SCHIZOPHRENIE

Beiträge zu Forschung, Therapie und psychosozialem Management

Jahrgang 33 September 2017

Inhalt **Seite**

Kongressankündigungen……..……..…….....02

Neuerscheinungen Bücher……..……...…….…….…….…...03

Karl Heinz Möhrmann
Was ich den Profis schon immer einmal sagen wollte……...……...…....07

Iris Zimmermann
Die Rolle der Angehörigen im Home Treatment.....15

Ute Franz
„Kuchen - nur originalverpackt“
Angehörigenarbeit in der Forensischen Psychiatrie……...…....25

Astrid Lenné et al
Blind Date mit sich selbst – „blind“ gezeichnete Selbstporträts……....30

Annette Schaub et al
Bewältigungsorientierte Therapie (BOT) für Patienten
mit schizophrenen Psychosen und ihren Angehörigen…….……38

Mitteilungsorgan der ***gfts***

Impressum

Herausgeber: Vorstand der „Gesellschaft zur Förderung empirisch begründeter Therapieansätze bei schizophrenen Menschen“, *gfts e.V.*

Redaktionsteam: W. Bender, kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost
M. Boonen, Rheinische Landesklinik Bonn

Gestaltung: W. Bender, kbo Isar-Amper-Klinikum München-Ost

Druck: I. Plößl, Reha-Zentrum Rudolf-Sophien-Stift

Webseite: www.gfts.de

ISSN-Nr. 0938 -2720

SCHIZOPHRENIE

Inhalt Seite

Kongressankündigungen……..…….....02

Neuerscheinungen Bücher…….……...…….…….…….…...03

Karl Heinz Möhrmann
Was ich den Profis schon immer einmal sagen wollte……...……..…....07

Iris Zimmermann
Die Rolle der Angehörigen im Home Treatment.....15

Ute Franz
„Kuchen - nur originalverpackt“
Angehörigenarbeit in der Forensischen Psychiatrie……...…....25

Astrid Lenné et al
Blind Date mit sich selbst – „blind“ gezeichnete Selbstporträts……....30

Annette Schaub et al
Bewältigungsorientierte Therapie (BOT) für Patienten
mit schizophrenen Psychosen und ihren Angehörigen…….……38

SCHIZOPHRENIE
Mitteilungsorgan der ***gfts***
Jahrgang 33 (2017)

Kongressankündigungen **September 2017 bis September 2018**

Tagungen unter: www.zbmed.de >> Kongresskalender
ZPID Kalender

Datum	*Name der Veranstaltung*	*Tagungsort*
04.09.2017 16.09.2017	6th European Conference on Schizophrenia Research - ECSR 2017 [schizophrenia@cpo-hanser.de]	Berlin (DE)
07.09.2017 10.09.2017	3. Kongress der Arbeitsgemeinschaft Humanistische Psychotherapie (AGHPT) [h.oezsari-woeffler@kelcon.de]	Berlin (DE)
08.09.2017 11.09.2017	47th European Brain and Behaviour Society Meeting [www.ebbs-science.org/bilbao-2017/]	Bilbao (ES)
13.09.2017 15.09.2017	4. European Conference on Integrated Care and Assertive Outreach in Mental Disorders [eaof2017@uni-hamburg.de]	Hamburg (DE)
02.10.2017 14.10.2017	17. Wissenschaftliche Tagung der Dtsch Gesellschaft f Systemische Therapie (DGSV) [www.misw.eu]	München (DE)
04.10.2017 07.10.2017	30. Sympsoium der Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie [tagung@agnp.de]	München (DE)
05.10.2017 06.10.2017	Jahreskongress der GFTS- Therapie und Recht: Wege schizophren erkrankter Menschen [kpsy@med.ovgu.de; gfts.de]	Magdeburg (DE)
08.10.2017 12.10.2017	WPA XVII World Congress of Psychiatry Berlin 2017 [wpa2017@cpo-hanser.de; www.cpo-hanser.com]	Berlin (DE)
16.10.2017 17.10.2017	Symposium Forensik [kontakt@symposium-forensik.de]	Erfurt (DE)
18.10.2017 22.10.2017	American Academy of Psychotherapy 62nd Annual Meeting [www.thetherapeuticrelationship.org/index.html]	Santa Fe (US)
19.10.2017 21.10.2017	Jubiläumskongress Essstörungen 2017 - Eating Disorders 2017 [info@netzwerk-essstoerungen.at]	Alpbach,Tirol (AT)
16.11.2017 18.11.2017	3rd International Congress of Clinical and Health Psychology on Children and Adolescents [aitanacongress.com/2017/en]	Sevilla (ES)
17.11.2017 19.11.2017	Sexualmedizin Interdisziplinär— 4. Kongress d Österr Ges z Förderung d Sexualmedizin [azmedinfo@media.co.at]	Wien (AT)
14.02.2018 17.02.2018	46th Annual Meeting International Neuropsychological Society [www.the-ins.org/future-ins-meetings]	Washington DC (US)
15.04.2018 27.04.2018	8. Lindauer Psychotherapiewochen 2018; 1.Wo 15.-20.04.´18 2.Wo 22.-27.04.2018 [www.lptw.de]	Lindau (DE)
26.05.2018 26.05.2018	16th World Congress, World Association for Infant Mental Health [www.waimh.org/i4a/pages/index.cfm?pageid=3279]	Rom (IT)
16.06.2018 19.06.2018	31st CINP World Congress: Neuropsychopharmacology (cinp.org/vienna/)	Wien (AT)
23.07.2018 28.07.2018	3rd World Congress of the International Association for Child and Adolescent Psychiatry [www.iacapap2018.org]	Prag (CZ)
09.08.2018 12.08.2018	126th Annual Convention of the American Psychological Association [www.apa.org/convention]	San Francisco CA (US)
04.09.2018 08.09.2018	19th International Organization of Psychophysiology (IOP) World Congress [www.iopworld.org/Congress]	Lucca (IT)

Neuerscheinungen Psychiatrie, Psychosen, Schizophrenie, Psychotherapie, 2016 und 2017

Schlimme, Jann E. / Brückner, Burkhart, Die abklingende Psychose. Verständigung finden, Genesung begleiten, ISBN 978-3-88414-904-1

Neu, Peter, Akutpsychiatrie. Das Notfall-Manual 3., aktualis. und erw. Aufl. 2017, ISBN 978-3-7945-6987-8

Fellgiebel, Andreas / Hautzinger, Martin (Hrsg.), Altersdepression. Ein interdisziplinäres Handbuch, ISBN 978-3-662-53697-1

Salge, Holger, Analytische Psychotherapie zwischen 18 und 25. Besonderheiten in der Behandlung von Spätadoleszenten (Psychotherapie: Praxis), ISBN 978-3-662-53571-4

Scherer, Edith / Lampert, Thomas, Basiswissen: Angehörige in der Psychiatrie (Basiswissen, Band 34), ISBN 978-3-88414-907-2

Eink, Michael / Haltenhof, Horst, Basiswissen: Umgang mit suizidgefährdeten Menschen (Basiswissen, Band 8), ISBN 978-3-88414-892-1

Grotenhermen, Franjo / Häußermann, Klaus, Cannabis. Verordnungshilfe für Ärzte, ISBN 978-3-8047-3715-0

Petrak, Frank / Herpertz, Stephan / Müller, Matthias J., Diabetes und Depression. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual (Psychotherapie: Manuale), ISBN 978-3-662-52661-3

Stieglitz, Rolf-Dieter / Freyberger, Harald J. (Hrsg.), Diagnostik in der Psychotherapie. Ein Praxisleitfaden (Psychotherapie kompakt), ISBN 978-3-17-028720-4

Knappe, Susanne / Härtling, Samia, Diagnostik und Verhaltensanalyse. Techniken der Verhaltenstherapie (Techniken der Verhaltenstherapie), ISBN 978-3-621-28383-0

Stiglmayr, Christian / Gunia, Hans, Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) zur Behandlung der Borderline-Persön-lichkeitsstörung. Ein Manual für die ambulante Therapie (Therapeutische Praxis), ISBN 978-3-8409-2424-8

Gast, Ursula / Wabnitz, Pascal, Dissoziative Störungen erkennen und behandeln (Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik), ISBN 978-3-17-030241-9

Auszra, Lars / Hermann, Imke R. / Greenberg, Leslie S., Emotionsfokussierte Therapie. Ein Praxismanual, ISBN 978-3-8409-2425-5

Mehl, Kilian (Hrsg.)
Erfahrungsorientierte Therapie. Integrative Psychotherapie und moderne Psychosomatik, ISBN 978-3-662-54544-7

Schneider, Frank (Hrsg.), Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, ISBN 978-3-662-50345-4

Storck, Timo, Die Fallbesprechung in der stationären Psychotherapie. Konzeption und Praxis (Kohlhammer Psychotherapie), ISBN 978-3-17-031287-6

Maragkos, Markos, Gestalttherapie (Psychotherapie kompakt), ISBN 978-3-17-028696-2

Dulz, Birger / Briken, Peer / Kernberg, Otto F. / Rauchfleisch, Udo (Hrsg.), Handbuch der Antisozialen Persönlichkeitsstörung, ISBN 978-3-7945-6867-3

Klosterkötter, Joachim / Maier, Wolfgang (Hrsg.), Handbuch Präventive Psychiatrie. Forschung - Lehre - Versorgung, ISBN 978-3-7945-6852-9

von Auer, Anne Kristin / Bohus, Martin, Interaktives Skillstraining für Jugendliche mit Problemen der Gefühlsregulation (DBT-A). Das Therapeutenmanual, ISBN 978-3-7945-6934-2

Dörner, Klaus / Plog, Ursula / Bock, Thomas / Brieger, Peter / Heinz, Andreas / Wendt, Frank (Hrsg.), Irren ist menschlich. Lehrbuch für Psychiatrie und Psychotherapie, 24., vollst. überarb. Aufl. 2017, ISBN 978-3-88414-887-7

Helmchen, Hanfried, Das Janusgesicht der Psychiatrie. Nutzen und Risiken psychiatrischen Handelns (Horizonte der Psychiatrie und Psychotherapie - Karl-Jaspers-Bibliothek), ISBN 978-3-17-032294-3

Rentrop, Michael / Müller, Rupert / Willner, Hans (Hrsg.), Klinikleitfaden Psychiatrie, Psychotherapie, 6. Aufl. 2017,ISBN 978-3-437-17216-8

Hautzinger, Martin / Pössel, Patrick, Kognitive Interventionen (Standards der Psychotherapie, Band 1), ISBN 978-3-8409-2831-4

Teismann, Tobias / Hanning, Sven / von Brachel, Ruth / Willutzki, Ulrike, Kognitive Verhaltenstherapie depressiven Grübelns (Psychotherapie: Praxis), ISBN 978-3-662-50516-8

Benkert, Otto / Hippius, Hanns (Hrsg.), Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie, 11., vollst. überarb. und aktualis. Aufl. 2017, ISBN 978-3-662-50333-1

Reddemann, Luise / Wöller, Wolfgang
Komplexe Posttraumatische Belastungsstörung (Praxis der Psychodynamischen Psychotherapie, Band 11), ISBN 978-3-8409-2301-2

Stavemann, Harlich H., Lebensziele in Therapie und Beratung. Sinn- und Wertefragen klären, Handlungsziele bestimmen, 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. 2017, ISBN 978-3-621-28452-3

Laszig, Parfen / Gramatikov, Lily (Hrsg.), Lust und Laster. Was uns Filme über das sexuelle Begehren sagen, ISBN 978-3-662-53715-2

Althoff, Marie-Luise, Macht und Ohnmacht mentalisieren. Konstruktive und destruktive Machtausübung in der Psychotherapie (Psychotherapie: Praxis), ISBN 978-3-662-50329-4

Finzen, Asmus / Scherk, Harald / Weinmann, Stefan, Medikamentenbehandlung bei psychischen Störungen. Leitlinien für den psychiatrischen Alltag, ISBN 978-3-86739-866-2

Graef-Calliess, Iris Tatjana / Schouler-Ocak, Meryam (Hrsg.), Migration und Transkulturalität. Neue Aufgaben in Psychiatrie und Psychotherapie, ISBN 978-3-7945-3181-3

Moritz, Steffen / Krieger, Eva / Bohn, Francesca / Veckenstedt, Ruth, MKT+ Individualisiertes Metakognitives Therapieprogramm für Menschen mit Psychose (Psychotherapie: Manuale), 2. Aufl. 2017, ISBN 978-3-662-52998-0

Röhr, Heinz-Peter, Narzissmus. Dem inneren Gefängnis entfliehen, ISBN 978-3-8436-0902-9

Zwick, Julia / Hautzinger, Martin, Panik und Agoraphobie. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Manual, ISBN 978-3-621-28408-0

Landsteiner, Lisa, Platz nehmen. Zur Psychologie des Sitzens am Ort der Psychiatrie (KörperKulturen), ISBN 978-3-8394-3383-6

Benkert, Otto, Pocket Guide Psychopharmaka von A bis Z, 4., überarb. und aktualis. Aufl. 2017, ISBN 978-3-662-50349-2

Schulz, Tina / Hofter, Corinna / Müller, Jürgen L., Prävention sexuellen Mißbrauchs. Therapiemanual zur Arbeit mit (potenziellen) Tätern, ISBN 978-3-621-28454-7

Benecke, Cord / Staats, Hermann, Psychoanalyse der Angststörungen. Modelle und Therapien (Psychoanalyse im 21. Jahrhundert), ISBN 978-3-17-030751-3

Benetka, Gerhard, Die Psychoanalyse der Schüler um Freud. Entwicklungen und Richtungen (Schlüsseltexte der Psychologie), ISBN 978-3-531-94325-1

Seiffge-Krenke, Inge, Die Psychoanalyse des Mädchens (Klett-Cotta Fachbuch), ISBN 978-3-608-20353-0

Ermann, Michael, Psychoanalyse heute. Entwicklungen seit 1975 und aktuelle Bilanz (Lindauer Beiträge zur Psychotherapie und Psychosomatik), 3. Aufl. 2017, ISBN 978-3-17-031205-0

Trautmann-Voigt, Sabine / Voigt, Bernd (Hrsg.), Psychodynamische Psychotherapie und Verhaltenstherapie. Ein integratives Praxishandbuch, ISBN 978-3-7945-6963-2

Schneck, Ulrike, Psychosoziale Beratung und therapeutische Begleitung von traumatisierten Flüchtlingen, ISBN 978-3-86739-889-1

Herpertz, Sabine / Caspar, Franz / Lieb, Klaus (Hrsg.), Psychotherapie. Funktions- und störungsorientiertes Vorgehen, ISBN 978-3-437-18832-9

Liedl, Alexandra / Böttche, Maria / Abdallah-Steinkopff, Barbara / Knaevelsrud, Christine (Hrsg.), Psychotherapie mit Flüchtlingen. Neue Herausforderungen, spezifische Bedürfnisse - das Praxisbuch für Psychotherapeuten und Ärzte, ,ISBN 978-3-7945-9023-0

Brunner, Jürgen, Psychotherapie und Neurobiologie. Neurowissenschaftliche Erkenntnisse für die psychotherapeutische Praxis (Kohlhammer Psychotherapie), ISBN 978-3-17-029970-2

Christ, Claudia / Mitterlehner, Ferdinand, Psychotherapie-Lei(ch)tfaden. Schwierige Situationen professionell meistern, ISBN 978-3-7945-6877-2

Heedt, Thorsten, Psychotraumatologie. Traumafolgestörungen und ihre Behandlung (Schattauer griffbereit), ISBN 978-3-7945-9078-0

Häfner, Heinz, Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt, ISBN 978-3-406-69218-5

von Wachter, Martin / Hendrischke, AskanDas Ressourcenbuch. Selbstheilungskräfte in der Psychotherapie erkennen und von Anfang an fördern (Leben lernen, Band 289), ISBN 978-3-608-20354-7

Diestelkamp, Silke / Thomasius, Rainer, Riskanter Alkoholkonsum bei Jugendlichen. Manual zur Durchführung einer motivierenden Kurzintervention, ISBN 978-3-662-49315-1

Poltrum, Martin / Rieken, Bernd (Hrsg.), Seelenkenner - Psychoschurken. Psychotherapeuten und Psychiater in Film und Serie, ISBN 978-3-662-50486-4

Bischkopf, Jeannette / Deimel, Daniel / Walther, Christoph / Zimmermann, Ralf-Bruno (Hrsg.), Soziale Arbeit in der Psychiatrie. Lehrbuch, ISBN 978-3-88414-888-4

Schnackenberg, Joachim / Burr, Christian, Stimmenhören und Recovery. Erfahrungsfokussierte Beratung in der Praxis (Better Care, Band 6), ISBN 978-3-88414-890-7

Supprian, Tillmann, / Hauke, Christina, Störungsspezifische Psychotherapie im Alter. Das Praxisbuch, ISBN 978-3-7945-6985-4

Tretter, Felix (Hrsg.) Suchtmedizin kompakt. Suchtkrankheiten in Klinik und Praxis (Schattauer griffbereit), ISBN 978-3-7945-6988-5

Hamburger, Andreas / Mertens, Wolfgang (Hrsg.), Supervision - Konzepte und Anwen-

dungen, Band 1: Supervision in der Praxis - ein Überblick (Supervision im Dialog), ISBN 78-3-17-029399-7

Mertens, Wolfgang Hamburger, Andreas (Hrsg.) Supervision - Konzepte und Anwendungen. Band 2: Supervision in der Ausbildung (Supervision im Dialog), ISBN 978-3-17-029343-4

Kind, Jürgen, Das Tabu. Was Psychoanalytiker nicht denken dürfen, sich aber trauen sollten (Klett-Cotta Fachbuch), ISBN 978-3-608-20345-5

Konrad, Carsten (Hrsg.), Therapie der Depression. Praxisbuch der Behandlungsmethoden, ISBN 978-3-662-50347-8

Voderholzer, Ulrich / Hohagen, Fritz (Hrsg.), Therapie psychischer Erkrankungen. State of the Art, 12. Aufl. 2017, ISBN 978-3-437-17043-0

Maercker, Andreas, Trauma und Traumafolgestörungen (C.H.Beck Wissen), ISBN 978-3-406-69851-4

Yeomans, Frank E, / Clarkin, John F. / Kernberg, Otto F., Übertragungsfokussierte Psychotherapie mit Borderline-Patienten. Das TFP-Praxismanual, ISBN 78-3-7945-6986-1

Leuzinger-Bohleber, Marianne / Arnold, Simon / Solms, Mark (Hrsg.), Das Unbewusste. Eine Brücke zwischen Psychoanalyse und Neurowissenschaften (Schriften des Sigmund-Freud-Instituts. Reihe 2, Psychoanalyse im Interdisziplinären Dialog, Band 20), ISBN 978-3-647-45133-6

Linden, Michael, Verbitterung und Posttraumatische Verbitterungsstörung (Fortschritte der Psychotherapie, Band 65), ISBN 978-3-8409-2822-2

Brakemeier, Eva-Lotta / Jacobi, Frank (Hrsg.), Verhaltenstherapie in der Praxis, ISBN 978-3-621-28487-5

Rösch, Stefanie / Linsenmayr, Rainer, Vom Umgang mit schwierigen und gewaltbereiten Klienten. Strategien für mehr Sicherheit und Souveränität (Balance Beruf), 2., überarb. Aufl. 2017, ISBN 978-3-86739-872-5

Hofheinz, Christina / Heidenreich, Thomas / Michalak, Johannes, Werteorientierte Verhaltensaktivierung bei depressiven Störungen. Therapiemanual, ISBN 978-3-621-28433-2

Prünte, Thomas, Wie geht es mir heute? 44 mögliche und unmögliche Arten, eine Therapiesitzung zu beginnen (Klett-Cotta Fachbuch), ISBN 978-3-608-20347-9

Mayer, Christian, Wie in der Psychotherapie Lösungen entstehen. Ein Prozessmodell mit Anregungen aus der Literatur- und Filmwissenschaft, ISBN 978-3-658-13865-3

Was ich den Profis schon immer einmal sagen wollte…[1)]

Karl Heinz Möhrmann

Zusammenfassung:

Eine psychische Erkrankung betrifft nie nur den betroffenen Menschen sondern immer auch das soziale Umfeld mit. Die Belange der Angehörigen psychisch kranker Menschen wurden in der Vergangenheit nicht oder kaum wahrgenommen und berücksichtigt. Ungerechtfertigte Schuldzuweisungen brachten großes Leid in viele Familien. Auch heute noch erfolgt die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung nicht in dem aus der Sicht der organisierten Angehörigen-Selbsthilfe erforderlichen Maße

Abstract:

A mental disorder hits not only the affected person but always the social environment too. In the past the interests and needs oft family members of mentally fallen ill people were neglected or only marginally considered. Unfounded assignation of guilt induced immense suffering on many families. Even today, in the view of the respective organized self-help movement the necessary inclusion of affiliated family members into the treatment of and care for the affected persons appears not to be sufficient at all..

Die Rolle der Angehörigen psychisch kranker Menschen in der Vergangenheit (*auszugsweise nach H. Katschnig: „Zur Geschichte der Angehörigenbewegung in der Psychiatrie“ [1]*)

Angehörige psychisch kranker Menschen waren in der Vergangenheit

- Studienobjekt für genetische Untersuchungen. Angehörige wurden daraufhin untersucht, ob sie selbst psychisch krank sind. Wie sich aber Angehörige fühlen, die in solche Studien geraten, ohne dass ihnen weitere Hilfe angeboten wird, ist eine andere Sache [1].

- Vergessene: In der damaligen Psychiatrie-Enquete kamen „Angehörige“ nicht vor. Von Psychoedukation oder gar Mitbeteiligung der Angehörigen an Problemlösungen war keine Rede, weder war das Konzept vorhanden noch war das Personal ausreichend.

- Auskunftspersonen bzw. Anamneselieferanten für das kranke Familienmitglied [1].

- Täter, nämlich Schuldtragende an der Krankheit. Die fast zweihundert-

SCHIZOPHRENIE
Mitteilungsorgan der ***gfts***
Jahrgang 33 (2017)

1) Nach einem Vortrag, gehalten beim gfts-Kongress „Angehörige als Ressource in der Behandlung schizophren erkrankter Menschen“ am 6.10.2016 in München

jährige Psychiatrie muss sich den Vorwurf gefallen lassen, dass sie bei der Suche nach "Schuldigen" tüchtig mitgemischt hat. Die alte Vorstellung hält sich in manchen Kreisen immer noch hartnäckig, die Familie sei schuld an einer psychischen Krankheit. Psychoanalytiker und Familientheoretiker haben seit den 50er Jahren derartige Ideen verbreitet, und zwar fast ausschließlich bezüglich der Schizophrenie [1] (z.B. die Theorie von der „schizophrenogenen Mutter“ [2] oder die „double-bind Theorie [3]“). In manchen Kreisen der systemischen Psychiatrie wird die Familie sogar immer noch (oder wieder) als „Bürgerkriegspartei“ definiert [4]. Jedoch ist immer das „Henne-Ei-Prinzip“ zu bedenken: „Es wäre auch eine Studie möglich, die … zu Tage fördert, dass nämlich erst der Sohn oder die Tochter schizophren werden und die Mutter, die das nicht aushalten kann, so gestört wird, dass man sie als schizophrenogen bezeichnen könnte (K. Dörner [5])“. Ähnliches gilt auch für die Expressed-Emotion-Forschung [6] (Reaktion auf die Erkrankung statt Ursache). Zudem ist eine psychische Erkrankung fast immer eine multifaktorielle Erkrankung, hat also nicht nur eine, sondern ein ganzes Bündel von Ursachen.

Selbstverständlich kann jedoch das Verhalten des sozialen Umfeldes die psychische Erkrankung positiv oder negativ beeinflussen.

