

## 39 Diagnosenübergreifende Psychoedukation

Kristin Rabovsky, Maren Jensen, Thomas Kohler

### 39.1 Klinische und theoretische Aspekte zur Begründung einer diagnosenübergreifenden Konzipierung von Psychoedukation

Dass Psychoedukation (PE) bei einer Vielzahl von psychiatrischen Störungen im Hinblick auf klinische Outcome-Variablen sowie krankheits- und behandlungsrelevantes Verhalten (Compliance) wirksam ist, konnte in zahlreichen Studien gezeigt werden und ist in den vorausgehenden Kapiteln über die Indikation bei einzelnen Krankheiten ausführlich beschrieben. Entsprechend wird die Intervention für diverse Erkrankungen in evidenzbasierten Therapieleitlinien empfohlen. Angesichts der Datenlage und der Vielzahl verfügbarer diagnosis-spezifischer Programme erstaunt, dass der klinische Einsatz deutlich hinter den Empfehlungen zurückbleibt (Lehman et al., 2003; Rummel-Kluge et al., 2006, 2009; Getachew et al., 2009).

#### 39.1.1 Versorgungspraktische Aspekte

Die von Rummel-Kluge et al. durchgeführte Befragung aller psychiatrischen Institutionen in Deutschland, Österreich und der Schweiz ergab bei einer Rücklaufquote von ca. 50 %, dass im Indexjahr 2003 in 86 % der antwortenden Institutionen Psychoedukation angeboten wurde, davon wiederum in 84 % für Schizophrenie. Im Mittel hatten in den antwortenden Institutionen lediglich 21 % aller schizophren erkrankten Patienten und 2 % ihrer Angehörigen an psychoedu-

kativen Interventionen teilgenommen. Die Daten legen nahe, dass die Zahlen für andere Diagnosegruppen noch weit darunter liegen. Als Hauptgrund hierfür wurden Mangel an Zeit und Personal angegeben (35 %); die nicht weiter aufgeschlüsselte Hauptposition (52 %) umfasst „weitere Gründe“, an erster Stelle „nicht genügend Patienten mit der gleichen Diagnose verfügbar“ und „zu kurze Hospitalisationszeiten“ (Rummel-Kluge et al., 2006). Insgesamt nur 8 % der Institutionen boten Psychoedukation für Angsterkrankungen an (Rummel-Kluge et al., 2009). Entsprechend praxisrelevant ist die Frage, ob die psychoedukativen Prinzipien eine diagnosis-gemischte Form erlauben, die in der klinischen Routinebehandlung möglicherweise einfacher zu implementieren ist.

#### 39.1.2 Klinische Aspekte

Die grundlegende Definition von Psychoedukation, wie sie sich in dem Konsensuspapier der „Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ (Bäumel u. Pitschel-Walz, 2008, 1. Aufl. 2003; s.a. Kap. 1) und ähnlich in den aktuellen NICE-Guidelines (The British Psychological Society and The Royal College of Psychiatry, 2009) findet, verweist auf die zentrale Zielsetzung psychoedukativer Angebote: patientengerechte Vermittlung krankheits- und behandlungsassoziierter Informationen, Entwicklung eines funktionalen Krankheitskonzeptes und Unterstützung bei der sinnvollen Bewältigung der Krankheit. In all diesen Bereichen finden sich störungsunab-

hängige Aspekte: Das grundlegende biopsychosoziale Krankheitskonzept ist übergreifend gültig, und die einzelnen Symptome kommen bei verschiedenen Erkrankungen vor. So können depressiv Erkrankte psychotische und Schizophrenie- oder Borderline-Patienten depressive Syndrome aufweisen. Entsprechend sind Informationen über Medikamente diagnosenunabhängig von Relevanz: Im Rahmen syndromaler Behandlungsansätze werden viele Psychopharmaka auch dann eingesetzt, wenn die Grunderkrankung nicht primär ihrer Ziel-symptomatik zuzuordnen ist, und zudem sind inzwischen zahlreiche Psychopharmaka für ein breites Spektrum psychiatrischer Syndrome zugelassen. Fragen der Krankheitsbewältigung sowie der Teilhabe am gesellschaftlichen Leben sind ebenso wie Stigmatisierungserfahrungen für Patienten mit den allermeisten psychischen Störungen von großer Bedeutung. Informationen, Beratung und Unterstützung in diesen Belangen sind deshalb unabhängig von der Diagnose wichtig.

