

PRINZIPIEN UND ERGEBNISSE DER FAMILIENBETREUUNG BEI SCHIZOPHRENIE ZUM AKTUELLEN FORSCHUNGSSTAND

CHRISTOPH BRAUKHAUS, HEIKE SABMANN, KURT HAHLWEG

Zusammenfassung

Die Rückfallgefahr des Schizophreniepatienten ist deutlich erhöht bei Rückkehr in ein ungünstiges Familienklima, das bestimmt ist durch ungünstige Einstellungen der Angehörigen, die anhand des „Expressed-Emotion“-Konzepts erfaßt werden können, sich jedoch auch in Form von kritischen und ablehnenden Interaktionen ausdrückt. Familiärer Streß ist der eindeutigste Prädiktor für einen Rückfall. Programme zur psychoedukativen Familienbetreuung können die Rückfallgefahr nach zwei Jahren von 72% auf 31% reduzieren. Das Konzept von Informationsvermittlung, Kommunikations- und Problemlösetraining im Anschluß an die stationäre Therapie bei weiterer medikamentöser Betreuung hat sich als effektiv und ökonomisch erwiesen. Die bisher schleppende Umsetzung in die Praxis kann zum Teil durch fehlenden Wissenstransfer, Schwierigkeiten in der Zusammenarbeit zwischen Psychologen und Ärzten, wie auch mit organisatorischen Problemen bei der Arbeit mit Familien erklärt werden, erscheint jedoch zur besseren Versorgung der Patienten überwindbar.

Schlüsselwörter Schizophrenie - Familienbetreuung - Expressed-Emotion-Konzept - Kommunikation

Summary

The marital and family milieu to which schizophrenic patients return after hospitalisation is associated with the course of schizophrenia. Expressed emotion (EE) is a measure of the family environment that has been demonstrated to be a reliable psychosocial predictor of relapse in schizophrenia. The EE-results indicate that family factors - in particular a critical attitude towards the patients and emotional over-involvement - partly determine whether schizophrenic patients will relapse after discharge or not. Behaviourally orientated family management programs decrease the relapse rate in two years follow-ups from 72% to 31%. The treatments consist of several components: behavioural analysis of familial problems, information on schizophrenia and medication, communication and problem-solving training, and crisis intervention. The patient is still under medication and the program starts directly after hospitalization. The findings highlight the importance of family interventions whereas it is not very common in everyday practise. Some organizational problems like cooperation between psychiatrists and psychologists or the problem of how to transfer knowledge to practitioners are discussed.

Keywords schizophrenia - family treatment - expressed-emotion-concept - communication

Einleitung

Schizophrenie gilt als eine der schwersten psychiatrischen Erkrankungen überhaupt. Ihre gesellschaftlichen Belastungen sind auf zwei Ebenen zu betrachten: Extremerfahrungen und ungünstige Verläufe führen einerseits zu großer persönlicher Belastung und Einschränkung bei Betroffenen und Angehörigen, gleichzeitig sind die Kosten einer langen oder dauerhaften Verweildauer in Krankenhäusern bzw. häufige stationäre Wiederaufnahmen für die Solidargemeinschaft von Bedeutung. Professionelle sind somit aufgefordert, das individuelle Leid zu mindern und gleichzeitig die finanziellen Belastungen erträglich zu halten.

Ziel dieser Arbeit ist es, einen Überblick über den aktuellen Stand der Schizophrenieforschung mit dem Schwerpunkt der Familienbetreuung als mögliche psychologische Intervention zu geben. In einem Ausblick wird das vorgeschlagene Vorgehen auf seine Übertragbarkeit auf ähnliche Erkrankungen überprüft werden. In der Diskussion sollen Gründe für die schleppende Umsetzung der vorgestellten Konzepte in der praktischen Tätigkeit von Psychologen umrissen werden.

Familietherapien

Vermutungen über den Zusammenhang zwischen Schizophrenie und Familienstrukturen sind fast so alt wie der Begriff Schizophrenie selbst. Theoretische Annahmen wie die der „Schizophrenogenen Mutter“ (Fromm-Reichmann, 1948), der „Doppelbindung“ (double bind; Bateson et al., 1956) oder der „Kommunikativen Abweichung“ (communicative deviance; Singer, Wynne & Toohey, 1978) betrachten die Widersprüchlichkeiten zwischen Äußerungen und deren Intention innerhalb der Familienkommunikation als Ursache schizophrener Erkrankungen. Wenn dies auch nicht beabsichtigt ist, so bergen solche Annahmen doch die Gefahr der Schuldzuschreibung. Viele schizophrene Erkrankte leben in ihren Ursprungsfamilien, sind also häufig angewiesen auf die vermeintlich schädlichen Strukturen ihrer Familie.

Der kausale Zusammenhang von Familienstruktur und Schizophrenie konnte empirisch nicht belegt werden. Empirisch nachgewiesen ist jedoch der Zusammenhang zwischen Familienklima und erhöhtem Rückfallrisiko. Ob Angehörige sich ursächlich ungünstig verhalten, oder ob ihr Benehmen

nur eine Reaktion auf das Verhalten des erkrankten Patienten darstellt, ist später zu diskutieren. Die vielen Belege für die Relevanz familiärer Interaktion sollten jedoch den Blick der professionellen Helfer bei der Planung der Intervention auf die Beachtung des Systems Familie lenken.