- Opfer, nämlich von der Krankheit des Familienmitglieds Mit-Betroffene. Angefangen von materiellen Belastungen, über Probleme der Alltagsorganisation, der Auseinandersetzung mit Verhaltensproblemen des kranken Familienmitgliedes, Konflikten mit anderen Familienmitgliedern, eigenen körperlichen und psychischen Gesundheitsproblemen, bis zu Fragen der Diskriminierung und Stigmatisierung und dem Leiden an der Schuldzuweisung durch andere reicht das (auch wissenschaftlich schon ausreichend belegte) Belastungsspektrum der Angehörigen psychisch kranker Menschen [1].

Was uns Angehörigen nicht gefällt

- Schuldzuweisungen (nicht selten und immer noch leider auch durch professionelle Helfer!). Dazu ist aus unserer Sicht zu sagen:

  In der Regel sind Angehörige nicht schuld am Ausbruch und Verlauf einer psychischen Erkrankung. Wir alle machen Fehler („nobody is perfect“), auch im Umgang mit unseren kranken Angehörigen, aber wir sind deshalb noch lange nicht „schuldig“! Schließlich haben wir den „richtigen“ Umgang mit dem erkrankten Familienmitglied alle nicht gelernt. „Schuldig“ machen wir uns erst, wenn wir wider besseres Wissen immer wieder denselben Fehler machen, denn dann handeln wir vorsätzlich oder grob fahrlässig. Der Begriff „Schuld“ sollte in der Psychiatrie überhaupt nicht verwendet wer-

den!

- Verständnislosigkeit bei Profis für die Probleme der Angehörigen im Umgang mit dem erkrankten Familienmitglied („wir können‘s doch auch!“). Aber: Angehörige haben, im Gegensatz zu den Profis,
  - ⇒ keine Wahl. Sie wurden nicht gefragt, ob sie die mit der Erkrankung verbundene Belastung auf sich nehmen wollen oder können
  - ⇒ eine emotionale Bindung zu dem erkrankten Familienmitglied
  - ⇒ keinen Feierabend. Sie müssen notgedrungen rund um die Uhr verfügbar sein, und das über einen langen Zeitraum, womöglich lebenslang
  - ⇒ keine Hilfe in der Krise. Sie sind mit der Situation alleingelassen. Niedergelassene Psychiater machen kaum Hausbesuche. Am Wochenende und an Feiertagen sind helfende Stellen, falls es sie überhaupt gibt, nicht erreichbar.

- Herablassende Behandlung (übergriffige Bemerkungen) „Sie und Ihre Frau passen halt nicht zueinander. Lassen Sie sich doch scheiden oder legen Sie sich eine Freundin zu!“ (das wurde dem Autor vor Jahren von einem Psychiater an den Kopf geworfen, bei welchem er Hilfe suchte. Die Scheidung erfolgte dann auch – aber von diesem Psychiater!)

- Vereinnahmung der Angehörigen als „Co-Therapeuten“.
  Unmerklich, ungefragt und oft unberaten werden Angehörige in die Rolle von Hilfstherapeuten ohne Kündigungsrecht gedrängt. Dies führt jedoch schnell zu Überforderung! Es ist zudem ein Irrtum, zu glauben, dass Angehörige Dinge bewirken können, welche oft selbst die Profis nicht schaffen.

Warum Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung?

Das primäre Interesse der Profis gilt verständlicherweise zunächst den Patienten. Eine psychische Erkrankung trifft aber nie nur den erkrankten Menschen allein, sondern immer die ganze Familie! Die Nichteinbeziehung der Angehörigen in die Behandlung psychisch kranker Patienten ist daher als ein Kunstfehler zu betrachten. Dies gilt für Anamnese, Behandlung und Prävention. Leider hat sich diese Erkenntnis auf der professionellen Seite noch keineswegs im erforderlichen Maße durchgesetzt.

Betroffene Menschen haben in der Krise ein „verbogenes Weltbild“ und können auch oft gut „schauspielern“ und wahnhafte Vorstellungen glaubwürdig artikulieren. Angehörige sind dann schnell in Beweisnot. Es gibt viele Beispiele, in denen Angehörige aufgrund von falschem Eindruck unsinnige Schuldzuschreibungen erhalten (z. B. bei ungerechtfertigten Aggressionen in der Manie). Dies kann zu schwerwiegenden Konsequenzen führen, wenn z.B. die Profis bei Partnern den vorgeblichen Wunsch nach einer

Trennung unterstützen. Tragische Beispiele sind dem Autor bekannt. Aussagen von dritter Seite sind daher für die Anamnese hilfreich und oft sogar notwendig!

Die Fachleute geben den Patienten nach Abschluss der stationären Behandlung wieder in die Arme der Angehörigen zurück in der berechtigten Hoffnung, dass diese „vernünftig“ mit ihm umgehen, um Rückfälle möglichst zu vermeiden. Dazu brauchen die Angehörigen aber die Unterstützung der professionellen Seite, denn wir alle haben nicht gelernt, mit der Erkrankung und mit dem Erkrankten „richtig“ umzugehen! Einbeziehung der Angehörigen führt dann letztlich auch zu Erfolgserlebnissen für die Profis.

Stationäre Behandlung

Leider ist in vielen Fällen der Klinikarzt immer noch weder willens noch fähig, sich mit den Problemen und der Sicht der Angehörigen auseinanderzusetzen.

Als Begründungen werden angegeben:

⇒ Überlastung, Zeitmangel („was sollen wir dafür liegenlassen?“)

⇒ die Nichterfüllbarkeit der „Personalverordnung Psychiatrie (PsychPV)“

⇒ die ärztliche Schweigepflicht

⇒ “schädlich für den Patienten“ („Vertrauensmissbrauch“)

⇒ negative Erfahrungen mit unangemessenem Verhalten einzelner Angehöriger (welche vielleicht schon lange Zeit unter starkem Stress standen und daher gelegentlich mit ihren Forderungen und Wünschen über das Ziel hinausschießen: Furcht vor „ungehörigen“ Angehörigen)

⇒ vorgeblich mangelndes Interesse der Angehörigen (Angebote für Angehörige wurden in der Vergangenheit nur unzureichend angenommen. Grund kann allerdings ungeschicktes „Marketing“ der Klinik sein: unglücklich gewählte Zeit und Tag, Themen nicht attraktiv, zu wenig Werbung ...)

⇒ Keine (mangelnde Motivation oder geistige Vorverurteilung, Glaube an eine Mitschuld der Angehörigen – das würde natürlich nicht offen zugegeben)

Aufbau einer Vertrauensbeziehung ist aufgrund der heutzutage relativ kurzen Verweildauer und häufigen Personalwechsels in der Klinik nicht ohne weiteres möglich.

Hilfen, welche sich Angehörige wünschen

Angemessene Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung:

⇒ aufklären, überzeugen, motivieren: „Verhandeln statt Behandeln“ und „shared decision making“, also die Einbeziehung auch der Angehörigen in die Behandlung mit dem Ziel, dass alle Beteiligten „am gleichen Strick ziehen“.

⇒ Respektvoller Umgang, Beachten der Menschenwürde, Kommunikation auf gleicher Augenhöhe

⇒ keine faulen Ausreden zum Vermeiden von Kommunikation („ärztliche

Schweigepflicht“)

Selbstverständlich kann eine Einbeziehung der Angehörigen i.d.R. nur im Einverständnis mit dem Patienten funktionieren. Aber sogar bei ablehnendem Verhalten des Patienten können Profis mit Angehörigen sprechen. Zuhören dürfen sie immer – damit verstoßen sie nicht gegen die Schweigepflicht!

Was könn(t)en professionelle Helfer noch tun?

⇒ Psychoedukation auch für Angehörige / Angehörigengruppen anbieten

⇒ Gesprächsangebot für Angehörige nach der Aufnahme (vor allem bei Ersterkrankung)

⇒ Gesprächsangebot für Angehörige vor der Entlassung

⇒ Einrichtung von Angehörigensprechstunden

⇒ Erstellung und Abgabe von schriftlichen Informationen für Angehörige, ggf. auf der Website der Klinik (in einzelnen Kliniken werden „Angehörigenmappen“ abgegeben).

⇒ Gemeinsame Planung des Übergangs stationär → ambulant (evtl. Nutzung der PIA. Stichwort „Integrierte Versorgung“).

⇒ Selbsthilfegruppen von Betroffenen und Angehörigen fördern

Ziel der organisierten Angehörigenbewegung

Die Einbeziehung der Angehörigen in die stationäre Behandlung sollte ein verbindlicher Bestandteil des (wenn auch oft ungeliebten) klinikinternen Qualitätsmanagements werden. Schriftliche Vereinbarungen der jeweiligen Klinik mit lokalen / regionalen Angehörigenvereinen über die Art der Einbeziehung der Angehörigen sollten abgeschlossen werden („angehörigenfreundliche psychiatrische Klinik“). Jede Klinik sollte entsprechende Leitlinien erstellen (und einhalten!).

Entsprechende Vereinbarungen mit einer Anzahl psychiatrischer Kliniken in Bayern wurden bereits abgeschlossen, weitere sind derzeit in Diskussion. Der Bundesverband der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen führt ein entsprechendes Projekt durch, welches flächendeckend die ganze BRD erfassen soll.

Ambulante Behandlung

Immer noch gibt es Kommunikationslücken zwischen Krankenhaus und Familie, aber auch – und diese Kluft ist vielleicht noch größer – zwischen niedergelassenen Psychiatern und Angehörigen.

Gründe:

⇒ Traditionell personenzentrierte Behandlung: zunächst steht der Patient im Mittelpunkt. Sein Zustand soll gebessert werden, das soziale Umfeld ist außen vor

⇒ Voreingenommenheit gegenüber Angehörigen

⇒ Zeitmangel, Überlastung

⇒ unzureichende Honorierung

Entsprechendes gilt für das Verhältnis

zwischen Psychotherapeuten und Angehörigen.

Niederschwellige Angebote: die Kooperation der organisierten Angehörigenselbsthilfe mit den sozialpsychiatrischen Diensten (SPDI) ist unterschiedlich. In der Regel ist die Zusammenarbeit gut, teilweise gibt es aber Konkurrenzdenken, da die SPDI Angehörigenberatung ebenfalls als eine ihrer Kernkompetenzen definieren.

Zumindest die organisierten Angehörigen werden heute als Gesprächspartner von den professionellen Helfern und von der Politik ernst genommen und zunehmend in die Psychiatrieplanung und die psychiatrische Versorgung mit eingebunden. Inwieweit die Angehörigen im Einzelfall dabei lediglich instrumentalisiert oder als Alibifunktion eingesetzt werden, sei allerdings dahingestellt. Angehörige werden nämlich von Profis und Politikern in der Regel häufig auch heute noch nur dann mit Sympathie wahrgenommen, wenn sie in deren Sinn kooperieren.

Home Treatment

Home Treatment ist im Zusammenhang mit dem PsychVVG (Gesetz zur Weiterentwicklung der Versorgung und Vergütung für psychiatrische und psychosomatische Leistungen) in der Diskussion: stationären Einrichtungen soll erlaubt werden, psychisch schwer kranke Patienten im häuslichen Umfeld durch mobile multiprofessionelle Behandlungsteams zu versorgen.

Inwieweit „Home Treatment“ für die Angehörigen nicht eine Entlastung sondern im Gegenteil eine vergrößerte Belastung oder in manchen Fällen sogar Entrechtung im eigenen Heim bewirkt, muss die praktische Erfahrung zeigen. Aus Sicht der Angehörigen besteht die Besorgnis, dass die Belastung der Familien dadurch wieder weiter zunimmt.

Kooperation zwischen Betroffenen, Angehörigen und Profis

Genauso wenig wie die Interessen der professionellen Helfer und die der Angehörigen identisch sind, genauso wenig sind es die der Betroffenen und die der Angehörigen.

- Betroffene haben häufig andere Ansichten, z.B. bezüglich Krankheitsverständnis, Medikation, Behandlung und eigenen Rechten und Pflichten, wie Angehörige. Man kann sich vielleicht auf einen gewissen gemeinsamen Nenner einigen, darüber hinaus aber haben professionelle Helfer, Angehörige und Betroffene ihre eigenen Bedürfnisse, die sie nur selbst äußern und vertreten können.
- Psychopharmaka werden mit Verweis auf unlautere Machenschaften der Pharmaindustrie und mögliche Nebenwirkungen verteufelt, die Wirksamkeit wird – nicht nur von bestimmten Kreisen der Psychiatrieerfahrenen, sondern auch von einzelnen Psychiatern – in einer Form in Frage gestellt, welche Betroffene und Angehörige verunsichert.

- Bei organisierten Psychiatrieerfahrenen und auch in manchen Kreisen der Sozialpsychiatrie wird eine „weiche“ Behandlung um jeden Preis hochgehalten und das „Soteria-Konzept“ oder Rückzugsräume in der Krise sowie „Recovery“ und „Empowerment“ quasi als Allheilmittel angepriesen. Und selbstverständlich soll jegliche Art von Zwangsmaßnahmen als „Folter“ absolut verboten sein.

- Sogar einzelne Angehörige verteidigen lautstark das Selbstbestimmungsrecht der Betroffenen mit dem gut gemeinten Argument, niemand sei „nur krank“ und man dürfe einen erwachsenen Menschen doch nicht bevormunden. Wie es den Angehörigen der Betroffenen, insbesondere in der Krise, dabei tatsächlich geht, wird nicht bedacht.
  Zwangsmaßnahmen sollten selbstverständlich nur das letzte Mittel sein, wenn alle anderen verfügbaren Maßnahmen versagt haben. „Verhandeln statt Behandeln“ ist, wenn irgend möglich, immer vorzuziehen.
  Wir Angehörige wollen keineswegs eine unnötige Entrechtung der Betroffenen, aber es müsste weiterhin Möglichkeiten geben, einem krankheitsuneinsichtigen Betroffenen in der Krise – notfalls auch gegen seinen Willen – die notwendige professionelle Hilfe angedeihen zu lassen. Dass dies nur unter rechtlich einwandfreien, streng kontrollierten Umständen erfolgen darf, ist unbestritten. Leider muss jedoch heutzutage erst „etwas passieren“, bevor man eingreifen kann. Hier haben Betroffene und Angehörige ein (offenbar nicht lösbares) Problem! Es ist zukünftig zu befürchten, dass psychisch erkrankte Menschen, die eine Behandlung dauerhaft ablehnen, in der Krise keine Hilfe mehr durch die Psychiatrie bekommen sondern ungebessert entlassen oder gar nicht erst aufgenommen werden. Betroffene und Angehörige sind dann mit der Situation alleingelassen, und die Betroffenen landen dann am Schluss aufgrund von Handlungen im Wahn womöglich im Gefängnis oder in der Forensik. Und wir Angehörige müssen ohnmächtig zusehen!

- Ziel aller Beteiligten sollte nicht Gegnerschaft sondern partnerschaftliche Zusammenarbeit, gegenseitiger Respekt und das Suchen nach gegenseitigem Verständnis sein. Nur im gemeinsamen Trialog lassen sich die anstehenden Probleme lösen oder wenigstens mildern.

Folgerung

Psychiatrieerfahrene pochen auf ihre Persönlichkeitsrechte und fordern weitestgehende Selbstbestimmung. Die derzeitige Gesetzgebung berücksichtigt die Belange der Angehörigen nur unzureichend. Angehörige haben daher zunehmend stärkere Belastungen auf sich zu nehmen, ohne dass sie gefragt wurden, ob sie willens, bereit oder imstande sind,

diese Lasten zu tragen. Wer unterstützt und schützt denn eigentlich die Angehörigen?

Zum Schluss soll aber auch etwas Positives gesagt werden:

Wir sind auf die Profis angewiesen! Was täten Angehörige und Betroffene ohne sie? Die große Mehrzahl der professionellen Helfer sieht ihre Aufgabe nicht nur als „Job“ sondern investiert eine Menge Herzblut in die Arbeit. Dafür möchte ich den Profis, stellvertretend für alle Angehörigen und betroffenen Menschen, unsere aufrichtige Anerkennung und unseren Dank aussprechen!

Quellenverzeichnis

[1] H. Katschnig: Zur Geschichte der Angehörigenbewegung in der Psychiatrie. Psychiatr. Praxis 2002, 29; S.113 -115

[2] Schizophrenogene Mutter. https:/ de.wikipedia.org/wiki/Schizophrenogene_Mutter

[3] Double-bind. https://www.palverlag.de/ lebenshilfe-abc/double-bind.html

[4] A. Finzen: Die Psychiatrie – eine Zumutung für die Familie? soziale psychiatrie 04/2014, S. 8-11

[5] K. Dörner: Der Rede wert: Über Angehörige in der Psychiatrie. http://www.lv-nrw-apk.de/fileadmin/user_upload/ dokumente/info-der_rede_wert.pdf

[6] Expressed-Emotion-Konzept. https:// de.wikipedia.org/wiki/Expressed-Emotion-Konzept

Autor:
Dipl.-Ing. Karl Heinz Möhrmann ist Vorsitzender des Landesverbandes Bayern der Angehörigen psychisch Kranker e.V. und stellvertretender Vorsitzender des Bundesverbandes der Angehörigen psychisch erkrankter Menschen e.V.

Email:
karl-heinz.moehrmann@t-online.de

Die Rolle der Angehörigen im Home Treatment

Iris Zimmermann

Um die wichtige Rolle der Angehörigen in der Home Treatment Behandlung darzustellen, ist es wichtig zuerst aufzuzeigen, wie Home Treatment bei uns definiert und angewandt wird.
Seit 2005 gibt es am Bezirkskrankenhaus Günzburg Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie II der Universität Ulm, das Home Treatment (HT). Die Klinik war die erste in Süddeutschland mit einem Behandlungsangebot für akut psychisch erkrankte Menschen, die durch ein multiprofessionelles Team im häuslichen Umfeld behandelt werden. Zu Beginn waren es nur wenige Patienten, mittlerweile werden ca. 30 zeitgleich behandelt. Von 2005 bis 2016 waren insgesamt 1281 psychisch erkrankte Menschen in der Günzburger HT-Behandlung.

Der aktuelle Stellenschlüssel des Teams setzt sich wie folgt zusammen:
Oberarzt (0,2) ,
2 Assistenzärzte (je 0,5),
Sozialpädagogin (0,75)
und 4 Pflegekräfte (3,5)
Wir behandeln psychisch schwer und akut erkrankte Menschen, um einen stationären Aufenthalt zu verhindern oder zu verkürzen, sowie eine behutsame Rückführung in den Alltag nach langem stationären Aufenthalt bei besonders schweren Erkrankungen zu ermöglichen. Von den Diagnosen her findet sich die ganze Bandbreite, die auch auf einer allgemeinpsychiatrischen Station anzutreffen ist.
In unserem Konzept gibt es auch Ausschlusskriterien wie:

- Akute Selbst-/Fremdgefährdung
- Exzessiver/kontinuierlicher Substanzgebrauch
- (belangvolle) organische Psychosyndrome (zumeist im Sinne der Demenz)
- Alter< 18 Jahren
- Unbeherrschbares chaotisches oder aggressives Verhalten
- Mangelnde Kooperation
- Fehlende Indikation für stationäre Behandlung

Trotz dieser Kriterien wird jedoch immer bei der HT-Aufnahme-Untersuchung individuell entschieden. Dies gilt auch für den Wohnort der Patienten, welcher normalerweise in einem Umkreis von 30 km oder 30 Minuten Fahrzeit um die Klinik herum liegen sollte.

Abbildung 1 (Seite 16) zeigt die Wohnorte der besuchten Patienten.
Abbildung 2 (Seite 17) den Modus der Aufnahme/Zuweisung.

Die Kontaktaufnahme nach Anmeldung erfolgt werktags innerhalb 24 Stunden, es wird mit dem Patienten ein Termin

vereinbart, und die Angehörigen, sowie eventuelle andere Zuweiser werden selbstverständlich mit einbezogen.
Neben der Klinik selbst ist der zweithäufigste Zuweiser der Patient selbst, Angehörige, Betreuer oder Freunde des Patienten.
Die Mitarbeiter des HT-Teams haben in Absprache mit dem Oberarzt generell die Entscheidungskompetenz für bzw. gegen

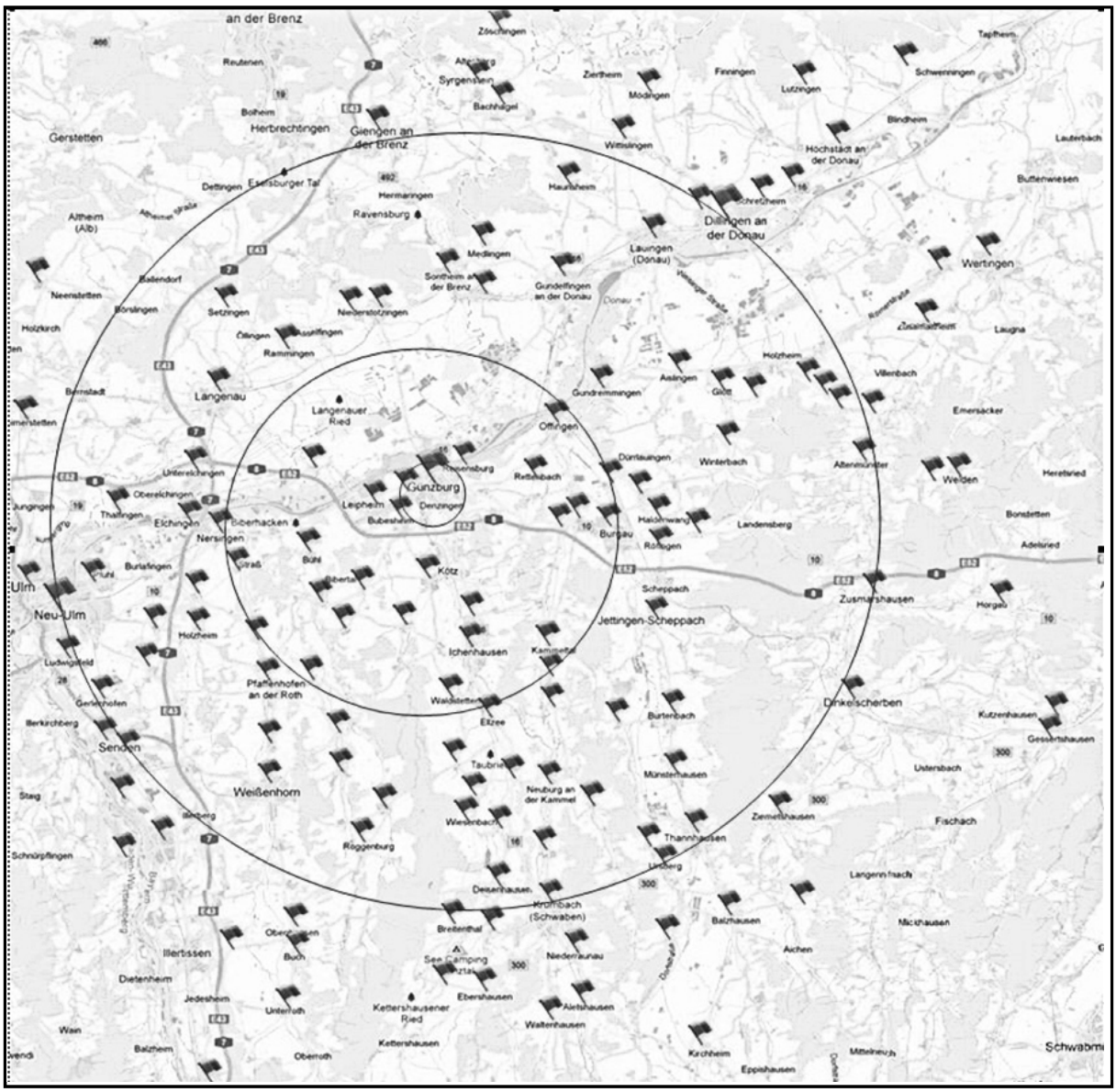

Abb 1: *Die Fähnchen markieren die Wohnorte der besuchten Patienten. Innerer Kreis Günzburg bis 10 Minuten Fahrzeit, zweiter Kreis bis 20 Minuten Fahrzeit, äußerer Kreis bis 40 Minuten Fahrzeit einfach !*

eine Aufnahme des Patienten.
Die wichtigste Voraussetzung ist jedoch, dass der Patient mit der Behandlung einverstanden ist oder zumindest bereit ist mit uns zu sprechen.

