

Psychoedukation und Angehörigenarbeit bei Schizophrenie

Josef Bäuml, Gabriele Pitschel-Walz



Als integrativer Baustein in einem multimodalen Behandlungskonzept bietet Psychoedukation eine wichtige psychotherapeutische Intervention bei allen schweren psychischen Erkrankungen. Ziel ist es, ein funktionales Krankheits- und Behandlungskonzept anhand wissenschaftlich fundierten Therapieleitlinien zu vermitteln. Zentrale Elemente sind dabei die interaktive Informationsvermittlung und eine emotionale Entlastung von Patient und Angehörigen.

Historischer Hintergrund

Der im deutschen Sprachgebrauch gelegentlich missverständlich übersetzte Begriff der Psychoedukation – „erziehen“ statt „weiterbilden“ – wurde von Anderson eingeführt im Kontext einer nondirektiv orientierten Aufklärung der Patienten in Verbindung mit Social-Skills-Training, Problemlösetraining und Angehörigenberatung zur Verbesserung der basalen Kommunikationsfertigkeiten [1]. Psychoedukation verstand sich hierbei zunächst als integratives Modul innerhalb eines multimodalen Therapieprogramms. In zahlreichen Untersuchungen konnte bereits schon sehr früh der Vorteil dieser psychoedukativen, familienzentrierten Intervention gegenüber einer Standardbehandlung nachgewiesen werden [2–4].

BEGRIFFSGESCHICHTE UND TERMINOLOGIE

„E-ducere“ kann interpretiert werden als „Herausführen“ aus dem Informationsdefizit hinsichtlich der eigenen Erkrankung [5]. „Educare“ steht darüber hinaus auch für Bildung; durch diese „psychotherapeutisch fundierte Weiterbildung“ soll die Psychoedukation eine fundamentale Alphabetisierung der Betroffenen und ihrer Angehörigen in Sachen seelischer Erkrankung in die Wege leiten.

Bei aller Wertschätzung und Anerkennung der natürlichen Bewältigungskompetenz vieler Betroffener und auch deren Angehörigen darf nicht übersehen werden, dass die heutigen hochkomplexen Behandlungsverfahren sowohl psychopharmakologischer als auch psychotherapeutisch-psychosozialer Art selbst für erfahrene professionelle Therapeuten nicht immer selbsterklärend nachvollziehbar und verstehbar sind. Und die psy-

chiatrische Terminologie mit dem Versuch, die unterschiedlichen Beschwerden objektiv zu benennen und zu klassifizieren, stellt selbst erfahrene Profis immer wieder vor gewisse Herausforderungen. Auch wenn es sich hierbei gelegentlich um akademische Spitzfindigkeiten handeln mag, die damit konfrontierten Menschen erleben sich hierbei nicht selten als „echte Laien“ mit dem Gefühl, überhaupt nicht mitreden zu können. Während bei einem Teil der Patienten der klare Wunsch nach mehr Information besteht, um wieder mehr Kontrolle über sich, das eigene Erleben und Handeln zu erlangen, fehlt bei einem anderen Teil der Patienten die Krankheitseinsicht [6] oder ist nur partiell vorhanden, was die Akzeptanz der Psychoedukation und die erfolgreiche Integration der Informationen einschränken kann [7].

Merke

Fehlende Information und Einsicht über die Krankheit erschweren bei vielen Patienten die Akzeptanz der erforderlichen pharmakologischen oder psychologischen Therapie.

Die Hälfte bis Dreiviertel der Patienten mit Schizophrenie bricht die Einnahme von Antipsychotika nach der Entlassung aus der Klinik in den Folgejahren ab. Als Gründe für den Abbruch werden das Auftreten von Nebenwirkungen, Misstrauen dem Arzt gegenüber, fehlende Krankheitseinsicht, Stigmatisierung, symptomatische Besserung sowie eine als angenehm erlebte Positivsymptomatik angegeben [8].

Eine allgemein kritische Haltung gegenüber medikamentöser Behandlung entspricht dem Zeitgeist und trifft auch auf einen Teil der Patienten mit Schizophrenie und deren Angehörige zu. Die leider nach wie vor oft sehr einseitig und nicht von großer Sachlichkeit geprägte Berichterstattung in den Medien in Sachen Psy-

chopharmakologie trägt in der Regel eher zu einer Verunsicherung bei.

Auch wenn die neuen S3-Therapieleitlinien [9] weiterhin eine Antipsychotika-Einnahme zur Akut- wie zur Langzeitbehandlung der Schizophrenie klar empfehlen, ist es heutzutage umso wichtiger, eine zweiseitige Informationsvermittlung zu pflegen. Hier können die Skepsis und Ängste den Psychopharmaka gegenüber zur Sprache kommen und eine Abwägung von Wirkungen und Nebenwirkungen erfolgen, wie sie ebenfalls in den Therapieleitlinien gefordert wird. Insbesondere in der Langzeitbehandlung muss eine sorgfältige Abwägung stattfinden, die neben Symptomatik und Rückfallgefahr auch die Lebensqualität und soziale Integration berücksichtigt [10, 11].

PRAXISTIPP

Die Psychoedukation im stationären Setting kann und muss rechtzeitig den „Spirit“ für den Aufbau einer tragfähigen Behandlungspartnerschaft wecken, um so ein „Mitgehen“ bei einer indizierten Psychopharmakotherapie trotz zwiespältiger Gefühle und anhaltender Ambivalenz zu ermöglichen. Auf der pharmakotherapeutisch bedingten Besserung akuter Symptome aufbauend, können dann differenzierte verhaltenstherapeutische und psychosoziale Konzepte wirksam werden.

Empowerment durch Internet

Das viel zitierte „Doktor-Google“-Phänomen, dass nahezu alle Patienten vor und während einer ärztlichen Konsultation sich im Internet zusätzlich über die Glaubwürdigkeit und Seriosität der ärztlichen Behandlungsempfehlungen informieren, trifft ganz besonders auch für die psychopharmakologische Behandlung von psychotischen Erkrankungen zu!

Merke

Die zusätzliche Informationssuche im Internet ist aus psychoedukativer Sicht selbstverständlich zu begrüßen und kann einen wichtigen Wirkfaktor hinsichtlich Selbstwirksamkeit und Empowerment darstellen.

Allerdings ist die Flut an unterschiedlichen und sich teilweise auch sehr widersprechenden Informationen mittlerweile so gewaltig, dass sich ein Großteil der recherchierenden Patienten hinterher oft noch stärker verunsichert und entscheidungsunsicher fühlt.

Die eigentliche Kunst, hierbei die „Spreu vom Weizen“ zu trennen, um entscheiden zu können, welche Fakten nun tatsächlich dem aktuellen wissenschaftlichen Goldstandard entsprechen und was eher Außenseiter-

positionen sind, setzt allerdings ein umfangreiches Vorwissen voraus. Und genau in dieser Hinsicht haben vor allem Ersterkrankte oft wenig aufzuweisen [12].

Vor allem für die Angehörigen von Ersterkrankten, die zunächst in aller Hektik und Eile sich ein erstes Bild von dieser geheimnisumwitterten Erkrankung machen müssen, ist es von enormer Bedeutung, während dieser Phase strukturiert und psychologisch adäquat unterstützt an diese Erkrankung herangeführt zu werden. Unterbleibt dieses professionelle Vertraut-gemacht-werden mit der psychotischen Erkrankung und den hierzu erforderlichen Behandlungsstrategien, so besteht die Gefahr, dass sich laienhafte und pseudowissenschaftliche Überzeugungen verfestigen, die dann oft jahrelang anhalten und die professionelle Behandlung ihrer Patienten unnötig erschweren können.

Merke

Eine strukturierte und didaktisch gut aufbereitete Psychoedukation bei Ersterkrankten und deren Familienangehörigen ist besonders wichtig – trotz und vielleicht sogar im Speziellen wegen „Doktor Google“!

Shared-decision-making und therapeutische Beziehung

Das heute in den Behandlungskonzepten fest verankerte Shared-decision-making [13] kann eigentlich nur dann richtig Früchte tragen, wenn die in den Entscheidungsprozess gleichberechtigt einbezogenen Patienten auch die Chance haben, wissenschaftlich fundierte Informationen über ihre Erkrankung und deren Behandlung zu erhalten. Um tatsächlich „auf Augenhöhe“ mitentscheiden zu können, brauchen die meisten Patienten und auch deren Angehörige ein laiengerecht aufbereitetes Wissen, um die zur Diskussion stehenden Behandlungsalternativen, die auch die Möglichkeit einer Nichtbehandlung beinhalten, und ihre Auswirkungen entsprechend abwägen und beurteilen zu können. Auf der anderen Seite bringen die Patienten ihr eigenes Wissen um die Erkrankung, subjektive Erfahrungen und Priorisierungen in den Entscheidungsprozess mit ein. Gerade in einer Psychoedukationsgruppe besteht die Möglichkeit, neben der Perspektive der Therapeuten auch die Sichtweisen und Erfahrungen verschiedener Betroffener kennenzulernen und es findet ein ausführlicher Informationsaustausch statt.

Die Psychoedukation stellt niemals nur einen formellen einseitigen Akt des Informationstransfers dar, sondern muss stets geprägt sein von einer sehr teilnehmenden, empathischen und respektvollen Grundhaltung der Therapeuten. Der Austausch in der Gruppe kann als Basis dienen für eine individuelle Behandlungsent-

scheidung. Im besten Fall kommt es bei Patienten und Behandlern zu einer Integration der vielfältigen Informationen und zu einer gemeinsam getragenen Entscheidung.

