzgefälle konfliktträchtig werden zu lassen.

Der emotionale Themenkomplex jedoch muss sehr viel differenzierter abgehandelt werden; in Patientengruppen sollen diese Bereiche bei entsprechender Aktualisierung während des Gruppenprozesses nicht ausgeklammert werden, im Gegenteil. Durch das behutsame Aufgreifen dieser Themen soll den Patienten signalisiert werden, dass die aus der Erkrankung erwachsenden emotionalen Belastungen von Therapeuten wahrgenommen und nachempfunden werden können. Um jedoch der spezifischen Vulnerabilität der Patienten während der akut- und postakuten Phase Rechnung zu tragen, müssen überfordernde Affektaktualisierungen selbstverständlich vermieden werden. Derartige Themen müssen der gezielten Bearbeitung im Rahmen einer entsprechend modifizierten Einzeltherapie vorbehalten bleiben.

In Angehörigengruppen sollte jedoch die Bearbeitung dieser zentralen emotionalen Themen gezielt in Gang gesetzt werden. Dadurch soll den Angehörigen im Kreise von Schicksalsgenossen die entlastende Erfahrung ermöglicht werden, dass auch andere Familien ähnliche Probleme besitzen und dass Überforderungs- und Resignationsgefühle nicht Zeichen der eigenen Unzulänglichkeit, sondern die oft zwangsläufige Folge

dieser schweren Erkrankung ihres Familienangehörigen sind.

Aber auch hierbei muss selbstverständlich darauf geachtet werden, dass die Teilnehmer durch Fokussierung dieser Probleme nicht überfordert und destabilisiert werden.

Generell sollte darauf geachtet werden, dass entsprechend belastete Teilnehmer – Patienten wie Angehörige – während der Gruppen dafür sensibilisiert und motiviert werden, sich einer entsprechend adaptierten längerfristigen Psychotherapie zu unterziehen, die im Rahmen der psychoedukativen Gruppen nicht geleistet werden kann. Psychoedukation kann kein Ersatz für eine entsprechend indizierte Einzelpsychotherapie sein.

Emotionale Themen in Patienten- und Angehörigengruppen sind:

- subjektives Erleben der psychotischen Symptome
- Schamgefühle
- Angst vor Stigmatisierung
- Enttäuschung
- Schuldgefühle
- Insuffizienzgefühle
- Resignation
- Hilflosigkeit
- Hoffnungslosigkeit
- Suizidalität
- Sinnfrage
- Neidgefühle
- Hader mit dem Schicksal/Kränkung
- traumatische Erlebnisse
- Verleugnung
- subjektiv positiv erlebte Aspekte psychotischen Erlebens
- Spannungsfeld zwischen Idealisierung und Pathologisierung der Psychose

Diese Themenliste gilt in unterschiedlicher Gewichtung für Patienten und Angehörigengruppen. Darüber hinaus spielen folgende Themen besonders bei Angehörigen eine herausragende Rolle.

Emotionale Themen in Angehörigengruppen sind:

- „mad-bad“-Dilemma
- eigene Abgrenzung, das Recht auf eigene Lebensgestaltung

- Entlastung von Schuld- und Schamgefühlen
- protektive Funktion des Familienklimas
- „aggressive Gefühle“ den Patienten gegenüber
- Erfahrungsaustausch untereinander
- Relativierung der vermeintlichen Einmaligkeit des persönlichen Schicksals
- „Burn-out“
- mangelnde Anerkennung der Versorgungsleistung der Angehörigen

6 Didaktisches und psychotherapeutisches Vorgehen

6.1 Ablauf der Sitzungen

Jede Sitzung wird von einem Therapeuten und einem oder mehreren Ko-Therapeuten geleitet und läuft nach einem vorher festgelegten Muster ab. Folgendes Vorgehen hat sich bewährt:

- Begrüßung
- Eröffnungsrunde
- Wiederholung
- Erarbeitung des Themas der aktuellen Sitzung
- Zusammenfassung
- Feedbackrunde

Zur Erarbeitung der Themen kommen unterschiedliche Medien zum Einsatz: Flipchart, Overhead-Projektor, Informations- und Arbeitsblätter, Videos bzw. DVDs, Broschüren sowie Hinweise auf Bücher für Patienten und Angehörige.