Symptomatik

Charakteristischerweise gliedert sich der Verlauf einer Schizophrenie in eine Prodromalphase mit Frühsymptomen (Antriebslosigkeit, Schlafstörungen usw.), eine Akutphase mit produktiver Symptomatik (formale und inhaltliche Denkstörungen, Halluzinationen, Affektstörungen, Störungen des Selbstgefühls, psychomotorische Störungen) und eine Residualphase mit weiterhin stark beeinträchtigenden Residualsymptomen (sozialer Rückzug, affektive Verflachung, Antriebsarmut usw.). Symptome und Phasenverlauf sind von Patient zu Patient sehr unterschiedlich, bei wiederholten Phasen jedoch von mal zu mal häufig ähnlich.

Epidemiologie

Bei Männern liegt das durchschnittliche Ersterkrankungsalter mit 20-25 Jahren fünf Jahre unter dem der Frauen mit 25-30 Jahren. Jedoch sind auch Ersterkrankungen im höherem Lebensalter ab 45 Jahren möglich. Der Verlauf weist bei durchschnittlich 50% der Betroffenen mehrere akute Phasen und eine soziale Belastung auf. 25% erleben nur eine Phase, bei 25% Prozent kommt es zum chronischen Verlauf. Empirisch

ermittelte Prädiktoren für einen günstigeren Verlauf wie gute prämorbid Anpassung und akuter Beginn scheinen jedoch im Einzelfall zu komplex verwoben, so daß in der Regel eine individuelle Prognose nicht gestellt werden kann.

Komorbiditäten sind bisher wenig untersucht worden, es besteht aber bei ca. 10% aller Patienten Alkohol-, Medikamenten- oder Drogenmißbrauch. Bei einigen Patienten handelt es sich hierbei vermutlich um ungünstige Bewältigungsstrategien der bereits bestehenden schizophrenen Symptomatik.

Vulnerabilitäts-Streß-Modell

Empirische Modelle, die den Ausbruch einer Schizophrenie beschreiben, gehen von einer genetischen Vulnerabilität (Genotyp) aus. Diese kann durch externe „trigger“ in Form von Stressoren (belastendes Familienklima, überstimulierende Umgebung, belastende Lebensereignisse) zum sichtbaren Ausbruch (Phänotyp) führen (vgl. Hahlweg, Dürr und Müller, 1995). Moderierende Variablen sind die Kompetenz und das Bewältigungspotential des Betroffenen (vgl. Libermann et al., 1986). Dieses Zusammenwirken von Vulnerabilität und Streß wird in Abbildung 1 (Vulnerabilitäts-Streß-Modell) dargestellt.

Vererbte oder erworbene Verletzlichkeiten führen an sich noch nicht zum Ausbruch der Erkrankung. Erst akute oder chronische Streßeinwirkung lösen bei gleichzeitig fehlenden Bewältigungsmöglichkeiten Schizophrenie aus.

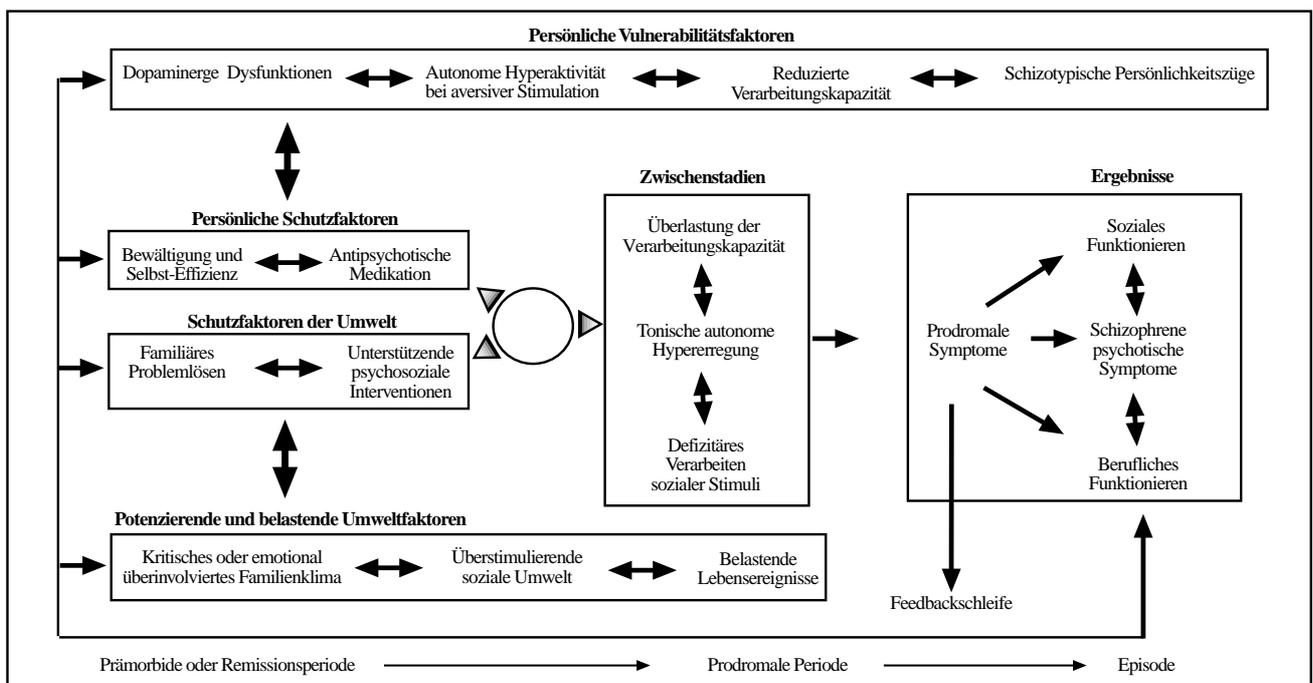


Abb. 1: Konzeptueller Rahmen zum Verständnis von Verlauf und Ausgang der Schizophrenie mit den Faktoren bezüglich Vulnerabilität, Streß, Bewältigung und Kompetenz: das Vulnerabilitäts-Streß-Bewältigungs-Kompetenz-Modell (VSBK; verändert nach Libermann et al., 1996)

