

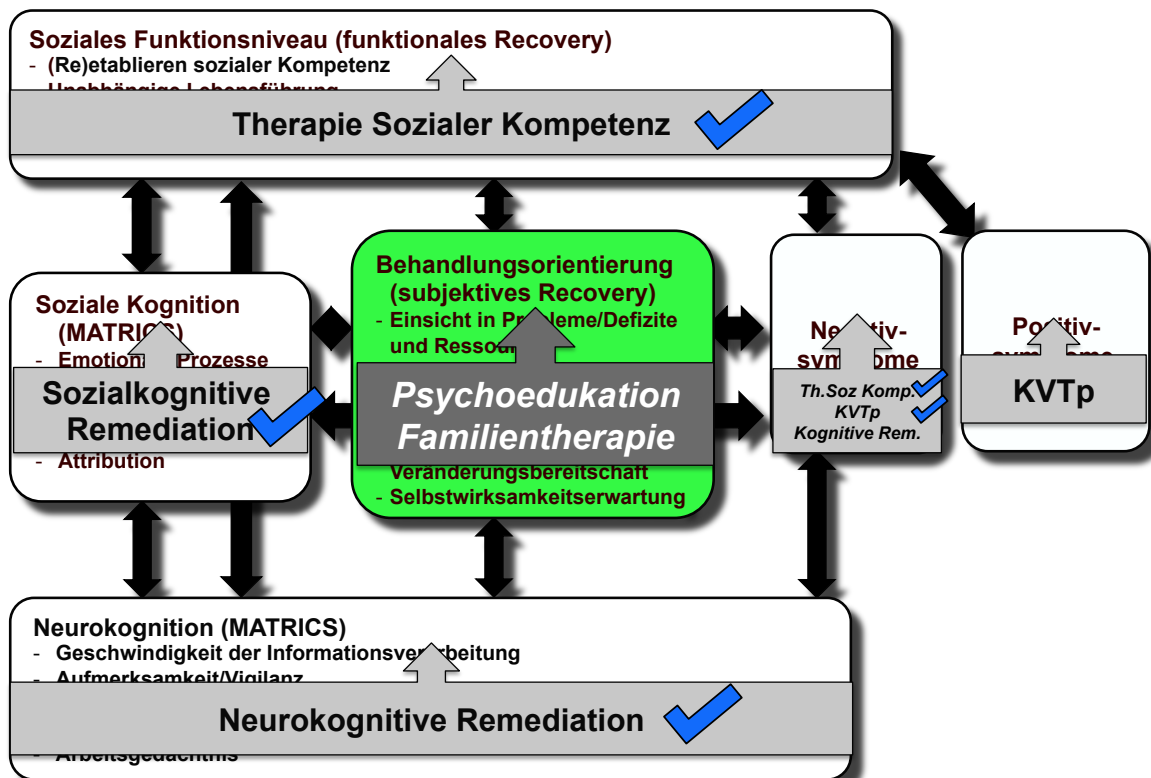
# Menschen mit einer psychotischen Erkrankung: Grundlagen und Interventionen

Veranstaltung Uni Fribourg HS 2022

## Take Home Message 5: Psychoedukation und Familientherapie

Daniel Müller, Volker Roder,  
Roana Valli (Tutor)

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



# Kurze Geschichte der Psychoedukation (PE)

- Begriff PE **vor 40 Jahren** in den USA geprägt (Anderson, Hogarty, Reiss 1980): PE als non-direktives Integrationsmodul in der **Schizophrenie**-Behandlung zur Informationsvermittlung in Verbindung mit Training sozialer Fertigkeiten, Problemlösetraining und Angehörigenberatung
- Ab Mitte 90er auch im *deutschen* Sprachraum definiert (Pitschel-Walz 2008, Bäuml et al. 2016):
  - PE = 1) systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zum **Informieren von Patienten und Angehörigen**
  - 2) **Fördern von Krankheitsverständnis** und selbst verantwortlichem Umgang mit der Krankheit
  - 3) Unterstützen bei der **Krankheitsbewältigung**
- PE-Definition zunächst in der Schizophreniebehandlung, kann jedoch auch für andere Störungsbilder übernommen werden

## Definition von Psychoedukation (PE)

(Bäuml & Pitschel-Walz 2020)

- PE = systematische didaktisch–psychotherapeutische Interventionen
- Für Patienten UND Angehörige
- Ziel: Informationsvermittlung und selbstverantwortlicher Umgang mit der Erkrankung fördern
- Shared-decision-making (Hamann et al. 2018): auf Augenhöhe mitentscheiden bedingt fundierte und empirisch belegte Informationen für Patienten und Angehörige
- Problem mit „Dr. Google“: die Kunst, die Spreu vom Weizen trennen zu können bedingt i.d.R. fachliche Unterstützung

# Gemeinsamkeiten psychoedukativer und bewältigungsorientierter Behandlungsansätze

Übergeordnete Ziele	Theoretische Grundlage	Therapieinhalte
Rückfallprävention  Verbesserung der Lebensqualität	Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell	Erarbeitung eines Krankheitskonzepts  Vermittlung von Informationen über die Krankheit und die Behandlung  Krisenbewältigung und Umgang mit Frühwarnsignalen  Emotionale Entlastung: absolute Wertschätzung, bei Patienten versachlichen, stabilisieren, ermutigen, bei Angehörigen Trauer und Wut zulassen, Emotionen amplifizieren, Solidaritätsgemeinschaft

