

1. Deutscher Psychoedukations-Kongress

”Psychoedukation und die Langzeitperspektiven psychischer Erkrankungen”



20.-21. Februar 2004 in Berlin

Veranstalter:

Prof. Dr. Andreas Heinz, Charité Berlin
Dr. Josef Bäuml, TU München
PD Dr. Georg Juckel, Charité Berlin (FETZ)

mit freundlicher Unterstützung:

 **JANSSEN-CILAG**
[Zukunftsarbeit]

in Kooperation mit:



Abbildung der Titelseite: Klaus Reglin: „Wachsendes Bewußtsein“, Kunsttherapie der TU München

Psychoedukation und die Langzeitperspektiven psychischer Erkrankungen

Psychoedukative Behandlungsformen wurden ursprünglich (Anderson et al., 1981) bei schizophren erkrankten Patienten entwickelt, um die medikamentöse Behandlung durch ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Maßnahmenbündel zu unterstützen. Mittlerweile versteht sich Psychoedukation als zentrales Bindeglied bei nahezu allen psychischen Erkrankungen, um die professionellen Therapieverfahren optimal mit dem Selbsthilfepotential von Patienten und Angehörigen zu verzahnen.

Die Frage, ob Psychoedukation hierbei nur eine Mediatorfunktion einnimmt oder eine eigenständige Psychotherapieform darstellt, wird derzeit noch nicht einheitlich beantwortet. Die Arbeitsgruppe "Psychoedukative Interventionen bei schizophrenen Psychosen" hat hierzu ein Konsensuspapier verabschiedet (J. Bäuml, G. Pitschel-Walz für die Arbeitsgruppe "Psychoedukation", 2003), in dem der aktuelle Wissenstand in Deutschland repräsentiert wird. Ausgehend von diesem Kompendium sollen mit führenden Repräsentanten der deutschen Psychiatrie synergetische Effekte aus Psychopharmakotherapie und Psychoedukation bei den einzelnen psychischen Erkrankungsbildern diskutiert und in anschließenden Workshops intensiver bearbeitet werden. Von diesem Symposium erhoffen wir uns belebende Impulse für die Implementierung psychoedukativer Verfahren in die psychiatrische Routinetherapie.

Dr. J. Bäuml*
TU München
(FETZ)

Prof. Dr. A. Heinz
Charité Berlin

PD Dr. G. Juckel
Charité Berlin

(* Für die Arbeitsgruppe "Psychoedukative Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen")

Programm

Freitag, den 20.02.2004 / 14:00 – 20:00 Uhr

(großer Hörsaal Neubau)

- 12:30-14:00** Mittagsimbiss
- 14:00-14:30** Eröffnung und Grussworte
Prof. Dr. A. Heinz, Berlin (Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Charité Campus Mitte)
Prof. Dr. M. Berger, Freiburg (Vorsitzender der DGPPN),
Dr. F. Bergmann, Aachen (1. Vorsitzender des BVDN)
- 14:30-15:00** „Stellenwert und Standards psychoedukativer Behandlung in Deutschland“
Dr. J. Bäuml (München) für die Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“
- 15:00-15:30** „Wissenschaftliche Evidenz psychoedukativer Interventionen“
PD Dr. G. Wiedemann (Tübingen) / angefragt
- 15:30-16:00** „Psychoedukation und Psychotherapie“
Prof. Dr. M. Berger (Freiburg)
- 16:00-16:30** Kaffeepause
- 16:30-17:00** „Psychoedukative Familienintervention“
Dr. H. Berger (Riedstadt)
- 17:00-17:30** „Psychoedukation und psychopharmakologische Rezidivprophylaxe vor dem Hintergrund der Pathogenese der Schizophrenie“
Prof. Dr. A. Heinz (Berlin)
- 17:30-18:00** Kaffeepause
- 18:00-20:00** Eröffnungsvortrag der Podiumsdiskussion:
Dr. H. Schulte-Sasse, Staatssekretär im Senat für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin: Empowerment als Perspektive moderner Gesundheitspolitik
- anschließende Diskussionsrunde
(Moderation: Justin Westhoff, Wissenschaftsjournalist, Berlin) mit Vertretern der Kostenträger, Ärzteschaft, Angehörigen psychisch Kranker und Betroffenen
- ab 20:00** Abendveranstaltung im Museum für Naturkunde der Humboldt-Universität zu Berlin, Invalidenstraße 43, 10115 Berlin

Programm

Samstag, den 21.02.2004 / 09:30 – 14:00 Uhr

(großer Hörsaal Neubau und Seminarräume)

- 09:30-10:30** Festvortrag:
Grenzen und Möglichkeiten der heutigen
Schizophrenie-Behandlung
Prof. Dr. W. Gaebel (Düsseldorf)
- 10:30-11:00** Kaffeepause
- 11:00-13:00** Workshops
- Workshop 1:** "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen"
Dr. J. Bäuml (München) / Dr. H. Berger (Riedstadt)
- Workshop 2:** "Psychoedukation bei bipolaren Erkrankungen"
Prof. Dr. P. Bräunig (Chemnitz) / PD Dr. M. Bauer (Berlin) /
Frau P. Wagner (Chemnitz)
- Workshop 3:** "Psychoedukation bei Suchterkrankungen "
Prof. Dr. U. Schneider (Hannover) / B. Häring (Hannover)
- Workshop 4:** "Psychoedukation bei schizophrenen Prodromalzuständen"
Dr. F. Schultze-Lutter (Köln) / PD Dr. G. Juckel (Berlin)
- Workshop 5:** „Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen“
Prof. Dr. S. Herpertz (Rostock) / Prof. Dr. J. Staedt (Berlin) /
Dr. M. Rentrop (München) / Dr. V. Habermeyer (Rostock)
- Workshop 6:** „Das Zusammenwirken von Psychoedukation und
Pharmakotherapie am Beispiel der Langzeitbehandlung
schizophener Patienten“
Prof. Dr. A. Heinz (Berlin) / PD Dr. F.-G. Pajonk (Homburg/Saar)
- Workshop 7:** „Implementierung der Psychoedukation in die
psychiatrische Routineversorgung“
Dr. G. Pitschel-Walz und weitere Mitglieder der
Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen
Erkrankungen“
- 13:00-13:30** gemeinsame Abschlussdiskussion und Schlussworte
Dr. J. Bäuml (München) / PD Dr. G. Juckel (Berlin)
- ab 13:30** abschließender Mittagsimbiss

Eröffnung und Grussworte



Prof. Dr. Andreas Heinz

Berlin, Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité Campus Mitte



Prof. Dr. Mathias Berger

Freiburg, Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie,
Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)



Dr. Frank Bergmann

Aachen, 1. Vorsitzender des Berufsverbandes Deutscher Nervenärzte (BVDN)



Dr. Josef Bäuml

CURRICULUM VITAE:

Dr. med. Josef Bäuml, Ltd. OA

BIOGRAPHISCHE INFORMATIONEN

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
verheiratet mit Sonderschullehrerin
3 Kinder
Adresse Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Ismaninger Str. 22
81675 München
Tel. 089/4140-4206
Fax: 089/4140-4245
J.Baeuml@lrz.tum.de

AKADEMISCHER UND KLINISCHER WERDEGANG

| | |
|-----------|--|
| 1975 – 76 | Universität Regensburg, Germanistik und Theologie |
| 1976 – 78 | Universität Regensburg, Klinisches Vorstudium |
| 1978 – 83 | Techn. Universität München, klinisches Studium |
| Mai 1983 | Approbation als Arzt |
| 1983 – 84 | Senioren-Tagesklinik, Klinikum rechts der Isar der TUM |
| 1986 | Promotion, Techn. Univ. München |
| 1984 – 88 | Akutpsychiatrie, Klinikum rechts der Isar der TUM |
| 1988 – 89 | Neurologische Klinik, Klinikum rechts der Isar der TUM |
| 1989 – 99 | Akutpsychiatrie, Klinikum rechts der Isar der TUM Psychiatrischer Konsiliardienst und Konsiliardienst auf der Toxikologischen Abteilung |
| 1992 | Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie |
| 1997 | Oberarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TUM |
| 1.2.2000 | Leitender Oberarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TUM |
| 1.2.2000 | Oberärztliche Leitung der akutpsychiatrischen Abteilung. |

WISSENSCHAFTLICHE SCHWERPUNKTE

Angehörigenarbeit bei schizophrenen Psychosen. Compliance-Verbesserung bei psychiatrischen Patienten.
Psychoedukative Interventionen bei schizophrenen Patienten.
Empowerment und Trialog bei psychischen Erkrankungen
Psychopharmakotherapeutische Rezidivprophylaxe
Therapieresistenz bei schizophrenen und affektiven Erkrankungen

FACHGESELLSCHAFTEN

Referent in der Fort- und Weiterbildung der BLÄK , IFT , LV der Angehörigen psychisch Kranker e.V. etc.
Mitgliedschaft in Fachgesellschaften: DGPPN, AGNP, gfts, BAP und CIP (verhaltens-therapeutische Ausbildungsinstitute),
ÄWK (Psychotherapeut. Ausbildungsinst.)

Stellenwert und Standards psychoedukativer Behandlung in Deutschland

Dr. Josef Bäuml

STELLENWERT UND STANDARDS PSYCHOEDUKATIVER BEHANDLUNG IN DEUTSCHLAND

Die Durchführung psychoedukativer Gruppen zählt gemäß den Leitlinien der DGPPN (Gaebel, Falkai 1998) bei schizophrenen und affektiven Erkrankungen zum allgemeinen Standard der Routinebehandlung.

Laut Buttner (1996) berichteten zu Beginn der 90er Jahre knapp 50% der Psychiatrischen Kliniken im süddeutschen Raum, im zurückliegenden 5 Jahresverlauf zumindest einmal eine psychoedukative Gruppe für Patienten und deren Angehörige angeboten zu haben. Die aktuellen Zahlen zur psychoedukativen Versorgungslage werden derzeit erhoben, die Inzidenz der Durchführung dieser Gruppen, zumindest bei schizophrenen Patienten, dürfte sich zwischenzeitlich deutlich erhöht haben.

Psychoedukative Behandlungsformen wurden ursprünglich (Anderson et al., 1981) bei schizophren erkrankten Patienten entwickelt, um die medikamentöse Behandlung durch ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Maßnahmenbündel zu unterstützen.

Mittlerweile versteht sich Psychoedukation als zentrales Bindeglied bei nahezu allen psychischen Erkrankungen, um die professionellen Therapieverfahren optimal mit dem Selbsthilfepotential von Patienten und Angehörigen zu verzahnen.

Die Frage, ob Psychoedukation hierbei nur eine Mediatorfunktion einnimmt oder eine eigenständige Psychotherapieform darstellt, wird derzeit noch nicht einheitlich beantwortet. Die Arbeitsgruppe „Psychoedukative Interventionen bei schizophrenen Psychosen“ hat hierzu ein Konsensuspapier verabschiedet (J. Bäuml, G. Pitschel-Walz für die Arbeitsgruppe „Psychoedukation“, 2003), in dem der aktuelle Wissensstand in Deutschland repräsentiert wird. Auf der Grundlage dieses Kompendiums sollen die derzeit als unverzichtbarer Mindeststandard erachteten Rahmenbedingungen für psychoedukative Interventionen vorgestellt werden.

Da diese Daten bisher nur bei schizophrenen Erkrankungen im Rahmen einer Konsensusfindung erarbeitet worden sind, kann für die anderen psychiatrisch

Definition von Psychoedukation

Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, 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 „Psychoedukative Interventionen bei der Behandlung schizophrener Erkrankungen“ (2003)

Warum Psychoedukation ?

- Früher: Custodial-verwahrende Psychiatrie
- Heute: Therapeutisch-rehabilitativer Ansatz
- Wandel von passiv-rezeptiven zu aktiv-kreativen Therapieverfahren
- Zunehmende Bedeutung des Selbsthilfepotentials von Patienten und Angehörigen (**Empowerment I**)
- Basale Orientierungshilfe erforderlich
- Mitwirkung nur bei Einsicht und „Durchblick“
- „Zwingende Notwendigkeit“ für Psychoedukation

J. Bäuml (2/2004)

Psychoedukation: Indikationen und Kontraindikationen

Prinzipiell alle Diagnosegruppen (bisher aber vorwiegend nur bei schizophren und affektiv Erkrankten)

Patienten und Angehörige

Erst- und wiederholt Erkrankte

Integration der Patienten, sobald gruppenfähig

Kaum Kontraindikationen (manifforme Zustände, schwere formale

Denkstörungen, akute Suizidalität, akute körperliche Schwäche,

mangelndes Sprachverständnis, erhebliche Einbußen der Intelligenz)

Einladung der Angehörigen: vorher Einverständnis der Patienten einholen

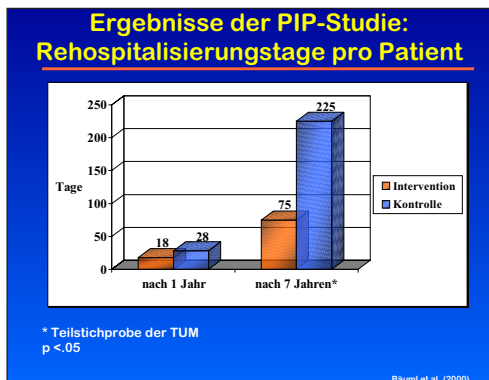
J. Bäuml 2/2004

Synergistische Effekte von Psychoedukation und Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen

| | Jahre | PE +VT | PE-Kurzprogr. | Standard |
|--------------------------|-------|---------------------------|---------------|------------|
| Tarrier et al. (1998) | 1 | 12 % * | 43 % | 53 % |
| | 2 | 33 % * | 57 % | 60 % |
| Bäuml et al. (1996) | | PE, bifokal | | |
| | 1 | 21 % | | 38 % * |
| Buchkremer et al. (1997) | | PE + KVT + Angehörigengr. | | |
| | 2 | 41 % | | 58 % * |
| Herz et al (2000) | | PE + PL + KM + Angeh. | | |
| | 1 | 14 % | | 22 % |
| | 2 | 24 % | | 50 % * |
| | 1 | Rezidive ↓ | | Rezidive ↑ |

* p < 0,05

(modifiziert nach Wiedemann et al., 2003)



relevanten Diagnosegruppen – affektive Erkrankungen, Demenzerkrankungen, Zwangserkrankungen, Angst- und Panikerkrankungen, Borderlineerkrankungen, Eßstörungen, Suchterkrankungen – nur ein orientierender Vorschlag zur Diskussion gestellt werden.

Es bleibt zu wünschen, daß auch für letztere Diagnosegruppen bald verbindliche Kriterien entwickelt werden, um anhand von vergleichbaren Konzepten solide Evaluationsstudien zur Effizienz und Praktikabilität dieser Programme durchführen zu können.

Eine initiale Psychoedukation sollte hierbei als basale psychotherapeutische Maßnahme für möglichst alle Patienten zumindest während der Akutphase bereitgestellt werden, um auf dem Boden eines fundierten Wissens den Betroffenen die Möglichkeit zu eröffnen, von einer informierten und möglichst kompetenten Warte aus selbst zu bestimmen, welche weiteren psychotherapeutischen Hilfen als sinnvoll und notwendig erachtet werden. Psychoedukation und Psychotherapie stellen somit keine konkurrierenden sondern chronologisch optimal aufeinander eingestellte und sich ergänzende Behandlungsverfahren dar im Sinne von Pflicht und Kür.

Die intelligente Kombination der synergistischen Effekte aus Psychopharmakotherapie und psychotherapeutischen Elementen bei den einzelnen psychischen Erkrankungsbildern unter systematischer Einbeziehung der Angehörigen zählt hierbei zum charakteristischen Fundament der Psychoedukation.

Zusammenfassung: Stellenwert der Psychoedukation

- Basale psychiatrisch-psychotherapeutische Intervention
- Bei Ersterkrankten zur Grundorientierung (sek. präventiv)
- Bei wiederholt Erkrankten zur Vertiefung und Erweiterung des bisherigen Wissens (sek. präventiv)
- Bei chronisch-rezidiv. Verläufen zur Stabilisierung. (supportiv)
- Bei Angehörigen von Ersterkrankten: Pflicht !
- Angehörige von wiederholt Erkrankten: Selbsthilfegruppen

Ausblick:

- Verzahnung von präventiven und supportiven Gruppen
- Adaptierte Interventionsmaßnahmen bei neuro-kognitiven Defiziten vs. motivationaler Noncompliance

J. Baumli (2/2004)



PD Dr. Georg Wiedemann

CURRICULUM VITAE:

Priv.-Doz. Dr. Georg Wiedemann ist seit 1993 Oberarzt an der Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie in Tübingen. Er ist sowohl Facharzt für Psychiatrie und Neurologie (Nervenarzt) mit den Zusatztiteln Psychotherapie und Psychoanalyse sowie den Fachkunden Suchttherapie und Suchtmedizin und der fakultativen Weiterbildung Klinische Geriatrie, als auch Facharzt für Psychotherapeutische Medizin sowie Lehrtherapeut und Supervisor. Nach einer internistischen Tätigkeit arbeitete er sowohl langjährig an einer verhaltenstherapeutisch orientierten psychosomatischen Fachklinik (Windach), als auch an einer psychoanalytisch orientierten psychosomatischen Klinik (München-Bogenhausen). Danach war er am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München tätig und führte dort zusammen mit Prof. Hahlweg das Forschungsprojekt „Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Psychosen durch Kombination von Familienbetreuung und Psychopharmakotherapie“ im Rahmen des BMFT-Schwerpunktprogramms „Therapie und Rückfallprophylaxe chronischer psychischer Erkrankungen im Erwachsenenalter“ durch. Seine Habilitation befasst sich mit dem Thema „Therapie, Verlauf und Prädiktion der Schizophrenie - Rückfallprophylaxe durch Kombination von Familienbetreuung und unterschiedlicher Psychopharmakotherapie“. Die Lehrbefugnis für das Fach „Psychiatrie und Psychotherapie und Psychosomatische Medizin“ erhielt er im Februar 2000.

In seiner jetzigen Position ist Herr PD Dr. Wiedemann einerseits für Psychotherapie- und Interventionsforschung in Kombination mit neurowissenschaftlichen Fragestellungen aus der Affektforschung zuständig (cognitive and affective neuroscience im Sinne von Beforschung der Interaktion zwischen Psychotherapie und Neurobiologie). Andererseits stellt die Entwicklung und Implementierung störungsspezifischer Behandlungs- und Rehabilitationskonzepte mit der Kombination aus Psychotherapie, Psychopharmakotherapie, Soziotherapie und Angehörigenbetreuung und deren wissenschaftliche Evaluation im Rahmen der Umsetzung in die Versorgungsrealität einen wichtigen Schwerpunkt seiner Arbeit in Tübingen dar. Sowohl die Weiterentwicklung von regionalen psychiatrischen Versorgungsangeboten in Zusammenarbeit mit dem komplementären Bereich (insbesondere bei schweren psychotischen Störungen), als auch die Weiterführung von Maßnahmen des Qualitätsmanagement (z.B. Leitlinienentwicklung etc.) stellen ein durchgehendes Interesse dar.