Wie geht es weiter?

Wir beginnen mit der Behandlung, die auf folgenden Behandlungsgrundsätzen beruht:

- Die Patientin/der Patient steht im Mittelpunkt des therapeutischen Planens und Handelns.
- Die Behandlung findet im üblichen Wohn- bzw. sozialen Umfeld statt.
- Die Themen der Betroffenen und ihres sozialen Umfelds werden möglichst unverzüglich ziel- und lebensorientiert behandelt.
- Das HT-Team arbeitet auf Grundlage des Prinzips multiprofessioneller Kooperation.
- Je nach individueller Problematik der Betroffenen kommen pharmako-, sozio-, und psychotherapeutische Ansätze zum Tragen.
- Es besteht engste Zusammenarbeit mit den Angehörigen, Betreuern, Hausärzten, Nervenärzten, komplementären Diensten und Einrichtungen, unserer Institutsambulanz und

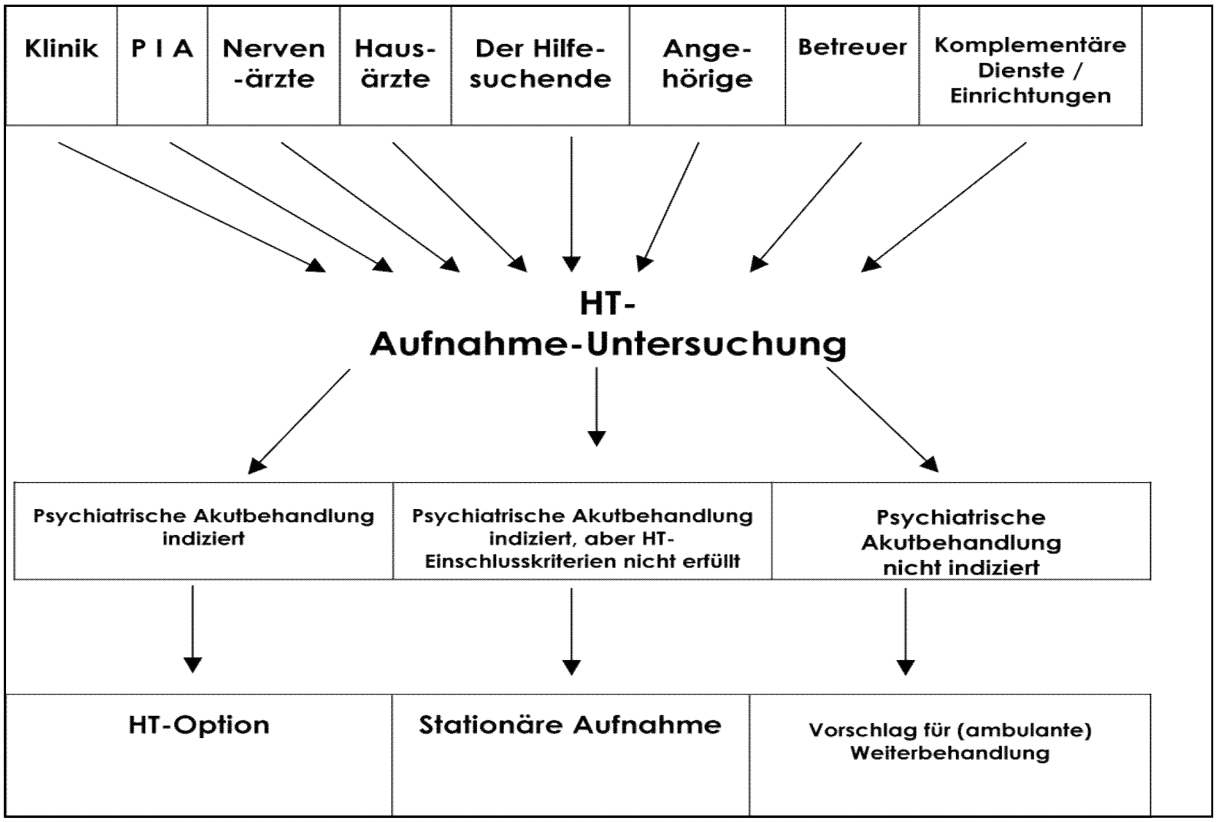

Abb 2: *Modi der Klinik-Aufnahme/Zuweisung*

dem BKH-Günzburg.

Unsere Ziele sind:

- Schaffung einer tragfähigen Behandlungsalternative zur Krankenhausaufnahme
- Möglichst frühe Übernahme nach Krankenhausbehandlung
- Psychiatrisch-psychotherapeutische Akutbehandlung von Eltern, die ihre Kinder weiterhin versorgen.
- Menschen mit akuten Krisen bei chronischen Erkrankungen bei der (Re)Integration unterstützen.
- Behandlung im vertrauten Umfeld ermöglichen.
- Patientenorientiertes individualisiertes Behandlungsangebot
- Steigerung der Patientenzufriedenheit.
- Zufriedenheit, Unterstützung und Information (Psychoedukation) von Angehörigen und Betreuern.
- Die intrinsischen persönlichen und sozialen Ressourcen der Betroffenen besser erkennen und nutzbar machen.
- Soziale Entwurzelung/ heimatferne Unterbringung reduzieren, Lebens- und Wohnsituation erhalten/ anzupassen und so die Lebensqualität der Betroffenen aufrecht zu erhalten oder zu verbessern.
- Hospitalisierung vermeiden
- Die Betroffenen in bestehende gemeindenahe komplementäre Dienste einbeziehen, um Behandlungskontinuität zu sichern, Rückfälle zu verhüten und die Lebensqualität zu erhöhen.
- Stigmatisierung minimieren

Behandlung/Therapieprozess

Grundlegend für die Home Treatment Behandlung sind die Hausbesuche, zu denen wir in neutralen Dienstfahrzeugen kommen. Sie finden meist 3x in der Woche statt und werden in der Regel zu zweit durchgeführt. Zur bedürfnisangepassten Behandlung können diese je nach Zustand des Patienten auch öfters, bis hin zu täglichen Kontakten, variieren. Genauso aber können die Besuche auch reduziert werden, wenn der Patient und die Angehörigen mit zu vielen Kontakten überfordert sind, während der stufenweisen Wiedereingliederung am Arbeitsplatz oder zum Ende der Behandlung.

Die Termine für die Hausbesuche werden grundsätzlich mit dem Patienten und dessen Angehörigen abgestimmt. Geplante Paar- und Familiengespräche werden gesondert terminiert, auch in den Abendstunden. Der Hausbesuchsplan für alle Patienten wird jede Woche neu erstellt. Es ist vorgesehen, dass jeder Patient mindestens einen Arztkontakt in der Woche hat. Des weiteren müssen Termine für Diagnostik und Therapien, die zum Teil an der Klinik statt finden, berücksichtigt werden. Diese logistische Herausforderung, sowie die Koordination von Aufnahmen und Entlassungen, obliegt dem Pflegepersonal. Normalerweise werden die Hausbesuche Montag bis Freitag in der Zeit zwischen 9:30 Uhr und 16.00 Uhr abgehalten. Derzeit fahren gleichzeitig 3 Teams in der Kombination Pflege/Pflege, Pflege/Arzt oder Pflege/Sozialpädagoge zu den Terminen bei den Patienten. In Ausnahmefällen fährt auch ein Einzelner der genannten Berufsgruppen.

Entscheidend für eine gute HT-Behandlung ist die Begegnung auf Augenhöhe mit den Patienten und deren Angehörigen, basierend auf einem wertschätzenden, vertrauensvollen und offenen Umgang mit allen Themen die Erkrankung betreffend. Für die Arbeit im HT benötigen die Mitarbeiter des multiprofessionellen Teams eine hohe fachliche und soziale Kompetenz. Mit einer psychischen Erkrankung zu leben ist für Patienten und Angehörige, vor allem in einer akuten Krise, schwierig. Bei der Behandlung im häuslichen Umfeld werden die Angehörigen im besonderen Maße mit einbezogen und auch sie finden Gehör und Hilfe, um eine Überlastung zu verhindern. Sollte erkennbar sein, dass die Belastungssituation für Patienten und Angehörige in der aktuellen Krise zu Hause zu hoch ist, sind wir in der Lage für den Patienten kurzfristig ein Bett in unserer Klinik zu organisieren. So kann eine Eskalation zu Hause vermieden werden, mit der Option nach einer kurzen stationären Krisenintervention die HT-Behandlung wieder aufzunehmen.

Der Balanceakt zwischen Autonomie und Kontrolle ist für alle Beteiligten nicht immer einfach, oftmals ist es, vor allem aus Sicht der Behandler, mehr ein Verstatt ein Behandeln. Dies ist meist eine neue, positive Erfahrung für die Erkrankten und deren Angehörige.

Von den Behandlungskomponenten Pharmakotherapie, Psychoedukation, sozialpädagogischen Interventionen und psychotherapeutischen Gesprächen zählt wohl die Pharmakotherapie zu den am meisten diskutierten Hausbesuchsthemen. Gerade die Neueinstellung oder die Umstellung der Medikamente macht oft Angst, so ist der behutsame Umgang und gute Information äußerst wichtig. Das Wahrnehmen von Wirkung und Nebenwirkung aus Sicht des Patienten und dessen Angehörigen sind wichtige Parameter für die Medikamentenoptimierung. Beide werden in ihrer Beobachtung sehr ernst genommen und oftmals profitiert die Be-

Abb 3: *Austausch und Zusammenarbeit im Team*

handlung von bereits gemachten Erfahrungen. Auf diese Weise wird die Adhärenz des Patienten sehr gefördert.

Der Austausch im Team und unterschiedliche Wahrnehmung der Team-Mitglieder, sowie die Informationen und Aufträge des Patienten und der Angehörigen, sind entscheidend für die Behandlungsplanung und das gemeinsame Behandlungsziel. (siehe Abb 3 Seite 19).

Eine wichtige Säule der HT-Behandlung sind die systemisch fundierten Einzel-, Paar-und Familiengespräche. Diese therapeutischen Gespräche sind lösungs- und ressourcenorientiert, und wir versuchen Zusammenhänge und Interaktionen zu verstehen, um gemeinsam mit den Patienten und dessen Angehörigen neue Wege im Umgang mit der Erkrankung zu finden.
Die Behandlung zu Hause verändert die Position der Beteiligten, so sind wir Gast. Dies spiegelt sich auch im Verhalten der Patienten wider, welche hier oft ganz anders erlebt werden als im stationären Kontext. Der Patient entscheidet selbst, was im Gespräch thematisiert werden soll. Wir führen Expositionen und verhaltenstherapeutische Maßnahmen durch.
Da wir einen zeitlich begrenzen Akutbehandlungsauftrag haben, in der Regel zwischen 30 und 40 Behandlungstagen, unterstützen wir den Patienten auf der Suche nach einem niedergelassenen Therapeuten. Um die Behandlungskontinuität zu fördern, vereinbaren alle unsere Patienten für die gemeinsame Entlassplanung einen Termin bei ihren niedergelassenen Behandlern bereits vor Festlegung des Entlasstermins.
Bei Familien mit Kindern stellen wir sehr oft den Kontakt zu Frau Kilian (Sozialpädagogin und Familientherapeutin) von FIPS (Beratungsstelle für Familien mit einem psychisch belasteten Elternteil) bei uns an der Klinik her. Sie hat auch die Möglichkeit, Patienten und ihre Familien über die HT-Behandlung hinaus zu begleiten.
Für unsere Hausbesuche bringen wir in der Regel eine Stunde Zeit mit. Dies wird aber relativ flexibel gehalten abhängig von der Teilnehmerzahl der Gespräche und Zustand des Patienten. So wissen unsere Patienten, dass es uns nicht immer möglich ist, die vereinbarten Termine pünktlich einzuhalten. Sollte sich der geplante Termin um mehr als 15 Minuten verschieben, werden sie von uns telefonisch informiert. Werden wir zu einer aktuellen akuten Krise eines von uns behandelten Patienten gerufen, kann es sein, dass sich für ein Hausbesuchsteam der ganze Tagesplan verändert. Es ist wichtig Patienten und Angehörige darüber zu informieren , dass so etwas vorkommen kann. Es bedeutet aber auch, dass ihnen in einer solchen Situation genauso schnellstmöglich geholfen wird.
Aus der Lebenssituation unserer Patienten ergeben sich die sozialpädagogischen Interventionen. Wir können erkennen welche Möglichkeiten der Patient und seine Angehörigen haben Unterstützungssysteme zu erreichen und zu nutzen. Unsere Patienten können sämtliche Therapieangebote der Klinik, wie Ergotherapie, Sport- und Bewegungstherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie und

weitere Gruppenangebote nutzen. Wir stellen auf Wunsch Kontakt zu Tagesstätten, SPDI und Werkstätten her. Je nach Bedarf werden durch unsere Sozialpädagogin im Team gemeinsam mit den Patienten Anträge zur medizinischen oder beruflichen Rehabilitation gestellt, Rente und Grad der Behinderung beantragt, Pläne zur stufenweise Wiedereingliederung ins Arbeitsleben erarbeitet oder für die Bereitstellung einer Haushaltshilfe gesorgt.

Nicht alle unsere Patienten leben in einem Familienverbund und haben Angehörige, die sich um sie kümmern, jedoch ein Großteil schon.

Leitlinien des NICE und der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde (DGPPN) versehen in ihren Empfehlungen zur evidenzbasierten Behandlung von Menschen mit schweren Psychischen Erkrankungen Home Treatment-Interventionen mit einer hohen Empfehlungsstärke.

In der S3-Leitlinie „Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“ wurde erstmals die Evidenz zur Wirksamkeit psychosozialer Therapien für den deutschsprachigen Raum systematisch aufbereitet. Zugleich unterstützt die Leitlinie die zahlreichen Bestrebungen im Land, das Hilfe- und Unterstützungssystem für Menschen mit (schweren) psychischen Erkrankungen weiterzuentwickeln. Das Update der Leitlinie verspricht nicht nur aktuelle Evidenz zu vielen der bisher beleuchteten psychosozialen Interventionen, sondern auch die Erweiterung des Spektrums (Gühne et al 2016). Im Rahmen der Begleitforschung zum Günzburger HT-Projekt (2006-2008) wurden 30 Angehörige (15 m, 15 w) von HT-Patienten bezüglich ihrer subjektiven Belastungswahrnehmung befragt.

Die Ergebnisse der Angehörigenbefragung deuten insgesamt

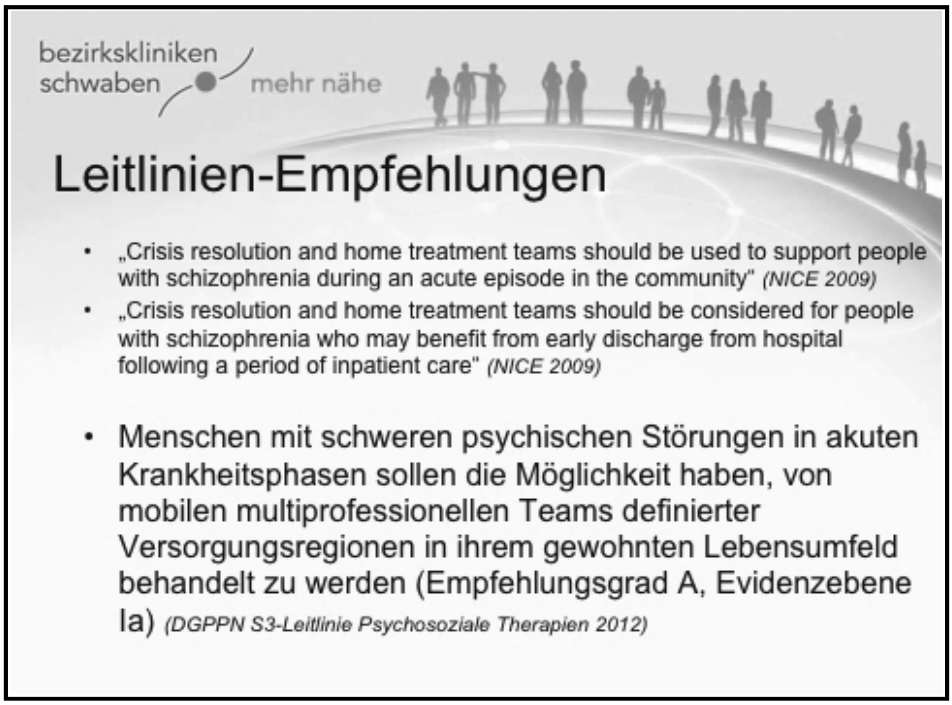

Abb 4: *Leitlinien-Empfehlungen*

auf niedrige Belastungswahrnehmung der Angehörigen von HT-Patienten (in Günzburg) im Vergleich zu anderen Stichproben psychoseerkrankter Menschen in europäischen Studien (Munz et al, Psych.Praxis 2009).

Es gibt zahlreiche Studien, die belegen, dass die klinischen Behandlungsergebnisse HT im Vergleich zu stationär psychiatrischer Behandlung etwa gleichwertig sind und dass die Patienten- und Angehörigenzufriedenheit eher zu Gunsten der Home-Treatment Angebote ausfällt. Eine Zusammenfassung des Forschungsstandes findet sich bei Gühne et al.(2011).

Laut Studien ist die Heimbehandlung etwa bei Schizophrenie oder Depression ebenso effektiv wie eine Therapie im Krankenhaus. Dabei ist sie kostengünstiger, und die Patienten und ihre Angehörigen erleben sie meist als weniger belastend.(Frasch, Becker, Widmann et al.2017)
-Home Treatment- eine wichtige Option in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung. Hierzu gibt es eine positive Einschätzung bezüglich Angehörigenbelastung/Angehörigenzufriedenheit, soweit Untersuchungen vorliegen. Die Forschung zur Angehörigenperspektive bleibt weiterhin eine wichtige Aufgabe.

Die Rolle der Angehörigen im Hometreatment – eine wichtige Ressource, die es gilt wahr zu nehmen, behutsam mit ihr umzugehen, sie zu stärken und zu stützen. Wir haben ein gemeinsames Ziel, dem psychisch Erkrankten ein gutes Leben mit der Erkrankung ermöglichen. Und sollten wir Profis auf Angehörige treffen, die eine besondere Herausforderung bedeuten, dann sollten wir uns fragen–„was für ein Angehöriger wäre ich?“ – und uns vor Augen halten: Wir haben Dienstschluss, unsere Behandlung endet, wir gehen und der Angehörige bleibt – hoffentlich!

Quellenangaben:

Mobiles Krisenteam - Home Treatment-Konzept BKH Günzburg (unveröffentlicht)

Hannes Müller, Iris Zimmermann, Carolin Burkhart, Miriam Ott und Karel Frasch Home Treatment – Erfahrungen aus Günzburg Kerbe Heft 3/2008 S.20-22

Thomas Becker, Iris Zimmermann. Daheim im Lot f&w (führen und wirtschaften im Krankenhaus)04/2013 S.381-383

DGPPN Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Hrsg) (2013) S3 –Leitlinien Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen. Springer, Berlin, Heidelberg

NICE (2009) Schizophrenia. Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in adults in primary and secondary care. NICE Clinical Guideline 82, London. www.nice.org.uk

Gühne U, Weinmann S, Arnold K, Atav E, Becker T, Riedel-Heller S (2011) Akutbehandlung im häuslichen Umfeld: Sys-

tematische Übersicht und Implementierungsstand in Deutschland. Psychiatr. Prax. 38:114-122. doi10.1055/s-0030-1248598

Uta Gühne, Thomas Becker, Steffi Riedel-Heller (2016) Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen: Ausblick auf das Update der S3-Leitlinie der DGPPN Psychother Psych Med 2016 ; 66: 337-340

Munz I, Ott M, Jahn H, Rauscher A, Jäger M, Kilian R, Frasch K (2011) Vergleich stationärer-psychiatrischer Routinebehandlung mit wohnfeldbasierter psychiatrischer Akutbehandlung ("Home Treatment"). Psychiatr. Prax. 38:123-128.doi:10.1055/s-0030-1248591

Karel Frasch, Thomas Becker, Franziska Widmann (2017) Psychiatrie im Wohnzimmer Gehirn&Geist 03_2017 S.61-65

Autorin:
Iris Zimmermann
Krankenschwester, systemische Therapeutin (SG)
Bezirkskrankenhaus Günzburg
Home Treatment

Ludwig-Heilmeyer-Straße 2
89312 Günzburg
Email:
iris.zimmermann@bkh-guenzburg.de

„Kuchen - nur originalverpackt“ Angehörigenarbeit in der Forensischen Psychiatrie [1)]

Ute Franz

Bisherige Situation der Angehörigenarbeit in der Forensischen Psychiatrie

Die Angehörigenarbeit ist in der Forensischen Psychiatrie aus unterschiedlichen Gründen ein Stiefkind. In einigen Bundesländern gibt es immer noch einen eher zentralisierten Maßregelvollzug mit großen, eher ländlich gelegenen Kliniken, die für die Angehörigen schlecht erreichbar sind. In vielen Kliniken gibt es keine Willkommenskultur für Angehörige, sie werden im Ablauf des Klinikalltags eher als störend, denn als hilfreich erlebt. Die Entwicklung der Kultur von „Angehörige-Nein Danke!“ zu „Angehörige- Ja bitte!“ steckt noch in den Kinderschuhen.

Angehörige psychisch kranker Menschen fühlen sich häufig dafür verantwortlich, dass ein naher Verwandter an einer psychischen Erkrankung leidet, umso mehr wenn es im Kontext dieser psychischen Erkrankung zu Gewalttätigkeit und Straffälligkeit kommt. Schon im Rahmen stationärer Aufenthalte in der Allgemeinpsychiatrie erleben Verwandte das Besuchsprocedere und mögliche Einschränkungen der Besuche als stigmatisierend und mitunter restriktiv. Kommt es zu einer Straftat und in der Folge zu einer forensischen Unterbringung, erleben Angehörige den ersten Besuch oft als „Kulturschock“. Sie sehen sich einer aus Sicht der Klinik zwar notwendigen, jedoch als ausgesprochen aversiv erlebten Eingangskontrolle ausgesetzt, die den Sicherheitskontrollen an unseren Flughäfen in nichts nachsteht. Besteht der nachvollziehbare Wunsch, dem Angehörigen zum Besuch ein persönliches Geschenk mitzubringen, sieht sich der Besucher einer Liste verbotener Gegenstände gegenüber. Es beschleicht ihn das Gefühl, unter „Generalverdacht“ zu geraten, seinem Verwandten gefährliche Gegenstände, Drogen, Alkohol o.ä. mitbringen zu wollen und so das Therapieziel und die Sicherheit der Klinik zu gefährden.

Sicherlich sind diese Kontrollen aus Sicht der Klinik zur Aufrechterhaltung der Sicherheit und Ordnung, wie es in den meisten Landesgesetzen zur Ausgestaltung des Maßregelvollzugs heißt, erforderlich. Tatsächlich werden die meisten verbotenen und gefährlichen Gegenstände insbesondere auch Drogen über Besuche in die Klinik eingebracht und insbesondere Drogen gefährden tatsächlich in hohem Maße die Sicherheit und Ordnung der Klinik. Dennoch muss den Angehörigen genau dieser Zusammenhang erklärt werden, damit sie den Sinn der Kontrollmaßnahmen verstehen und nicht als Schikane erleben.