### 39.1.3 Verlaufs- und behandlungsrelevante Faktoren

Auch die Frage nach der fundamentalen Zielsetzung von Psychoedukation spielt für die Gruppenzusammenstellung eine Rolle. Diagnosenübergreifende Gruppen könnten sich insbesondere dann als zielführend erweisen, wenn nicht die detaillierte Wissensvermittlung über ein bestimmtes Störungsbild, sondern die Entwicklung eines funktionalen Krankheitskonzeptes bzw. verlaufsrelevante Verhaltensmodifikationen (z. B. Complianceverbesserung) im Vordergrund stehen. Eine Zusammensetzung, die sich primär z. B. an soziodemographischen Patientencharakteristika (Bildungsniveau, Alter

etc.), spezifischen Kontextfaktoren oder Problemfeldern (z. B. in der sozialmedizinischen Rehabilitation oder Forensik) orientiert, könnte die „Treffgenauigkeit“ und Wirksamkeit hinsichtlich dieser Zielvariablen evtl. sogar steigern (s. a. Kap. 49 u. 50). Sowohl für somatische als auch für psychosomatische und schwere psychiatrische Störungen ist inzwischen gut untersucht, dass subjektive Einstellungen, Krankheitstheorien sowie Symptomwahrnehmung und Symptomattributionen das Krankheitsverhalten und den Verlauf wesentlich und nachhaltig beeinflussen (Cavelti et al., 2012; Nikendei et al., 2009; Lynch et al., 2011; Broadbent et al., 2006). Erste Auswertungen der qualitativ erhobenen und semiquantitativ ausgewerteten Daten aus der Basler Studie zu dem dort entwickelten diagnosenübergreifenden Gruppenprogramm zeigen als Akuteffekt (Prä-post-Vergleich), dass sich z. B. die subjektive Einstellung zu Medikamenten in der Psychoedukationsgruppe signifikant günstiger entwickelte (Rabovsky et al., 2012b).

Zu der Frage, ob die Diversifikation von psychoedukativen Gruppeninterventionen nach Diagnosen die optimal zielführende ist, liegen bisher keine spezifischen Untersuchungen vor. Hierauf haben schon 1996 Penn und Mueser (1996) hingewiesen. So sind z. B. das kognitive Funktions- oder Bildungsniveau, das Alter, der Chronifizierungsgrad der Erkrankung oder spezifische kritische Lebenssituationen bzw. Problemfelder (s. a. Kap. 41) erwägenswerte Diversifikationskriterien. Dass die Psychoedukation mittlerweile nicht mehr auf ihr traditionelles Hauptindikationsgebiet, die Schizophreniebehandlung, beschränkt ist, sondern bei nahezu allen Diagnosen eingesetzt wird, könnte man als Zeichen für diese Tendenz interpretieren (s. Kap. 13–38). Die Frage, ob eine junge, neu erkrankte Schizophreniepa-

tientin mehr psychoedukationsrelevante Gemeinsamkeiten mit einem residualsymptomatischen 55-Jährigen mit der gleichen Grunddiagnose oder mit einer gleichaltrigen Patientin aufweist, die z. B. an einer schweren Angst- oder Zwangsstörung leidet, stellt sich nach wie vor.

### 39.1.4 Geschichte und aktueller Stand, Datenlage, Materialien

Diagnosenübergreifende Psychoedukation ist ein vergleichsweise junges Format. Mitte der 1990er Jahre entwickelte Maren Jensen ein Programm, das sie später ausbaute. Erstmals wurde hierüber in dem Buch „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ berichtet (Jensen u. Sadre-Chirazi-Stark, 2003). Unabhängig hiervon führte Kristin Rabovsky seit ca. 2001 eine störungsunabhängige Gruppe mit psychoedukativen Inhalten an der Psychiatrischen Universitätsklinik Basel durch, bevor sie den Ansatz im Jahre 2006 in einem Übersichtsartikel diskutierte (Rabovsky u. Stoppe, 2006). Dabei wurde deutlich, dass weltweit noch keine einschlägigen Publikationen vorlagen. Im Jahre 2009 wurde das „Basler Modell“ durch ein separates Curriculum für Angehörigen-Gruppen zu einem bifokalen Konzept erweitert und als Manual veröffentlicht (Rabovsky u. Stoppe, 2009), ein Jahr später folgte das „Hamburger Programm“, das inzwischen in überarbeiteter Form vorliegt (Jensen et al., 2010, 2014). In einer Diplomarbeit hatten sich erste Hinweise für die Wirksamkeit dieses diagnosenübergreifenden Konzeptes gezeigt (Vellguth, 2008).