## Wirkfaktoren von PE (Bäuml et al. 2016)

- **Professionelle Simplifizierung** komplexer Fakten (Dolmetscherfunktion für Laien)
- **Visualisieren** wichtiger Fakten (ein Bild sagt oft mehr als 1000 Worte)
- **Zweiseitige** Informationsvermittlung (Vor- und Nachteile)
- **Fördern der Einsicht** in Krankheit und Behandlungsmöglichkeit (Aha-Erlebnisse)
- Patienten und Angehörige zu **Experten** machen (Wissen ist Macht)
- **Fokus auf Ressourcen**, keine Defizitorientierung
- **Schulmedizinische Grundhaltung** bei gleichzeitigem Respekt gegenüber Einzelmeinung
- **Einbezug der Angehörigen** und Befähigung zur **Co-Therapeutenrolle**
- Stärkung des **protektiven Potentials der Familie**



Prof Dr. med. Josef Bäuml  
Technische Uni München

# Informationsvermittlung über die Krankheit bei PE

- PE als **Brückenschlag** zwischen professionellem „**Knowhow**“ und subjektivem „**So now ?**“ der Betroffenen (Bäumli & Pitschel-Walz 2020)
- Ermöglicht **partnerschaftliches Konzept auf Augenhöhe** (Dialog/Trialog) zur gemeinsamen Entscheidungsfindung (shared-decision-making)
- **Laiengerecht aufgearbeitete Informationen**: insbesondere bei Psychoseerkrankten ist i.d.R. weniger mehr! (in Abgrenzung oder Ergänzung zum „Dr. Google Phänomen“)
- Problem: **keine Krankheitseinsicht**: Wie mit einem Patienten über Symptome und Medikamente auf Augenhöhe sprechen, wenn sich dieser nicht für krank bzw. eingeschränkt hält? Die Akzeptanz der PE ist hier eingeschränkt (Vauth & Stieglitz 2017; Pousa et al. 2017). Interventionsalternative: vorerst über Funktionen bzw. deren erlebte Einbussen in definierten Lebensbereichen sprechen (Roder & Müller 2013).

## Umfrage zur Häufigkeit & Durchführung von PE in D, A & CH

(Rummel-Kluge et al., 2008)

**Methode:** Fragebogen an 622 Kliniken in D, A & CH  
55% Rücklauf (CH=40%)

**Ergebnisse:** 21% der Schizophrenie-Patienten erhielten PE  
2% der Angehörigen erhielten PE  
(Berechnungsgrundlage: 1 Angehöriger pro Patient)

**Setting:** *Patienten:* Gruppen <10; 8-12 Sitzungen; 1 mal 50-60 Min./Woche  
Drop-Out Rate Patienten=25%

*Angehörige:* 1 mal 90 Min./ 14 Tage; Drop-out-Rate Angehörige=15%

### Gründe für eine Fehlendes PE Angebot:

Personal- und Zeitmangel, fehlendes Know-How, Skepsis

### Bedürfnisse der Institutionen:

Mehr Personal, Therapiemanuale, Workshops

# In der PE vermittelte Inhalte in D, A & CH

(Rummel-Kluge et al. 2006)

- Frühwarnzeichen 97%
- Pharmakotherapie 93% und Nebenwirkungen 87%
- Vulnerabilitäts-Stress-Modell 93%
- Krisenplan 93%
- Rückfallprophylaxe 92%
  
- Soziotherapie 69%
- Psychotherapeutische Angebote 47%
  
- Emotionale Themen: - Stigmatisierung  
- Isolierung  
- Schuldgefühle  
- Schamgefühle

## Auswahl aktueller deutschsprachige Manuale zur Psychoedukation

### Übersicht:

Bäumli J, Pietschel-Walz G (2008) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsenspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. 2. Aufl. Stuttgart: Schattauer

### Manuale:

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

Vauth R, Bull N, Schneider G (2009) Emotions- und stigmafokussierte Angehörigenarbeit bei psychotischen Störungen. Göttingen: Hogrefe

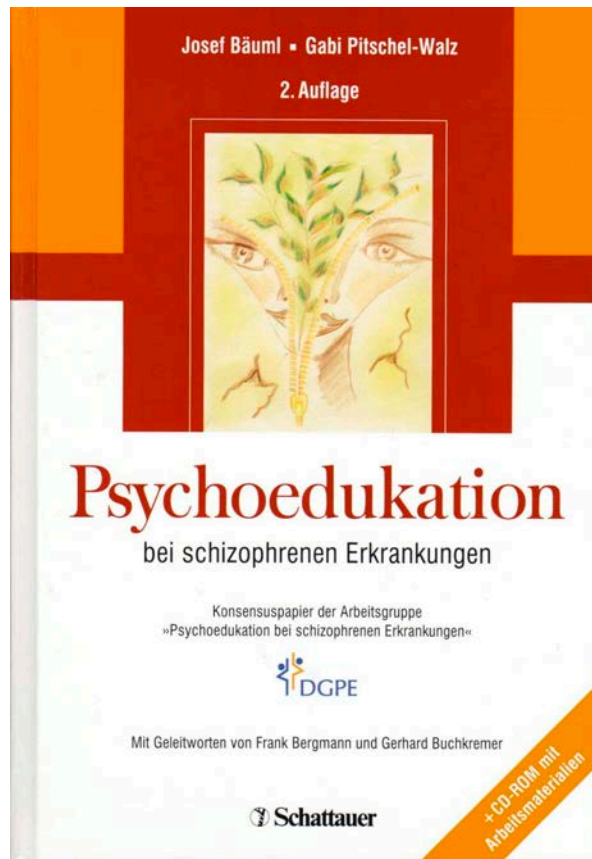
Behrendt B (2009) Meine persönlichen Warnsignale. Je ein Manual für Gruppenleiter sowie Manual für Gruppenteilnehmer. Tübingen: DGVT

