

MEDIZINISCHE UNIVERSITÄT GRAZ



Im Einklang zur Spitze

Medizinische Universität Graz

Mag. Barbara Kreiner

**Psychoedukation bei PatientInnen mit depressiven oder
psychotischen Störungsbildern**

**Auswirkungen auf spezifische Parameter von Lebensqualität,
Compliance und krankheitsbezogenem Wissen**

Dissertation

Zur Erlangung des akademischen Grades einer Doktorin der medizinischen
Wissenschaften an der Medizinischen Universität Graz

Betreuer:

Univ.- Doz. Dr. Hans-Bernd Rothenhäusler

Erstbegutachter:

Univ.- Doz. Dr. Hans-Bernd Rothenhäusler

Universitätsklinik für Psychiatrie

Zweitbegutachterin:

Ao. Univ.- Prof. Dr. Ursula Wisiak

Universitätsklinik für Medizinische Psychologie und Psychotherapie

2008

Vorwort

Faszinierend an der intensiven Beschäftigung mit dem Themenbereich der Psychoedukation über die letzten zwei Jahre hinweg sind die Vielfältigkeit und die unterschiedlichen Erlebnisebenen, die notwendig und bereichernd waren, um einen Zugang zum Thema zu bekommen. Während ich dem Thema zu Beginn auf einer theoretischen, wissenschaftlichen Ebene näher gekommen bin, gab es später durch Teilnahme an Kongressen und ein Kennenlernen vieler hilfsbereiter KollegInnen einen intensiven Erfahrungsaustausch. Lebendig ist das Thema Psychoedukation aber vor allem durch die an meinen Gruppen teilnehmenden PatientInnen geworden. Auch für mich als Gruppenleiterin war es erstaunlich, welche Gruppenkohäsion in Psychoedukationsgruppen entstehen kann, und am Ende jeder Gruppe stand auch für mich ein Abschied. Ich denke, diese Vielfältigkeit, die sich in meinen eigenen persönlichen Interessen widerspiegelt, hat mich sehr motiviert und es mir ermöglicht diese Motivation auch auf die TeilnehmerInnen zu übertragen und beim Behandlungsteam innerhalb der Klinik weitere Anerkennung der Psychoedukation zu verschaffen. Wesentliche Voraussetzung für meine gesamte Arbeit bestand darin, an der Univ. Klinik für Psychiatrie, in der eine Verbindung von Forschung und Praxis möglich und erwünscht ist, tätig zu sein. Für diese Chance möchte ich mich bei Univ.- Prof. DDr. Hans-Peter Kapfhammer bedanken.

An dieser Stelle möchte ich mich auch bei all jenen Personen herzlich bedanken, die mich in allen Phasen der Erarbeitung dieser Dissertation unterstützt haben. Allen voran gilt mein herzlicher Dank Herrn Univ.- Doz. Hans-Bernd Rothenhäusler für den Glauben an meine Fähigkeiten und die Betreuung dieser Arbeit. Für ihre engagierte Hilfe bei der Durchführung der psychoedukativen Gruppen möchte ich mich bei Herrn Mag. Dr. Andreas Baranyi und Frau Dr. Alexandra Stepan bedanken. Besonderer Dank gilt auch Herrn Dr. Günter Herzog, der als mein Supervisor im Laufe dieses Jahres unzählige Fragen beantworten musste und trotzdem immer ein offenes Ohr für meine Anliegen hatte. Nicht vergessen möchte ich auch Frau Ao. Univ.- Prof. Dr. Ursula Wisiak, die sich bereit erklärt hat, als Begutachterin dieser Arbeit zu fungieren. Des Weiteren möchte ich mich bei meinen KollegInnen Hannes Waldauer und Gabi Dietmaier bedanken, die in unzähligen Diskussionen ständig an meiner Seite standen und neben wertvollen methodischen Anregungen vor allem auch emotionale Unterstützung gaben. Last but not least möchte ich mich bei all meinen Freunden und meiner Familie für ihre Geduld und Hilfestellungen während der Entstehung dieser Arbeit bedanken.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
1.1 Konzeptualisierung und Definition von Psychoedukation	1
1.1.1 Was sind Ziele von Psychoedukation?	2
1.2 Wo wird Psychoedukation eingesetzt und wer sollte daran teilnehmen?.....	3
1.2.1 Die Rolle der Angehörigen	6
1.3 Wie häufig wird Psychoedukation eingesetzt?.....	8
1.4 Überblick über die Wirksamkeit von Psychoedukation	9
1.4.1 Lebensqualität, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit	14
1.4.1.1 Lebensqualität in der Psychiatrie.....	16
1.4.1.2 Psychoedukation und Lebensqualität	18
1.5 Was wirkt in der Psychoedukation? Psychologische Wirkfaktoren.....	19
1.6 Inhalte und Aufbau der Psychoedukation in Graz.....	22
1.7 Zielsetzungen und Ableitung der Fragestellung.....	26
2. Methode	28
2.1 Studienablauf.....	28
2.2 Stichprobe.....	29
2.3 Versuchsmaterial	33
2.3.1 Selbstbeurteilungen.....	33
2.3.2 Fremdbeurteilungen.....	36
2.4. Studiendesign und statistische Auswertung	39
3. Ergebnisse	40
3.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität.....	40
3.1.1 Gruppe: Depression	40
3.1.2 Gruppe: Psychose	41
3.2 Lebenszufriedenheit	43
3.2.1 Gruppe: Depression	43
3.2.2 Gruppe: Psychose	44
3.3 Psychopathologie.....	45
3.3.1 Gruppe: Depression	45
3.3.1.1 Selbstbeurteilungen	45
3.3.1.2 Fremdbeurteilungen.....	46

3.3.2 Gruppe: Psychose	47
3.3.2.1 Selbstbeurteilungen	47
3.3.2.2 Fremdbeurteilungen.....	48
3.4 Krankheitsbezogenes Wissen	48
3.4.1 Gruppe: Depression	49
3.4.2 Gruppe: Psychose	49
3.5 Compliance.....	50
3.5.1 Gruppe: Depression	50
3.5.2 Gruppe: Psychose	50
3.6 Zusammenhang psychologischer Variablen mit dem Erfolg von Psychoedukation	51
3.6.1 Gruppe Depression	52
3.6.2 Gruppe Psychose	55
3.7 Feedback zur Psychoedukation	57
3.7.1 Gruppe Depression	59
3.7.2 Gruppe Psychose	60
3.8 Gruppenvergleiche depressiver mit psychoseerfahrenen PatientInnen.....	62
4. Diskussion.....	64
5. Limits, Conclusio und Ausblick	79
6. Zusammenfassung	81
7. Literaturverzeichnis	83
8. Anhang.....	94