Therapie und Rückfall

Eine effektive Behandlung akut schizophrener Symptomatik ist seit der Einführung der Neuroleptikamedikation in den fünfziger Jahren möglich (Davis et al., 1982). Neben der schnellen Behandlung der Akutsymptome ist jedoch die Minderung der Rückfallgefahr von großer Bedeutung. Tritt unter Neuroleptika auch schnell eine Besserung ein, so kommt es doch bei durchschnittlich 40% aller Patienten zur stationären Wiederaufnahme innerhalb eines Jahres. Neben fehlender Medikamentencompliance aufgrund der vielen Nebenwirkungen, sozialen Stressoren und negativen Lebensereignisse scheint die familiäre Situation, in die der Patient nach der stationären Behandlung zurückkehrt, von großer Bedeutung zu sein.

Das „Expressed-Emotion“-Konzept zur Rückfallvorhersage

Ungünstige Einstellungen und Meinungen der nächsten Angehörigen über den betroffenen Patienten und seine Erkrankung stehen in Zusammenhang mit erhöhter Rückfallgefahr eines an Schizophrenie Erkrankten (Leff und Vaughn, 1985) und schlagen sich im direkten Konfliktgespräch als beobachtbares Verhalten nieder (Goldstein, 1987). Als Maß für ungünstige Einstellungen gegenüber dem Betroffenen wird in vielen Studien das „Expressed-Emotion“ (EE)-Konzept benutzt. Trainierte Beobachter schätzen aufgrund einer Einzelbefragung eines Angehörigen dessen EE-Status ein.

Als Interviewgrundlage wird das ein- bis anderthalbstündige semistrukturierte „Camberwell Family Interview“ (CFI, siehe Hahlweg et al., 1995) benutzt: Anhand der Interviewleitfragen wird der Angehörige aufgefordert, die psychiatrische Vorgeschichte des Patienten und dessen Verhalten kurz vor der stationären Aufnahme zu beschreiben. Des Weiteren sollen das aktuelle Verhalten, die gemeinsame Beziehung, die Medikamenteneinnahme und die eingeschätzte Kontrollierbarkeit der Symptome vom Angehörigen beurteilt werden. Der EE-Status wird durch drei Kriterien bestimmt: Kritik, Feindseligkeit und emotionales Überengagement.

Beim Auswerten des audiographierten Interviews wird jede geäußerte Kritik, die nonverbal auffällig wird (affektreicher Ausdruck von Mißbilligung, Ärger, Abneigung und Groll usw.), gezählt und fließt in die Gesamtwertbestimmung mit ein. Feindseligkeit (Abwertungen und negative Charakterbeschreibungen) und emotionales Überengagement (Äußern von übergroßer Sorge, Aufopferung und Überfürsorge mit Verletzung der Intimsphäre des Patienten) werden am Ende des Gesprächs auf Ratingskalen global eingeschätzt (Hahlweg und Dose, 1998).

Es erfolgt eine Einteilung in familiäre Beziehungen mit Hoch-EE(HEE)-Status (mindestens ein HEE-Angehöriger oder Niedrig-EE(NEE)-Status. HEE-Angehörige zeichnen sich durch das Äußern von viel Kritik aus. Sie sind eher feindselig und/oder emotional überengagiert. Kavanagh (1992) stellte in einer Übersichtsarbeit zu 26 Studien mit Informationen von

über 1300 Patienten fest, daß nach neun Monaten 48% aller Patienten, die zu HEE-Angehörigen zurückkehrten, rückfällig wurden, hingegen nur 21% aller Patienten mit Verwandten vom NEE-Status.

Ein wichtiger zwischenmenschlicher Aspekt, der über dieses Verfahren erfaßt wird, ist die Frage nach der Attribution von Fehlverhalten. HEE-Angehörige attribuieren vermutlich störendes Verhalten des Patienten eher dem Charakter des Patienten (Faulheit, Gedankenlosigkeit usw.). NEE-Angehörige attribuieren wahrscheinlich stärker die Krankheit als ursächlichen Faktor.

Der EE-Status spielt auch bei der Vorhersage eines Rückfalls bei anderen Störungsbildern eine wichtige Rolle. Miklowitz und Goldstein (1997) lieferten Belege für die Relevanz des EE-Konzeptes bei bipolaren (manisch-depressiven) Störungen. 90% aller HEE und nur 45% aller Patienten mit NEE-Status ihrer Stichprobe wurden rückfällig. Ähnliche Ergebnisse gelten auch für Patienten mit Depressionen (Mundt et al., 1996).