Rabovsky K & Stoppe G (2009) Diagnoseübergreifende und multimodale Psychoedukation. München: Urban & Fischer

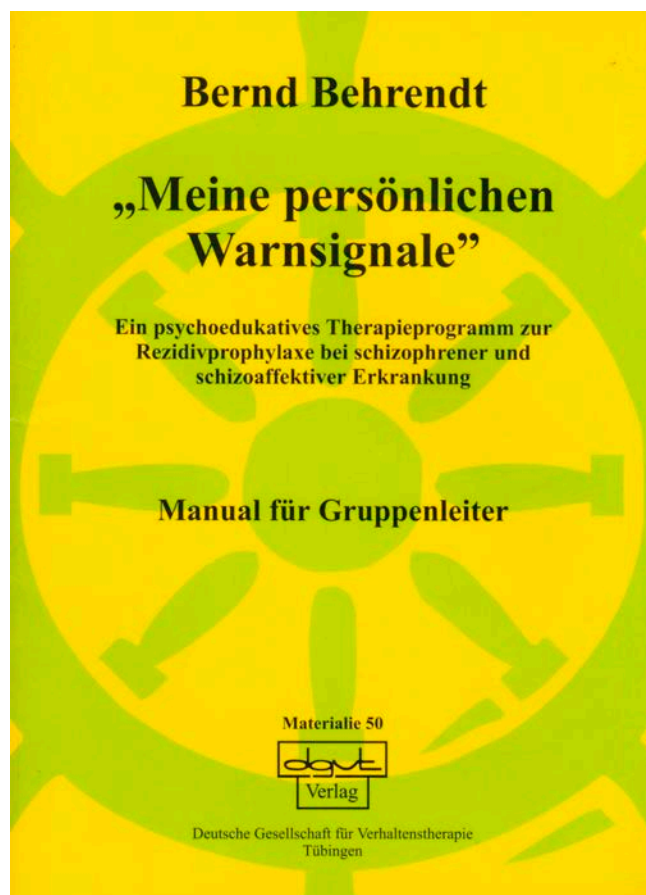
Bäumli J, Pietschel-Walz G, Berger H, Gunia H, Heinz A, Juckel G (2010) Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (APES), 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer

Klingberg S & Hesse K (2014) Stationäre evidenzbasierte Psychotherapie bei Psychosen. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Praxismanual. Stuttgart: Kohlhammer

Berger H & Gunia H (2016) Psychoedukative Familienintervention (PEFI). Behandlungsmanual bei psychotischen Störungen. 2. Auflage. Stuttgart: Schattauer



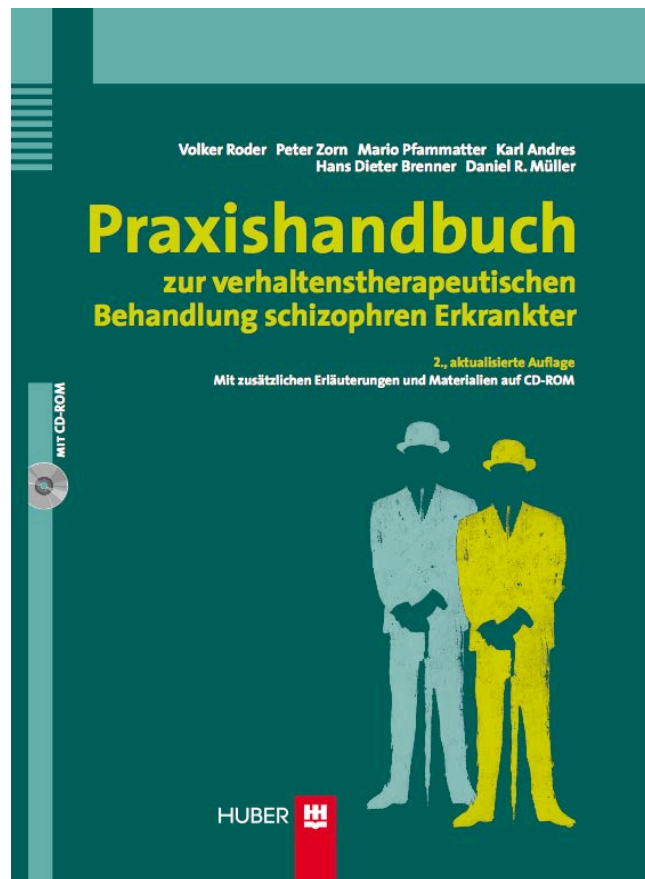
2008



2001

## Frühwarnsymptome (Warnsignal-Inventar nach Berendt 2001)

1. **Veränderungen des Verhaltens** (z.B. nicht still sitzen können, keine Körperhygiene, Interesseverlust, Ungeduld, mehr Geld ausgeben, Kontakt zu Freunden meiden etc.)
2. **Körperliche & Vegetative Veränderungen** (z.B. lärmempfindlich, innerlich getrieben, Schlafprobleme, beeinflussbar, weniger belastbar etc.)
3. **Veränderungen der Gedanken** (z.B. unkonzentriert, blockiert sein, Gedanken kreisen & rasen, Misstrauen, Denken an Religion, Umgebung wirkt unreal, Suizidgedanken etc.)
4. **Veränderung der Gefühle** (z.B. Zunahme von Angst ohne ersichtlichen Grund, Zukunftsangst, innerlich leer sein, Anspannung, reizbar, Beherrschung verlieren, nervös etc.)
5. **Veränderung in Beruf/Schule/Haushalt** (z.B. Kontakte vermeiden, Pausen alleine verbringen, Veränderung des Essverhaltens, langsamer arbeiten, Angst arbeiten zu gehen, öfter krank fühlen, Arbeit vermehrt mit nach Hause nehmen etc.)