6.2 Psychotherapeutische Elemente

In den Sitzungen kommen viele psychotherapeutische Verfahrensweisen und Techniken zum Einsatz.

- Verhaltenstherapeutische Grundprinzipien (strukturierendes Vorgehen, Transparenz, Schaffen einer wohlwollenden, angstfreien Atmosphäre, systematische soziale Verstärkung für die Gruppenteilnahme, die Beiträge und Fortschritte der Teilnehmer, aktives

Zuhören, Zulassen von Gesprächspausen, Einsatz von Rollenspielen, Ressourcenorientierung) bilden die Basis des psychotherapeutischen Vorgehens.

- Die Haltung der Therapeuten orientiert sich an den gesprächspsychotherapeutischen Prinzipien der Echtheit (Kongruenz), der nicht an Bedingungen geknüpften Wertschätzung (Akzeptanz) und des einführenden Verstehens (Empathie).
- Die Therapeuten nehmen in Bezug auf Freundlichkeit, Toleranz und Offenheit, aber auch hinsichtlich ihrer Fähigkeiten, die Gedanken und Emotionen der Teilnehmer wahrzunehmen, zu benennen und zu strukturieren, eine Modellfunktion ein.
- Kognitive Techniken (Selbstkontrolltechniken, Problemlösungsverfahren, kognitive Analyse, Herausarbeiten dysfunktionaler Annahmen) helfen den Teilnehmern, ihr Erleben und Verhalten zu erkennen und zu strukturieren.
- Übungen dienen der Festigung der erarbeiteten Inhalte. Sinnvoll ist es, auch außerhalb der Gruppensitzungen übende Elemente wie z. B. Abholung der Medikamente und Vorbereitung der Medikamenteneinnahme im Stationszimmer in die Behandlung einzubeziehen.
- Beispielhaftes Benennen typischer Erlebnis- und Bewältigungsweisen durch die Therapeuten erleichtert den Teilnehmern den Zugang zur Auseinandersetzung mit emotionalen Aspekten der Krankheit.

7 Qualifikation von Gruppenleitern

7.1 Vorbemerkungen

Psychoedukative Interventionen basieren bisher auf einer eklektisch-pragmatischen Kombination von therapeutischen Elementen unterschiedlicher Psychotherapierichtungen. Auch wenn die theoretische und praktische Ausrichtung der Verhaltenstherapie am nächsten steht, ist die endgültige Einordnung der psychoedukativen Therapiemaßnahmen in das klassische Psychotherapieschulmuster (Grawe et al. 2001) noch nicht erfolgt.

Die Autoren dieses Konsensuspapiers gehen davon aus, dass Psychoedukation das adäquate Grundmuster psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandeln bei schizophren Erkrankten sowohl in der Akutphase als auch während der langjährigen Rezidivprophylaxe darstellt. Nach Meinung der Autoren hat Psychoedukation deshalb den Rang einer spezifischen psychotherapeutischen Interventionsform bei Schizophrenie im Rahmen eines therapeutischen Gesamtkonzeptes.

Ausgehend von dieser Sichtweise wird für die Qualifikation der Gruppenleiter eine Reihe von Kriterien vorgeschlagen, die sehr pragmatisch orientiert sind. Damit soll der aktuellen Behandlungssituation Rechnung getragen werden, dass psychoedukative Gruppen derzeit in den Kliniken meist von jüngeren Kollegen durchgeführt werden, deren Gemeinsamkeit weniger in einer spezifischen Psychotherapieausbildung als vielmehr in der Identifizierung mit dem der Psychoedukation zugrunde liegenden Krankheits- und Behandlungsmodell besteht.