Andere Rückfallprädiktoren

Den großen Stellenwert des EE-Konzeptes in der Schizophrenieforschung zeigt eine neue Studie von Nuechterlein et al. (1998). Mögliche Prädiktoren für Rückfälle wurden in dieser Studie an Patienten mit der Diagnose Schizophrenie an der UCLA (University of California, Los Angeles) auf ihre Bedeutsamkeit hin untersucht. Eine multiple Regression ergab signifikante Ergebnisse für die Variablen Expressed-Emotion, den Gesamtscore der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), (siehe Hahlweg et al., 1995), einem Fremdbeurteilungsverfahren, mit dem der behandelnde Therapeut schizophrene Symptome einschätzen kann, und das Auftreten von kritischen Lebensereignissen. Vermutete Prädiktoren wie prämorbid soziale Anpassung, die Aufmerksamkeitsspanne, elektrodermale Variablen und die familiäre Belastung durch schizophrene Erkrankungen können letztendlich nicht signifikant zur Vorhersage von Rückfällen beitragen.

Einstellungen und Verhalten

Ungünstige Einstellungen, die sich im EE-Konzept für die Angehörigen erfassen lassen, stehen auch im direkten Zusammenhang mit dem beobachtbaren Interaktionsverhalten zwischen Patient und Angehörigem. Über mehrere Untersuchungen hinweg und mit Hilfe unterschiedlicher Kodiersysteme für familiäre Interaktionen untersucht, kamen Studien immer wieder zu dem Ergebnis, daß ungünstige Einstellungen von HEE-Angehörigen mit ungünstigem Kommunikationsverhalten gegenüber dem Patienten (Strachan et al., 1986) einhergehen.

Das EE-Konstrukt als Prädiktor für Rückfälle schizophrener Erkrankter kann schnell als indirekte Schuldzuweisung mißverstanden werden. Daß Angehörige lediglich als gleichermaßen Betroffene verstanden werden müssen, konnten ge-

nauere Interaktionsanalysen zeigen. Es ist belegt, daß schizophrene Patienten überdurchschnittlich kritischer und rechtfertigender als Patienten in NEE-Familien sind (Hahlweg et al., 1995). Dieses Verhalten, sei es bedingt durch Residualsymptomatik, durch die belastenden Erfahrungen der Akut-symptomatik oder eine Reaktion auf das Verhalten der Angehörigen, verhindert bzw. reduziert die Wahrscheinlichkeit, positive Erfahrungen zu machen. Eine solche detaillierte Analyse von Interaktionen ist mit dem „Kategoriensystem für partnerschaftliche Interaktionen“ (KPI, Hahlweg et al., 1988) möglich. Angehörige und Patient werden gebeten, einen Konflikt gemeinsam zu diskutieren. Dieses Gespräch wird auf Video aufgezeichnet. Von geschulten Beobachtern wird dann jede von einem Partner in dem 15minütigen Konfliktgespräch geäußerte Sinneinheit kodiert. Die Kodierung erfolgt anhand von jeweils vier positiven (Selbstöffnung, Akzeptanz, Problemlösung, Zustimmung), vier negativen (Kritik, Rechtfertigung, Scheinlösungen, Nichtübereinstimmung) und zwei neutralen (Problembeschreibung, Metakommunikation) Verbal-kategorien. Diesen wird jeweils eine nonverbale Einschätzung (negativ, neutral, positiv) anhand von Stimme, Mimik und Gestik zugeordnet. So entsteht eine Mikroanalyse des Gesprächs mit wechselnden Kodierungen für Angehörige und Patienten. Neben der Bestätigung der Hypothese, daß HEE-Familien insgesamt ungünstiger miteinander kommunizieren (Hahlweg et al., 1989), kommt es auch zu deutlich längeren Phasen negativer Interaktionen, sogenannten Eskalationen. Mit Hilfe von Sequenzanalysen läßt sich die bedingte Wahrscheinlichkeit berechnen, daß zwei oder mehr bestimmte Kodierungen aufeinander folgen. In einer Studie von Müller et al. (1992) wurden vier Gruppen verglichen: zwei Gruppen von HEE-Angehörigen, eine Gruppe NEE-Angehöriger und Familienangehörige einer Kontrollgruppe ohne schizophren Erkrankten. Die HEE-Gruppe wurde zum einen anhand der geäußerten Kritik (HEE-KR), zum anderen nach emotionalem Überengagement (HEE-EOI) gegliedert. Es ist festzustellen, daß die Anzahl aufeinanderfolgender, nonverbal negativer Interaktionen bei Gesprächen mit HEE-Angehörigen deutlich höher ist als bei Auseinandersetzungen mit Angehörigen vom NEE-Status. Die Dauer von Eskalationen, also Ketten von nonverbal negativen Interaktionen, liegt bei HEE-KR-Angehörigen bei durchschnittlich mehr als 17 Interaktionseinheiten und ist damit dreimal so lang wie bei NEE-Angehörigen und in der Kontrollgruppe.

Ähnliche Ergebnisse liegen für die Interaktionen zwischen Depressiven und ihren Angehörigen, für Mütter mit asthmapatienten Kindern und Paaren in Ehe-therapie vor (Hahlweg, 1986; Hooley & Hahlweg, 1986; Hermanns et al., 1989). Als Resümee der empirischen Studien zur Rückfallwahrscheinlichkeit läßt sich sagen, daß der EE-Status und damit verbundene Interaktionsmuster einen deutlichen Zusammenhang zu Rückfallraten aufweisen.