1. Einleitung

1.1 Konzeptualisierung und Definition von Psychoedukation

In den letzten 20 Jahren haben psychoedukative Behandlungsansätze in der Medizin im Allgemeinen aber auch speziell im psychiatrischen Bereich an Bedeutung gewonnen. Am Beginn der 1980er Jahre führte Anderson (1980) den Begriff Psychoedukation für die Behandlung von Schizophrenien ein und bezeichnete damit eine Familienintervention, in der Informationsvermittlung und therapeutisches Handeln gemeinsam angewendet wurden. Ursprünglich wurden diese Programme als von Experten geführte Form von Unterrichtung im Sinne von Vorlesungen, Frontalunterricht teilweise gekoppelt an schriftliche oder audiovisuelle Unterrichtsmaterialien verstanden. Im Laufe der Jahre wurde der edukative Teil durch weitreichende psychotherapeutische Anteile ergänzt. Daley, Bowler und Cahalane (1992) meinen, dass erst dann von Psychoedukation gesprochen werden kann, wenn zusätzlich zur reinen Unterrichtung (Wissensvermittlung) auch die individuellen Bewältigungsfähigkeiten, Selbsthilfekompetenzen oder Selbstbefähigungen im Sinne von Empowerment gefördert werden. Mittlerweile hat sich eine Reihe von unterschiedlichen Programmen der Psychoedukation entwickelt, die sich deutlich in ihrer Dauer und Durchführung unterscheiden. So kann man unter Psychoedukation eine einmalige Informationsveranstaltung als auch eine über mehrere Monate andauernde Intervention verstehen. Je länger eine psychoedukative Maßnahme besteht, desto stärker bewegt sich der Schwerpunkt von einer reinen edukativen zu einer psychotherapeutischen (vorwiegend verhaltenstherapeutischen) Maßnahme (Pitschel-Walz & Engel, 1997). Diesbezüglich gab es immer wieder Diskussionen, wie Psychoedukation zu sehen sei: als ein neues, eigenständiges Therapiekonzept oder doch als Unterform einer vorwiegend verhaltenstherapeutischen Psychotherapie (Elmer, 1996, Klingberg, 2001). In den letzten 20 Jahren konnte in einer Vielzahl von Forschungsuntersuchungen die Wirksamkeit von Psychoedukation nachgewiesen werden. Gleichzeitig gab es aber auch einen Paradigmenwechsel in der Medizin, wodurch neben der Symptomreduktion die Verbesserung der Lebensqualität in den Mittelpunkt der Behandlungszielen rücken. Es ist sicherlich auf beide Faktoren zurückzuführen, dass sich der Stellenwert und die Bedeutung von Psychoedukation im Gesamtbehandlungsplan als integrierter Baustein, der sich mit dem Krankheitsverständnis, der psychotherapeutischen und pharmakologischen Behandlungsbereitschaft oder der Steigerung von Selbstmanagementfähigkeiten befasst,

deutlich verbessert hat. So kommt es, dass sich die Psychoedukation trotz einiger geäußerter Kritikpunkte hinsichtlich des zugrundeliegenden Krankheitsverständnisses und Menschenbildes (Klimitz, 1997/2006) nicht nur in der Behandlung von Schizophrenie etabliert hat. Mittlerweile hat der Arbeitskreis für Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen in einem Konsensuspapier folgende Definition erarbeitet:

„Unter Psychoedukation werden systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen zusammengefasst, um die PatientInnen und ihre Angehörigen über die Hintergründe der Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ (Bäuml & Pitschel-Walz, 2003, S.3).

Psychoedukative Behandlungsverfahren können laut Bäuml, Pitschel-Walz, Berger, Gunia, Heinz und Juckel (2005) als Bindeglied betrachtet werden, um die von professioneller Seite initiierten Behandlungsverfahren optimal mit dem Selbsthilfepotenzial von PatientInnen und Angehörigen zu kombinieren.

1.1.1 Was sind Ziele von Psychoedukation?

Als übergeordnetes Ziel psychoedukativer Maßnahmen für die Arbeit mit PatientInnen nennen Bäuml & Pitschel-Walz (2003, S.3) „die Förderung des informierten selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung, mit dem Ziel einer Verbesserung des Krankheitsverlaufs“. Es sollte der Informationsstand bezüglich der Diagnose, den Ursachen des Verlaufs und den Behandlungsmöglichkeiten der Erkrankung gesteigert werden, um auch an einem funktionalen Krankheitskonzept arbeiten zu können. Es sollte die Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung, eine längerfristige Behandlungsbereitschaft, eine Erhöhung der Selbstwirksamkeit und das subjektive Befinden verbessert werden. Als weitere Ziele nennen Behrendt und Krischke (2005) oder Wiedemann, Klingenberg, Pitschel-Walz und die Arbeitsgruppe Psychoedukation (2003) die Verbesserung des Umgangs mit Frühwarnzeichen, die Antizipation und Vermeidung von Über- und Unterforderung und die Förderung der Zusammenarbeit zwischen PatientInnen, BehandlerInnen und Angehörigen. Auf Seiten der TherapeutInnen geht es darum, eine bessere subjektive Wahrnehmung der Nöte und Bedürfnisse sowohl von PatientInnen als auch deren Angehörigen zu schaffen und Ressourcen zu erarbeiten, die unabhängig von

anderen Therapien sind. Neben dem großen Bereich der Informationsvermittlung steht vor allem die emotionale Entlastung der PatientInnen im Vordergrund. Durch die Teilnahme in einer psychoedukativen Gruppe mit anderen betroffenen PatientInnen und unter Anleitung des/der Gruppenleiters/Gruppenleiterin ist es auch möglich, belastende Themen wie Überforderung, Resignation, Schamgefühle, Angst, Enttäuschung, Trauer, Angst vor Stigmatisierung oder Suizidalität aufzugreifen, zu bearbeiten und in einer anderen Qualität erlebbar zu machen, als dies in Einzeltherapien der Fall ist. Gerade PatientInnen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis kämpfen nach wie vor gegen Stigmatisierungen an und müssen auch lernen mit einer Chronifizierung der Erkrankung zu leben. Oft muss eine Adaption der Lebensperspektiven erfolgen, was mit großer Trauer und Trauerarbeit verbunden ist. In psychoedukativen Gruppen kommt es zu einem Erfahrungsaustausch unter den PatientInnen, zu einer Relativierung des eigenen Schicksals und zu einer Reduktion von Schuld- und Versagensängsten. Gleichzeitig werden Kontakte untereinander gefördert und gegenseitige Umgangshilfen gegeben (Pitschel-Walz, Bäuml & Kissling, 2003).

Zuletzt gehört aber auch ein ökonomisches Ziel angeführt nämlich die Reduktion der Kosten für das Gesundheitssystem. Kosten-Nutzenanalysen für die Psychoedukation wurden unter dem Aspekt der „eingesparten“ Krankheitstage, basierend auf den Untersuchungen zur Wirksamkeit der Psychoedukation (siehe Kapitel 1.4), berechnet. Für deutsche Daten zur Psychoedukation ergibt sich im Vergleich zur Routineversorgung eine Einsparung von 208.000 Euro für 81 InterventionspatientInnen (Behrendt, Pitschel-Walz & Bäuml, 2005). Pitschel-Walz und Engel (1997) berichten von einem Einsparungspotenzial von zirka 25 Prozent in amerikanischen Studien durch psychoedukative Interventionen unter Einbeziehung der Angehörigen.

