



Dies ist eine Leseprobe des Schattauer Verlags. Dieses Buch und unser
gesamtes Programm finden Sie unter
www.klett-cotta.de/schattauer

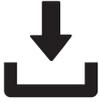
Hans Gunia ■ Hartmut Berger

Psychoedukative Familien- intervention – PEFI

Behandlungsmanual bei
psychotischen Störungen

2. Auflage

Mit einem Geleitwort von Andreas Heinz



Die digitalen Zusatzmaterialien zu diesem Buch haben wir Ihnen zum Download auf www.klett-cotta.de bereitgestellt.

Geben Sie im Suchfeld auf unserer Homepage den folgenden Such-Code ein: **OM40005**

So gelangen Sie zur Download-Seite, wo Sie die Materialien herunterladen können.

Prof. Dr. med. Hartmut Berger

Wilhelm-Leuschner-Str. 15
60329 Frankfurt am Main
hartmut.berger@posteo.de

Hans Gunia

Psychologische Praxis
Adelungstr. 23
64283 Darmstadt
Web: www.hansgunia.de
praxis@hansgunia.de

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

Schattauer

www.schattauer.de

© 2019 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

Unter Verwendung eines Fotos von © iStock Photo/RiniSlok

Gesetzt von Kösel Media GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von Friedrich Pustet GmbH & Co. KG, Regensburg

Lektorat: Marion Drachsel, Berlin

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani, Stuttgart

ISBN 978-3-608-40005-2

Auch als E-Book erhältlich

Geleitwort

Psychoedukation gehört zu den elementaren Bausteinen jeder psychotherapeutischen Intervention bei Menschen mit psychotischen Erfahrungen. Umfangreiche Studien und Metaanalysen haben die Wirksamkeit der Psychoedukation bei schizophrenen Erfahrungen belegt und zeigen, dass damit die Rezidivrate der akuten Erkrankung sowie die Krankenhausaufnahmen abnehmen. Weiterhin wirkt sich Psychoedukation positiv auf die generelle Lebensqualität aus. Die Zahl der hierfür behandlungsbedürftigen Personen ist relativ niedrig; wenn man vier Personen mit einer schizophrenen Psychose Psychoedukation zur Verfügung stellt, hilft das mindestens einer Person. Diese Erfolgsrate ist damit deutlich besser als bei vielen unserer Standardpsychotherapien oder bei medikamentösen Interventionen.

Eine ganz besondere Rolle kommt hier der Psychoedukation im familiären Kontext zu. Hartmut Berger und Hans Gunia gehören zu den Pionieren dieser »Psychoedukativen Familienintervention« und legen hierfür ein praxisorientiertes Manual vor. Gerade die familienzentrierte Psychoedukation ist vonseiten ihrer Evidenz sehr gut belegt, wobei vermindertes Wiederauftreten psychischer Erkrankungen und weniger Krankenhausaufenthalte zu den wesentlichen Effekten zählen. Dies gilt neben schizophrenen Psychosen auch für Menschen mit anderen schweren psychischen Erkrankungen; hier können sich die positiven Effekte einer Verminderung psychischer Stressbelastungen auch noch im ersten halben Jahr nach Beendigung der Intervention manifestieren. Familiäre Interventionen sind deswegen besonders wichtig, weil ausgeprägte emotionale Auseinandersetzungen in der Familie mit einem schlechteren Krankheitsverlauf einhergehen. Natürlich kann hier zwischen »Henne und Ei« oft nur schwer unterschieden werden. Umso wichtiger ist es, solche Auseinandersetzungen durch Aufklärung über die Hintergründe der Erkrankung, ihre Einschränkungen und Möglichkeiten zu begleiten und die wichtige Ressource der familiären Unterstützung für die Patienten zu sichern, indem die Bedürfnisse der Angehörigen ernst genommen werden und sie die nötige Unterstützung erfahren. Das vorliegende Manual von Berger und Gunia bietet hier eine hervorragende Grundlage von den führenden Vertretern dieser Intervention in Deutschland.

Der Begriff »Psychoedukation« stammt aus einer Zeit, als Psychotherapie bei psychotischen Erkrankungen in vielen Kliniken nicht akzeptiert wurde, geschuldet einem verengten Blick auf medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten. Im Kern ist Psychoedukation die angemessene Information über das medizinische Wissen, aber immer auch der lebendige Austausch mit den betroffenen Personen und deren Angehörigen und Freunden. Daher ist Psychoedukation heute ein wechselseitiger Prozess auf Augenhöhe, in welchen die Erfahrungen der Betroffenen, Angehörigen und Professionellen eingehen. Diese dialogische Struktur, die in dem herkömmlichen Namen der »Psychoedukation« vielleicht zu wenig

verdeutlicht wird, belebt auch das vorliegende Buch. Es ist gerade das tiefgründige Interesse an den Erfahrungen und Kenntnissen der Betroffenen und ihrer Angehörigen, das Berger und Gunia in ihrer psychotherapeutischen und psychoedukativen Arbeit verwirklichen und das auch im vorliegenden Manual Ausdruck findet. Deshalb ist diesem Buch eine weite Verbreitung, breite Rezeption und lebhaftes Diskussionsleben zu wünschen.