Thurm und Häfner (1987) befragten chronisch Schizophrene nach Bedingungen die ihre Symptome verschlechtern. Insbesondere Konflikte in Partnerschaft und Familie wurden als Auslöser genannt. Der Umgang mit diesen Situationen beziehungsweise ihre Bewältigung, bestand größtenteils in der

Vermeidung von Konflikten. Lediglich für 8% hatte das Familienklima keinen Einfluß auf ihre Symptome. Damit kann man zu dem Schluß kommen, daß für einen günstigen Verlauf die Einstellungen von Angehörigen gegenüber den Patienten und die Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten, nicht zuletzt des Patienten selbst, von wesentlicher Bedeutung sind. Ein Ansatz mit Familienbetreuung scheint aufgrund dieser empirischen Erkenntnisse indiziert.

Psychoedukative Familienbetreuung zur Rückfallprophylaxe

Seit 1978 werden Programme zur Familienbetreuung erprobt, die auf der Basis des Vulnerabilitäts-Streß-Modells einen familienorientierten Ansatz mit gleichzeitiger neuroleptischer Medikation kombinieren (Falloon et al., 1984, Goldstein et al., 1978; Hogarty et al. 1986, 1991; Leff et al. 1982, 1985; Tarrier et al., 1988, 1989). Obwohl die Programme sich konzeptionell voneinander unterscheiden, haben sie doch einige Gemeinsamkeiten: (a) Die Patienten erhalten Neuroleptika; (b) Die Interventionen sind mit 15-25 Sitzungen im ersten Jahr relativ kurz und beginnen mit Informationsvermittlung bezüglich Psychose und Neuroleptika; (c) Fokussiert wird auf die Minderung der EE-Variablen wie Kritik und emotionales Überengagement; (d) Ziel ist die Lösung von aktuellen familiären Konflikten, um sozialen Streß zu minimieren; (e) Die Therapie ist nicht nur auf die Bedürfnisse des Patienten zugeschnitten, sondern orientiert sich an den Problemen aller teilnehmenden Angehörigen.

Effektivität der Interventionen

Die Überprüfung dieser Programme zeigte jeweils eine deutliche Rückfallreduktion gegenüber der psychiatrischen Standardbehandlung. Die Rückfallraten der in den jeweiligen Studien beschriebenen Kontrollgruppen variierten nach dem ersten Jahr zwischen 44% und 53% im Gegensatz zu nur 6% bis 23% Rückfällen bei Familienbetreuung. Nach zwei Jahren stieg die Rückfallrate in der Kontrollgruppe auf 72%. In der Gruppe der Familienintervention erhöhte sie sich lediglich auf 31% (Hahlweg et al., 1995). Des weiteren belegen Studien, daß Familienbetreuung, besonders das Behavioral Family Management (BFM) nach Falloon et al. (1984), bei schizophren Erkrankten zur Steigerung der sozialen Kompetenzen des Patienten, zur Reduktion der Belastung für Angehörige, zur Änderung von Kommunikationsmustern und letztlich zur Kostenentlastung im Vergleich zu einer psychiatrischen Routinebehandlung führt.

Detaillierter analysierten Falloon et al. (im Druck) in einer Metaanalyse von 20 Studien zur Familienbetreuung die Wirkfaktoren und die Effektivität der jeweiligen Ansätze. Faßt man die Sitzungsdauer und die Anzahl der Einheiten einer Intervention in dem Faktor „Intensität“ zusammen, so zeigte sich ein deutlich negativer Zusammenhang zwischen Intensität und Rückfall (Hospitalisierung und Wiederauftreten von akuter Symptomatik). Das heißt, je intensiver die Behandlung desto

geringer die Rückfallrate. Große Relevanz kommt ebenfalls der gewählten Interventionsstrategie zu. Die Gruppe der verhaltenstherapeutischen Familienbetreuung kombiniert mit Neuroleptikabehandlung zeigte sich als die erfolgreichste Methode der Rückfallprophylaxe. Patienten profitieren fast doppelt so stark von diesem Vorgehen im Gegensatz zu reiner Wissensvermittlung (Aufklärung und Frühsymptomtraining) oder systemisch-familientherapeutischen Vorgehensweisen. Rein kognitiv-verhaltenstherapeutische Einzeltherapie erzielte nur ein Viertel des möglichen Effektes.

Die Übertragbarkeit der anglo-amerikanischen Studien auf den deutschen Sprachraum konnte die Studie am Münchener Max-Planck -Institut für Psychiatrie belegen (Hahlweg et al., 1995). Die Rückfallrate bei schizophran Erkrankten lag bei der Kombination von Familienbetreuung und einer niedrigen Neuroleptika-Standarddosis bei nur 4% nach 18 Monaten. Die Ergebnisse von Falloon et al. (1984) ließen sich somit eindeutig replizieren. Zusätzlich sah die Versuchsanordnung die randomisierte Zuteilung zu zwei möglichen Medikationsbedingungen vor: (1) Dauermedikation bei niedriger Dosis (ca. 30-40% der Akutbehandlungsdosis); (2) Intermittierende Medikation, d.h. Absetzen der Neuroleptika und gezielte Medikation bei Auftreten von ersten Frühwarnsymptomen. Die Rückfallrate der Gruppe mit intermittierender Medikation lag um 30% höher als die der Gruppe unter Dauermedikation. Intermittierende Medikation kann also nicht als Standardbehandlung empfohlen werden, wenngleich sie für einige Patienten bei gutem Kontakt zum behandelnden Nervenarzt, bei motivierten und kooperativen Angehörigen und anderen günstigen Bedingungen erfolversprechend zu sein scheint.