2008, 2. Aufl.

**Störungsspezifische Psychotherapie**  
Herausgegeben von Anil Batra  
und Fritz Hohagen

Stefan Klingberg, Klaus Hesse

# Stationäre evidenzbasierte Psychotherapie bei Psychosen

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches  
Praxismanual

inkl. CD-ROM  
mit zahlreichen  
Arbeitsmaterialien

**Kohlhammer**

**2014**

Roland Vauth  
Nadine Bull · Gerda Schneider

## Emotions- und stigma- fokussierte Angehörigenarbeit bei psychotischen Störungen

Ein Behandlungsprogramm

mit DVD

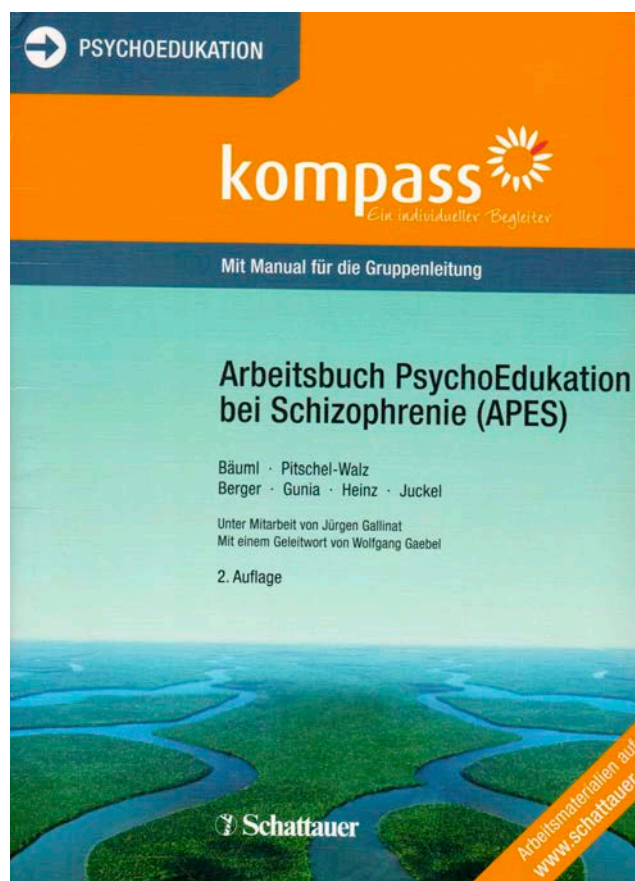
HOGREFE 

**2009**



# Emotions- und stigmafokussierende Angehörigenarbeit (Vauth et al. 2009)

- 8-13 wöchentliche Sitzungen zu 120 Minuten
- Inhalt:
  - Konfrontation mit gängigen Vorurteilen (Die Grosse Schande)
  - Scham, Schuld, Angst, Ärger, Entmutigung
  - Informationen zur Krankheit, Therapieangeboten
  - Sucht, Schulden, Non-Compliance, Angst vor Rückfall (Frühwarnzeichen)
  - Handlungsplan: was mache ich bereits, was könnte ich optimieren
  - Evaluation der Umsetzung



# Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES)

(Bäumli et al. 2005, 2010)

- Münchner Psychosen-Informations-Projekt (PIP)

**Inhalt der 8 Sitzungen** (zu 1h, 2 Mal/Woche, bifokal für Patienten und Angehörige):

1. Begrüssung, Einführung, Krankheitsbegriff („*Bin ich denn hier richtig?*“)
2. Symptomatik & 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 wirken?*“)
6. Psychotherapie („*Kann man den inneren Knackpunkt finden?*“)
7. Psychosoziale Massnahmen (WAFFFF: *Wohnen, Arbeit, Finanzen, Freizeit, Freunde, Familie, Future...*)
8. Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan, Verabschiedung („*Wie lange muss ich das Gras wachsen hören?*“ und „*Habe ich jetzt das Schlimmste hinter mir?*“)

- Erweiterungsmodule: z.B. Diagnosemanagement, Komorbidität Psychose & Sucht, Stressbewältigung, Umgang mit Schuld & Scham, Ernährung & Gewicht

## Notfallkoffer für zu Hause (insbesondere auch nachts) (APES; Bäumli et al. 2010)

---

### 1. Ideen für schwere Krisensituationen

---

- Wahrnehmungsübungen zur Selbstregulation (Zählen, Beschreiben etc.)
  - Krisenplan (mit Verhaltensanweisungen und Telefonnummern) bereithalten
- 

### 2. Ideen für mittlere Krisensituationen

---

- Heiss oder wechselwarm duschen
  - Chinesisches Heilpflanzenöl auf Schläfen reiben
  - An frische Luft gehen/Wohnung durchlüften
  - Leichte Hausarbeit
  - Laut singen/musizieren, tanzen
  - Handarbeit, malen, spielen
  - Internet
- 