AKTUELLE ADRESSE:

Priv.-Doz. Dr. Georg Wiedemann
Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Osianderstr. 24
72076 Tübingen

Tel. 07071/ 29 82297
Fax 07071/ 29 4141
e-mail: georg.wiedemann@med.uni-tuebingen.de

Wissenschaftliche Evidenz psychoedukativer Interventionen

PD Dr. Georg Wiedemann

WISSENSCHAFTLICHE EVIDENZ PSYCHOEDUKATIVER INTERVENTIONEN

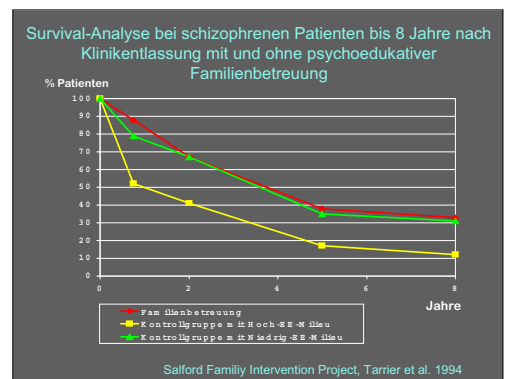
Es wird ein Einblick und kurzer Überblick über den Stand der Forschung bei psychoedukativen Interventionen mit einem Schwerpunkt auf der Schizophrenieforschung gegeben. Wegen der recht breiten Verwendung des Psychoedukationsbegriffs beziehen sich die vorliegenden Forschungsarbeiten auf die ganze Bandbreite von kürzeren informationszentrierten Interventionen bis zu umfassenderen Familieninterventionen mit kognitiv-verhaltenstherapeutischen Elementen. Es werden daher Reviewarbeiten und Metaanalysen über Psychoedukation im engeren Sinne, psychoedukative Familien- und Angehörigenarbeit sowie breiter definierte psychosoziale Interventionen mit psychoedukativen Elementen berücksichtigt. Zudem werden die Ergebnisse von Langzeitstudien diskutiert. Insgesamt zeigt Psychoedukation positive Ergebnisse in mehreren Outcome-Bereichen.

Pekkala und Merinder beziehen in ihrem Cochrane-Review "Psychoeducation for Schizophrenia" nur solche Studien mit ein, in denen der Schwerpunkt auf Wissensvermittlung gelegt wird. Anhand dieses Datenmaterials kommen sie zu der Schlussfolgerung, dass psychoedukative Interventionen die Rückfall- und Rehospitalisierungsrate zum 9- und 18-Monats-Follow-up im Vergleich zur Standardversorgung signifikant reduzieren und das psychosoziale Funktionsniveau verbessern können. Sekundäre Zielkriterien wie Wissenszuwachs, Psychopathologie, globales Funktionsniveau und Expressed Emotion bei Familienangehörigen gingen alle in Richtung eines positiven Effekts von Psychoedukation. Informationsveranstaltungen, die isoliert durchgeführt wurden, oder die alleinige Abgabe von schriftlichem Informationsmaterial (an die Angehörigen) waren nützlich, jedoch hinsichtlich der Rückfallrate kaum effektiv. Tarrrier et al. konnten nachweisen, dass ihre 9-monatige psychoedukative Familienintervention auch noch nach acht Jahren eine signifikant geringere Rückfallrate hatte. Kavanagh konnte in seiner Übersichtsarbeit zeigen, dass die Patienten, die in den kontrollierten Vergleichsstudien psychoedukative Familientherapie erhalten hatten, im Laufe von ein und zwei Jahren signifikant weniger

Kombination von psychoedukativem Medikamententraining, kognitiver Psychotherapie und Bezugspersonenberatung zur Rückfallprophylaxe bei schizophrenen Patienten

| Gruppe I | Gruppe Ia | Gruppe II | Gruppe IIa | Gruppe III |
|---|---------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------------|----------------|
| n=32 | n=35 | n=34 | n=33 | n=57 |
| Psychoedukatives Medikamententraining (PMT) | Psychoedukatives Medikamententraining | Psychoedukatives Medikamententraining | Psychoedukatives Medikamententraining | Freizeitgruppe |
| | Kognitive Therapie (KP) | Bezugspersonenberatung (BB) | Kognitive Therapie | |
| | | | Bezugspersonenberatung | |

Buchkremer et al. 1997



Unterschied in den Rückfallraten zwischen
psychoedukativer Interventions- und Kontrollgruppe über die Zeit

Über 8 Jahre

z.B. Tarrier: 2 J.: 26%, 5 J.: 21%, 8 J.: 21%

Über verschiedene Studien

5 J. Tarrier: 21%

5 J. Hornung: 27%

4 J. Bäuml: 22%

in einem konstanten und vergleichbaren Bereich
=> d. h. Effekt der Verminderung der Rückfallraten:
bleibt über die Zeit erhalten

Rückfälle aufwiesen als die Patienten der Kontrollgruppen ohne psychoedukative Familientherapie. Diese positiven Befunde wurden von der Metaanalyse von Mari und Streiner sowie von Pharoah et al. bestätigt. Die Metaanalyse von Pitschel-Walz et al. über psychoedukative Interventionsstudien zur Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung bei schizophrenen Psychosen ergab, dass die Rückfallrate über 2 Jahre bei Einbeziehung der Angehörigen um 20% gesenkt werden konnte. Einige Studien konnten zeigen, dass durch die Interventionen der Anteil an Angehörigen, die zu Studienbeginn im

Camberwell Family Interview (CFI) als hoch kritisch, feindselig und/oder überfürsorglich eingeschätzt wurden, verringert werden konnte. Kurze Informationsveranstaltungen, die isoliert durchgeführt wurden, oder die alleinige Abgabe von schriftlichem Informationsmaterial (an die Angehörigen) waren nützlich, jedoch hinsichtlich der Rückfallrate kaum effektiv.

Tarrier et al. konnten nachweisen, dass ihre 9-monatige psychoedukative Familienintervention auch noch nach acht Jahren eine signifikant geringere Rückfallrate hatte als die Kontrollgruppe (Abb.). Eine Teilstichprobe der Patienten der PIP-Studie konnte nach über vier Jahren erneut kontaktiert werden. Wie die Survivalanalyse zeigt, fielen nach dem Ende des zweiten Jahres die Kurven wesentlich weniger steil ab als in den ersten beiden Jahren, d.h. es entwickelte sich eine Plateauphase mit Rückfallraten von 46% der Interventionspatienten zu 67% der Kontrollpatienten nach vier Jahren. Nach 7 Jahren waren in der Interventionsgruppe 54% und in der Kontrollgruppe 88% der Patienten mindestens einmal wegen ihrer Grunderkrankung stationär im Krankenhaus gewesen. Die Nachuntersuchung der Münsteraner Studie von Buchkremer et al. ergab, dass die bifokale Gruppenarbeit verglichen mit der Kontrollgruppe die stationäre Wiederaufnahmerate noch über den Zeitraum von fünf Jahren signifikant senken konnte (Abb.). Der Unterschied in den Rückfallraten jeweils zwischen Interventions- und Kontrollgruppe bewegt sich über 8 Jahre und über verschiedene Studien hinweg immer in einem relativ konstanten und vergleichbaren Bereich (Abb.). Der Effekt der Verminderung der Rückfallraten scheint über die Zeit erhalten zu bleiben. Diese Langzeitstudien zeigen auf, dass das erste Jahr nach Entlassung die kritischste Zeitspanne ist, dass aber gleichzeitig in dieser Zeit erreichte Verbesserungen über lange Zeiträume hinweg gehalten werden können.

Zusammenfassend ist es sicher gerechtfertigt, von einer prinzipiellen Wirksamkeit psychoedukativer Ansätze im Sinne der Verbesserung des Krankheitsverlaufs auszugehen. Dies kommt auch darin zum Ausdruck, dass aktuelle Behandlungsleitlinien für die Therapie schizophrener Patienten Psychoedukation als Behandlungselement ausdrücklich empfehlen.



Prof. Dr. Mathias Berger

CURRICULUM VITAE:

PERSÖNLICHE DATEN:

Mathias Berger
geb. 20.08.1947 in Hagen/Westfalen
verheiratet mit Marieluise Heim-Berger, 1 Sohn
wohnhaf in Jägerhäusleweg 44, 79104 Freiburg

AUS- UND WEITERBILDUNG:

- | | |
|-------------|--|
| 1966 | Mathematischnaturwissenschaftlicher Zweig des Städtischen Gymnasiums Wetter/Ruhr |
| 1966 - 1972 | Studium der Medizin in Köln und Bonn |
| 1972 - 1974 | Medizinalassistent an der Universitäts-Nervenlinik Bonn, der chirurgischen Ambulanz des Vinzenz-Krankenhauses in Köln und der Medizinischen Universitäts-Poliklinik in Bonn |
| 1974 | Promotion am Institut für Experimentelle Chirurgie/ Köln über das Thema "Vergleichende Untersuchungen über die Hypothermie und die Sauerstoffpersufflation in Hypothermie als Konservierungsverfahren der ischämischen Hundeniere" |
| 1982 | Facharzt für Neurologie und Psychiatrie, Zusatztitel Psychotherapie |
| 1985 | Zusatztitel Psychoanalyse |
| 1985 | Habilitation an der Medizinischen Fakultät der Technischen Universität München mit dem Thema "Psychobiologische Untersuchungen bei endogenen und neurotischen Depressionen" |
| 1990 | Anerkennung als Verhaltenstherapie-Supervisor durch Kassenärztliche Bundesvereinigung |
| 1995 | Facharzt für Psychotherapeutische Medizin |

BERUFLICHE TÄTIGKEITEN

- | | |
|-----------------|--|
| 1974 - 1978 | Wissenschaftlicher Assistent an der Universitäts-Nervenlinik Köln. Tätigkeiten sowohl auf psychiatrischen als auch neurologischen Stationen. Daneben Leitung des muskelpathologischen Labors der Klinik |
| 1978 - 1981 | Wissenschaftlicher Assistent am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München |
| 1981 - 1982 | Weiterbildungsassistent am Bezirkskrankenhaus Kaufbeuren |
| 1982 - 1983 | Wissenschaftlicher Assistent am Max-Planck-Institut für Psychiatrie München |
| 1983 - 1985 | Stellvertretender Leiter der Psychiatrischen Abteilung des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie München |
| 1986 | Leiter der Abteilung Psychiatrie II des Max-Planck-Instituts für Psychiatrie |
| 1986 - 1990 | Leitender Oberarzt und C3-Professor der Psychiatrischen Klinik des Zentralinstituts für Seelische Gesundheit Mannheim |
| Seit Mai 1990 | Direktor der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie mit Poliklinik |
| Seit 1992 | Vorstandsmitglied der DGPPN |
| 1999 - 2002 | Studiendekan der Medizinischen Fakultät Freiburg |
| Seit 01.01.2003 | Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) |

MITGLIEDSCHAFTEN:

- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (Präsident seit 01.01.03)
- Deutsche Gesellschaft für Schlafmedizin (Vorsitzender 1993-1996)
- Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie
- International Society of Psychoneuroendocrinology
- European Sleep Research Society
- Arbeitsgemeinschaft für Neuropsychopharmakologie und Pharmakopsychiatrie (AGNP)
- Collegium Internationale Neuropsychopharmacologicum (CINP)
- Section on Biological Psychiatry of the World Psychiatric Association
- Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS)
- Deutschsprachige Gesellschaft für Psychotraumatologie e.V. (DeGPT)

MITGLIED IM EDITORIAL BOARD:

- Journal of Psychiatric Research
- European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience
- Journal of Sleep Research
- Zeitschrift für Verhaltenstherapie
- Zeitschrift für Klinische Psychologie
- Nervenarzt
- Somnologie
- Current Psychiatry Reports

Psychoedukation und Psychotherapie

Prof. Dr. Mathias Berger

PSYCHOEDUKATION UND PSYCHOTHERAPIE

Psychoedukation ist ein Sammelbegriff für verschiedene Verfahren und Methoden, mit deren Hilfe bei Patienten mit psychischen und psychosomatischen Störungsbildern Krankheitsaufklärung, Informationsvermittlung und störungsbezogene Schulung durchgeführt werden können. Psychoedukation verfolgt im Rahmen störungsspezifischer Behandlungen das Ziel, durch die systematische Vermittlung von Wissen über die Störung und ihre Therapiemöglichkeiten Patienten und ihren Angehörigen zu einem angemessenen **Verständnis** ihrer Beschwerden und Folgeprobleme zu verhelfen. Dieses ist Voraussetzung, um eine hohe **Beteiligung und Mitverantwortung** für die Gestaltung der Behandlung (aktuelles Stichwort: "Patientenbeteiligung bei medizinischen Entscheidungen"), Akzeptanz (Compliance) für therapeutische Maßnahmen und auch Selbstbehandlungskompetenz fördern und vermitteln zu können. Das generelle psychotherapeutische Rollenverständnis sieht den Patienten - deutlich stärker als in anderen medizinischen Fächern - als einen die Behandlung aktiv mit gestaltenden Akteur an, dessen Ressourcen und Selbsthilfemöglichkeiten es unbedingt zu nutzen gilt. Mit Hilfe spezieller, für die Zielgruppe der betroffenen Patienten (und ihrer Angehörigen), verfaßter Materialien und Programme hat dieser Grundgedanke eine **strukturierte, systematische und Patienten orientierte** Umsetzung erfahren. Der Einbezug psychoedukative Elemente in die Behandlung chronischer und zu Rezidiven (Angst- und depressive Störungen) neigender psychischer Erkrankungen gilt heute als unverzichtbar. Darüber hinaus werden psychoedukative Elemente aber auch bei akuten Störungen wie Anpassungsstörungen oder posttraumatischen Belastungsstörungen eingesetzt. Für die meisten psychischen Störungsgruppen stehen heute kürzere Aufklärungsschriften, Patientenratgeber, psychoedukative Gruppenprogramme, teilweise auch Selbsthilfemanuale zur Verfügung. In kognitivverhaltenstherapeutischen Behandlungen (KVT) und in der "Interpersonellen Psychotherapie der Depression" (IPT) ist Psychoedukation ein integraler Bestandteil der Behandlung.

Neben der sachlichen Aufklärung und Wissensvermittlung hat Psychoedukation auch **emotional entlastende und motivierende** Funktionen. Eine Auseinandersetzung mit inadäquaten Emotionen (z.B. Demoralisierung, Resignation) und Kognitionen ("Krankheitsmythen", problematische subjektive Krankheitsvorstellungen) soll problemlöse- und bewältigungsorientierte Einstellungen und Haltungen, speziell in der **Anfangsphase** der Therapie fördern. Im weiteren Verlauf einer Psychotherapie haben psychoedukative Elemente in der Regel einen geringeren Stellenwert. Die eher störungsbezogenen allgemeinen Informationen bedürfen in späteren Therapiephasen einer eindeutig auf den individuellen Fall abgestimmten Vorgehensweise.

Da psychoedukative Verfahren im Normalfall nicht als isolierte, sondern in das Gesamtverfahren integrierte Maßnahmen zu betrachten sind, ist eine **empirische Überprüfung** ihrer Wirksamkeit **schwierig**. Wegen der o.g. begrenzten Zielsetzungen psychoedukativer Verfahren und ihrer offensichtlich hilfreichen Funktionen in der klinischen Anwendung wird ihre **Nützlichkeit** aber heute allgemein anerkannt.

Psychoedukation stellt wegen der Verbreitungsmöglichkeiten auch über Bücher und das Internet einen **niedrigschwelligen** Zugang zur Thematik für Betroffene und deren Angehörige dar, kann beim Auffinden geeigneter Therapiemöglichkeiten behilflich sein und in der Anfangsphase einer



Dr. Hartmut Berger

CURRICULUM VITAE:

LEBENS LAUF

- | | |
|------|---|
| 1947 | Geburt in Gunzenhausen/Bayern |
| 1966 | Abitur und Beginn des Medizinstudiums an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/M. |
| 1974 | Approbation |
| 1979 | Promotion zu dem Thema: „Zur Humangenetik psychischen Verhaltens“ |
| 1981 | Nach abgeschlossener Weiterbildung unter anderem in der Universitätsklinik Frankfurt/M. Anerkennung als Arzt für Psychiatrie Neurologie und Psychotherapie. Ab dem gleichen Jahr Leitender Oberarzt in der psychiatrischen Abteilung der Städtischen Klinik in Offenbach. |
| 1991 | Ärztlicher Direktor der Walter-Picard-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Soziale Psychiatrie Philippshospital Riedstadt. |

LEHRAUFTRÄGE UND EHRENAMTLICHE TÄTIGKEITEN

- | | |
|----------------|---|
| 1974-1977 | Mitglied der hessischen Rauschmittelkommission und des Arbeitskreises Therapie der Hessischen Landesstätte gegen Suchtgefahren. |
| 1981-1991 | Lehrbeauftragter der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/M. |
| 1982-1988 | Stellvertretende Leitung des im Auftrag des BMJFFG durchgeführten Forschungsprojektes: Wissenschaftliche Begleitung der modellhaften Erprobung gemeindenaher Institutionen. |
| 1993-1998 | Wissenschaftlicher Leiter des Modellprojektes: Implementation und Evaluation gesundheitsfördernder Strategien in Psychiatrischen Kliniken im Auftrag der WHO - Sektion Europa |
| 1998 bis jetzt | Koordinator des europaweiten Netzwerks Task Force on Health Promoting Psychiatric Services im Auftrag der WHO-Sektion Europa |
| 1998 bis jetzt | Lehrbeauftragter der Landesärztekammer Hessen für das Fach Psychiatrie |
| 2000 | Mitglied des Sachverständigenrates der DKG zur Überarbeitung der KTQ-Richtlinien im Gebiet Psychiatrie |
| 2001 bis jetzt | Lehrbeauftragter des Institutes für Psychologie der Technischen Universität Darmstadt für das Fach Psychopathologie |

WISSENSCHAFTLICHE SCHWERPUNKTE

Implementation und Evaluation gesundheitsfördernder Strategien in psychiatrischen Diensten; Evaluation psycho-
edukativer Familienintervention; Entwicklung und Evaluation kommunalpsychiatrischer Versorgungseinrichtungen;
Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien zur Psychopharmakotherapie.

