

17 Psychoedukation bei ersterkrankten Patienten mit schizophrenen Störungen

Birgit Conradt, Stefan Klingberg, Agnes Lowe

17.1 Besondere Anforderungen

Ersterkrankte Patienten mit schizophrenen Störungen sind eine spezielle Patienten-Gruppe mit spezifischen Behandlungsbedürfnissen. Warum das so ist und welche Konsequenzen sich daraus für eine Behandlung und insbesondere für eine psychoedukativ ausgerichtete psychotherapeutische Intervention ergeben, soll im Folgenden erläutert und diskutiert werden.

600 Menschen (19 pro 100 000 Einwohner) jährlich eine schizophrene Ersterkrankung diagnostiziert (Gaebel u. Wölwer, 2010). Die Mitteilung der Diagnose „Schizophrenie“ ist für Patienten und Angehörige häufig schwer zu akzeptieren, und ihre Verarbeitung erfordert eine besondere Unterstützung durch die Behandler. Verbunden sind damit oft beträchtliche Einschränkungen und Leid für die Betroffenen und ihre Angehörigen.

17.1.1 Häufigkeit, Relevanz

Schizophrenie zählt zu den 10 häufigsten zur Behinderung führenden Erkrankungen (Murray u. Lopez, 1996) und ist mit erheblichen Einbußen des psychosozialen Funktionsniveaus verbunden (Harvey u. Bellack, 2009). Nach aktuellen wissenschaftlichen Erkenntnissen liegt das Lebenszeitrisko für einen Suizid bei Menschen, die an einer Schizophrenie erkrankt sind, bei etwa 5,6%, wobei das Risiko im ersten Jahr der Behandlung doppelt so hoch ist (Nordentoft et al., 2015). Angehörige Ersterkrankter sind emotional belastet, entwickeln häufig selbst behandlungsbedürftige Symptome, werden mit vielfältigen Problemen der Patienten konfrontiert und haben einen hohen Unterstützungsbedarf (Tennakoon et al., 2000; Addington et al., 2003, Addington et al., 2005).

Die Jahresinzidenz einer schizophrenen Neuerkrankung beträgt weltweit etwa 0.01 bis 0.02%. In Deutschland wird bei etwa 15

17.1.2 Krankheitsverlauf

Der frühe Erkrankungsbeginn trifft Patienten in einer wichtigen Phase der psychosozialen Entwicklung: Die erste Manifestation einer schizophrenen Episode tritt v. a. zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr auf; zwei Drittel der Patienten erkranken vor dem 30. Lebensjahr, Männer im Durchschnitt 3–4 Jahre früher als Frauen (Häfner et al., 1993). Die psychotische Symptomatik entwickelt sich oft schleichend und wird meist erst mit längerer Verzögerung behandelt. Dabei kann die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP) 1–2 Jahre betragen. Die verzögerte Behandlung hat oft negative Folgen für den langfristigen Krankheitsverlauf der Betroffenen. Verzögerte Recovery, höhere Rückfallraten sowie ein niedrigeres soziales und berufliches Funktionsniveau sind mögliche Konsequenzen (McGorry u. Jackson, 1999; Schaffner et al., 2010). Junge Menschen, die an einer schizophrenen Psychose erkranken, missbrauchen häufig Alkohol und Drogen (Meister et al., 2010), leiden oft an Depressi-

onen aber auch Angststörungen sowie Symptomen einer Posttraumatischen Belastungsstörung (Buckley et al., 2009). Ein besonderes Problem im Rahmen der Therapie ersterkrankter Patienten ist ihre geringe Krankheitseinsicht (Sheitmann et al., 1997), die mit einer schlechten Medikamenten-Compliance einhergeht (Coldham, 2002; Gaebel, 2004). Ein komorbider Substanzmissbrauch und das Fehlen einer familiären Unterstützung sind Faktoren, die sich negativ auf die Compliance der Patienten auswirken (Schimmelmann, 2006).