### 3. Ideen für Erstanzeichen einer Krisensituation

---

- Heisses Bad
  - Kuscheltier, Tee trinken
  - Lesen, Video sehen, Meditationsmusik (Wellen rauschen, Wasserfall, Vögel zwitschern)
  - Telefonieren, Beten
  - Kreuzworträtsel
  - Früh ins Bett gehen
-

## **Notfallkoffer für unterwegs (auch tagsüber zu Hause)** (APES; Bäuml et al. 2010)

---

### **1. Ideen für schwere Krisensituationen**

---

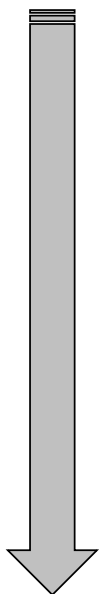
- Menschen oder Dinge beobachten (z.B. Autos oder Brillenträger zählen)
  - Wasser ins Gesicht klatschen
- 

### **2. Ideen für mittlere Krisensituationen**

---

- An etwas Schönes denken (z.B. frühere Reise)
  - Etwas Süßes essen
  - Handschmeichler fühlen
  - An Parfümprobe riechen
  - Akupressur, sich massieren
  - Kleider anprobieren, im Geschäft stöbern
  - Fahrrad fahren
  - Fotografieren
  - In die Sauna, Museum, Kirche gehen
- 

## **Krisenplan** (Bäuml 2008)



- Frühwarnzeichen ernst nehmen!
- Stress-Situation rasch verlassen!
- „Eiserne Ration“ einnehmen (Medikamenten-Reserveration mit Arzt abgesprochen)
- Vertraute Angehörige informieren
- Abschalten, Stress verringern, sich Ruhe gönnen, sich krank schreiben lassen
- Vorstellung beim Psychiater oder Klinikambulatorium o.ä.
- Notfalls stationäre Aufnahme in einer psychiatrischen Klinik

## Effektivität psychoedukativer und bewältigungsorientierter (familientherapeutischer) Ansätze (Roder, Müller, Brenner 2019)

METAANALYSE	EFFEKT VARIABLE	EFFEKTSTÄRKE
Lincoln et al. 2007 K=18 RCT (N=1338)	Rückfallrate	0.53
	Symptome	ns
	Soziales Funktionsniveau	ns
	Wissen über die Krankheit	0.48
	Rückfallrate (bis 6 Monate Follow-up)	0.35
	Rückfallrate (6-12 Monate Follow-up)	0.48
	Rückfallrate (>12 Monate Follow-up)	ns
	Rückfallrate Follow-up (mit Familie)	0.48
	Rückfallrate Follow-up (ohne Familie)	ns
METAANALYSE	EFFEKT VARIABLE	RISK RATIO
Pharoah et al. 2010 K=53 RCT zu Familientherapie	Rückfallrate	0.55
	Rehospitalisationsrate	0.78
	Medikamentencompliance	0.60
	High Expressed Emotion	0.64
	Suizidalität	ns
	Soziales Funktionsniveau*	1.06
	Unabhängiges Leben	ns
	Arbeit/Beschäftigung	ns
Xia et al. 2011 K=44 RCT zu Psychoedukation (N=5142)	Rückfallrate	0.70
	Rehospitalisationsrate	0.71
	Medikamentencompliance	0.52
	Behandlungszufriedenheit	0.24
	Soziales Funktionsniveau*	0.59

*Legende:* K=Anzahl eingeschlossener Studien; CT=Controlled Trial; RCT=Randomized Controlled Trial; TAU=Treatment As Usual (Standardbehandlung); Risk Ratio: relatives Risiko im Vergleich zur Kontrollbedingung; ns=nicht signifikant; \*heterogene Ergebnisse

## Psychotherapie und Rückfallprophylaxe bei schizophren Erkrankten Effekte während 12 Monaten: Metaanalyse: K=72 Studien, N=10'324 (Bighelli et al. 2021)

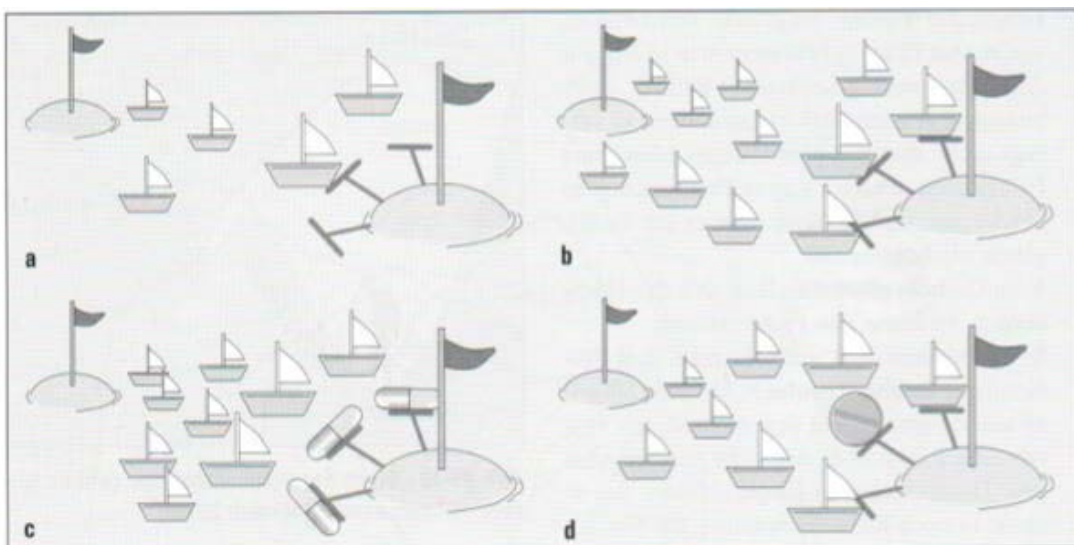
Psychotherapieansatz	K-Studien	Odds ratio (OR) im Vergleich zu TAU	% Rückfälle innerhalb Behandlungsarm
Familieninterventionen	19	0.35	16
Rückfallpräventionsprogramme	2	0.33	15
KVTp	9	0.45	20
Familien Psychoedukation mit Familien	15	0.56	23
Integrierte Psychotherapie*	11	0.62	25
Psychoedukation mit Patienten	9	0.63	25
TAU			(35)