Dr. Hartmut Berger
Arzt für Psychiatrie Psychotherapie Neurologie
Ärztlicher Direktor
Walter Picard Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
D-64560 Riedstadt
Fon 06158-183-201
Fax 06158-183-243

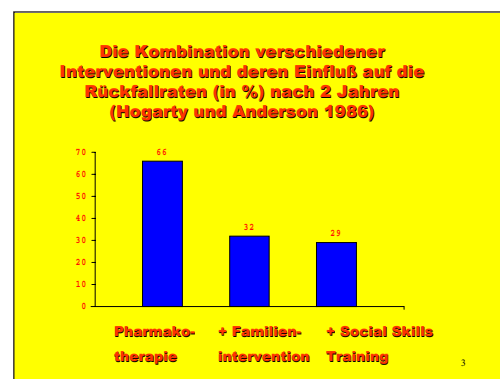
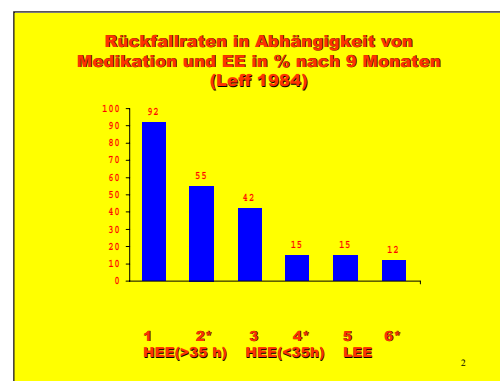
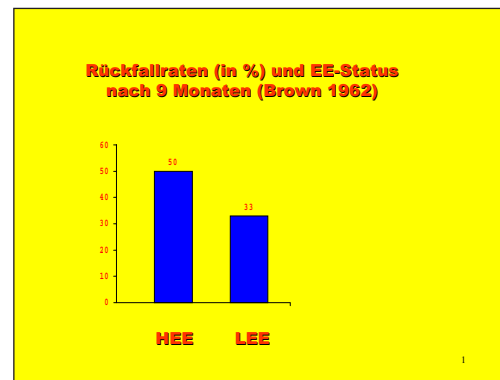
E-Mail: dr.berger@zsp-riedstadt.de

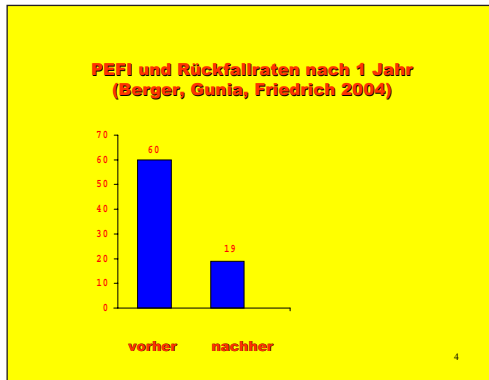
Psychoedukative Familienintervention - ein neues Verfahren zur Rezidivprophylaxe schizophrener Störungen

Dr. Hartmut Berger

PSYCHOEDUKATIVE FAMILIENINTERVENTION - EIN NEUES VERFAHREN ZUR REZIDIVPROPHYLAXE SCHIZOPHRENER STÖRUNGEN

Bei der Behandlung schizophrener Störungen steht die Rezidivprophylaxe im Mittelpunkt des Interesses. Die erfolgreiche Verhütung eines Rückfalls wirkt sich nicht nur günstig auf die Lebensqualität und die soziale Prognose aus. Sie ist möglicherweise auch in der Lage, den Krankheitsverlauf insgesamt zu verbessern. Neben einer sachgerechten Psychopharmakotherapie spielen hierbei psychoedukative Verfahren eine herausragende Rolle. Im deutschsprachigen Raum liegen eine Reihe bewährter psychoedukativer Interventionsstrategien vor, welche allesamt einen mono- bzw- bifokalen Ansatz verfolgen. Mit der Entwicklung der hier vorgestellten psychoedukativen Familienintervention (PEFI) wurde erstmals der Versuch unternommen, die von Laqueur inaugurierte und von McFarlane weiterentwickelte Mehrfamilienintervention an die Anforderungen des klinischen Alltags in Deutschland anzupassen und darüber hinaus eine für die Regelversorgung praktikable Form der Mehrfamilienintervention zu entwickeln. In Erweiterung der geläufigen psychoedukativen Verfahren enthält die psychoedukative Familienintervention (PEFI) verhaltenstherapeutische und systemorientierte Therapieelemente, welche das Ziel verfolgen, die innerfamiliäre Dynamik direkt zu beeinflussen. Hierzu wurde ein Programm im Umfang von zehn Sitzungen entwickelt, an dem Patienten und ihre Angehörigen gleichermaßen teilnehmen und welches neben der Wissensvermittlung im engeren Sinne Strategien zur Verbesserung der familiären Kommunikation bereithält. Diese Strategien werden in Rollenspielen vermittelt, an denen die Familien in gemischter Form teilnehmen. Durch die Mischung der Familienmitglieder gelingt es, selbst bei emotional belastenden Themen eine hohe Akzeptanz und damit einen hohen Lernerfolg zu erreichen. Das Programm ist zudem in nicht hierarchisch strukturierte Module gegliedert. Hierdurch ist es möglich, die einzelnen Module den jeweiligen Anforderungen gemäß zusammenzustellen. Weiterhin umfasst das Trainingsprogramm mit insgesamt zehn Sitzungen einen Umfang, der es für die Anforderungen des therapeutischen Alltags besonders geeignet erscheinen lässt. Die





bisher durchgeführte Evaluation der psychoedukativen der psychoedukativen Familienintervention zeigt gesicherte Effekte im Hinblick auf den Vermittlungsprozess selbst und im Hinblick auf die Rezidivprophylaxe. Die psychoedukative Familienintervention bereichert das Repertoire der Behandlung schizophrener Störungen namentlich für Familien, die bereit sind, sich aktiv mit der Erkrankung auseinanderzusetzen.



Prof. Dr. Andreas Heinz

CURRICULUM VITAE:

Arbeitsadresse: Prof. Dr. Andreas Heinz
Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité Campus Mitte
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Schumannstr. 20/21
10117 Berlin

BERUFLICHER WERDEGANG

- 1988 Approbation bei der Ärztekammer Berlin
- 1988 Dissertation "Regression bei Schizophrenen - ein pathogenetischer Begriff im historischen Wandel", bei Prof. Dr. Viefhues, Institut für Soziale Medizin, Ruhr-Universität Bochum, Magna cum laude
- 1988 – 1994 Studium der Philosophie an der FU Berlin und der Ruhr-Universität Bochum Magister artium, Philosophie, "Das Konzept seelischer Gesundheit", bei Prof. Dr. Honneth, FU Berlin, Cum laude
- 1994 – 1997 Studium der Anthropologie an der FU Berlin und der Howard University, Washington DC
- 1988 – 1991 Facharztausbildung in Neurologie an der Neurologischen Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Prof. Dr. Przuntek
- 1993 Arzt für Neurologie, Ärztekammer Berlin
- 1991 – 1995 Facharztausbildung in Psychiatrie an der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der FU Berlin, Prof. Dr. H. Helmchen und Mitarbeiter der Forschungsgruppe "Neurobiologische Mechanismen der Abhängigkeitserkrankungen", Prof. Dr. Rommelspacher
- 1994 Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Ärztekammer Berlin
- 1995 1995 Zusatztitel Psychotherapie, Ärztekammer Berlin
- 2001 umgewandelt in Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztekammer Baden-Württemberg
- 1995 – 1997 Forschung im Rahmen eines Habilitationsstipendiums der DFG am National Institute of Mental Health bei Prof. Dr. Weinberger und am National Institute for Alcohol Abuse and Addiction bei Prof. Dr. Linnoila
- 1998 Habilitation im Fach Psychiatrie an der Freien Universität Berlin unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Helmchen mit dem Thema "Das dopaminerge Verstärkungssystem – Funktion, Verbindung zu anderen Neurotransmittersystemen und pathopsychologische Korrelate"
- 1997 – 1998 Oberarzt der Neurologischen Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum (Ärztl. Dir.: Prof. Dr. Przuntek)
- 1998 – 1999 Freistellung zur Fortbildung in Sozialmedizin und Aufbau der Neurologischen Fachklinik Feldberg/MV in der Position des Chefarztes (Ärztl. Dir.: Prof. Dr. Przuntek)
- 2000 Zusatztitel Sozialmedizin
- 1999 - 2002 Leitender Oberarzt der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin (Ärztl. Dir.: Prof. Dr. Mann)
9/2000 Berufung auf die C3-Professur für Suchtforschung an der Universität Heidelberg
- 10/2001 Berufung auf die C4-Professur für Psychiatrie an der Humboldt-Universität zu Berlin
seit 4/2002 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Mitte

WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztekammer Berlin (2002)
Neurologie (1 Jahr), Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern (1999)

FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Forschungsprojekt „Genetics of alcoholism“ im Rahmen des Antrags „Functional genomics and diseases of the brain“ des Standortes Heidelberg (Sprecher: P. Seeburg & H. Monyer) zum „Nationalen Genforschungsnetz“, Förderung durch das BMBF, Studienleiter A. Heinz & R. Spanagel
Projektbezogene Gesamtsumme ca. 550.000 Euro (seit 6/2001)

„Individually adapted therapy of alcoholism“ im Rahmen des „Forschungsverbunds für Suchtforschung Baden-Württemberg“ (Sprecher: K. Mann)
Förderung durch das BMBF (01EB0110) und Landesmittel, Studienleiter eines Projekts mit Gesamtsumme ca. 600.000 Euro (seit 12/2001)

Sachbeihilfe der DFG zum Projekt „Serotonintransporter bei Alkoholabhängigkeit, Depression und Zwangskrankheiten“ (He 2597/7-1 & 7-2 & Ba 1026/6-1)
Gesamtsumme ca. 180.000 Euro (seit 10/2001)

Sachbeihilfe der DFG zum Projekt „Dopaminerge Mechanismen des reizabhängigen Alkoholverlangens“ (He 2597/4-1 & 4-2 Ba 1101/2-1)
Gesamtsumme ca. 320.000 Euro (Beginn 4/2000)

Einladung zur Gastprofessur an der Columbia University, Department of Neuroscience 1998
(wg. Arbeitsbeginns am ZI Mannheim nicht angetreten)

Habilitationsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft an den National Institutes of Health, Bethesda, MD (He 2597/1-1)
Gesamtsumme ca. 70.000 Euro (1995 – 1997)

Industrieförderung zum Aufbau eines Früherkennungszentrums für Psychosen und zur bildgebenden Darstellung von Neuroleptikawirkungen auf das dopaminerge Verstärkungssystem (Fa. Lilly, Fa. Janssen)
Gesamtsumme ca. 360.000 Euro (2002-2003)

Reisekostenbeihilfen der DFG (He 2597/5-1)

FORSCHUNGSPREISE

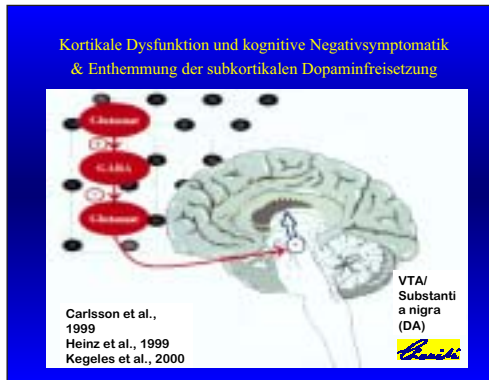
Wilhelm-Feuerlein-Forschungspreis 2000, Bereich Grundlagenforschung
Thema: Die Rolle der serotonergen Funktionsstörung in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit

TÄTIGKEIT IN WISSENSCHAFTLICHEN BEIRÄTEN UND REVIEWBOARDS

- Mitglied im „Advisory Board“ der Zeitschrift „European Psychiatry“ der Association of European Psychiatrists (AEP) seit 2000
- Mitglied im „Advisory Board“ der Zeitschrift „Journal of Studies on Alcoholism“ seit 2002
- Mitglied im Herausgeberkreis der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) seit 2003
- Mitglied im Herausgeberkreis der Zeitschrift „Sucht“ der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren seit 2001
- Wissenschaftlicher Beirat der Prof. Dr. Matthias Gottschaldt Stiftung seit 2002

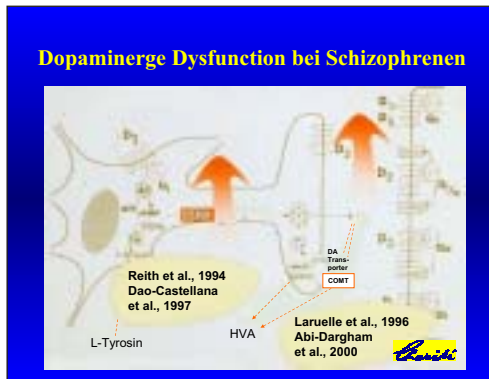
Psychoedukation und psychopharmakologische Rezidivprophylaxe vor dem Hintergrund der Pathogenese der Schizophrenie

Prof. Dr. Andreas Heinz

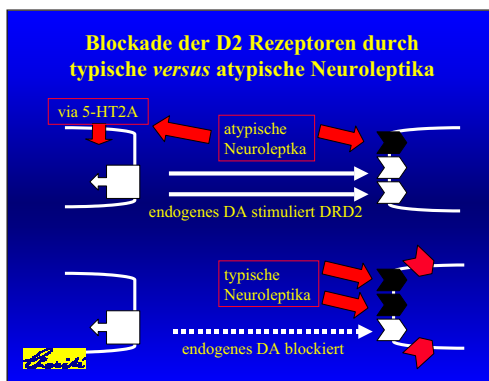


PSYCHOEDUKATION UND PSYCHOPHARMAKOLOGISCHE REZIDIVPROPHYLAXE VOR DEM HINTERGRUND DER PATHOGENESE DER SCHIZOPHRENIE

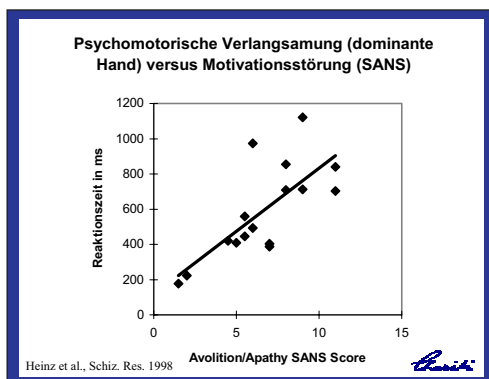
Einer der vielversprechendsten Erklärungsansätze zur Entstehung schizophrener Störungen geht von einer Interaktion von sozialen Streßsituationen mit einer lebenslangen Vulnerabilität aus. Diese bildet sich wahrscheinlich im Rahmen einer entwicklungspezifischen Störung der Interaktion zwischen dem dorsolateralen präfrontalen und dem temporolimbischen Kortex aus. Bei entsprechend entwicklungs geschichtlich früh einsetzender Störung der neuronalen Organisation des temporolimbischen Kortex kommt es zu einer verminderten Kontrolle des präfrontalen Kortex über die subkortikale Dopaminfreisetzung, die zu einer Erhöhung der mesolimbisch-mesokortikalen Dopaminfreisetzung vor allem in Streßsituationen mit Aktivierung des präfrontalen Kortex führt.



Für diese Theorie sprechen einerseits tierexperimentelle Untersuchungen, andererseits wurden multimodale bildgebende Untersuchungen auch beim Menschen durchgeführt. Hier zeigte sich, dass das Ausmaß der temporolimbischen und präfrontalen neuronalen Organisationsstörung mit einer verstärkten Dopaminproduktion und Dopaminfreisetzung im Bereich des Striatums einhergeht. Dies betrifft vor allem den Zustand der akuten Psychose und ist dann mit positiven Symptomen wie Wahnstimmung und Halluzinationen verbunden.



Umgekehrt führt die exzessive Blockade der striären Dopaminfreisetzung nicht nur zu extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen, sondern auch zu einer Störung des dopaminergen Belohnungssystems, das die Aufmerksamkeit gegenüber belohnungsanzeigenden Reizen steuert. Als Folge können sich einzelne sekundäre Negativ-Symptome ausbilden, die oft nur schwer von der primären Negativ-Symptomatik getrennt werden können. Unter atypischen Neuroleptika zeigt sich nicht nur eine verminderte Ausprägung emotionaler Negativ-Symptome, aktuelle Studien weisen auch darauf hin, dass kognitive Funktionsstörungen mit Beteiligung des präfrontalen Kortex unter Gabe atypischer Neuroleptika rückbildungsfähig sind. Von besonderem Interesse ist hier der



Podiumsdiskussion im Rahmen des 1. Deutschen Psychoedukationskongresses am Freitag, den 20.02.04, 18.00 - 20.00 Uhr Großer Hörsaal Neubau Charité

ERÖFFNUNGSVORTRAG:

Dr. H. Schulte-Sasse, Staatssekretär im Senat für Gesundheit, Soziales und Verbraucherschutz, Berlin:
Empowerment als Perspektive moderner Gesundheitspolitik

ES DISKUTIEREN:

- Prof. Dr. M. Berger
Freiburg, Präsident der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde
- Dr. F. Bergmann
Aachen, Niedergelassener Nervenarzt, 1. Vorsitzender des Berufsverbandes der Deutschen Nervenärzte
- Dr. J. Bäuml
München, Oberarzt, Klinik für Psychiatrie TU München
- Prof. Dr. A. Heinz
Berlin, Klinikdirektor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité Campus Mitte
- Dr. N. Mönter
Berlin, Niedergelassener Nervenarzt
- Frau Jutta Crämer
Berlin, Vorsitzende des Landesverbandes psychisch kranker in Berlin
- T. Engel
Angehörige Psychisch Kranker, Landesverband Berlin e.V.
- R. Engehausen
Berlin, Geschäftsführer, Siemens-Betriebskrankenkasse

MODERATION:

Justin Westhoff, Berlin, Wissenschaftsjournalist



Prof. Dr. Wolfgang Gaebel

CURRICULUM VITAE:

DERZEITIGE POSITION

Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Kliniken der Heine-Universität Düsseldorf, Leitender Arzt der Rheinischen Kliniken Düsseldorf
Bergische Landstraße 2, D-40629 Düsseldorf
Tel.: 0211/922-2000; Fax: 0211/922-2020
E-mail: wolfgang.gaebel@uni-duesseldorf.de

BERUFLICHER WERDEGANG

- 1966 – 1972 Studium der Humanmedizin an der Freien Universität Berlin (FUB)
- 1972 Promotion
- 1974 Approbation als Arzt
- 1980 Arzt für Neurologie und Psychiatrie
- 1989 Habilitation, Verleihung der Venia legendi für das Fach Psychiatrie
DFG-geförderter Forschungsaufenthalt am Psychologischen Institut der University of Lethbridge, Lethbridge, Alberta, Canada
- 1990 Zusatzbezeichnung Psychotherapie
- 1995 Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie

FORSCHUNGSSCHWERPUNKTE

Therapie und Verlauf schizophrener Störungen; Klinische Psychopharmakologie; Klinische Psychophysiologie; Experimentelle Psychopathologie; Qualitätssicherung in der Psychiatrie.

