

# **Psychoedukation – was ist das und brauche ich das?**

## **Klaus-Peter Langhans, Geschäftsführer für IV-Koordination, Care4S**

### **Was ist Psychoedukation?**

Definition: Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen. (Arbeitsgruppe Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen in der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation)

### **Psychoedukations-Materialien Schizophrenie**

- Bäuml J, Pitschel-Walz G, Berger H, Gunia H, Heinz A, Juckel G (Hrsg.) (2010). Arbeitsbuch Psycho Edukation Schizophrenie (APES). 2. Aufl.
- Behrendt B. (2004). Psychoedukative Gruppen für Angehörige schizophrene oder schizoaffektiv Erkrankter. Manual für Gruppenleiter. Tübingen: dgvt (Materialie Nr. 52).
- Berger H, Friedrich J, Gunia H (2004). Psychoedukative Familienintervention (PEFI). Manual zu Grundlagen und Praxis. Stuttgart: Schattauer.
- Hahlweg K, Dürr H, Müller U (2006). Familienbetreuung schizophrener Patienten. 2., überarbeitete und erweiterte Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Kissling W, Rummel C, Pitschel-Walz G (2003). Alliance-Psychoedukations-Programm. Pfizer Neuroscience. Manuale + Arbeitsbücher + Videos
- Klingberg S, Schaub A, Conradt B (2003). Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual. Weinheim: Beltz PVU.
- Vauth R, Bull N, Schneider G (2009). Emotions- und stigmafokussierte Angehörigenarbeit bei psychotischen Störungen. Ein Behandlungsprogramm. Hogrefe, Göttingen.

### **Für wen eignet sich Psychoedukation?**

#### **Bei welchen Erkrankungen wird Psychoedukation angeboten?**

- Schizophrenie / Psychose
- Depression
- Angst
- Zwang
- Sucht
- Doppeldiagnosen Psychose / Sucht
  
- Diabetes
- Herzerkrankungen
- Onkologische Erkrankungen
- Tinnitus
- MS

### **Qualitätsstandards von Psychoedukation**

- Einbezug von Angehörigen
- Interaktives Arbeiten
- Handlungsorientiert
- Auf gleicher Augenhöhe kommunizieren

- Bedürfnisse der Teilnehmer einbeziehen
- „Dolmetschen“ der Fakten
- Hoffnung machen

### **Was wird von Informationen behalten?**

- 90% Hören + Sehen + Schreiben + Diskutieren + Handeln + Lerntandems
- 85% Hören + Sehen + Schreiben + Diskutieren + Handeln
- 70% Hören + Sehen + Schreiben + Diskutieren
- 60% Hören + Sehen + Schreiben
- 40% Hören + Sehen
- 20% Hören

### **Ziele der Psychoedukation**

#### Ziele für die Patienten

- Umfassende Aufklärung über die Erkrankung und deren Behandlungsmöglichkeiten
- Vermittlung eines hilfreichen Krankheitskonzeptes mit Verbesserung der Krankheitseinsicht
- Förderung von Compliance für weitere therapeutische Maßnahmen
- Reduktion von Ängsten, die mit der Erkrankung verbunden sind
- Stärkung einer gesundheitsfördernden Lebensweise
- Verbesserung der Bewältigungsstrategien und des Krisenmanagements
- Vermittlung von Hoffnung

### **Schlüsselkomponenten Recovery**

- *Hoffnung* → wird allgemein als Schlüssel zu Recovery gesehen. Es gibt keine Veränderung ohne den Glauben, dass ein besseres Leben sowohl möglich als auch erreichbar ist.
- *Sinn und Aufgabe* → Menschen finden Sinn auf sehr verschiedene Weise. Zum Beispiel ist für einige Spiritualität wichtig, während für andere starke zwischenmenschliche oder gemeinschaftliche Verbindungen Sinn stiften.
- *Kontrolle und Wahlmöglichkeiten* → sind bei Recovery zentral. Den Menschen, welche die psychiatrischen Dienste nutzen, ist manchmal ein angemessenes Mitspracherecht in ihrer eigenen Pflege und Behandlung verwehrt.
- *Selbstmanagement-Techniken* → befähigen die Nutzenden, mehr Selbstverantwortung für ihre eigenen Umgang mit der Erkrankung zu übernehmen
- *Beziehungen* → sind im Leben jedes Einzelnen von uns zentral, deshalb spielen Freundinnen, Partnerinnen, Familienmitglieder, Peers und Fachpersonen alle eine Rolle bei der Unterstützung von Menschen in Recovery.
- *Soziale Inklusion* → Recovery umfasst viel mehr als die psychiatrischen Dienste. Menschen «in Recovery» müssen Zugang zu denselben Möglichkeiten, Dienstleistungen und Ressourcen haben wie alle anderen Bürger/innen.

