

Psychoedukative Gruppen für Familien

- Schizophrene Patienten gemeinsam mit Angehörigen -

H. Berger*, H. Gunia, J. Friedrich*****

Die Ausgangsidee	1
Zur Planung	2
Umsetzung	3
Evaluation.....	4
Ausblick.....	6
Literaturverzeichnis	8

Die Ausgangsidee

Das familiäre Klima bestimmt in einem nicht unerheblichem Maße den Verlauf schizophrener Störungen. Nachdem Brown 1962 erstmals auf die Bedeutung bestimmter emotionaler Haltungen bei der Entstehung schizophrener Episoden verwies, konnte der von ihm postulierte Zusammenhang zwischen 'high expressed emotions' (HEE), also einer feindlichen, emotional überengagierten familiären Atmosphäre und erhöhten Rückfallraten in zahlreichen Studien bestätigt werden (v.a. Hell 1988, Kavanagh 1992, Bebbington und Kuipers 1994). Danach kann als gesichert gelten, daß neun Monate nach Abklingen einer schizophrenen Episode etwa 50 % der Patienten, die in HEE-Familien leben, wieder erkranken. Bei Patienten aus Familien mit 'low expressed emotions' sind dies nur etwa 20%.

Davon ausgehend wurden psychoedukative Massnahmen entwickelt, die das Ziel hatten, mittels Beeinflußung des familiären Milieus und vor allem des EE-Niveaus die Rückfallraten zu senken.

Ungeachtet der methodischen Unterschiede kommen alle Studien zu einem in etwa gleichen Ergebnis: Psychoedukative Interventionen für Familienmitglieder vermögen offensichtlich im Verbund mit der regelmäßigen Gabe von Neuroleptika das Rückfallrisiko erheblich zu senken. So fanden Leff et al. (1982, 1985), daß lediglich 33% der Patienten, deren Angehörige betreut wurden, innerhalb der ersten zwei Jahre rückfällig wurden,

gegenüber 75% der Kontrollgruppe. Daß auch Familientherapie über die medikamentöse Behandlung hinaus einen guten prophylaktischen Effekt zeigt, zeigten Goldstein et al. (1978): nach 6 Monaten lag die Rückfallquote bei nur 21%, gegenüber 48% in der Kontrollgruppe. Familienbetreuung vor Ort war der Einzelbehandlung noch deutlicher überlegen, wie Falloon et al. (1987) zeigten: Nach zwei Jahren hatten lediglich 17% der Patienten, die gemeinsam mit den Angehörigen betreut wurden, einen Rückfall gegenüber 83% der individuell betreuten Patienten.

Trotz dieser Forschungsbefunde werden in der gegenwärtigen psychoedukativen Praxis üblicherweise Patienten und Angehörige in separaten Gruppen behandelt. Der Aufwand einer Familientherapie oder einer Familienbetreuung vor Ort erscheint in unserem Gesundheitssystem unangemessen hoch und auch den Beteiligten kaum vermittelbar. Um das brachliegende Präventionspotential vereint behandelter Familien dennoch zu nutzen, entwickelten wir mit der 'Psychoedukativen Gruppe für Familien' eine ökonomischere und für die Beteiligten akzeptablere Form der gemeinsamen Psychoedukation. An ihr sollten mehrere Patienten gemeinsam mit ihren Familienangehörigen teilnehmen. Dadurch würden zusätzliche gruppen- wie familientherapeutische Wirkmechanismen in ökonomischer Weise nutzbar.

Zur Planung

Das Zentrum für Soziale Psychiatrie Riedstadt führt seit den frühen 80er Jahren psychoedukative Vortragsreihen und Angehörigengruppen durch. 1994 wurden psychoedukative Gruppen auch für stationäre Patienten eingeführt. 1995 und 1996 wurde im Rahmen eines Projektes der WHO ("Health Promoting Hospitals") von Ärzten und Psychologen ein Manual zur Durchführung psychoedukativer Gruppen entwickelt.

Da die Durchführung unterschiedlicher psychoedukativer Gruppen für Patienten und Angehörige einen hohen organisatorischen Aufwand verlangt und zudem die eingangs geschilderten Befunde für die Schaffung einer Alternative zu getrennten Angehörigen- und Patientengruppen sprachen, begannen wir mit der konkreten Planung eines Gruppenangebots, an dem Patienten zusammen mit ihren Angehörigen teilnehmen konnten. Außer einer Verringerung des organisatorischen Aufwands versprachen wir uns synergistische Effekte. 1997 und 1998 führte der Zweitautor (teilweise zusammen mit dem Erstautor) drei Psychoedukative Familieninterventionen zur Erprobung des neuen Konzepts durch. Die Inhalte der Sitzungen und die zeitliche Strukturierung zeigt Tabelle 1.