PRAXISTIPP

Es versteht sich von selbst und sollte auch so kommuniziert werden, dass sich Shared-decision-making nicht in Situationen der unmittelbaren Selbst- oder Fremdgefährdung umsetzen lässt. In kontinuierlichen Gesprächskontakten sollte in diesen Fällen jedoch darauf hingewirkt werden, eine Situation herzustellen, die Shared-decision-making wieder möglich macht.

Vermittlung von Basiswissen über Psychosen

Der Dialog/Trialog auf „gleicher Augenhöhe“ geriete zur Farce, wenn der natürlicherweise bestehende Wissensvorsprung der professionellen Helfer bezüglich der psycho-physiologischen Hintergründe der Erkrankung und den sich daraus ergebenden Behandlungskonsequenzen nicht bearbeitet würde.

Merke

Psychoedukation versteht sich hierbei als Brückenschlag zwischen dem professionellen „Know-how“ und dem subjektiven „So now?“ der Betroffenen.

Dadurch soll die Hierarchie der paternalistischen Therapieverordnung „von oben“ ersetzt werden durch ein partnerschaftliches Konzept mit geduldiger Vermittlung des Basiswissens über Psychosen, vor allem für die noch wenig informierten Erst- und oft auch wiederholt Erkrankten. In der somatischen Medizin hat sich diese Kompetenzerweiterung z. B. bei Diabetes, Asthma bronchiale, allergischer Diathese oder Herz-Kreislauf-Erkrankungen etc. längst bewährt und durchgesetzt.

Psychoedukation muss den Betroffenen und ihren Angehörigen nicht nur ein ausreichendes basales Wissen über die Hintergründe der Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmöglichkeiten vermitteln, sie muss zugleich den Gruppenteilnehmern die „Berührungsängste“ vor ihrer Erkrankung nehmen und ihnen erleichternde „Aha-Erlebnisse“ ermöglichen. Sie muss das fachspezifische Wissen so aufbereiten und „dolmetschen“, dass es für medizinische Laien nicht nur an Bedrohlichkeit verliert, sondern als hilfreich empfunden und zur Stärkung des Selbstbewusstseins verinnerlicht werden kann. Der Berücksichtigung kultursensibler Faktoren kommt hierbei eine immer größere Bedeutung zu [14].

DEFINITION VON PSYCHOEDUKATION

„Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psycho-therapeutische 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 gesprächstherapeutische Elemente in unterschiedlicher Gewichtung enthalten.“ [15].

Bei konkretistischer Übersetzung könnte dieser Begriff „Erziehung“ suggerieren [16]. Das wäre jedoch ein Widerspruch in sich selbst, denn Psychoedukation versteht sich nicht als autoritär-direktive Intervention zur Indoktrination der Patienten mit einer ihnen fremden Überzeugung, sondern als interaktive Informationsvermittlung, um das subjektive Erfahrungswissen zu amplifizieren und anzureichern mit den professionellen Behandlungsoptionen. Selbstverständlich muss hierbei vorausgesetzt werden, dass sich die Gruppenleiter selbst auf ein fundiertes Wissen stützen können mit enger Orientierung an den neuesten S3-Leitlinien ihrer Fachgesellschaften.

Merke

Psychoedukation hat auch die laienkonforme Verbreitung des von Expertengremien abgesicherten Spezialwissens zur Ätiologie und Behandlung der Erkrankungen an die Betroffenen und ihre Angehörigen zum Ziele.

Beim Aufbau des Krankheitskonzeptes im Rahmen der Routinetherapie erleben Patienten noch häufig ein sehr sprunghaftes und wenig systematisches Vorgehen des therapeutischen Teams:

- anfangs einige beschwichtigende Äußerungen zur Sinnhaftigkeit des Aufenthaltes mit Androhung unterbringungsrechtlicher Konsequenzen
- keine Hilfestellung bei der Einordnung der eigenen Beschwerden
- nebulöse Andeutungen bezüglich der Diagnose („... kann man jetzt noch nicht sicher sagen...“)
- plötzlich eine dringende Empfehlung von Medikamenten
- der dringende Rat zur Entschleunigung
- ja keine Drogen
- regelmäßige Konfrontation mit eventuellen Nebenwirkungen der Medikamente

- immer wieder Ansporn zu mehr Aktivitäten trotz gleichzeitiger Warnung vor starken Belastungen
- selbstverständliche Empfehlung von Psychotherapie bei einhergehenden Andeutungen eines biologisch-somatischen Hintergrundes, der von anderen Therapeuten gleich wieder relativiert wird mit dem oft völlig ratlos machenden Hinweis, dass die Betroffenen natürlich selbst entscheiden müssten, was für sie gut sei

Diese etwas chaotisch anmutende Aufzählung gut gemeinter Einzelinterventionen soll verdeutlichen, wie verwirrend und verunsichernd das therapeutische Vorgehen von den Betroffenen oft erlebt wird und sie zeigt die Notwendigkeit einer systematischen Informationsvermittlung.

PRAXISTIPP

Die stattfindenden spontanen Informationsgespräche während der klinischen Kurzkontakte sind von großer Wichtigkeit, aber sie müssen parallel ergänzt werden durch eine gründliche und schrittweise aufeinander aufbauende Ein- und Hinführung in das Krankheitsbild und die empfohlenen Behandlungsmaßnahmen.

BASISINTERVENTIONEN BEI SCHIZOPHRENIE

Psychoedukation als psychotherapeutische Basisintervention innerhalb eines komplexen psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungsansatzes:

- Psychiatrische Basisbetreuung (ärztliche Gesprächsführung; somatische Untersuchungen und Behandlung; gezielte Berücksichtigung psychosozialer Faktoren)
- Psychiatrische Fachpflege (Sicherstellung der pflegerischen, nutritiven, milieutherapeutischen und kustodialen Grundbedürfnisse)
- Psychoedukation (Informationsvermittlung und emotionale Entlastung für Patienten und Angehörige zur Stärkung von Autonomie und Empowerment)
- Psychopharmakotherapie (Reduktion der krankheitsimmanenten Vulnerabilität)
- Spezifische Psychotherapie: Kognitive Verhaltenstherapie, Familieninterventionen, Training sozialer Fertigkeiten; Kognitive Remediation (Beeinflussung von Positiv-, Negativsymptomatik und kognitiver Symptomatik, Verbesserung von Selbstakzeptanz und Coping-Fähigkeiten, Krisenmanagement)
- Psychosoziale Maßnahmen (Beseitigung externer Stressfaktoren; Aufbau sozialer Hilfesysteme; Stärkung der Selbsthilfe; Einbezug der Angehörigen)

S3-LL: Psychoedukation ist integraler Bestandteil der Behandlung (Level A)

Gemäß den Leitlinien von APA [17] und DGPPN [9] zählt eine strukturierte Psychoedukation zum Standard in der Akut- und postakuten Phase von schizophren erkrankten Patienten [5]. Bei der Neufassung sowohl der S3-LL „Psychosoziale Therapien“ [18] als auch „Schizophrene Erkrankungen“ erhielten beide Formen der Psychoedukation – für Betroffene wie auch für deren Angehörige – jeweils das Level A mit der Konsequenz des „soll“.

Merke

Laut Leitlinien zählt die Psychoedukation zur Standardbehandlung und soll routinemäßig als Behandlungselement angeboten werden.

Im Rahmen des international akzeptierten Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodells mit der Annahme eines biopsychosozialen Ursachenbündels [19,20] stellt die Psychoedukation als psychiatrisch-psychotherapeutisches Basis-Programm die Grundlage für zahlreiche weitere Behandlungsmaßnahmen dar.

Jedes psychiatrisch-psychotherapeutische Gespräch enthält im Grunde genommen psychoedukative Anteile. Auch die Kognitive Verhaltenstherapie beinhaltet in der Anfangsphase psychoedukative Elemente. Aus Sicht der DGPE (Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation) stellt eine strukturierte, manualbasiert durchgeführte Psychoedukation eine sehr wichtige Intervention bei akuten und postakuten schweren psychischen Erkrankungen dar. Durch die professionelle Kombination von psychodidaktisch geschickt aufbereiteter Informationsvermittlung in der Gruppe und engagiert durchgeführter Beziehungsarbeit unter Einbeziehung der Angehörigen kann es zu einer Stärkung des Selbsthilfepotenzials von Patienten und Angehörigen und dadurch zu einem günstigen Krankheitsverlauf kommen [5,21].

Psychoedukation im deutschsprachigen Bereich

Angesichts der seit etwa 1980 generell abnehmenden stationären Verweildauer, insbesondere bei Patienten mit einer schizophrenen Erkrankung, stieg der Bedarf nach zeitlich eng umschriebenen und therapeutisch trotzdem möglichst effizienten Behandlungsmethoden. In diesem Kontext hat sich im deutschen Sprachraum, wie eingangs kurz berichtet, seit Mitte der 1980er-Jahre ein eigenes Verständnis von Psychoedukation entwickelt in Form von konkret ausformulierten, manualisierten und curricular geordneten Therapiekonzepten. Dabei soll den zumindest initial oft sehr beeinträchtigenden neurokognitiven Problemen der Patienten durch klare Struktur Rechnung getragen werden. Laut Umfrage in deutschsprachigen Kliniken hat sich die Zahl von Psychoedukativen Gruppen im stationären/teilstationären Setting in den letzten 10 Jahren stark erhöht, aber es kann noch von keiner flächendeckenden Versorgung gesprochen werden [22]; im ambulanten Bereich gibt es weiterhin kaum psychoedukative Angebote (► **Tab. 1**) [23].