**Andreas Heinz, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité
Berlin, im Juni 2018**

Vorwort

Mehr als 20 Jahre sind vergangen, seitdem wir die Psychoedukative Familienintervention (PEFI) im Rahmen unserer Arbeit in einem Versorgungs Krankenhaus entwickelt haben, und 13 Jahre seit der ersten Publikation (Berger et al., 2004). Weitere Veröffentlichungen in wichtigen Standardwerken folgten (vgl. Berger & Gunia, 2008, 2010; Berger et al., 2004; Gassmann et al., 2012b; Gunia & Berger, 2016).

In Workshops für Familien und in Ausbildungsworkshops für Kollegen hatten wir Gelegenheit, neue Erfahrungen zu sammeln und unseren Ansatz weiterzuentwickeln. Bezogen wir in den Anfängen aus Gründen der Vergleichbarkeit in der Evaluation nur biologische Familienmitglieder ein (vgl. Friedrich, 2004), kamen in den kommenden Jahren soziale Netzwerke, Wohngemeinschaften und Freundeskreise hinzu. Ermuntert durch einen Workshop in Geesthacht und durch Veröffentlichungen von Pinniger et al. (2012) erweiterten wir unseren Ansatz auch um Aspekte von Tango Argentino (vgl. Gunia & Quiroga Murcia, 2017). Weiterhin führten wir in Fortschreibung des psychoedukativen Mehrfamilienansatzes offene Gruppen für Patienten und ihre Angehörigen in einer Psychosewerkstatt ein (Berger, 2014).

Unschwer sind auch die Einflüsse der Dialektisch-Behavioralen Therapie (DBT) zu erkennen, mit der wir uns in den letzten Jahren verstärkt auseinandergesetzt haben und die unsere Art der Behandlung verändert hat (Bohus & Wolf-Arehult, 2013; Stiglmayr & Gunia, 2016).

Die Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zu psychosozialen Therapien bei schweren seelischen Erkrankungen messen der Einbeziehung Angehöriger in psychoedukative Maßnahmen eine hohe Evidenz bei (DGPPN, 2012). In die gleiche Richtung weist eine Übersichtsarbeit von McFarlane (2016), wonach Familienansätze in der Frühbehandlung von Psychosen effizient sind und nicht nur die Rückfallrate deutlich zu senken vermögen, sondern darüber hinaus auch helfen, das familiäre Klima und die Kompetenzen der Familien zu verbessern. Wir sind der festen Überzeugung, dass die Psychoedukative Familienintervention hier einen wertvollen Beitrag leisten kann.

Neuerdings rücken darüber hinaus die Langzeitnebenwirkungen der Psychopharmaka wieder in den Fokus wissenschaftlicher Debatten; Intervallbehandlung und ein früheres Absetzen von Psychopharmaka werden in der Fachwelt diskutiert (Alvarez-Jimenez et al., 2016) und müssen entsprechend zu einer Neubewertung der Empfehlungen in der psychoedukativen Arbeit führen.

Ermuntert von Kollegen und der Einladung, unser Behandlungskonzept ins Spanische zu übersetzen, haben wir uns aus den genannten Gründen entschlossen, unseren Mehrfamilienansatz zu aktualisieren und zur Verfügung zu stellen.

An dieser Stelle möchten wir uns bei allen Familien bedanken, die unsere Familieninterventionen besucht und geholfen haben, unseren Ansatz weiter zu verbessern. Wir möchten uns bei unseren Ausbildungskandidaten bedanken, die unsere Ausbildungsworkshops besucht und die Familienpsychoedukation verbreitet haben. Weiterhin möchten wir uns beim Schattauer Verlag für das uns entgegengebrachte Vertrauen und die hervorragende Betreuung bedanken. Besonderen Dank verdienen unsere Ehefrauen Anette Fecher und Joanna Berger, ohne deren Verständnis das Schreiben dieses Buches nicht möglich gewesen wäre.