### **Warum Psychoedukation bei Depressionen ?**

- Hohes Rückfallrisiko
- Hohes Suizidrisiko
- Schlechte Compliance
- Informationsbedarf von Patienten und Angehörigen
- Belastung der Angehörigen

### **Ziele psychoedukativer Angehörigengruppen**

- Umfassende Aufklärung über die Erkrankung und die Behandlungsmöglichkeiten

- Vermittlung von Kompetenzen im Umgang mit der Erkrankung / dem Erkrankten
- Förderung von Compliance / Adherence
- emotionale Entlastung
- Verbesserung des subjektiven Befindens
- Förderung von Selbstwirksamkeit, Empowerment
- Vermittlung von Hoffnung
- Burnout-Prophylaxe

### **Gründe für die Einbeziehung von Angehörigen (wie es die „Profis“ sehen)**

- Informationsgewinnung (Fremdanamnese; Compliancebeurteilung; Kennenlernen der anderen Perspektive)
- Informationsvermittlung (Krankheit, Behandlung; Umgang)
- Motivierung der Patienten zur Behandlung und Rehabilitation
- Betreuung der Patienten in Krisenzeiten
- Langfristige Betreuung und Unterstützung der Therapie
- Stellvertretende Übernahme von Hoffnung
- Hilfreicherer Umgang mit dem Patienten
- Beteiligung bei den Krisenplänen der Patienten
- Konfliktgespräche (Kommunikationstraining)
- Angehörige als „Co-Therapeuten“?
- Rückmeldung zur Versorgungssituation allgemein
- Insgesamt bessere Kooperation
- Spaß, Freude, Anerkennung, Dank

### **Interaktion zwischen einem depressiven Menschen und seinem sozialen Umfeld**

Familie versucht zu helfen

(Zureden, Aufmuntern, Ablenken,...)

Patient reagiert zu wenig  
(aus der Sicht der Familie)

Familie tendiert zur Eskalation oder zieht sich zurück

Patient fühlt sich unverstanden und verlassen

Familie reagiert mit Schuldgefühlen und verstärkt Überengagement

Patient fühlt sich zunehmend wertlos und in eine infantile Rolle gedrängt

Familie ist erschöpft (burn-out)  
Dilemma von Schuld und Aggression

### **Gesprächsregeln zur Konfliktlösung**

#### Eigene Befindlichkeit ausdrücken

- Bei sich bleiben („Ich ärgere mich..“, „Ich habe Angst...“, „Ich bin wütend...“)
- Beschreibung der Wirkung seines Handelns auf mich (keine Vorwürfe oder Bewertungen der Person wie z.B. „Du bist so gemein...“)
- Dem Gegenüber mitteilen, wie es mir geht
- Perspektivenübernahme
- Sich in den anderen hineinversetzen und signalisieren, dass ich den anderen ernst nehme („Ich kann mir vorstellen, dass du...“, „Wahrscheinlich warst du...“)

#### Sachebene

- Das Problem ansprechen

- Offene Fragen stellen („Wie siehst du das?“)
- Kompromissfindung („Wie können wir das lösen?“, „Was können wir in Zukunft anders machen?“)

### Wie wirksam ist Psychoedukation?

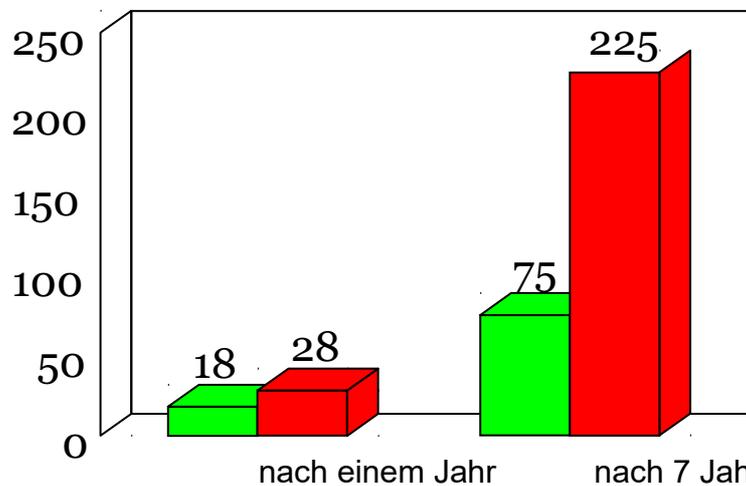
#### Wirkung von Familieninterventionen / Psychoedukation bei Schizophrenie (Meta-Analysen)