Kosten-Nutzen-Kalkulationen

Die Effektivität der Programme belegt die von Patienten und Angehörigen berichtete Belastungsreduktion. Neben diesem subjektiven Effekt, der sich in einer deutlichen Senkung des Rückfallrisikos widerspiegelt, ist eine Kosten-Nutzen-Analyse für die Etablierung der Verfahren von großer Wichtigkeit. Falloon et al. (1987) und Tarrier et al. (1991) berichten eine allgemeine Kostenersparnis durch die Nachbetreuung schizophrener Patienten von durchschnittlich 25%. Held et al. (1992) geben an, daß an der Rheinischen Landesklinik Bonn je 21 Patienten mit Nachbetreuung und 21 mit einer Standardbehandlung versorgt wurden.

Die Kosten für die Gesamtbehandlung der Nachbetreuungsgruppe (inklusive Fahrtkosten, Telefon, Laboruntersuchung usw.) betrug 282 000,- DM im Vergleich zur Gruppe mit Standardbehandlung mit 460 000,- DM. Das entspricht einer Kostenersparnis von 39%. Hahlweg et al. (1995) schätzten für ihre Untersuchung die Einsparung auf insgesamt 145 000,- DM. Bei einer angenommenen Rückfallrate von 40% innerhalb von 18 Monaten vermieden sie aufgrund der Familienbetreuung von 26 Patienten neun Rückfälle. In den genannten Kalkulationen sind schwer erfaßbare Einsparungen noch nicht inbegriffen (Arbeitsfähigkeit, langfristige Medikations-

einsparung usw.). Die Ergebnisse weisen deutlich darauf hin, daß Nachbetreuungen nach Schizophrenien aus ökonomischer Sicht sinnvoll sind und zur längerfristigen Kostenersparnis beitragen.

Ablauf einer Familienbetreuung

Es existieren verschiedene Vorgehensweisen unterschiedlicher Intensität. Wir stellen hier das Vorgehen von Hahlweg et al. (1995) vor, das dem BFM sehr ähnlich ist. Bei der Intervention handelt es sich um ein ambulantes Angebot, das sich optimalerweise direkt an die stationäre Versorgung anschließt. Die Dauer ist mit 20-25 Sitzungen zu veranschlagen, die Sitzungsfrequenz ist flexibel zu handhaben, jedoch sollten in den ersten drei Monaten wöchentliche Kontakte eingehalten werden. Da die EE-Einschätzung im klinischen Alltag aus Kostengründen kaum durchgeführt werden kann, ist das Programm für HEE- und NEE-Familien gleichermaßen konzipiert. Der Patient sollte weiterhin von seinem Nervenarzt medikamentös versorgt werden. Das von Hahlweg et al. (1995) vorgeschlagene Vorgehen sieht nach der Kontaktaufnahme sechs Phasen vor:

- (1) Diagnostik. Die Diagnostik findet in Einzel- und Familiensitzungen statt, um jeweilige Perspektiven und Erwartungen kennenzulernen. Es werden Fragebögen zu Selbst- und Fremdbeurteilung an den Patienten und die Angehörigen verteilt. Kommunikationsmuster sollten beobachtet und die Symptomatik des Patienten anhand der BPRS eingeschätzt werden. Es werden Ziele für die geplante Intervention definiert.
- (2) Informationsphase. Neben der Aufklärung über Schizophrenie (Häufigkeit, Ursachen, Verlauf) muß die Notwendigkeit der medikamentösen Behandlung genau erklärt werden. Nebenwirkungen und zu große Erwartungen in die kommende Psychotherapie können die Compliance mindern. Es werden individuelle Frühwarnzeichen (Symptome der Prodromalphase) erarbeitet und in einem Rückfallprophylaxeplan das genaue Vorgehen bei Auftreten dieser Symptome festgehalten (Frühsymptomtraining).
- (3) Kommunikationstraining. Das Training steigert die Kommunikationskompetenzen aller Familienmitglieder stufenweise vom Äußern positiver Gefühle und Wünsche bis zum Äußern von negativen Gefühlen. Die Notwendigkeit des aktiven Zuhörens wird erarbeitet und trainiert.
- (4) Problemlösetraining. Anhand eines Problemlöseschemas werden die Schritte Problemdefinition, Entwicklung von Lösungsvorschlägen (Brainstorming), Diskussion der Lösungsvorschläge auf Vor- und Nachteile hin, Auswählen der besten Lösung (Kombinationen sind möglich) und genaue Schritte zur Umsetzung der Lösung erarbeitet und eingeübt.
- (5) Einsatz des Problemlöseschemas zur Bewältigung schwieriger Therapiesituationen. Es kann zu Schwierigkeiten wie fehlender Compliance kommen, die gleich zum Einsatz des Problemlöseschemas genutzt werden sollten. Ansonsten sind aktuelle Familienprobleme mit dem Schema zu bearbeiten und zu lösen.
- (6) Bearbeiten individueller Probleme. Im Einzel- bzw. Familiengespräch können persistierende Schizophreniesymptome, Ängste und Depressionen thematisiert und bearbeitet werden.