Hartmut Berger und Hans Gunia
im Juni 2018

Inhalt

1	Familienintervention bei schizophrenen Psychosen – ein Überblick	1
2	Psychoedukative Familienintervention – ein Programm der multiplen Familienintervention	5
2.1	Einführung	5
2.2	Überblick über das Programm	6
2.3	Die Struktur einer Sitzung	8
2.4	Weiterbildung und Supervision für Therapeuten	8
3	Das PEFI-Manual	10
3.1	Das erste Modul: Kennenlernen und Vorstellung des PEFI-Konzeptes	11
3.2	Das zweite Modul: Information über schizophrene und schizoaffektive Psychosen	13
3.2.1	Diagnose und Erscheinungsformen	13
3.2.2	Häufigkeit, Verlauf und Prognose	17
3.2.3	Ursachen	18
3.2.4	Besondere Risiken	23
3.3	Das dritte Modul: Behandlung I	24
3.3.1	Grundprinzipien der Behandlung	24
3.3.2	Medikamentöse Behandlung	25
3.3.3	Einstieg in das Modul medikamentöse Behandlung	27
3.3.4	Indikation und Wirkungen der medikamentösen Behandlung	29
3.3.5	Nebenwirkungen der Medikamente	34
3.3.6	Biochemische und psychologische Wirkungen der Antipsychotika	37
3.3.7	Das Absetzen von Antipsychotika	38

3.4 Das vierte Modul: Behandlung II	39
3.4.1 Nichtmedikamentöse Verfahren	39
3.4.2 Versorgungsangebote	41
3.4.3 Entlassungsvorbereitung	42
3.4.4 Alternative Verfahren	43
3.5 Das fünfte Modul: Gesundheitsförderliche Maßnahmen	44
3.5.1 Grundbegriffe der Förderung seelischer Gesundheit	44
3.5.2 Gesundheitsförderliche Strategien	44
3.6 Das sechste Modul: Frühwarnzeichen erkennen und Krisenpläne erstellen	50
3.6.1 Frühwarnzeichen	50
3.6.2 Krisenpläne	52
3.7 Das siebte, achte und neunte Modul: Kommunikationstraining	52
3.7.1 Aktives Zuhören	55
3.7.2 Umgang mit negativen Gefühlen, Ich-Botschaften	56
3.7.3 Eine Bitte äußern	58
3.8 Das zehnte und elfte Modul: Problemlösetraining	60
3.9 Optionale Sitzung: Komorbider Substanzgebrauch	62
3.10 Die Wiederauffrischungssitzung	64
3.11 Allgemeine Hinweise und Tipps	64
3.11.1 Rollenspiele als Plattform zum Austragen persönlicher Konflikte	64
3.11.2 Verweigerung der aktiven Teilnahme am Rollenspiel	65
3.11.3 Umgang mit »Vielrednern« und »Nichtssagern«	66
4 Anwendungsmöglichkeiten der PEFI-Module in anderen Settings	68
4.1 Arbeit mit Patientengruppen	68
4.2 Arbeit mit Angehörigengruppen	69
4.3 Arbeit in der Einzeltherapie	70

4.4 Verhaltenstherapeutische Familientherapie in Familien mit einem an einer Psychose erkranktem Familienmitglied	70
4.4.1 Achtsamkeit auf die Beziehung	72
4.4.2 Aufhören, Dinge schlimmer zu machen	73
4.4.3 Validierung	74
4.4.4 Problemlösung	75
4.4.5 Konflikt in Nähe transferieren	76
5 Ausblick	77
Anhang	79
Kopiervorlagen	81
Literatur	120
Sachverzeichnis	125

1 Familienintervention bei schizophrenen Psychosen – ein Überblick

Das familiäre Klima bestimmt in einem nicht unerheblichen Maße den Verlauf schizophrener Störungen. Nachdem Brown et al. (1962) erstmals auf die Bedeutung bestimmter emotionaler Haltungen bei der Entstehung schizophrener Episoden verwiesen, konnte der von ihnen postulierte Zusammenhang zwischen »High Expressed Emotions« (HEE), also einer feindlichen, emotional überengagierten familiären Atmosphäre, und erhöhten Rückfallraten in zahlreichen Studien bestätigt werden (u. a. Bebbington & Kuipers, 1994; Hell, 1988; Kavanagh, 1992; Vaughn & Leff, 1976). Danach kann als gesichert gelten, dass neun Monate nach Abklingen einer schizophrenen Episode etwa 50 % der Patienten, die in HEE-Familien leben, wieder erkranken. Bei Patienten aus »Low Expressed Emotions« (LEE)-Familien sind dies nur etwa 20 %.