#### Wiederaufnahmeraten mit und ohne Psychoedukation

	in 1 Jahr (Gaebel 1985; ten Horn 1985; Strasser 2004)	in 7 Jahren (Pitschel-Walz 2006)
Wiederaufnahmerate	41% (21%)	88% (54%)

#### Psychoedukation reduziert Rückfälle und Krankenhaustage drastisch

Langzeitergebnisse der PIP-Studie: Kliniktage pro Patient



Vergleich mit Psychoedukation (grüne Balken) und ohne Psychoedukation (rot Balken)

#### Wirksamkeit von Psychoedukation (META-Analyse)

Reduktion der Rückfallraten um

- 20% wenn nur Angehörige an der Psychoedukation teilnehmen
- 30% wenn Patienten und Angehörige teilnehmen

Meta-Analyse (38 kontrollierte Psychoedukationsstudien) Pitschel-Walz und Engel, 1997

#### S3-Richtlinien empfehlen Psychoedukation

DGPPN (2006): Behandlungsleitlinie Schizophrenie

„(75) Good Clinical Practice - Einbezug von Angehörigen

Angehörige von Patienten mit Schizophrenie sind von der Erkrankung mitbetroffen. Gleichzeitig sind Angehörige langfristig die wichtigste Quelle der sozialen Unterstützung für die Patienten. Angehörige sollten daher in allen Phasen der Erkrankung in die Behandlung einbezogen werden. Wenn dies durch den Patienten abgelehnt wird, sollte im Interesse einer erfolgreichen Behandlung darauf hingearbeitet werden, das Vertrauensverhältnis zwischen Patienten und Angehörigen zu stärken. Auch ohne Zustimmung des Patienten sollten in diesem Fall den Angehörigen allgemein Informationen unter Wahrung der Schweigepflicht gegeben werden.“

## **Die Empfehlungen der S3 Leitlinie „Psychosozial“ zu Psychoedukation**

- Eine strukturierte Psychoedukation ist wesentlicher Bestandteil eines Gesamtbehandlungsplanes.
  - Eg: B (bei Evidenzebene 1A)
- Angehörige sollen in die psychoedukative Behandlung einbezogen werden
  - Eg: A (1A)
- Untersucht ist Psychoedukation in Gruppensettings, Psychoedukation sollte auch im Einzelsetting stattfinden
  - Eg: KKP

## **Alle wissen, was zu tun wäre, aber (fast) niemand macht es**

75 % der Patienten und 94 % der Angehörigen bekommen keine Psychoedukation\*

## **Wie läuft so eine Gruppe ab?**

### **Grundstruktur einer Psychoedukation-Sitzung**

Problemstellung / thematischer Schwerpunkt

Informationsinhalte

emotionale Inhalte

#### Praktisches Vorgehen

- Eröffnungsrunde
- Informationsvermittlung
- emotionale Entlastung
- Schlussrunde

Besonderheiten

## **Gruppenregeln festlegen**

- Schweigepflicht nach außen
- Einander ausreden lassen
- Akzeptanz der subjektiven Ansichten und Meinungen als wertvoller Beitrag zu Gruppenprozess
- Probleme haben Vorrang
- Bei Unruhe kann der Raum in Begleitung jederzeit kurzfristig verlassen werden
- Methodenvielfalt erläutern

## **Curriculum der psychoedukativen Gruppen bei Depression**

1. Wie gerät man in die Depression und wie kommt man wieder raus? - Depressionsspirale
2. Symptome; Dreieck: Fühlen, Denken, Handeln
3. Ursachen (V/S/B-Modell); Diagnosen
4. Behandlung: Medikamente, Nebenwirkungen (Reizübertragung – Synapsenmodell)
5. Behandlung: Psychotherapie, weitere Behandlungsmöglichkeiten
6. Selbsthilfe: Steigerung angenehmer Aktivitäten
7. Selbsthilfe: Negative Gedanken erkennen und korrigieren;
  - Problemlösen statt Grübeln; Suizidprävention
  - Hilfe durch Angehörige, Hilfe für Angehörige
  - Goldene Regeln, Krisenplan, Literaturempfehlungen, Selbsthilfegruppen, wichtige Adressen