- 1983 – 1989 Studienkoordinator deutsche Multicenter-Studie zur Wirksamkeit unterschiedlicher neuroleptischer Langzeitbehandlungsstrategien (BMFT).
- 1988 – 1992 Studienleiter Objektivierende Verhaltensanalyse schizophrener Negativsymptomatik unter verschiedenen Behandlungsstrategien (BMFT).
- 1989 – 1995 Koordinator und Projektleiter DFG-Schwerpunktprogramm Neurobiologische Determinanten sensomotorischer und kognitiver Störungen bei Schizophrenen.
- 1995 – 2000 Studienleiter Diagnostik, Therapie und Verlauf bei Alkoholkranken (BMBF).
- 1997 – 1998 Studienleiter Multicenter-Studie Tracerdiagnose Schizophrenie in der externen Qualitätssicherung (BMG).
- 1999 – Initiator, Sprecher und Projektleiter BMBF-gefördertes Kompetenznetz Schizophrenie; Projektleiter Qualitätssicherung im Kompetenznetz Depression.
- 2000 – 2004 Projektleiter Acamprosat und Integrative Verhaltenstherapie bei der ambulanten Behandlung von Alkoholabhängigen (BMBF)
- 2003 – Projektleiter Deutsche Multicenter Studie Benchmarking in der klinisch-psychiatrischen Patientenversorgung (BMGS)

PUBLIKATIONS- UND WISSENSCHAFTLICHE BEIRATSTÄTIGKEIT

Ca. 400 Veröffentlichungen, 25 Bücher/
Monographien/Supplemente.
Wissenschaftlicher Beirat: Nervenarzt,
Pharmacopsychiatry, Psychopharmakotherapie,
European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience, Zeitschrift für ärztliche Fortbildung und Qualitätssicherung

AKTIVITÄTEN IN FACHGESELLSCHAFTEN

- 1996 – 1999 World Psychiatric Association (WPA):
Standing Committee on Planning
- 1999 – Section on Quality Assurance (Co-Chair)
- 1997 – 1998 Educational Programme „Fighting Schizophrenia and its Stigma“
Vorsitzender des deutschen Antistigma-Vereins *Open the doors*;
- 1999 – 2002 Section on Schizophrenia (Chair)
- 2003 – Review Committee *Open the doors* (Chair)
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN):
- 1993 – Leiter des Referats Qualitätssicherung/Leitlinien
- 1995 – 1996 Präsident
- 1999 – 2002 Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie: Schatzmeister, Präsident
- 1993 – Nervenärztliche Gesellschaft Düsseldorf: 1. Vorsitzender
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF):
- 2000 – Vizepräsident
- 2001 – Mitglied Deutsche Akademie der Naturforscher LEOPOLDINA, Halle

BEIRATS- UND KOMMISSIONSTÄTIGKEIT

- 1988 – 1989 Berliner Vollzugsbeirat
- 1990 – 1992 Berliner Landesbeirat für Behinderte
- 1996 – 1998 Bundesministerium für Gesundheit:
Beirat für ethische Fragen im Gesundheitswesen
- 1998 – Arzneimittelkommission der Deutschen Ärzteschaft
- 1999 – Kommission für Ärztliche Leitlinien der AWMF
- 1996 – Unterrichtskommission für den 2. Klinischen Studienabschnitt (Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf): Vorsitzender

KONGRESSORGANISATION

- 1990 Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie, Berlin
- 1996 Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde, (DGPPN), Düsseldorf
- 1999 XI World Congress of Psychiatry, Hamburg
- 2001 World Congress of Biological Psychiatry (WFSBP), Berlin
- 2002 Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (DGBP), Düsseldorf

Möglichkeiten und Grenzen der heutigen Schizophreniebehandlung

Prof. Dr. Wolfgang Gaebel

NEUERE META-ANALYSEN ZU ATYPISCHEN NEUROLEPTIKA I

Akuttherapie:
Davis 2003, systematische Meta-Analyse (n=10 RCTs)

- Clozapin, Amisulprid, Risperidon und Olanzapin hatten signifikant größere Effektstärke als Typika, andere Atypika nicht
- Olanzapin und Risperidon sind geringfügig wirksamer als Typika bei Positivsymptomen und mäßig überlegen bei Negativsymptomen, kognitiven Symptomen, affektiven und Impulskontrollstörungen
- Keine unterschiedliche Wirksamkeit je nach Haloperidol-Vergleichsdosis
- Atypika sind keine homogene Gruppe, es gibt Wirksamkeitsunterschiede

Die Möglichkeiten für eine umfassende und wirksame Behandlung schizophrener Störungen haben sich in den letzten Jahren deutlich verbessert. Ein breites Spektrum an verfügbaren evidenzbasierten pharmakologischen, psychologischen und soziotherapeutischen Behandlungen kann an die individuellen Bedürfnisse der Patienten angepasst werden.

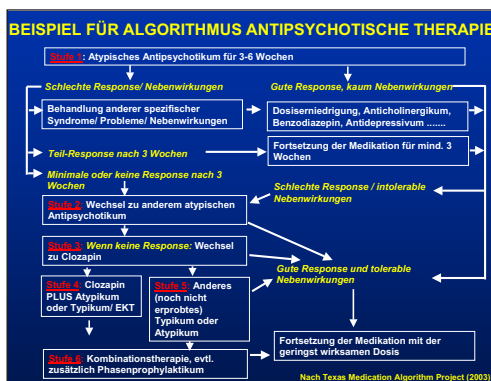
NEUERE META-ANALYSEN ZU ATYPISCHEN NEUROLEPTIKA II

Rezidivprophylaxe:
Leucht 2003, systematische Meta-Analyse (n=17 RCTs)

Bei Zusammenfassung aller untersuchten Atypika zu einer Gruppe

- Statistisch weniger Rezidive im 6-Monats- bis 2-Jahreszeitraum gegenüber Placebo (Number Needed To Treat = 5)
- Statistisch weniger Rezidive im 6-Monats- bis 2-Jahreszeitraum gegenüber Typika (Number Needed To Treat = 13)
- 49% der Patienten unter Atypika versus 66% der Patienten unter Typika hatten **Behandlungsversagen** (Abbruch, Rezidiv, Krankenhausaufnahme) nach 6 Monaten bis 2 Jahren

Die pharmakologische antipsychotische Behandlung als Grundpfeiler der Therapie hat sich durch die Entwicklung neuer Medikamente verbessert, die bei mindestens vergleichbarer akuter Wirksamkeit ein günstigeres Nebenwirkungsprofil als die älteren Substanzen aufweisen und hinsichtlich der Langzeittherapie, der Akzeptanz der Behandlung und der Lebensqualität erkennbar überlegen sind. Mit der Verfügbarkeit neuer medikamentöser Optionen haben sich die Möglichkeiten für eine individuell zugeschnittene Therapie erweitert. Die Pharmakotherapie muss jedoch durch andere Behandlungsformen ergänzt werden, um optimale Ergebnisse zu erreichen. Mit einer Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) können insbesondere bei unzureichendem medikamentösem Ansprechen persistierende Positivsymptome reduziert und die Rückfallrate verringert werden. KVT kann offensichtlich Compliance und Einstellung zum Versorgungssystem verbessern und damit ungünstige Verlaufseinflüsse reduzieren. Die intensive Erforschung neuropsychologischer Funktionsdefizite hat ihrerseits zur Entwicklung von Interventionen geführt, die eine Förderung kognitiver Wahrnehmungs-, Verarbeitungs- und Umsetzungsprozesse mittels Training und Aufbau von Kompensationsstrategien zum Inhalt haben. Ein definitiver Wirksamkeitsnachweis und die Übertragbarkeit der Ergebnisse in den Alltag stehen jedoch noch aus. Das Training sozialer Fertigkeiten hat sich insbesondere für die Wiedereingliederung nach einer Krankheitsepisode, zur Konfliktbewältigung und zur Optimierung der medikamentösen Therapie als wirksam erwiesen. Familieninterventionen und Psychoedukation waren die ersten psychosozialen Maßnahmen, für die eine ausreichende Evidenzgrundlage bezüglich Rückfallreduktion gegeben war. Eine bedarfsdeckende Implementation in der Routineversorgung bleibt jedoch weiterhin eine



Herausforderung. Auch ein adäquates Angebot von wirksamen berufsrehabilitativen Maßnahmen, aufsuchender gemeindepsychiatrischer Behandlungsformen und integrierter Behandlung bei schweren Verläufen und Komorbidität mit Substanzstörungen ist an ausreichende organisatorische und finanzielle Voraussetzungen des psychiatrisch-psychotherapeutischen Versorgungssystems gebunden. Bei Persistenz ungünstiger sozialer Faktoren, chronischen Verläufen und Abbruch des Kontaktes zum Versorgungssystem können innovative psychosoziale Versorgungsformen zur Anwendung kommen, deren flächendeckende Verfügbarkeit jedoch zu wünschen übrig läßt.

Grenzen der Behandlung ergeben sich einerseits aus den Begrenzungen der verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten selbst, andererseits aus ihrer unzureichenden Anwendung. Primärprävention ist auf absehbare Zeit nicht möglich, wohl aber ergeben sich vielversprechende Möglichkeiten zur Früherkennung und -intervention. Im Vordergrund der modernen mehrdimensionalen, multiprofessionellen Behandlung steht aber nach wie vor die manifeste Erkrankung mit dem Ziel der weitgehenden Rehabilitation und Reintegration. Um dies Ziel bei möglichst vielen Betroffenen zu erreichen, müssen über ein strukturiertes Vorgehen Behandlungsvariationen, die nicht durch eine individuelle patientenzentrierte Therapiestaltung und -modifikation begründet sind, mittels Qualitätssicherungsmaßnahmen vermindert und wirksame Therapien breiter verfügbar gemacht werden. Bei pharmakologischer Non-Response existieren eine Reihe von systematisch zu prüfenden alternativen Behandlungsoptionen, bei Non-Compliance spielen vor allem Information der Betroffenen, konstruktives Bündnis mit den Betroffenen und ihren Angehörigen, Berücksichtigung von Behandlungspräferenzen sowie Nutzung von Selbstbewältigungsmechanismen eine wichtige Rolle. Schließlich können sowohl die verstärkte Vernetzung der einzelnen Elemente des Versorgungssystems als auch die Bekämpfung von Stigmatisierung und Diskriminierung zur langfristigen Verbesserung des Krankheitsverlaufs beitragen, indem sie die Interaktion von sozialem Umfeld, Struktur des Versorgungssystems und Behandlungs-



VERSORGUNGSSYSTEME I

| | Kontrollierte Studien Hoher Qualität (Anzahl/Land) | Outcome-Parameter | Ergebnis |
|---|--|---|--|
| Community Mental Health Teams multidisziplinäre, gemeindeorientierte Teams, Kern der sektoralisierten Dienste in UK | 6 (England, Australien, Kanada) | Psych. Symptome Soziale Anpassung Zufriedenheit Krankenhausaufnahmen | kein Einfluss besser möglichew. seltener |
| Assertive Community Treatment gemeindebasiertes, multidisziplinäres Team mit Psychiatern, Krankenschwestern und Sozialarbeitern mit kleinen Case Loads für schwer Erkrankte u. häufig hospitalisierte Patienten | 28 (USA, England, Kanada, Niederlande) | Psych. Symptome Unabhängiges Leben Krankenhausaufnahmen | kein Einfluss positiver Einfluss Häufigkeit u. Verweildauer eindeutig verringert |
| Standard- und Intensiviertes Case Management keine Team-Orientierung persönl. Verantwortung des Case Managers, Koordination der Fragestellungen der Dienste versch. Institutionen | > 30 (USA, England, Kanada, Niederlande) | Psych. Symptome Kontakt zum Versorgungssystem Krankenhausaufnahmen | kein Einfluss erhöht Verweildauer kürzer Gesamtzahl der Aufenthalte erhöht? |
| Kriseninterventions-Teams krisenorientierte Behandlung im Team als Alternative zur Klinik | 5 (England, USA, Australien) | Krankenhausaufnahmen Zufriedenheit Psych. Symptome/ Suizide | Reduktion besser kein Einfluss |

Nach Weinmann & Gaebel (2004)

VERSORGUNGSSYSTEME II

| | Kontrollierte Studien hoher Qualität (Anzahl/ Land) | Outcome-Parameter | Ergebnis |
|---|---|--|---|
| Akut-Tagesklinik bietet als multidisziplinäre Einrichtungen eine umfassende dem stationären Setting entsprechende psychiatrische Behandlung an geöffnet an Wochentagen | 18 (England, USA, Niederlande) | Alle klinischen und sozialen Parameter Soziale Anpassung Zeit zur Remission Wiederaufnahmerate Krankenhauslage insgesamt | Keine Überlegenheit gegenüber ambulanter Behandlung Kein Unterschied Schnellere Besserung des psych. Zustandes als bei station. Therapie Unklar Weniger Tage als bei stationärer Behandlung |
| Strukturierte kurze stat. Aufenthalte < 28 Tage expliziter Aufnahme- und Entlassungsplan | 5 (USA, England) | Psych. Symptome, Abbruchraten, Wiederaufnahmeraten | Kein Unterschied zu längeren stationären Aufenthalten (> 28 Tage) |
| Berufliche Rehabilitation | 19 (USA, England) | Arbeit auf dem Arbeitsmarkt | supported employment direkt am Arbeitsplatz (rasche Beschäftigungsförderung) besser als längere vorwiegend beschützte Arbeitsprogramme |
| Betreutes Wohnen, sozialpsychiatrische Dienste, Beschäftigungstherapien | | Keine kontrollierten Studien | |
| Frühinterventions-Zentren | | Keine kontrollierten Studien | |

Nach Weinmann & Gaebel (2004)

erfolg berücksichtigen und den Zugang zu wirksamen Therapieformen nachhaltig sichern. Konsequenterer Ausnutzung der verfügbaren Behandlungsmöglichkeiten erlaubte bereits heute eine Ausweitung der Behandlungsgrenzen. Die Entwicklung innovativer Behandlungsprinzipien und –strategien hängt wesentlich vom wissenschaftlichen Fortschritt ab, der nicht nur in der Grundlagenforschung, sondern auch in der Versorgungsforschung erzielt wird. Neue Erkenntnisse müssen rascher als bisher in die Praxis umgesetzt werden. Möglichkeiten und Grenzen von Behandlung und Versorgung sind aber immer auch abhängig von öffentlicher Meinung, sich wandelnden Behandlungserwartungen sowie gesundheitspolitischen und -ökonomischen Rahmenbedingungen. Dieser Prozeß muß von fachlicher Seite in Kooperation mit den Betroffenen aktiv mitgestaltet werden.



Workshop 1

Dr. Josef Bäuml

CURRICULUM VITAE:

Dr. med. Josef Bäuml, Ltd. OA

BIOGRAPHISCHE INFORMATIONEN

Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie
verheiratet mit Sonderschullehrerin
3 Kinder
Adresse Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar
Technische Universität München
Ismaninger Str. 22
81675 München
Tel. 089/4140-4206
Fax: 089/4140-4245
J.Baeuml@lrz.tum.de

AKADEMISCHER UND KLINISCHER WERDEGANG

| | |
|-----------|--|
| 1975 – 76 | Universität Regensburg, Germanistik und Theologie |
| 1976 – 78 | Universität Regensburg, Klinisches Vorstudium |
| 1978 – 83 | Techn. Universität München, klinisches Studium |
| Mai 1983 | Approbation als Arzt |
| 1983 – 84 | Senioren-Tagesklinik, Klinikum rechts der Isar der TUM |
| 1986 | Promotion, Techn. Univ. München |
| 1984 – 88 | Akutpsychiatrie, Klinikum rechts der Isar der TUM |
| 1988 – 89 | Neurologische Klinik, Klinikum rechts der Isar der TUM |
| 1989 – 99 | Akutpsychiatrie, Klinikum rechts der Isar der TUM Psychiatrischer Konsiliardienst und Konsiliardienst auf der Toxikologischen |
| Abteilung | |
| 1992 | Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie |
| 1997 | Oberarzt in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TUM |
| 1.2.2000 | Leitender Oberarzt, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TUM |
| 1.2.2000 | Oberärztliche Leitung der akutpsychiatrischen Abteilung. |

WISSENSCHAFTLICHE SCHWERPUNKTE

Angehörigenarbeit bei schizophrenen Psychosen. Compliance-Verbesserung bei psychiatrischen Patienten.
Psychoedukative Interventionen bei schizophrenen Patienten.
Empowerment und Trialog bei psychischen Erkrankungen
Psychopharmakotherapeutische Rezidivprophylaxe
Therapieresistenz bei schizophrenen und affektiven Erkrankungen

FACHGESELLSCHAFTEN

Referent in der Fort- und Weiterbildung der BLÄK , IFT , LV der Angehörigen psychisch Kranker e.V. etc.
Mitgliedschaft in Fachgesellschaften: DGPPN, AGNP, gfts, BAP und CIP (verhaltens-therapeutische Ausbildungsinstitute), ÄWK (Psychotherapeut. Ausbildungsinst.)



Workshop 1

Dr. Hartmut Berger

CURRICULUM VITAE:

LEBENS LAUF

- | | |
|------|---|
| 1947 | Geburt in Gunzenhausen/Bayern |
| 1966 | Abitur und Beginn des Medizinstudiums an der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/M. |
| 1974 | Approbation |
| 1979 | Promotion zu dem Thema: „Zur Humangenetik psychischen Verhaltens“ |
| 1981 | Nach abgeschlossener Weiterbildung unter anderem in der Universitätsklinik Frankfurt/M. Anerkennung als Arzt für Psychiatrie Neurologie und Psychotherapie. Ab dem gleichen Jahr Leitender Oberarzt in der psychiatrischen Abteilung der Städtischen Klinik in Offenbach. |
| 1991 | Ärztlicher Direktor der Walter-Picard-Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Zentrums für Soziale Psychiatrie Philippshospital Riedstadt. |

LEHRAUFTRÄGE UND EHRENAMTLICHE TÄTIGKEITEN

- | | |
|----------------|---|
| 1974-1977 | Mitglied der hessischen Rauschmittelkommission und des Arbeitskreises Therapie der Hessischen Landesstätte gegen Suchtgefahren. |
| 1981-1991 | Lehrbeauftragter der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt/M. |
| 1982-1988 | Stellvertretende Leitung des im Auftrag des BMJFFG durchgeführten Forschungsprojektes: Wissenschaftliche Begleitung der modellhaften Erprobung gemeindenaher Institutionen. |
| 1993-1998 | Wissenschaftlicher Leiter des Modellprojektes: Implementation und Evaluation gesundheitsfördernder Strategien in Psychiatrischen Kliniken im Auftrag der WHO - Sektion Europa |
| 1998 bis jetzt | Koordinator des europaweiten Netzwerks Task Force on Health Promoting Psychiatric Services im Auftrag der WHO-Sektion Europa |
| 1998 bis jetzt | Lehrbeauftragter der Landesärztekammer Hessen für das Fach Psychiatrie |
| 2000 | Mitglied des Sachverständigenrates der DKG zur Überarbeitung der KTQ-Richtlinien im Gebiet Psychiatrie |
| 2001 bis jetzt | Lehrbeauftragter des Institutes für Psychologie der Technischen Universität Darmstadt für das Fach Psychopathologie |

WISSENSCHAFTLICHE SCHWERPUNKTE

Implementation und Evaluation gesundheitsfördernder Strategien in psychiatrischen Diensten; Evaluation psycho- edukativer Familieninter-vention; Entwicklung und Evaluation kommunalpsychiatrischer Versorgungseinrichtungen; Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien zur Psychopharmakotherapie.