\*Kombination verschiedener Interventionsziele

# Compliance-Förderung von PE?

- **Skepsis** vieler Patienten und oft von deren Angehörigen **gegenüber Medikamenten**
- **Non-Compliance-Raten** von 50% im ersten und 75% im zweiten Behandlungsjahr (Bäumli et al. 2012, Vauth & Stieglitz 2017, Bäumli & Pitschel-Walz 2020) reduzieren die neuroleptische Response von initial 75-85%
- Häufiger **überschätzen Patienten** die psychologischen Einflüssen und Selbsthilfe gegenüber den pharmakologischen Einflüssen als umgekehrt; vielleicht ist es naiv anzunehmen, durch rationale Edukation doch endlich **Einsicht** zu erzeugen (Vauth & Stieglitz 2017). Diese Autoren fordern deshalb stärkere Handlungsorientierung (Motivationsaufbau, Entstigmatisierung und Normalisierung anstatt Symptomzuweisung, auch wenn irrationale Überzeugungen in Kauf genommen werden)
- Zumindest in den NICE-Guidelines werden **Compliance-, Einsichts- und Wissensaufbau durch PE** attestiert!

## Psychoedukative Erklärungsmodelle (Zusf. in Bäumli & Pitschel-Walz 2008)

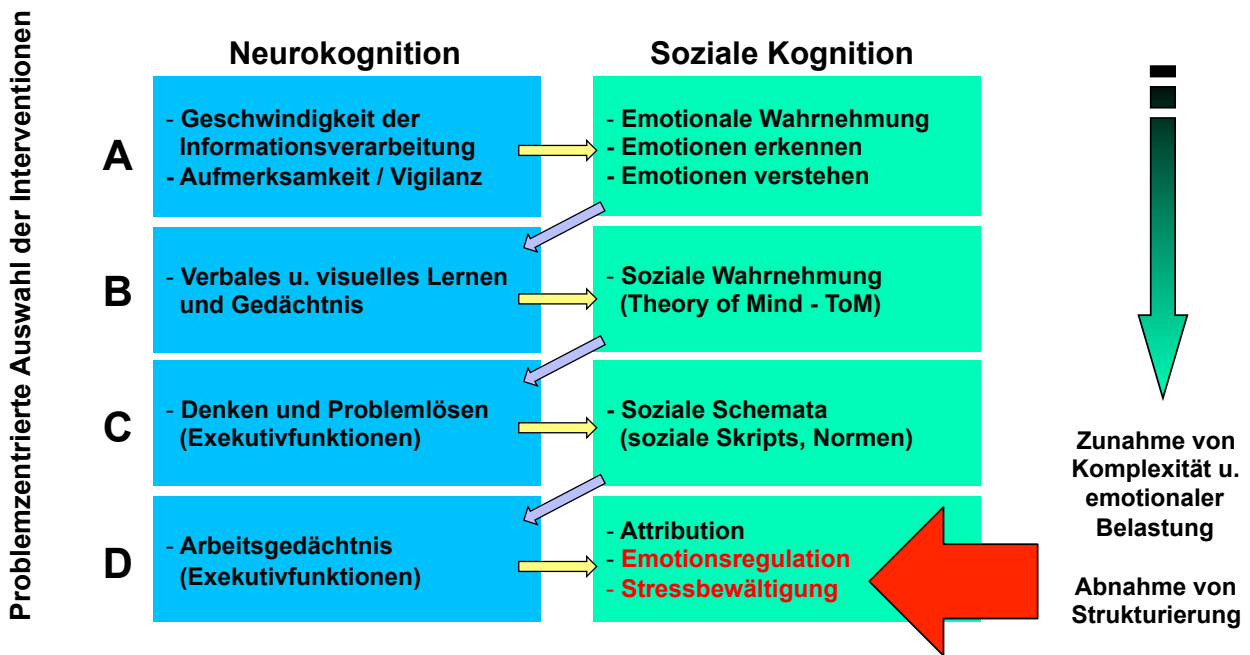


Das Inselmodell

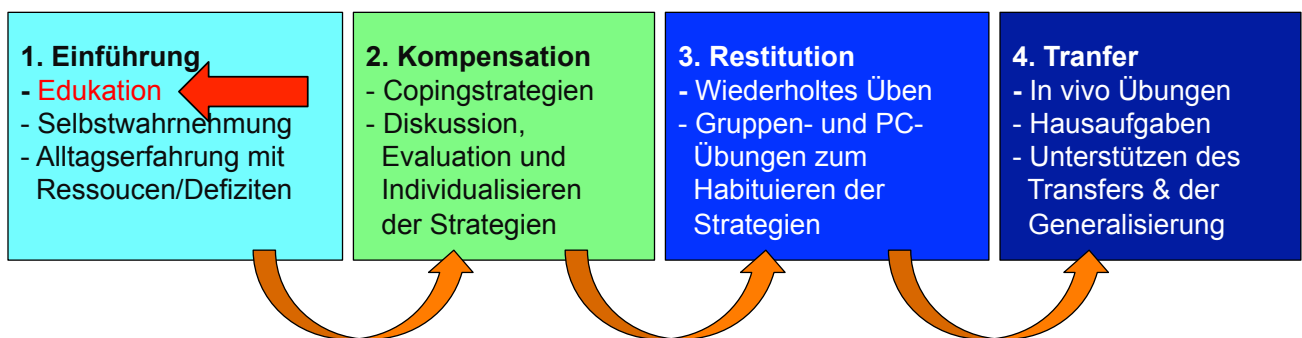
# Integrierte Neurokognitive Therapie (INT)