Das in Basel praktizierte Programm wurde in einer explorativen randomisierten und kontrollierten Studie mit einjährigem Follow-up-Zeitrahmen klinisch evaluiert. Dabei ergaben sich für die insgesamt 82 erwachse-

nen Studienteilnehmenden mit schweren psychotischen, affektiven, neurotischen, somatoformen und Persönlichkeitsstörungen ein signifikant besserer Compliance-Score nach 3 Monaten und deskriptiv günstige Tendenzen für fast alle untersuchten Zielparameter (z. B. klinisches Gesamtbild, Lebensqualität, Einsicht) in der Interventionsgruppe. Besonders deutlich fiel der Vorteil für sämtliche Rehospitalisierungsvariablen aus; statistische Signifikanz wurde hier aber verfehlt. Vor dem Hintergrund der zahlenmäßig sehr geringen Teilnahme Angehöriger (von weniger als einem Viertel der Patienten) einerseits und deren metaanalytisch nachgewiesener entscheidender Bedeutung für die Effekte (Lincoln et al., 2007) andererseits wurden die Ergebnisse im Sinne einer mit störungsspezifischen Programmen vergleichbaren Wirksamkeit interpretiert (Rabovsky et al., 2012a). Zudem ergab die Drop-out-Analyse eine statistisch signifikant geringere Suizidrate in der Gruppe mit Psychoedukation. Dies ist eine Besonderheit insofern, als dieser günstige Befund überhaupt erstmals für ein Psychoedukationsprogramm gezeigt werden konnte. Derzeit scheint die Hypothese gerechtfertigt, dass das diagnosenübergreifende Konzept gerade bei schwerkranken Patienten eine Möglichkeit zu größerer Integration und Reduzierung von Stigmatisierungserfahrungen bietet (s. a. Pitschel-Walz, Geleitwort, in: Jensen et al., 2010, 2014). Die Analysen der qualitativ erhobenen und semiquantitativ ausgewerteten Daten zu behandlungs- und verlaufsrelevanten subjektiven Einstellungen (z. B. zu Medikamenten, Symptomwahrnehmung etc.) zeigen bei der Prä-post-Analyse statistisch signifikant günstigere Ergebnisse für die Interventionsgruppe (Rabovsky et al., 2012b). Nach wie vor sind außer den genannten keine Veröffentlichungen zu diagnosenübergreifender Psychoedukation verfügbar.

## 39.2 Mustermanuale: Theoretische Aspekte

Zurzeit liegen zwei deutschsprachige Manuale zu diagnosenübergreifender Psychoedukation vor (Rabovsky u. Stoppe, 2009; Jensen et al., 2010, 2014). In den SINOVA Kliniken Ravensburg und Friedrichshafen wird ein von T. Kohler entwickeltes, unveröffentlichtes Gruppenprogramm im psychotherapeutischen Setting durchgeführt. Eine gründliche internationale Literatursuche ergab darüber hinaus keine Materialien für diagnosengemischte Psychoedukationsgruppen.

Das „Basler Modell“ (Rabovsky u. Stoppe, 2009) ist interaktiv und methodenintegrativ konzipiert. Im Rahmen des multimodalen Ansatzes werden neben den edukativ-didaktischen Elementen explizit kognitiv-behaviorale, motivationale und psychodynamische Aspekte berücksichtigt. Es ist für gruppenfähige erwachsene Patienten mit Diagnosen aus den ICD-10-Kategorien F2, F3, F4 und F6 vorgesehen, d. h., die Indikation umfasst psychotische Störungen incl. Schizophrenien, alle affektiven Störungen, Angst-, Zwangs-, Anpassungs- und somatoforme Erkrankungen sowie spezifische und kombinierte Persönlichkeitsstörungen. Die Anmeldung zur Gruppenteilnahme der Patienten bzw. Angehörigen erfolgt durch die behandelnden Stationsteams. Zudem empfiehlt es sich, das Angebot durch Flyer bekanntzumachen.