Psychoedukation: Adhärenz-Förderung, Kausal- und Kontrollattribution

Die Einführung der Psychopharmaka seit den 1950er-Jahren führte in Kombination mit additiven psychosozialen Therapiemaßnahmen zu einem Paradigmenwechsel in der Behandlung psychischer Erkrankungen [24–26]. Dennoch verspüren viele Patienten und oft auch deren Angehörige nach wie vor eine intuitive Skepsis gegenüber einer medikamentösen Behandlung. Daraus resultieren Non-Complianceraten von 30–90% [6, 27, 28].

Vauth und Stieglitz stellen in diesem Kontext bei einem Teil der Patienten mit schwerwiegender Krankheitsverleugnung die Wirksamkeit der klassischen, einsichtsfördernden Psychoedukation generell infrage, denn es sei eine „naive Annahme, durch rationale Edukation doch endlich Einsicht zu erzeugen...“ [6]. Angesichts der Beeinträchtigung des Recovery-Prozesses durch die neurotoxischen Auswirkungen der Erkrankung bei fehlender medikamentöser Behandlung fordern sie ein wesentlich stringenteres und handlungsorientierteres Vorgehen. Die initial hervorragende neuroleptische Response von 75–85% werde durch die schleichende Malcompliance während der Rezidivprophylaxe in den Folgejahren verspielt angesichts einer dramatisch zunehmenden Nonadhärenz von 50% im ersten und 75% im zweiten Behandlungsjahr. Um die dringend indizierte Psychopharmakotherapie dennoch realisieren zu helfen, entwickelten sie ein psychoedukativ eher rudimentäres, dafür mehr handlungsorientiertes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Counseling-Konzept namens

► **Tab. 1** Häufigkeit von diagnosespezifischen psychoedukativen Angeboten in deutschsprachigen Psychiatrischen Einrichtungen.¹

ICD-10	Diagnosen	2003	2008
F 2	Schizophrene Psychosen ²	84%	86%
F 3	Affektive Erkrankungen	58%	67%
F 1	Suchterkrankungen	17%	17%
F 4	Angst- und Zwangserkrankungen	10%	18%
F 6	Persönlichkeitsstörungen	3%	8%

¹ Umfrage 2003/2008 bei 625/500 Psychiatrischen Institutionen; Rücklauf von 53%/58%

² In den befragten Kliniken haben in den Jahren 2003/2008 nur 21%/25% der Patienten und 2%/6% der Angehörigen tatsächlich an Psychoedukativen Gruppen teilgenommen.

PLISSIT (P: Permission; LI: Limited Information; SS: Special Suggestions; IT: Intensive Therapy). Das PLISSIT-Konzept will eine pragmatisch orientierte, wirksame Rückfallschutzbehandlung unter Inkaufnahme eventuell weiterhin bestehender dysfunktionaler Überzeugungen erreichen. Dies geschieht durch

- den speziellen Fokus auf intentionale Faktoren mit Abbau von Stigmatisierungsängsten („Motivation“),
- die Konzentration auf Einstellungsaspekte mit dem Ansatz des „Normalizing“ der Beschwerden statt der expliziten Zuweisung der Symptome zu einer Erkrankung sowie
- der Schwerpunktsetzung auf kognitive Elemente mit Hilfestellung zur besseren Alltagsbewältigung („Selbststeuerungsproblematik“) unter enger Einbeziehung des stützenden familiären Umfeldes („Angehörige“).

Die „kognitive Wende“ mit Entwicklung eines funktionalen medizinischen Krankheitskonzeptes wird als langfristiges Ziel formuliert, nachdem der Recovery-Prozess sich dank der erfolgreichen medikamentösen Behandlung allmählich eingestellt hat [6].

Merke

Das handlungsorientierte Counseling-Konzept PLISSIT will für die Patienten eine Änderung der Einstellung zu ihrem Krankheitskonzept erreichen.

Diese Aspekte sind selbstredend auch in den hier vorgestellten psychoedukativen Konzepten integriert, werden aber dort zugunsten der Handhabbarkeit auch unter zeitlich knappen Ressourcen im Rahmen der Routineversorgung nicht explizit in den Vordergrund gestellt.

Beim Überwiegen von externen Kontrollüberzeugungen könnte es in Einzelfällen zur rigiden Fixierung auf die Medikation kommen, mit Vernachlässigung des Selbsthilfepotenzials. Viel häufiger ist jedoch das Gegenteil zu beobachten, dass die Erkrankten eher ein psychologisches Krankheitsmodell bevorzugen mit Überschätzung von psychologischen und Unterschätzung von pharmakologischen Einflüssen [6, 29].

Es zählt zu den basalen psychiatrisch-psychotherapeutischen Aufgaben, immer wieder auf die individuellen Kausal- und Kontrollattributionen der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen einzugehen und im interaktiven Dialog einen kleinsten gemeinsamen Nenner zu erarbeiten.

PRAXISTIPP

Nur auf der Grundlage eines funktionalen Krankheitskonzeptes kann die nach heutigem Wissen am besten geeignete Kombination aus pharmakotherapeutischen und psychosozialen Hilfen in Gang gesetzt und langfristig aufrechterhalten werden [5].

ZIELE DER PSYCHOEDUKATION

- Informierter, selbstverantwortlicher Umgang mit der Erkrankung
- „Expertenrolle“ der Patienten vertiefen
- „Co-Therapeuten“-Funktion der Angehörigen stärken
- Professionelle Therapieverfahren mit individuellen Selbsthilfestrategien optimal verzahnen
- Krankheitseinsicht und Adhärenz verbessern
- Rezidivprophylaxe fördern
- Gesundung unterstützen
- Informations- und Aufklärungsarbeit ökonomisieren
- Behandlungs- und Erkrankungskosten reduzieren

Praktische Durchführung der Psychoedukation

Wie bei allen psychotherapeutisch orientierten Verfahren bedeuten die aus der humanistischen Psychotherapie sich ableitenden Variablen eine „*Conditio sine qua non*“:

- unbedingte Wertschätzung
- empathisches Eingehen auf die Teilnehmer
- Echtheit und Selbstkongruenz der Gruppenleiter

Darüber hinaus liegt der Fokus auf einem bedürfnis- und ressourcenorientierten Vorgehen, um bildungsunabhängig den Menschen die angstfreie Diskussion über ihre Erkrankung zu ermöglichen (► **Tab. 2**).

► **Tab. 2** Praktische Durchführung der Psychoedukativen Gruppen.

	Patientengruppen	Angehörigengruppen
Beginn	abhängig von Akutsymptomatik	möglichst rasch nach Aufnahme der Patienten
Zahl der Treffen	4–12 (18) (je 60 Min.)	4–12 (je 90–120 Min.)
Gruppenfrequenz	1- bis 2-mal wöchentlich	1- bis 4-mal monatlich
Gruppenform	geschlossen	geschlossen
Teilnehmer	8–15	8–20
Informationsvermittlung	wie bei Angehörigen	wie bei Patienten
Emotionale Entlastung	absolute Wertschätzung, versachlichen, entaktualisieren, stabilisieren, ermutigen, keine Überstimulation	absolute Wertschätzung, annehmend, non-konfrontativ, Solidargemeinschaft erleben, Trauer und Wut zulassen, Emotionen amplifizieren
Gruppenleitung	Ärzte, Psychologen, Sozialpädagogen, Pflegepersonal, andere Berufsgruppen (Hospitanten)	
Leistungsstil	Strukturiertes Vorgehen, interaktiv, psychotherapeutische Basiskompetenz, Elemente aus kognitiver Verhaltenstherapie und GPT	

Zentrale Elemente der Psychoedukation und Wirkfaktoren

Die interaktive Informationsvermittlung muss stets im Einklang mit einer situationsadäquaten emotionalen Entlastung erfolgen (siehe Kasten). Diesem Aspekt kommt eine besondere Bedeutung zu, da die zu vermittelnden Informationen zunächst als „Zumutung und Kränkung“ empfunden werden können („schizophrene Psychose“, „affektive Minderbelastung“, „rigide und unflexibel“, „Suchttyp“, „emotional instabil“ etc.). Außerdem muss bedacht werden, dass das Wissen um die eigene Erkrankung und die möglichen sozialen Folgen mit erhöhter Suizidalität einhergehen kann [30].

Merke

Um evtl. erhöhter Suizidalität entgegenzuwirken, sollte in der psychoedukativen Gruppe die Vermittlung von Störungswissen immer mit der Erarbeitung von hilfreichen Bewältigungsstrategien gekoppelt sein.

Hilfreiche Bewältigungsstrategien sollen helfen, Ängste zu reduzieren, die Selbstwirksamkeitserwartungen zu stärken und so der Selbststigmatisierung [31], Depression und Suizidalität entgegenzuwirken. Damit unterscheiden sich psychoedukative Interventionen bei psychiatrischen Erkrankungen ganz wesentlich von Aufklärungsgesprächen bei rein somatischen Krankheitsbildern wie Diabetes, Bluthochdruck oder Operationen, was durch das Präfix „psycho“-edukativ explizit verdeutlicht werden soll.