Ausgehend von diesem Expressed-Emotions-Konzept wurden zahlreiche Interventionsstrategien entwickelt, die vor allem folgende Elemente in unterschiedlicher Zusammensetzung enthalten (vgl. hierzu auch Falloon et al., 1987):

- Aufklärung über die Krankheit und die Behandlungsmöglichkeiten, also Psychoedukation im engeren Sinne
- Vermittlung von Fähigkeiten, Krisen frühzeitig zu erkennen und durch geeignete Strategien abzuwenden
- Vermittlung von Strategien zur Stressbewältigung, Problemlösung und Verbesserung kommunikativer Fähigkeiten

Diese Strategien werden in unterschiedlichen Settings vermittelt: entweder mit einzelnen Familien (Hahlweg et al., 1995; Hogarty et al., 1986; Leff et al., 1982) oder mit mehreren Familien gemeinsam mit Patienten (McFarlane, 2002) oder nur mit Patienten (Bäumel et al., 1996; Wienberg, 1995) bzw. im bifokalen Ansatz mit Patienten einerseits und Angehörigen andererseits (getrennte Gruppen) (Baum et al., 1993; Bäumel & Pitschel-Walz, 2003; Bäumel et al., 1996; Boonen, 1992; Buchkremer et al., 1989; Rieg et al., 1991; Roder et al., 2002).

Die Entwicklung dieser psychoedukativen Strategien wurde durch die Ergebnisse zahlreicher Studien begünstigt, die der psychoedukativen Intervention, ungeachtet der methodischen Unterschiede, neben anderen positiven Effekten vor allem einen rückfallprophylaktischen Einfluss zumessen. Beispielsweise konnten Goldstein et al. (1978) nachweisen, dass die Familientherapie über die medikamentöse Behandlung hinaus einen erheblichen prophylaktischen Effekt hat: So kam es innerhalb von sechs Monaten nach einer Intervention bei 21 % der Patienten, die neben Medikamenten eine Familientherapie erhalten hatten, zu einem Rückfall. In der Kontrollgruppe, die nur Medikamente erhielt, waren dies 48 % der Patienten. Leff et al. (1982, 1985) fanden, dass lediglich 33 % der Patien-

ten, deren Angehörige betreut wurden, innerhalb der ersten zwei Jahre gegenüber 75 % der Kontrollgruppe rückfällig wurden.

Falloon et al. (1987) zeigten, dass die Familienbetreuung der Einzelbehandlung deutlich überlegen ist: Nach zwei Jahren hatten lediglich 17 % der Patienten, die gemeinsam mit ihren Angehörigen betreut wurden, einen Rückfall gegenüber 83 % der individuell betreuten Patienten. Ähnliche Verhältnisse verdeutlicht die Arbeit von Hogarty et al. (1986), wonach die Familientherapie innerhalb von zwei Jahren die Rückfallraten im Vergleich zu der nur mit Medikamenten behandelten Kontrollgruppe in etwa halbiert (32 vs. 66 %) und ein zusätzliches »Social Skills Training« für die Patienten die Rückfallraten noch einmal auf 29 % senkt. In die gleiche Richtung weisen auch die Arbeiten von Tarrrier et al. (1988) sowie Buchkremer et al. (1989), Rieg et al. (1991), Baum et al. (1993), Boonen (1992), Bäuml et al. (1996), Bäuml & Pitschel-Walz (2003), Hahlweg et al. (1995), Schooler et al. (1995) und Mojtabai et al. (1998).

In einer 1997 publizierten Metaanalyse aller bis dahin vorliegenden Studien errechneten Pitschel-Walz & Engel (1997) für alle psychoedukativen Verfahren eine Effektstärke von 0,20, d. h. durch diese Interventionen gelingt es, die Rückfallquote bezogen auf ein Jahr um 20 % zu senken.

In einer anderen Übersichtsarbeit bestätigten McFarlane et al. (1995) diese Befunde. Ihrer Aussage zufolge weisen alle methodisch verwertbaren Studien darauf hin, dass durch psychoedukative Interventionen die Rückfallraten in einem Jahr um 26 % gesenkt werden können (62 % in der Kontrollgruppe vs. 37 % in der Experimentalgruppe). Dieser Arbeit zufolge betrug die mittlere Dauer der Gruppensitzungen über alle Studien hinweg etwa neun bis zwölf Monate, wobei es Indizien gibt, dass längere Interventionszeiten von bis zu vier Jahren bessere Effekte hervorbringen. Zudem scheinen derselben Quelle zufolge Gruppenangebote, die mehrere Interventionsstrategien kombinieren, den reinen edukativen Angeboten überlegen zu sein.

Schließlich gibt es über den kurzfristigen rückfallprophylaktischen Effekt hinaus Hinweise für einen lang dauernden Nutzen der Familienintervention. So zeigten Tarrrier et al. (1994) noch acht Jahre nach der Familienintervention bestehende günstige Auswirkungen. Darüber hinaus werden durch die Familienintervention offensichtlich weitere Effekte generiert, so eine Rückbildung psychopathologischer Symptome, eine Verbesserung der sozialen Integration und der familiären Atmosphäre im Sinne eines Zugewinns von Kohäsion, Offenheit für Kritik oder eine Erhöhung der sozialen Kompetenz der Familie (McFarlane, 2002). Stieglitz (2001) konnte anhand von Metaanalysen nachweisen, dass die Effizienz der Familienbetreuung zunimmt, wenn mehrere Familien in einer Gruppe behandelt werden.