7.2 Persönliche Voraussetzungen der Gruppenleiter

Die für jegliche Form von ärztlicher und/oder psychotherapeutischer Tätigkeit unerlässliche humanistische Grundhaltung stellt auch hier eine *conditio sine qua non* dar. Darüber hinaus wird erwartet, dass sich psychoedukativ arbeitende Therapeuten grundsätzlich mit dem Prinzip des kooperativen Behandlungsstils identifizieren können. Das heißt: Nicht das autoritär geprägte Arzt-Patienten-Verhältnis stellt den Regelfall dar, sondern vielmehr die Bereitschaft zu einer fairen Behandlungspartnerschaft mit den Patienten. Dabei stellt der respektvolle Umgang mit von der klassischen Schulmedizin abweichenden Meinungen ein zentrales Element dar, um auch Zugang zu jenen Patienten zu bekommen, die wenig Krankheitseinsicht zeigen. Die Therapeuten sollten einerseits die Rolle eines Dolmetschers einnehmen, der den Betroffenen die Sichtweise der Professionellen laiengerecht nahe bringt, und sie sollten andererseits die Fähigkeit besitzen, sich auf die subjektiven Krankheitskonzepte und individuellen Coping-Stile einzustellen und diese in die Gruppentherapiegesprächen konstruktiv einzubauen.

Dafür ist pädagogisch-didaktisches Interesse und Geschick von Vorteil.

7.3 Berufsgruppen

Psychoedukative Gruppen als psychotherapeutische Interventionen werden in der Regel von psychiatrisch-psychotherapeutisch tätigen Ärzten und/oder Psychologen geleitet.

Als weitere Leiter kommen prinzipiell alle anderen Berufsgruppen infrage. Insbesondere Sozialarbeiter/Sozialpädagogen mit ihrem Fachwissen hinsichtlich sozialtherapeutischer Aspekte und ih-

rer Vertrautheit mit den praktischen Lebensnöten der Patienten sind hierzu speziell prädisponiert. Gleichmaßen gilt dies auch für Mitglieder des Pflegepersonals, die aus ihrer täglichen Begegnung mit den Patienten und auch den Angehörigen oft am besten über deren Unsicherheiten, Ängste und Verletztheiten Bescheid wissen.

Generell erscheint es sehr wünschenswert, möglichst alle Berufsgruppen in die Durchführung mit einzubeziehen, um durch das Vertrautwerden mit diesem Vorgehen die Entwicklung eines institutionsübergreifenden Krankheitskonzeptes zu fördern.

7.4 Beruflicher Erfahrungshintergrund

Die Leiter von psychoedukativen Gruppen müssen neben umfassenden theoretischen Kenntnissen über die schizophrenen Erkrankungen und ihre Behandlungsmöglichkeiten vor allem über eine fundierte Erfahrung im Umgang mit schizophren erkrankten Patienten selbst verfügen. Dies schließt insbesondere praktische Erfahrungen sowohl in der medikamentösen Therapie als auch in der psychiatrisch/psychotherapeutischen Behandlung der Patienten mit ein. Der praktische Erfahrungshorizont sollte wenigstens eine einjährige stationäre bzw. teilstationäre Tätigkeit in einer psychiatrischen Klinik umfassen.

7.5 Psychotherapeutische Basisfertigkeiten

Wie in dem Kapitel „Psychotherapeutische Elemente“ (Kap. 6.2) bereits beschrieben, stellen psychoedukative Interventionen keine schulenspezifische Maßnahme dar. Im Gegenteil, durch die Fokussierung auf das funktionelle Krankheitskonzept stellen psychoedukative Behandlungsansätze gleichsam ein verbindendes Dach dar, unter dem sich unterschiedliche Behandlungsrichtungen ergänzend zusammenführen lassen. Jeder erfahrene Gruppenleiter hat seine eigenen psychotherapeutischen Präferenzen und entwickelt seinen eigenen Stil für die Durchfüh-

rung psychoedukativer Gruppensitzungen. Zu Beginn ihrer psychoedukativen Tätigkeit sollten Gruppenleiter zumindest über psychotherapeutische Grundfertigkeiten verfügen. Dazu gehört die allgemeine Fähigkeit zur nondirektiven Gesprächsführung im Sinne einer gesprächspsychotherapeutischen Basiskompetenz mit empathischem, wertschätzendem und selbstkongruentem Verhalten. Darüber hinaus sollten die Grundprinzipien der Gruppenführung sowie die wesentlichen verhaltenstherapeutischen Techniken wie Verstärkung, Strukturierung, Motivationsförderung, kognitive Umstrukturierung und systematisches Problemlösen vertraut sein.