SCHIZOPHRENIE
Mitteilungsorgan der ***gfts***
Jahrgang 33 (2017)

1) Nach einem Vortrag, gehalten beim gfts-Kongress „Angehörige als Ressource in der Behandlung schizophren erkrankter Menschen“ am 7.10.2016 in München

Ute Franz

Best Practice: Was können wir aus den Ergebnissen der Angehörigenarbeit in der Allgemeinpsychiatrie lernen? [2]

Viele Angehörige äußern den Wunsch, ein allgemeines Hintergrundwissen über die psychische Erkrankung vermittelt zu bekommen, also klassische Psychoedukation. Damit sind die zentralen Überschriften ganz ähnlich wie die in der Allgemeinpsychiatrie:

- Symptomatik und Krankheitsbegriff (Wie äußert sich die Erkrankung? Wie gehe ich mit der Diagnose meines Angehörigen um?)
- Ursachen und Krankheitskonzept (Woher kommt die Erkrankung? Bin ich Schuld an der Erkrankung?)
- Epidemiologie und Verlauf (Was bedeutet die Erkrankung für das weitere Leben meines Angehörigen? Und für mein weiteres leben?)
- Therapie: Akut- und Langzeitbehandlung (Welche Behandlungsmöglichkeiten gibt es? Und wie kann ich Hilfe und Unterstützung bieten?)

Neben diesen mehr informativen Inhalten ist es der Umgang mit emotionalen Themen, die Angehöriger forensischer Patienten besonders belasten. Angehörigengruppen können den Teilnehmern helfen, sich von Scham- und Schuldgefühlen zu entlasten, sich abzugrenzen und das Recht auf die eigene Lebensgestaltung in den Fokus rücken zu dürfen. Oft dreht sich in den Familien alles nur noch um das Wohl des psychisch Kranken, wobei gesunde Geschwisterkinder in ihren berechtigten Belangen hinten anstehen müssen und zu kurz kommen. Wie können Angehörige auch mit ihren „aggressiven“ Gefühlen angemessen umgehen, ohne die protektiven Ressourcen des Familienklimas zu gefährden.

Dabei ist den Angehörigengruppen auch der Erfahrungsaustausch unter Betroffenen mit der einhergehenden Relativierung der vermeintlichen Einmaligkeit des persönlichen Schicksals hilfreich. Angehörige werden sensibilisiert für die eigenen Fähigkeiten, aber auch Grenzen, an denen die Gefahr des „Burnouts“ besteht. Die Gruppe ist ein Raum, in der die Versorgungsleistung der Angehörigen psychisch kranker Menschen Anerkennung und Respekt erfährt und die Verzweiflung und Hilflosigkeit von Angehörigen gesehen und geteilt wird, wenn Patienten keine Krankheitseinsicht haben und sich nicht behandeln lassen. Gerade den Eltern psychisch kranker Menschen fällt es schwer, sich dann vielleicht auch aus eigener Fürsorge zu distanzieren. Angehörigengruppen dienen der Entlastung und geben oft die Erlaubnis, trotz der psychischen Erkrankung eines nahestehenden Menschen sein eigenes Leben leben zu dürfen.

Bei den Angehörigen forensischer Patienten kommt dem „mad-bad“-Dilemma durch die Straftat besondere Bedeutung zu mit einem damit verbundenen besonderen Stellenwert von Schuld- und Schamgefühlen. Angehörige forensi-

[2] Nach Bäuml et al.: Handbuch der Psychoedukation, Schattauer Verlag 2016

scher Patienten sind doppelt stigmatisiert, zum einen durch die psychische Erkrankung, zum anderen durch die Straftat (krank und kriminell!) und damit verbunden die Frage, ob ich als Angehöriger Schuld an der Entwicklung des psychisch kranken Menschen zum Straftäter habe. Straftaten werden oft medienwirksam vermarktet („Sex and crime sells.“) und Angehörige sowie betroffene Patienten sind diesem Einfluss oft schutzlos ausgeliefert. Die Gerichtsverhandlung ist in aller Regel öffentlich, wodurch sich Angehörige häufig zusätzlich stigmatisiert fühlen. Nicht selten sind die Angehörigen selbst auch Opfer der Straftaten und schwanken zwischen Gefühlen der Traumatisierung und Schuldgefühlen, ihre kranken Angehörigen vor Gericht zu belasten und so zu einer Verurteilung beizutragen.

Was wünschen sich die Angehörigen forensischer Patienten?

Die „Initiative Forensik“ (Bundesverband der Angehörigen) hat in einem Papier ihre Wünsche an die forensische Klinik festgehalten. Ein wichtiger Bereich ist die Erstinformation. Wenn Patienten in einer forensischen Klinik aufgenommen werden, ist das zunächst ein Schock für die Angehörigen, die sich meist mit den Regeln, die in solchen Einrichtungen gelten, nicht auskennen. Daher begrüßen es die Angehörigen, wenn sie Informationsblätter oder –broschüren bekommen, in denen die Modalitäten von Besuchen in der Forensik beschrieben sind inklusive der Besuchszeiten. Für die Angehörigen wären Kontaktadressen und telefonische Erreichbarkeiten für Rückfragen in der Klinik hilfreich sowie einen Hinweis und die Erreichbarkeit des Patientenfürsprechers der Forensik. In den Broschüren sollte beschrieben sein, dass Angehörige grundsätzlich in der Klinik willkommen sind, warum es aber in dem speziellen Kontext des Maßregelvollzugs bestimmter Regeln bedarf. Wenn der Sinn bestimmter Regeln verständlich gemacht werden kann, fällt es den Angehörigen leichter, diese Regeln auch einzuhalten. Auch in den Internetauftritten der Kliniken vermissen Angehörige einen entsprechenden Link mit Verweis auf wichtige Ansprechpartner und Termine wie beispielweise Angehörigengruppen. Die meisten Angehörigen wünschen sich ein einführendes Gespräch vor dem ersten Besuch.

Die „Initiative Forensik“ wünscht sich das Thema Angehörigenarbeit als Gegenstand der Fortbildung, um so die Mitarbeiter für die Situation und Nöte der Angehörigen zu sensibilisieren. In regelmäßigen fachlich unterstützten Gesprächsabenden soll die Kommunikation zwischen Angehörigen und Klinik sowie Angehörigen und Patienten verbessert werden. Die Klinik sollte soweit möglich die „Initiative Forensik“ bei der Bildung von Selbsthilfegruppen, der Werbung mit Plakaten und Flyern, der Suche nach lokalen Ansprechpartnern sowie geeigneten Räumlichkeiten und fachlichem Support unterstützen.

Erfahrungen und Ideen aus der Praxis

Gerade in einer forensischen Klinik als

hermetisch abgeriegeltem Bereich mit zunächst wenig Durchlässigkeit nach außen ist es wichtig, eine Willkommenskultur für die Angehörigen und bei den Mitarbeitern eine entgegenkommende Haltung zu etablieren. In der Wilfried-Rasch-Klinik in Dortmund haben wir gute Erfahrungen mit einer ausführlichen Informationsbroschüre mit dem Titel „Kuchen - nur originalverpackt“ als Türöffner für einen offenen und von gegenseitiger Wertschätzung geprägten Umgang gemacht. Im ersten Kontakt erhalten Angehörige alle wichtigen Informationen und Ansprechpartner in einer ansprechenden Aufmachung und nicht nur „Einzelblattsammlungen“ mit allem, was nicht erlaubt ist. Im Internetauftritt der Klinik ist diese Broschüre als PDF-Datei hinterlegt mit den Hinweisen auf die Terminangebote der Angehörigengruppe. Gute Erfahrungen haben wir mit Einladungen der Angehörigen zu Festen und Veranstaltungen der Klinik (Sommerfest, Theateraufführungen, Projektwochen, Veranstaltungen speziell für die Angehörigen und ihren Patienten) gemacht. Diese Veranstaltungen finden großen Zuspruch und Interesse, insbesondere, wenn es den Angehörigen ermöglicht wird, Einblicke in den Lebens- und Arbeitsbereich der Patienten zu bekommen. Im Rahmen solcher Veranstaltungen kann verdeutlicht werden, dass Angehörige als wichtiges Bindeglied nach draußen geschätzt und einbezogen werden. Der Zuspruch, den regelmäßige Angehörigengruppen bis zur Etablierung von Selbsthilfegruppen finden, ist noch ausbaufähig. Hier bedarf es möglicherweise der engeren und systematischen Zusammenarbeit mit der „Initiative Forensik“.

Unter der Frage: „Wie lebt mein Sohn in der Forensik?“ beschreibt die Mutter eines Patienten das Besondere des Angehörigentages in Dortmund: „Normalerweise sehe ich zuerst die Mauer, dann kommt die Eingangskontrolle und dann sitze ich mit meinem Sohn in einem kleinen Besucherraum - sein Zimmer hier in der Forensik habe ich heut zum ersten Mal gesehen.“

Im Alltag sind die Besuche der Angehörigen aus Sicherheitsgründen vielen formalen Einschränkungen unterworfen und auf bestimmte Besuchsräume, meist nicht die gemütlichsten Räume der Klinik, beschränkt. Sicherheit ist in einer forensischen Klinik zwar erforderlich, jedoch so unauffällig wie möglich. Die Angehörigenarbeit in der Forensik sollte trotz aller Schwierigkeiten einen Weg zu mehr gegenseitigem Verständnis beschreiten, um zu einer konstruktiven Kooperation aller Beteiligten zu gelangen. Nur so kann der Patient wirkungsvoll durch seine Angehörigen, oft die einzige „normale“ Verbindung zum Leben außerhalb der Klinik, unterstützt werden.

Fallvignetten

In den folgenden Fallvignetten werden aus Gründen der Schweigepflicht lediglich ein paar Prototypen von Angehörigen beschrieben; Ähnlichkeiten mit tatsächlichen Personen sind rein zufälliger Natur. Dabei soll zum Nachdenken angeregt werden, wie die Zusammenarbeit

mit diesen Angehörigen aussehen könnte.

Der „schwierige Angehörige“

Eine Mutter eines chronisch psychisch kranken Patienten des Maßregelvollzugs kann sich nicht mit der schweren Erkrankung ihres Sohnes abfinden. Der schwierige Verlauf seiner Erkrankung und die anhaltenden Symptome trotz neuroleptischer Behandlung werden als Versagen der Klinik angelastet. Der Sohn sei gar nicht krank, brauche keine Medikamente und werde von der Klinik zu Unrecht eingesperrt. Wie kann Angehörigenarbeit in diesem Fall aussehen? Eigentlich lehnt die Mutter die Zusammenarbeit mit der Klinik ab, möchte Wünsche erfüllt haben, die die Klinik so nicht erfüllen kann. Die Annäherung der unterschiedlichen Standpunkte ist ein mühsamer, teils sicher auch schmerzhafter Prozess.

Der Angehörige des „endlich gesundeten“ Patienten

Die Eltern eines psychisch kranken Patienten des Maßregelvollzugs erleben ihren Sohn, der auch lange Zeit nach seiner Unterbringung trotz neuroleptischer Behandlung ein stupurös-katatones Zustandsbild zeigte, in einem Theaterstück, in dem er die Hauptrolle spielt: „Endlich erleben wir unseren Sohn wieder so wie in der 12. Klasse auf dem Gymnasium vor seiner Erkrankung, als er in einer Schulaufführung mitspielte.“ Im Rahmen der psychischen Erkrankung kam es wiederholt zu aggressiven Verhaltensweisen gegenüber den Eltern, die sich seiner Angriffe mit zunehmendem Alter immer weniger erwehren konnten und schließlich schweren Herzens den Kontakt zum Sohn mehr oder weniger abgebrochen hatten. Erst die Unterbringung des Sohnes in der Forensik machte den Kontakt wieder möglich, die Eltern konnten sinnvoll und kreativ in den Rehabilitationsverlauf des Sohnes einbezogen werden.

Der „intellektuell leicht minderbegabte“ Angehörige

Im Rahmen sexueller Wünsche in der Pubertät und frühen Adoleszenz näherte sich der Patient mehrfach Kindern in sexueller Absicht, weil er sich nicht traute, zu gleichaltrigen Frauen Kontakt aufzunehmen. Der Anfang 20-jährige Patient stammt aus bürgerlich geordneten Verhältnissen. Die Eltern sind bemüht, ihrem Sohn das Beste in Schule und Beruf zu ermöglichen, um ihm gute Startvoraussetzungen für sein künftiges Leben zu bieten. Der jüngere, normal entwickelte Sohn kommt in der Aufmerksamkeit eher zu kurz, weil sich die Eltern um den „behinderten“ und verhaltensauffälligen Bruder kümmern. Das Jugendamt verweigert die Kostenzusage für Maßnahmen und Betreuungsformen, die die Eltern für den straffällig gewordenen Sohn einleiten möchten, um ihm eine Unterbringung im Maßregelvollzug zu ersparen, gleichzeitig aber auch um neue Delikte zu vermeiden. Welche Hilfen benötigt diese Familie? Die Eltern müssen sich von Schuld-, Scham- und Versagensgefühlen entlasten können.

Insbesondere die Schuld- und Versagensgefühle gehen in zweierlei Richtungen, einmal die des eigenen Sohnes und einmal in die Richtung der Opfer des Missbrauchs, für die Eltern ein großes ethisches Dilemma. Zusätzlich kommt das schlechte Gewissen gegenüber dem gesunden Sohn gegenüber, den die Eltern ihrer Meinung nach nicht ausreichend unterstützen, weil ihre Kräfte durch die Probleme mit dem auffälligen Sohn erschöpft sind. Auch der gesunde Sohn muss mit seinen Bedürfnissen gesehen werden, gerade auch in der Angehörigenarbeit in der Forensik, nicht nur die Eltern der Patienten sind Angehörige.

Autorin:

Ute Franz, Chefärztin der Forensik
im Klinikum Bremen-Ost,
Züricher Str. 40
28325 Bremen

Email:
ute-franz@klinikum-bremen-ost.de

Blind Date mit sich selbst – „blind“ gezeichnete Selbstporträts

Astrid Lenné, Gabriele Irle, Regine Kux ,Gabriele Hofweber, Josef Bäuml

Einleitende Vorbemerkung zum „Blind Date“ - Verfahren:

Es zählt zum natürlichen Selbstverständnis eines jeden Therapeuten, sich optimal in das subjektive Erleben eines Patienten einfühlen zu können. Durch Empathie und Vergegenwärtigung der potentiellen psychophysiologischen Hintergründe der auf den ersten Blick oft nicht verständlichen Symptomatik wird versucht, die eigentlichen Ursachen zu dechiffrieren. Bei schizophren erkrankten Menschen stoßen jedoch sowohl Empathie als auch Verstehen und Nachvollziehenkönnen an eine natürliche Grenze. So sehr wir versuchen, uns durch psychophysiologische Erklärungsmuster das Zustandekommen von halluzinatorischem Erleben und auch paranoiden Denkmustern zu erklären, so wenig kann dieses subjektiv oft sehr quälende und belastende Erleben von betroffenen Patienten nacherlebt werden. Die hier vorgestellte Methode des „Blinden Konturenzeichens“ ist der Versuch, das „taumelnde Vorantasten eines Patienten“ aus therapeutischer Außensicht konkret nachzuvollziehen. Bei diesem Experiment stoßen auch die Therapeuten an eine individuelle Grenze, die zunächst Unbehagen und Unsicherheit auslöst. Unter behutsamer und didaktisch kluger Anleitung von kunsttherapeutischen Profis kann es jedoch gelingen, hierbei sehr erhellende und bereichernde Erfahrungen zu machen. Dieses sich Alleingelassenfühlen während des zeichnerischen Prozesses angesichts der fehlenden optischen Orientierung repräsentiert ansatzweise das oft hilflose Versuchen von Betroffenen, sich innerhalb des psychotischen Erlebens in der Welt zu orientieren.

Dieser kunsttherapeutische Exkurs in das „Blinde Sehen“ ist eine sehr gute Methode, um sich die Hilflosigkeit psychotisch erkrankter Menschen besser vorstellen zu können. Gleichzeitig wird aber auch eine Ahnung vermittelt, dass durch längere Erfahrung und „Übung“ eine gewisse Routine im Umgang mit psychotischem Erleben entstehen kann. Dieses Sich-Einlassen auf das „blind Date“ hilft uns, sowohl die Probleme der Erkrankten besser verstehen als auch deren natürliche Ressourcen besser nachvollziehen und wertschätzen zu können.

Im nachfolgenden Beitrag wird diese Perspektive sehr anschaulich und didaktisch klug vorgestellt und es bleibt zu hoffen, dass sich möglichst viele Therapeuten diesem Selbstexperiment des „Blind Zeichnens“ stellen!

Astrid Lenné et al

Zusammenfassung

Das „blinde“ Konturenzeichnen ist eine Methode, die den Zeichner in einen besonderen Wahrnehmungszustand versetzt. Dabei verlässt er sein System verallgemeinernder Schemata und „schaltet um“ in einen Zustand, der unvoreingenommenes und intuitives Zeichnen ermöglicht. Ausgehend von den Ergebnissen eines kleinen zeichnerischen Selbstversuchs, dem sich die Teilnehmer des vergangenen gfts-Kongresses[1)] unterziehen konnten, geben die Verfasserinnen in diesem Aufsatz zunächst einen Einblick in die Methode und die dahinter stehende künstlerische Haltung. Sie beleuchten verschiedene Besonderheiten des „Blind“-Zeichnens im kunsttherapeutischen Kontext. Es wird erklärt, warum das „blinde“ Sehen für Künstler eine Art „Warm Up“ für das eigentliche künstlerische Arbeiten sein kann, während diese Methode bei an Schizophrenie erkrankten Menschen kontraindiziert ist.

„Blind“ gezeichnete Selbstporträts als Experiment im Rahmen des gfts-Kongresses 2016

Die Begegnung ist eigenartig, unerwartet und unbequem. Der junge Mann schaut in den kleinen Klappspiegel und erkennt das eigene Spiegelbild. Jetzt gilt es, diesen Blick und Anblick auszuhalten. Allein das ist schon eine Herausforderung. Nun soll er sich selbst porträtieren – und zwar ohne den Blick vom Spiegelbild abzuwenden. Er arbeitet wie blind, denn das Geschehen auf dem Papier sehen kann er nicht. Es erfordert Mut. Denn diese Form der Begegnung mit sich selbst ist ein Wagnis, das dem Zeichner abverlangt, Gewohntes zu verlassen und Kontrolle abzugeben.

Dabei sieht es auf den ersten Blick harmlos aus: ein Stift und ein kleines, quadratisches Papier, auf dem das eigene Antlitz mit wenigen Strichen festgehalten wird. Doch durch das Nicht-Hinsehen wird die vermeintlich einfache Aufgabe kompliziert. Da man die Begrenzungen des Blattes beim „blinden“ Zeichnen nicht sieht, verliert man schnell die Orientierung. Es ist, als würde man einen fensterlosen Raum betreten. Im Hellen fühlen wir uns sicher, haben eine Vorstellung von Größe und Abmessung der Umgebung. Wird jedoch das Licht ausgeschaltet, scheint sich der Raum auszudehnen. Unseres Sehvermögens beraubt werden wir auf uns selbst zurückgeworfen und tasten Halt suchend an den Wänden entlang. Vielleicht gelingt es nach einiger Zeit aber auch loszulassen und wie ein „blinder Schwimmer“ [1] voranzutreiben, auf eine besondere Art unvoreingenommen, also ohne bestimmte Annahmen darüber, was kommen wird. Jetzt könnte in jedem Moment alles geschehen: Wir könnten über etwas stolpern, eine Stufe vielleicht, eine Unebenheit, ein Loch, eine weitere Wand, eine Begegnung mit jemandem oder etwas Anderem.

Vermutlich haben sich die Teilnehmer des gfts-Kongresses [2] so gefühlt, als sie sich in den Veranstaltungspausen am Informationsstand von Ariadne e.V. (siehe Kasten Seite 37) auf das Experiment des „blinden“ Porträtzeichnens ein-

1) Workshop VI, gehalten auf dem gfts-Kongress „Angehörige als Ressource in der Behandlung schizophren erkrankter Menschen“ am 6.10.2016 in München

gelassen haben. Man kann die Linien mit der unsichtbaren Spur der vorsichtig tastenden Fingerspitzen eines Blinden an einer Wand vergleichen, welche die mutigen Zeichner auf den kleinen quadratischen Formaten hinterlassen haben. Die blind gezeichneten Selbstporträts wirken auf den ersten Blick befremdlich (siehe Abbildungen Seite 33). Sie entsprechen nicht den Sehgewohnheiten des Betrachters und fügen sich in kein bekanntes Schema. Wie soll sich ein Betrachter zurechtfinden mit all den zittrigen und unbeholfenen Linien? Manches kommt einem im wahrsten Sinne des Wortes ver-rückt vor, z.B. dann, wenn der Mund verrutscht ist oder sich die Augen außerhalb des Gesichts befinden.

Blindes Zeichnen

Tatsächlich beruhen Linien, die auf eine solche Art „blind“ gezeichnet werden, auf einer anderen, genaueren und wenn man so will realitätsnäheren Wahrnehmung, eben weil sie das System allgemeiner Schemata verlassen. Für viele Dinge haben wir bereits eine Art Schablone im Kopf, so etwa dafür, wie eine Nase oder ein Mund auszusehen haben. Diese Muster nützen uns in vielen Situationen im Leben. Wenn wir ein Gesicht anschauen und abzeichnen, benutzen wir eine Art Voreingenommenheit, ein Sehen vor dem Sehen. Wir denken an den entsprechenden Stellen auch „Nase“ oder „Mund“ und bilden dann eher unsere erlernten Muster oder bekannten Vorstellungen von diesen Körperteilen ab, anstatt diese Formen wirklich wahrzunehmen. Wir müssen dem Objekt begegnen, als sähen wir es zum ersten Mal. Um das Denken in Schablonen oder Stereotypen zu umgehen und Dinge in diesem Sinne „wirklich“ wahrnehmen zu können, müssen wir lernen, Gesehenes wieder ungesehen zu machen und uns in einen Modus des kindlichen Erstaunens zurückzuversetzen. Eine Methode, mit der wir in einen solchen Wahrnehmungszustand kommen können, ist das „blinde“ Zeichnen.

Solche experimentell entstandenen Zeichnungen wirken meist spontan, manchmal etwas ungelenk, aber immer sehr lebendig. Betty Edwards, die Autorin von „Garantiert zeichnen lernen“, nimmt an, dass das Gehirn bei experimentellen Übungen – insbesondere bei dem von ihr vorgestellten blinden Konturenzeichnen – vom kategorisierenden Modus der linken Gehirnhälfte auf die ganzheitlich ausgerichtete rechte Gehirnhälfte umschaltet: „Beim Blinden Konturenzeichen interessieren wir uns für Qualität und Eigenart der einzelnen Striche. Die Striche und Linien, diese lebendigen Hieroglyphen sind Aufzeichnungen von Wahrnehmungen. Nirgends in den Zeichnungen finden wir den glatten, stereotypen Strich der flüchtigen, raschen Arbeitsweise des L-Modus. Hier sehen wir detaillierte, „sprechende“, intuitive Zeichen als Reaktion auf das Ding als solches, das Ding, wie es da draußen existiert (...). Blinde Schwimmer, die gesehen haben – und sehend zeichneten!“ [3] Für Betty Edwards hat sich das blinde Konturenzeichnen als eine der entscheidenden Übungen für das Zeichnen erwiesen.

Abb 1: „Blind“ gezeichnete Selbstportraits

Mit ein wenig Übung kann es gelingen, Augen und Zeichenstift so zu synchronisieren, dass der Stift weniger eine Gesamtform erfasst, sondern jede Einzelheit festhält, die die Augen im selben Moment achtsam abtasten. Hand und Stift fungieren dann als Seismograph dieser Berührung mit den Augen, die Millimeter für Millimeter ziellos mäandernd dem Verlauf von Linien folgt, die sich permanent verzweigen und deren Richtung sich in jedem Moment ändert.[4] Auf dem Zeichenpapier wiederholt sich dieses „Streicheln“, denn man fühlt sich an Emmanuel Levinas erinnert, der schreibt: „Es ist nicht das Samtweiche oder die angenehme Wärme dieser in der Berührung gegebenen Hand, die von der Liebkosung gesucht wird. Dieses Suchen der Liebkosung stellt gerade dadurch, dass die Liebkosung nicht weiß, was sie sucht, ihr Wesen dar. Dieses ‚nicht wissen‘, dieses grundlegende Nicht-hingeordnet-sein-auf ist das Wesentliche an ihr.“[5] Es zeigt sich dann eine äußerst komplexe, sich in immer kleinere Details entfaltende Struktur, die Ähnlichkeit zum Phänomen der Fraktale aufweist. [6] Die Selbst-Be-

gegnung der Ariadne-Besucher war demnach keine oberflächlich flüchtige Erfahrung, sondern eine, die berührte, die von spürbarer Nähe und Intensität geprägt war.