Sowohl das Programm für Patienten als auch das für Angehörige enthalten thematisch korrespondierende informations- und verhaltensorientierte „Trainings-Sitzungen“ sowie ein weniger vorstrukturiertes „Diskussions-Modul“. Dabei ist der Ablauf der Sitzungen ritualisiert mit einer Einleitung (Begrüßung, Vorstellungsrunde, Gruppenregeln, ggf. Besprechung der Hausaufgaben

aus der letzten Sitzung, Einführung ins neue Thema), dem Hauptteil (interaktive Erarbeitung des Schwerpunktthemas, s. a. Curriculum) und der Ausleitung (Abschluss der Gruppe mit Ausgabe der im Manual enthaltenen Handouts, ggf. Hausaufgaben, Verabschiedung).

Aus versorgungspraktischen Gründen ist die Patientengruppe mit 10 Sitzungen à 45–60 Min. für den Klinikrahmen als offene Gruppe mit 8–12 Teilnehmenden konzipiert, kann aber (zumal bei Transfer in die Ambulanz) auch „slow-open“ oder geschlossen geführt werden. Eine Sitzungsfrequenz zweimal wöchentlich ist anzustreben. Die Angehörigengruppe wird geschlossen geführt und findet an 5 abendlichen Terminen alle ein bis zwei Wochen über jeweils ca. 90 Min. statt. Sie lehnt sich inhaltlich an die Patientengruppe an, ist jedoch hinsichtlich Vermittlung von Stressreduktionsstrategien und situationsangepassten Kommunikationsfertigkeiten modifiziert. Die Gruppenführung stellt hohe Anforderungen an die klinisch-psychiatrische wie auch psychotherapeutische Kompetenz des Leiters, der Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie bzw. in fortgeschrittener Weiterbildung befindlicher Assistenzarzt oder klinisch und psychotherapeutisch ausgebildeter Psychologe sein sollte. Wichtige Funktionen hat auch die Ko-Leitung (z. B. Pflegende, Sozialarbeiter).

Das Programm kann standort- bzw. teilnehmerassozierten Bedingungen angepasst werden, z. B. bzgl. der Sitzungsfrequenz. Auch eine „Streckung“ der Inhalte auf mehr als 10 Sitzungen ist möglich, wenn dies aufgrund der Gruppendynamik oder des kognitiven Funktionsniveaus der Patienten sinnvoll erscheint. Tab. 39-1 zeigt die Themenschwerpunkte der Gruppensitzungen im Überblick.

Tab. 39-1 Programmübersicht Diagnosenübergreifende Psychoedukation nach Rabovsky u. Stoppe (2009)

Patientengruppe	
1	Psychische Funktion und ihre Störungen; Vulnerabilitäts-Stress-Modell ( <i>Information</i> )
2	Funktionsweise des Gehirns, Transmittermodell ( <i>Information</i> )
3	Umgang mit Krankheitssymptomen ( <i>Training</i> )
4	Überblick über Behandlungsmöglichkeiten; Medikamente: Wirkungen und Nebenwirkungen ( <i>Information</i> )
5	Umgang mit Medikamenten, Einnahmepraxis, Nebenwirkungsmanagement ( <i>Training</i> )
6	Soziale Aspekte psychischer Erkrankungen (Wohnen, Beschäftigung, Freizeit, Finanzen etc.); Unterstützungsangebote, Selbsthilfegruppen ( <i>Information</i> )
7	Kommunikationsfertigkeiten: Aktives Zuhören und Ich-Botschaften ( <i>Training</i> )
8	„Akzeptanz und Perspektive“: Strategien im Umgang mit einer psychischen Erkrankung und Stigmatisierung ( <i>Diskussion</i> )
9	Entlassungsvorbereitung und Rückfallprophylaxe ( <i>Information</i> )
10	Individuelle Frühsymptome, persönlicher Krisenplan ( <i>Training</i> )
Angehörigengruppe	
1	Eröffnung der Gruppe, Vorstellung der Leiter und Teilnehmer Psychische Funktion und ihre Störungen; Vulnerabilitäts-Stress-Modell ( <i>Information</i> )
2	Funktionsweise des Gehirns, Transmittermodell; Behandlungsmöglichkeiten, Medikamente ( <i>Information</i> )
3	Identifikation und Management schwieriger Situationen mit den kranken Angehörigen; Umgang mit Schuld- und Schamgefühlen ( <i>Diskussion</i> ) Kommunikationsfertigkeiten: Ich-Botschaften, berechnete Forderungen ( <i>Training</i> )
4	Soziale Aspekte; Unterstützungs- und Selbsthilfeangebote ( <i>Information</i> ) Stressreduktion, Problemlösestrategien ( <i>Training</i> )
5	Frühsymptome, Krisenmanagement ( <i>Information</i> ) Offene Fragen, Schluss der Gruppe