Eine psychotherapeutische Ausbildung in Verhaltenstherapie und/oder Gesprächspsychotherapie wäre ideal.

7.6 Praktische Ausbildung

Die Einführung in die psychoedukative Gruppenarbeit sollte in enger Supervision durch bereits erfahrene Kollegen erfolgen.

Nach Aneignung der bereits eingangs skizzierten theoretischen Kenntnisse sollte sich der praktische Kompetenzerwerb in vier Stufen vollziehen:

- Teilnahme als Ko-Leiter bei einem erfahrenen psychoedukativen Gruppenleiter (hierbei Übernahme der Protokollführung, Bearbeitung der Rating-Skalen etc.)
- eine eigene Gruppe leiten, während ein erfahrener Kollege als Ko-Leiter fungiert (Dieser gibt jeweils differenzierte Rückmeldung über das Leiterverhalten, bei Bedarf kann er dann auch während der Gruppe direkt intervenieren.)
- Durchführung einer eigenen Gruppe, als Ko-Leiter nimmt ein unerfahrener Therapeut teil (Nach jeder zweiten bis vierten Gruppe erfolgt jeweils ein ausführliches Supervisionsgespräch mit einem erfahrenen Kollegen.)
- selbstständige und alleinverantwortliche Gruppenleitung mit Einarbeitung neuer interessierter Kollegen; regelmäßige Kontakte zu anderen Gruppenleitern; Teilnahme an psychoedukativen Fort- und Weiterbildungsveranstaltungen

7.7 Weiterbildungsangebote zur Psychoedukation

Neben der Durcharbeitung einiger Standardarbeiten (Artikel, Ratgeber, Reader und Manuale) zur Konzeption, den Inhalten, der Durchführung und der Evaluation von Psychoedukation wird die Teilnahme an mindestens einem von der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE) e.V. anerkannten psychoedukativen ganztägigen Workshop dringend empfohlen. Die Autoren bieten als Experten immer wieder ein- bis mehrtägige Workshops und Seminare in Kleingruppen als Fortbildungsveranstaltungen an Kliniken oder im Rahmen von Kongressen/Tagungen an. Diese können auch eine Beratung hinsichtlich der Entwicklung eines Implementierungskonzeptes mit einschließen. Bei Interesse empfiehlt sich die direkte Kontaktaufnahme mit den einzelnen Autoren (Kontaktadressen s. S. XVIff. bzw. auf der Website der DGPE unter www.dgpe.de).

7.8 Ausblick

Zur Qualitätssicherung erarbeitet die Arbeitsgruppe Psychoedukation in der DGPE die Qualitätsstandards für ein Ausbildungscurriculum mit genauer Vorgabe der theoretischen Anforderungen und einer klaren Definition des praktischen Ausbildungsteils.

In den Weiterbildungsplänen von Fachärzten für Psychiatrie und Psychotherapie sowie von psychologischen Psychotherapeuten sollten psychoedukative Behandlungselemente grundsätzlich fest verankert sein. Die Teilnahme an 15 bis 20 Sitzungen als Leiter und Ko-Leiter, jeweils getrennt für Patienten und Angehörige, muss grundsätzlich für alle Weiterbildungsteilnehmer vorausgesetzt werden.

Die Gründung des „Netzwerkes Psychoedukation“ im deutschsprachigen Raum soll dazu beitragen, dass alle mit der Leitung von psychoedukativen Gruppen befassten Personen sich gegenseitig austauschen und so vom praktischen Erfahrungswissen der anderen profitieren können.

Langfristig sollten psychoedukative Gruppen als spezifisches Behandlungselement in der Schizophrenietherapie möglichst breit gefächert zum Einsatz kommen.