Mit den blinden Augen des Künstlers

Viele routinierte Künstler schalten manchmal eine kurze Übung nach der Methode des „Blinden Konturenzeichnens“ ihrer eigentlichen künstlerischen Arbeit vor, um sich in diesen besonderen Wahrnehmungsmodus zu versetzen.[7] Kunsttherapie hat jedoch nicht zum Ziel, das Zeichnen als Handwerk zu lehren. Aus der Auseinandersetzung mit der Bedeutung des Sehens mit den „blinden“ Augen eines Künstlers ergibt sich ein therapeutisches Potenzial.
Das widersprüchliche Verhältnis von künstlerischem Sehen und Blindheit kommt in der kunsttheoretischen Abhandlung von Jaques Derrida „Aufzeichnungen eines Blinden. Das Selbstporträt und andere Ruinen“ [8] besonders schön zum Ausdruck. Er vertritt darin die These, dass der Zeichner, indem er Blinde zeichnet, immer gleichzeitig auch selbst porträtiert, während Selbstporträts bildender Künstler diese immer zugleich auch als Blinde zeigen. Er vergleicht die Erfahrung der eigenen geistigen Blindheit gegenüber der Sichtbarkeit der Welt mit einem Sehen unter Tränen, die zwar den Blick buchstäblich verschleiern, die aber auch den Ursprung und die Möglichkeit der Zeichnung ausmachen: „Indem man Weinende […] zeichnet, sucht man vielleicht die Augen zu entschleiern; ihnen Worte zu verleihen, ohne sie beim Sehen zu zeigen; sich zu erinnern; das auszusprechen, was in den Augen und folglich in den Zeichnungen der Menschen nichts zu tun hat mit dem Sehen“.[9] Tränen, die sehen? Vielleicht gelingt es dem Leser, die abgedruckten Porträts nicht mit abgeklärtem, wissenden Blick, sondern durch einen solchen fragenden Schleier hindurch anzuschauen.

„Blind“ in der Kunsttherapie

„Blind“ zu zeichnen bedeutet auch, sich auf etwas einzulassen ohne das Wissen, worauf das Tun letztlich hinausläuft. Das gilt für die Kunst und generell für das Leben. Hier liegen die spezielle Kompetenz und das besondere Potenzial der Kunst in der Therapie. Denn ein Wesensmerkmal der Kunst ist ihre Zweckfreiheit. Vielleicht sind die nach dem gfts-Kongress verbliebenen und hier abgedruckten kleinen Zeichnungen auch ein Beleg für eine solche künstlerische Erfahrung. Die Zeichner haben erlebt, dass sich in den Linien auf dem Papier etwas vergegenständlicht, dessen Bedeutung und Sinn unklar sind. Diese Funktionslosigkeit des künstlerischen Tuns wird in der Kunsttherapie auf eine besondere Art funktionalisiert. So hat man in therapeutischen Situationen, in denen es Patienten nicht möglich ist, über ihr Innerstes zu sprechen, ein Bild mit einem ganz ähnlichen blinden Sinn- und Bedeutungs-Fleck.

Der Wahrnehmungsmodus des „blinden“ Sehens hat allerdings unterschiedliche Ausprägungen. Auf der einen Seite gibt es den erstrebenswerten Zustand des

Sehens mit den „blinden“ Augen des Künstlers, den man reflektiert und in den man sich aus freien Stücken begibt. Diese Art der Wahrnehmung hatten wir beschrieben als eine staunende Suche, die bestehende Begriffe oder Gesamtbilder auflöst, fragmentiert, sich ziellos und labyrinthisch vorantastet, sich achtsam kleinsten Details widmet. Bei psychisch erkrankten Patienten gibt es vermutlich einen vergleichbaren Zustand, der aber nicht frei wählbar ist und aus dem man ohne Hilfe nicht herauskommt: die psychopathologischen Denk- und Wahrnehmungs-Störungen, wie das umständliche Denken, zerfahrene Denken und Begriffszerfall. „In der Psychose wirkt alles verändert, wie „gestellt“, jedes noch so nebensächliche Detail kann eine ungeheure Wichtigkeit bekommen, der Realitätsbezug geht verloren. Die sich aus dieser Störung ergebenden Symptome und Verhaltensweisen sind vielfältig und für Außenstehende oft kaum nachvollziehbar. So wird v.a. die Grenze zwischen Innen- und Außenwelt nicht mehr eindeutig wahrgenommen, die Umwelt erscheint unwirklich (Derealisation), aber der Kranke ist auch sich selbst fremd (Depersonalisation). Das Denken wird ungeordnet (inkohärent), Gedanken wirken wie eingegeben oder werden scheinbar entzogen, „reißen ab“. Häufig finden sich Wahnvorstellungen, z.B. eine besondere, jedoch verborgene Beziehung (zu einem prominenten Menschen) oder Bedeutung zu haben oder bedroht zu werden. Auch Sinnestäuschungen (Halluzinationen, z.B. das Hören von Stimmen) treten dabei auf. Die Stimmung ist oft unangemessen heiter, gedrückt oder angespannt und kann rasch wechseln.“[10]

Kunsttherapeuten müssen daher sorgfältig abwägen, ob und in welcher möglicherweise angepassten Form sie das „blinde“ Zeichnen als Methode in der Therapie einsetzen oder durch mehr haltgebende Ansätze ergänzen. Auf den Punkt gebracht: Der für den Künstler erstrebenswerte R-Modus ist für manche psychisch Kranke der normale Zustand. Die Wahrnehmung zerfällt in einzelne Bestandteile, die der Patient im akuten Zustand nicht wieder zusammentragen kann. Hier gilt es stützende, äußere Elemente anzubieten, wie z.B. einen Rahmen oder ein quadratisches Format. „In seiner Gestaltung zeigt der psychotische Patient ungeschützt all das, was sich in seinem Innern an verwirrenden und chaotischen wahnhaften Geschehen abspielt. […] Hier liegt der therapeutische Schwerpunkt v.a. auf der aufmerksamen, verstehenden Akzeptanz der Gestaltung. Nicht das Defizitäre und Kranke wird im Mittelpunkt der therapeutischen Intervention stehen, sondern die, selbst in der fragmentierten psychotischen Darstellung enthaltene progressive Entwicklungsmöglichkeit. Nur dies wird das Ziel einer stützenden kunsttherapeutischen Intervention sein. Der Patient erlebt es als entlastend, wenn der Therapeut das überflutende Chaos im Bild auch einen Reichtum nennt, aus dem, wie bei der Erschaffung der Welt immer wieder lebendige Ordnung neu entstehen wird!“ [11]

Zudem übernimmt das mit greifbarem

handfesten Material (Farben, Kreiden, Stiften usw.) gestaltete Bild während der akuten Psychose wichtige Funktionen: „Der Überflutung von ‚inneren Bildern', denen der Patient in dem entgrenzenden, ‚kosmischen' Erleben der wahnhaften Störung ausgesetzt ist, wird zum einen auf der begrenzten Fläche des Papiers Ordnung und Struktur entgegengesetzt. Zum anderen bringt kreative Tätigkeit Entlastung von überflutenden und chaotischen inneren Bildern und ermöglicht die Fixierung des Wahnhaften auf die Grenzen eines bildnerischen Objekts. Dadurch vollzieht sich die Wandlung des diffusen Wahnerlebens zu dem sichtbaren Gegenüber der Gestaltung."[12] Das gestaltete Bild ist damit eine Entäußerung, es schafft eine „Distanz, die es ermöglicht, über die Bildaussage dem Unbegreiflichen der Psychose einen Aspekt des ‚Begreifens' abzugewinnen. Schon dadurch kann die autistische psychotische Isolation des Kranken gemildert werden. […] Das reale Tun mit realen Materialien fördert die erhalten gebliebene Möglichkeit der Artikulation eines sonst unsagbaren inneren Erlebens, selbst bei zerfallender Sprache und psychotischem Ich-Verlust".[13]

In der Kunst ist das „blinde" Sehen nicht nur ein Modus der Wahrnehmung, in den man sich phasenweise freiwillig hineinbegeben kann. Das „blinde" Sehen beschreibt eine ganz grundsätzliche künstlerische Arbeits- und auch Lebenshaltung. Auch in der Kunsttherapie ist das „blinde" Sehen nicht nur eine von vielen möglichen Methoden. Vielmehr spiegelt sich dieser Wahrnehmungsmodus auch in der Grundhaltung des Therapeuten. Er begegnet dem Patienten und dessen Bildern fragend, zugewandt, nicht-wertend und dem Rätselhaften gegenüber offen. Der Therapeut wird selbst zum „blinden Schwimmer" beim Hineinspüren und Sich-Hineinbewegen in die Bilder, die er, so formuliert es Gisela Schmeer, mit Intuition, Bescheidenheit und therapeutischer Neugier wie entlang der labyrinthischen Struktur innerhalb eines Fraktals erforscht. [14]

Anmerkungen und Literatur

[1] „Der blinde Schwimmer" ist der Titel eines Gemäldes von Max Ernst aus dem Jahre 1934.

[2] gfts-Kongress 2016 mit Tagung des Referates Familientherapie an der TU München „Angehörige als Ressource in der Behandlung schizophren erkrankter Menschen".

[3] Edwards, Betty: Garantiert zeichnen lernen, Rowohlt Tb., 2000, S. 125 – 126.

[4] Ebenda, S. 121.

[5] Levinas, Emmanuel: Die Zeit und der Andere, Felix Meiner Verlag München, 2003, S. 60.

[6] Edwards, Betty: Garantiert zeichnen lernen, Rowohlt Tb., 2000, S. 125.

[7] Ebenda, S. 123.

[8] Derrida, Jacques: Aufzeichnungen eines Blinden. Das Selbstporträt und

andere Ruinen, Wilhelm Fink München, 2. Aufl. 2008.

[9] Ebenda, S. 123.

[10] F. von Spreti, P. Martius, H. Förstl (Hrsg.): Kunsttherapie bei psychischen Störungen, Elsevier München, 2. Auflage 2012, S. 52.

[11] F. von Spreti, P. Martius, H. Förstl (Hrsg.): Kunsttherapie bei psychischen Störungen, Elsevier München, 2. Auflage 2012, S. 65

[12] Ebenda, S. 61.

[13] Ebenda, S. 62.

[14] Schmeer, Gisela: Zum Stellenwert der Sprache in der Kunsttherapie, in: Die Kunst der Kunsttherapie, Bd. 2, Aus der Mitte, Dresden, 2005, S. 183

Ariadne e.V.

Ariadne, die schöne Tochter des Königs von Kreta, gab dem Athener Theseus ein Fadenknäuel in die Hand und half ihm damit das gefährliche Ungeheuer Minotaurus zu erlegen und aus den verschlungenen Gärten des Labyrinths wieder ins Freie zu gelangen. So möchte Ariadne e.V. Menschen mit einer psychischen Erkrankung einen Faden der Hoffnung zuwerfen, damit sie wieder Selbstvertrauen zurückgewinnen, ihre verbliebenen Fähigkeiten nutzen können, Unterstützung erhalten ein eigenständiges Leben zu führen und am gesellschaftlichen Leben teilhaben können.
Der Verein bietet verschiedene Angebote für Menschen in seelischen Krisen, wie ambulant betreutes Wohnen, gerontopsychiatrische Betreuungsgruppen, Angehörigengruppen, eine Sprechstunde für Kinder mit einem psychisch erkrankten Elternteil sowie verschiedene künstlerische, musische und kulturelle Projekte.

Ariadne – Verein zur Hilfe für Alterskranke und seelisch Kranke e.V.
Vorsitzender: Prof. Dr. med. Josef Bäuml
Sitz: Klinikum rechts der Isar, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ismaninger Str. 22, 81675 München
Tel. 089 4140 4268, info@ariadne-ev.de
Spendenkonto:
IBAN DE46 7002 0270 6860 1342 90
BIC: HYVEDEMMXXX, HypoVereinsbank München
Weitere Infos unter www.ariadne-ev.de

AutorInnen:

Astrid Lenné; Dr. Gabriele Irle, Dipl.-Des.; Regine Kux, M.A.
Gabriele Hofweber, Dipl. Soz. Päd; Josef Bäuml, Prof. Dr. med.
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum rechts der Isar der TU München
Ismaninger Straße 22, 81675 München

Bewältigungsorientierte Therapie (BOT) für Patienten mit schizophrenen Psychosen und ihren Angehörigen

Annette Schaub[1], Kim T. Mueser[2], Thomas von Werder[1], Rolf Engel[1], Hans-Jürgen Möller[1], und Peter Falkai[1]

Schlüsselwörter:

Schizophrene Psychosen, Bewältigungsorientierte kognitiv-behaviorale Therapie, Psychoedukation, supportive Therapie, Krankheitsbewältigung, Angehörigengruppe, Effektivität

Keywords: schizophrenia, coping cognitive-behavioural therapy, psychoeducation, supportive therapy, illness management, groups for relatives, effectiveness

Zusammenfassung

Hintergrund: In den letzten 30 Jahren haben Psychoedukation und kognitive Verhaltenstherapie in der Behandlung von Psychosen an Bedeutung gewonnen, jedoch weiß man noch wenig über die Langzeiteffekte von stationären Behandlungskonzepten, die nach Symptomexazerbation durchgeführt werden. Diese kontrolliert randomisierte Studie vergleicht daher die Langzeiteffekte einer bewältigungsorientierten Gruppentherapie (BOT), die Krankheitsbewältigung mit kognitiv-behavioraler Therapie für Psychosen kombiniert, mit einer supportiven Gruppentherapie (SUP) bei gleicher Behandlungsintensität. In beiden Bedingungen konnten auch die Angehörigen an separaten psychoedukativen Gruppen teilnehmen.

Methode: 196 Patienten mit Diagnosen aus dem schizophrenen Formenkreis nach DSM-IV wurden zur BOT oder SUP randomisiert, die jeweils 12 Sitzungen über 6-8 Wochen dauerte. Psychopathologische Symptome, psychosoziales Funktionsniveau und Wissen über die Erkrankung wurden als Eingangsdiagnostik sowie als Post-, 1 und 2 Jahres-Follow-up Werte erhoben. Zusätzlich wurde die Anzahl der stationären Aufenthalte aufgeführt.

***Ergebnisse*:** Intent-to-treat Analysen zeigten ein größeres Wissen über die Erkrankung und eine größere Reduktion der Gesamtsymptomatik sowie der Depression/Angst-Werte bei Teilnehmern der BOT im Vergleich zu Teilnehmern der SUP. In beiden Bedingungen verbesserte sich das psychosoziale Funktionsniveau signifikant und die Rehospitalisierungsrate fiel vergleichsweise niedrig aus. Die Teilnahme an zusätzlichen psychoedukativen Angehörigengruppen betrug 20% in der BOT- und 15% in der SUP Gruppe.

Schlussfolgerung: Patienten mit schizophrenen Störungen können bereits während der stationären Behandlung von kurzzeitigen Gruppeninterventionen profitieren, deren positive Ergebnisse selbst zwei Jahre nach Entlassung aus der Klinik nachweisbar sind. Aufgrund der geringen Teilnahme an den Angehörigen-

1) Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig Maximilian Universität München, München, Deutschland
2) Center for Psychiatric Rehabilitation, Boston University, Boston, MA, U.S.

gruppen hatten diese nur einen marginalen Effekt auf das Ergebnis. Es bedarf mehr Forschung, um Angehörigengruppen effizient zu etablieren und um die Langzeiteffekte von Gruppeninterventionen wie der bewältigungsorientierten Therapie oder vergleichbaren Angebote sowie der synergetischen Effekte bei additiver Angehörigenarbeit im stationären Setting zu evaluieren.

Coping-orientated treatment (COP) in schizophrenia for patients and their relatives

Objective: Over the past 30 years, illness management programs and cognitive-Behavioral therapy for psychosis have gained prominence in the treatment of schizophrenia, however, little is known about the long-term benefits of these types of programs when delivered during inpatient treatment following a symptom exacerbation. We therefore conducted a randomized controlled trial comparing the long-term effects of a group-based coping-oriented program (COP) that combined the elements of illness management with cognitive behavioral-therapy for psychosis, with an equally intensive supportive therapy (SUP) program. In both conditions relatives could also attend distinct psychoeducational groups.

Method: 196 inpatients with DSM-IV schizophrenia were randomized to COP or SUP, each lasting 12 sessions provided over 6–8 weeks. Data about psychopathological symptoms, psychosocial functioning and a test of knowledge about the disorder was collected in the hospital at baseline and post-assessment and following discharge into the community 1 and 2 years later. We compared the groups on rehospitalization, symptoms, psychosocial functioning, and knowledge about psychosis. Relatives in both conditions could attend at distinct psychoeducational groups.

Results: Intent-to-treat analyses indicated that patients in COP learned significantly more information about psychosis, and had greater reductions in overall symptoms and depression/anxiety over the treatment and follow-up period than patients in SUP. Patients in both groups improved significantly in other symptoms and psychosocial functioning. There were no differences between the groups in hospitalization rates, which were low. The rate of relatives attending distinct psychoeducational sessions was 20% at COP and 15% at SUP.

Conclusions: People with schizophrenia can benefit from short-term COPs delivered during the inpatient phase, with improvements sustaining for 2 years following discharge from the hospital. Due to the low number of relatives attending distinct psychoeducational groups there was only a marginal effect on outcome. More research is needed how to implement groups for relatives more effectively as well as to evaluate the long-term impact of coping-oriented and similar programs and its synergetic effects when adding groups for relatives provided during inpatient treatment.

Einführung

Die Psychopharmakotherapie spielt in

der Behandlung schizophren erkrankter Patienten eine wichtige Rolle. Dennoch können viele Patienten von einer zusätzlich angebotenen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Interventionen profitieren: viele Patienten sind nur bedingt mit einer pharmakologischen Behandlung einverstanden und 20-30% erleiden trotz Pharmakotherapie einen Rückfall [Kane et al., 2010]. Psychotherapeutische Angebote fokussieren auf Probleme in der Krankheits- und Symptombewältigung, auf soziale Defizite sowie auf persistierende positive und/ oder negative Symptome [Möller et al., 2011]. Bahnbrechend für die Psychotherapie schizophrener Erkrankungen war das mehrschichtige interaktive Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Kompetenz-Modell [Nuechterlein et al., 1992] und das transtheoretische Modell [Prochaska und DiClemente, 1984]. Im ersten Modell interagieren persönliche Vulnerabilitätsfaktoren wie Störungen der Informationsverarbeitung mit potenzierenden und belastenden Umweltfaktoren. Durch die Interaktion der verschiedenen Einflussfaktoren kann das System destabilisiert werden und nach Überlastung der Verarbeitungskapazität treten Frühwarnsignale (Prodromi) oder sogar psychotische Symptome auf. Dieses Modell bildet die Basis für ein „funktionales Krankheitsmodell“, das all jene Kognitionen umfasst, die dem Patienten helfen, seine Krankheit besser zu verstehen und zu realisieren, wie er diese positiv beeinflussen kann [Süllwold und Herrlich, 1998]. Die High Expressed Emotion (HEE) Forschung zeigt, dass das Rezidivrisiko bei der Rückkehr ehemals stationärer Patienten in ein hochemotionales Familienumfeld, das durch hohe Kritikbereitschaft und vereinnahmende Überfürsorge gekennzeichnet ist, deutlich höherer liegt als bei weniger emotionalen Familien [Checknicki et al., 2013; Patterson et al., 2005; Giron et al., 2015]. Persönliche Bewältigungsstrategien, das Vertrauen in eigene Kompetenzen (Selbsteffizienz) sowie die antipsychotische Medikation, aber auch protektive Umweltfaktoren wie familiäres Problemlösen und unterstützende psychosoziale Interventionen können den Verlauf einer schizophrenen Erkrankung positiv beeinflussen. Ansatzpunkte psychotherapeutischer Interventionen sind in diesem Fall eine Verbesserung der kognitiven und sozialen Funktionen, der Bewältigungskompetenzen und der Mitarbeit bei der pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung, aber auch die Modifikation der Kommunikations- und Problemlösefertigkeiten im familiären Bereich.

In den vergangenen Jahrzehnten dominierte eine erhebliche Scheu, Patienten über ihre Erkrankung zu informieren, da man Symptomverschlechterungen befürchtete [Schaub, 1993]. In den letzten 30 Jahren haben psychoedukative bzw. bewältigungsorientierte Ansätze stark an Bedeutung gewonnen [Bäuml et al. 1996; Bäuml und Pitschel-Walz, 2008; Schaub, 2008; Schaub et al., 2016], die den Betroffenen als Co-Experten seiner Erkrankung ernstnehmen. Der Begriff Psychoedukation [Anderson et al., 1980] wurde erstmals bei einem Multifamilienansatz angewandt, um insbesondere der didaktischen Informationsvermittlung ü-

ber die Erkrankung und ihrer Behandlungsmöglichkeiten Rechnung zu tragen. Im Weiteren konnten die Betroffenen selbst an solchen Gruppen teilnehmen, um das Krankheitsverständnis, den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit und die aktive Zusammenarbeit zu fördern [Bäuml und Pitschel-Walz, 2008]. Inhalte umfassen Informationen über die Krankheit, ihre Symptomatik, Diagnostik, Ursachen und die antipsychotische Akut- und Rückfallprophylaxebehandlung, sowie eine emotionale Entlastung der Teilnehmer. Ansätze zur Krankheitsbewältigung [Herz et al., 2000; Liberman und Kopelowicz, 2009; Schaub et al., 1998a, Schaub et al., 1998b; Gingerich und Mueser, 2009] wurden entwickelt. Psychoedukative Ansätze hatten zum Ziel die Behandlungsadhärenz mit der Pharmakotherapie zu optimieren, um den Umgang mit Belastungen und chronischen Symptomen sowie die Rückfallprävention zu verbessern.

Die Kognitive Verhaltenstherapie für Patienten mit Psychosen zeigt Überschneidungen mit Ansätzen zur Krankheitsbewältigung (engl. illness management), da beide Ansätze effektive Strategien im Umgang mit Belastungen und chronischen Symptomen vermitteln [Mueser et al., 2002; Schaub, 2002], jedoch fokussiert erstere stärker auf Psychoedukation und letztere auf Techniken der kognitiven Umstrukturierung zur Veränderung individueller Überzeugungen und Bewertungen über ihre Symptome, Fähigkeiten oder wie andere Menschen sie bewerten [Beck et al., 2009; Fowler et al., 1995; Kingdon und Turkington, 2004; Morrison et al., 2004]. Metaanalysen haben die Wirksamkeit der psychoedukativen Interventionen (Xia et al., 2011) und der KVT (Jones et al., 2012) insbesondere bei ambulanten Patienten mit schizophrenen Störungen belegt und verweisen auf eine vergleichbare Wirkung von individuellen und Gruppentherapien [Wykes et al. 2008].