Das „Hamburger Programm“ (Jensen et al., 2010, 2014) richtet sich ebenfalls an Patienten mit Diagnosen aus dem Kapitel V der ICD-10, mit Ausnahme von Patienten mit im Vordergrund stehenden Sucht- oder dementiellen Erkrankungen. Die 2., vollständig überarbeitete und erweiterte Auflage des Manuals besteht aus einem Basiscurriculum mit 12 Sitzungen sowie 4 optional einsetzbaren Zusatzmodulen zu den Themen Ernährung (3 Sitzungen), Stressbewältigung bei psychischen Erkrankungen (2 Sitzungen), Beteiligung von Angehörigen (3 Sitzungen) und einem Zusatzmodul zur Entlassungsvorbereitung (1 Sitzung). Das Manual wurde vorwiegend für Patientengruppen konzipiert, kann aber grundsätzlich auch als Grundlage für Angehörigengruppen, gemischte Patienten-Angehörigen-Gruppen sowie der Psychoedukation in der Einzelbehandlung dienen. Das Curriculum mit Seminarcharakter kann sowohl im ambulanten und teilstationären als auch im stationären Rahmen durchgeführt werden. Die Sitzungen sollten im stationären oder teilstationären Rahmen zweimal wöchentlich stattfinden. Für die stationären – aufgrund der Praktikabilität in der Regel offenen – Gruppen wird mit Rücksicht auf die Konzentrationsfähigkeit der Patienten eine Sitzungsdauer von nicht länger als 45–60 Min. empfohlen. Eine Vervollständigung des Curriculums nach Entlassung sollte ermöglicht oder die Teilnahme an einer ambulanten Gruppe zur Vertiefung angeboten werden. Im ambulanten Setting ist eine geringere Frequenz (1 Sitzung/Woche) bei längerer Sitzungsdauer (ca. 90 Min.) möglich. Da es sich im Versorgungsalltag als schwierig herausgestellt hat, Gruppen für Angehörige zu etablieren, können diese im Bedarfsfall auch an den Patientengruppen teilnehmen, wobei die Vorteile (u. a. gegenseitiges Kennenlernen und Voneinander-Lernen) und Nach-

teile (u. U. Bevorzugung/Benachteiligung einer Teilnehmergruppe) gegeneinander abzuwägen sind.

Die formale Grundstruktur der Module besteht aus 6 Elementen (1. Begrüßung, Vorstellen der thematischen Sitzungsinhalte, Anfangsrunde, 2. kurze Wiederholung der letzten Sitzung, 3. Besprechen der Aufgabe aus der letzten Sitzung, 4. Bearbeitung des Schwerpunktthemas, 5. Aufgabe zur nächsten Sitzung, 6. Abschluss mit Zusammenfassung der erarbeiteten Inhalte, Beantwortung offener Fragen, Abschlussrunde, Verabschiedung). Die Themen des Basiscurriculums sind Tab. 39-2 zu entnehmen.

Die Gruppe sollte von zwei Moderatoren, möglichst unterschiedlichen Geschlechts, geleitet werden, deren Haltung von den gesprächspsychotherapeutischen Merkmalen Wertschätzung, Empathie und Echtheit geprägt ist. Grundsätzlich werden alle Gruppeninhalte interaktiv erarbeitet. Um dem Aspekt der Störungsspezifität im Rahmen der diagnosenübergreifenden Psychoedukation Rechnung zu tragen, wurden 2 Sitzungen mit störungsspezifischen Inhalten innerhalb des Basiscurriculums konzipiert (Sitzung 5 u. 6; s. o., Curriculum in Tab. 39-2).

Die fachliche Inhaltsvermittlung und die Verantwortung für den komplexen Gruppenprozess sollten von einem Psychologen oder einem Arzt mit möglichst abgeschlossener Psychotherapieausbildung übernommen werden. Es empfiehlt sich, in den Schwerpunktsitzungen zur medikamentösen Behandlung, Gesundheitsförderung und Rehabilitation Kollegen mit entsprechenden Fachkenntnissen als Ko-Leiter hinzuziehen. Als Ko-Moderatoren kommen Mitarbeitende aller therapeutischen Fachrichtungen sowie aus dem Pflorgeteam in Frage.