Der weitere Krankheitsverlauf nach der ersten psychotischen Episode ist individuell unterschiedlich und durch wechselhafte Verlaufprofile gekennzeichnet. Circa 20 % ersterkrankter Patienten bilden keine weitere psychotische Episode aus. Bei der Mehrzahl der Patienten kommt es nach variablen Zeiträumen zu weiteren unterschiedlich stark ausgeprägten Episoden, auf die im besten Falle eine vollständige Remission oder aber Teilremissionen folgen. Nach jeder weiteren psychotischen Episode steigt die Wahrscheinlichkeit für eine chronische Entwicklung mit zunehmenden Residuen. Die Heterogenität der Verläufe macht eine individuelle Prognose schwierig. Dem gegenüber steht das hohe Bedürfnis von Patienten und Angehörigen, zu wissen, wie es weitergeht und wie groß die Gefahr ist, abermals zu erkranken. In diesem Kontext ist die Rezidivprophylaxe das Hauptziel therapeutischer Interventionen, die einer Chronifizierung bei ersterkrankten Patienten entgegenwirken wollen.

17.1.3 Rückfallraten ersterkrankter schizophrener Patienten

Für die Wiedererkrankungsrate Ersterkrankter im *ersten* Behandlungsjahr ist es von entscheidender Bedeutung, ob Patien-

ten eine medikamentöse Therapie durchführen. Die (1-Jahres-) Rückfallrate unter antipsychotischer Erhaltungstherapie ist im Vergleich zur Placebo-Behandlung deutlich geringer (Kane et al., 1982: 0 % vs. 41 %; Crow et al., 1986: 46 % vs. 62 %; Scottish Schizophrenia Research Group, 1989: 0 % vs. 57 %; Hogarty u. Ulrich 1998: 43 % vs. 64 %). Psychosoziale Interventionen verringern die Rückfallraten noch weiter (Waytt et al., 1998). Dabei ist das Risiko eines Rückfalls für Ersterkrankte bei Abbruch der pharmakotherapeutischen Behandlung 4,9fach höher als bei fortgeführter antipsychotischer Behandlung (Robinson et al., 1999). Über einen *längeren Zeitraum* (5-Jahres-Katamnesen) betrachtet, ist das Rückfallrisiko sehr hoch (Watt et al., 1983: 77 %; Scottish Schizophrenia Research Group, 1992: 74 %; Robinson et al., 1999: 82 %). Demgegenüber erreichen (mehr als) 70 % der ersterkrankten Patienten unter antipsychotischer Behandlung eine (Voll-) Remission der psychotischen Symptomatik nach 3–4 Monaten (Lieberman et al., 1996; Schooler et al., 2005), 83 % erreichen eine stabile Remission nach einem Jahr (Lieberman et al., 1996; APA, 2004).

17.1.4 Anforderungen an die Behandlung

Angesichts des potenziell chronischen Verlaufs der schizophrenen Psychosen ist schon in der ersten Krankheitsphase maximale Unterstützung geboten, um einer Chronifizierung bestmöglich entgegenzuwirken und die zur Verfügung stehenden Behandlungsoptionen wirksam werden zu lassen. Es ist nicht erkennbar, dass in späteren Krankheitsphasen der Zugang zum Patienten prinzipiell besser wäre.

Andererseits ist die Nachfrage nach Behandlung bei den Betroffenen häufig begrenzt. Die Behandlungskooperation ist (als Folge der Erkrankung oder auch als Folge ungünstiger Behandlungsverläufe) häufig erschwert.

Aus dieser Diskrepanz von Behandlungsbedarf und Nachfrage ergibt sich die Überlegung, dass insbesondere die Behandlungsmotivation und die Behandlungskooperation in der Zusammenarbeit mit ersterkrankten Patienten eine besondere Bedeutung haben und volle Aufmerksamkeit des Behandlungsteams verdienen. Patienten müssen motiviert werden, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen, die Behandlung anzunehmen und selbst alles zu tun, um die psychische Gesundheit wiederherzustellen bzw. zu erhalten. Fehlende Krankheitseinsicht, Ablehnung von Behandlungsmaßnahmen inkl. der Medikation sowie eine Tendenz zum frühzeitigen Behandlungsabbruch sind Herausforderungen, denen sich jede Therapiekonzeption stellen muss und die bei psychoedukativen Interventionen natürlicherweise im Vordergrund stehen.