1.2 Wo wird Psychoedukation eingesetzt und wer sollte daran teilnehmen?

Psychoedukation wird als PatientInnen-Schulung oder Selbstmanagementansatz auch bei somatischen Krankheiten angewendet. Der Ursprung liegt in der Diabetes Schulung, aber es folgten auch weitere Programme für Krankheiten wie Epilepsie, Neurodermitis, Tinnitus, Parkinson, Krebs oder auch für Schmerz- oder TransplantationspatientInnen. In der Psychiatrie war der Einsatz von Psychoedukation lange Zeit auf die Krankheit der Schizophrenie limitiert, wobei hier eine Reihe von unterschiedlichen Manualen entwickelt wurden, die sich vor allem in ihrer Dauer und Schwerpunktsetzung unterscheiden. Es gibt Programme, die im stationären oder

ambulanten Setting eingesetzt werden, solche die die Bearbeitung von Krankheitskonzepten oder Problemlösestrategien integrieren oder soziale Kompetenzen trainieren. Bezüglich der Anzahl der Sitzungen variieren die Programme zwischen acht und 30 Sitzungen. Dabei unterschieden sich die Programme kaum in zu vermittelnden Basiswissen, sondern vor allem in der Anzahl von praktischen, verhaltenstherapeutischen Übungen. Bäuml et al. (2005) stellen zum Beispiel ein acht Stunden umfassendes Programm vor, das über die Symptomatik, die Ursachen, das Krankheitskonzept, den Verlauf und die Behandlungsmöglichkeiten in einem „Pflicht-Programm“ informiert. Darüber hinaus können weitere Inhalte wie Umgang mit Scham und Schuld, effizientes Verhalten oder spezielle Stressbewältigung in Form eines „Kür-Programms“ angefügt werden. In den letzten Jahren wird die Psychoedukation vermehrt auch bei anderen psychiatrischen Krankheitsbildern eingesetzt. Dazu gehören Depression, Bipolare Störungen, Angst- und Zwangsstörungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen und Borderline, Essstörungen oder Schlafstörungen. In Tabelle A1 des Anhangs wird ein umfassender wenn auch nicht vollständiger Überblick über verschiedene psychoedukative Therapiemanuale aufgelistet.

In der letzten Zeit gibt es immer mehr Bestrebungen diagnosenübergreifende psychoedukative Maßnahmen anzubieten. Der Grund dafür liegt in der ökonomischen und leichter organisierbaren Durchführung der Gruppen. In kleineren psychiatrischen Abteilungen eines Allgemeinkrankenhauses fehlte zum Beispiel eine genügend große Anzahl an PatientInnen mit den einzelnen Diagnosen. Einige wesentliche Inhalte wie das Stress-Vulnerabilitätsmodell, das Synapsenmodell und die Möglichkeiten der Behandlung sind mit unterschiedlicher Gewichtung ohnehin für verschiedene psychische Erkrankungen relevant. Jensen und Sadre Churazi-Stark (2003) stellen ein solches diagnosenübergreifendes Vorgehen vor. Sie geben zunächst einen Überblick zur Systematisierung von somatischen, psychosomatischen und psychischen Erkrankungen. Anhand eines psychologischen Erlebenskreislaufs wird das Zusammenwirken von Gedanken, Verhalten und Gefühlen erläutert. Anschließend wird das Stress-Vulnerabilitäts-Modell eingeführt und in einer weiteren Sitzung die Diagnosen hinsichtlich DSM-IV Achse I und II Störungen systematisiert. Danach wird Vergleichbares und Unterschiedliches der verschiedenen Störungen erörtert, wobei sie ihr Vorgehen aus unterschiedlichen Manualen und Werken zusammengefügt haben. Es folgt eine Einheit zur Frühsymptomerkennung und zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten, inklusive Medikation. Zum Abschluss werden gesundheitsfördernde Verhaltensweisen und Krisenpläne erörtert. Aus ihrer Erfahrung berichten die Autoren, dass es schwer ist, PatientInnen mit psychotischen

Störungen aufgrund der vorhandenen kognitiven Störungen und Konzentrationsschwierigkeiten zu integrieren.

Gerade PatientInnen mit neurotischen Störungen und Persönlichkeitsstörungen verfügen den Autoren zufolge oft nicht über die notwendige Geduld und Toleranz für die speziellen Bedürfnisse der psychotischen PatientInnen. Gelingt eine Integration und entsteht eine positive Gruppendynamik, so erleichtert sich der Umgang im stationären Alltag zwischen den PatientInnen und es wird eine deutliche Endstigmatisierung. Eine große Flexibilität des/der Gruppenleiters/Gruppenleiterin ist gefragt.

Zur Frage, wer an psychoedukativen Gruppen teilnehmen sollte, gibt es laut Konsensuspapier des Arbeitskreis Psychoedukation (Bäumel & Pitschel-Walz 2003) kaum Kontraindikationen. Obwohl sich diese Richtlinien auf schizophrenie- erkrankten PatientInnen beziehen, können sie auch für andere Störungsbilder übernommen werden: Einzige wesentliche Voraussetzung für die Teilnahme an psychoedukativen Gruppen ist laut Autoren die „Gruppenfähigkeit“ der PatientInnen. Darunter verstehen sie, dass Symptome der inneren Unruhe, Ängste oder psychotisches Erleben soweit abgeklungen sind, dass die PatientInnen zumindest für 30 Minuten an den Gruppen teilnehmen und sich auch auf die Gruppeninhalte konzentrieren können. Außerdem sind ausreichende Sprachkenntnisse notwendig. Schönell (2003) untersuchte 93 PatientInnen kurz nach der Aufnahme auf einer offenen psychiatrischen Station. Es zeigte sich, dass 75% an den Psychoedukationsgruppen teilnehmen konnten. Als Grund für die Nicht-Teilnahme der übrigen 25% nennt er folgende Gründe: mangelnde Sprachkenntnisse, Minderbegabung, krankheitsbedingte Einschränkungen und eine zu kurz geplante Behandlungszeit. Unter krankheitsbedingten Einschränkungen wird ein Schwellenkriterium von einem Score höher als drei in den speziellen Items der Positiv- und Negativsymptomskala bezüglich formaler Denkstörungen, Mangel an Spontaneität und Flüssigkeit der Sprache, unkooperatives Verhalten, mangelnde Impulskontrolle und soziales Vermeidungsverhalten verstanden. Bäumel und Pitschel-Walz (2003) betonen aber, dass weder mangelnde Krankheitseinsicht, Wahnerleben oder eine andere produktiv psychotische Symptomatik wie Halluzinationen und Ich-Störungen oder eine Residual- und Minussymptomatik Kontraindikationen für die Teilnahme an der Psychoedukation darstellen. Als Empfehlung für die Teilnahme an Psychoedukationen für Depressionen nennen Pitschel-Walz et al. (2003, S. 32) folgende ICD-10 Diagnosen: F31 (bipolare affektive Störungen), F32 (depressive Episode), F33 (rezidivierende depressive Störung), F34.0 (Zyklothymia), F34.1 (Dysthymia), F43.21 (verlängerte depressive Reaktion auf schwere Belastungen und Anpassungsstörungen) und eventuell auch F06.32 (organisch depressive Störung aufgrund einer Schädigung oder

Funktionsstörung des Gehirns oder einer körperlichen Krankheit), F1x.54 (vorwiegend depressive Symptome bei psychischen und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen), F20.4 (postschizophrene Depression) und F25.1 (schizoaffektive Störungen).

1.2.1 Die Rolle der Angehörigen

Angehörige stellen eine wertvolle Ressource der PatientInnen dar. Sie betreuen und unterstützen diese in vielerlei Weise vor, während und nach einem stationären Aufenthalt. Psychoedukation für Angehörige kann durch Information und Beantwortung vieler offener Fragen nicht nur die eigene Belastung der Angehörigen verringern, sondern auch den Umgang mit dem/der PatientIn erleichtern und fördern. Brown und Mitarbeiter führten 1962 das Konzept der „expressed emotions“ ein. Hohes emotionales Engagement bedeutet, dass der Umgang und die Kommunikation innerhalb der Familie durch übermäßige Kritik, Feindseligkeit oder auch überbehütetes Verhalten charakterisiert ist. Ein hoher „expressed-emotions“ Wert ist also ein Zeichen für eine massiv durch Stress belastete Familienatmosphäre. Laut Pitschel-Walz et al. (2003) konnte ein enger korrelativer Zusammenhang zwischen hohem emotionalem Engagement der Angehörigen und dem Rückfallrisiko eines schizophren erkrankten Familienmitglieds nachgewiesen werden. Die Reduktion solcher Emotionen und negativen Kommunikationsmuster stellt eine Indikation für die Teilnahme von Angehörigen und PatientInnen an psychoedukativen Gruppen dar.