Die partnerschaftliche Begegnung mit den Patienten und der respektvolle Umgang mit von der Schulmedizin abweichenden Meinungen werden hierbei als wesentliche „Wirkfaktoren“ betrachtet. Ziel ist die Erarbeitung eines funktionellen Krankheitskonzeptes auf der Basis des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modells als kleinstem gemeinsamen Nenner, mit der Integration von professionellen Therapieverfahren und individuellen Selbsthilfestrategien.

Curricularer Aufbau der Psychoedukativen Gruppen

Damit Patienten und Angehörige eine gemeinsame Sprache bezüglich der Erkrankung und den erforderlichen Behandlungsschritten finden, sollten die inhaltlichen Schwerpunkte in beiden Gruppen möglichst identisch gestaltet werden. Die curriculare Staffelung ist in ► **Tab. 3** dargestellt.

ZENTRALE ELEMENTE DER PSYCHOEDUKATION

Informationsvermittlung

- Krankheitsbegriff, Symptomatik
- Ursachen (V/S/B-Modell)
- Akuttherapie (Medikation, Psychotherapie, psychosoziale Maßnahmen)
- Langzeittherapie (medikamentöse Rezidivprophylaxe, psychotherapeutische Behandlungen, psychosoziale Maßnahmen, Reha-Programme, Angehörige)
- Selbsthilfestrategien (Gesundheitsverhalten, Früherkennung, Krisenmanagement)

Emotionale Entlastung

- Angstreduktion (Überforderung, Stigmatisierung, Chronifizierung)
- Trauerarbeit (Adaption der Lebensperspektive)
- Entlastung von Schuld- und Versagensgefühlen (Selbststigmatisierung)
- Relativierung der vermeintlichen Einmaligkeit des eigenen Schicksals
- Erfahrungsaustausch mit anderen
- Kontakt mit Schicksalsgenossen [32]
- Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen
- Mut und Hoffnung geben

SPEZIFISCHE WIRKFAKTOREN DER PSYCHOEDUKATION (NACH [5])

- professionelle Simplifizierung komplexer Fakten
- komplizierte Fachinformationen laiengerecht vermitteln („Dolmetscherfunktion“)
- Visualisierung wichtiger Fakten
- Durchblick und „Aha-Erlebnisse“ ermöglichen
- „Missing links“ darbieten
- Einsicht in die Krankheit und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen fördern
- Patienten und Angehörige zu „Experten“ machen („Wissen ist Macht“)
- Struktur und Ordnung in die therapeutischen Einzelmaßnahmen bringen
- zweiseitige Informationsvermittlung (Vor- und Nachteile ansprechen)
- schulmedizinisch orientierte Grundhaltung als Orientierungshilfe
- gleichzeitig Respekt und Achtung vor subjektiven Einzelmeinungen
- Fokus auf Ressourcen, keine Defizitorientierung
- adäquate Trauerarbeit fördern mit Adaption der Lebensplanung
- Einbeziehung der Angehörigen, Befähigung zur Co-Therapeutenrolle
- Stärkung des protektiven Potenzials der Familien

► **Tab. 3** Curriculum mit Themenschwerpunkten der Psychoedukativen Gruppen für Patienten und Angehörige (nach [5]).

Treffen	Themen
1.	Begrüßung, Einführung, Krankheitsbegriff („Bin ich denn hier richtig?“)
2.	Symptomatik und Diagnostik („Ist das überhaupt eine Psychose?“)
3.	Synapsen-Modell und „somatische Brücke“ („Wie passen Chemie und Seele zusammen?“)
4.	Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell („Ich war schon immer etwas sensibler als andere.“)
5.	Medikamente und Nebenwirkungen („Schaden diese Medikamente nicht mehr als sie nutzen?“)
6.	Psychotherapie („Kann man den inneren Knackpunkt finden?“)
7.	Psychosoziale Maßnahmen (WAFFFFF: Wohnung, Arbeit, Finanzen, Freizeit, Freunde, Familie, Future)
8.	Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan, Verabschiedung („Wie lange muss ich jetzt das Gras wachsen hören?“)

BEISPIEL

Psychoedukative Veranschaulichung der gestörten Informationsverarbeitung während einer akuten Psychose: Pendant zwischen „Dopamin-Überschuss“ und „Dezibel-Überschuss“: „Stellen Sie sich vor, ein Paar versucht in einer Disco, Probleme in ihrer Beziehung zu klären. Die Musik ist so laut, dass sie ihr eigenes Wort kaum verstehen; es besteht keine Chance, den Konflikt zu klären ... Erst muss die Musik leiser gedreht werden oder die beiden gehen aus der Disco hinaus und in einen ruhigen Raum ... Das Leiserstellen der Musik löst natürlich längst noch nicht die Spannungen zwischen den beiden, aber erst bei normaler Lautstärke besteht die Chance, das Problem überhaupt vernünftig zu besprechen. Und übertragen auf eine Psychose bedeutet das: Erst nach einer Normalisierung der Reizweiterleitung durch Antipsychotika sind die Betroffenen wieder in der Lage, zwischen wirklichen Empfindungen und krankhaft übersteigerten Sinnesreizen zu unterscheiden. Also zunächst muss die „Musik leiser gedreht“, die Reizleitung wieder normalisiert werden, dann ist die Klärung von wichtigen Fragen und Problemen erst möglich ...“

Indikation und Kontraindikationen

Kaum Kontraindikationen: Getriebenheit, akute Manie, schwere formale Denkstörungen, depressiv-suizidale Verstimmungszustände, mangelndes Sprachverständnis, erhebliche Einbuße der Intelligenz.

Die Patienten sollen so früh wie möglich in die Gruppen integriert werden – auch Ersterkrankte bei gesicherter Diagnose. Vor dem gezielten Ansprechen der Angehörigen sind die Patienten um ihr Einverständnis zu fragen.

Merke

Die Einladung in eine Gruppe zu „Psychischen Erkrankungen“ kommt einer indirekten Diagnosenmitteilung gleich.

Psychose-Seminare und Selbsthilfestrategien

Die von Thomas Bock und Dorothea Buck 1989 ins Leben gerufenen Psychose-Seminare [33] stellen nach dem Verständnis der DGPE eine ideale Ergänzung und Fortführung der psychoedukativen Behandlungsphilosophie dar [34]. Auf dem Boden eines gesicherten Wissens durch laiengerechtes Vertrautmachen mit den wesentlichen medizinischen und psychologischen Krankheitsfakten können die Betroffenen und deren Angehörige von einer informierten Warte aus selbstkompetent und möglichst autonom entscheiden, welchen Behandlungsweg sie einschlagen wollen.

Die immer wieder geäußerte Sorge, dadurch käme es zu einer Voreingenommenheit und „Manipulation“ der Patienten in Richtung uneingeschränkter Akzeptanz des schulmedizinischen Behandlungsweges wirft natürlich die grundsätzliche Frage auf, inwiefern sich die Behandler selbst auf seriöse und integrale Leitlinienvorgaben ihrer Fachgesellschaften stützen können.

Seriosität und Integrität der vermittelten Fakten stellen selbstverständlich eine absolute Voraussetzung für das psychoedukative Handeln dar; die weiterbestehende Gültigkeit dieser Empfehlungen muss immer wieder neu anhand der aktuellen wissenschaftlichen Daten überprüft werden. Dies stellt einerseits eigentlich keine psychoedukative Besonderheit dar und ist für alle medizinisch-therapeutischen Interventionen zu fordern. Andererseits kommt der psychoedukativen Informationsvermittlung aber eine hohe Verantwortung dahingehend zu, dass sich Patienten und auch Angehörige darauf verlassen können müssen, bei dieser Information aus „erster Hand“ auch auf den neusten Stand der Wissenschaft gebracht zu werden.

Merke

Die vermittelten Informationen über die Krankheit und Behandlungsoptionen müssen seriös und wissenschaftlich aktuell sein.

FALLBEISPIEL

Ein männlicher Patient, 25 Jahre alt, mit Mittlerer Reife, KFZ-Mechaniker, ledig, keine Kinder stellt sich vor. Er ist aus Afghanistan stammend; vor 4 Jahren wegen Zugehörigkeit zu einer religiösen Minderheit in den Westen geflüchtet. Zunächst hatte er eine Unterkunft in einer Containersiedlung. Dort bestand eine Betreuung durch eine ca. 50-jährige Laienhelferin aus einem Helferkreis mit einer sehr guten Beziehung und Nachhilfe in Deutsch. Anschließend erhielt er eine Integration in eine Umschulungsmaßnahme. Im Rahmen eines wiederholten Cannabiskonsums entwickelte der Patient allmählich eine paranoide Symptomatik mit Rückzug und Kontaktabbruch zur bisherigen Bezugsperson. Innerhalb von 3 Monaten resultierte eine extreme Abkapselung trotz Drogenkarenz. Beim zufälligen Auftauchen einer Polizeistreife im Flüchtlingscamp versuchte er aus plötzlicher wahnhaft motivierter Panik heraus einen „Rettungssprung“ aus dem 2. Stock. Der Sturz in die Tiefe führte zu einem Polytrauma und Schädelhirnverletzung. Es folgte eine 6-wöchige Intensivbehandlung und anschließende Verlegung in die beschützte Station der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie. Weitgehende körperliche Restitutio, unter neuroleptischer Behandlung auch deutliche

Besserung der Psychose. Regelmäßige Besuche durch die Dame aus dem Helferkreis, die zunächst den wahnhaften Hintergrund der Fluchtreaktion nicht erkennen konnte und trotz zahlreicher Einzelgespräche mit geduldigen Beratungsversuchen die verfrühten Entlassungswünsche des Patienten massiv unterstützte. Erst nach Teilnahme an der psychoedukativen Gruppe für Angehörige entwickelte sie allmählich ein nachhaltiges Krankheitsverständnis und ein differenziertes Krankheitskonzept. Sie konnte dann aus dem näheren Bekanntenkreis des Erkrankten erfahren, dass dieser schon vor 6 Jahren die Erstmanifestation in seinem Heimatland und etwa 4 weitere psychotische Episoden, die bisher nicht als Erkrankung erkannt worden waren, auch hier in Deutschland durchlitten hatte. Dank ihres nun einsetzenden Krankheitsverständnisses konnte sie auch den Patienten für eine langfristige medikamentöse Behandlung gewinnen und unterstützte unsere Überzeugungsbemühungen. Zuletzt kam es zu einer kompletten Vollremission der psychotischen Beschwerden und der Patient konnte bei guter Compliance und Krankheitseinsicht in eine zwischenzeitlich organisierte betreute Wohnform entlassen werden.