Dr. Hartmut Berger
Arzt für Psychiatrie Psychotherapie Neurologie
Ärztlicher Direktor
Walter Picard Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
D-64560 Riedstadt
Fon 06158-183-201
Fax 06158-183-243

E-Mail: dr.berger@zsp-riedstadt.de



Workshop 2

Prof. Dr. med. habil. Peter Bräunig

CURRICULUM VITAE:

KURZBIOGRAFIE

Prof. Dr. med. habil. Peter Bräunig
Leitender Chefarzt des Krankenhauses Dresdner Straße
Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik

- 1974 – 1976: Studium der Medizin, Humboldt-Universität Berlin, Bereich Medizin (Charité)
- 1976 – 1979: Studium der Medizin, Medizinische Akademie „Carl Gustav Carus“ Dresden
- 1979 – 1980: Klinische Praktika, Medizinische Akademie Dresden – Neurochirurgie, Neuroophthalmologie, Innere Medizin
- 1980: Diplom der Medizin, Approbation
- 1981: Promotion
- 1980 – 1984: Assistenzarzt, Neurologisch-psych. Klinik, Med. Akademie Dresden
- 1984 Psychotherapieausbildung in der Abt. für Psychotherapie und psychosomatische Medizin, Bezirkskrankenhaus Dresden-Neustadt
- 1984/1985 Entlassung aus der Staatsbürgerschaft der DDR/Übersiedlung in die BRD
- 1985 – 1989 Assistenzarzt / Funktionsoberarzt, Psychiatrische Klinik und Poliklinik, Universität Bonn
- 1986 Facharztprüfung
- 1989 – 1998 Leiter des Bereiches klinische Psychiatrie, Westf. Zentrum für Psychiatrie, Psych. Klinik, Ruhr-Univ. Bochum
- 1991/92 Habilitation / Erteilung Lehrbefugnis
- 1993 – 1998 Ärztliche Leitung der im Verbund mit dem Zentrum für Psychiatrie der Ruhr-Universität Bochum arbeitenden Rehabilitationseinrichtung für psychisch Kranke d. Familien- und Krankenpflege Sozialpsychiatrie Bochum e. V.
- 1996 Zusatzqualifikation Psychotherapie
- 1997 apl. Professor für Psychiatrie, Ruhr-Univ. Bochum
- seit 1998 Chefarzt der Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik der Klinikum Chemnitz gGmbH

Forschungsaufenthalte: 1993 / 1994: Clarke Institute of Psychiatry, Mood Disorders Klinik, Toronto/Canada



Workshop 2

PD Dr. rer. nat. Dr. med. Dipl.-Biol. Michael Bauer

CURRICULUM VITAE:

Priv.-Doz. Dr. rer. nat. Dr. med. Dipl.-Biol. Michael Bauer

Klinik für Psychiatrie und Psychiatrie
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Campus Charité Mitte (CCM)
10117 Berlin
E-mail: michael.bauer@charite.de

BERUFLICHER WERDEGANG

1977 - 1982 Biologie Studium, Universität Konstanz
1983 - 1989 Studium der Humanmedizin, Freie Universität Berlin (FUB)
1983 - 1987 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Institut für Molekularbiologie & Biochemie, FUB, 1987 Promotion Dr. rer. nat., Institut für Molekularbiologie & Biochemie, FUB
1989 - 1991 Arzt im Praktikum, Praxisgemeinschaft für Nervenheilkunde in Berlin und an der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik, FUB
1991 - 1997 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Psychiatrische Klinik und Poliklinik, FU Berlin, 1993 Promotion Dr. med., Abteilung für Sozialpsychiatrie
1992 - 1993 Wissenschaftlicher Mitarbeiter, Abteilung für Neurologie am Universitätsklinikum Benjamin Franklin, FUB
1994 - 1998 Stellvertretender Leiter und Oberarzt der Berliner Lithium Katamnese und Forschergruppe Klinische Psychopharmakologie an der Psychiatrischen Klinik, FUB
1994 - 1997 Psychotherapeutische Ausbildung in Tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie, Psychiatrische Klinik, FUB
1997 - 1998 Oberarzt und Hochschulassistent, Psychiatrische Klinik, FUB
1998 Facharzt für Psychiatrie, Zusatzbezeichnung Psychotherapie
2001 Habilitation im Fach Psychiatrie, FUB
1998-2002 Visiting Professor of Psychiatry, Neuropsychiatric Research Institute & Hospital, Department of Psychiatry and Biobehavioral Sciences, University of California Los Angeles (UCLA), Los Angeles, CA, USA
seit Mai 2002 Leitender Oberarzt, Leiter der Poliklinik und Spezialambulanz Bipolare Erkrankungen Charité, Campus Charité-Mitte (CCM), Berlin

WISSENSCHAFTLICHE PUBLIKATIONEN

96 Publikationen in Journalen mit „peer review“, 31 Buchbeiträge, 1 Buch, 2 herausgegebene Bücher;

WISSENSCHAFTLICHE ORGANISATIONEN

Kompetenznetz Depression (BMBF), Leitung des Teilprojekts 6 (Chronizität, Therapieresistenz, Prädiktion) gemeinsam mit Prof. Dr. H.J. Möller, München

Secretary, International Task Force, Treatment Guidelines for the Biological Treatment of Unipolar Depressive Disorders, World Federation of Societies of Biological Psychiatry (WFSBP)

President, International Group for the Study of Lithium-Treated Patients e.V. (IGSLI)

Schriftführer, Deutsche Gesellschaft für Bipolare Störungen e.V. (DGBS).

FORSCHUNGSSCHWERPUNKTE

- Affektive Störungen (Bipolar und Unipolar)
- Therapieresistenz, Therapiealgorithmen, Behandlungsleitlinien
- Funktionelle Bildgebung (PET), Psychopharmakologie, Neuroendokrinologie



Workshop 2

Dipl.-Psych. Petra Wagner

CURRICULUM VITAE:

Kurzbiographie

Petra Wagner
Cäcilienstr. 5
09131 Chemnitz

geb. 09.03.64 in Dortmund

- | | |
|-----------|--|
| 1984-1990 | Ausbildung und anschließende Tätigkeit als Hörgeräteakustikerin |
| 1990-1996 | Studium der Psychologie in Bochum |
| 1996-1997 | Diplom-Psychologin im Betreuten Wohnen und einem Rehabilitationszentrum für psychisch Kranke in Bochum |
| 1997-2000 | Diplom-Psychologin im Westfälisches Zentrum für Psychiatrie und Psychotherapie – Universitätsklinik in Bochum |
| 1997-2000 | Ausbildung in klinischer Psychologie und Psychotherapie mit Schwerpunkt Verhaltenstherapie |
| 1999 | Approbation zur Verhaltenstherapeutin |
| seit 2000 | Leitende Psychologin an der Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik der Klinikum Chemnitz gGmbH laufende Promotion zum Thema Entwicklung und Evaluation eines psychoedukativen Gruppenprogramms für Patienten mit bipolaren Störungen |

Psychoedukation bei bipolaren Erkrankungen

Dipl.-Psych. Petra Wagner

Die bipolare bzw. manisch-depressive Erkrankung mit einer Prävalenz von bis zu 1,5% für die Bipolar I Störung, bis zu 5% für die Bipolar II Störung und bis zu 11% für das gesamte bipolare Spektrum stellt eine häufig vorkommende psychische Störung dar. Die Rückfallraten sind hoch und betragen trotz deutlicher Fortschritte in der pharmakologischen Akuttherapie und Rezidivprophylaxe im ersten Jahr nach einer Episode 40%, nach zwei Jahren 60% und nach 5 Jahren 73%.

Limitierungen der pharmakologischen Behandlung führten seit Anfang der 90iger Jahre dazu, psychosoziale Faktoren bei der Genese der Erkrankung stärker zu berücksichtigen und adjuvante psychotherapeutische Interventionen zu integrieren. In diesem Zusammenhang haben sich derzeit drei verschiedene Ansätze mit unterschiedlicher inhaltlicher Schwerpunktsetzung in der psychotherapeutischen Behandlung bipolarer Störungen etabliert. Dazu zählen die Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie, die Familienfokussierte Therapie und kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze. Während die familienfokussierte Therapie die familiäre Beziehung und insbesondere den intrafamiliären Kommunikationsstil in den Mittelpunkt des therapeutischen Arbeitens rückt, fokussiert die Interpersonelle und Soziale Rhythmustherapie auf generelle zwischenmenschliche Problembereiche sowie auf die Regulation sozialer und biologischer Rhythmen. Im Rahmen der kognitiven Verhaltenstherapie werden alle Verhaltens- und Denkmuster analysiert und modifiziert, die im Zusammenhang mit der Erkrankung als dysfunktional erachtet werden.

Psychoedukation, ursprünglich in der verhaltenstherapeutischen Tradition verwurzelt, findet sich heute als integrierender Bestandteil mit unterschiedlicher Gewichtung in fast allen Therapieformen zur Behandlung bipolarer Störungen wieder. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass bisherige Ergebnisse der Psychotherapieforschung auf die positive Wirkung von Psychoedukation auf die Medikamentenadhärenz, das allgemeine Funktionsniveau der Betroffenen und schließlich auf die Rezidivprophylaxe hindeuten.

Psychoedukatives Gruppenprogramm für Patienten mit bipolaren Störungen

- Schwerpunkt Psychoedukation
- Gruppentherapie
- stationäres, teilstationäres und ambulantes Setting möglich
- 12 Sitzungen à 60 Minuten
- 8-12 Teilnehmer

Wagner & Bräunig, 2004

Ziele der Psychoedukation

- Aufklärung über die Erkrankung und Behandlung
 - ➔ Informationsvermittlung
- Aufbau von Bewältigungsstrategien im Umgang mit der Erkrankung
 - ➔ Rückfallprophylaxe
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit
 - ➔ Selbstmanagement fördern

Themenschwerpunkte

- Basisinformationen zur Erkrankung
- Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell
- Medikamentöse Therapie
- Erfassung von Frühwarnsymptomen
- Biologische und soziale Rhythmen
- Stressmanagement und -prophylaxe
- Interpersonelle Einflußfaktoren
- Erarbeitung von Krisenplänen

Evaluation des Programms

- hohe Akzeptanz des Programms
- Einschätzung als hilfreich
- deutlicher Wissenszuwachs
- kein Einfluß des Settings
- Stabilität klinischer Parameter im Prä-Post-Vergleich
- Verbesserung der Behandlungs-Compliance

Da im deutschsprachigem Raum bislang kein manualisiertes psychoedukatives Therapieprogramm zur Behandlung bipolarer Störungen existierte, entwickelten wir in der Klinik für Psychiatrie, Verhaltensmedizin und Psychosomatik der Klinikum Chemnitz gGmbH ein Gruppenmanual auf der Basis kognitiv-verhaltenstherapeutischer Methoden mit psychoedukativer Schwerpunktlegung.

Das Programm besteht aus 12 Sitzungen à 60 Minuten.

Es kann in stationären, teilstationären oder ambulanten Gruppen bis zu ca. 12 Personen durchgeführt werden. Inhaltlich kann das Programm in drei Teile gegliedert werden. Zentral für den ersten Teil des Programms ist neben dem Erfahrungsaustausch der Teilnehmer die Informationsvermittlung über Merkmale der Erkrankung, ihre Entstehung, ihren Verlauf sowie medikamentöse und psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten. Im zweiten Teil wird ein Störungsmodell, das Vulnerabilitäts-Streß-Modell, entwickelt, das als Basis zur Ableitung zentraler Behandlungsansätze dient. Diese werden im dritten Teil detailliert erarbeitet. Es wird dabei zunächst auf die medikamentöse Therapie eingegangen und Fragen zu physiologischen Grundlagen der Erkrankung sowie zu den in der Therapie bipolarer Störungen relevanten Medikamenten ausführlich thematisiert. Anschließend werden häufige psychosoziale Einflußfaktoren sowie psychotherapeutische Strategien zur Rückfallprophylaxe vorgestellt. Berücksichtigt werden die Erfassung von Frühwarnsymptomen, die Regulation biologischer und sozialer Rhythmen, das Streß- und Krisenmanagement, die Modifikation von ungünstigen Denk- und Verhaltensmustern sowie interpersonelle Aspekte.

Workshop 2

Psychoedukation bei Bipolaren Störungen: Wissenschaftliche Evidenz der Wirksamkeit

PD Dr. Dr. Michael Bauer

PSYCHOEDUKATION BEI BIPOLAREN STÖRUNGEN: WISSENSCHAFTLICHE EVIDENZ DER WIRKSAMKEIT

Bipolare (manisch-depressive) Erkrankungen sind schwere und häufig chronisch verlaufende Leiden mit einer Prävalenz von etwa 1–2 % für Bipolar-I-Störungen und von mehr als 3 % für die Bipolar-II-Form, die sich durch einen rezidivierenden und sehr variablen Verlauf auszeichnen. 60% der Patienten erleben nach einer affektiven Episode mindestens zwei weitere innerhalb der nächsten fünf Jahre. Dabei sind eher Patienten mit einer hohen Phasenfrequenz (= Phasen innerhalb eines Zeitraumes) als Patienten mit einer hohen Absolutzahl von Phasen gefährdet. Die meisten Betroffenen erkranken vor dem 30. Lebensjahr; neuere Erkenntnisse legen aber nahe, dass der Erkrankungsbeginn häufig auch viel früher, vor dem 20. Lebensjahr, liegt. Die Gesamtsterblichkeit von Patienten mit bipolaren Erkrankungen ist gegenüber der Allgemeinbevölkerung 2–3 fach höher; Grund hierfür ist in erster Linie die etwa 20fach erhöhte Suizidmortalität. Eine weitere Gefahr besteht vor allem während manischer Episoden in einer sozialen und finanziellen Selbstschädigung durch Selbstüberschätzung, Größenideen und Aggressivität.

Die großen psychosozialen Belastungen Erkrankter und Angehöriger, das häufige Vorkommen in der Bevölkerung sowie das hohe Rezidivrisiko, verbunden mit einem erheblichen Suizidrisiko und der Gefahr der sozialen Selbstschädigung, machen klar, wie wichtig eine effektive Therapie ist. Von entscheidender Bedeutung ist hierbei eine sachgerechte Rezidivprophylaxe, um langfristig Rezidive zu vermeiden und eine möglichst normale Lebensführung der Erkrankten zu gewährleisten. Hauptziele der Langzeitbehandlung sind die Vorbeugung neuer affektiver Episoden und von Suizidversuchen, die Verringerung von interepisodischen (subsyndromalen) Symptomen, die Reduktion der Episodenfrequenz bei Rapid Cycling und das Verbessern des psychosozialen Funktionierens und der Therapietreue.

In der Behandlung bipolarer Störungen stehen neben der Pharmakotherapie psychotherapeutische Ansätze mit unterschiedlicher inhaltlicher Schwerpunktsetzung im Vordergrund. Dazu zählen die Interpersonelle Therapie, die familienfokussierte Therapie und kognitiv-verhaltens

Psychoedukation zur Früherkennung von Symptomen

Patienten mit einem affektiven Rückfall in den letzten 12 Monaten erhielten in der Kontrollgruppe "Routine"-Medikation/Versorgung. Eine zweite Gruppe erhielt zusätzlich Psychoedukation für 18 Monate

Ziel der Psychoedukation war die rechtzeitige Erkennung von Frühsymptomen eines Rückfalls und sofortige Behandlungsintervention

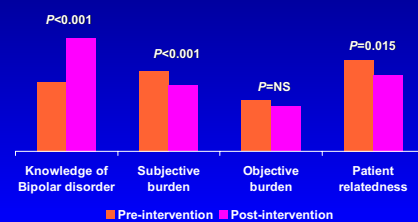
In der Patientengruppe mit Psychoedukation:

- Zeit bis zur ersten Manie (aber nicht Depression) war signifikant länger
- Zahl der manischen Rückfälle war signifikant geringer
- Signifikante Verbesserung im psychosozialen Funktionsniveau

Perry A et al (1999) British Medical Journal

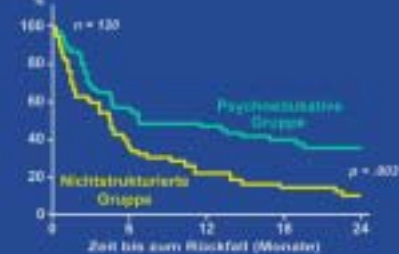
Medikation plus Familien-Psychoedukation

Social Behaviour Assessment Schedule (SBAS)



Reinares M et al (2004) Psychother Psychosom, in press

Psychoedukation zur Prophylaxe bei bipolaren Erkrankungen



Kombinierte Pharmakotherapie + Psychoedukation

Rückfall während der Interventionsphase (p<.05)

- Kontrollgruppe: 36 Patienten (60%)
- Experimentalgruppe: 23 Patienten (38%)

Rückfall nach 2 Jahren (p<.001)

- Kontrollgruppe: 55 Patienten (92%)
- Experimentalgruppe: 40 Patienten (67%)

Hospitalisierung nach 2 Jahren (p=.24)

- Kontrollgruppe: 21 Patienten (35%)
- Experimentalgruppe: 14 Patienten (25%)

Colom et al. (2003) Arch Gen Psychiatry

Workshop 2

therapeutische Ansätze. Psychoedukation, ursprünglich in der verhaltenstherapeutischen Tradition verwurzelt, findet sich heute als integrierender Bestandteil mit unterschiedlicher Gewichtung in fast allen Therapieformen zur Behandlung bipolarer Störungen wieder. Dies ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, dass bisherige Ergebnisse der Psychotherapieforschung auf die positive Wirkung von Psychoedukation im Rahmen der Rückfallprophylaxe hindeuten. In den vergangenen Jahren konnte im Rahmen kontrollierter Studien gezeigt werden, dass adjuvante Psychoedukation zusätzlich zur Pharmakotherapie zu signifikant besseren Erkrankungsverläufen führen kann. Die Ergebnisse dieser Studien und ihre Relevanz für die Praxis werden in diesem Workshop vorgestellt.