Umsetzung

Tabelle 1: Themen der 10 wöchentlichen Sitzungen in der Zeitstruktur

1.Sitzung:	Gegenseitiges Kennenlernen, Vorstellung des Konzeptes, Äußern von Wünschen und Bedürfnissen
2.Sitzung:	Informationen über Psychose, Einteilung, Entstehung (Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell), Verlauf und Prognose, Möglichkeiten der Familie (EE-Konzept)
3. Sitzung:	Information über medikamentöse Behandlung, physiologische u. biochemische Grundlagen medikamentöser Therapie, Nebenwirkungen
4. Sitzung:	Nichtmedikamentöse Behandlungsmethoden, Wohnformen, Streßbewältigung, Perspektive nach der Entlassung, berufl. Rehabilitation
5. Sitzung:	Frühwarnzeichen erkennen, Einsatz z. Rückfallprophylaxe, Krisenplan
6. Sitzung:	Kommunikationstechniken, Übungen und Rollenspiele
7. Sitzung:	Kommunikationstechniken, Übungen und Rollenspiele
8. Sitzung:	Vorstellen des Problemlösekonzeptes und Kommunikationsübungen
9. Sitzung:	Rollenspiele mit Videofeedback ausgehend vom Problemlösekonzept
10. Sitzung:	Rollenspiele mit Videofeedback ausgehend von dem Problemlösekonzept und Abschlußbesprechung

Die ersten Eindrücke waren, daß das Konzept gut angenommen wurde, was sich u. a. an der hohen Zufriedenheit der Teilnehmenden zeigte. Für die Behandler wurden in der Psychoedukation völlig neue Interventionsformen mit Erfolg durchführbar. Äußerst fruchtbar waren z.B. Rollenspiele mit interfamiliärer Besetzung (eine Interventionsform, die so weder in der Familientherapie noch in Patienten- oder Angehörigengruppen möglich ist). Bei diesem Rollentausch konnte z.B. ein Elternpaar, das sich immer eine Tochter gewünscht hatte, aber einen Sohn hatte, eine "Tochter" aus einer anderen Familie "ausleihen". Es wurde möglich, aktuelle Konflikte von den dazugehörigen "familiären Konfliktgeschichten" losgelöst zu bearbeiten. Die emotionale Gelassenheit wurde somit größer, der Konflikt leichter auflösbar.

1998 begannen wir deshalb Ärzte und Psychologen der Klinik zur qualifizierten Durchführung von psychoedukativen Familiengruppen auszubilden.

1999 und 2000 wurden von diesen neu ausgebildeten Therapeuten insgesamt vier

psychoedukative Gruppen für insgesamt 13 Familien (28 Teilnehmer) durchgeführt. Die Resonanz ist weiterhin sehr gut. Die Psychoedukative Familienintervention gehört seit 1999 nunmehr zum Standardprogramm der Klinik.

Evaluation

Durch die ebenfalls 1999 begonnene Zusammenarbeit mit der Arbeitsgruppe Diagnostik am Institut für Psychologie der TU Darmstadt (Prof. Leichner u. Dr. Friedrich) konnte die wissenschaftliche Evaluation ausgebaut werden. Sie sollte auch zur Weiterentwicklung unseres nachstationären Betreuungsangebots beitragen.

Als Grundpfeiler der Qualitätssicherung bestand bereits die Manualisierung der Intervention mit Inhalten und Übungen zu den Stundenthemen. Sie war Basis der Schulungen von weiteren Gruppenleitern. Erst bei Durchführung der Intervention durch andere Gruppenleiter als die Entwickler konnte eine realistische Evaluation beginnen.