Deshalb muss sich die Psychoedukation neben dem subjektiven Erfahrungswissen der Gruppenteilnehmer, das oft sehr heterogen und auch in sich widersprüchlich sein kann, immer in erster Linie an den objektivierbaren Fakten des jeweiligen Fachgebietes orientieren. So kann sie allen Patienten auf der Suche nach der für sie besten Behandlungsoption eine möglichst verlässliche und berechenbare Bezugsgröße bieten. Damit ist die Psychoedukation kein Widerspruch zur Selbsthilfephilosophie, sondern stellt im Verständnis der DGPE eine Art „Pflicht“-Programm dar, damit die so „vor“-gebildeten Patienten und Angehörigen umso sicherer und souveräner ihr späteres „Kür“-Konzept entwickeln können.

Psychoedukation bei Angehörigen

Der Angehörigenarbeit kommt im Rahmen der Schizophreniebehandlung schon immer ein sehr hoher Stellenwert zu. Dieser wurde und wird allerdings oft nicht entsprechend umgesetzt. Einen besonders breiten Raum nimmt die Angehörigenarbeit innerhalb der ambulanten Rezidivprophylaxe ein. Ausgehend von den Therapiestudien von Goldstein et al. [35] wurde vor dem Hintergrund des Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodells schizophrener Psychosen [19] eine Vielzahl psychoedukativer Interventionen für Angehörige entwickelt.

Neben den „klassischen“ Formen psychoedukativer Familientherapie mit Behandlung der Familie unter (nicht immer ständigem) Einbezug des Patienten [36] sind dies multiple Familientherapiegruppen, z.T. mit Patiententeilnahme [37,38], und die therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen ohne Einbezug der Patienten [39,40]. Sodann existiert die sog. bifokale therapeutische Gruppenarbeit. Bei dieser besteht das Therapieangebot aus Angehörigengruppen und parallel dazu stattfindenden psychoedukativen Patientengruppen [5,41–43]. Eine neue Entwicklung ist der Einsatz von Angehörigen als Peer-to-peer-Gruppenleiter in psychoedukativen Gruppen. Die Durchführbarkeit, Praktikabilität und Wirksamkeit eines vorbereitenden Trainingsprogrammes konnten bereits in einer Studie gezeigt werden [22].

Merke
Angehörigenarbeit ist ein wichtiges Element der Psychoedukation bei Schizophrenie.

Angehörigenarbeit in der Schizophreniebehandlung hat neben der rückfallverhindernden Wirkung günstige Effekte auf das Ausmaß an Expressed Emotions (EE) innerhalb der Familie, beeinflusst das Familienklima positiv und führt zu einer Verringerung von Stress und Belastung der Angehörigen [44]. Zudem wirkt sie sich

► **Tab. 4** Effekte der verschiedenen Typen von Angehörigenarbeit auf Angehörigen- und Patientenvariablen [46].

	Reduktion von	Zunahme von
Angehörigenmerkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ psychosomatische Beschwerden (Mütter) ▪ subjektive Belastung ▪ persönlicher Stress ▪ Kritik (EE) ▪ emotionales Überengagement (EE) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Wissen über Schizophrenien ▪ Zuversicht
Patientenmerkmale	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rezidivzahl ▪ Rehospitalisierungsrate ▪ psychopathologische Symptomatik 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arztvertrauen ▪ Medikamentenvertrauen ▪ Compliance ▪ allgemeines und soziales Funktionsniveau

günstig auf einzelne Patientenvariablen aus (► **Tab. 4**). Einzelne Manuale fokussieren sich auch auf spezifische Themen, wie z.B. die Emotions- und Stigma-fokussierte therapeutische Angehörigenarbeit bei psychotischen Störungen [45].

Psychoedukative Programme für Familien sind in Bezug auf ihre Effizienz sehr gut evaluiert (Übersicht bei [2]). Im Kontrollgruppenvergleich reduziert die Angehörigenarbeit die Rückfallraten, verbessert die Erholung der Patienten und die familiäre Interaktion [47]. Das gilt auch für die im deutschen Sprachraum evaluierten bifokalen psychoedukativen Interventionen [48, 49]. Noch 5 Jahre nach Beendigung der Intervention lag die Rehospitalisierungsrate der Patienten mit bifokaler Gruppenarbeit signifikant unter derjenigen der Kontrollgruppe [50]. Im Gegensatz dazu steht ein Cochrane-Review, das familiäre Interventionen bei schizophrenen Psychosen in ihrer Wirksamkeit, gerade was Langzeiteffekte angeht, aufgrund der geringen Datenbasis noch sehr zurückhaltend beurteilt [51]. Weitere Metaanalysen durch Lincoln et al. [3] und vor allem Xia et al. [4] bekräftigten nachdrücklich die bereits von Pitschel-Walz et al. gefundene Wirksamkeit der Familien-einbeziehung [2].

Die therapeutische Wirkung scheint einerseits von den vermittelten Inhalten abzuhängen, reicht aber alleine nicht immer zur Rückfallverhütung aus. Andererseits ergibt sich aus den vorliegenden Befunden kontrollierter Studien, dass sich nur bei gleichzeitigem Einbezug der Patienten – zumindest in Teile der Intervention – ein wesentlicher rezidivprophylaktischer Effekt ergibt [42, 51]. Die Kosteneffektivität der Familienpsychoedukation ist auf alle Fälle positiv zu beurteilen [5, 52].

Empirische Befunde zur Psychoedukation bei schizophrenen Psychosen

2009 schätzten die Autoren der NICE-Leitlinie die Befunde zur Wirksamkeit von Psychoedukation in der Behandlung von Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis aufgrund der großen Heterogenität und vieler auf Einzelstudien basierender Ergebnisse noch wenig robust ein [53]. Dennoch wurden für Psychoedukation im Vergleich zu einer herkömmlichen Behandlung bereits damals positive Effekte konstatiert in Richtung

- einer verbesserten Compliance,
- einer reduzierten Rückfallwahrscheinlichkeit,
- verringerter stationärer Behandlungszeiten und
- einem verbesserten psychosozialen Funktionsniveau [53].

Mittlerweile sind viele neue relevante Übersichtsarbeiten erschienen. Nach wie vor problematisch bleibt die hohe Varianz der Durchführung hinsichtlich Dauer, Form und Intensität. Das uneinheitliche Vorgehen z.B. mit und ohne Einbeziehung der Angehörigen, die In- bzw. Exklusion von Angehörigen-, Familien- und Patientengruppen und die unterschiedlich definierten Zielgrößen erschweren eine globale Vergleichbarkeit. Aber prinzipiell werden in allen Metaanalysen hohe Qualitätsstandards bei der Auswahl der einzelnen Studien angewandt. Über alle Übersichtsarbeiten und Metaanalysen hinweg zeigt sich deutlich, dass Psychoedukation unabhängig vom Format das Rückfallrisiko in eine akute Krankheitsphase und die stationäre Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit signifikant reduzieren kann (s. ► **Tab. 5**) [4].

Lediglich Kurzzeitinterventionen erweisen sich weniger effektiv [63], wobei selbst Psychoedukation bis zu einer Sitzungszahl von 10 Sitzungen das Rückfallrisiko bei Schizophrenie reduzieren kann [64]. Das Rückfallrisiko ließ sich um 45% im Zeitraum von einem Jahr gegenüber TAU [51] und 20% innerhalb eines 2-Jahres-Follow-ups [2] reduzieren. Bei Lincoln et al. [3] ließ sich ein mittlerer Effekt unmittelbar nach Behandlungsende

► **Tab. 5** Wirksamkeit der Psychoedukation: Effekte auf verschiedene Zielparameter bei schizophhren Psychosen.