Workshop 3

Bernhard Häring

CURRICULUM VITAE:

Bernhard Häring

BERUFSERFAHRUNG

| | | |
|----------------|---|----------|
| 1986 - 1987 | Unfallklinik | Hannover |
| | <ul style="list-style-type: none">• Krankenpfleger | |
| 1987 - 1988 | Medizinische Hochschule | Hannover |
| | Cardiologie | |
| | <ul style="list-style-type: none">• Krankenpfleger | |
| 1988 - 1988 | Abteilung Psychologische Medizin/Station 53a | |
| | <ul style="list-style-type: none">• Krankenpfleger | |
| 1988 - 1989 | Abteilung Psychologische Medizin/Station 53a | |
| | <ul style="list-style-type: none">• Ständige Vertretung der Stationsleitung | |
| 1989 - 2003 | Abteilung Psychologische Medizin/Station 53a | |
| | <ul style="list-style-type: none">• Stationsleitung | |
| Seit Nov. 2003 | Psychiatrische Poliklinik | |
| | <ul style="list-style-type: none">• Sozialpsychiatrischer Dienst/Suchtberatungsstelle | |

AUSBILDUNG

| | |
|-------------|---|
| 1983 - 1986 | Delmenhorst |
| | <ul style="list-style-type: none">• Krankenpflegeausbildung |

WEITERBILDUNG

| | |
|-------------|--|
| 1991 - 1993 | Hannover |
| | <ul style="list-style-type: none">• Sozialspsychiatrische Zusatzausbildung |
| 1994 | Hannover |
| | <ul style="list-style-type: none">• Weiterbildungslehrgang zur Leitung einer Pflegeeinheit |
| 1996 - 1997 | Hannover |
| | <ul style="list-style-type: none">• Weiterbildung zur Pflegefachkraft im mittleren Leitungsbereich |
| 2001 | Hannover |
| | <ul style="list-style-type: none">• Qualifikation zum Internen Prozessbegleiter |

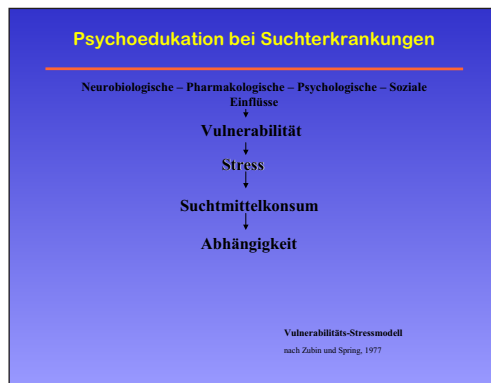
ARBEITSSCHWERPUNKTE

Dozent für betriebliche Suchtprävention, Seminare zum Thema Alkohol- und Drogenabhängigkeit, therapeutische Möglichkeiten der Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit in allgemein- und Fachkrankenhäuser, Dozent und Prüfer in der psychiatrischen Fachweiterbildung (SPZA). Veröffentlichung zum Thema Qualifizierte Entzugsbehandlung (Manual für eine Qualifizierte Entzugsbehandlung, Pabstverlag 2003)

Workshop 3

Psychoedukation bei Suchtkranken

Prof. Dr. Udo Schneider / Bernhard Häring



PSYCHOEDUKATION BEI SUCHTKRANKEN

Der Begriff Psychoedukation wurde initial auf die Behandlung schizophrener Patienten bezogen als ein „auf den individuellen Erfahrungen des Adressaten aufbauende Vermittlung von Wissensinhalten über die zugrunde liegende (psychiatrische) Erkrankung sowie ein systematisches, meist lerntheoretisch fundiertes psychotherapeutisches Vorgehen zur Verhaltensmodifikation (Hornung 2000). Mit dem Begriff Edukation ist nicht Erziehung gemeint. Vielmehr geht es um Schulung und Unterrichtung der Patienten (und Angehörigen) über die Erkrankung. Gerade für chronisch Kranke wie die Suchtkranken ist es wichtig, dass sie ausführliche Informationen über ihre Erkrankung und deren Verlauf und Möglichkeiten ihrer Behandlung erhalten. Ziel aller psychoedukativen Verfahren ist die Verbesserung des Krankheitsverlaufs, welche eine Verringerung der Rezidive und damit der Rehospitalisierung beinhaltet. Analog des Vulnerabilitäts-Stress-Modells bei Psychosen kommt der Verbesserung von Copingmechanismen bei Suchtkranken eine herausragende Stellung im Rahmen der Psychoedukation zu. Ziel muss es sein, dass der Patient „mit schwierigen Situationen umzugehen“ lernt, die das Risiko eines Rückfalls beinhalten könnten.

Psychoedukation bei Suchterkrankungen

Im Rahmen der Behandlung chronischer Erkrankungen wie der Schizophrenie ist die Psychoedukation bewährt und die Wirksamkeit wissenschaftlich gut belegt (Hornung 2000)

Psychoedukation ist bei Suchterkrankungen bisher nur unzureichend wissenschaftlich evaluiert

- Zielsetzung der Psychoedukation**
1. Umfassende Aufklärung/Wissensvermittlung
 2. Verhaltensmodifikation
 - Förderung der Compliance/Fähigkeiten zur Symptombewältigung
 - Rekonstruktion des sozialen Netzes (z.B. Kontakte ausserhalb der „Szene“)
 - Förderung von Ressourcen und sozialer Reintegration

Die übergreifenden Ziele der Psychoedukation Suchtkranker liegen in den Bereichen:

1. Umgang mit der Störung,
2. Suchtmodell, Komorbidität, Risikoprävention,
3. Restrukturierung des sozialen Netzes,
4. Förderung von Ressourcen und sozialer Reintegration.

- Behandlungsphilosophie der Psychoedukation**
- Integration statt Konfrontation
 - Kooperative Haltung
 - Ressourcenaktivierung

Psychoedukative Verfahren betonen die gesunden Anteile der Patienten, die gestützt und gefördert werden sollen. Bei Suchtkranken ist außerdem eine Verbesserung der sozialen Integration und eine gute Kooperation mit dem Hilfesystem von Bedeutung. Bausteine der Psychoedukation bei Suchtkranken sind:

1. Umfassende Information über die jeweiligen Suchterkrankungen: Der Ausgangspunkt dafür muss bei den individuellen Erfahrungen der Patienten mit ihrer Erkrankung liegen. Der Therapeut muss sich von den individuellen Gegebenheiten, Erfahrungen und Einstellungen etc. der einzelnen Patienten informieren.



Workshop 4

PD Dr. Georg Juckel

CURRICULUM VITAE:

Priv.-Doz. Dr. med. Georg Juckel
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie
Stv. Leitender Oberarzt
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charite, Humboldt-Universität
Schumannstr. 20/21
10117 Berlin
georg.juckel@charite.de

Geboren in Hamburg, aufgewachsen in Berlin, 1980 Abitur am Goethe-Gymnasium Berlin-Wilmersdorf, 1981-1986 Studium der Philosophie, Germanistik, Geschichte, Archäologie an der Freien Universität Berlin, 1983-1986 Wissenschaftliche Hilfskraft am Philosophischen Institut, 1986-1995 Studium der Humanmedizin an der Freien Universität und Humboldt Universität Berlin, 1989-93 Doktorand und Studentische Hilfskraft der Psychiatrischen Klinik der Freien Universität Berlin (Prof. Dr. H. Helmchen),
Promotion: „Akustisch evozierte Potentiale bei Patienten mit affektiven Störungen unter Fluvoxamin, Lichttherapie und Lithium“ bei Prof. Dr. B. Müller-Oerlinghausen, 1992-93 Forschungsaufenthalt im Department of Psychophysiology, Institute for Psychology, Hungarian Academy of Sciences Budapest, 1995-2002 AIP- und Assistenzarztzeit an der Psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München (Prof. Dr. H.J. Möller), Leitung des Labors für Mimik- und Bewegungsanalyse psychiatrischer Patienten, 1997-1998 Forschungsaufenthalt im Program in Neuroscience, Princeton University, USA (Prof. B.L. Jacobs), 1998-2002 Stellvertretender Leiter und Funktionsoberarzt der Abteilung für Klinische Neurophysiologie (Prof. Dr. U. Hegerl), Leitender Arzt der Spezialambulanzen für Zwangsstörungen und für Rückfallverhütung affektiver Erkrankungen, regelmäßiger Mitveranstalter der „Münchener EEG-Tage“, 1999-2002 Aufbau und Leitung der Arbeitsgruppe Hirnfunktionsdiagnostik (EEG, fMRT) der Psychiatrischen Klinik, Subprojektleiter im BMBF-geförderten bundesweiten Kompetenznetz „Depression, Suizidalität“, 1999-2001 Tiefenpsychologisch orientierte Psychotherapieausbildung in München und Tübingen, 2001-2002 Neurologiezeit an der Neurologischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität (Prof. Dr. T. Brandt), seit 2002 Stv. Leitender Oberarzt an die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Charite Berlin (Prof. Dr. A. Heinz), Leitung des Labors für Experimentelle Psychiatrie, der AG Hirnfunktionsdiagnostik, der AG funktionelle und strukturelle Bildgebung, des Früherkennungs- und Therapiezentrum für beginnende Psychosen Berlin-Brandenburg, des Schwerpunktes Schizophrenie und der Akutstation, 2003 Habilitation („Die Lautstärkeabhängigkeit akustisch evozierter Potentiale als Indikator des zentralen serotonergen Systems – Untersuchungen im Tiermodell sowie an psychiatrischen Patienten und gesunden Probanden“), Beginn des Aufbaus des lokalen Netzwerks „Früherkennung schizophrener Prodromalzustände“ Berlin-Brandenburg, Autor von über 80 Original- und Review-Artikeln in internationalen und nationalen Fachzeitschriften sowie Büchern, Auszeichnung durch mehrere Preise so z. B. mit dem hochdotierten DGPPN-Duphar/Solvay-Forschungspreis, umfangreiche Reviewertätigkeit und Lehrtätigkeit im regulären und Reformstudiengang für Mediziner sowie im internationalen Studiengang Medical Neuroscience, Mitglied mehrerer psychiatrischer und neurowissenschaftlicher Fachgesellschaften, gegenwärtige Forschungsschwerpunkte: Tiermodelle psychiatrischer Erkrankungen, fMRI, Neurobiologie des Frühverlaufs schizophrener Erkrankungen.



Workshop 4

Dr. Frauke Schultze-Lutter

CURRICULUM VITAE:

Nach Abschluss des Diplom-Studiengangs 'Psychologie' an der Biologischen Fakultät der Georg-August Universität in Göttingen 1994 Aufnahme der Tätigkeit als wissenschaftliche Mitarbeiterin von Prof. J. Klosterkötter im Bereich 'Früherkennung von Schizophrenie' an der Psychiatrischen Klinik der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule, Aachen. 1996 Wechsel an die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln im Zuge der dortigen Berufung von Prof. J. Klosterkötter und Mitwirkung am Aufbau des Früh-Erkennungs- und Therapie-Zentrums für psychische Krisen, FETZ. Von 2000 bis 2002 Mitglied der Arbeitsgruppe Schizophrenieforschung von Prof. H. Häfner am Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim. 2001 Erlangung des Dokortitels an der Philosophischen Fakultät der Universität zu Köln. Im Februar 2002 Rückkehr in die Kölner Arbeitsgruppe als wissenschaftlich-psychologische Leiterin des FETZ.

ADRESSE:

Dr. Frauke Schultze-Lutter
Früh-Erkennungs & Therapie-Zentrum für psychische Krisen, FETZ
Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität zu Köln
Joseph-Stelzmann-Str. 9
50924 Köln
Tel: 0221-478 6098
Fax: 0221-478 3624
frauke.schultze-lutter@medizin.uni-koeln.de

Theoretischer Hintergrund

- Früher Verlauf einer schizophrenen Psychose gliedert sich in Prodromalphase, psychotische Vorphase und Erstmanifestation
- Nicht die Dauer der unbehandelten Psychose (DUP), sondern die Dauer der unbehandelten Erkrankung (DUI) soll verkürzt werden

Gründe für Psychoedukation im Prodromalstadium

- Ungünstiger Verlauf bei Behandlungsverzögerung von Psychosen bekannt
- Meist wird nach der Psychose bestenfalls das prämorbid Niveau erreicht
- Entstehung von Defiziten im Prodromalstadium:
 - Kognitive Defizite (Ablenkbarkeit, Energieverlust) 2,5 – 3 Jahre vor Ersthospitalisation
 - Sozialer Rückzug + Verlust des Interesses an der Arbeit 2 – 2,5 Jahre vor Ersthospitalisation
 - Dysphorische Symptome, Schwäche der gedanklichen Intentionalität 1,5 – 2 Jahre (Häfner, 2001)

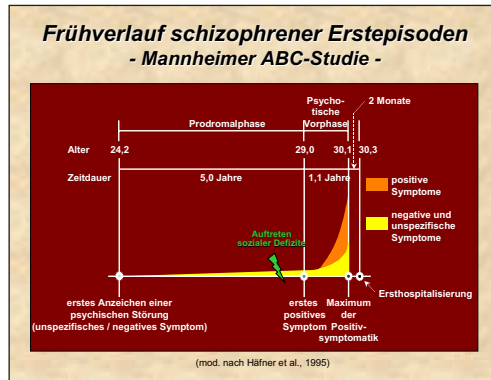
- Patienten äußern:
 - Verunsicherung über den „richtigen“ Umgang mit den erlebten Symptomen
 - Informationsbedarf über Ursachen und mögliche Entwicklung der Symptome
 - Daraus resultierenden Leidensdruck
 - Ausbildung ungeeigneter Coping-Strategien, z.B. Drogengebrauch im Sinne einer Selbstmedikation

Themen der Psychoedukation

- Die Möglichkeit, ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Psychose zu besitzen
- Klärung des Begriffs „Psychose“
- Informationen über den möglichen Frühverlauf
- Besprechung der individuellen Symptome in Bezug auf deren Einordnung in Plus- und Minussymptomatik, affektiven, kognitiven, motorischen Bereichen und Zusammenhängen zu verschiedenen Situationen

Psychoedukation bei schizophrenen Prodromalzuständen

Dr. Frauke Schultze-Lutter



PSYCHOEDUKATION BEI SCHIZOPHRENEN PRODROMALZUSTÄNDEN

Die Psychoedukation von Patienten und ihren Bezugspersonen hat sich als ein wichtiges Therapieelement in der Behandlung der Schizophrenie erwiesen. Sie findet daher auch in der frühen Behandlung von Prodromalzuständen vor der ersten manifesten schizophrenen Episode Anwendung, wobei jedoch einige Besonderheiten der Behandlung in diesem frühen Erkrankungsstadium beachtet werden müssen.

Der derzeitige internationale Konsens zur Definition eines initialen Prodromalstadiums einer psychotischen Erkrankung beruht auf attenuierten und kurzzeitig auftretenden, spontan remittierenden psychotischen Symptomen sowie der Kombination aus einem rezenten signifikanten Absinken des psychosozialen Funktionsniveaus und dem Vorliegen eines Risikofaktors für eine psychotische Erkrankung wie eine familiäre Belastung oder die Diagnose einer schizotypischer Persönlichkeitsstörung. Eine Erweiterung und Differenzierung dieses Ansatzes stellt die im Kompetenznetzwerk Schizophrenie (KNS) eingeführte Unterscheidung zwischen einem psychosozialen Prodrom – definiert durch das Vorliegen mindestens eines spezifischen kognitiv-perzeptiven Basissymptoms und/oder der Kombination von Funktionsverlust und familiärer Belastung bzw. Schwangerschafts- oder Geburtskomplikationen – und einem psychosenahen Prodrom mit attenuierten und/oder transienten psychotischen Symptomen dar.

Trotz erster Anhaltspunkte für ein deutlich erhöhtes Risiko so definierter Risikopersonen zur Ausbildung einer manifesten Psychose bestehen derzeit aber noch deutliche diagnostische Unsicherheiten, die auch bei psychoedukativen Maßnahmen berücksichtigt werden müssen. Zudem weisen die klinischen Gesamtbilder in diesem frühen Erkrankungsstadium eine große Variationsbreite auf, bei denen u. a. affektiven Symptomen oftmals eine starke Bedeutung zukommt, so dass aktuelle Therapieziele bzw. relevante Zielsymptome weniger offensichtlich als bei manifest psychotischen Erkrankungen und im Einzelfall zu erarbeiten sind. Daher erfolgt im Kölner Früh-Erkennungs- und Therapie-Zentrum für psychische Krisen, FETZ, und im Rahmen der

Einschlusskriterien: psychosenähe Prodrome

Attenuierte psychotische Symptome:

- Vorliegen von mindestens einem der folgenden Symptome:
 - Beziehungsideen
 - Eigentümliche Vorstellungen oder magisches Denken
 - Ungewöhnliche Wahrnehmungserfahrungen
 - Eigenartige Denk- und Sprechweise
 - Paranoide Ideen
- Mehrfaches Auftreten über einen Zeitraum von mindestens einer Woche

Brief Limited Intermittent Psychotic Symptoms (BLIPS):

- Dauer der BLIPS weniger als 7 Tage und nicht häufiger als 2 mal pro Woche in 1 Monat
- Spontane Remission
- Mindestens 1 der folgenden Symptome
 - Halluzinationen (PANSS P3 ≥ 4)
 - Wahn (PANSS P1, P5 oder P6 ≥ 4)
 - Formale Denkstörungen (PANSS P2 ≥ 4)

Einschlusskriterien: psychosoziale Prodrome

Prodromalsymptome:

- Mindestens eines der folgenden 10 Symptome:
 - Gedankeninterferenz
 - Zwangähnliches Perseverieren bestimmter Bewußtseinsinhalte
 - Gedankenkrängen, Gedankenjagen
 - Gedankenblockierung
 - Störung der rezeptiven Sprache
 - Störung der Diskriminierung von Vorstellungen und Wahrnehmungen
 - Eigenbeziehungstendenz ("Subjektzentrismus")
 - Derealisation
 - Optische Wahrnehmungsstörungen
 - Akustische Wahrnehmungsstörungen
- Mehrfaches Auftreten über einen Zeitraum von mindestens einer Woche

Funktionsinbußen und Risikofaktoren:
Absinken um mindestens 30 GAF-M-Punkte (GAF: Skala zur Erfassung des Globalen Funktionsniveaus nach DSM-IV) über mehr als einen Monat

plus
Mindestens ein erstgradiger Angehöriger mit Lebenszeitdiagnose einer Schizophrenie oder prä- und perinatale Komplikationen

Frühbehandlung
Unterschiede zur Situation bei der Arbeit mit bereits manifest erkrankten Patienten

- diagnostische Unsicherheiten
- weniger offensichtliche, sondern vielmehr individuell zu erarbeitende Zielsymptome / aktuelle Therapieziele
- relativ starke Bedeutung affektiver Symptome
- Patient und Familie stehen nicht unter dem Eindruck der akuten Psychose, sondern unter dem einer schwer nachzuvollziehenden Verhaltensänderung

Frühinterventionsstudien des KNS, insbesondere im Rahmen des multimodalen, manualisierten psychologischen Interventionsprogramms bei psychosefernen Prodrömi, eine gezielte Psychoedukation des Patienten bereits zu einem frühen Zeitpunkt im Rahmen der Einzeltherapie. Hierbei wird nach der Erfassung der bestehenden Probleme und Symptome sowie der darauf bezogenen Bewältigungsversuche und deren Effizienz gemeinsam mit dem Betroffenen versucht, ein konstruktives Erklärungsmodell seiner Beschwerden mit Bezug zum Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-(VSB-)Modell bzw. zum Synapsenmodell zu entwickeln.

Noch stärker individualisiert gehen erste psychoedukative Ansätze in die diagnostische Phase und die Erläuterung der Verdachtsdiagnose 'Prodrom' mit ein. Gerade hinsichtlich selbst wahrgenommener Veränderungen im Sinne von Basissymptomen wird in dieser frühen Kontaktphase bereits oftmals ein starkes Bedürfnis nach Informationen über mögliche Ursachen und Entstehungsmodelle von Seiten der Patienten geäußert.

Da auch das Umfeld von Personen mit einer möglicherweise beginnenden Psychose häufig in Mitleidenschaft gezogen ist, werden zudem sowohl psychoedukative Gruppen als auch psychoedukative Einzelgespräche für enge Bezugspersonen angeboten. Hierbei werden anhand des VSB-Modells prodromale Symptome, Risiko- und Schutzfaktoren sowie Behandlungsmöglichkeiten und unterstützende Möglichkeiten der Angehörigen/Freunde besprochen. Im Gegensatz zur Psychoedukation bei manifesten Psychosen ist hierbei zu beachten, dass das Umfeld nicht unter dem Eindruck einer akuten Psychose, sondern unter dem schwer nachzuvollziehender, möglicherweise schon Konflikte verursachender Verhaltensänderungen steht.