## **Curriculum mit Themenschwerpunkten der psychoedukativen Gruppen für Patienten**

Blöcke	Themen
1	Erstes Treffen („Bin ich denn hier richtig?“)
2	Krankheitsbegriff und Symptomatik („Ist das überhaupt eine Psychose?“)
3	Somatische Brücke („Wie passen Chemie und Seele zusammen?“)
4	Vulnerabilitäts-Stress-Modell („Ich war schon immer etwas sensibler als andere . . .“)
5	Medikamente und Nebenwirkungen („Schaden diese Medikamente nicht mehr als sie nutzen?“)
6	Psychosoziale Maßnahmen („Kann man den inneren Knackpunkt finden?“)
7	Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan („Wie lange muss ich jetzt das Gras wachsen hören?“)
8	Abschluss-Sitzung („Wie wird es weitergehen?“)

### **Das PEFI-Programm selbst setzt sich aus folgenden vier Bausteinen zusammen**

- Informationsvermittlung (Inhalt wie Basismodule des APES Manual)
- Kommunikationstraining (Ich-Botschaften, Aktives Zuhören, berechnete Forderungen stellen)
- Soziales Kompetenztraining
- Problemlösungstraining

### **Das „Reifenmodell“ als Vulnerabilitäts-Stress-Modell**

Dünne Stelle = Vulnerabilität = Verletzbarkeit

Dünne Stelle kann z. B. durch Medikation „dicker“ gemacht werden.

Druck des Reifens = Stress

Ziel ist die Regulation durch Bewältigungsstrategien (Ventil)

### **Ansatzpunkte einer Therapie**

Veränderung negativer Gedanken und Einstellungen

- **Problemlösen statt Grübeln**

Emotionsfokussierte Therapie

- Wut
- Scham
- Trauer
- Schmerz
- Angst
- Freude

Steigerung angenehmer Aktivitäten

- Stressbewältigung
- Soziale Fertigkeiten

### **Zentrale Themen der Psychoedukation**

Informationsvermittlung

- Symptomatik, Diagnose
- Ursachen (V/S- Modell)
- Akuttherapie
- Langzeittherapie (medikamentöse Rezidiv-Prophylaxe, psychotherapeutische Behandlung, sozialtherapeutische Maßnahme, Rehabilitationsprogramme)
- Selbsthilfestrategien (Gesundheitsverhalten, Früherkennung, Krisenmanagement)

## Emotionale Entlastung

- Angstreduktion (Stigmatisierung, Chronifizierung)
- Trauerarbeit (Adaption der Lebensperspektive)
- Entlastung von Schuld- und Versagensgefühlen
- Relativierung der vermeintlichen Einmaligkeit des eigenen Schicksals
- Erfahrungsaustausch mit anderen
- Kontakt mit Schicksalsgenossen
- Kontaktaufnahme mit Selbsthilfegruppen
- Mut und Hoffnung geben

## **Was soll der Moderator in der Psychoedukation leisten ?**

- Unbedingte Wertschätzung
- Empathisches Eingehen auf Teilnehmer
- Komplizierte Fachinformation laiengerecht vermittelt („Dolmetscherfunktion“)
- Durchblick und Aha-Erlebnisse ermöglichen
- Einsicht in die Krankheit und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen erarbeiten
- Patienten und Angehörige zu „Experten“ machen („Wissen ist Macht“)
- Spaß und Humor
- Struktur und Ordnung in die therapeutischen Einzelmaßnahmen bringen
- Subjektiv abweichende Meinungen respektvoll paraphrasieren
- Mut und Hoffnung machen
- Persönlichen Erfahrungsaustausch fördern
- Schicksalsgemeinschaften ermöglichen
- Zweiseitige Informationsvermittlung
- Klare medizinisch und ganzheitliche orientierte Grundhaltung der Therapeuten als Orientierungshilfe
- Fokus auf Ressourcen, keine Defizitorientierung
- Gleichzeitig Respekt und Achtung vor subjektiven Einzelmeinungen
- Adäquate Trauerarbeit fördern
- Lebensziele erarbeiten
- Angehörige zur „Ko-Therapeuten“-Rolle befähigen
- Stärkung der Schutzfunktion von Familien