Die bewältigungsorientierte Therapie (BOT) umfasst Psychoedukation, die Vermittlung effizienterer Bewältigungsstrategien, und kognitive Umstrukturierung [Schaub et al., 1997]. Adaptivere Strategien zur Bewältigung der Erkrankung beziehen sich auf eine größere Vielzahl an Bewältigungsstrategien im Gegensatz zu den gewöhnlich angewandten kognitive-verhaltenstherapeutische oder psychoedukativen Strategien. Dieser Ansatz wurde in den Universitätskliniken Bonn und Bern entwickelt [Schaub et al., 1997] und in München in einer modifizierten Fassung an einer größeren Stichprobe evaluiert [Schaub et al., 2016]. Er fokussiert auf Patienten mit Schizophrenie-Spektrum Störungen, die wegen einer vorangegangen ersten psychotischen Episode oder Symptomverschlechterung stationär aufgenommen und nach Stabilisierung ambulant weiterbehandelt wurden [Schaub et al., 1997]. Nach den ermutigen Ergebnissen der Pilotstudie, die die Umsetzbarkeit und Effizienz des therapeutischen Vorgehens im Hinblick auf klinische und psychosoziale Effekte zeigte [Schaub, 1998], führten wir eine randomisierte kontrollierte Studie durch, in der wir die BOT mit einer weniger strukturierten supportiven Therapie (SUP) [Buckley, Maayan, Soares-

Weiss et al., 2015] verglichen. In dieser konnten die Patienten auch an sozialen Interaktionen teilnehmen und erhielten emotionale Unterstützung, jedoch wurden weder Psychoedukation und das Vermitteln von Bewältigungsstrategien noch Techniken der kognitiven Umstrukturierung angewandt.

Wenn Familienmitglieder eines Erkrankten zu stark psychisch und physisch belastet sind, kann dies ihre persönliche Leistungsfähigkeit und Lebensqualität sowie die Stabilität ihres Familienlebens beeinträchtigen. Angehörige berichten über Ängste aufgrund von Informationsdefiziten, Unsicherheit und Überforderung im Umgang mit Symptomen (> 80%), Gefühle der Überforderung und der fehlenden Wertschätzung (60-70%), Ängste vor Einschränkungen der persönlichen Autonomie und vor Rückfall und Suizid (40-50%) sowie über Schwierigkeiten (9%) bei der Beurteilung des Verhaltens des schizophren erkrankten Angehörigen („mad or bad"?), was zu Ärger und Enttäuschung führen kann (Schmid et al. 2005) . Die wesentlichen Bestandteile der Angehörigenarbeit umfassen daher Psychoedukation über die Erkrankung und ihre Behandlung, die Förderung der Bereitschaft sich auf die psychiatrischen Behandlung im Sinne einer Behandlungsadhärenz einzulassen, die Vermittlung von Kommunikations- und Problemlösestrategien, den Erwerb spezieller Fertigkeiten im Stress- und Konfliktmanagement sowie im Frühsymptom- und Krisenmanagement zur Vermeidung von Rezidiven.

Die Wirksamkeit von familienbezogenen Interventionen haben sich in Studien und Metaanalysen als wirksam erwiesen [z.B. Herz et al., 2000; Mueser et al. 2013; Pharaoh et al. 2010; Pitschel-Walz et al., 2001]. Die Schizophrenie Richtlinie des Nationalen Instituts für Klinische Exzellenz NICE [2014] empfiehlt familienbezogene Interventionen in den akuten Phasen der Erkrankung und zur Symptomreduktion bei chronisch Erkrankten. Forschungsergebnisse zur behavioralen Familientherapie zeigten eine Reduktion des Stresserlebens, eine signifikante Abnahme von Rückfällen im Vergleich zur Standardversorgung sowie eine positive Wirkung auf den Genesungsprozess. Während in den 70er Jahren das familientherapeutische Vorgehen dominierte [Falloon et al., 1987], haben seit 40 Jahren auch Angehörigengruppen ihre Effektivität bestätigt [Schooler et al., 1997]. Die Teilnahme schwankt in der Arbeitsgruppe von Kissling und Bäuml von 67% [Bäuml et al., 1996] über 33% [Pitschel-Walz et al., 2013] bis zu 21% [Rummel-Kluge et al., 2006].

Dieser Artikel beschreibt die 2-Jahres-Katamnese der BOT-Studie unter Einbezug der Patienten, die aufgrund einer Erkrankung aus dem schizophrenen Spektrum stationär aufgenommen wurden, sowie ihrer Angehörigen, die an einer Angehörigengruppe teilnehmen konnten. Im Unterschied zu der Studie von Bäuml et al. (1996) war die Teilnahme der Angehörigen kein Einschlusskriterium für die Teilnahme an der Studie, sondern nur eine Empfehlung. Unsere primäre Hypothese war, dass Teilnehmer der BOT über die 2-Jahres-Katamnese eine niedrigere Rehospitalisierungsrate aufweisen würden als Teilnehmer der SUP unter

Berücksichtigung der Angehörigengruppen. Unsere zweite Hypothese war, dass Teilnehmer der BOT einen höheren Wissenszuwachs über die Erkrankung und eine Verbesserung der Symptome und des Funktionsniveaus über die 2 Jahre gegenüber den Teilnehmern der SUP aufweisen würden.

Methode

Beschreibung des Settings und der Teilnehmer

198 stationäre Patienten wurden in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig-Maximilians-Universität München rekrutiert. Einschlusskriterien waren (1) Alter zwischen 18 und 67 Jahren, (2) Diagnose einer Schizophrenie-Spektrum oder anderen psychotischen Störung durch den behandelnden Psychiater gemäß dem Diagnostischen und Statistischem Manual für psychiatrische Störungen [DSM-IV) und Remission der akuten Symptome, (3) hinreichende Belastbarkeit für die Gruppenteilnahme, (4) schriftliche Einwilligung zur Studienteilnahme. Ausschlusskriterien waren (1) organisches Psychosyndrom mit schweren kognitiven Defiziten, (2) gegenwärtige Drogen- oder Alkoholabhängigkeit, (3) akute Suizidalität. Die Studie wurde durch die Ethikkommission der Ludwig-Maximilians-Universität München genehmigt.

Die Anzahl der Therapieplätze war auf 6-10 Personen pro Gruppe begrenzt, was die Anzahl der potentiellen Teilnehmer limitierte. Das Personal wählte daher jene Personen aus, die ihrer Meinung nach die höchste Wahrscheinlichkeit hatten, an der Studie teilzunehmen. 198 Personen wurden angesprochen und erklärten sich bereit teilzunehmen. 2 Personen, die vor Gruppenstart nicht die Einschlusskriterien erfüllten, wurden nachträglich ausgeschlossen, 196 Patienten wurden eingeschlossen und zufällig der BOT Gruppe (n=100) und der SUP-Gruppe (n=96) zugewiesen.

Messinstrumente

Erhebungen wurden in der Klinik bei Baseline und nach 6-8 Wochen (Nacherhebung) sowie ein und zwei Jahre nach der Entlassung durchgeführt. Psychotische Symptome wurden mit der Brief Psychiatric Rating Scale Expanded Version (BPRS-E) [Lukoff et al., 1986] erhoben. Die einzelnen Subskalen Depression/Angst, Aktivierung, Retardierung und Psychose basierten auf einer Faktorenanalyse [Velligan et al. 2005]. Zur Erhebung der Negativ-Symptome verwendeten wir die Skala zur Erfassung von Negativen Symptomen [SANS, Andreason 1984]. Die SANS besteht aus 24 Items, die sich auf Symptome der letzten 2 Wochen beziehen, wobei höhere Werte auf eine größere Schwere der Symptome hinweisen. Das Psychosoziale Funktionsniveau wurde mit der Global Assessment of Functioning Scale [GAF, APA 1994; Söderberg et al., 2005] erfasst, die auf ein geringes (0) bis hohes Funktionsniveau (100) verweist. Das Wissen über die Erkrankung und ihre Behandlung wurde mit einem modifizierten Multiple-Choice-Test erhoben [Hahlweg et al. 1995]. Dieser Test beinhaltet 26 Fragen über Ätiologie, Symptomatik und Behandlungsstrategien. Wissen wurde definiert als die Anzahl der richtigen Ant-

worten, mit einem möglichen Wertebereich von 0 bis 60. Die Zufriedenheit mit der Behandlung wurde mit einem vierstufigen Fragebogen am Ende jeder Gruppenintervention sowie im Rahmen der Angehörigenarbeit erfasst [Schaub, 2003].

In den Katamnesen wurden funktionale und klinische Variablen erhoben. Bei jeder Untersuchung, wurden Informationen über Antipsychotika und anticholinerge Medikation erfasst und Chlorpromazinäquivalente berechnet [Jahn und Mussgay, 1989]. Aussagen zur Wiederaufnahme in ein Krankenhaus basierten auf einem Interview mit dem Studienteilnehmer und der Krankenakte. Für die alleinige Teilnahme oder das Ausfüllen der Fragebögen wurde keine Aufwandsentschädigung bezahlt, jedoch für die Anreise zur Teilnahme an der Katamnese. Bei Angehörigen wurde der „Angehörigen Fragebogen“ erhoben, der auf die allgemeine Lebenssituation, auf Symptome und den Krankheitsverlauf einging, aber auch die Auseinandersetzung mit der Erkrankung, Bewältigungsstrategien sowie Ressourcen waren von Bedeutung.

Nachdem die Teilnehmer ihre Einverständniserklärung unterschrieben hatten, wurde die Baseline erhoben und die Teilnehmer zufällig der BOT oder der SUP zugeteilt (siehe Abb. 1) Die Randomisierung erfolgte durch eine computergestützte zufallsbasierte arithmetrische Prozedur (Unified Ressource Locator), um eine gleiche, aber zufällige Zuordnung der Teilnehmer zu ermöglichen. Die klinischen Rater waren blind hinsicht-

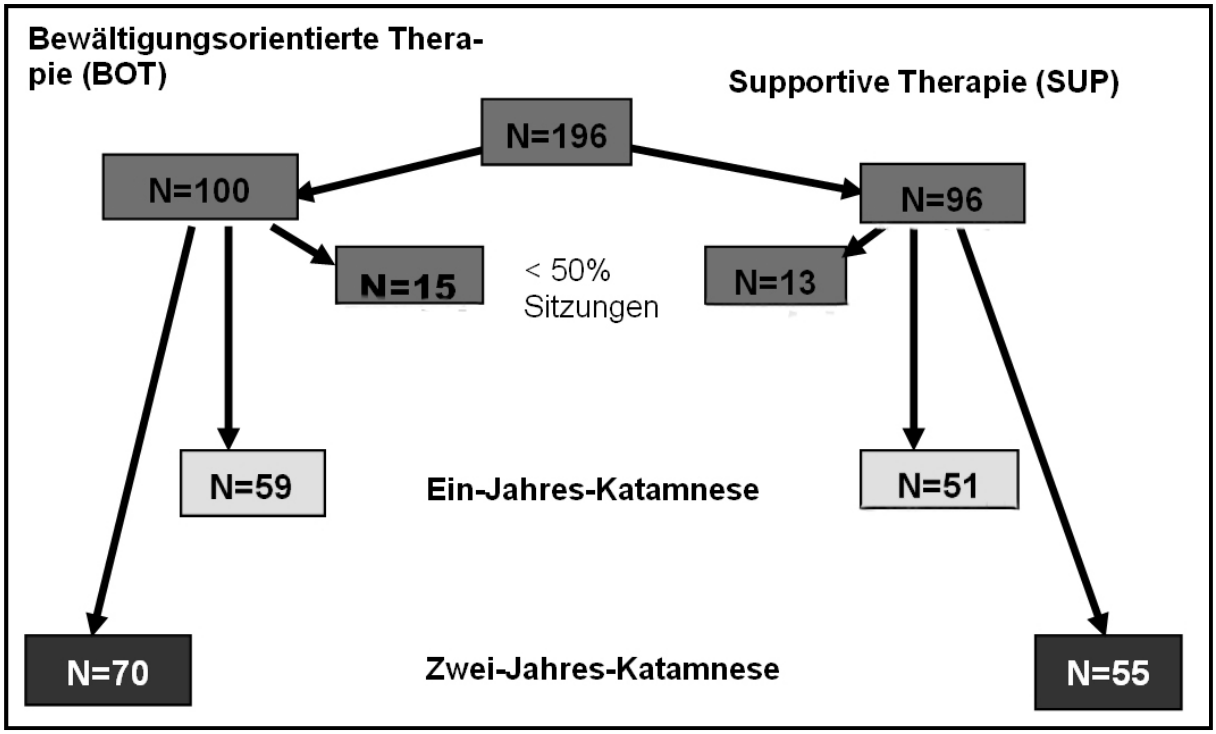

Abb 1: *Design der BOT-Studie*

lich der Zuordnung der Behandlung. Vor jeder Katamnese wurden die Teilnehmer daran erinnert, ihre Behandlungsbedingung nicht zu verraten. Die Katamnesen wurden bei allen Teilnehmern - unabhängig von der Häufigkeit der Teilnahme an den Gruppen - erhoben. Sowohl die Angehörigen der BOT als auch der SUP konnten an den Angehörigengruppen teilnehmen.

Organisation der Behandlung

Die Mehrzahl der stationären Patienten, die an einer ersten oder zweiten psychotischen Episode erkrankt waren, wurden von einer Spezialstation für Schizophreniepatienten rekrutiert [Schaub, 2006; Schaub et al., 2004]. Die psychopharmakologischen Behandlung auf dieser Station erfolgte nach Wahl des zuständigen Arztes [Müller et al., 2001]. Zusätzlich zur Psychopharmakotherapie, die alle Studienteilnehmer erhielten, konnten die Patienten in beiden Behandlungsgruppen an weiteren psychotherapeutischen und rehabilitativen Maßnahmen wie Ergotherapie, Sportgruppe, individuelle Therapie (ungefähr 30% in beiden Behandlungsbedingungen), und Kunst- und Musiktherapie teilnehmen. Die Angehörigen beider Interventionsgruppen konnten an Angehörigengruppen teilnehmen. Bei Gruppen mit überwiegend erst- oder zweiterkrankten Patienten lag ein stärkerer Fokus auf der Stabilisierung des Selbstvertrauens und -sicherheit und der Vermittlung von Hoffnung. Anstelle der potentiell demoralisierenden Diagnose der Schizophrenie wurde der Begriff Psychose verwandt.

Klinische Psychologen mit Erfahrung in kognitiver Verhaltenstherapie sowie der Behandlung von Patienten mit Psychosen führten die Gruppeninterventionen für Patienten und deren Angehörige durch. Zwei Therapeuten leiteten jeweils eine Gruppe und wurden wöchentlich supervidiert, um die Behandlungsadhärenz mit dem jeweiligen Behandlungsprogramm zu gewährleisten. Die Behandlung in der BOT oder SUP umfasste zwölf 75-Minuten Sitzungen über 6–8 Wochen. An den Gruppen nahmen 6–10 Patienten bei insgesamt 12 Behandlungsgruppen für jedes Programm teil. Die psychoedukativen Angehörigengruppen, die von zwei Psychotherapeuten mit Erfahrung in Verhaltenstherapie geleitet wurden, umfassten 4 Sitzungen mit je 180 Minuten. Die maximale Teilnehmerzahl war 16 und bezog sich auf Eltern, Partner, Kinder oder gute Freunde.

Inhalte der Behandlung

Behandlungsmanuale für BOT und SUP gaben die jeweiligen Inhalte vor. Die BOT basiert auf einem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansatz. Die SUP ist eine unstrukturierte Gruppe, die sich an den Themenvorschlägen der Teilnehmer orientiert, und als „attention control group“ konzipiert wurde, um nicht-spezifische therapeutische Faktoren wie therapeutische Zuwendung und Interaktion mit anderen Patienten zu kontrollieren. Therapeuten, die die SUP durchführten, wurden gebeten keine kognitiv-behavioralen Interventionen durchzuführen.

Das Prinzip der BOT basiert auf dem Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell [Nuechterlein et al., 1992], das

die Interaktionen zwischen biologischer Vulnerabilität, individuellen Belastungen und protektiven Faktoren beschreibt, sowie dem transtheoretischen Modell [Prochaska und DiClemente, 1984], demzufolge die Motivation zur Veränderung über mehrere spezifische Stadien verläuft. Motivationale Unterstützung hilft dem Betroffenen persönliche Ziele zu erkennen, zu verfolgen und herauszufinden, wie diese durch die persönliche Krankheitsbewältigung erreicht werden können. Die BOT umfasst Elemente der Psychoedukation wie Arbeits- und Informationsblätter zu Frühwarnsignalen, Krisenmanagement etc. und kognitiv-behaviorale Lernprinzipien wie kognitive Umstrukturierung, Rollenspiel, und Problemlösen. Im Einzelnen soll ein besseres Verständnis der Erkrankung und ihrer Behandlung, das Erlernen von Bewältigungsstrategien für spezifische Belastungen und Symptome, der Gebrauch von internalen und externen Ressourcen, und die Stärkung des Selbstvertrauens und der Hoffnung erreicht werden. Das Programm will die Entwicklung eines Lebensstils unterstützen, der den Aufbau positiver Aktivitäten unterstützt und einen gesunden Lebensstil fördert.

Das deutsche Manual (erhältlich auf Anfrage an die Erstautorin) liefert Anleitungen für die direkte Kommunikation mit den Patienten und für die Vermittlung von wichtigen Informationen und Fertigkeiten. Die Agenda dieser Sitzungen wird durch Materialien wie Flipcharts, Informations- und Arbeitsblätter ergänzt. Der erste Teil der BOT war edukativ und die Therapeuten stellten interaktiv die Materialien vor und fragten nach den Kommentaren der Teilnehmer und ihren Erfahrungen. Der zweite Teil fokussierte auf individuelle Belastungen und Bedürfnisse der Teilnehmer und wurde individueller durch diese mitgestaltet. Anschließend lag der Fokus auf den Ressourcen, um Überforderungen zu vermeiden. BOT bezog sich auf die Themen, die für die Patienten die größte Bedeutung hatten, wie den Umgang mit Symptomen (z.B. Bewältigung von Ängsten und positiven Symptomen), Umgang mit Belastungen (Stressmanagement), Aufbau positiver Aktivitäten, Zeitmanagement, soziale Fertigkeiten (z.B. Umgang mit Angehörigen, Kennenlernen von Menschen), Reintegration in den Arbeitsbereich, und Informationen über ambulante Versorgungsstrukturen. In den ersten Gruppen erkannten die Teilnehmer spezifische belastende Symptome für die Bewältigungsstrategien ausgewählt und vermittelt wurden. Nach mehreren Gruppen wurde eine Liste von allgemeinen Symptomen entwickelt, die nachfolgend verwandt wurde, um den Patienten zu helfen Symptome zu erkennen, für die Bewältigungsstrategien gebraucht wurden. Stressmanagement umfasste sowohl kurzfristige Strategien, um eine schnelle Erleichterung in einer belastenden Situation zu erreichen (z.B. Entspannung, Achtsamkeit, Ablenkung) als auch längerfristige Strategien, um belastende Situationen zu verändern (z.B. Problemlösung, kognitive Umstrukturierung). Die BOT folgte einem didaktischen Behandlungskonzept, das in Tabelle 1 (Seite 47) dargestellt ist. Formale Erhebungen der Behandlungsfidelität für die BOT oder

SUP wurden nicht durchgeführt. Die psychoedukativen Angehörigengruppen dauerten 4 Sitzungen mit je 180 Min. Zu Beginn der Angehörigengruppen wurde nach den Erwartungen der Teilnehmer gefragt und das Behandlungskonzept vorgestellt. Gemeinsame Gruppenregeln waren das Einhalten der Schweigepflicht, Regelmäßigkeit der Teilnahme, respektvoller Umgang miteinander wie angemessene Redezeit einhalten, andere ausreden lassen, vorsichtig mit Kritik um-

1. Psychoedukation über Schizophrenie und ihre Erkrankung basierend auf dem,Vulnerabilität-Stress-Bewältigungs-Modell (Entängstigung) / Erwartungen der Teilnehmer, persönliche Ziele und Pläne diese zu erreichen / Aufbau und Regeln der Gruppe / Definition der Psychose und ihrer medizinischen Grundlagen
2. Edukation, wie man zum Experten seiner Erkrankung werden kann / Erkennen der Symptome der Psychose: Plus- und Negativ-Symptome / Kombinierte Behandlung aus Pharmakotherapie und Psychotherapie bei Psychosen / Hilfreiche Strategien bei der Bewältigung der Erkrankung
3. Definition der Psychose und ihrer biologischen Grundlagen / Krankheitsverläufe und Diagnosen
4. Krankheitsmodell und die Rolle der Transmitter / Krankheitskonzepte der Patienten (Auslöser und wesentliche Faktoren) / Stress-Vulnerabilität-Modell und seien Komponenten / Chemische Prozesse im Gehirn, die Rolle des Dopamins / Günstige Aspekte der Vulnerabilität (z.B. Kreativität der Künstler) / Biochemisches Ungleichgewichts des Gehirns und die Rolle der Antipsychotika / Diskussion des Modells und seiner Konsequenzen: Selbstwirksamkeit vs. Opfer der Erkrankung
5. Antipsychotika und Wirkungsprinzipien / Einstellungen zur Medikation und Adhärenz / Biochemische Wirkungsprinzipien der Antipsychotika / Klassifikation der Antipsychotika basierend auf ihrer Potenz / Persönliche Medikamenten Checkliste / Antworten der Ärzte auf medizinische Fragen zur Rückfallprävention
6. Psychopharmakologische Strategien / Rolle der Medikation bei der Rückfallprävention / Informationen zur Medikation, Auswahl und Adhärenzstrategien / Nebenwirkungen der Medikation und ihre Bewältigung
7. Stressmanagement und Rückfallprävention / Definition der Frühwarnsignale und ihre Erkennungsmerkmale / Hausaufgabe: „Frühwarnzeichencheckliste" / Bewältigung der Frühwarnzeichen / Rückfallprävention Checkliste
8. Bewältigung von Belastungen und Verbesserung der Lebensqualität / Erkennen individueller Stressoren / Zusammenhang Zwischen Belastungen, Verschlechterung des Wohlbefindens und Psychose / Stressmanagement: Strategien zur Bewältigung von Belastungen; verkürzte Muskelentspannung oder Atemstechniken mit positiven Selbstgesprächen
9. Stressmanagement / Analyse belastender Situationen / Entspannungstraining / Erkennen positiver Aktivitäten / Planen und Engagement in positive Aktivitäten, Rollenspiel
10. Kognitive Therapie / Zusammenhang Zwischen Gedanken, Gefühlen und Verhalten / ABC-Modell / Fokus auf aktivierende Ereignisse (A), Bewertungen (B), und körperliche, emotionale, kognitive, und behaviorale Konsequenzen (C)
11. Problemlösen (5 Stufen) / Beschreibung des Problems / Liste der möglichen Lösungen / Evaluation der Vor- und Nachteile der möglichen Lösungen / Erkennen der besten Lösung oder Kombination der Lösungen / Plan, die Lösung zu implementieren
12. Ende des Programms / Überblick über die verschiedenen Behandlungsangebote und Unterstützung des Patienten, um Hilfe nachzufragen / Selbsthilfe Strategien / Rückblick über das Programm und das Erreichte

Tab 1: *Beschreibung der bewältigungsorientierten Therapie*

gehen und das Recht zu schweigen. Psychoedukative Inhalte bezogen sich auf Häufigkeit, Verlauf, Krankheitsbild und Symptome der Erkrankung, Erklärungsmodelle für Psychosen sowie pharmakologische und psychotherapeutische Behandlungskonzepte. Bei speziellen Themen wie Pharmakotherapie oder Sozialarbeit nahmen zumeist auch zusätzlich Ärzte oder Sozialarbeiter teil. Günstige Verhaltensweisen im Umgang mit schizophren erkrankten Menschen sowie der Umgang mit Krisen und das Vorbeugen von Rückfällen wurden thematisiert. Psychoedukation, aber auch der emotionale Austausch der Gruppenmitglieder untereinander waren von Bedeutung. Abschließend wurde auf hilfreiche Adressen für die Behandlung fokussiert und besonders belasteten Angehörigen empfahlen wir eine Psychotherapie.

Datenanalyse

Teilnahme an der BOT oder SUP wurde definiert als Teilnahme an mehr als 6 der geplanten 12 Sitzungen. Unterschiede in den demographischen und klinischen Variablen der Baseline zwischen der BOT und SUP wurden mit Chiquadrat und unabhängigen t-tests berechnet.