Items	Pitschel-Walz et al. (2001) [2]	Pilling et al. (2002) [62]	Lincoln et al. (2007) [3]	NICE-Leitlinie (2009/2014) [53]			Pharoah et al. (2010) [61]	Xia et al. (2011)	Okpokoro et al. (2014) [63]	Zhao et al. (2015) [64]
	FI vs. TAU	FI vs. TAU, aktive Kont.-Int.	FI/PE vs. TAU	PE vs. Kontr.-Gr.	PE vs. Standard (TAU)	PE vs. aktive Interv.	(FI vs. TAU)	(PE vs. TAU)	(FI, kurz vs TAU)	(PE, kurz, vs. TAU)
Studien	25	18	18	16	8	8	53	44	4	20
Suizidalität ↓				=	=					
Symptome ↓			+	++	=	++	?	++	+	++
< Compliance ↑		++	=	++	++	=	++	++		++
KH-Einsicht ↑							=	=		
Wissen ↑			++						++	++
Rezidiv/WA ↓	++	++	++	=(++)	=(++)	=	++	++	=	++
Soz. Funkt. ↑			=	++	++	++	++	?		?
LQ ↑								?		
HEE ↓		=					?		+	

++ : Intervent.-Gr. >> Kontroll-Gr. (signif.)

+ : Intervent.-Gr. > Kontroll-Gr. (n.s.)

= : Intervent.-Gr. = Kontroll-Gr.

- : Intervent.-Gr. < Kontroll-Gr.

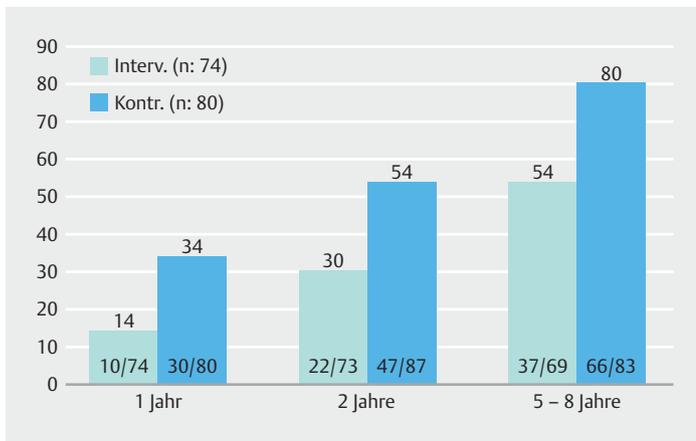
?: Keine klare Aussage, einzelne Studien zu heterogen

FI: Family-Intervention

TAU: Treatment as usual

↓ : Abnahme

↑ : Zunahme



► **Abb. 1** Psychoedukation und Wiederaufnahmeraten in % im Langzeitverlauf ($p < 0,05$ zu allen 3 Zeitpunkten/Tarrier et al. 1994 [67], Hornung et al. 1999 [60], Bäuml et al. 2007 [34]) Aus: J. Bäuml et al. J Clin Psychiatry 2007; 68: 854–861 [49].

finden, der aber innerhalb eines Jahres an Bedeutung abnahm. Verbesserungen der medikamentösen Compliance und des Wissens wurden nachhaltig bestätigt [4, 61, 62, 64].

Merke

Langfristige Psychoedukation kann das Rückfallrisiko in eine akute Krankheitsphase und die stationäre Wiederaufnahmewahrscheinlichkeit signifikant reduzieren.

Ein wesentlicher Faktor bei der Verhinderung von Rückfällen dürfte weniger die in vielen Studien nur schwach evidente Reduktion der psychopathologischen Symptomatik darstellen als vielmehr die Stärkung der Familien. Offenbar werden die Familien durch die entsprechenden psychoedukativen Instruktionen dazu befähigt, mit der Erkrankung und deren spezifischen Besonderheiten besser umzugehen. Generell ergibt sich eine größere Effektivität durch den gleichzeitigen Einbezug von Patienten und deren Angehörigen [2, 3]. Eine zusätzliche Verringerung des Belastungserlebens in den Familien zeigte sich bei Einzel-Familien-Interventionen, diese war dort auch stabiler und anhaltender [62].

In der von Bäuml et al. durchgeführten Münchner PIP-Studie [49] konnte nachgewiesen werden, dass die bifokale Form der Psychoedukation mit gleichzeitiger Einbeziehung der Angehörigen in eigenständigen Gruppen zu einer signifikanten und auch noch nach 7 Jahren anhaltenden Reduktion sowohl der stationären Wiederaufnahmerate (54 vs. 88%) als auch zu einer deutlichen Verringerung der zwischenzeitlichen Krankenhaustage (75 versus 225 Tage) führte. Eine Bestätigung dieser Befunde ergab sich bei gepoolter Auswertung der bisherigen 3 Langzeitstudien (s. ► **Abb. 1**). Zu ähnlichen Ergebnissen bei den Metaanalysen kamen

Lincoln et al. (2007) [3], Xia et al. (2011) [4], Okpokoro et al. (2014) [63], Zhao et al. (2015) [64], Pekkala, Merinder (2002) [65] und Sin et al. (2015) [66], siehe hierzu ► **Tab. 5**.

Aufgrund dieser überzeugenden Datenlage wurde der Empfehlungsgrad der Psychoedukation sowohl bei der Neufassung der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ [18] als auch den S3-Leitlinie „Schizophrene Erkrankungen“ der DGPPN [9] hochgestuft auf das Level A.

S3-LEITLINIE „PSYCHOSOZIALE THERAPIEN“ [18]

Menschen mit schweren psychischen Erkrankungen soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden. Angehörige sollen in die psychoedukative Intervention einbezogen werden.

Empfehlungsgrad A, Evidenzebene Ia

Ausblick

Die DGPE (Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation) hat es sich zur Aufgabe gemacht, die flächendeckende Implementierung der Psychoedukation in allen psychiatrisch-psychotherapeutischen Einrichtungen zu fördern und zu unterstützen. Bisher ist für die Psychoedukation keine spezielle Berücksichtigung im stationären und teilstationären PEPP-System vorgesehen. Es bleibt abzuwarten, inwiefern sich diese Situation angesichts zunehmender empirischer Evidenz in naher Zukunft ändern wird.

Die Wichtigkeit psychoedukativer Interventionen wurde in der Weiterbildung zum Facharzt für Psychosomatische Medizin erfreulicherweise bereits verankert, für die Übernahme in den Facharzkatalog für Psychiatrie und Psychotherapie laufen derzeit die Verhandlungen mit den zuständigen Ärztekammern.

Im „Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin“ [5] wurden alle gängigen und derzeit zur Verfügung stehenden psychoedukativen Behandlungsprogramme für die wichtigsten Diagnosegruppen zusammengestellt. Dadurch soll die Generalisierung des psychoedukativen Denkens auf allen psychiatrisch-psychotherapeutischen Ebenen gefördert und verbreitert werden.

KERNAUSSAGEN

Psychoedukation leistet einen wichtigen Beitrag in der Behandlung psychischer Erkrankungen:

- Elementarer und integrativer Baustein in einem multimodalen Behandlungskonzept
- Basale psychotherapeutische Intervention bei allen schweren psychischen Erkrankungen
- Bildung eines funktionalen Krankheits- und Behandlungskonzeptes
- Zentrale Elemente: interaktive Informationsvermittlung und emotionale Entlastung
- Verzahnung von subjektivem Krankheitswissen und wissenschaftlich fundierten Therapieleitlinien
- Komplementär zum Psychose-Seminar und den Peer-gestützten Selbsthilfestrategien hinsichtlich Selbstwirksamkeit und Empowerment
- Verbesserung von Adhärenz und Krankheitseinsicht
- Reduktion von stationären Wiederaufnahmen und stationären Krankenhaustagen
- Wirksamkeitssteigerung durch Einbeziehung der Angehörigen
- Psychoedukative Konzepte für alle psychischen Krankheitsbilder entwickeln [5]
- DGPE (Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation): www.dgpe.de

Interessenkonflikt

Erklärung zu finanziellen Interessen

Forschungsförderung erhalten: ja, von einem/den Sponsoren dieser Fortbildungseinheit; Honorar/geldwerten Vorteil für Referententätigkeit erhalten: ja, von einem/den Sponsoren dieser Fortbildungseinheit; Bezahlter Berater/interner Schulungsreferent/Gehaltsempfänger: nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Nicht-Sponsor der Veranstaltung): nein; Patent/Geschäftsanteile/Aktien (Autor/Partner, Ehepartner, Kinder) an Firma (Sponsor der Veranstaltung): nein.

Erklärung zu nichtfinanziellen Interessen

Die Autorinnen/Autoren geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht. Josef Bäuml ist Mitglied der DGPPN, DGPE, gfts, AGNP, DDPP, ÄWK München, Beirat im LV Bayern der ApK und Ariadne e. V.

Autorinnen/Autoren



Josef Bäuml

Prof. Dr. med. Medizinstudium an der Universität Regensburg und der TU München. 1992 Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie, 2013 apl. Professor, 2018 Emeritierung. Wissenschaftliche Schwerpunkte: Psychoedukation bei schizophrenen Psychosen.

Krankheitseinsicht und Compliance, Empowerment und Trialog, Psychopharmakotherapeutische Rezidivprophylaxe, Therapieresistenz bei schizophrenen und affektiven Erkrankungen, EKT, sozialpsychiatrische Feldforschung – psychische Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen. Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE e. V.)



Gabriele Pitschel-Walz

Priv.-Doz. Dr. rer. biol. hum. Psychologische Psychotherapeutin, Supervisorin (Einzel, Gruppe). Leitende Psychologin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München, Klinikum rechts der Isar. Klinische Schwerpunkte: Psychoedukation und Kognitive Verhaltenstherapie bei Schizophrenie, Depression, Angststörungen; Einbeziehung von Angehörigen. Stellvertretende Vorsitzende der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE e. V.)