In einer Untersuchung unserer eigenen Stichprobe fand Friedrich (2004), dass sich durch die Psychoedukative Familienintervention die Rückfallwahrscheinlichkeit von 50 auf 19 % (erhoben jeweils ein Jahr vor und nach Durchführung der Familienintervention) reduzieren ließ. In der gleichen Studie konnte Friedrich zeigen, dass sich die Angehörigen nach der Familienintervention im Umgang mit ihren erkrankten Angehörigen sicherer fühlten.

In einer weiteren Studie zur Wirksamkeit der Psychoedukativen Familienintervention und zu deren salutogenetischen Effekten wurde nachgewiesen, dass bei Patienten nach Psychoedukativer Familienintervention im Vergleich zu einer Kontrollgruppe mit Standardbehandlung die Wiederaufnahmeraten nach zwei Jahren um 58 % reduziert werden konnten, ebenso auch die Negativsymptomatik. Zusätzlich verbesserte sich die Lebensqualität der Interventionsgruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe signifikant. Darüber hinaus konnte gezeigt werden, dass der von Antonovsky entwickelte »Sense of Coherence« als valides Maß der Resilienz eine bedeutsame Moderatorvariable für die Genesung schizophrener Störungen darstellt, wobei die Psychoedukative Familienintervention zu klinisch relevanten Verbesserungen der Resilienz führte (Gassmann et al., 2012a). Auch die der S3-Leitlinie »Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen« der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) zugrunde liegenden Metaanalysen weisen auf die Bedeutung der Einbeziehung Angehöriger in die psychoedukative Arbeit hin (DGPPN, 2012).

In einer neueren Arbeit konnte McFarlane (2016) die Effizienz von Familieninterventionen in einer Übersicht von Studien, die in ganz unterschiedlichen Kulturen durchgeführt wurden, noch einmal eindrucksvoll belegen. Einzig bei einer Kombination von tiefenpsychologischen Techniken mit Familieninterventionen, bei spanisch sprechenden Immigranten in den USA und bei einer vietnamesischen Population in Australien, ließen sich keine Effekte familiärer Interventionen finden (McFarlane, 2016).

McFarlane (2016) und Miklowitz et al. (2014) können in ihren Reviews darüber hinaus zeigen, dass Familieninterventionen auch in der Frühintervention von Psychosen sehr wirkungsvoll sind (vgl. auch McFarlane et al., 2014).

Insgesamt bleibt also festzuhalten, dass psychoedukative Interventionen im Verbund mit der Vermittlung von Strategien zur Stress- und Krankheitsbewältigung in Gruppen von Familien unter Einschluss der Patienten allen anderen Verfahren eindeutig überlegen und im Hinblick auf die Rückfallprävention bei schizophrenen Psychosen zu den machtvollsten therapeutischen Instrumenten zu zählen sind (Bäumler et al., 1996, 2010; Bird et al., 2010; Fjell et al., 2007; McFarlane, 2016; Mojtabai et al., 1998; Pitschel-Walz & Engel, 1997; Pitschel-Walz et al., 2001; Stieglitz, 2001; Wiedemann, 2008; Wunderlich et al., 1996). Dies gilt ungeachtet der zur Stunde noch offenen Fragen nach der wirksamsten Kombination der Strategien sowie der optimalen Dauer der Intervention.

McFarlane (2016) nennt als wichtige Ziele von Familieninterventionen Folgendes:

- Reduktion von sozialem und psychologischem Stress und von Stress, der von negativen und übermäßig intensiven Familieninteraktionen herrührt
- Aufbau von Barrieren gegen übermäßige Stimulation
- Abpuffern der Effekte negativer »Life Events«
- Förderung von Patienten- und Angehörigen-spezifischen Bewältigungsstrategien
- Aufbau und Verbesserung sozialer Netzwerke

Weiterhin kommen der Psychoedukativen Familienintervention, über den rückfallpräventiven Effekt hinaus, in Bezug auf die seelische Gesundheit förderliche Effekte zu (Gassmann et al., 2012b).

2 Psychoedukative Familienintervention – ein Programm der multiplen Familienintervention

2.1 Einführung

Das Konzept Psychoedukativer Familienintervention (PEFI) stellt eine an die speziellen Bedürfnisse schizophrener Patienten und deren Angehöriger angepasste Version verhaltenstherapeutischer Familienintervention dar. Bei der Entwicklung dieses Programms setzten wir uns mit den zwischenzeitlich vorhandenen Manualen anderer Arbeitsgruppen (Andres et al., 2002; Bäuml & Pitschel-Walz, 2003; Bäuml et al., 1996; Behrend, 2001; Hahlweg et al., 1995; Kieserg & Hornung, 1994; Schaub et al., 1996; Wienberg, 1995) eingehend auseinander.