Ebenfalls für die Durchführung von psychoedukativen Angehörigengruppen spricht, dass 93% der befragten Angehörigen mehr Informationen wollen, 86% wünschen sich häufigere Kontakte mit Arzt/Ärztin und 83% wollen mehr Informationen für die PatientInnen selbst. Diese Ergebnisse stammen aus einer Umfrage an 262 Angehörigen von psychisch Kranken des Vereins „Hilfe für Angehörige psychisch Erkrankter in Österreich“ (HPE) zur Einschätzung, was zur Verbesserung der Lage psychisch Kranker wichtig bzw. sehr wichtig sei (Katschnig et al. 1997). Auch in den Behandlungsleitlinien zur Schizophrenie (DGPPN 2006) wird festgehalten, dass es zu einer „good clinical practice“ gehört, dass Angehörige in allen Phasen der Erkrankung miteinbezogen werden. Falls das von dem/der PatientIn abgelehnt wird, ist es Aufgabe der BehandlerInnen, das Vertrauensverhältnis zwischen PatientInnen und deren Angehörigen zu stärken. Kennt man allerdings die Zahlen der Studie von Rummel-Kluge, Pitschel-Walz, Bäuml, und Kissling (2006), dass nur 2 % aller Angehörigen von schizophren erkrankten Personen an psychoedukativen Maßnahmen teilnehmen und dieser Prozentsatz bei affektiven und

dementen Störungen noch niedriger angesiedelt ist, so ist diesbezüglich ein großer Aufholbedarf zu leisten. In einer Studie von Glynn, Cohen, Dixon & Niv (2006) in den USA erhielten nur 0%-8% der an Schizophrenie erkrankten PatientInnen irgendeine Form von unterstützender Familienintervention.

Als Grund für die mangelnde Integration von Angehörigen in die Behandlung gibt es einerseits strukturelle Gründe wie zu kurze stationäre Aufenthalte, Diskontinuität von stationärer und ambulanter Behandlung, den Abbau von psychosozialen Angeboten bzw. die Reduktion auf pharmakologische Behandlung durch mangelnde Finanzierung von Seiten der Krankenkassen. Weitere Ursachen liegen bei den BehandlerInnen selbst, die Angehörigenarbeit nicht zur Routinearbeit zählen und ihr geringe Anerkennung beimessen. Dazu ist die Schlussfolgerung von Schmid, Spießl und Klein (2006) anzumerken, dass aufgrund der personellen Ressourcenverknappung eine adäquate Angehörigenarbeit häufig nicht mehr möglich sei. Sie zeigten, dass 25 Ärzte und acht PsychologInnen zum Untersuchungs-Stichtag 390 allgemeinpsychiatrische PatientInnen behandelten und nur 6,5 Minuten pro PatientIn und Woche der Gesamtgesprächszeit auf Angehörigengespräche ausfielen. Eine weitere Ursache für die mangelhafte Integration von Angehörigen liegt bei den PatientInnen. Es besteht gerade bei Schizophrenieerkrankten eine mangelnde Krankheitseinsicht und manchmal eine Weigerung mit den Angehörigen zu kommunizieren. Nicht zuletzt gibt es auch Gründe bei den Angehörigen selbst. Dazu zählen Termenschwierigkeiten, weite Anfahrtswege, emotionale Erschöpfung, Unsicherheit und Scheu vor der Psychiatrie, Angst vor zusätzlicher Belastung und geringerer Bildungsstand (Brent & Giuliano, 2007; Böck, 2005). Als Strategien zur Steigerung der Teilnahmebereitschaft sollte man laut Pitsch-Walz (2003) den wertschätzenden Umgang mit den Angehörigen pflegen, eine an den Bedürfnissen orientierte Form der Intervention anbieten, Termine der Gruppensitzungen anpassen, die Erreichbarkeit sicherstellen, eine Einladungsroutine in der Versorgung schaffen und die Vernetzung mit anderen Institutionen und Selbsthilfeorganisationen fördern. Aus diesem Grund gab es zum Beispiel eine Vorstellung der Psychoedukationsgruppen der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz bei den monatlichen Treffen des Vereins HPE. Um den Teilnahmeschwund zu verringern, sollte man auf die Gruppenzusammensetzung achten, eine angenehme Atmosphäre zu schaffen, die Gruppentermine zu Beginn abzuklären, eine telefonische Kontaktaufnahme bei Fernbleiben tätigen, eine „Nachholsitzung“ anbieten, regelmäßig die Wünsche erfragen, keinen Zwang zur Selbstöffnung ausüben und Außenseiter unterstützen und integrieren (Pitschel-Walz, 2003).

Eine neuere Bewegung im Bestreben Angehörige besser zu informieren besteht darin, mittels peer to peer Strategien Angehörige selbst als LeiterInnen psychoedukativer Angehörigengruppen auszubilden. Dazu gibt es bereits ein evaluiertes Programm von Rummel, Pitschel-Walz und Kissling (2005). Dixon, Lucksted, Stewart, Burland, Brown, Postrado, McGuire und Hoffmann (2004) können ebenfalls zeigen, dass ein solches peer to peer Programm mit den Angehörigen zu einer Reduktion der subjektiven Belastungen und einer Steigerung des Empowerments führt.

Kornmüller, Kratz, Schenkenbach, Mundt und Backenstraß (2006) berichten anhand einer Untersuchung an der psychiatrischen Klinik in Heidelberg, welche Angehörige eher an psychoedukativen Gruppen teilnehmen. Sie zeigen, dass knapp die Hälfte der Angehörigen von 55 PatientInnen mit entweder major Depression oder bipolarer Störung den psychoedukativen Gruppen beiwohnten. Es gibt dabei einen Geschlechtereffekt, der besagt, dass häufiger Lebenspartnerinnen von männlichen Patienten partizipieren als umgekehrt. Außerdem war bei Angehörigen von PatientInnen mit bipolaren Störungen größerer Teilnahmebedarf gegeben. PatientInnen, deren Angehörige an den Gruppen teilnahmen, wiesen ein günstigeres Krankheitskonzept und größeres Wissen über affektive Störungen auf. Sie fühlten sich aber auch stärker von ihren Angehörigen kritisiert und nahmen weniger soziale Unterstützung im Alltag wahr.

Yamaguchi, Takahashi, Takano und Kojima (2006) unterstrichen in einer nicht kontrollierten Outcomestudie in Japan die Bedeutung von Psychoedukation bei Angehörigen von PatientInnen mit Schizophrenie. Durch die Teilnahme an psychoedukativen Gruppen konnten Angehörige nicht nur ihr krankheitsbezogenes Wissen verbessern, sondern auch subjektive Faktoren wie Angst, Distress, psychische Belastung oder Selbstbeschuldigungen verringern. Weiters werden Optimismus, Selbstwirksamkeit und das Verständnis für die Krankheit gefördert, und Angehörige erleben größere Unterstützung durch das Behandlungsteam.

1.3 Wie häufig wird Psychoedukation eingesetzt?

In der bereits genannten Studie von Rummel-Kluge et al. (2006) wurde die Häufigkeit der Inanspruchnahme von Psychoedukation in deutschen, österreichischen und schweizer Kliniken in einer postalischen Umfrage untersucht. Insgesamt wurden 622 Kliniken angeschrieben, von denen 337 antworteten. In einem ersten Schritt wurden die LeiterInnen der Institutionen befragt. Es zeigte sich, dass es in 86% der Kliniken psychoedukative Gruppen gab, von denen wiederum 80% für PatientInnen mit

Schizophrenie eingerichtet wurden. In 14% der befragten Einrichtungen gab es keine Psychoedukation, wobei als häufigster Grund dafür ein Mangel an Arbeitskräften und Zeit angegeben wurde. Zur Befragung der Wichtigkeit der psychoedukativen Gruppen für PatientInnen schätzten 32% der LeiterInnen diese für sehr wichtig und 54% für wichtig ein. Für psychoedukative Angehörigengruppen wurden zu 15% für sehr wichtig und zu 43% für wichtig erachtet. In einem zweiten Schritt wurden die LeiterInnen der psychoedukativen Gruppen in den Kliniken selbst befragt. Über einen Zeitraum von einem Jahr wurde miteinander verglichen, wie viele PatientInnen mit schizophrener Erkrankung im Hause stationär aufgenommen wurden und wie viele davon schlussendlich tatsächlich an den entsprechenden psychoedukativen Gruppen teilnahmen. Es zeigt sich, dass in allen drei Ländern gemeinsam nur 21% der an Schizophrenie erkrankten PatientInnen tatsächlich an psychoedukativen Maßnahmen teilgenommen hatten. Die Autoren fassen zusammen, dass nur zirka ein Fünftel aller schizophrenen PatientInnen und nur eine Familienmitglied jeder/s fünfzigsten Patientin/en Zugang zur Psychoedukation haben. In Österreich wurden 2003 in den befragten sechs psychiatrischen Kliniken 227 PatientInnen mit der Diagnose Schizophrenie behandelt, von denen 27 Prozent der PatientInnen (56 Personen) an psychoedukativen Maßnahmen teilnahmen. Wie bereits erwähnt, liegt der Prozentsatz der teilnehmenden Angehörigen noch wesentlich niedriger – in Österreich bei neun Prozent. Diese Raten entsprechen auch Zahlen aus den USA. Dixon Leyes, Scott, Lehmann, Postrado, Goldman, und McGlynn (1999) berichteten, dass nur acht Prozent der Angehörigen ein psychoedukatives und unterstützendes Programm besuchten. Diese Zahlen beziehen sich wiederum auf Psychoedukation bei Schizophrenie. Offen bleibt die Frage, wie es mit der Psychoedukation bei anderen psychiatrischen Erkrankungen aussieht, wobei auch Rummel-Kluge et al. berichten, dass wenn überhaupt in den Institutionen eine Psychoedukation stattgefunden hat, dann zur Schizophrenie.

1.4 Überblick über die Wirksamkeit von Psychoedukation

Es gibt eine Vielzahl von verschiedenen Studien, die eine Wirksamkeit von Psychoedukation nachweisen. Die meisten Studien gehen allerdings nach wie vor auf psychoedukative Maßnahmen bei PatientInnen mit Schizophrenie zurück, und teilweise gibt es noch einen Mangel an kontrollierten Studien bezüglich der Rückfallraten bei anderen psychiatrischen Erkrankungen. Wirksamkeitsanalysen erfolgten in kontrollierten, randomisierten Studien, aber auch in explorativen Studien oder zusammenfassenden Metaanalysen. Erschwert wird eine Übersicht dahingehend, dass der Begriff

Psychoedukation, wie bereits angesprochen, sehr unterschiedlich definiert sein kann. Im Folgenden soll ein kurzer, keineswegs vollständiger Überblick über verschiedene Outcomes von Psychoedukation gegeben werden.

Eine gute und neuere **Metaanalyse** zur Effektivität von psychologischen Therapien bei Schizophrenie stammt von Pfammatter, Junghan und Brenner (2006). Sie betrachten als psychologische Therapien soziales Kompetenz Training, kognitives Training, Psychoedukation und kognitive, verhaltenstherapeutisch orientierte Interventionen. Unter Psychoedukation werden von ihnen Interventionen zusammengefasst, die auf Wissensvermittlung über die Erkrankung mit Orientierung am Vulnerabilitäts-Stress-Modell fokussieren, gleichzeitig aber auch spezifische Copingstrategien und Problemlösefähigkeiten trainieren und die Angehörigen integrieren. Insgesamt konnten 31 Studien unter kontrollierten Bedingungen in die Metaanalyse aufgenommen werden, die positive Auswirkungen von psychoedukativen Maßnahmen auf Rückfallsraten (geringere Rehospitalisierung bzw. geringere Anzahl an Tagen im Krankenhaus) und die generelle Psychopathologie der PatientInnen nachwies. Darüber hinaus zeigte sich, dass es zu einem krankheitsbezogenen Wissenszuwachs sowohl bei PatientInnen als auch deren Angehörigen und zu einer deutlichen Verschiebung von high zu low expressed emotions kommt. Weiters verbessert sich das soziale Funktionsniveau der PatientInnen.

Pitschel-Walz, Leucht, Bäuml, Kissling und Enge (2001) wiesen in ihrer Metaanalyse von 25 Studien, die alle Angehörigengruppen integrierten nach, dass die Rückfallsrate von PatientInnen mit Schizophrenie um 20% reduziert werden kann, wenn ihre Familienangehörigen Bestandteil der Behandlung sind und an psychoedukativen Maßnahmen teilnehmen. Dabei stellen sich die besten Effekte ein, wenn die psychoedukative Intervention langandauernd ist und über mindestens drei Monate geht. Außerdem ist ein bifokaler Ansatz, der Psychoedukation für PatientInnen und Angehörige berücksichtigt gemeinsam mit einer psychopharmakologischen Behandlung der alleinigen medikamentösen Therapie hinsichtlich der Rückfallsraten deutlich überlegen.

Weitere Metaanalysen von Pilling, Bebbington und Kuipers (2002) oder Pharoah, Mari und Steiner (zitiert nach Pfammatter et al. 2006) belegen ebenfalls die Wirksamkeit von Psychoedukation in Hinblick auf Rückfallsraten, sowohl bezüglich geringerer Rehospitalisierung als auch signifikanter Verbesserung der Symptomatik im ersten und zweiten Jahr nach der Teilnahme. Darüber hinaus kann auch eine Verbesserung des Compliance Verhaltens bezüglich der Medikation, des sozialen Funktionsniveaus, der Lebensqualität beziehungsweise eine Reduktion von *high expressed emotions* bei Familienangehörigen nachgewiesen werden.

Mojtabai, Nicholson und Carpenter führten 1998 die wohl umfassendste Metaanalyse mit insgesamt 106 inkludierten Studien durch. Sie konnten einen additiven Effekt von psychosozialen Therapien in Kombination mit Psychopharmaka im Vergleich zur alleinigen medikamentösen Behandlung in Bezug auf Rückfallsraten, kognitive Leistungsfähigkeit, Sozialverhalten und Copingstrategien feststellen. So bewirken psychosoziale Therapien zum Beispiel eine Reduktion der Rückfallsraten von 20%.

Pekkala und Merinder (2002) inkludieren in ihrem Review 10 Studien, die sich vor allem auf die Wissensvermittlung durch Psychoedukation konzentrieren und keine Verhaltens- oder Social Skills Trainings beinhalten. Sie konnten nachweisen, dass diese psychoedukativen Interventionen im Vergleich zur Standardversorgung die Rückfalls- und Rehospitalisierungsraten nach neun beziehungsweise 18 Monaten signifikant reduzieren und das psychosoziale Funktionsniveau signifikant steigern können.

Um die Wirksamkeit von Psychoedukation zu belegen, konzentrierte man sich vor allem in den Metaanalysen in erster Linie auf „harte Fakten“ wie Rehospitalisierungsraten, Anzahl der Tage des stationären Aufenthalts oder auch die Reduktion der psychopathologischen Symptomatik. Darüber hinaus gibt es auch eindeutige Effekte der Psychoedukation auf die **Verbesserung der Compliance** bezüglich der Medikamenteneinnahme oder der Bereitschaft zur weiteren Behandlung durch PsychiaterInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen (Hornung, Klingberg, Feldmann & Schulze-Mönking, 1998; Bäuml, J., Kissling, W. & Pitschel-Walz, G., 1996). Pitschel-Walz, Bäuml, Bender, Engel, Wagner und Kissling (2006) untersuchten in einer kontrollierten Studie die Effekte von Psychoedukation im Vergleich zur normalen Routineversorgung. PatientInnen und deren Angehörige nahmen über einen Zeitraum von vier bis fünf Monaten an jeweils acht psychoedukativen Sitzungen teil. Es zeigte sich, dass das Complianceverhalten, das von den jeweiligen behandelnden Psychiatern fremdgeratet wurde, von PatientInnen mit Psychoedukation sowohl nach einem als auch nach zwei Jahren besser war als bei den PatientInnen in der Kontrollgruppe. Laut Puschner, Born, Gießler, Helm, Becker und Angermeyer (2005) liegt die Non-Compliance Rate bei Schizophrenie-PatientInnen um die 50%. Die Autoren betonen außerdem, dass sich diese Rate kaum von jenen medikamentös behandelten PatientInnen mit anderen psychischen oder auch somatischen Störungen unterscheidet und unterstreichen damit die Bedeutung von Compliance-fördernden Maßnahmen. In einer Übersicht aus verschiedenen Metaanalysen berichten sie, dass Psychoedukation und kognitiv-behaviorale Interventionen eine Steigerung der Compliance bewirken können, kognitiv-behaviorale Methoden der Psychoedukation mit rein edukativen Anteilen überlegen ist.

Eine solche Compliance Verbesserung konnte von Merinder, Viuff & Laugensen (1999) nicht nachgewiesen werden, dafür verbesserte sich die PatientInnengruppe mit Psychoedukation im Vergleich zur PatientInnen ohne Psychoedukation im Zuwachs von **krankheitsbezogenem Wissen**. Dieser Effekt zeigte sich auch noch ein Jahr nach der Teilnahme an der Psychoedukation. Schaub, A., Behrendt, B. & Brenner, H.D. (1998) können diesen Befund in einer ähnlichen, allerdings nicht randomisierten Studie, bestätigen.

Es gibt derzeit noch wenige Langzeitstudien die über einen Zeitraum von ein bis zwei Jahren hinausgehen. Basan, Pitschel-Walz und Bäuml (2000) berichten, dass in einer vier Jahres Katamnese 60 Prozent der an der Psychoedukation teilgenommenen PatientInnen in regelmäßiger ambulanter Behandlung an der Münchner Klinik blieben. Sie verglichen diese in Therapie verbleibenden PatientInnen mit den 40 Prozent Therapieabbrechern. Es zeigte sich, dass sich zwar hinsichtlich der Rehospitalisierungsraten zwischen den beiden Gruppen kein signifikanter Unterschied nachweisen ließ, sehr wohl aber im Vergleich der Anzahl der stationären Wiederaufnahmetage. Dieser Wert ist bei den Therapieabbrechern um das 2,5 fache erhöht. Als Prädiktoren zur Vorhersage des Therapieabbruchs fanden sich weniger krankheitsbezogenes Wissen und geringere Teilnahmehäufigkeit, sowohl bei PatientInnen als auch bei ihren Angehörigen an den psychoedukativen Maßnahmen. Die nach Ende der Psychoedukation durch den behandelnden Arzt beurteilte, zukünftige Compliance stellt ebenfalls einen gewichtigen Prädiktor dar. Hornung, Feldmann, Schonauer, Schäfer, Schulze-Mönking, Klingberg, Buchkremer (1999) berichten, dass sich ein rezidivprophylaktischer Effekt der durchgeführten psychoedukativen Gruppen beziehungsweise kognitiven Psychotherapie in Form einer Reduktion der Rehospitalisierungsrate bei PatientInnen mit Schizophrenie erst innerhalb des zweiten Katamnesejahres entwickelt. In einer weiteren Studie von Bäuml, Froböse, Kraemer, Rentrop und Pitschel-Walz (2006) zur Überprüfung der Auswirkungen von Psychoedukation auf PatientInnen mit Schizophrenie und deren Angehörigen zeigt sich nach zwei Jahren eine Reduktion der Rehospitalisierungsraten von 58% auf 41% und eine Verkürzung der Aufenthaltsdauer von 78 auf 39 Tage.

Geht es um die **Beurteilung psychoedukativer Programme** durch PatientInnen fällt diese überwiegend positiv aus (Killian, Lindenbach & Angermeyer 2001). Die TeilnehmerInnen bewerteten die erhaltenen Informationen und die Möglichkeit zum Austausch innerhalb der Gruppe als sehr positiv. Die TeilnehmerInnen änderten zwar nicht unmittelbar ihr Verhalten, gaben aber dennoch an, dass das erworbene Wissen über die

Erkrankung, Behandlungsmethoden und der Erfahrungsaustausch, ihr Leben mit der Erkrankung erleichtert haben.

Zusätzlich gibt es Studien, die sich mit der **generellen Behandlungszufriedenheit** von PatientInnen beschäftigen. In einer Online Studie über PatientInnen mit depressiven und bipolaren Erkrankungen (Kessing, Hansen, Ruggeri & Bech, 2006) wird gezeigt, dass die Zufriedenheit mit den Kontakten zum professionellen Helferteam nur gering war. Vor allem jüngere PatientInnen waren unzufrieden mit den Fähigkeiten und Verhaltensweisen von facheinschlägigen BetreuerInnen und den Informationen, die sie bekamen. Aufgrund dessen unterstreichen die Autoren die Wichtigkeit und Notwendigkeit von Psychoedukation. Auch Merinder et al. (1999) bestätigen eine positive Wirksamkeit der Psychoedukation auf die generelle Behandlungszufriedenheit der TeilnehmerInnen.

Interessant ist auch, welche Einstellungen und Erwartungen behandelnde PsychiaterInnen in der freien Praxis zur Psychoedukation haben. Die Forschergruppe Killian, Holzinger und Angermeyer (2001) hat in einem leitfadenorientierten Experteninterview die Einstellung von Psychiatern, die im Raum Leipzig an einem Modellprojekt zur integrierten Schizophreniebehandlung teilnahmen, gegenüber psychoedukativen Maßnahmen untersucht. Von 20 befragten PsychiaterInnen bestätigten 17 die positive Wirkung von Psychoedukation bezüglich der Einstellung der PatientInnen zur Erkrankung, der Wahrnehmung von Frühwarnzeichen, der Behandlungscompliance, des Krankheitsverhaltens und der geringeren Notwendigkeit einer stationären Behandlung.

Zusammenfassend berichten Schaub, Kümmler, Goldmann, Roth, Charypar, Bernhard, Schweiß und Amann (2005), dass es immer noch uneinheitliche Befunde bezüglich der Wirksamkeit von Psychoedukation bei PatientInnen gibt. Sie betonen den auch aktuell noch bestehenden Forschungsbedarf in Hinblick auf differentielle Indikationen für bestimmte Therapieverfahren, einschließlich zeitlicher Empfehlungen. Es bleibt die Frage zu beantworten, wer, wann in seinem Krankheitsverlauf am besten von welchem Verfahren profitiert.

1.4.1 Lebensqualität, Wohlbefinden, Lebenszufriedenheit

Im Folgenden sollt auf die Konzeptualisierung von Lebensqualität genauer eingegangen werden, da diese auch die Hauptoutcome Variable für diese Untersuchung darstellt.

Lebensqualität ist ein sehr heterogenes Konzept, das in den verschiedensten Disziplinen (z.B.: Geographie, Literatur, Philosophie, Wirtschaft, Politik, Werbung, Gesundheit, Medizin, Sport) seine Verwendung findet. So können als soziale oder ökonomische Indikatoren der Lebensqualität beispielsweise das Einkommen, die materielle Sicherheit, politische Freiheit und Unabhängigkeit, soziale Gerechtigkeit oder die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung angesehen werden (Schumacher, Klaiberg & Brähler, 2003; Fahrenberg, Myrtej, Schumacher & Brähler, 2000). Von der WHOQoL Group wird Lebensqualität wie folgt definiert: „Lebensqualität ist die individuelle Wahrnehmung der eigenen Lebenssituation im Kontext der jeweiligen Kultur und des jeweiligen Wertessystem, in Bezug auf die eigenen Ziele, Erwartungen, Beurteilungsmaßstäben und Interessen.“ (Angermeyer, Killian & Matschinger, 2000, S.10).

In den letzten Jahren gewinnen vor allem subjektive Indikatoren der Lebensqualität wie das subjektive Wohlbefinden oder die Lebenszufriedenheit an Bedeutung. Damit wird Lebensqualität verstärkt als individuumsbezogenes Konstrukt aufgefasst (Fuhrer, 2000 zit nach Schumacher et al.). In der Psychologie stellt die Lebensqualitätsforschung einen eigenen Forschungsbereich dar, und in der Medizin wird die Lebensqualität vermehrt als Evaluationskriterium von Therapien herangezogen. Außerdem stellt die Verbesserung der Lebensqualitiät neben der Verbesserung der klinischen Symptomatik ein wesentliches Behandlungsziel dar.

Gesundheitsbezogene Lebensqualität wird als multidimensionales Konstrukt aufgefasst, das körperliche, emotionale, mentale, soziale, spirituelle und verhaltensbezogene Komponenten des Wohlbefindens und der Funktionsfähigkeit aus der subjektiven Sicht der Betroffenen umfasst (Schumacher et al., 2003). Sie bezieht sich damit auf den subjektiv wahrgenommenen Gesundheitszustand bzw. die erlebte Gesundheit (Bullinger, 2002). Die psychologische Dimension des Wohlbefindens kann in eine gefühlsmäßige (emotionale oder affektive) und eine bewertende (kognitive-evaluative) Komponente unterteilt werden (Diener, 2000). Positiver bzw. negativer Affekt und Glück, das als längeranhaltender positiver Affekt gesehen wird, bedingen die gefühlsmäßige Komponente des Wohlbefindens. Die globale und bereichsspezifische Lebenszufriedenheit

bilden die kognitive Komponente. In Hinblick auf die zeitliche Stabilität der Komponenten können positiver und negativer Affekt als State-Komponente aufgefasst werden, während Glück und Lebenszufriedenheit als längeranhaltende Trait-Komponenten angesehen werden.



ABBILDUNG 1

Konzeptuierungsmodell der Lebensqualität nach Tchekmedyan et al. (1990)

Zusammenfassend kann nach Tchekmedyan und Cella (1990) die Lebensqualität in vier wesentliche inhaltliche Bereiche unterteilt werden: krankheitsbedingte Beschwerden, psychische beziehungsweise körperliche Funktionsfähigkeit und Funktionsfähigkeit im sozialen Umfeld. Lebensqualität umfasst demnach neben den Symptomen der Erkrankung, die psychische Verfassung und funktionelle Einschränkungen in alltäglichen Lebensbereichen beziehungsweise in der Ausgestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Interaktionen. Schumacher et al. (2003) verwenden im Prinzip dieselben vier Bereiche zur Beschreibung der Lebensqualität, wobei sie aber unter der Dimension psychische Verfassung im Sinne von emotionaler Befindlichkeit das allgemeine Wohlbefinden und die Lebenszufriedenheit verstehen.

Nicht zuletzt aufgrund des heterogenen Konzepts der Lebensqualität gibt es eine Vielzahl von psychologischen Testverfahren zu deren Erhebung. Bullinger (1995) teilt

diese nach Zielsetzung und Methode ein: Methodisch wird vor allem zwischen Selbst- und Fremdeinschätzungen durch Fragebögen, Interviews oder Beobachterschätzskalen unterschieden. Weiters unterscheidet sie zwischen eindimensionalen Verfahren, die eine globale Einschätzung der Lebensqualität liefern und mehrdimensionalen Verfahren, die mittels Profilen oder Testbatterien abgebildet werden. Inhaltlich gibt es krankheitsübergreifende Verfahren, die für alle PatientInnen anwendbar sind und krankheitsspezifische Testverfahren, die bei der jeweils beschriebenen Krankheit bzw. Behandlung einsetzbar sind. Einen guten Überblick über die Diagnostik von Lebensqualität liefern Schumacher et al. (2003).

1.4.1.1 Lebensqualität in der Psychiatrie

In der Psychiatrie wurde das Konzept der Lebensqualität erst später berücksichtigt als in anderen Disziplinen. Als Grund dafür nennen Karow und Naber (2000), dass das subjektive Befinden und die Beachtung der Lebensumstände ohnehin Teil der Arbeit mit psychiatrischen PatientInnen sei. Deshalb fehlte auch lange Zeit eine begriffliche Abgrenzung und methodische Strukturierung des Begriffes Lebensqualität in der Psychiatrie. Ein umfassendes Werk zu dieser Thematik bieten Katschnig, Freeman und Sartorius (2006). Außerdem müssen einige Besonderheiten zur Interpretation von Lebensqualität bei psychisch erkrankten Personen berücksichtigt werden:

Es gibt oft eine erhebliche Differenz bezüglich der Selbst- und Fremdeinschätzung verschiedener Parameter bei psychiatrischen PatientInnen. Auch bei der Betrachtung von subjektiver und objektiver Lebensqualität ist von verschiedenen latenten Konstrukten auszugehen, weshalb ein eindeutiger linearer Zusammenhang wenig plausibel erscheint. Deshalb sollten generell Maßnahmen, die auf die Verbesserung objektiver Lebensqualität abzielen, auch mit Indikatoren für objektive Lebensqualität evaluiert werden und jene Interventionen, die auf direkte Verbesserung der subjektiven Lebensqualität abzielen (wie zum Beispiel die Psychoedukation), mit den entsprechenden Indikatoren der subjektiven Lebensqualität beurteilt werden (Franz, 2006). Im Speziellen berichten Barry und Crosby (1996) oder Meyer, Ethlers und Gallhofer (2002), dass es trotz Verbesserung der objektiven Lebensqualität (verbesserte Lebensumstände, mehr soziale Kontakte, verstärkte Freizeitaktivitäten) zu keiner Verbesserung der Zufriedenheit der Betroffenen kam. Umgekehrt wurde auch eine steigende Lebenszufriedenheit ohne objektive Verbesserung gefunden. Franz (2006) diskutiert in seinem Artikel zu den Möglichkeiten und Grenzen der Verwendung subjektiver Lebensqualität als Outcome Kriterium die Notwendigkeit der