Viele Komponenten dieses Vorgehens lassen sich sicher ebenfalls in Einzeltherapien sinnvoll einsetzen, die optimale Hilfe bieten sie jedoch nur bei enger Umsetzung nach dem Manual (Hahlweg et al., 1995).

Diskussion

Verhaltenstherapeutische Familienbetreuung schizophrener Patienten kann als notwendige und effektive Rückfallprävention betrachtet werden. Sie senkt deutlich die Gefahr der Hospitalisierung des Patienten, erhöht seine soziale Anpassung, ändert durch Aufklärung und Kompetenzsteigerung das familiäre Klima aller Betroffenen und senkt langfristig die Kosten. Dabei ist der Effekt der Intervention deutlich von ihrer Intensität abhängig. Eine Verkürzung oder die isolierte Umsetzung von einzelnen Elementen bringen nur mäßigen Erfolg.

Miklowitz und Goldstein (1997) belegen mit der effektiven Rückfallvorhersage durch EE-Einschätzung bei bipolaren (manischen) Patienten, daß ähnliche familiäre Interaktionsprozesse wie bei an Schizophrenie erkrankten Patienten und ihren Angehörigen einen Rückfall begünstigen. Ihr Behandlungskonzept ähnelt dem hier dargestellten Vorgehen. Die offensichtliche Übertragbarkeit des EE-Konzeptes und die aus ihr folgenden effektiven Interventionsmöglichkeiten fordern Kliniker auf, vermehrt familienorientiert mit Patienten zu arbeiten. Aktuelle Abhandlungen zu Depression und Partnerschaft (vgl. Mundt et al., 1996) und dem Zusammenhang zwischen größerem Therapieerfolg bei Angstpatienten und geringer Partnerschaftszufriedenheit zu Beginn der Konfrontationstherapie (Schröder et al., 1998, Emmelkamp und Gelsma, 1994) sollten das professionelle Interesse für den Einbezug von Angehörigen in den Therapieprozeß wecken.

Unglücklicherweise setzen auch nach langjähriger intensiver Forschung nur wenige Praktiker Familienbetreuung zur Rückfallprävention bei schizophren Erkrankten ein. Trotz der empirisch nachweisbaren deutlichen Überlegenheit dieser Interventionsmaßnahmen konnten sich die Konzepte nicht wie erwartet, im Versorgungssystem durchsetzen. Was stellen mögliche Barrieren dar? Folgende Aspekte könnten relevant sein:

- der Praktiker traut wissenschaftlichen Belegen nicht oder hat keinen Zugang zu den neuesten Erkenntnissen
- andere Ansätze sind zu stark etabliert
- es besteht allgemein kein Interesse an der Arbeit mit Angehörigen und Familien (Überforderung oder Vorbehalte)
- organisatorische Schwierigkeiten (zu viele Beteiligte, Raum- und Terminprobleme)
- die kurzfristigen Kostenerhöhungen für Einrichtungen (Ausbildung von Personal, zeitaufwendigere Betreuung, Routineänderungen) werden gescheut
- notwendige Kooperation mit örtlichen Psychiatern gelingt nicht

Die schleppende Umsetzung neuer Interventionsmöglichkeiten in den Versorgungsalltag zeugt von der Trägheit des existierenden Systems. Wir sind sicher, daß die Barrieren mit mehr Engagement auf seiten aller Professionellen überwindbar sind und eine optimale Betreuung schizophrener Erkrankter in Zukunft gewährleistet werden kann.

Literatur

- Bateson G, Jackson DD, Haley J, Weakland, J: Toward a theory of schizophrenia. *Behavior Science* 1956;1;251-264.
- Davis JM, Janicak R, Chang S, Klerman K: Recent advances in the pharmacologic treatment of the schizophrenic disorders. In: Grinspoon L (ed.): *Psychiatry 1982. The American annual review*. Washington, D. C., American Psychiatric Press, 1982.
- Emmelkamp PMG, Gerslma C: Marital functioning and the anxiety disorders. *Behavior Therapy* 1994;25;407-429.
- Falloon IRH, Boyd JL, McGill CW: *Family care of schizophrenia*. New York, Guilford, 1984.
- Falloon IRH, McGill CW, Boyd JL, Pederson J: Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia: Social outcome of a two-year longitudinal study. *Psychological Medicine* 1987;17;59-66.
- Fromm-Reichmann F: Notes on the development of treatment of schizophrenics by psychoanalytic psychotherapy. *Psychiatry*; 1948;11;263-273.
- Goldstein MJ: Psychosocial issues. *Schizophrenia Bulletin*; 1987; 13;157-171.
- Goldstein MJ, Rodnick, EH, Evans JR, May PRA, Steinberg MR: Drug and family therapy in the aftercare of acute schizophrenics. *Archives of General Psychiatry* 1978;35;1169-1177.
- Hahlweg K, Reiser L, Kohli G, Vollmer M, Schindler L, Revenstorff D, Müller U & Morgenroth U: *Ratermanual zum KPI. Kodiersystem für partnerschaftliche/familiäre Interaktion*. Version 1988. Unveröffentlichtes Manual. Max-Planck-Institut, München, 1988.
- Hahlweg K: *Partnerschaftliche Interaktion. Empirische Untersuchungen zur Analyse und Modifikation von Beziehungsstörungen*. München, Röttger, 1986.
- Hahlweg K, Dose M: *Schizophrenie*. Göttingen, Hogrefe, 1998.
- Hahlweg K, Dose M, Feinstein E, Müller U, Bremer D: Rückfallprophylaxe für schizophrene Patienten durch psychoedukative Familienbetreuung. *System Familie* 1989;2;145-156.
- Hahlweg K, Dürr H, Müller U: *Familienbetreuung schizophrener Patienten*. Weinheim, Beltz, 1995.
- Held T et al.: Modellprojekt "Schizophreniebehandlung in der Familie" im Modellverbund "Psychiatrie". Abschlußbericht. Unveröffentlichter Bericht, Bonn, 1992.
- Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Javna CD, Madonia MJ, the EPICS Schizophrenia Research Group: Family psychoeducation, social skills training and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia: I. One year effects of a controlled study on relapse and expressed emotion. *Archives of General Psychiatry*, 1986;43;633-642.
- Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, Carter M, the Environmental-Personal Indicators in the Course of Schizophrenia (EPICS): Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustment. *Archives of General Psychiatry* 1991;48;340-347.