So etablierten wir 1999 einen Vorbereitungsabend eine Woche vor Gruppenbeginn, an dem sich zum einen Teilnehmer und Gruppenleiter kennenlernen, zum anderen Daten erhoben werden: Durch die Therapeuten anamnestische Daten von Patient und Familie, durch den Ärztlichen Direktor die Psychopathologie (CGI u. BPRS von Overall / Gorham), durch die Evaluatoren Testdaten, im Einzelnen: Einstellungen zu Erkrankung und Therapie (die sich z. B. auf die medikamentöse Compliance auswirken), Wissen über die Erkrankung (abgeleitet aus Hahlwegs 'Fragen zur Psychose'), das 'Subjektive Familienbild' SFB (Mattejat u. Scholz), ein Emotionserkennungstest am PC und zur EE-Messung der Angehörigen das 'Five minute speech sample' FMSS (nach Magana et al.). Diese Datenerhebung wird eine Woche nach Gruppenende und nach einem weiteren halben Jahr bei der Auffrischungssitzung wiederholt. Sobald wir von einer genügend großen Anzahl von Patienten diese Daten erhoben haben, wollen wir Erfolgsmaße und ihre Prädiktoren berechnen.

Schon jetzt wichtig waren die Prozessanalysen: seit 1999 werden die wöchentlichen Sitzungen auf Video aufgezeichnet, das dient sowohl der Supervision wie auch der Evaluation (wir entwickelten Rating-Skalen zur Videoanalyse). Nach jeder Stunde füllen Leiter wie Teilnehmer die 'Wochenbögen' aus, sie erfassen neben momentaner Gemüthsstimmung ein Feedback zur Sitzung (Basis u.a.: Hahlwegs Therapeuten-Kompetenzskalen).

Eine Auswertung hiervon war auf der Ebene einzelner Gruppen schon jetzt für die Kliniker fruchtbar und führte zu Modifikationen. Das möchten wir nun kurz an Ergebnissen von 'Gruppe 1' verdeutlichen.

Zuerst einige Kopfdaten von Gruppe 1:

Angehörige: N = 6 (3 weiblich); M Alter = 36 (22-46) J.; 4 Geschwister, 2 Eltern

Patienten: N = 3 (2 weiblich); M Alter = 27 (20-36) J.; 1-3 schizophrene Manifestationen
BPRS akut: 59 (57-64) SumScore, am Gruppenende 36 (32-43) SS

Die Subskalen des Wochenbogen (durch Faktorenanalyse an Pilotgruppen ermittelt) bilden das Erleben der Gruppenstunden ab. Sie wiesen bei Gruppe 1 im Wochenverlauf mehrere Einschnitte auf. So war auf dem an sich guten Niveau der Skala 'Atmosphäre' in der 3. Stunde ein Einbruch zu erkennen. Dieser zeigte sich auch auf den im Wochenverlauf signifikant veränderten Werten der Skala 'Interesse' (s.u.). Die Videoanalyse zur 3. Stunde hatte dazu passend ergeben, daß die Informationsvermittlung zur medikamentösen Behandlung zu sehr doziert worden war, was die Teilnehmer passiv gemacht hatte.