Als ein Beispiel soll das in Anlehnung an das Kölner Konzept im Früherkennungs- und Therapiezentrum für beginnende Psychosen Berlin-Brandenburg entwickelte Psychoedukationsprogramm (Hauser, Bartholomä, Juckel) für Betroffene im Prodromalzustand und deren Angehörige vorgestellt werden. Es basiert auf der Vorstellung, dass es für den weiteren Verlauf von Prodromalpatienten insgesamt günstiger ist, deren Krankheitseinsicht, Compliance und Copingstrategien zu

Beziehungsaufbau / Psychoedukation (1)

- Aufbau einer tragfähigen Beziehung
- Berücksichtigung (möglicherweise) geringer Vorerfahrung mit therapeutischen Settings der Klienten
- Vorsichtiges verschieben des Fokus von empathischem Zuhören zur strukturierten Anamnese
- Verhaltensanalytische Mikro- und Makroanalyse gegenwärtiger belastender Probleme und Symptome
- Erfassung von existierenden Bewältigungsversuchen und deren Effizienz
- Induktion von Hoffnung und Aufbau von Veränderungsmotivation
- Einigung und Festlegung von Therapiezielen

Beziehungsaufbau / Psychoedukation (2)

- Ein konstruktives Erklärungsmodell für die Beschwerden entwickeln, das negative Selbstattributionen vermeidet
- „normalizing approach“
- Ausgehend von den Erklärungsansätzen des Klienten ein Erklärungsmodell möglichst mit Bezug zum Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell (VSB) oder Synapsenmodell entwickeln

Beziehungsaufbau / Psychoedukation (3)

- Einführung und Klärung des Begriffes „Prodrom“
- Vorübergehende Veränderung des Denkens- und der Wahrnehmung
- Typische Zeichen (etwas sehen oder hören, was tatsächlich nicht da ist, zufällige Ereignisse mit sich in Verbindung bringen)
- Frühzeitige Behandlung besonders hilfreich
- Mit individuellen Prodromalsymptomen, Protektoren, Stress- und Risikofaktoren, VSB- und Synapsenmodell in Verbindung bringen

Workshop 4

fördern. Eventuelle Nachteile wie Förderung von Ängsten und Stigmatisierung dürften dies nicht aufwiegen, sollten aber im Rahmen des Psychoedukationsprogramm oder in der begleitenden Psychotherapie thematisiert und aufgefangen werden. Die Programm für Betroffene wird einzeln in 7 Sitzungen durchgeführt, das für Angehörige in 6 Sitzungen in der Gruppe. Themen sind die individuellen gegenwärtigen Symptome, Erklärungsmodelle wie neurobiologische Hypothesen und das Vulnerabilitäts-Streß-Modell, Copingstrategien und Stressreduktion, Rolle von Drogen, Krankheitskonzepte und allgemeine Informationen zur möglichen Krankheit.(Risiko, Häufigkeit, Verlauf, Therapie, etc.). Diese Programm wird evaluiert mit Fragebögen zum Wissen, Krankheitseinstellung, Lebensqualität, psychoptaholgischen Veränderungen und zum Nutzen des Progamms selber.



Workshop 5

Prof. Dr. Christiane Sabine Herpertz

CURRICULUM VITAE:

Prof. Dr. med. Christiane Sabine Herpertz, geb. 16. April 1960 in Oberhausen/Rheinland,
Direktorin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Rostock

BERUFSWEG

- 1978 bis 1985 Studium der Humanmedizin an der Rheinischen Friedrich-Wilhelm-Universität Bonn
- 1986 Promotion an der Medizinischen Fakultät der Johann-Wolfgang-Goethe Universität Frankfurt a.M.
- 1985 bis 1989 Weiterbildung in Neurologie am Neurologischen Rehabilitationszentrum "Godeshöhe" in Bonn und an den Krankenanstalten Bergmannsheil der Universitätsklinik Bochum
- 1989 bis 1993 Weiterbildung in Psychiatrie und Psychotherapie an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der RWTH Aachen
- 1993 bis 2003 Oberärztin an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der RWTH Aachen
- 1997 Erwerb der Venia legendi für das Fach Psychiatrie und Psychotherapie an der RWTH Aachen
- 2001 Ruf auf die C3-Professur für Psychosomatik und Psychotherapie an der Universität Erlangen
- 2002-2003 Leitung des Lehr- und Forschungsgebietes für Experimentelle Psychopathologie am Universitätsklinikum Aachen
- 02/03-10/03 Komm. Direktorin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Rostock
- seit 11/03 Direktorin der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Universität Rostock

BERUFLICHE ABSCHLÜSSE

- 1990 Anerkennung als Ärztin für Neurologie
- 1992 Anerkennung als Ärztin für Psychiatrie
- 1996 Anerkennung als Ärztin für Psychiatrie und Psychotherapie
- 1998 Anerkennung als Ärztin für Psychotherapeutische Medizin

Wissenschaftliche Forschungsschwerpunkte

Persönlichkeitsstörungen, Borderline- und antisoziale Persönlichkeitsstörung, Impulsivität, Affektforschung, Interaktion Emotion und Kognition, funktionelle Bildgebung, Psychophysiologie

Wissenschaftlicher Beirat von Fachzeitschriften

Der Nervenarzt, Info Neurologie+Psychiatrie, Persönlichkeitsstörungen – Theorie und Therapie, PTT



Workshop 5

Prof. Dr. Jürgen Staedt

CURRICULUM VITAE:

Herr Prof. Dr. med. Jürgen Staedt studierte bis 1982 Rechtswissenschaften und Psychologie an den Universitäten in Marburg und Gießen und anschließend Medizin bis 1989 an der Universität Göttingen. Ausbildung zum Facharzt für Psychiatrie bis 1995 in Lübeck und Göttingen,

| | |
|--------------------|---|
| 05/95 | Facharztanerkennung Psychiatrie, |
| 11/95 | Anerkennung der Zusatzbezeichnung Psychotherapie, |
| 11/97 | Ermächtigung zur Durchführung von Weiterbildungsveranstaltungen für das Verfahren Balint-Gruppen, |
| 01/97 | venia legendi für „Psychiatrie und Psychotherapie“, |
| 05/02 | Ernennung zum apl. Professor der Medizinischen Fakultät der Universität Göttingen. |
| Von 09/98 bis 5/03 | Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik der Universität Magdeburg. |
| Seit 06/03 | Ärztlicher Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie/Memory Clinic, Vivantes Klinikum Berlin-Spandau. |



Workshop 5

Dr. Michael Rentrop

CURRICULUM VITAE:

Name: Dr. Michael Rentrop
Geburtsdatum: 07.11.63
Geburtsort: Hilden
Schulbildung: Einschulung 1970 in Hochdahl-Erkrath
Abitur 1983 in Markt Schwaben
Zivildienst: 1983/1984 BRK Kreisverband Rosenheim
Berufsausbildung: 1987-1989 als Krankenpfleger Heckscher Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / München
1990-1994 Halbtagsstätigkeit als Krankenpfleger Heckscher Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie / München

STUDIUM:

1988-1995 Studium der Humanmedizin an der TU München

BERUFSTÄTIGKEIT ALS ARZT:

seit 1995 an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München, Klinikum rechts der Isar.
Seit 12/96 Vollapprobation. Mitarbeit an verschiedenen klinischen Medikamentenstudien.
Verhaltenstherapeutische Weiterbildung
2000-2002 Weiterbildung in der Übertragungsfokussierten Psychotherapie (TFP) nach O.F. Kernberg

PROMOTION:

1998 zur Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung, TU München

PUBLIKATIONEN:

- J. Klingelhöfer M. Rentrop: Klinikleitfaden Neurologie Psychiatrie, 3. Auflage, Urban & Fischer Verlag München 2003
- Schlagmann C., Rentrop M., Mirisch S. : Psychopharmakotherapie. In: A. Sellschopp, M. Fegg, E. Frick et al. Psychoonkologie. Zuckschwerdt Verlag München 2002.
- Rentrop M., Theml T., Förstl H.: Wahnhafte Mißidentifikationen. Klinik, Vorkommen und neuropsychologische Modelle. Fortgeschrittene Neurologie Psychiatrie 2002; 70: 313-320
- Rentrop M., Häussermann P., Wilhelm Th., Heldmann B., Bischoff C., Conrad B.: Hirnstamm und Kleinhirnatrophie bei Neurolues. Nervenarzt 2001; 72: 647-651
- Rentrop M., Müller R. Kapitel 19. Schizophrene Psychosen, schizoaffektive, schizotype und wahnhafte Störungen. In: J. Klingelhöfer, M. Sprange (Hrsg.) Klinikleitfaden Neurologie Psychiatrie, 2. Auflage, Urban & Fischer Verlag München 2001
- Rentrop M., Böhm A., Kissling W.: Patientenzufriedenheit mit stationär psychiatrischer Behandlung. Fortschritte Neurologie Psychiatrie 1999; 67: 456-465
- Rentrop M., Hakk K., Freisleder FJ., Kissling W., Kockott G.: Kindstötung und hebephrenes Syndrom bei metachromatischer Leukodystrophie. Nervenarzt 1999; 70: 276-280



Workshop 5

Dr. Viola Habermeyer

CURRICULUM VITAE:

PERSÖNLICHE DATEN:

Name: Dr. med. Viola Habermeyer
Geburtsdatum: 3.12.1967
Geburtsort: Hildesheim
Eltern: Klaus Mühlbauer
und Ulrike Mühlbauer geb. Koch
Staatsangehörigkeit: deutsch
Familienstand: verheiratet mit Dr. med. Elmar Habermeyer
Sohn Felix, geb. 12.8.1998
Tochter Lotte, geb. 24.12.2000

AUSBILDUNG:

Schulbildung: 1973-77 Gemeinschaftsgrundschule Nörvenich
1977-87 Burgau-Gymnasium Düren
Abitur:1987

Studium der Humanmedizin: 1987-1995 RWTH-Aachen
1989 Physikum
1990 1.Staatsexamen
1993 2.Staatsexamen
1995 3.Staatsexamen

BERUFLICHER WERDEGANG:

Tätigkeiten: vom 15.01.1995-15.07.1996 AIP,
vom 16.07.1996 - 31.03.2003 Assistenzärztin
an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
am Universitätsklinikum der RWTH Aachen,
seit dem 15.5.2003 Oberärztin auf der Psychotherapiestation der Klinik und
Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Zentrum für Nervenheilkunde
der Universität Rostock

Zusatzausbildung: seit 1999 Ausbildung zur Therapeutin für Dialektisch Behaviorale Therapie
für Borderline Patienten

Promotion: 2001 Promotion zum Dr. med. mit dem Thema:
„Kognitive Impulsivität bei Patientinnen mit Selbstverletzungsverhalten“

Workshop 5

Psychoedukation bei Persönlichkeitsstörungen

Prof. Dr. Christiane Sabine Herpertz / Prof. Dr. Jürgen Staedt / Dr. Michael Rentrop / Dr. Viola Habermeyer

PSYCHOEDUKATION BEI PERSÖNLICHKEITSSTÖRUNGEN

Psychoedukation in der Psychotherapie bedeutet, den Patienten über seine spezifischen psychischen Störungen, deren Diagnose, Ätiologie, Behandlung und Prognose aufzuklären. Aufgrund der ich-syntonen Einstellungen und Verhaltensweisen von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen sind gerade hier psychoedukative Techniken besonders indiziert. Dies führt zu einer erhöhten Zufriedenheit seitens des Patienten in der psychotherapeutische Behandlung. Zunächst werden Vorschläge gemacht, wie Psychoedukation im Rahmen eines multimodalen Behandlungskonzeptes von Patienten mit Persönlichkeitsstörungen aussehen könnte: Neben der gemeinsamen Erarbeitung eines individuellen Störungskonzepts, bei dem sowohl problematische als auch funktionale Aspekte des jeweiligen Verhaltens benannt werden, soll die Aufklärung über die Diagnose anhand von spezifischen Verhaltensstilen und unter Einbeziehung biologischer Erklärungsmodellen praxisnah erfolgen. Hierbei stehen konkrete kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen wie Problemlösetechniken, kognitive Umstrukturierung und Verhaltensanalysen im Vordergrund, die durch Videosequenzen einer psychoedukativ orientierten themenzentrierten Gesprächsgruppe veranschaulicht werden. Danach wird in einem weiteren Vortrag am Beispiel der Borderline-Persönlichkeitsstörung ein psychoedukativ orientiertes Behandlungsprogramm auf einer psychiatrischen Akutaufnahmestation vorgestellt. Dies umfaßt neben der Aufklärung über die Erkrankung, medikamentöser und therapeutischer Ansätze die Interaktion der Patienten untereinander im Rahmen einer psychoedukativ orientierten Gesprächsgruppe. Im abschließenden Beitrag erfolgt die Vorstellung eines psychoedukativ orientierten Behandlungsansatzes, bei dem insbesondere auf die Interaktion zwischen Patient und Psychotherapeut eingegangen wird.



Workshop 6

Prof. Dr. Andreas Heinz

CURRICULUM VITAE:

Arbeitsadresse: Prof. Dr. Andreas Heinz
Direktor, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Charité Campus Mitte
Charité – Universitätsmedizin Berlin
Schumannstr. 20/21
10117 Berlin

BERUFLICHER WERDEGANG

- 1988 Approbation bei der Ärztekammer Berlin
- 1988 Dissertation "Regression bei Schizophrenen - ein pathogenetischer Begriff im historischen Wandel", bei Prof. Dr. Viefhues, Institut für Soziale Medizin, Ruhr-Universität Bochum, Magna cum laude
- 1988 – 1994 Studium der Philosophie an der FU Berlin und der Ruhr-Universität Bochum Magister artium, Philosophie, "Das Konzept seelischer Gesundheit", bei Prof. Dr. Honneth, FU Berlin, Cum laude
- 1994 – 1997 Studium der Anthropologie an der FU Berlin und der Howard University, Washington DC
- 1988 – 1991 Facharztausbildung in Neurologie an der Neurologischen Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum, Prof. Dr. Przuntek
- 1993 Arzt für Neurologie, Ärztekammer Berlin
- 1991 – 1995 Facharztausbildung in Psychiatrie an der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der FU Berlin, Prof. Dr. H. Helmchen und Mitarbeiter der Forschungsgruppe "Neurobiologische Mechanismen der Abhängigkeitserkrankungen", Prof. Dr. Rommelspacher
- 1994 Arzt für Psychiatrie und Neurologie, Ärztekammer Berlin
- 1995 1995 Zusatztitel Psychotherapie, Ärztekammer Berlin
- 2001 umgewandelt in Arzt für Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztekammer Baden-Württemberg
- 1995 – 1997 Forschung im Rahmen eines Habilitationsstipendiums der DFG am National Institute of Mental Health bei Prof. Dr. Weinberger und am National Institute for Alcohol Abuse and Addiction bei Prof. Dr. Linnoila
- 1998 Habilitation im Fach Psychiatrie an der Freien Universität Berlin unter dem Vorsitz von Prof. Dr. Helmchen mit dem Thema "Das dopaminerge Verstärkungssystem – Funktion, Verbindung zu anderen Neurotransmittersystemen und pathopsychologische Korrelate"
- 1997 – 1998 Oberarzt der Neurologischen Universitätsklinik der Ruhr-Universität Bochum (Ärztl. Dir.: Prof. Dr. Przuntek)
- 1998 – 1999 Freistellung zur Fortbildung in Sozialmedizin und Aufbau der Neurologischen Fachklinik Feldberg/MV in der Position des Chefarztes (Ärztl. Dir.: Prof. Dr. Przuntek)
- 2000 Zusatztitel Sozialmedizin
- 1999 - 2002 Leitender Oberarzt der Klinik für Abhängiges Verhalten und Suchtmedizin (Ärztl. Dir.: Prof. Dr. Mann)
- 9/2000 Berufung auf die C3-Professur für Suchtforschung an der Universität Heidelberg
- 10/2001 Berufung auf die C4-Professur für Psychiatrie an der Humboldt-Universität zu Berlin
- seit 4/2002 Direktor der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Charité - Universitätsmedizin Berlin, Charité Campus Mitte

WEITERBILDUNGSERMÄCHTIGUNG

Psychiatrie und Psychotherapie, Ärztekammer Berlin (2002)
Neurologie (1 Jahr), Ärztekammer Mecklenburg-Vorpommern (1999)

FORSCHUNGSFÖRDERUNG

Forschungsprojekt „Genetics of alcoholism“ im Rahmen des Antrags „Functional genomics and diseases of the brain“ des Standortes Heidelberg (Sprecher: P. Seeburg & H. Monyer) zum „Nationalen Genforschungsnetz“, Förderung durch das BMBF, Studienleiter A. Heinz & R. Spanagel
Projektbezogene Gesamtsumme ca. 550.000 Euro (seit 6/2001)

„Individually adapted therapy of alcoholism“ im Rahmen des „Forschungsverbunds für Suchtforschung Baden-Württemberg“ (Sprecher: K. Mann)
Förderung durch das BMBF (01EB0110) und Landesmittel, Studienleiter eines Projekts mit Gesamtsumme ca. 600.000 Euro (seit 12/2001)

Sachbeihilfe der DFG zum Projekt „Serotonintransporter bei Alkoholabhängigkeit, Depression und Zwangskrankheiten“ (He 2597/7-1 & 7-2 & Ba 1026/6-1)
Gesamtsumme ca. 180.000 Euro (seit 10/2001)

Sachbeihilfe der DFG zum Projekt „Dopaminerge Mechanismen des reizabhängigen Alkoholverlangens“ (He 2597/4-1 & 4-2 Ba 1101/2-1)
Gesamtsumme ca. 320.000 Euro (Beginn 4/2000)

Einladung zur Gastprofessur an der Columbia University, Department of Neuroscience 1998
(wg. Arbeitsbeginns am ZI Mannheim nicht angetreten)

Habilitationsstipendium der Deutschen Forschungsgemeinschaft an den National Institutes of Health, Bethesda, MD (He 2597/1-1)
Gesamtsumme ca. 70.000 Euro (1995 – 1997)

Industrieförderung zum Aufbau eines Früherkennungszentrums für Psychosen und zur bildgebenden Darstellung von neuroleptikawirkungen auf das dopaminerge Verstärkungssystem (Fa. Lilly, Fa. Janssen)
Gesamtsumme ca. 360.000 Euro (2002-2003)

Reisekostenbeihilfen der DFG (He 2597/5-1)

FORSCHUNGSPREISE

Wilhelm-Feuerlein-Forschungspreis 2000, Bereich Grundlagenforschung
Thema: Die Rolle der serotonergen Funktionsstörung in der Entstehung und Aufrechterhaltung der Alkoholabhängigkeit

TÄTIGKEIT IN WISSENSCHAFTLICHEN BEIRÄTEN UND REVIEWBOARDS

- Mitglied im „Advisory Board“ der Zeitschrift „European Psychiatry“ der Association of European Psychiatrists (AEP) seit 2000
- Mitglied im „Advisory Board“ der Zeitschrift „Journal of Studies on Alcoholism“ seit 2002
- Mitglied im Herausgeberkreis der Zeitschrift „Der Nervenarzt“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) seit 2003
- Mitglied im Herausgeberkreis der Zeitschrift „Sucht“ der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren seit 2001
- Wissenschaftlicher Beirat der Prof. Dr. Matthias Gottschaldt Stiftung seit 2002



Workshop 6

PD Dr. Frank-Gerald Pajonk

CURRICULUM VITAE:

Name: Frank-Gerald Pajonk

STUDIUM:

1986-1993 Student der Medizin an den Universitäten Essen und München
1994: Promotion
1999: Facharzt für Psychiatrie
2002: Habilitation
2002: Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

BISHERIGE ANSTELLUNGEN:

1.7.1993 bis 30.6.1994 Chirurgische Klinik Innenstadt, Ludwig-Maximilians-Universität München
1.7.1994 bis 30.11.1995 Psychiatrische Universitätsklinik, Ludwig-Maximilians-Universität München
1.12.1995 bis 31.12.2000 Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf
1.1.2001 bis 30.9.2002 Fa. Janssen-Cilag GmbH, Neuss, Medical Development Manager

DERZEITIGE ANSTELLUNG:

Geschäftsführender Oberarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Universitätsklinikum des Saarlandes (seit 30.9.2002)
Forschungsaktivitäten und klinische Schwerpunkte: klinische Wirkungen von Psychopharmaka, besonders Neuroleptika und Antidepressiva;
Akut- und Langzeittherapie der Schizophrenie
Teilnahme an klinischen Prüfungen als Leiter der klinischen Prüfung und Studienkoordinator
Psychiatrische Notfälle im Notarzteinsatz, in der Ambulanz und stationär
Krisenintervention bei Aggressivität, Suizidalität und Posttraumatic stress disorder
Konsiliarpsychiatrische Versorgung
Aufmerksamkeits- und Hyperaktivitätsstörungen im Erwachsenenalter
Lebensqualität und Psychopathologie nach intensivmedizinischer Behandlung
logotherapeutisch orientierte Gruppentherapie von Angsterkrankungen und Depressionen

ANSCHRIFT:

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum des Saarlandes
66421 Homburg
email: psfpaj@uniklinik-saarland.de

Workshop 6

Das Zusammenwirken von Psychoedukation und Pharmakotherapie am Beispiel der Langzeitbehandlung schizophrener Patienten

Prof. Dr. Andreas Heinz / PD Dr. Frank-Gerald Pajonk

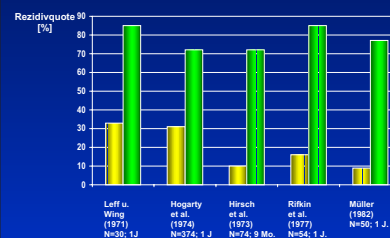
DAS ZUSAMMENWIRKEN VON PSYCHOEDUKATION UND PHARMAKOTHERAPIE AM BEISPIEL DER LANGZEITBEHANDLUNG SCHIZOPHRENER PATIENTEN

Die Langzeittherapie der Schizophrenie stellt besondere Herausforderungen an Arzt und Patient. Zahlreiche Untersuchungen belegen eindeutig, dass die Rückfallwahrscheinlichkeit bzw. die Exazerbation maßgeblich von der langfristigen Einnahme einer neuroleptischen Medikation durch den Patienten abhängt. So erleiden circa 70% aller Patienten, die keine Medikation einnehmen, innerhalb eines Jahres einen Rückfall, wohingegen der Anteil der Patienten, die kontinuierlich über ein Jahr eine neuroleptische Medikation einnehmen, nur bei circa 30% liegt [4-6, 13]. Zahlreiche Untersuchungen belegen darüber hinaus, dass kaum ein Patient seine verordnete neuroleptische Medikation über die Dauer eines Jahres so einnimmt, wie vom Arzt verordnet [2, 9, 11]. Die Befolgung der ärztlich verordneten Behandlung bzw. die Therapietreue (Compliance) hängt maßgeblich von der Akzeptanz der Erkrankung, der Einsichtsfähigkeit in die Notwendigkeit einer Behandlung, von der Wirksamkeit der verordneten Therapie, der Verträglichkeit, der subjektiven Beurteilung der Befindlichkeit und Lebensqualität des Patienten und dem therapeutischen Bündnis zwischen Arzt und Patient ab [8, 11]. Unter den üblichen Bedingungen der klinischen Praxis liegt sie im Einjahreszeitraum erfahrungsgemäß bei unter 10% [2, 9]. Multiple Rezidive verlängern die Zeit bis zum Ansprechen einer Therapie, bedingen eine größere Therapieresistenz, führen sehr wahrscheinlich zu einer progredienten Veränderung hirmorphologischer und -funktioneller Befunde und verschlechtern deutlich die Möglichkeiten einer sozialen, familiären und beruflichen Reintegration des Patienten [7, 14]. Damit muss es ein wesentliches Ziel aller Behandlungsbemühungen sein, Rezidive zu verhindern. Einer der wichtigsten Faktoren dabei ist die Förderung der Compliance. Dies kann besonders dann gelingen, wenn der Patient im möglichen und notwendigen Ausmaß an der Planung und Durchführung seiner Therapie beteiligt wird, und die Notwendigkeit dieser Therapie einsieht [1, 3, 8, 10]. Eine zentrale Rolle bei diesen Bemühungen haben psychoedukative und psychotherapeutische Maßnahmen sowie ein kognitives

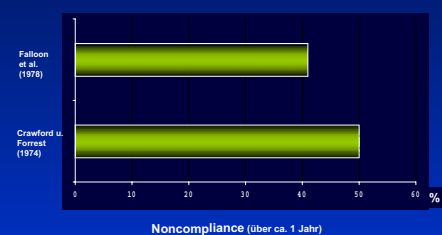
Langzeittherapie der Schizophrenie – Ziele psychotherapeutisch-psychoedukativer Verfahren

- Verbesserung krankheitsbezogenen Wissens
- Verbesserung der Medikamentencompliance
- Optimierung der Copingstrategien (insbes. der Krisenbewältigung)
- Üben von Alltagsfertigkeiten
- Emotionale Entlastung
- Erhöhung von Aktivität und Lebensqualität

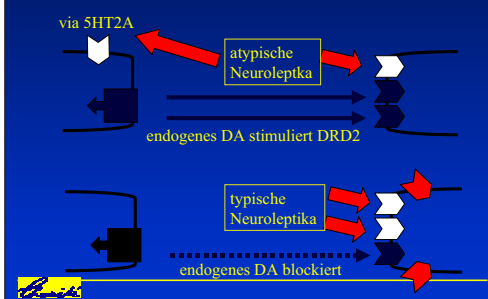
Rezidivprophylaxe mit oralen Neuroleptika (Neuroleptikum ■ ; vs. Placebo ■)

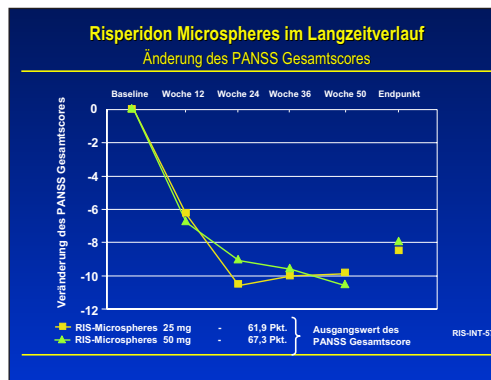


Non-Compliance in der neuroleptischen Langzeitbehandlung schizophrener Patienten



Tardive Dyskinesien bei typischen versus atypischen Neuroleptika





Zusammenfassung

- Konstitutionelle Vulnerabilität gegenüber Stress: Langzeittherapie notwendig
- Oft geringe Compliance – Bedeutung von Nebenwirkungen, die die Lebensqualität einschränken
- Hochgradige Blockade zentraler Dopaminrezeptoren verbunden mit EPMS und Negativsymptomatik
- Präfrontales Dopamindefizit verbunden mit kognitiver Negativsymptomatik

Training. Genauso wichtig ist aber auch die Verordnung von Medikamenten, die diese Verfahren optimal unterstützen und nicht kognitive Fähigkeiten, Antrieb oder Motivation zu einer Therapie reduzieren. Mit der Einführung des ersten atypischen Depot-Antipsychotikums besteht nun die Möglichkeit, die Vorteile eines atypischen Antipsychotikums mit denen einer Depot-Formulierung zu verbinden [12].

In diesem Workshop soll anhand von konkreten Patientenbeispielen das Zusammenwirken von Psychoedukation und Medikation dargestellt werden, um auch bei in der Vergangenheit nicht ausreichend complianten Patienten ein längerfristig stabiles Behandlungsergebnis zu erzielen.

LITERATUR

1. Birchwood M, Smith J, Drury V, Healy J, Macmillan F, Slade MA (1994) A self-report Insight Scale for psychosis: reliability, validity and sensitivity to chance. *Acta Psychiatr Scand* 89:62-67
2. Cramer J, Rosenheck R (1998) Compliance with medication regimens for mental and physical disorders. *Psychiatr Serv* 49:196-201
3. Garavan J, Browne S, Gervin M, Lane A, Larkin C, O'Callaghan E (1998) Compliance with neuroleptic medication in outpatients with schizophrenia; relationship to subjective response to neuroleptics; attitudes to medication and insight. *Compr Psychiatry*. 39:215-9
4. Hirsch SR, Gaiand R, Rohde PD, Stevens BC, Wing JK, Leff JP, Rifkin A, Quitkin F, Rabiner CJ, Klein DF, Cramer J, Rosenheck R, Kirk G, Krol W, Krystal J, Cramer JA (1973) Outpatient maintenance of chronic schizophrenic patients with long-acting fluphenazine: double-blind placebo trial. Report to the Medical Research Council Committee on Clinical Trials in Psychiatry. *Br Med J* 1:633-7
5. Hogarty GE, Goldberg SC, Schooler NR, Ulrich RF (1974) Drug and sociotherapy in the aftercare of schizophrenic patients. II. Two-year relapse rates. *Arch Gen Psychiatry* 31:603-8
6. Leff JP, Wing JK, Rifkin A, Quitkin F, Rabiner CJ, Klein DF, Cramer J, Rosenheck R, Kirk G, Krol W, Krystal J, Cramer JA (1971) Trial of maintenance therapy in schizophrenia. *Br Med J* 3:599-604
7. Lieberman JA (1996) Atypical antipsychotic drugs as a first-line treatment of schizophrenia: a rationale and hypothesis. *J Clin Psychiatry* 57 (Suppl. 9):68-71
8. Löffler W, Kilian R, Tourni M, Angermeyer M (2003) Schizophrenic patients' subjective reasons for compliance and non-compliance with neuroleptic treatment. *Pharmacopsychiatry* 36:105-112
9. Maples NJ, Velligan DI, Dicocco M, Castillo DA, Lam YW, Ereshefsky L, Korell S, Archuleta D, Miller AL (2003) Has medication adherence improved with the new-generation atypical antipsychotics? *Schizophr Res* 60 (Suppl. 1):325
10. Moore A, Sellwood W, Stirling J (2000) Compliance and psychological reactance in schizophrenia. *Br J Clin Psychol*. 39 (Pt 3):287-95
11. Oehl M, Hummer M, Fleischhacker W (2000) Compliance with antipsychotic treatment. *Acta Psychiatr Scand* 407:83-6
12. Pajonk FG, Messer T, Heger S, Schmauß M (2002) Klinisches Profil von Risperidon Microspheres - Das erste atypische Antipsychotikum in Depotform. *Psychotherapeut* 9:140-146
13. Rifkin A, Quitkin F, Rabiner CJ, Klein DF, Cramer J, Rosenheck R, Kirk G, Krol W, Krystal J, Cramer JA (1977) Fluphenazine decanoate, fluphenazine hydrochloride given orally, and placebo in remitted schizophrenics. I. Relapse rates after one year. *Arch Gen Psychiatry* 34:43-7
14. Schmitt A, Weber-Fahr W, Jatzko A, Tost T, Henn FA, Braus DF (2001) Aktueller Überblick über strukturelle Magnetresonanztomographie bei Schizophrenie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 69:105-115



Workshop 7

Dr. rer. biol. hum. Gabriele Pitschel-Walz

CURRICULUM VITAE:

Dr. rer. biol. hum. Gabriele Pitschel-Walz, Diplom-Psychologin

Geb. am 20.4.1956 in München

Staatsangehörigkeit: Deutsch

Schulbesuch: 1962-1975; Allgemeine Hochschulreife 1975, Sophie-Scholl-Gymnasium, München

Studium der Psychologie an der LMU München: 1975-1981; Schwerpunkt: Klinische Psychologie;

Diplomprüfungen 1980/81

Thema der Diplomarbeit: Die Gemeinschaftspraxis – Modell der Kooperation helfender Berufe (gut)

1982-1987 Wissenschaftliche Mitarbeiterin am IFT Institut für Therapieforschung, Projektgruppe Herz-Kreislauf-Prävention

Arbeitsschwerpunkte: Entwicklung und Durchführung von verhaltenstherapeutischen Programmen zur Raucherentwöhnung und Übergewichtsreduktion

1988-1989 freiberufliche Tätigkeit als Schulungs- und Kursleiterin sowie als Supervisorin für Kursleiter

1990-1995 Wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Psychiatrischen Klinik der LMU München, BMFT-geförderte multizentrische, randomisierte PIP-Studie (Psychosen-Informationen-Projekt)

Arbeitsschwerpunkte: Durchführung der psychoedukativen Patienten- und Angehörigengruppen im Rahmen der Studie; Datenverwaltung und Auswertung der Studie

Seit 1995 psychologische Psychotherapeutin und wissenschaftliche Mitarbeiterin an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München;

Aktuelle klinische Arbeitsschwerpunkte: Psychoedukation bei Schizophrenie und Depression; Psychoseseminare; Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie); Angehörigenarbeit;

Weitere Schwerpunkte: Therapieforschung - Studienplanung, Fragebogenentwicklung, Evaluation, Durchführung von Metaanalysen

1997 Promotion (Dr. rer. biol. hum.) an der LMU München (Prof. R.R. Engel)

Thema der Dissertation: Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung schizophrener Patienten und ihr Einfluss auf den Krankheitsverlauf

1999 Approbation zur Psychologischen Psychotherapeutin (Verhaltenstherapie)

ADRESSE:

Dr. Gabi Pitschel-Walz

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München

Ismaninger Str. 22

81675 München

Implementierung der Psychoedukation in die psychiatrische Routineversorgung*

Dr. Gabriele Pitschel-Walz und weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen"

IMPLEMENTIERUNG DER PSYCHOEDUKATION IN DIE PSYCHIATRISCHE ROUTINEVERSORGUNG*

Interesse an Psychoedukation und ihren positiven Effekten wird zwar allorts von den Professionellen geäußert, aber nur ein kleiner Teil der Patienten und ihrer Angehörigen erhalten tatsächlich in der psychiatrischen Routineversorgung psychoedukative Angebote. Es ist daher notwendig, Hindernisse für die Umsetzung zu eruieren und Implementierungsstrategien zu entwickeln. Sollen psychoedukative Interventionen in einer Einrichtung eingeführt werden, gilt es zunächst zu eruieren, welche psychoedukativen Maßnahmen schon Anwendung finden oder gefunden haben, wo sozusagen eine solche psychotherapeutisch-psychoedukative Kultur besteht, und ausgehend von diesem Psychoedukations-Staging kann es gelingen, schon diesbezüglich erfahrene und interessierte Mitarbeiter zu gewinnen, noch einmal einen gemeinsamen systematischen Anlauf zu wagen. Sollte keine „Psychoedukationskultur“ bestehen, kann die Implementierung psychoedukativer Patienten- und Angehörigengruppen in einer Klinik von einer „Keimzelle“ mit Beginn einzelner Gruppen auf einer Station oder Ambulanz ausgehen oder dort als Gesamtkonzept eingeführt werden. In jedem Fall bedarf es interessierter und engagierter Mitarbeiter, die innerhalb der Klinik die ersten Schritte tun und Überzeugungsarbeit leisten, um Unterstützung und Zustimmung auf allen Ebenen zu erreichen. Ein neues Konzept kann nur langfristig Anwendung finden, wenn der Klinikchef, Kollegen und Pflegepersonal hinter der Intervention stehen. Die ärztliche und pflegerische Klinik- bzw. Abteilungsleitung sollte über das Konzept, die Inhalte, die notwendigen Investitionen und die kurzfristigen und langfristigen Vorteile (finanzieller Art, Motivation der Mitarbeiter, Zuwachs an Kompetenz, Patientenzufriedenheit, guter Ruf der Klinik, etc.) informiert und darüber eingebunden werden, z. B. auch über die Teilnahme an Informations- und Fortbildungsveranstaltungen. Auch das gesamte Team der Arbeitseinheit sollte in den Grundzügen des psychoedukativen Konzeptes geschult werden, weil die in der eigentlichen Gruppe vermittelten Inhalte dem Stationsalltag entsprechend umgesetzt und geübt werden müssen, um eine bessere Generalisierung im Alltag (Trainingsfeld Station) zu erreichen.

Workshop 7: Implementierung der Psychoedukation in die psychiatrische Routineversorgung

Dr. G. Pitschel-Walz und weitere Mitglieder der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“

1. Deutscher Psychoedukations-Kongress, Berlin, 20.-21.2.2004

Definition

- Unter dem Begriff der Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, die dazu geeignet sind, 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 "Psychoedukative Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen" (2003)

Indikationsbereiche für Psychoedukation

- Schizophrene/schizoaffektive Psychosen
- Affektive Erkrankungen
- Angst- und Belastungsstörungen
- Zwangserkrankungen
- Essstörungen
- Suchterkrankungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Dementielle Erkrankungen
- etc.

Verschiedene Konzepte psychoedukativer Interventionen

- **Format** (Patienten, Angehörige, Familien)
- **Indikation** (Diagnosen, Stadium, EE)
- **Schwerpunkt** (therapeutisch, edukativ)
- **Dauer** (1x ; > 3 Monate)
- **Setting** (stationär; ambulant; tagklinisch)
- **Ort** (Klinik, Praxen, etc.)

Implementierungsfragen (1)

- Gibt es geeignete Gruppenleiter aus verschiedenen Berufsgruppen, Ko-Leiter und Supervisionsmöglichkeiten?
- Werden die Gruppen innerhalb der Klinik unterstützt?
- Gibt es genügend geeignete bzw. interessierte Patienten und Angehörige für diagnosespezifische Gruppen? (Sind psychoedukative Einzel- oder Familiensitzungen eine sinnvolle Alternative? Sollten stationsübergreifende Gruppen angeboten werden?)

Implementierungsfragen (2)

- Welche Arbeitsmaterialien sollen verwendet werden bzw. sind vorhanden (Manuale, Arbeitsblätter, Arbeitsbücher, Folien, Videos, Flipcharts etc.)?
- Ist eine ausreichende Zahl von Sitzungen möglich?
- Ist die Anreise von Angehörigen bzw. Patienten zumutbar?
- Ist ein geeigneter Raum vorhanden?

Auch im ambulanten Setting sind bei einem genügend großen Patientenstamm psychoedukative Behandlungsprogramme gut zu realisieren. Für die Implementierung der psychoedukativen Gruppenarbeit in psychiatrischen oder psychotherapeutischen Praxen ist die Einführung eines adäquaten Honorarmodells allerdings ein wesentlicher Faktor.

Auf der Grundlage der Erfahrungen der Arbeitsgruppe „Psychoedukation“ sollen in diesem Workshop vor allem die Fragen der praktischen Umsetzung von psychoedukativen Programmen besprochen und ein intensiver diesbezüglicher Austausch der Teilnehmer ermöglicht werden.

* s. S. 16-18 des Konsensuspapiers zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen (Bäumli u. Pitschel-Walz für die Arbeitsgruppe „Psychoedukation“, 2003. Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Stuttgart: Schattauer)

Mit freundlicher Unterstützung:

