

weiligen Sportarten. Die sportart-spezifischen Belastungsformen sowohl für den Bewegungsapparat als auch für das Herz-Kreislauf-System wurden sowohl in Vorträgen als auch in der Selbsterfahrung in den einzelnen Disziplinen veranschaulicht.

Einigkeit bestand bei Referenten, Trainern und Teilnehmern darüber, daß der sportmedizinisch tätige Arzt nur dann in vollem Umfang seiner Verpflichtung nach Betreuung und Beratung nachkommen kann, wenn er mit den spezifischen Problemen in der von ihm betreuten Sportart vertraut ist. Die Beratung des Breitensportlers oder des Sportwilligen in der ärztlichen Praxis ist nur dann möglich, wenn der Sportmediziner über Kenntnisse der auftretenden Belastungsformen sowie gegebenenfalls deren Vermeidung in der ausgeübten Sportart verfügt.

Über ihre Erfahrungen mit der Sportmedizin berichteten und diskutierten die Teilnehmer einer abschließenden Podiumsdiskussion auf der Insel Mainau. Günter Netzer, ehemaliger Fußballstar und jetzt Manager, berichtete von einem erfreulichen Wandel der Akzeptanz von Ärzten im Leistungssportbereich. Bestätigt wurde er von Stefan Hecker, Handball-Nationaltorwart, der ein ausgeprägtes Vertrauensverhältnis zu seinem Vereinsarzt im Verletzungsfall schilderte. Lobend strich sein Trainer Petre Ivanescu, gebürtiger Rumäne und mehrfacher Weltmeister, den hohen Standard der sportärztlichen Betreuung im Vergleich mit dem Ostblock heraus. Gute Zusammenarbeit mit den medizinischen Betreuern gab er als Grund für die geringe Verletzungsfrequenz in seinem Verein, Tussem Essen, an. Dem konnte Professor Heß, Saarlouis, für den Bereich der von ihm betreuten Fußballnationalmannschaft nur beipflichten. Auf die Notwendigkeit einer begleitenden psychologischen Betreuung, die heute noch zu häufig von Laien übernommen werde, ging der Heidelberger Sportpsychologe Professor Dr. Eberspächer ein. H. K.

Das zweite internationale Sportärztreffen auf der Insel Reichenau wird vom 30. August bis 12. September 1992 stattfinden. Information: Dr. Heinz Klausmann, Dr. Christoph Ergelet, Tel: 0 75 56/ 81 18.

Schizophreniebehandlung in der Familie

Erste Ergebnisse eines Modellversuchs

Marlies Bockhorn
und
Michael Boonen

Neue Wege der Behandlung von psychotisch Erkrankten unter Einbeziehung ihrer Angehörigen beschriftet ein Projekt, das von 1988 bis 1991 vom Bundesgesundheitsministerium im Rahmen des „Modellverbundes Psychiatrie“ gefördert wurde. Ausgehend von den erfolgreichen Familieninterventionstudien aus dem angloamerikanischen Raum, insbesondere der Arbeit von Falloon und Mitarbeitern („Family care of schizophrenia“, 1984), sollte durch ein familienbezogenes Therapie- und Betreuungsangebot die Rückfallhäufigkeit der Patienten gesenkt, ihre soziale Situation verbessert und die Belastung ihrer Angehörigen vermindert werden. Während im Rahmen der üblichen Familienpflege Langzeitpatienten in Gastfamilien vermittelt werden, setzt das neue Modellprojekt bei den eigenen Familien an. „Schizophreniebehandlung in der Familie“ bedeutet, die Eltern, Geschwister oder Ehepartner in die Behandlung mit einzubeziehen. Dies wird auch von den Angehörigenverbänden und der Expertenkommission der Bundesregierung gefordert.

In das Modellprojekt „Schizophreniebehandlung in der Familie“*) wurden 24 Familien aufgenommen, bei denen ein Familienmitglied schizophren erkrankt war. Alle Therapiesitzungen wurden von einer Nervenärztin und einem Nervenarzt bei den betroffenen Familien zu Hause durchgeführt, also da, wo auch die Probleme des Zusammenlebens spürbar werden. Der zeitliche Ablauf gliederte sich in drei Phasen unterschiedlicher Betreuungsintensität: In den ersten drei Monaten erfolgten wöchentliche Hausbesuche. In den darauffolgenden neun Monaten bis Ende des ersten Jahres fanden alle 14 Tage Familiensitzungen statt. Im zweiten Therapiejahr wurden nur noch monatlich Therapiege-

spräche geführt in der Absicht, die Familie zu aktivieren, zunehmend auch alleine, also ohne Anwesenheit des Therapeuten Familiensitzungen durchzuführen – als eine Hilfe zur Selbsthilfe.

Dreistufiges Vorgehen

Das Behandlungsprogramm gliederte sich inhaltlich ebenfalls in drei Abschnitte:

- ▷ Informationsvermittlung zum Krankheitsbild der Psychose und ihrer medikamentösen Behandlung;
- ▷ Kommunikationstraining und
- ▷ Problemlösetraining.

Bei den anfänglichen *Informationssitzungen* legten die Therapeuten das Vulnerabilitäts-Streß-Modell zugrunde, welches den Index-Patienten als seelisch besonders verletzlichen,

*) Durchgeführt an der Rheinischen Landesclinik in Bonn; Projektleiter: Dr. med. Tilo Held.

empfindsamen Menschen darstellt, der in Belastungssituationen psychotisch dekompensieren kann.

Bei diesen Sitzungen wurden folgende Ziele verfolgt:

▷ Vermittlung von Krankheitsverständnis und Sensibilisierung für krankheitsbedingte Einschränkungen;

▷ Verbesserung der Wahrnehmung von Rezidiv-Hinweisen und Einbeziehung der Angehörigen in die Rezidivprophylaxe;

▷ Verbesserung der Compliance und

▷ Entlastung der Angehörigen von Schuld-, Scham-, und Versagensgefühlen.

Bei jedem Arzttermin wurden mit dem Patienten und den Angehörigen die frühen Warnzeichen besprochen, das heißt eine Liste von individuell zusammengestellten Symptomen, die früheren Krankheitsepisoden vorausgegangen waren.

Die regelmäßige Kontrolle dieser Frühwarnzeichen half, die Familie zu sensibilisieren, Veränderungen im Befinden der Patienten rechtzeitig zu registrieren, Zusammenhänge mit äußeren Belastungen zu erkennen und möglichst früh Bewältigungsstrategien zu entwickeln.

Bessere, streßfreie Verständigung

An die Informationsgespräche schlossen sich dann vier bis sechs Sitzungen mit einem *Kommunikations-training* an, dessen Ziel war, zur besseren und streßfreieren Verständigung im familiären Alltag beizutragen.

Die verhaltenstherapeutisch orientierten Kommunikationsübungen hatten folgende Inhalte:

- ▷ positive Gefühle äußern;
- ▷ den anderen um etwas bitten;
- ▷ negative Gefühle äußern;
- ▷ aktives Zuhören.

Diese Kommunikationsübungen dienten der Verbesserung der kognitiven Fähigkeiten der Familienmitglieder und verhalfen zu einer größeren sozialen Kompetenz.

Am Ende der dreimonatigen intensiven Therapiephase – d. h. in der 10. bis 12. Sitzung. – wurde ein *strukturiertes Problemlöseverfahren* eingeführt, anhand dessen die Familien lernen konnten, ihre jeweiligen Schwierigkeiten leichter zu bewältigen.

Hilfen zur Selbsthilfe

Die Therapeuten hatten dabei die Aufgabe, die Familien anzuleiten, sie bei der Suche nach der für sie jeweils optimalen Lösung zu unterstützen, also Hilfe zur Selbsthilfe zu vermitteln. Das Problemlöseverfahren umfaßte die folgenden sechs Schritte:

- ▷ Problem definieren;
- ▷ Lösungsvorschläge sammeln;
- ▷ Vorschläge diskutieren;
- ▷ beste Lösung auswählen;
- ▷ Lösungsdurchführung planen und
- ▷ Durchführung überprüfen.

Dabei standen in Familien mit Patienten, die erst relativ kurze Zeit erkrankt waren, neben Themen wie Umgang mit Krankheitssymptomen und den Medikamenten auch Probleme am Arbeits- beziehungsweise Ausbildungsplatz im Vordergrund. Hier waren auch die Patienten selbst besonders motiviert, Erleichterungen für sie belastende Situationen zu finden.

In Familien von Patienten mit einer „chronisch produktiven Symptomatik“ nahmen Fragen des Umgangs mit der Krankheitssymptomatik und ihrer Auswirkung auf das Familienleben eine besonders wichtige Rolle ein.

Bei Familien chronisch Kranker mit Residualsymptomen, die oft auch schon berentet waren, gab es solche Konflikte sehr viel weniger. In diesen Familien ging es denn auch mehr um Problembereiche wie Aktivierung zur Hausarbeit, allgemeine Körper- und Gesundheitspflege, Einschränkung des Rauchens oder auch Aufnahme von Kontakten zu psychosozialen Hilfsangeboten. In den meisten Fällen ging die Hauptmotivation zu Veränderungen eher von den Angehörigen des Patienten aus.

Entlastung des stationären Sektors

Die Ergebnisse belegen, daß die Patienten während der zweijährigen Projektzeit wesentlich weniger stationäre Hilfe in Anspruch nehmen mußten als in den zwei Jahren vor Projektbeginn, psychopathologisch eine deutliche Besserungstendenz zeigten, im Durchschnitt eine längere Zeit berufstätig waren; daß die von den Angehörigen eingeschätzte Belastung des Familienlebens durch die Psychose im Laufe der Betreuung deutlich geringer wurde; daß durch die erhebliche Verringerung der stationären Aufenthalte die Behandlungskosten deutlich gesenkt werden konnten. Der ausführliche Abschlußbericht mit weiteren Literaturangaben wird in Kürze beim Bundesministerium für Gesundheit, Bonn, zu erhalten sein.

● Aus diesen Gründen sollte diese modellhaft erprobte Therapieform in die psychiatrische Regelversorgung von psychotisch Kranken übernommen werden. Die niedergelassenen Nervenärzte, Psychiater und ärztlichen Psychotherapeuten sollten dazu von den Kostenträgern die erforderlichen abrechnungstechnischen Möglichkeiten erhalten. Sie könnten damit den stark belasteten Familien von chronisch psychisch Kranken ein umfassendes Behandlungsangebot unterbreiten und somit auch den Forderungen der Angehörigen nach mehr Einbezug in die Therapie gerecht werden.

Dt. Ärztebl. 89 (1992) A₁-782-785
[Heft 10]

Anschrift der Verfasser:

Marlies Bockhorn
Ärztin für Psychiatrie und Neurologie
% Gemeinschaftspraxis
Karl Assmann / Zoe Calkaris
Hauptstraße 155
W-5020 Frechen

Dr. med. Michael Boonen
Arzt für Psychiatrie und Neurologie
% Rheinische Landeslinik Bonn
Kaiser-Karl-Ring 20
W-5300 Bonn 1