Wochenbögen Grp. 1

Faktor Interesse

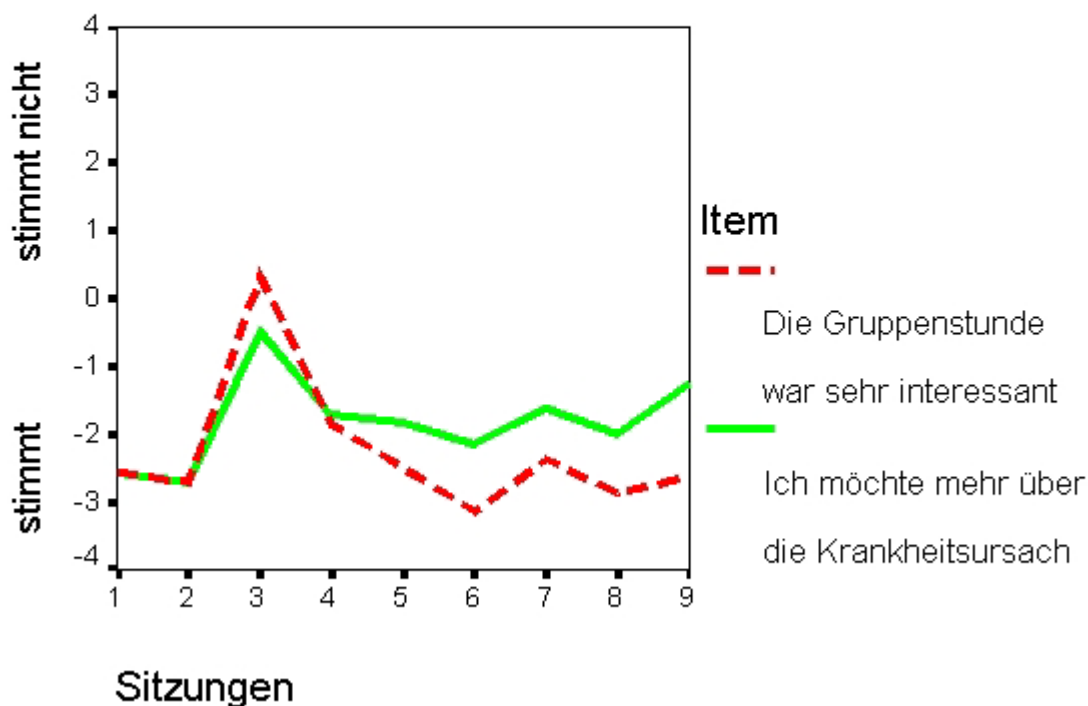


Abbildung 1: Subskala 'Interesse' aus den Wochenbögen von Gruppe 1

In den folgenden Gruppen war es möglich, diesen Einbruch zu vermeiden, indem durch Zwischenfragen die Informationsvermittlung aufgelockert wurde. In ähnlicher Weise zeigten sich im Video wie auf der Skala 'Leitung' in Stunde 6 anfängliche Unsicherheiten der Teilnehmer bei den ersten familiär vermischten Rollenspielen. Hier wurden die künftigen Gruppenleiter instruiert, in dieser Situation bewußt mehr direktes positives Feedback zu geben.

Unterscheiden sich Patienten von Angehörigen in ihrer Beurteilung der Sitzungen? Wir erwarteten auf der Skala 'Interesse' höhere Werte der (engagierten) Angehörigen. Auf den Skalen 'Atmosphäre', 'Leitung' und 'Förderung' wünschten wir uns möglichst geringe Unterschiede, da die Gruppen ja von Patienten wie Angehörigen gleichermaßen als nutz-

bringend erlebt werden soll. Die Angehörigen zeigten aber nicht nur signifikant stärkeres 'Interesse', sie bewerteten auch die 'Leitung' signifikant besser als die Patienten.

Die eben geschilderten Ergebnisse beruhen auf subjektiven Daten, der Wissenstest 'Fragen zur Psychose' fußt auf härteren Daten, er soll den Erfolg der Inhaltsvermittlung in der ersten Hälfte der edukativen Gruppenstunden meßbar machen. Die maximal 62 erreichbaren Punkte spiegeln das Wissen zu Symptomen, Verlauf, Medikation und Rezidivprophylaxe wieder. Wir erwarteten einen Wissenszuwachs nach den Gruppen