Wir entschieden uns dann zu einem eigenen Konzept, und zwar aus folgenden Gründen: Im Gegensatz zu den erwähnten Programmen kam es uns darauf an, kein weiteres hierarchisch aufgebautes Manual zu entwickeln, sondern vielmehr ein flexibles Modulsystem, das es erlaubt, bestimmte Teile des Programms unabhängig von den anderen zu verwenden und auf die spezifischen Bedürfnisse der jeweiligen Patienten- und Angehörigengruppen sowie der Station zuzuschneiden. Dies entspricht den Erfordernissen des psychiatrischen Alltags einer Klinik mit Regelversorgung, einer durchschnittlichen Verweildauer von 23 Tagen und im Aufbau begriffenen integrativen Behandlungsangeboten eher als ein hierarchisches Programm. Außerdem erlaubt das Modulsystem eine Durchführung des Programms in offenen Gruppen und gestattet die spätere Ergänzung durch weitere Module. Weiterhin schien es sinnvoll, ein flexibles Konzept zu entwickeln, welches es den Gruppentherapeuten gestattet, das Programm ihren Neigungen und Vorlieben anzupassen. In dem Modulsystem sind deshalb an verschiedenen Stellen individuell wählbare Varianten möglich.

Darüber hinaus ist unser Programm durch eine weitere Besonderheit gekennzeichnet: Wir wählten den Ansatz der multiplen Familienintervention (vgl. hierzu McFarlane 2002, 2016), bei dem mehrere Familien zu einer Gruppe zusammengefasst werden und in der Patienten ebenso vertreten sind wie Angehörige. Diese Zusammensetzung ermöglicht Interventionen, die in einer singulären Familientherapie oder in einer bifokalen Therapie (getrennte Gruppen für Angehörige und Betroffene) nicht möglich wären. Die Familiengruppen gestatten es nämlich, bei den Rollenspielen einzelne Familienmitglieder mit anderen zu mischen. Hieraus ergeben sich, wie weiter unten beschrieben, wesentliche Lerneffekte, die in den anderen genannten Gruppenformen so nicht möglich sind.

Das PEFI-Programm setzt sich aus den folgenden vier Bausteinen zusammen:

- Informationsvermittlung
- Kommunikationstraining
- Training sozialer Kompetenz
- Problemlösetraining

2.2 Überblick über das Programm

An den ersten fünf Abenden geht es vorrangig um eine umfassende Aufklärung über die Erkrankung und um die Vermittlung von gesundheitsförderlichen Strategien, um die Teilnehmer zu einer aktiven und kompetenten Bewältigung der Krankheit zu befähigen. Es werden Informationen über Psychosen, deren Entstehung anhand des Vulnerabilitäts-Stress-Modells, über Verlauf, Prognose, Einfluss der Familie (Expressed-Emotions-Konzept), Behandlungsmöglichkeiten und gesundheitsförderliche sowie die Selbsthilfe stärkende und mithin den Recovery-Prozess fördernde Strategien vermittelt. Die Informationen über die Interventionsmöglichkeiten beziehen sich auf die medikamentöse Behandlung, deren physiologische und biochemische Grundlagen und Nebenwirkungen der Medikamente sowie auf nichtmedikamentöse Behandlungsformen, Stressbewältigung, nachstationäre Behandlung und Betreuung sowie gesundheitsförderliche Strategien. Die vermittelten Inhalte sollen die Rezidivprophylaxe mittels Kombinationsbehandlung aus Neuroleptikatherapie, Psychotherapie und Minimierung von psychosozialen Stress für die Familienmitglieder nachvollziehbar machen. Die Aufklärung dient auch dazu, Schuldgefühle, Ängste und Vorwürfe in den Familien zu verringern, dadurch Stressbelastungen für den Patienten zu reduzieren sowie die Selbstheilungskräfte der Patienten und deren Familien zu stärken. Sie ist mithin eine wesentliche Voraussetzung zur Einleitung des Recovery-Prozesses.

In der sechsten Sitzung geht es um die Erkennung von Frühwarnzeichen und die Erarbeitung von Strategien zur Krisenprävention, das heißt in der Familie abgestimmter Handlungsschritte zur Erkennung von Frühwarnzeichen und zur Durchführung von Maßnahmen im Krisenfall.

In den folgenden drei Sitzungen werden in Form von Rollenspielen Kommunikationsstrategien eingeübt, um einerseits belastende und spannungsinduzierende Interaktionen in der Familie durch einen konstruktiven Umgangsstil zu ersetzen und andererseits die Voraussetzung für das spätere Problemlösetraining zu schaffen. Die Kommunikationsübungen beziehen sich auf die Fertigkeiten des

- aktiven Zuhörens,
- Umgangs mit negativen Gefühlen (»Ich-Botschaften«) und des
- zielführenden Äußerns von Wünschen.