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. med. Josef Bäuml

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar der TU München
Ismaninger Str. 22
81675 München
Baeuml.Josef@tum.de

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen

Wissenschaftlich verantwortlich gemäß Zertifizierungsbestimmungen für diesen Beitrag ist Prof. Dr. med. Josef Bäuml, München.

Literatur

- [1] Anderson CM, Gerard E, Hogarty GE et al. Family treatment of adult schizophrenic patients: A psycho-educational approach. *Schizo Bull* 1980; 6: 490–505
- [2] Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J et al. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – A meta-analysis. *Schizo Bull* 2001; 27: 73–92
- [3] Lincoln TM, Wilhelm K, Nestoriuc Y et al. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophrenia Research* 2007; 96: 232–245

- [4] Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2011; 6: CD002831; DOI: 10.1002/14651858.CD002831.pub2
- [5] Bäuml J, Behrendt B, Henningsen P et al., Hrsg. *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2016
- [6] Vauth R, Stieglitz RD. Behandlungsbereitschaft bei Menschen mit schizophrenen Störungen nachhaltig aufbauen. *Z Psychiatrie Psychologie Psychother* 2017; 65: 73–82
- [7] Pousa E, Ochoa S, Cobo J et al. Insight Barcelona Research Group. A deeper view of insight in schizophrenia: Insight dimensions, unawareness and misattribution of particular symptoms and its relation with psychopathological factors. *Schizophr Res* 2017; 189: 61–68
- [8] Moritz S, Favrod J, Andreou C et al. Beyond the usual suspects: positive attitudes towards positive symptoms is associated with medication noncompliance in psychosis. *Schizo Bull* 2013; 39: 917–922
- [9] DGPPN. S-3-Behandlungsleitlinie Schizophrenie. Heidelberg: Springer-Verlag; 2006/2019
- [10] Moritz S, Hunsche A, Lincoln TM. Nonadherence to antipsychotics: the role of positive attitudes towards positive symptoms. *Eur Neuropsychopharmacol* 2014; 24: 1745–1752
- [11] Staring ABP, Mulder CL, Duivenvoorden HJ et al. Fewer symptoms vs. more side-effects in schizophrenia? Opposing pathways between antipsychotic medication compliance and quality of life. *Schizophr Res* 2009; 113: 27–33
- [12] Amaresha AC, Kalmady SV, Joseph B et al. Short term effects of brief need based psychoeducation on knowledge, self-stigma, and burden among siblings of persons with schizophrenia: A prospective controlled trial. *Asian J Psychiatr* 2018; 32: 59–66
- [13] Hamann J, Mendel R, Cohen R et al. Psychiatrists' use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: Patient characteristics and decision topic. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 1009
- [14] Khalil AH, El Nahas G, Ramy H et al. Impact of a culturally adapted behavioural family psychoeducational programme in patients with schizophrenia in Egypt. *Int J Psychiatry Clin Pract* 2018: 1–10
- [15] Bäuml J, Behrendt B, Henningsen P et al. *Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin*. Stuttgart: Schattauer Verlag; 2016
- [16] Klimitz H. Psychoedukation bei schizophrenen Störungen – Psychotherapie oder „Unterwanderung“? *Psychiatr Prax* 2006; 33: 372–379
- [17] American Psychiatric Association APA. *Guidelines for Treatment of Schizophrenia*. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2010
- [18] DGPPN. S-3-Behandlungsleitlinie: Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Heidelberg: Springer-Verlag; 2013/2019
- [19] Zubin J, Spring B. Vulnerability: A new view of schizophrenia. *Journal of Abnormal Psychology* 1977; 86: 103–126
- [20] Leucht S, Förstl H. *Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Auflage Thieme-Verlag; 2018
- [21] Pitschel-Walz G, Bauml J, Bender W et al. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* 2006; 67: 443–452
- [22] Rummel-Kluge C, Kluge M, Kissling W. Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: Results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry* 2013; 13: 170
- [23] Pitschel-Walz G, Bäuml J. *Psychoedukative Gruppen. Kerbe – Forum für Soziale Psychiatrie* 2018; 3: 31–34
- [24] Deutschenbaur L, Lambert M, Walter M et al. *Pharmakologische Langzeitbehandlung schizophrener Erkrankungen*. *Nervenarzt* 2014; 85: 363–377
- [25] Huhn M, Tardy M, Spinelli LM et al. Efficacy of pharmacotherapy and psychotherapy for adult psychiatric disorders: a systematic overview of meta-analyses. *JAMA Psychiatry* 2014; 71: 706–715
- [26] Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP, Hrsg. *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. Berlin, Heidelberg: Springer-Verlag; 2015
- [27] Hamann J, Mendel R, Cohen R et al. Psychiatrist's use of shared decision making in the treatment of schizophrenia: patient characteristics and decision topics. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 1107–1112
- [28] Bäuml J, Baumgärtner J, Froböse T et al. Partizipationsverhalten schizophrener erkrankter Patienten in Psychoedukationsgruppen: Erste Ergebnisse mit dem Teilnahmekualitätsbogen. *Psychotherapeut* 2012; 57: 301–312
- [29] Linden M. *Lerntheoretisch orientierte Psychotherapie: theoretische und empirische Grundlagen sowie klinische Anwendungsprinzipien der kognitiven Verhaltenstherapie*. In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP, Hrsg. *Psychiatrie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer-Verlag; 2000: 656–685
- [30] Massons C, Lopez-Morinigo JD, Pousa E et al. Insight and suicidality in psychosis: A cross-sectional study. *Psychiatry Res* 2017; 252: 147–153
- [31] Cavelti M, Kvrjic S, Beck EM et al. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. *Compr Psychiatry* 2012; 53: 468–479
- [32] Yalom ID. *Theorie und Praxis der Gruppenpsychotherapie*. München: Pfeiffer-Verlag; 1989
- [33] Bock Th, Deranders JE, Esterer I. *Im Strom der Ideen. Stimmenreiche Mitteilungen über den Wahnsinn*. Bonn: Psychiatrie-Verlag; 1994
- [34] Bäuml J, Berger H, Mösch E et al. *Psychose-Seminar*. In: Becker T, Bäuml J, Pitschel-Walz G et al., Hrsg. *Rehabilitation bei schizophrenen Erkrankungen*. Köln: Deutscher Ärzteverlag; 2007: 271–292
- [35] Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR et al. Drug and family therapy in the aftercare treatment of acute schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1978; 35: 169–177
- [36] Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW et al. Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: A controlled study. *N Engl J Med* 1982; 306: 1437–1440
- [37] Berger H, Friedrich J, Gunia H. *Psychoedukative Familienbetreuung – Manual zu Grundlagen und Praxis*. 2. Auflage Stuttgart, New York: Schattauer; 2016
- [38] McFarlane Wr, Lukens E, Link B et al. Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 1995; 52: 679–687
- [39] Buchkremer G, Schulze Mönking H, Holle R et al. The impact of therapeutic relatives' groups on the course of illness of schizophrenic patients. *Eur Psychiatry* 1995; 10: 17–27
- [40] Cassidy E, Hill S, O'Callaghan E. Efficacy of a psychoeducational intervention in improving relatives' knowledge about schizophrenia and reducing rehospitalisation. *Eur Psychiatry* 2001; 16: 446–450