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

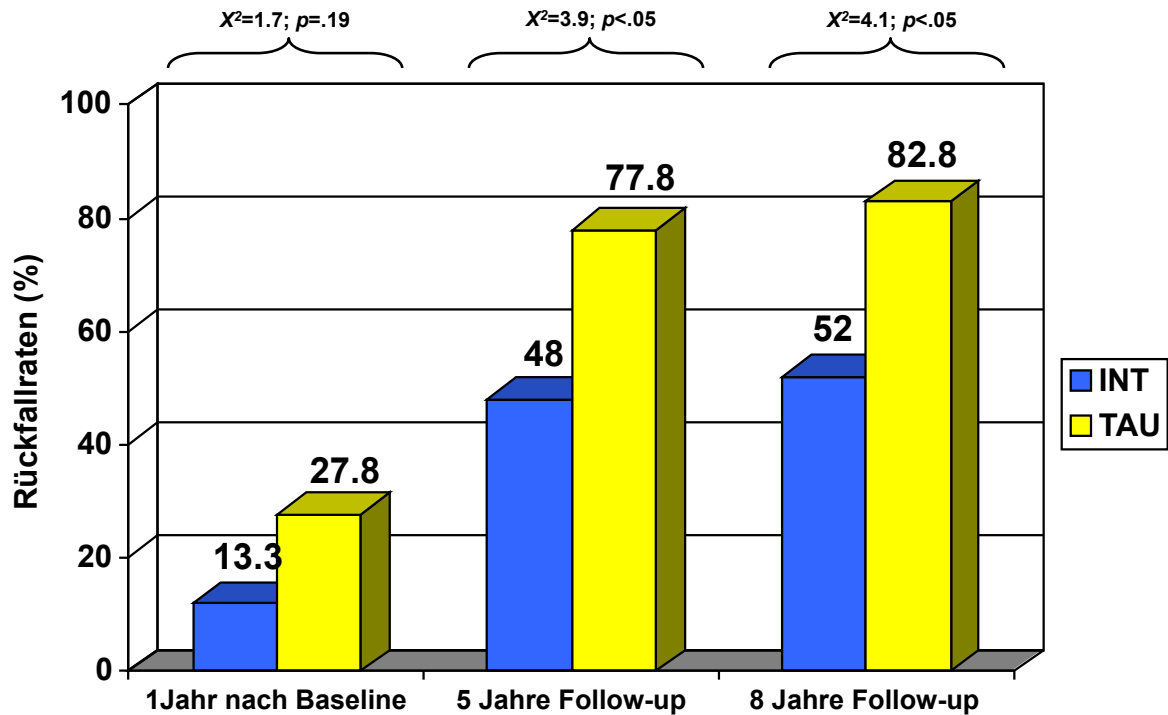
## Therapiebereiche und Prozessvariablen