Die Rollenspiele können innerhalb einer Familie durchgeführt werden oder die Familien werden gemischt.

In der zehnten Sitzung wird das Problemlösekonzept vorgestellt und anhand eines Beispiels durchgesprochen. Es beinhaltet die folgenden Schritte:

- genaue Problemdefinition
- Zieldefinition
- Sammlung von Lösungsmöglichkeiten
- Bewertung jeder Möglichkeit
- beste Lösungsmöglichkeit(en) auswählen
- Festlegung einzelner Handlungsschritte zur Problemlösung
- rückblickende Analyse nach durchgeführtem Lösungsversuch

In der elften und letzten Sitzung werden von den Teilnehmern eigene Beispiele eingebracht und das Problemlösekonzept somit mit realen (familiären) Schwierigkeiten eingeübt.

In der Wiederauffrischungssitzung, die nach einem halben Jahr angeboten wird (Booster Session), wird ein Erfahrungsaustausch in gemischten Familien angeregt. Die Kleingruppen sollen erarbeiten, welche Strategien erfolgreich angewendet wurden und welche in der Sitzung zu wiederholen sind. Bei Bedarf werden einzelne Inhalte und Kommunikationsstrategien wiederholt.

Wir achten darauf, dass die Familien in den Pausen miteinander bei Getränken und Gebäck ins Gespräch kommen. Damit soll die Gruppenkohäsion gestärkt und neue soziale Netzwerke aufgebaut werden.

Von Beginn der Sitzungen an sind wir bedacht, eine die Erkrankung annehmende Haltung einzunehmen und diese den Teilnehmern näherzubringen. Wir beziehen uns dabei auf Strategien der Dialektisch-Behavioralen Therapie (Linehan, 1996), insbesondere auf »innere Bereitschaft«, »radikale Akzeptanz« und »Validierung«. Innere Bereitschaft meint in diesem Zusammenhang, in jeder Situation wach und offen zu sein, das Beste aus der Situation zu machen. Radikale Akzeptanz meint, Dinge zu akzeptieren, die man nicht verändern kann, und damit chronischem Leid vorzubeugen. Validierung meint die Akzeptanz der Wahrnehmung der Patienten, also die Bereitschaft, den Patienten anzunehmen und seine Einschätzungen nicht a priori abzulehnen, nur weil sie als Krankheitssymptome gelten. Ganz entscheidend ist es aber, hierbei die von Linehan so formulierte dialektische Haltung einzunehmen, also nicht nur bei der Akzeptanz stehen zu bleiben, sondern die Patienten sowohl zu stützen als auch wohlwollend zu fordern und zu Veränderungen anzuhalten. Den Teilnehmern sollte als Grundannahme der Therapeuten vermittelt werden, dass sie als Patienten und Familienangehörige in aller Regel nicht verantwortlich sind für die aus der Krankheit resultierenden Schwierigkeiten, diese aber selbst lösen müssen, wobei ihnen die in der Psychoedukativen Familienintervention vermittelten Strategien hilfreich sein können.

Da schizophrene Patienten häufig außer der Psychose auch ein Problem mit dem Substanzmissbrauch haben, haben wir eine Zusatzsitzung zu komorbidem Substanzmissbrauch eingeplant, die bei Bedarf hinzugefügt werden kann.

2.3 Die Struktur einer Sitzung

Jede Sitzung beginnt und endet mit einem Blitzlicht. In diesem Blitzlicht hat jeder Teilnehmer die Möglichkeit, sein aktuelles Befinden, aber auch momentane Probleme oder wichtige Fragen und Anliegen vorzubringen. Die Gruppenleiter achten darauf, dass diese Blitzlichttrunden möglichst kurz sind. Den Leitern helfen sie, möglichst schnell einzuschätzen, wie es den Teilnehmern aktuell geht und ob es unter Umständen Bedarf gibt, auf einzelne Problembereiche (z. B. Frühwarnzeichen, Verschlechterung der Symptomatik oder Not von Angehörigen) gezielt einzugehen. Die beiden Gruppenleiter entscheiden gegebenenfalls schnell per Augenkontakt, ob sie diese Probleme mit als Gruppenthema aufnehmen oder eher separat in der Pause oder nach der Gruppe mit den Betroffenen besprechen wollen. Unter Umständen wird auch auf die Behandler der Patienten verwiesen. Wichtig erscheint uns, die Gruppensitzungen nicht mit einem Zuviel an Problemzentrierung zu belasten, sondern eher die Lösbarkeit von Problemen in den Vordergrund zu stellen. Außerdem achten wir auf eine gewisse Leichtigkeit in den Sitzungen, die unserer Ansicht nach Voraussetzung dafür ist, dass die Teilnehmer gerne wieder kommen.