- Hooley JM, Hahlweg K: The marriages and interaction patterns of depressed patients and their spouses: Comparing high and low EE dyads. In: Goldstein MJ, Hand I, Hahlweg K (ed.): Treatment of schizophrenia: Family assessment and intervention. Berlin, Heidelberg, Springer, 1986, 85-96.
- Hermanns J, Florin I, Dietrich M, Rieger C, Hahlweg K: Maternal criticism, mother-child interaction and bronchial asthma. Journal of Psychosomatic Research 1989;33:469-476.
- Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Fries R, Sturgeon D: A controlled trial of intervention in the families of schizophrenic patients. British Journal of Psychiatry 1982;141:121-134.
- Leff J, Kuipers L, Berkowitz R, Eberlein-Fries R, Sturgeon D: A controlled trial of social intervention in the families of schizophrenic patients: A two year follow-up. British Journal of Psychiatry 1985;146:594-600.
- Liberman RP, Jacobs HE, Boone SE, Foy DW, Donahoe CP, Falloon IRH, Blackwell G, Wallace CJ: Fertigkeitstraining zur Anpassung Schizophrener an die Gesellschaft. In: Böker W, Brenner HD (ed.): Bewältigung der Schizophrenie. Bern, Huber, 1986.
- Lukoff D, Nuechterlein KH, Ventura J: Manual for the Expanded Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Schizophrenia Bulletin 1986;12:594-602.
- Miklowitz DJ, Goldstein MJ: Bipolar disorder. A family-focused treatment approach. New York, Guilford, 1997.
- Müller K, Hahlweg K, Feinstein E, Hank G, Dose M: Familienklima (Expressed emotion) und Interaktionsprozesse in Familien mit einem schizophreneren Mitglied. Zeitschrift für Klinische Psychologie 1992;21:332-351.
- Nuechterlein K, Ventura J, Snyder K, Gitlin M, Subotnik K, Dawson M, Mintz J: The role of stressors in schizophrenic relapse: Longitudinal evidence and implications for psychosocial interventions. Vortrag auf dem VI World Congress. World Association for Psychosocial Rehabilitation. Hamburg 02.-05.05.1998.
- Mundt CH, Goldstein MJ, Falloon IRH, Hahlweg K, Fiedler P: Interpersonal Factors in the Origin and Course of Affective Disorders. London, Gaskell, 1996.
- Schröder B, Hahlweg K, Frank M, Schneider S: Einfluß der Partnerschaft auf den Therapieerfolg bei agoraphobischen Patienten. Unveröffentlichter Vortrag, Dinklar, 1998.
- Singer MT, Wynne LC, Toohey ML: Communication disorders in the families of schizophrenics. In: Wynne LC, Cromwell RL, Mathysee S (ed.): The nature of schizophrenia. New approaches to research and treatment. New York, Wiley, 1978.
- Strachan AM, Leff JP, Goldstein MJ, Doane JA, Burt C: Emotional attitudes and direct communication in the families of schizophrenics: A cross-national replication. British Journal of Psychiatry 1986;149:275-287.
- Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, Freeman K: The community management of schizophrenia. A controlled trial of a behavioral intervention with families to reduce relapse. British Journal of Psychiatry 1988;153:532-542.
- Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts S, Freeman K: Community management of schizophrenia. A two-year follow-up of a behavioral intervention with families. British Journal of Psychiatry 1989;154:625-628.
- Tarrier N, Lowson K, Barrowclough C: Some aspects of family interventions in schizophrenia. II. Financial considerations. British Journal of Psychiatry 1991;159:481-484.
- Thurm I, Häfner H: Perceived vulnerability relapse risk and coping in schizophrenia. European Archives of Psychiatry and Neurological Sciences 1987;237:46-53.
- Vaughn C, Leff JP: Expressed emotion in families. New York: Guilford, 1985.

Dipl.-Psych. Christoph Braukhaus
Dipl.-Psych. Heike Saßmann
 Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie
 Konstantin-Uhde-Str. 4, 38106 Braunschweig
 Tel.: 0531/391-2865, Fax: 0531/391-8195
 cds@tu-bs.de

Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Dipl.-Psych.
 Institut für Psychologie
 Spielmannstr. 12a, 38106 Braunschweig
 Tel.: 0531/391-3623, Fax: 0531/391-8105
 k.hahlweg@tu-bs.de