Auch bei der Pharmakotherapie muss die besondere Situation Ersterkrankter berücksichtigt werden. Ersterkrankte Patienten zeigen eine besonders gute Response auf antipsychotische Medikation und benötigen eine wesentlich niedrigere Dosis als Mehrfacherkrankte (APA, 2004; DGPPN, 2005). Da es keine verlässlichen Prädiktoren zur Identifikation der ca. 20% ersterkrankten Patienten, die (auch ohne antipsychotische Behandlung) keine schizophrene Re-Manifestation erleiden, gibt (APA, 2004; Gaebel et al., 2005), wird grundsätzlich eine (medikamentöse) Behandlungsempfehlung für alle ersterkrankten Patienten für mindestens 1 Jahr nach vollständiger Remission ausgesprochen (Gaebel et al., 2006). Der Aufbau einer Medikamenten-Adhärenz ist somit ein

zentraler Bestandteil psychoedukativer Interventionen. Eine früh einsetzende und kontinuierlich durchgeführte Medikation kann – Verträglichkeit vorausgesetzt – der Chronifizierung entgegenwirken.

17.1.5 Aktueller Stand

Im Rahmen des Kompetenznetzes Schizophrenie (Gaebel et al., 2004) wurde ein 8-stündiges psychoedukatives Programm für Patienten entwickelt, das in ein umfassendes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Therapiekonzept integriert ist (Klingberg, Schaub, Conrad, 2003). Erste Ergebnisse des Kompetenznetzes Schizophrenie weisen darauf hin, dass die Halterate ersterkrankter schizophrener Patienten damit verbessert werden kann. Die Verbesserung der Compliance durch psychoedukative Programme für schizophren erkrankte Patienten und deren Angehörige ist durch viele Studien belegt (Pitschel-Walz et al., 2001). Die Relevanz der frühen Phase einer Schizophrenie für den weiteren Krankheitsverlauf ist im Rahmen wissenschaftlicher Studien bestätigt worden. Darüber hinaus wurden phasenspezifische multimodale Therapiekonzepte erarbeitet. Zur Verbesserung der Versorgung ersterkrankter Patienten wurden in Deutschland spezielle Behandlungszentren gegründet (z. B. Berlin, Göttingen, Heidelberg, Hamburg, Tübingen, Köln, Limburg). Die Durchführung psychoedukativer Interventionen ist fester Bestandteil des Therapieangebots.

17.2 Anforderungen an psychoedukative Interventionen bei Ersterkrankten

Die erstmalige Diagnose „Schizophrenie“ bedeutet für die Patienten eine hohe Anpassungsleistung an eine vollständig veränderte Lebenssituation. Alle psychischen Probleme, die mit dem Neuauftreten einer *chronischen Erkrankung* verbunden sind, können auch in diesem Fall auftauchen. Insbesondere sind dies bei Ersterkrankten:

- Informationsmangel in Bezug auf die psychische Erkrankung,
- Belastung (u. U. auch Traumatisierung) durch die Erlebnisse der Akutphase,
- Massive Gefährdung des Selbstwert-Erlebens, verbunden mit einer „normalen“ Vermeidungstendenz (u. U. auch zusätzlich zur fehlenden Krankheitseinsicht),
- Verlust der im jungen Erwachsenenalter gerade aufgebauten Autonomie.

Ersterkrankte haben in der Regel überhaupt *erstmalig im Leben Kontakt mit einer psychiatrischen Klinik*, und dieser Kontakt kann sie für die weitere Inanspruchnahme von ärztlichen/psychologischen Leistungen prägen. Besondere Aufmerksamkeit muss deshalb dem geeigneten Setting, einer größtmöglichen Freiwilligkeit und dem Aufbau einer guten Patient-Therapeut-Beziehung gelten. Letztere sollte von folgendem *therapeutischem Grundverständnis* geprägt sein:

- Respekt vor der Autonomie des Patienten, Selbstwertschonung, individuelle Anpassung der Informationsvermittlung, Transparenz bzgl. Verantwortlichkeiten und therapeutischer Entscheidung, Beachtung von Ressourcen und Lebenszielen des Patienten.
- Bei der Vermittlung von Information über Wiedererkrankungsraten sollte die

Betonung auf den Chancen liegen, gesund zu bleiben. Wichtig ist, den Beitrag zu betonen, die der Patient selbst dazu leisten kann, z. B. durch eine regelmäßige und kontrollierte Medikamenteneinnahme, Stressvermeidung, Krisenbewältigung etc.

- Psychoedukation bei Ersterkrankten bedeutet auch, Patienten eine Entscheidungsgrundlage zu geben, welchen Nutzen welche Therapie hat und Vor- und Nachteile gegeneinander abzuwägen. Aufgrund der Fakten gilt es zu motivieren, sich mit der Erkrankung auseinanderzusetzen.
- Neben Schwierigkeiten und Defiziten der Patienten müssen ihre Bewältigungsstrategien und Ressourcen herausgearbeitet werden. Mit den Patienten gemeinsam wird ein individuelles Krankheitskonzept erarbeitet. Zu berücksichtigen sind dabei mögliche Informationsverarbeitungsstörungen, vorherrschende Negativsymptomatik und paranoides Misstrauen.

Zudem gilt es, die Geschehnisse in der Akutphase zu thematisieren. Erstmalig mit der Erkrankung und zumeist auch erstmalig mit einem Psychiatrischen Krankenhaus konfrontierte Patienten sind auf Unterstützung angewiesen, damit sie das für sie völlig fremde Erleben bearbeiten und in Zusammenhang mit ihrer Erkrankung bringen können. Dies sind Themen, die über eine als reine Informationsvermittlung verstandene Psychoedukation hinausgehen. Vor allem, wenn initial eine Behandlung gegen den Willen des Patienten notwendig war, ist es wichtig, das Geschehen nach Abklingen der akuten Symptomatik zu thematisieren und dabei besonderen Wert auf die Gestaltung der Therapeut-Patient-Beziehung zu legen. Krankheitseinsicht und Einsicht in Behandlungsbedürftigkeit kann man bei Erster-

kranken zunächst nicht voraussetzen. Sie müssen erarbeitet werden. Deswegen müssen complianceverbessernde Maßnahmen wie Psychoedukation unbedingt in dieser Frühphase der Erkrankung zum Einsatz kommen.

Im Rahmen einer *weitergehenden ambulanten kognitiven Verhaltenstherapie mit psychoedukativen Elementen* kann eine Vertiefung auf der Basis einer individuellen Fallkonzeption und Therapieplanung erfolgen. Je nach Problemlage werden dann unterschiedliche Bereiche bearbeitet: Intervention bei auftretenden Frühsymptomen, Intervention bei relevanten Belastungsfaktoren, Intervention bei persistierenden Symptomen. Dazu sind insgesamt 28 Behandlungsstunden vorgesehen und im Manual beschrieben. Die kontinuierliche Ausgabe von Arbeitsblättern (Bestandteil des unten beschriebenen Manuals) an den Patienten begleitet den Therapieprozess und unterstützt die erarbeiteten Inhalte.

17.2.1 Einbeziehung der Angehörigen

Die Angehörigen erkrankter Patienten sind häufig vielfältigen Belastungen und Fragen ausgesetzt. Schuldgefühle, Sorgen um den weiteren Verlauf, die berufliche Zukunft und finanzielle Belastungen durch notwendige Unterstützung beim Lebensunterhalt sind zentrale Fragen, die sich Angehörige stellen. Zudem besteht in aller Regel ein hohes Bedürfnis nach Informationen über die Erkrankung, denn die meisten Betroffenen können auf kein Vorwissen zurückgreifen. Für die Angehörigen erkrankter schizophrener Patienten bedeutet dies, dass auch sie durch die (erzwungene) Auseinandersetzung mit der Erkrankung eine erhebliche Einstellungs- und Veränderungsleistung zu erbringen haben.

Hier muss Psychoedukation einen zentralen Beitrag liefern. Darüber hinaus ist die Bewältigung von Alltagsproblemen von Bedeutung. Angehörige Ersterkrankter sind damit häufig ebenso überfordert wie mit der Frage, wie viel Unterstützung sie dem Angehörigen geben müssen, ohne übertrieben protektiv und überfürsorglich zu sein. Auf der anderen Seite lassen Patienten diese Unterstützung nicht immer zu, zumal wenn die Ersterkrankung in das junge Erwachsenenalter fällt und ihren Autonomiebestrebungen zuwiderläuft.