- [41] Behrendt B. Psychoedukative Gruppen für Angehörige schizophrener oder schizoauffektiv Erkrankter. Manual für Gruppenleiter (Materialie Nr. 52) Tübingen: dgvt; 2004
- [42] Lewandowski L, Buchkremer G. Therapeutische Gruppenarbeit mit Angehörigen schizophrener Patienten. Ergebnisse zweijähriger Verlaufsuntersuchungen. *Z Klin Psychol* 1998; 17: 210–224
- [43] Kissling W. Informationszentrierte Patienten- und Angehörigengruppen bei schizophrenen Psychosen. Auswirkungen auf Rückfälligkeit, Compliance und Langzeitprognose. In: Heimann H, Hartmann-Lange D (Hrsg) *Psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter. Forschung zu Therapie und Rückfallprophylaxe*. Stuttgart: Fischer; 1995: 119–120
- [44] Bruns U, Hornung WP. Zur Rolle der Familie von schizophrenen Patienten. Was folgt auf das Konzept der Expressed Emotion? *Nervenheilkunde* 1998; 17: 301–307
- [45] Vauth R, Bull N, Schneider G. Emotions- und stigmafokussierte Angehörigenarbeit bei psychotischen Störungen. Göttingen: Hogrefe; 2009
- [46] Borbé R, Pitschel-Walz G, Bäuml J. Psychoedukation und Angehörigenarbeit. In: Möller H-J, Laux G, Kapfhammer H-P (Hrsg.) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie*. 5. Auflage 2017: 1177–1192
- [47] McFarlane WR, Dixon L, Lukens E et al. Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther* 2003; 29: 223–245
- [48] Buchkremer G, Hornung WP. Kombination von psychoedukativem Medikamententraining, kognitiver Psychotherapie und Bezugspersonenberatung zur Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Patienten. In: Heimann H, Hartmann-Lange D (Hrsg) *Psychische Erkrankungen im Erwachsenenalter. Forschung zu Therapie und Rückfallprophylaxe*. Stuttgart: Fischer; 1995: 117–118
- [49] Bäuml J, Pitschel-Walz G, Volz A et al. Psychoeducation in schizophrenia: rehospitalisation and hospital days – 7 year follow-up of the Munich Psychosis Information Project – study. *J Clin Psychiatry* 2007; 68: 854–861
- [50] Hornung WP, Feldmann R, Schulze Mönking H et al. Der Einfluß einer bifokalen psychoedukativen Gruppentherapie auf den Langzeitverlauf schizophrener Patienten. *Nervenarzt* 1996; 67: (Suppl. 01): 12
- [51] Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ et al. Family intervention for schizophrenia. *The Cochrane Library* 2003: *Cochrane Database Syst Rev.*; (4):CD000088
- [52] Breitborde NJ, Woods SW, Srihari VH. Multifamily psychoeducation for first-episode psychosis: a cost-effectiveness analysis. *Psychiatr Serv* 2009; 60: 1477–1483
- [53] National Collaborating Centre for Mental Health. *Psychosis and schizophrenia in adults. The NICE guideline on treatment and management – Updated edition [National Clinical Guideline Number 178]*. 2014: Im Internet: <https://www.nice.org.uk/Guidance/CG178>; Stand: 20.09.2019
- [54] Bäuml J, Froböse T, Kraemer S et al. Psychoeducation: A basic psychotherapeutic intervention of patients with schizophrenia and their families. *Schizo Bull* 2006; 32: 1–9
- [55] Bäuml J, Pitschel-Walz G, Hrsg. *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“*. Stuttgart: Schattauer-Verlag; 2008
- [56] Bäuml J. *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige*. 2. Aufl. Heidelberg: Springer-Verlag; 2008
- [57] Bäuml J, Pitschel-Walz G. Psychoedukation. *Z Psychiatrie Psychother Up2date* 2011; 5: 161–176
- [58] Bäuml J. Psychoedukation. Zentraler Knotenpunkt im psychotherapeutischen Behandlungsnetz. 5. INFO *Neurologie Psychiatrie* 2014; 16: 55–62
- [59] Bäuml J, Pitschel-Walz G. Psychoedukation. In: von Sydow K, Borst U, Hrsg. *Systemische Therapie in der Praxis*. Weinheim: Beltz-Verlag; 2018: 226–237
- [60] Hornung P, Feldmann R, Klingberg S et al. Long-term-effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons – results of a five-year follow-up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 1999; 249: 162–167
- [61] Pharoah F, Mari J, Rathbone J et al. Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2010; 12: CD000088 48
- [62] Pilling S, Bebbington P, Kuipers E et al. Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 2002; 32: 763–782
- [63] Okpokoro U, Adams CE, Sampson S. Family intervention (brief) for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2014; 3: CD009802
- [64] Zhao S, Sampson S, Xia J et al. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 4: CD010823
- [65] Pekkala E, Merinder L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Review. Cochrane Database Syst Rev* 2002; 2: CD002831
- [66] Sin J, Jordan CD, Barley EA et al. Psychoeducation for siblings of people with severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2015; 5: CD010540
- [67] Tarrrier N, Barrowclough C, Porceddu K et al. The Salford Family Intervention Project: relapse rates of schizophrenia at five and eight years. *Br J Psychiatry* 1994; 165: 829–832

Bibliografie

DOI <https://doi.org/10.1055/a-0748-8998>
 PSYCH up2date 2020; 14: 111–127
 © Georg Thieme Verlag KG Stuttgart · New York
 ISSN 2194-8895

Punkte sammeln auf CME.thieme.de



Diese Fortbildungseinheit ist in der Regel 12 Monate online für die Teilnahme verfügbar.

Den genauen Einsendeschluss finden Sie unter <https://cme.thieme.de>.

Sollten Sie Fragen zur Online-Teilnahme haben, finden Sie unter <https://cme.thieme.de/hilfe> eine ausführliche Anleitung. Wir wünschen viel Erfolg beim Beantworten

der Fragen!

Unter <https://eref.thieme.de/CXBVKER> oder über den QR-Code kommen Sie direkt zur Startseite des Wissenstests.

VNR 2760512020158722815



Frage 1

Welches Empfehlungslevel hat die Psychoedukation für Patienten und Angehörige in der neuen S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien“ (2019) erhalten?

- A B („sollte...“)
- B B, mit Einschränkungen („sollte meistens...“)
- C A („soll...“)
- D GCP (Good Clinical Practice)
- E Keine Erwähnung dort

Frage 2

Welche Aussage trifft nicht zu? Warum werden die psychoedukativen Sitzungen für Patienten und Angehörige in der Regel in jeweils getrennten Gruppen durchgeführt?

- A Weil in der Akutphase viele Patienten ihre Angehörigen noch eher als bevormundend und weniger als unterstützend erleben.
- B Weil dies für akut erkrankte Patienten mit einer emotionalen Überstimulierung einhergehen kann.
- C Die Anwesenheit unbekannter Angehöriger von anderen Patienten kann für Wahnkranke bedrohlich wirken.
- D Weil ein Großteil der Angehörigen durch die Konfrontation mit den Krankheitsbildern anderer Patienten schwer traumatisiert würde.
- E Damit Angehörige genügend Zeit und Raum haben, sich auch ihren eigenen Kummer von der Seele reden zu können.

Frage 3

Welche Aussage trifft zu? Welche Information sollten Patienten und Angehörige im Rahmen einer Ersterkrankung auf keinen Fall erhalten?

- A Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell.
- B Einteilung der Psychopharmaka.
- C Psychoedukative Informationen sind zu jedem Zeitpunkt hilfreich.
- D Dopamin-Hypothese.
- E Frühwarnzeichen.

Frage 4

Was ist kein wichtiger Wirkfaktor der Psychoedukation?

- A „Aha“-Erlebnisse vermitteln
- B Ergebnisinterpretation von Phase-II-Studien
- C „Dolmetschen“ wichtiger Sachverhalte
- D Zweiseitige Informationsvermittlung
- E Visualisieren wichtiger Fakten

Frage 5

Welche Antwort ist falsch? Warum sollten die Patienten so schnell wie möglich in die psychoedukativen Gruppen einbezogen werden?

- A Rascher Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes.
- B Die Gruppe von Gleichkranken vermittelt ein Gefühl von Schicksalsgemeinschaft und Solidarität.
- C Kurze Verweildauer, Zeit so rasch wie möglich nutzen.
- D Zeitfenster für die Aufnahme von Informationen ist sehr kurz, später kein Zugang mehr zu den Patienten möglich.
- E Ohne spezifische Information von professioneller Seite unterliegt die allmählich beginnende Krankheitskonzeptbildung oft dem Zufall.

Frage 6

Welches Ziel hat die Psychoedukation?

- A Euphorie vermeiden und negativen Krankheitsverlauf vor Augen halten
- B Pharmakritische Grundhaltung priorisieren
- C Patienten und Angehörige zu Experten der Erkrankung machen
- D Die Betroffenen zum generellen Outing motivieren
- E Fokussierung auf das Störpotenzial der Angehörigen (HEE-Konzept)

Punkte sammeln auf CME.thieme.de

Fortsetzung ...

Frage 7

Welche Aussage ist falsch? Welche Faktoren erschweren die Implementierung psychoedukativer Gruppen in den klinischen Alltag?

- A Psychoedukation ist nur für sehr wenige Patienten geeignet.
- B Die Effizienz der psychoedukativen Gruppen ist vielen zu wenig bewusst.
- C Es gibt zu wenig in Gruppenpsychoedukation ausgebildete Therapeuten.
- D Es gibt keine systematische Integration der Psychoedukation in die Stationskonzepte.
- E Im PEPP-System bisher keine eigenständige Abrechnungsmöglichkeit.

Frage 8

Welche Antwort ist falsch? Was bedeutet eine interaktive Informationsvermittlung?

- A Der Therapeut erarbeitet die subjektiven Krankheitskonzepte der Teilnehmer.
- B Die subjektiven Krankheitsvorstellungen der Teilnehmer werden respektvoll und wertschätzend zur Kenntnis genommen.
- C Die wissenschaftlich gesicherten Fakten werden ergänzend zu den subjektiven Darstellungen aufgeführt und erklärt.
- D Der kleinste gemeinsame Nenner wird unter Einbeziehung der Gruppenbeiträge vom Gruppenleiter ausformuliert.
- E Von der wissenschaftlichen Sichtweise abweichende Beiträge werden als gleichberechtigte Fakten übernommen.

Frage 9

Welche Antwort ist richtig? Warum ist die Einbeziehung der Angehörigen unerlässlich?

- A Weil viele Angehörige sehr zuverlässige und treue Begleiter ihrer Patienten sind.
- B Um den Angehörigen in den Gruppen ihr Fehlverhalten zu demonstrieren.
- C Um eine kritische Analyse der pathologischen Beziehungsmuster vorzunehmen.
- D Um das Störpotenzial der Angehörigen dokumentieren zu können.
- E Um den Angehörigen durch Kontakt mit anderen Krankheitsverursachern ein warnendes Beispiel vor Augen zu halten.

Frage 10

Wie viele psychiatrische Kliniken führen derzeit regelmäßig psychoedukative Gruppen für Angehörige durch?

- A 0–4 %
- B 5–10 %
- C 11–20 %
- D 21–30 %
- E 31–40 %