## **Gibt es Risiken oder Nebenwirkungen?**

### **Emotionale Belastungen von Angehörigen**

durch das Auftreten einer psychischen Störung in der Familie an sich

- Schock
- Schuld- und Schamgefühle
- verletzter Stolz
- Hilflosigkeit
- Einflusslosigkeit

durch das Verhalten des erkrankten Familienmitglieds

- Realitätsverlust
- verbale Aggressivität
- tätliche Angriffe
- Schuldzuweisungen
- mangelnde Hygiene
- Anhänglichkeit
- Suizidalität
- fehlende Krankheitseinsicht

durch das Verhalten der Familie / Verwandtschaft / Freunde

- Rückzug der Väter, Geschwister
- Besserwisserei
- Beschuldigungen

durch die Allgemeinheit/Medien (Stigmatisierung)

durch die Professionellen im Bereich der Psychiatrie

- angehörigeneindliche Atmosphäre
- zu wenig Informationen
- allein gelassen
- Angst vor weiteren Verletzungen

### **Emotionale Entlastung bei psychoedukativen Angehörigengruppen**

- Erfahrungsaustausch
- Relativierung des eigenen Schicksals
- Entlastung von Schuldgefühlen
- Bearbeitung von Wut, Angst, Hilflosigkeit, Resignation und Überforderung
- Umgangshilfen geben (Selbstwirksamkeit)
- Kontakte untereinander fördern (soziales Netz)
- Zu eigenen positiven Aktivitäten ermuntern
- Hoffnung schöpfen

### **Warum sollten Angehörige mitmachen?**

#### **Bewältigungsstrategien von Angehörigen psychisch Kranker**

- Die Krankheit akzeptieren und frei darüber sprechen
- sich informieren
- sich Unterstützung holen
- den Kummer rauslassen, weinen
- auf eigene Lebensfreude achten (keine „Opfertiere“ sein)
- kreative Tätigkeiten ausüben (Instrument spielen, im Chor singen, Malen etc.)
- Entspannungstraining durchführen, meditieren
- in Religion/Philosophie Geborgenheit finden
- sich sozial engagieren (Angehörigenselbsthilfe, Nachbarschaftshilfe, Krankenhausbesuchsdienst etc.)
- regelmäßig Sport treiben (Joggen, Schwimmen, Rad fahren, Fitness Studio, etc.)
- Gartenarbeit etc.

### **Wie komme ich zur Psychoedukation oder an Informationen zur Psychoedukation?**

- Behandelnden Arzt fragen
- Beim Sozial-Psychiatrischen Dienst (SPDi) fragen
- AANB fragen
- Internetadressen: [www.psychiatrie.de/bapk/](http://www.psychiatrie.de/bapk/)      [www.dgpe.de](http://www.dgpe.de)      [www.dgbs.de](http://www.dgbs.de)  
[www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org](http://www.neurologen-und-psychiater-im-netz.org)

### **Gründe für mangelnde Einbeziehung von Angehörigen**

#### Strukturelle Gründe:

- Kurze stationäre Aufenthalte
- Diskontinuität von stationärer und ambulanter Behandlung
- Abbau von psychosozialen Angeboten, Reduktion auf „psychopharmacological management“
- Keine regelhafte Finanzierung durch die Krankenkassen

#### Psychiatrie-Profis:

- Angehörigenarbeit gehört nicht zur Routine
- Begrenzte Info über Bedeutung von Angehörigenarbeit, Ausbildung und Supervision
- Geringe Anerkennung von Angehörigenarbeit („extra-role behavior“)
- Einstellungen (z.B. „schizophrenogene Mutter“)
- Benachteiligung von ethnischen Minderheiten

#### Angehörige:

- Weite des Anfahrtswegs /Terminschwierigkeiten
- Bildungsstand (höherer Bildungsstand – mehr Interesse an psychologischen Themen, weniger emotionale Vorbehalte)
- Ethnische Minderheit
- Emotionale Erschöpfung
- Unsicherheit, Scham, Scheu vor Psychiatrie
- (Angst vor) Stigmatisierung
- Angst vor zusätzlicher Belastung
- Einstellung (Hilfesuchen als Eingeständnis familiären Versagens)

#### Patient:

- Mangelnde Krankheitseinsicht
- Weigerung