Das von uns an Angehörigen erkrankter Patienten mit einer schizophrenen Psychose evaluierte 8-stündige Therapiekonzept (Klingberg, Schaub, Conradt, 2003) bietet 6 psychoedukativ ausgerichtete Einzelsitzungen an. In 2 zusätzlichen gemeinsamen Sitzungen mit dem Patienten werden Krankheitsmodelle von Patienten, Angehörigen und Therapeuten gegenübergestellt, die Erfassung von Frühsymptomen und die Entwicklung eines (gemeinsamen) Krisenplans erarbeitet und Alltagsprobleme im Umgang mit den Patienten einbezogen.

Im klinischen Alltag werden häufig therapeutisch geleitete, psychoedukativ orientierte Angehörigengruppen angeboten. Manchmal sind Angehörige erkrankter Patienten mit diesem Setting jedoch überfordert. Den unter Umständen desillusionierenden Schilderungen von Angehörigen chronisch erkrankter/häufig rezidivierender Patienten steht der Erfahrungshintergrund dieser Familien gegenüber. Hilfreiche Strategien bei der Bewältigung von Alltagsproblemen werden meist von Angehörigen Ersterkrankter weniger stark nachgefragt, weil für sie das Bedürfnis nach Informationen und emotionaler Entlastung im Vordergrund steht.

Aus diesen Gründen sind das Setting der Einzelgespräche bzw. einzelne Sitzungen, u. U. auch gemeinsam mit dem Patienten,

für Angehörige besonders geeignet. Die hohe Teilnahmerate und gute Akzeptanz der Angehörigen erkrankter Patienten untermauert dieses Fazit.

Im Rahmen der Ersterkrankungsstudie des Kompetenznetzes Schizophrenie wurden alle verfügbaren Angehörigen zu beratenden Gesprächen eingeladen. Bei 24 von 54 Patienten kamen solche Gespräche zustande. Bei einer nennenswert großen Subgruppe wollten die Patienten jedoch unter keinen Umständen die Einbeziehung ihrer Angehörigen akzeptieren. Andererseits kam es nur in einem einzigen Fall zu einer Ablehnung durch die Angehörigen. Darüber hinaus haben 95 % der mit den Angehörigen vereinbarten Stunden tatsächlich stattgefunden. Dies dokumentiert den hohen Bedarf, den die Angehörigen hier haben.

17.3 Muster-Manual: Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen

Eine individuelle Therapie, die im stationären Setting beginnt, aber schwerpunktmäßig ambulant durchgeführt wird, scheint der Schwere der Erkrankung angemessen. Das psychoedukative Programm für erkrankte Patienten umfasst 8 Stunden Psychoedukation, die in Einzelsitzungen durchgeführt werden (Klingberg, Schaub, Conrad, 2003). Die Inhalte und Ziele der jeweiligen Sitzungen werden in der folgenden Tabelle dargestellt (s. Tab. 17-1): Im Rahmen der Sitzungen werden die Inhalte anhand von Arbeitsblättern in einer individualisierter Form und unter Beachtung der Persön-

Tab. 17-1 Psychoedukation für Ersterkrankte mit schizophrenen Störungen

Stunde	Thema	Ziele
1	Überblick, Krankheitsverlauf und Symptomatik	<ul style="list-style-type: none"> • Einführung von Struktur und Zeitplan der Behandlung • Darstellung der eigenen Vorgeschichte und Symptomatik sowie deren subjektiver Bedeutung • Kennenlernen häufiger Symptome einer Psychose und Abgleich mit eigener Symptomatik • Klärung organisatorischer Fragen (Terminabsprache etc.)
2	Subjektive Krankheitstheorie, „Psychose“, Symptomatik, Ressourcen	<ul style="list-style-type: none"> • Erläuterung der subjektiven Theorien des Patienten über seine Erkrankung und seinen gegenwärtigen Zustand • Syndromale Zuordnung zum Begriff „Psychose“ • Wiederfinden der eigenen Störung unter diesem Begriff • Akzeptanz von Krankheitscharakter und Behandlungsbedürftigkeit ohne selbstabwertende Verarbeitung • Erkennen und Benennen eigener Stärken
3	Plus- Minussymptomatik, Krankheitsverlauf, Ziele des Patienten	<ul style="list-style-type: none"> • Unterscheidung zwischen Plus- und Minussymptomen sowie die Anwendung auf eigene Symptome • Reflexion der verschiedenen Symptome im zeitlichen Verlauf • Herausarbeiten künftiger Ziele unter Einbeziehung der Sichtweisen von Angehörigen und Therapeuten