Behandlungseffekte wurden durch intent-to-treat Analysen aller randomisierter Teilnehmer der Gesamtstichprobe berechnet. Um Behandlungseffekte zu untersuchen, verwendeten wir die Gesamtstumme der BPRS und Subskalen, GAF, SANS, und Wissen [Hahlweg et al., 1995] als abhängige Variablen. Die Veränderung in Outcomevariablen wurde durch eine mixed model lineare Regressionsanalyse evaluiert, wobei Baselinewerte und Erkrankungsdauer als Kovariaten eingeschlossen wurden, und die Werte der Nacherhebung und Katamnesen als Messwiederholungsfaktoren. Behandlungsgruppe, Zeit und deren Interaktionsterm wurden als unabhängige Variablen eingeschlossen. Die Berechnung erfolgte mithilfe von Kovarianzstrukturmodellen (covariance pattern models, Hendryx und Rohland, 1994] auf Grundlage der gemittelten Antwortprofile über die verschiedenen Messzeitpunkte. Dieses Verfahren ähnelt einer klassischen Kovarianzanalyse, kann aber durch die Anwendung des Maximum Likelihood Schäzers fehlende Werte kompensieren, und zweitens toleriert dieses Verfahren miteinander korrelierte Daten, weil passende Kovarianzstrukturen ausgewählt werden [Jennrich et al., 1986]. Damit wir nicht für jede einzelne Outcomevariable mit möglicherweise unterschiedlicher Kovarianzstruktur ein eigenes passendes Model berechnen mussten, nutzten wir den robusten Schätzer des Standardfehlers in der SPSS GENLINI Prozedur (SPSS 23, IBM Corp). Diese Methode bedient sich der orginalen Huber-White Schätzverfahren für lineare Modelle und liefert einen robusten Schätzer für Varianz und Kovarianz, unabhängig von der eigentlichen Datenstruktur der Kovarianz. Dieser Ansatz ist auch als Sandwich-Schätzung bekannt [Diggle et al., 2002], und wurde schon in einer ähnlichen Studie angewendet [Mueser et al., 2010].

Die BOT und SUP wurden jeweils in der Abfolge von 12 Guppen im Verlauf der Studie durchgeführt. Dies kann Ko-Abhängigkeiten zwischen den Beobach-

tungspunkten schaffen, die die Voraussetzung von der Unabhängigkeit der statistischen Verfahren verletzen kann. Daher beinhaltete die anfängliche Analyse ein "Random-Effects-Model", um der Variation zwischen den Gruppen Rechnung zu tragen (ähnlich wie dies in randomisiert-kontrollierten Cluster Studien umgesetzt wird). Dieser Random-Effekt wurde jedoch bei den abschließenden Modellen nicht mehr berücksichtigt, da er keinen Einfluss auf die Ergebnisse hatte.

Effektstärken wurden berechnet, in dem zuerst modellbasierte Schätzer der gemittelten Differenzen aus erstem und letzten Messzeitpunkt mit dem Faktor Zeit multipliziert wurden und dann dieser Wert durch die gepoolte with-in Gruppen-Standardabweichung der Rohwerte dividiert wurde $d=ß(time)/SD_{raw}$ [Raudenbusch et al., 2001]. Dieser Ansatz berücksichtigt den Einfluss der Kovariaten sowie die Korrelation zwischen den Messzeitpunkten und ist zudem vergleichbar mit Gruppeneffekten, die durch Cohen's *d* berechnet werden [Feingold et al., 2009]. Behandlungseffekte wurden deshalb als Haupteffekte des Gruppenfaktors, also als Unterschiede der Steigung des jeweiligen Modells, interpretiert (d.h. Unterschiede in den gemittelten Antwortprofilen), weil die Baselinemessung als Kovariate eingeschlossen wurde.

Ergebnisse

30% der Patienten waren zum ersten Mal an einer Psychose erkrankt und zum ersten Mal in stationärer Behandlung, 23% waren zum zweiten Mal erkrankt und zum zweiten Mal in stationärer Behandlung, 30% wurden 3–5 mal stationär aufgenommen, und 18% hatten mehr als 5 frühere stationäre Aufenthalte. Ungefähr die Hälfte (53%) der Patienten waren männlich und 71% ledig. Demographische und diagnostische Merkmale der Stichprobe sind in Tabelle 2 (Seite 50) zusammengefasst.

Teilnehmer, die zur BOT randomisiert wurden, unterschieden sich nicht hinsichtlich demographischen oder klinischen Variablen von Teilnehmern der SUP mit Ausnahme der Erkrankungsdauer. Teilnehmer der BOT hatten eine kürzere durchschnittliche jährliche Erkrankungsdauer (M = 4.98, SD = 6.47) als jene in der SUP (M = 7.46, SD = 8.42), daher wurde diese als Kovariate in die Datenanalyse eingeschlossen. Ein hoher Anteil der Patienten nahm an dem Behandlungsprogramm mit einer durchschnittlichen Teilnahme von 6.45 Sitzungen (SD = 3.26) teil: 72% an zumindest 6 Sitzungen der BOT und 73% an der SUP teil, was einer nicht-signifikanten Differenz entspricht. Im Durchschnitt unterschieden sich Patienten, die am Gruppenangebot teilnahmen, weder in demographischen noch klinischen Merkmalen bei Baseline von jenen, die an weniger als 6 Sitzungen absolvierten. Bezüglich der Behandlungszufriedenheit gaben Teilnehmer in beiden Bedingungen vergleichbare Beurteilungen ab. Beide Gruppenangebote wurden als hilfreich, angemessen und für andere weiterempfehlenswert eingestuft. Jedoch fühlten sich die Teilnehmer der BOT besser über ihre Erkrankung informiert (89.9%) als die Teilnehmer der SUP (65.4%); U =

2294.5, P < .001). Zur 2-Jahres-Katamnese nahmen 125 Patienten (64% der Stichprobe) an einem klinischen Interview teil, das interviewbasierte Erhebungen zur stationären Wiederaufnahmerate und der Symptome (z.B. BPRS-E, siehe Methodenteil) umfasste. Die kumulative stationäre Wiederaufnahmerate nach 2 Jahren zeigte keinen Unterschied in beiden Gruppen (38.3% für BOT versus 36.7% für SUP). Die deskriptive Statistik für das primäre Outcome bei Baseline und Katamnesen sowie für Hauptgruppeneffekte und Effektstärken werden in Tabelle 3 (Seite 51) gezeigt.

Die lineare mixed model Regressionsanalyse, die die beiden Gruppen über den Zeitverlauf verglich, zeigte signifikante Ergebnisse für den Gruppenfaktor, was auf größere Verbesserungen für Teilnehmer der BOT im Vergleich zur SUP hinsichtlich der BPRS Gesamtwerte, der BPRS Depression/ Angst Subskala, und Wissen über die Erkrankung verweist. Haupteffekte des Zeitfaktors ergaben in folgenden Variablen statistisch signifikante Unterschiede: BPRS Gesamtwert (F(2, 321) = 10.96, P < .001), BPRS Psychose (F(2, 341) = 7.87, P < .001), BPRS negative Symptome (F(2, 341) = 34.15, P < .001), BPRS Aktivität (F(2, 342) = 3.97, P = .02), SANS (F(2, 336) = 13.59, P < .001), und GAF (F(2, 335) = 22.08, P < .001), aber

DSM-IV Diagnosen	Gesamt (N = 196)		BOT (N = 100)		SUP (N = 96)	
295.1 Disorganisierte Schizophrenie	11.7%		11%		12.5%	
295.2 Katatone Schizophrenie	1.5%		1%		2.1%	
295.3 Paranoide Schizophrenie	63.3%		67%		59.4%	
295.6 Residuale Schizophrenie	9.2%		10%		8.3%	
295.7 Schizoaffektive Störung	8.7%		5%		12.5%	
295.9 Undifferenzierte Schizophrenie	1%		1%		1%	
297.1 Wahnhafte Störung	0.5%		1%		0%	
298.8 Kurzdauernde psychot. Störung	2.6%		2%		3.1%	
298.9 Unspezifizierte Psychose	1.5%		2%		1%	
	M	SD	M	SD	M	SD
Alter bei aktuellem Aufenthalt	33.6	11.3	33.3	10.3	34.0	12.2
Alter bei Erkrankungsbeginn	27.7	9.3	28.5	8.8	27.0	9.8
Erkrankungsdauer (Jahre)[a]	6.2	7.6	5.0	6.5	7.5	8.4
Anzahl der früheren Aufenthalte	3.2	2.6	3.3	2.7	3.2	2.5
Gesamtdauer früherer Aufenth.(Tage)	181.8	222.7	181.2	229.2	182.4	216.9
Aktuelle Dauer der Aufnahme bis Teilnahme in der Gruppe (Tage)	40.7	30.7	36.6	27.5	44.9	33.3
Chlorpromazinäquivalente	277.3	290.6	245.0	260.7	308.5	315.1
Skala für Extrapyramidale Symptome	0.4	0.4	0.3	0.4	0.4	0.4

Hinweis: BOT, Bewältigungsorientierte Gruppentherapie; SUP, supportive Gruppentherapie.
[a]t(194) = −2.378, P = .018.

***Tab 2:** Klinische und soziodemographischen Variablen der Stichprobe*

Werte	Baseline		Post-treatment		1 Jahr		2 Jahre		Gruppen Effekte			
	M	SD	*M*	SD	*M*	SD	*M*	SD	*dfs*	*F*	*P*	Effektstärke
BPRS total									1, 321	6.81	<.01	−0.72
BOT	52.27	16.16	43.73	12.6	36.14	8.76	34.21	8.65				
SUP	55.05	18.15	46.08	13.19	42.04	11.00	38.77	14.08				
BPRS Aktivierung									1, 342	0.96	.33	0.11
BOT	1.71	0.86	1.46	0.62	1.36	0.49	1.28	0.48				
SUP	1.90	0.90	1.65	0.78	1.61	0.68	1.40	0.65				
BPRS Depression/Ängstlichkeit									1, 342	15.56	<.01	−1.73
BOT	2.33	1.01	1.93	0.79	1.66	0.70	1.91	0.94				
SUP	2.43	1.04	1.93	0.75	2.17	0.90	2.45	1.40				
BPRS Psychose									1, 341	0.21	.64	−0.11
BOT	2.49	1.28	1.88	0.82	1.46	0.63	1.53	0.74				
SUP	2.55	1.27	1.88	0.86	1.63	0.82	1.60	0.68				
BPRS Negative Symptome									1, 341	0.80	.37	−0.22
BOT	2.87	1.21	2.50	1.08	2.06	0.89	1.53	0.64				
SUP	3.00	1.34	2.69	1.13	2.2	1.00	1.74	0.89				
SANSc									1, 336	1.64	.20	−0.11
BOT	45.91	23.3	36.7	22.8	27.32	20.23	23.96	19.21				
SUP	47.94	26.3	41.07	24.8	34.41	19.90	25.04	19.67				
Wissen									1, 303	6.16	.02	0.54
BOT	33.79	12.21	41.8	9.93	40.3	12.15	43.17	11.95				
SUP	30.64	12.87	34.12	13.42	40.74	12.53	39.28	12.30				
GAF									1, 335	1.83	.18	0.37
BOT	49.48	14.41	61.28	13.9	73.00	20.62 7	4.76	16.40				
SUP	48.48	12.40	58.60	13.28	66.37	19.90	71.89	20.00				

Tab 3: *Deskriptive Statistik und Gruppeneffekte der Behandlung im Verlauf für BOT und SUP bei Baseline, PostNacherhebung und 1- bis 2-Jahres-Katamnese*

nicht für BPRS Depression (F(2, 342) = 1.60, P = .202) oder Wissen (F(2, 303) = 1.47, P = .232). Diese Ergebnisse verweisen auf signifikante Verbesserungen über die Messzeitpunkte (Erhebung nach der Intervention, 1- und 2-Jahres Katamnesen) in allen Variablen mit Ausnahme der BPRS Subskala für Depressivität. Es zeigten sich jedoch signifikante Gruppe x Zeit Interaktionen für BPRS Depression, (F(2, 342) = 7.35, P < .01) sowie für Wissen, (F(2, 303) = 3.60, P = .028). Teilnehmer in der BOT-Gruppe konnten ihr Niveau halten oder hatten weitere Reduktionen in der Schwere ihrer Depression verglichen zu den Teilnehmern der SUP, deren Depression bei den Nacherhebungen zunahm. Auf der anderen Seite konnten Teilnehmer der BOT ihr Wissen von den Postwerten über die Katamnesen aufrechterhalten, während jene in der SUP ihr Wissen bei den Katamnesen verbesserten.

Bei 22 Patienten der BOT-Gruppe (22%) und 14 Patienten der SUP-Gruppe (15%) nutzen ihre Angehörigen die Gelegenheit an einer Angehörigengruppe teilzunehmen. Beurteilungen über diese Gruppe lagen für 11 BOT- und 13 SUP-Teilnehmer vor: 10 bzw. 12 Angehörige stuften die Gruppe als hilfreich bis sehr hilfreich und jeweils ein Angehöriger als wenig hilfreich bis unklar. Es zeigten sich keine Unterschiede zwischen beiden Gruppen in der Einstufung der Zufriedenheit. Der Einbezug der Angehörigen spielt aus unserer Sicht eine wesentliche Rolle (siehe Tabelle 4 S. 52).

Psychoedukation
Informationsvermittlung über Symptome, Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten
Angehörige werden Reaktions- und Handlungsmöglichkeiten bei einem evtl. Rückfall vermittelt.
Zusätzliche Informationsquellen: Vermittlung von Selbsthilfegruppen, Internet, Aktionsgemeinschaft psychisch Kranker (APK)

Emotionale Entlastung
Destigmatisierung, Reduktion der Angst des Angehörigen
Suche nach emotionalen und strukturellen Entlastungsmöglichkeiten
Insbesondere die Angehörigen bei Patienten mit Ersterkrankungen profitieren von diesem Angebot.

Erlernen von Fertigkeiten
Erlernens neuer Verhaltensweisen: Angehörige lernen, Warnsignale für ein Rezidiv zu erkennen und depressive oder suizidale Phasen besser abzufangen

Problemfokus und reziproke Veränderungsprozesse in der Familie
Gemeinsames Gespräch aller in der Behandlung beteiligter: „Behandlungsallianz“ zwischen Angehörigem, Behandelndem und Patient - Gemeinsame Veränderung oder Akzeptanz des Umgangs mit sich und dem betroffenen Angehörigen

Angehörigengruppe als Schicksalsgemeinschaft
Gegenseitige Unterstützung und Hilfe
Aussprache mit den Angehörigen bei Stagnation in der Behandlung, insbes. bei Suizidalität
Leichtere Reintegration ins Leben bei kooperativen Angehörigen
Relativierung des eigenen Schicksals
Entlastung von Schuldgefühlen
Bearbeitung von Wut, Angst, Hilflosigkeit, Resignation und Überforderung
Soziales Netz stärken (Empowerment, Recovery)
Aufbau von Hoffnung und Reduktion von Stress, Ärger, Schuld
Verbesserung der Kommunikation zwischen Angehörigem und Patient
Unterstützung der Angehörigen für sie angemessene Grenzen zu setzen, eigene Bereiche wieder zu entdecken

Tab 4: *Nutzen der psychoedukativen Angehörigenarbeit*

Im Folgenden werden Therapiestudien bei psychoedukativen Gruppen für Patienten und ihre Angehörige mit 2 Jahres-Katamnesen vorgestellt. Die Studie von Schooler et al. 1997 bezog sich auf 313 männliche und weibliche ambulante Patienten in 5 Zentren mit schizophrenen oder schizoaffektiven Störungen. In der 2-Jahres-Katamnese zeigten sich keine signifikanten Unterschiede zwischen längerfristigen Familieninterventionen (Interventionen bis zu 9 Monate) bzw. kurzzeitigen Angehörigengruppen. Die Studie der Arbeitsgruppe von Kissling und Bäuml (Bäuml et al. 1996) verglich in einer multizentrischen randomisierten Studie die Kombination aus psychoedukativer Patientengruppe und getrennt stattfindender Angehörigengruppe (jeweils acht Sitzungen bei einer Behandlungsdauer von 4 bis 5 Monaten) mit einer standardversorgten Gruppe. 236 statio-

näre an Schizophrenie erkrankte Patienten wurden rekrutiert und 70% der Stichprobe (163 Patienten) waren in regelmäßiger ambulanter Behandlung in den psychiatrischen Universitätskliniken Münchens und im Bezirkskrankenhaus München-Haar. In der Zwei-Jahres-Katamnese zeigte sich der Einfluss der Psychoedukation auf den Krankheitsverlauf bei einer signifikante Reduktion der Rehospitalisierungsrate in der Interventionsgruppe (41%) gegenüber der Standardversorgung (58%) (Pitschel-Walz et al. 2006).

Die kontrollierte Studie der Arbeitsgruppe von Buchkremer et al. (1997) bezog sich auf vier Behandlungsarme: 1) psychoedukatives Medikamententraining (PM), 2) PM + kognitive Psychotherapie (KVT), 3) PM + KVT + Bezugspersonenberatung (BB) und 4) Freizeitgruppe (FG) als Kontrollbedingung. Ausgewertet wurden die Daten von 138 Patienten, die sich unter den Experimental- und Kontrollbedingungen zu 25 Gruppensitzungen trafen. Wenngleich in der Ein-Jahres-Katamnese sich die Behandlungsgruppen in der Rehospitalisierungsrate und der psychopathologischen Symptomatik nicht unterschieden (Experimentalbedingung mit allen drei Therapiekombinationen: 15%, Kontrollbedingung: 23%, fiel in der Zwei-Jahres-Katamnese die Rehospitalisierungsrate bei der komplexen Therapieform (3) mit 24% im Vergleich zur Freizeitgruppe mit 50% (4) am niedrigsten aus. Die Rehospitalisierungsrate bei PM sowie bei PM + KVT lag bei 44%, bei PM und BB bei 39% und bei FG bei 50% (Tab 5).

In der Multizenterstudie „Recovery After Initial Schizophrenia Episode-Early Treatment; RAISE-ETP" von Kane et al. (2016), die 404 Patienten in 34 Centren

Autoren	Pitschel-Walz et al. 2013		Buchkremer et al. 1997					Kane et al. 2016		Schaub et al. 2016	
Zeitrahmen	PE	SV	PMT LTG KC	PMT LTG KC	PMT CP	PMT CP	LTG	RAISE-ETP	SV	COP	SUP
2. Jahr	41	58	44	44	39	24	50	34	37	38	37

PE= Psychoedukation
SV= Standardversorgung
PMT= Psychoedukatives Medikamententraining
KC= Kognitives Counceling
CP = Kognitive Psychotherapy
LTG= Freizeitgruppe
RAISE-ETP= Recovery After Initial Schizophrenia Episode-Early Treatment Program
SV = Standardversorgung

Tab 5: *Rehospitalisierungsraten bei Therapiestudien unter Berücksichtigung von Patienten- und Angehörigengruppen nach einer Katamnese von zwei Jahren*

einschloss, wurde ein umfangreicher multidisziplinärer teambasierter Ansatz bei Patienten mit Ersterkrankungen einer Psychose mit einer gemeindenahen Versorgung (NAVIGATE) verglichen Dieser bezog sich auf einen personalisierten Umgang mit Psychopharmaka, Familienpsychoedukation, Resilienz-fokussierte individuelle Therapie, supportive Psychoedukation und Unterstützung im Arbeitsbereich. Die Rückfallraten nach 2 Jahren zeigten keine signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen (RAISE-ETP=34%, vs. SV = 37%), deren Ergebnis mit unserer Studie vergleichbar ist (BOT =38%; SUP =37%).

Zusammenfassung

Es zeigte sich eine hohe Akzeptanz der bewältigungsorientierten Gruppentherapie in der Behandlung: mehr als 70% der Patienten nahmen an mehr als der Hälfte der 12 Sitzungen teil. Die Teilnehmer der Gruppentherapie BOT vs. SUP unterschieden sich weder in demographischen noch klinischen Variablen mit Ausnahme der Krankheitsdauer. Die Teilnehmer beider Bedingungen waren 3x erkrankt, jedoch bei der BOT war die Erkrankungsdauer erheblich kürzer, weshalb diese Variable als Kovariate in die Datenanalyse eingeschlossen wurde.

Die Teilnahme an den Angehörigengruppen betrug 20% in der BOT- und 15% in der SUP Gruppe. Aufgrund der geringen Teilnahme an den Angehörigengruppen hatten diese nur einen marginalen Effekt auf das Ergebnis. Bei der 2-Jahres-Katamnese war die BOT der SUP hinsichtlich der BPRS-E Gesamtwerte sowie der Subskala Depression-Angst und dem Wissenszuwachs überlegen. Bei der stationären Wiederaufnahme nach 2 Jahren zeigte sich kein Unterschied zwischen den Gruppen, wobei dieser bei einem Prozentrang von 38,3% bei der BOT und einem Prozentrang von 36,7% bei der SUP sehr niedrig ausfiel.

Diskussion

Im Gegensatz zu unserer primären Hypothese, dass Teilnehmer der BOT nach einer Katamnese von 2-Jahren niedrigere Rückfallraten hätten als die Teilnehmer der SUP, zeigten beide Gruppen vergleichbare niedrige Wiederaufnahmeraten (BOT: 38.3% vs. SUP: 36.7%). Diese Werte sind mit der Cluster randomisierten kontrollierten Studie von 34 Einrichtungen zur Evaluation des “Recovery After Initial Schizophrenia Episode-Early Treatment Programmes (RAISE-ETP)“ vergleichbar, die vom National Institute of Mental Health unterstützt wurde. In der 2-Jahres-Hospitalizationsrate lag die Rückfallrate für Teilnehmer, die an dem umfangreichen Behandlungsprogramm für ersterkrankte Patienten mit Psychosen teilnahmen, bei 34% im Vergleich zu 37% bei den Teilnehmern der üblichen gemeindenahen Versorgung [Kane et al., 2016]. Psychiatrische Hospitalisierungsraten können durch eine Vielzahl von Faktoren wie den Zugang zu stationären Betten und die Verfügbarkeit der gemeindenahen Angebote beeinflusst werden [Hendryx et al., 1994]. Die gute Qualität

der ambulanten Versorgung, die für die Studienpatienten nach ihrer Entlassung verfügbar war, kann sowohl für die BOT als auch die SUP Teilnehmer zu niedrigen stationären Wiederaufnahmeraten geführt haben. In der 2 Jahres-Katamnese verbesserten sich die Studienteilnehmer in beiden Gruppen signifikant in ihren psychotischen und negativen Symptomen sowie im allgemeinen Funktionsniveau. Das BOT-Programm war effizient, da die Werte sich im Vergleich zur SUP stärker verbesserten.

Übereinstimmend mit unserer zweiten Hypothese schnitten die Teilnehmer der BOT bei mehreren Variablen besser ab als die Teilnehmer der SUP. Patienten der BOT verbesserten sich im Vergleich zu Teilnehmern der SUP signifikant stärker im Ausprägungsgrad ihrer Symptome, im Gesamtwert des BPRS-E, der Depression/Angst Subskala im BPRS-E sowie bei Nacherhebungen und bei den 1- und 2-Jahres-Katamnesen. Während die BOT-Teilnehmer sich weiterhin in der Schwere ihrer Depression/Angst bei den Katamnesen nach Entlassung aus der Klinik verbesserten, zeigten Teilnehmer der SUP-Gruppe eine Verschlechterung des Schweregrads bei den gleichen Katamnesen. BOT Teilnehmer erreichten auch signifikant mehr Kenntnisse über die stationäre Behandlungsphase als jene in der SUP, wenngleich die SUP Gruppe im Vergleich zur BOT Gruppe nach den Katamnesen aufholte.