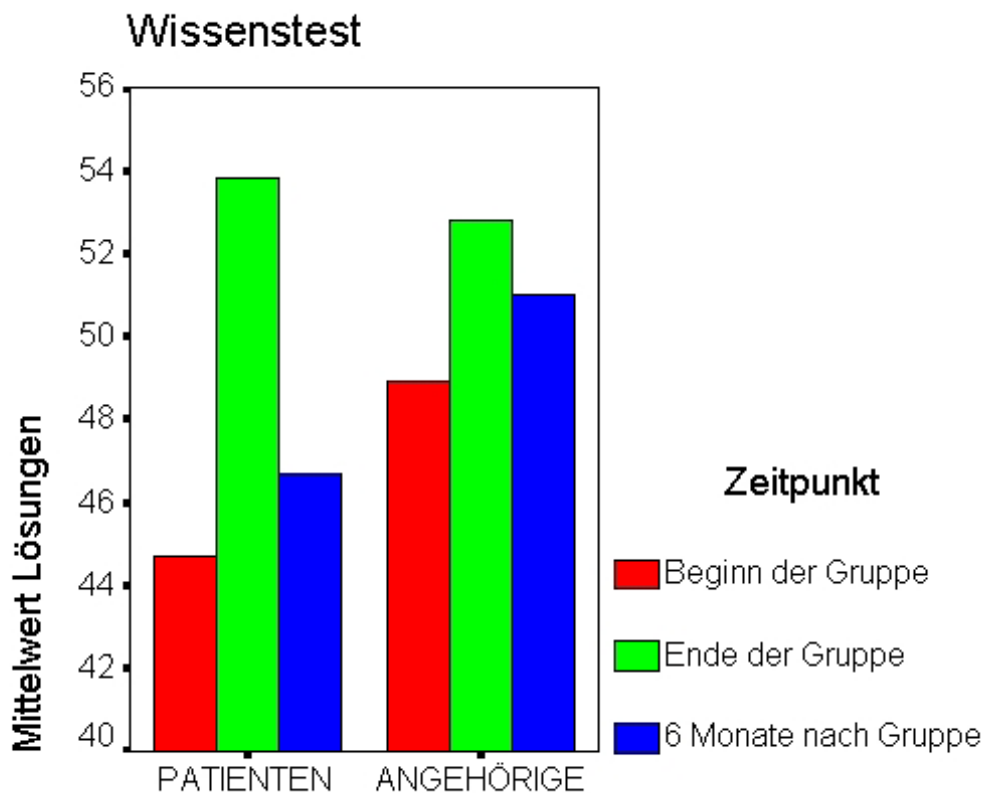


Abbildung 1: Änderungen des Wissensstands im Test 'Fragen zur Psychose' (N=28).

Eine Varianzanalyse über alle 3 Zeitpunkte erbrachte den signifikanten Haupteffekt 'Zeit', nach der Psychoedukation ist das Wissen am besten, der Zuwachs geht aber besonders bei Patienten nach einem halben Jahr größtenteils wieder verloren ('Zeit*Gruppe' signif.). Das läßt unsere Einführung einer Auffrischungssitzung zu diesem Zeitpunkt sehr sinnvoll erscheinen, da wissensgestützte Einsicht wohl wichtige Basis guter Compliance ist.

Ausblick

Praktisch haben wir unser Ziel erreicht, dieses neue Behandlungsangebot in der Klinik zu implementieren, es wird von den Patienten, Angehörigen und Mitarbeitern sehr gut ange-

nommen. Die ersten Ergebnisse der wissenschaftlichen Begleitforschung sind ermutigend für unser Ziel der Rückfallprävention. Die 'Psychoedukativen Gruppe für Familien' scheint über Verbesserung der familiären Krisenbewältigung und Krankheitseinsicht nicht nur die Medikamentencompliance zu steigern, sondern auch zu einer größeren Zufriedenheit der Beteiligten führen. So stieg die zu Hause gemeinsam verbrachte Zeit ebenso signifikant, wie sich die erlebte Sicherheit im privaten Alltag erhöhte.

Wir wollen den eingeschlagenen Weg weiter fortsetzen. 1999 begann der Zweitautor zusammen mit einer Fachkrankenschwester für Psychiatrie ein Curriculum für die Ausbildung von Krankenschwestern und Krankenpflegern zu Cotherapeuten auszuarbeiten, dies würde die berechneten Kosten einer Gruppe von derzeit ca. 1500,- DM weiter senken. Eine erste Ausbildungsgruppe läuft seit nunmehr einem Jahr.

Literaturverzeichnis:

Bebbington P, Kuipers L (1994) The clinical utility of expressed emotion in schizophrenia. Acta psychiatr. scand 89: 42 - 53

Brown GW, Monck GM, Carstairs GM, Wing JK (1962) The influence of family life on the course of schizophrenic illness. British Journal of Preventive and Social Medicine 16: 55

Falloon IRH, McGill CW, Boyd JL, Pederson J (1987) Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Social outcome of a two-year longitudinal study. Psychological medicine 17: 59 - 66

Goldstein MJ, Rodnick EH, Evans JR, May PRA, Steinberg MR (1978) Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. Archives of general psychiatry 35: 1169 - 1177

Hahlweg K, Dür H, Müller U (1995) Familienbetreuung schizophrener Patienten. Weinheim: Beltz Verlag

Hell D (1988) Angehörigenarbeit und Schizophrenieverlauf. Nervenarzt 59: 66-72

Kavanagh DJ (1992) Recent developments in expressed emotion and schizophrenia. Brit. J. Psychiat. 160: 601 - 620

Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Vries, Sturgeon D (1982) Controlled trial of social interventions in the families of schizophrenic patients. Brit. J. Psychiat. 141: 121 - 134

Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Sturgeon D (1985) The controlled trial of social interventions in the families of schizophrenic patients: Two year follow up. Brit.J.Psychiat. 146: 594 - 600

* Ärztlicher Direktor, Philipppshospital, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, 64550 Riedstadt

** Dipl. Psychol., Philipppshospital, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, 64550 Riedstadt

*** Dr. rer soc. Dipl. Psychol., TU Darmstadt, Hochschulstraße 1, 64289 Darmstadt