Eine Familiensitzung dauert 90 Minuten. Wir empfehlen eine kurze Pause in der Mitte der Sitzung, in der Getränke, Obst oder Gebäck angeboten werden können. Die Pause dient auch dem Small Talk der Teilnehmer untereinander, um das gegenseitige Kennenlernen und Herausbilden sozialer Netzwerke zu initiieren und zu fördern.

2.4 Weiterbildung und Supervision für Therapeuten

Die Weiterbildung erfolgt durch zwei erfahrene Therapeuten in insgesamt vier Sitzungen zu je drei Stunden.

Eingangsvoraussetzung für die Teilnehmer ist eine fortgeschrittene Weiterbildung in Psychotherapie oder eine langjährige Berufserfahrung mit entsprechenden Zusatzqualifikationen. Es hat sich bewährt, die Gruppe auf insgesamt maximal zehn Teilnehmer zu beschränken. Die Teilnehmer werden gebeten, vor Beginn der Weiterbildung das Handbuch zu studieren.

Innerhalb der ersten Sitzung erfolgt durch die Leiter des Weiterbildungsseminars zunächst eine Einführung. Der Inhalt des Programms soll im Wesentlichen durch praktische Übungen vermittelt werden. Zu jedem Modul werden zwei Teilnehmer des Seminars um eine entsprechende Vorbereitung gebeten. Während der darauffolgenden Sitzungen tragen dann die beiden Teilnehmer das Modul als Therapeut und als Co-Therapeut vor. Die Gruppenteilnehmer übernehmen die Rolle der Patienten und Angehörigen, wobei vorher für jeden Teilnehmer die Rolle genau festgelegt wird. Die Leiter der Weiterbildung übernehmen ebenfalls eine Rolle, wahlweise die eines Patienten oder eines Angehörigen, um den übrigen Gruppenteilnehmern das möglicherweise ungewohnte Rollenspiel durch eine anschauliche Vorführung zu erleichtern. Dann wird die Gruppensitzung durch-

geführt, wobei den Therapeuten etwa 20 Minuten zugestanden werden. Die übrigen Teilnehmer werden aufgefordert, während dieser Übung entsprechend den ihnen zugewiesenen Rollen aktiv zu intervenieren, damit ein möglichst realitätsnahes Gruppengeschehen entsteht. Nach Abschluss dieses Übungsteils werden alle Teilnehmer um ein Feedback gebeten, und zwar zu den Fragen: »Was haben die Therapeuten gut gemacht?« und: »Was könnten sie besser machen?« Üblicherweise werden für die Feedbackrunde einschließlich der Erläuterungen durch die Gruppenleiter etwa 20 Minuten beansprucht, sodass je Weiterbildungssitzung insgesamt etwa drei thematische Einheiten durchgearbeitet werden können.

Während der Rollenspiele werden die folgenden verhaltenstherapeutischen Techniken demonstriert:

- »Shaping« (nur Annäherungen an das Zielverhalten werden belohnt)
- »Prompting« (einen Teilnehmer dazu bringen, etwas zu tun, z.B. an einem Rollenspiel teilzunehmen)
- »Shadowing« (vorsagen, soufflieren)
- »Foot in the Door« (zunächst eine leichte Aufgabe, danach eine schwerere Aufgabe stellen; z.B. könnte man einen Teilnehmer bitten, das Fenster zu öffnen oder zu schließen, bevor man ihn bittet, an einem Rollenspiel teilzunehmen)
- »Door in the Face« (zunächst eine schwere Aufgabe stellen, bevor eine leichtere verlangt wird; z.B. könnte man einen Teilnehmer bitten, die Gruppe zum Essen einzuladen, bevor man ihn nach der vermuteten Absage fragt, ob er dann nicht wenigstens an einem Rollenspiel teilnehmen würde)

Nach Abschluss der Weiterbildung sollen die Weiterbildungsteilnehmer in der Lage sein, eine Gruppe selbstständig zu leiten. Bei der Arbeit in der Gruppe wird jede zweite bis dritte Sitzung anhand von Videoaufnahmen der Sitzungen supervidiert. Die Supervisanden suchen Ausschnitte aus, die sie mit einer spezifischen Fragestellung in die Supervisionssitzung einbringen. Anhand der Videoausschnitte wird zum einen die Manualtreue eingeschätzt, zum anderen werden die Fragestellungen der Supervisanden nach dem Problemlöseschema (vgl. Kap. 3.8) bearbeitet. Mithilfe dieses Problemlöseschemas soll nicht nur die Arbeit generalisiert und stabilisiert werden, sondern die Supervisanden werden auch angeleitet, anstehende Probleme relativ rasch selbst zu lösen.