Diese Ergebnisse lassen annehmen, dass das relativ kurze stationäre BOT-Programm einen anhaltenden Effekt auf die Reduktion der allgemeinen Symptomschwere, und insbesondere hinsichtlich der Depression über die 2-Jahres-Katamnese hatte. Wenngleich Teilnehmer der BOT- gegenüber Teilnehmern der SUP auch einen größeren Zuwachs an Wissen über die Psychose während der Behandlung zeigten, unterschieden sich beide Gruppen nicht in ihrem Wissen bei den Katamnesen, was sich auch in früheren Studien bei psychoedukativen Programmen zeigte [Mueser et al., 2002]. Dies lässt vermuten, das Wissen alleine nicht die markanteren Verbesserungen bei Depression/ Angst in der BOT-Gruppe bewirkte.

Früher gab es Bedenken, dass die reine Informationsvermittlung bei Patienten mit schizophrenen Psychosen zu Depressionen oder sogar Suizidalität führen könnte [Cumminghan Owens et al. 2001; Misdrahi et al. 2014]. Goldstein plädierte für einen stärker interaktiven Vermittlungsprozess, um den Patienten zu helfen, das Wesen ihrer Erkrankung und der Behandlung zu verstehen [Goldstein, 1992]. Das BOT-Programm umfasst interaktive, psychoedukative Lernmethoden und Strategien für den Umgang mit Stress und Symptomen sowie kognitive Umstrukturierung, um selbststigmatisierende Überzeugungen über die psychische Erkrankung zu hinterfragen. Dies kann Teilnehmern helfen, ihre persönlichen Erfahrungen hinsichtlich der Erkrankung zu verwerten und effektivere Methoden der Bewältigung zu erlernen, was wiederum zu größeren und länger andauernden Verbesserungen bei Depression/Angst und dem allgemeinen Schweregrad der Symptome über die 2 Jahres-Katamnese führt.

Die hier berichteten Ergebnisse decken

sich mit früheren Studien zur Wirkung von Psychoedukation [Xia et al., 2011], Ansätzen der Krankheitsbewältigung [Mueser et al., 2002; McGuire et al., 2014] und kognitiv-behavioraler Therapie bei Psychosen [Jones et al., 2012], jedoch lag der Schwerpunkt der früheren Studien auf Behandlungsansätzen im ambulanten Bereich. Im Unterschied hierzu wurde die BOT-Gruppe bei stationären Patienten über 6–8 Wochen angeboten, und die Patienten wurden nach der Entlassung ambulant weiterbehandelt. Diese Ergebnisse sind ermutigend, da sie annehmen lassen, dass die Ergebnisse der relativ zeitlich begrenzten stationären BOT-Gruppe nach einer 2-Jahres-Katamnese aufrechterhalten wurden, und sie unterstützen die möglichen Vorteile der psychosozialen Behandlung während der stationären Phase. Die Studie wurde in einem Behandlungssetting durchgeführt, das ein breites Spektrum von psychotherapeutischen und rehabilitativen Interventionen neben der psychopharmakologischen Behandlung bot. Die günstigen Krankheitsverläufe der Teilnehmer in beiden Gruppen hingen vermutlich mit diesem breit angelegten Behandlungssetting zusammen, das sich von einer engen, nur auf psychopharmakologische Stabilisierung und Sicherheit fokussierten Behandlung unterscheidet.

Mögliche Gründe für die geringe Nachfrage bei der stationären Angehörigenarbeit sind aus unserer Sicht objektive (Zeitaufwand, räumliche Aspekte) und kognitive/motivationale Faktoren (Einstufung der Wichtigkeit der Gruppenangebote) sowie emotionale Belastungen (Sorgen, der Erkrankte könnte die Teilnahme an der Gruppe missbilligen, Überlastung aufgrund der Schicksale der anderen oder aufgrund der Anforderung über die eigene Situation zu sprechen. Manche Betroffene wollten keine Einmischung oder Bevormundung durch ihre Angehörigen und plädierten auf ihre Schweigepflicht. Um Interessenkonflikte zwischen Angehörigen und Patienten zu entschärfen, bieten wir Angehörigengruppe an, in denen weniger die Einzelschicksale, sondern allgemeine Informationen zur Erkrankung und ihrer Behandlung im Mittelpunkt stehen, da aus unserer Sicht sowohl der Betroffene das Recht auf Schweigepflicht, aber auch der Angehörige das Recht auf Psychoedukation hat.

Eine Übersicht von 4402 Studien, die sich mit Grenzen und Chancen der familienbezogenen Interventionen in den frühen Phasen der Erkrankung beschäftigte (Selick et al. 2016), bezog sich letztlich auf 7 Studien. Sie kommt zu dem Schluss, dass zeitliche Abstimmung, Dauer, Intensität und Inhalte der Intervention von Bedeutung sind. Die Dauer der Angehörigenarbeit schwankt zwischen 6 Wochen und 2 Jahren [Bucci et al., 2016; Vauth et al., 2009] und wird in Metaanalysen bei 3 Monaten als effizient eingestuft [Pitschel-Walz et al., 2001]. Flexible und auf die Bedürfnisse der Angehörigen abgestimmte Interventionen sind von Bedeutung. Die Wirkung von High Expressed-Emotion und deren Einfluss auf die Rezidivrate sowie die Effizienz der Familienarbeit sind eindeutig belegt [Ceecknicki et al., 2013; Giron et al., 2015; Bucci et al., 2016; Xia et al., 2011], jedoch bedarf es innovativer Me-

thoden, um eine bessere Passung zwischen Patienten und der Versorgung zu erzielen.
Verschiedene Limitationen dieser Studie sollten erwähnt werden. Wir erhielten keine Information über Medikamentenadhärenz über den Verlauf der Studie, und folglich können die Ergebnisse nicht aussagen, ob die größeren Verbesserungen der Symptome in der BOT mit einer verbesserten Adhärenz im Vergleich zur SUP zusammenhingen. Beide Behandlungsgruppen wurden im gleichen stationären Setting durchgeführt, und daher ist es möglich, dass Patienten in den zwei Gruppen miteinander interagierten, und es ist möglich, dass sie ihre verschiedenen Erfahrungen in der jeweiligen Gruppe verglichen. Obwohl Patienten in der SUP-Gruppe die eigene Agenda für jede Gruppensitzung selbst festlegen konnten, gab es Übereinstimmung in den gewählten Themen in der BOT und SUP Gruppen, was die Gruppenunterschiede beim Verlauf minimiert haben könnte. Die relativ kurze Dauer der BOT-Gruppe, 12 75-Minuten Sitzungen über 6–8 Wochen, und die Breite der Themen, die in der Gruppe angesprochen wurden, wirft auch die Frage auf, ob größere Verbesserungen in den Symptomen hätten beobachtet werden können, wenn die Teilnehmer mehr Gelegenheit gehabt hätten ihre Fertigkeiten zu trainieren. Schließlich war die durchschnittliche Dauer des Aufenthalts für die stationären Patienten in dieser Studie deutlich länger als die durchschnittliche Verweildauer bei psychiatrischen Aufenthalten in den Vereinten Staaten. Dies führt zu dem Schluss, dass die Inhalte der BOT-Gruppe entweder verkürzt oder in einer intensiveren Art vermittelt werden müsste, um auch in den Staaten implementiert zu werden.
In beiden Bedingungen, BOT und SUP, konnten die Angehörigen an Angehörigengruppen teilnehmen. Die Teilnahme der BOT und der SUP lag mit 22% bzw. 15% unter den üblichen Teilnahmeraten. Die Daten lassen jedoch keine Aussage zu, an wie vielen Gespräche die Angehörigen mit dem behandelnden Arzt oder Psychologen während der stationären Behandlung teilnahmen. Der Einschluss der Angehörigen war in unserer Studie nicht entscheidend für den Einschluss der Patienten in die Studie. Dieses Einschlusskriterium (s. Bäuml et al. 1996) verweist auf ein höheres Funktionsniveau der Patienten im Vergleich zu unserer Studie. Unsere Einschlusskriterien waren deutlich weiter gefasst, so dass auch Teilnehmer ohne Angehörige daran teilnehmen konnten.
Mehrere Stärken der Studie sind erwähnenswert. Die drop-out Rate war relative niedrig. Die Studie hatte eine aktive Kontrollgruppe, um non-spezifische therapeutische Effekte zu kontrollieren. Schließlich war die Stichprobe relativ groß.

Fazit

Im Vergleich zur stationären supportiven Psychotherapie führte die bewältigungsorientierte Therapie, die psychoedukative und kognitiv-behaviorale Therapieelemente für Psychosen einschloss, zu größeren Verbesserungen im Wissen über die Erkrankung und zu einer höheren

Reduktion der allgemeinen Symptome, insbesondere bei Depression und Angst. Zudem waren die positiven Ergebnisse des Programms wie der Rückgang der psychopathologischen Symptome selbst nach 2 Jahren noch stabil. Diese Studie legt nahe, dass die BOT, die in der akuten stationären Behandlungsphase vermittelt wurde, ihre Wirkung selbst nach der Entlassung in die ambulante Versorgung noch zeigt. Die Ergebnisse legen nahe, dass mehr Forschung nötig ist, um die Wirkung der BOT oder vergleichbarer Programme, die im stationären Setting angeboten werden, zu überprüfen sowie eine bessere Passung zwischen den Bedüfnissen der Angehörigen und unseren psychoedukativen Angeboten zu erzielen.

Finanzielle Förderung:
Diese Studie wurde von der Stiftung "Eli Lilly International Foundation" (grant number Eli 8265044; principal investigator A.S.) und Lilly Homburg GmbH Deutschland unterstützt. Keine pharmazeutische Gesellschaft war bei der statistischen Auswertung oder dem Schreiben beteiligt.

Originally published *in Schizophrenia Bulletin vol. 42 suppl. no. 1 pp. S71–S80, 2016 doi:10.1093/schbul/sbw068. Published by Oxford University Press on behalf of the Maryland Psychiatric Research Center. Supplement article: A randomized controlled trial of group coping-oriented therapy vs supportive therapy in schizophrenia: Results of a 2-Year follow-up . Schaub Annette, Mueser Kim T., von Werder Thomas, Engel Rolf, Möller Hans-Jürgen, and Falkai Peter*

Danksagung
Wir widmen diesen Artikel Herrn Prof. Hanns Hippius, MD, einem inspirierenden Pionier auf seinem Gebiet der Integration von Betroffenen und Angehörigen in die Behandlung.
Wir danken den früheren Mitarbeiterinnen dieser Studie für ihre Beiträge: Brigitte Wolf, Susanne Amann, Petra Kümmler, Sabine Froschmayr, Andreas Gartenmaier, Letizia Gauck, Astrid Kaiser, Monika Dirsch, Jana Kopinke, Elisabeth Kopp, Inge Kreim, Ulrike Singer.
Unser Dank gilt auch den vielen Patienten, die diese Studie erst möglich gemacht haben.

LITERATUR

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV). 4th ed. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1994.

Andreasen NC. Modified Scale for the Assessment of Negative Symptoms. Bethesda, MD: U.S. Department of Health and Human Services; 1984.

Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. Schizophr Bull1980;6:490-505

Bäuml J, Kissling W, Pitschel-Walz G. Psychoedukative Gruppen für schizophrene Patienten: Einfluss auf Wissensstand und Compliance. Ergebnisse der Münchner PIP-Studie. Nervenheilkunde 1996;15(39:145-50.

Bäuml J, Pitschel-Walz G (2008) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen**.** Konsensuspapier der Arbeitsgruppe

„Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“. Stuttgart, Schattauer, 2. erweiterte Auflage

Beck AT, Rector NA, Stolar N, Grant P. Schizophrenia: Cognitive Theory, Research, and Therapy. New York, NY: Guilford Press; 2009.

Bucci S, Berry K, Barrowclough, Haddock G. Family interventions in psychosis: A review of the evidence and barriers to implementation. Australian Psychologist. 2016;5:62-68.

Buchkremer G, Klingberg S, Holle R, Mönking HS, Hornung W. Psychoeducational psychotherapy for schizophrenic patients and their key relatives or caregivers: results of a 2 year follow-up. Acta Psychiatr Scand 1997;96(6):483-491.

Buckley LA, Maayan N, Soares-Weiser K, Adams CE. Supportive therapy for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2015 Apr 14;(4):CD004716. doi: 10.1002/14651858.CD004716.pub4.

Cechnicki A, Bielanska A, Hanuskiewicz I, Daren A. The predictive validity of Expressed Emotions (EE) in schizophrenia. A 20-year prospective study. J Psychiat Res 2013;47:208-214.

Cunningham Owens DG, Carroll A, Fattah S, Clyde Z, Coffey I, Johnstone EC. A randomized, controlled trial of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. Acta Psychiatr Scand 2001;103:362–369.

Diggle P, Liang K, Zeger S. Analysis of Longitudinal Data. Oxford, UK: Oxford Science Publications; 2002.

Falloon I.R.H., McGill C.W., Boyd JL, Pederson J. Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: social outcome of a two-year longitudinal study. Psychol Med 1987;2:59-66.

Feingold A. Effect sizes for growth-modeling analysis for controlled clinical trials in the same metric as for classical analysis. Psychol Methods 2009;14:43–53.

Fowler D, Garety P, Kuipers E. Cognitive Behaviour Therapy for Psychosis: Theory and Practice. Chichester, UK: John Wiley & Sons; 1995.

Giron M, Nova-Fernandez F, Mna-Alvarenga S et al.. How does family intervention imrpove the outcome of peopöe with schizophrenia? Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2015; 50:379-387.

Gingerich S, Mueser KT. Illness Management and Recovery: Personalized Skills and Strategies for Those with Mental Illness. 3rd ed. Center City, MN: Hazelden; 2011.

Goldstein MJ. Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medications for schizophrenia and mood disorder. Psychopharmacol Bull 1992;28:237–240.

Hahlweg K, Dürr H, Müller U. Familienbetreuung schizophrener Patienten: ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe; Behandlungsanleitung und Materialien. Weinheim, Germany: Beltz; 1995.

Hedeker D, Gibbons RD. Longitudinal Data Analysis. New York, NY: Wiley; 2006.

Hendryx MS, Rohland BM. A small area ana-

lysis of psychiatric hospitalizations to general hospitals. Effects of community mental health centers. Gen Hosp Psychiatry 1994;16:313–318.

Herz MI, Lamberti JS, Mintz J, et al. A program for relapse prevention in schizophrenia: a controlled study. Arch Gen Psychiatry 2000;57:277–283.

Jahn T, Mussgay L. Die statistische Kontrolle möglicher Medikamenteneinflüsse in experimentalpsychologischen Schizophreniestudien: Ein Vorschlag zur Berechnung von Chlorpromazinäquivalenten. Z Klin Psychol.1989;18:257–267.

Jennrich RI, Schluchter MD. Unbalanced repeated-measures models with structured covariance matrices. Biometrics 1986;42:805–820.

Jones C, Hacker D, Cormac I, Meaden A, Irving CB. Cognitive behaviour therapy versus other psychosocial treatments for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev
2012;4:CD008712.

Kane JM, Correll CU. Past and present progress in the pharmacologic treatment of schizophrenia. J Clin Psychiatry.2010;71:1115–1124.

Kane JM, Robinson DE, Schooler NR, et al. Comprehensive versus usual care for first episode psychosis: two-year outcomes from the NIMH RAISE Early Treatment Program. Am J Psychiatry. 2016;173;362-372: doi:101176/appi.ajp.2015.15050632.

Kingdon DG, Turkington D. Cognitive Therapy of Schizophrenia. New York, NY: Guilford Press; 2004.

Lefley, H.P. The family's response to mental illness in a relative. New Directions for Mental Health Services, 1987;3–21.

Liberman RP, Kopelowicz A. Training skills for illness selfmanagement in the rehabilitation of schizophrenia: a family-assisted program for Latinos in California. Salud Ment 2009;31:93–105.

Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J. Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Schizophr Bull. 1986;12:594–602.

McGuire AB, Kukla M, Green AK, Mueser KT, Salyers MP. Illness management and recovery: a review of the literature. Psychiatr Serv 2014;65:171–179.

Misdrahi D, Denard S, Swendsen J, Jaussent I, Courtet P. Depression in schizophrenia: the influence of the different dimensions of insight. Psychiatry Res. 2014;216:12–16.

Möller HJ, Schaub A, Riedel M. Schizophrene Psychosen.In: Möller HJ, Laux G, Kapfhammer HP, eds. Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie: Band 1: Allgemeine Psychiatrie, Band 2: Spezielle Psychiatrie. Heidelberg, Germany: Springer-Verlag; 2011:213–323.

Morrison AP, Renton JC, Dunn H, Williams S, Bentall RP. Cognitive Therapy for Psychosis: A Formulation-Based Approach. New York, NY: Brunner-Routledge; 2004.

Müller N, Schaub A, Wolf B, et al. Atypische Neuroleptika und bewältigungsorientierte Therapie in einem integrierten Schizophrenie-Behandlungskonzept. In: Bandelow B, Rüther E, eds. Therapie mit Neuroleptika. Darmstadt, Germany. Stein-

kopff; 2001:33–42.

Mueser KT, Corrigan PW, Hilton D, et al. Illness management and recovery for severe mental illness: a review of the research. Psychiatr Serv 2002;53:1272–1284.

Mueser KT, Pratt SI, Bartels SJ, et al. Randomized trial of social rehabilitation and integrated health care for older people with severe mental illness. J Consult Clin Psychol 2010;78:561–573.

Mueser KT, Deavers F, Penn DL, Cassisi JE. Psychosocial treatments for schizophrenia. Annu Rev Clin Psychol 2013;9:465–497.

NICE Schizophrenia (2014). Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (update). National Clinical Practice Guideline Number 82. London: National Institute for Health and Clinical Excellence.

Nuechterlein KH, Dawson ME, Gitlin M, et al. Developmental processes in schizophrenic disorders: longitudinal studies of vulnerability and stress. Schizophr Bull 1992;18:387–425.

Pharoah FM, Mari JJ, Streiner DL (2010) Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). Oxford: The Cochrane Library, Issue 4, Update Software

Pitschel-Walz G, Bäuml J, Bender W, Engel RR, Wagner M, Kissling W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. J Clin Psychiatry 2006;67(3):443-452

Pitschel-Walz G, Gsottschneider A, Froböse T, Kraemer S, Bäuml J, Jahn T. Neuropsychologie der Psychoedukation bei Schizophrenie. Ergebnisse der Münchner COGPIP-Studie. Nervenarzt 2013;84:79-90.

Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel R (2001) The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia - A Meta-Analysis. Schizophr Bull 27:73-92.

Prochaska JO, DiClemente CC. The Transtheoretical Approach: Crossing the Traditional Boundaries of Therapy. Homewood, IL: Dow-Jones/Irwin; 1984.

Raudenbush SW, Xiao-Feng L. Effects of study duration, frequency of observation, and sample size on power in studies of group differences in polynomial change. Psychol Methods.2001;6:387–401.

Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W. Psychoeducation in schizophrenia – results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. Schizophr Bull.2006;32 (4):765-775.

Schaub A. Formen der Auseinandersetzung bei schizophrener Erkrankung. Eine-Längsschnittstudie. Europäische Hochschulschriften. Frankfurt a. M., Peter Lang; 1993.

Schaub A. Cognitive-behavioural coping-orientated therapy for schizophrenia: a new treatment model for clinical service and research. In: Perris C, McGorry P, eds. CognitivePsychotherapy of Psychotic and Personality Disorders. Handbook of Theory and Practice. Chichester, UK:Wiley & Sons;1998:91–109

Schaub A. (Hrsg.) (2002) New Family Interventions and Associated Research in Psychiatric Disorders. Springer, Wien.

Schaub A. Feedback Fragebogen. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G, eds. Psychoedukation bei Schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart, Germany: Schattauer; 2003:330–333.

Schaub A. Spezialstationen in der Behandlung schizophrener Psychosen. In: Möller HJ, ed. Handbuch der Therapie psychiatrischer Erkrankungen. 3rd ed. Stuttgart, Germany: Thieme;2006:318–324.

Schaub A. (2008) Coping-Forschung und bewältigungsorientierte Therapien bei schizophrnen Störungen. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G (Hrsg) Psychoedukation bei schizophrenen Ekrankungen Stuttgart, Schattauer, S 173-191.

Schaub A, Andres K, Brenner HD, Donzel G. Developing a group format coping-oriented treatment programme for schizophrenic patients. In: Brenner HD, Böker W, Genner R, eds. Towards a Comprehensive Therapy for Schizophrenia. Seattle, WA: Hogrefe & Huber Publishers;1997:228–251.

Schaub A, Behrendt B, Brenner HD. A multihospital evaluation of the Medication and Symptom Management Modules in Germany and Switzerland. Int Rev Psychiatry. 1998a;10:42–46.

Schaub A, Behrendt B, Brenner HD, Mueser KT, Liberman RP. Training schizophrenic patients to manage their symptoms: predictors of treatment response to the German versionof the Symptom Management Module. Schizophr Res.1998b ;31:121–130.

Schaub A, Frank R. Sprechstunde für Kinder psychisch kranker Eltern. Monatschrift Kinderheilkunde, 2010;158(9): 858-867.

Schaub A, Hippius H, Möller H-J, Falkai P. Psychoeducational and Cognitive Behavioral Treatment Programs: Implementation and Evaluation From 1995 to 2015 in Kraepelin's Former Hospital. Schizophr Bull 2016; 42 Suppl1: S81-87.

Schaub A, Kümmler P, Gauck L, Amann S. Bewältigungsorientierte Therapie im stationären Bereich: Implikationen für die Langzeitbehandlung der Schizophrenie. In: Möller HJ, Müller N, eds. Schizophrenie: Langzeitverlauf und Langzeittherapie. Vienna, Austria: Springer; 2004:149–166.

Schaub A, Mueser KT, von Werder T, Engel R, Möller H-J, Falkai P. A randomised controlled trial of group copiong-oriented therapy vs. Supportive therapy in schizophrenia: Results of a two-year follow-up. Schizophr Bull 2016;42(1):71-80.

Schaub A, Roth L. Goldmann U. Kognitive-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. 2. Aufl. Göttingen: Hogrefe; 2013.

Schmid R, Spießl H, Cordning C. Zwischen Verantwortung und Abgrenzung: emotionale Belastungen von Angehörigen psychisch Kranker. Psychiatrische Praxis 2005;32(6):272-280.

Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews SM, Bellack AS, Glick ID, Hargreaves WA, Kane JM, Ninan PT, Frances A, Jacobs M, Lieberman JA, Mance R, Simpson GM, Woerner MG. Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia. The effects of do-

se reduction and family treatment. Arch Gen Psychiatry 1997;54(5):453-63.

Selick A, Durbin J, Vu1 N, O'Connor K, Volpe T, Lin E. Barriers and facilitators to implementing family support and education in Early Psychosis Intervention programmes: Asystematic review. Early Intervention in Psychiatry 2017;1–10. Wiley

Söderberg P, Tungström S, Armelius BA. Special section on the GAF: Reliability of Global Assessment of Functioning ratings made by clinical psychiatric staff. Psychiatr Serv. 2005;56:434–438.

Süllwold L, Herrlich J. Psychologische Behandlung schizophren Erkrankter. 2. überar. Aufl. Stuttgart, Berlin: Kohlhammer; 1998.

Vauth R, Bell N, Schneider G. Emotions- und stigmafokussierte Angehörigenarbeit bei psychotischen Störungen. Göttingen: Hogrefe; 2009.

Velligan D, Prihoda T, Dennehy E, et al. Brief psychiatric rating scale expanded version: How do new items affect factor structure? Psychiatry Res 2005;135:217–228.

Wykes T, Steel C, Everitt B, Tarrier N. Cognitive behaviour therapy for schizophrenia: effect sizes, clinical models, and methodological rigor. Schizophr Bull. 2008;34:523–537.

Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR. Psychoeducation for schizophrenia. Cochrane Database Syst Rev. 2011;15:CD002831.

Korrespondenzadresse:

Dr. phil. Dipl.-Psych. Annette Schaub
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Ludwig Maximilian Universität München (LMU)
Nussbaumstr.7, D-80336 München
Tel: 0049-89-440052779,
Fax: 0049-89-440054749
Email:
annette.schaub@med.uni-muenchen.de