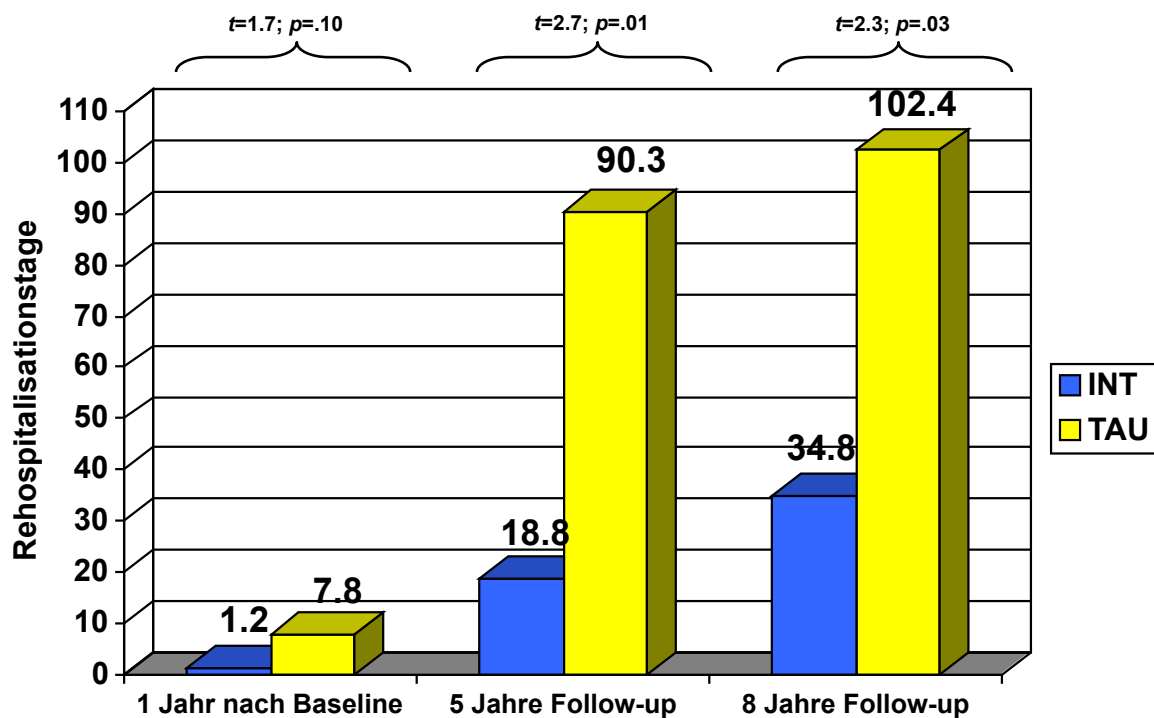
## Therapiekomponenten: INT-Module A-D



## Rückfallraten (Rehospitalisationen) in INT und TAU während Therapie und Follow-up (N=43 ambulante F2)



## Rehospitalisationstage in INT und TAU während Therapie und Follow-up (N=43 ambulante F2)



# Antistigma I (INT, Roder & Müller 2014)

## Sich abgrenzen können - einfacher gesagt als getan

Es kommt leider manchmal vor, dass Menschen mit psychischen Problemen ausgegrenzt werden (**Stigmatisierung**). Das führt bei manchen Betroffenen zur Angst davor, wie andere reagieren, wenn sie von ihren psychischen Schwierigkeiten erfahren.

Nehmen wir einmal an, Peter war während 3 Wochen in einer psychiatrischen Klinik hospitalisiert. Als er wieder zu Hause ist, fragt ihn die Nachbarin, wo er so lange war. Was kann Peter in dieser Situation tun/sagen?

Es gibt kein Patentrezept dafür, wie man am Beispiel von Peter mit einer solchen Situation umgehen soll. Das muss jeder Betroffene selbst entscheiden. Nicht jedem liegt es, auf solch eine Frage sofort etwas zu antworten. Es kann jedoch hilfreich sein, sich einmal zu überlegen, welche Möglichkeiten überhaupt zur Verfügung stehen. Soll man *offen* mit den eigenen Problemen umgehen oder sich doch besser *abgrenzen*? Und, gilt das für alle Personen, die einem darauf ansprechen?

### Die folgenden Strategien sind für Peter möglich:

☞ **Das Kind beim Namen nennen:** Peter erzählt, wo er die letzten drei Wochen war, was der Grund dafür war und wie er nun besser damit zurecht kommt. Gerade der letzte Punkt ist sehr wichtig und wird häufig vergessen: „Ich kann nun mit meinen Problemen besser umgehen!“

☞ **Davon laufen:** Peter sagt kein Wort und läuft eilig weg. Nach dem Motto „aus den Augen aus dem Sinn“ führt dieses Verhalten kurzfristig zu Entspannung.

☞ **Darüber spreche ich nicht!** Peter sagt, dass er darüber (im Moment) nicht sprechen will/kann.

☞ **Die Notlüge:** Peter sagt der Nachbarin, er sei während 3 Wochen in den Bergen in den Ferien gewesen, wo er sich prima entspannen konnte.

# Antistigma II (INT, Roder & Müller 2014)

## Weitere Strategien:

☞ **Die halbe Nachricht:** Peter sagt zwar, er sei kurzzeitig in einer Klinik gewesen, ohne näher darauf einzugehen.

☞ **Die halbe Wahrheit:** Peter sagt, er sei im Spital gewesen, wo ihm geholfen wurde. Als Grund für den Spitaleintritt nennt er jedoch akute Bauchschmerzen, was suggeriert, er habe an körperlichen Schmerzen gelitten. Diese Strategie ist also im Gegensatz zur „halben Nachricht“ eine Mischung der beiden Strategien „das Kind beim Namen nennen“ und „Notlüge“.

☞ **Die Strategie der Politiker:** Es ist jedoch auch möglich, viel zu sagen, ohne dabei Informationen preis zu geben – so wie das die Politiker oft tun. Dazu ist jedoch erforderlich, das Gespräch zu führen. Wer das Gespräch leitet, bestimmt die Themen! Auf die Frage „Wo waren Sie die letzten 3 Wochen?“ antwortet Peter: „Ach wissen Sie, mir geht es gut, ich habe soeben ein neues Hobby begonnen, ich male jetzt Bilder. Haben Sie das auch schon mal versucht? Was halten Sie davon?“. Peter nimmt also das Heft in die Hand und *wechselt das Thema*. Er weiss, dass neugierige Nachbarn in der Regel höchstens 2 bis 3 mal nachfragen, was sie eigentlich wissen wollten und es dann auf sich beruhen lassen.

☞ **Bei wem benutze ich welche Strategie?** Dem Partner, einzelnen Familienangehörigen, Freunden, Nachbarn, Arbeitskollegen, dem Chef oder Fremden gibt man in der Regel unterschiedlich viele Informationen zur eigenen Person. Es gilt also auch einzuschätzen, wem man was erzählt, gegenüber wem man sich eher mehr abgrenzt und gegenüber wem eher weniger. Schliesslich bestimmt diese Einschätzung auch, wem gegenüber man welche Strategie anwendet.

☞ **Übung macht den Meister:** Auch hier gilt: Je mehr eine Abgrenzungsstrategie angewendet wird, desto grösser wird die Sicherheit, dies zu tun! Mit der Sicherheit sinkt zudem die Angst vor der Belastung, vergleichbare Situationen zu erleben, so wie sie Peter widerfahren ist.