Berücksichtigung von Adaptionsmechanismen. Er argumentiert, dass LangzeitpatientInnen nach sozialpsychologischen Aspekten nach Festinger (1954), um Dissonanzen zu vermeiden, fast nur noch abwärtsgerichtete soziale Vergleiche anstellen, sich also bei ihren Zufriedenheitsurteilen fast ausschließlich mit MitpatientInnen vergleichen. Somit kommt es zu einer Ausgangswerteproblematik. Der affektive Fehlschluss (Katschnig, 2006) stellt eine weitere im allgemeinpsychiatrischen Krankenhaus wohl bedeutende und häufig auftretende Problematik dar. Aufgrund der depressiven Stimmungslage und der einhergehenden verzerrten kognitiven Gedankenmuster entsteht ein starker Bias bezüglich der selbstbeurteilten, subjektiven Lebensqualität. Atkinson, Zibin und Chuang (1997) zeigten, dass depressive PatientInnen mit objektiv guten Lebensumständen ihre subjektive Lebensqualität deutlich schlechter einschätzten, als dies nach dem Krankheitsschub oder durch eine Fremdeinschätzung der Fall gewesen wäre. Ihre subjektiven Urteile waren auch schlechter als die schizophrener PatientInnen mit objektiv deutlich schlechter beurteilten Lebensumständen. Angermeyer und Killian (2006) betonen die jeweiligen Lebensqualitätskomponenten nach der Bedeutsamkeit, die diese für die/den Patienten/In darstellt zu gewichten und diesen Aspekt in weiteren Forschungen zu berücksichtigen.

Psychopathologien aus den Lebensqualitätsfragebögen herauszuhalten, stellt eine weitere Herausforderung der Lebensqualitätsforschung in der Psychiatrie dar. Schließlich gibt es oft Überschneidungen der Symptome mit den Aspekten der Lebensqualität vor allem in der emotionalen Komponente des Wohlbefindens, und es ist von einem hypothetischen Zusammenhang zwischen Schweregrad der Symptomatik und Schweregrad der Behinderung der Bewältigung des Alltags und damit der Lebensqualität auszugehen (Katschnig, 2006).

Katschnig et al (2006) beschreiben darüber hinaus einen kognitiven Fehlschluss bei der Einschätzung der Lebensqualität, der auf Realitätsverkennungen, wie sie bei psychotischen oder demenziellen Zustandsbildern auftreten, zurückzuführen ist. Um diesbezüglichen Fehleinschätzungen entgegenzuwirken, ist eine Ergänzung der Aussagen der PatientInnen durch Fremdbeurteilung notwendig. Im Gegensatz dazu vertritt Bullinger (1996) die Ansicht, dass eine Selbstbeurteilung der Lebensqualität ausreicht, da Fremdbeurteilungen nicht das Erleben der PatientInnen widerspiegeln können. Auf jeden Fall ist es gerade in der Psychiatrie notwendig, das Konzept der Lebensqualität möglichst umfassend zu erheben und zu beschreiben und die vier oben genannten Komponenten der Lebensqualität zu integrieren.

Abschließend soll noch eine Studie von Trompenaars, Masthoff, Van Heck, Hodiament und De Vries (2006) skizziert werden, die ambulante psychiatrische

PatientInnen mit der allgemeinen holländischen Bevölkerung vergleicht. Es zeigt sich, dass ambulante psychiatrische PatientInnen in allen Bereichen der mit dem WHOQoL-100 erfassten Dimensionen der Lebensqualität schlechtere Werte aufweisen, als die Normbevölkerung. Innerhalb der ambulanten psychiatrischen PatientInnen haben jene mit der Diagnose Major Depression schlechtere Werte als PatientInnen mit einer Diagnose von Dysthymia oder Anpassungsstörungen. Dieser Befund wird durch eine Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen verschlechtert. Interessant ist auch, dass depressive Symptomatik und Lebensqualität nur eine gemeinsame Varianz von 25 Prozent aufweisen, weshalb auf keinen Fall von einem linearen Zusammenhang gesprochen werden kann.

1.4.1.2 Psychoedukation und Lebensqualität

Atkinson, Coia, Gilmour und Harper (1996) konnten in einer kontrollierten Studie im Vergleich von PatientInnen, die Psychoedukation erhalten haben und jenen, die noch auf der Warteliste stehen, einen signifikanten Zuwachs in der Lebensqualität, dem sozialen Funktionsniveau und der Einbettung in einem sozialen Netzwerk nachweisen. Eine Verbesserung der Compliance konnte jedoch nicht gezeigt werden, was die Autoren auf das ohnehin schon sehr hohe Ausgangsniveau zurückführen.

In einer neueren, österreichischen Studie der Universität Wien konnte ebenfalls eine Verbesserung der Lebensqualität bei PatientInnen mit Schizophrenie nachgewiesen werden. Das gilt sowohl direkt nach Abschluss einer psychoedukativen Intervention als auch im sechs und 12 monatigen Follow up (Sibitz, Gössler, Katschnig, Amering, 2006). Dieselbe Forschergruppe berichtet auch, dass monatliche Booster-Sitzungen über einen Zeitraum von neun Monaten keinen weiteren verbessernden Einfluss auf die Lebensqualität der TeilnehmerInnen haben (Sibitz, Amering, Gössler, Unger & Katschnig, 2007a).

Michalak, Lakshimi, Dante und Raymond (2005) untersuchten in einer Stichprobe von 57 PatientInnen mit bipolaren Störungen, ob es einen Haupteffekt bezüglich einer Verbesserung der Lebensqualität vor und nach der Teilnahme an einer psychoedukativen Maßnahme gab. Die Autoren zeigten, dass sich die Lebensqualität vor allem in den Bereichen körperliche Beschwerden, generelle Behandlungszufriedenheit und allgemeine Lebenszufriedenheit verbesserte.

Killian, Lindenbauch und Angermeyer (2001) wählten zu diesem Thema einen anderen methodischen Zugang. Sie führten ein problemzentriertes Interview mit den PatientInnen durch und konnten mittels qualitativer Inhaltsanalyse zeigen, dass psychoedukative Gruppenprogramme einen wichtigen Beitrag zur Verbesserung der

Lebensqualität von PatientInnen mit schizophrenen Erkrankungen leisten. Dies ist auch dann der Fall, wenn keine direkten Konsequenzen auf das Krankheitsverhalten oder der Compliance nachweisbar sind. Sie plädieren dafür, dass die Implementierung der Psychoedukation nicht vom Nachweis rezidivprophylaktischer oder kostensenkender Wirkungen abhängig gemacht werden sollte, sondern die Verbesserung der subjektiven Lebensqualität der PatientInnen einen hinreichenden Grund darstellen sollte. Es wäre auch nicht einwandfrei die beiden Maße Lebensqualität und Symptomatik direkt zu vergleichen. Denn schon 1973 hat Herzlich festgehalten, dass kein linearer Zusammenhang zwischen Lebensqualität und Gesundheit beziehungsweise Krankheit besteht. Er argumentiert, dass sich jemand trotz chronischer Krankheit oder schwerwiegender organischer Befunde gesund fühlen kann. Gleichzeitig kann sich jemand ohne organische Befunde krank fühlen und Symptome und eine eingeschränkte Lebensqualität äußern.

1.5 Was wirkt in der Psychoedukation? Psychologische Wirkfaktoren

Killian, Lindenbauch und Angermeyer (2001) liefern in ihrem Modell zur Wirkung von Psychoedukation eine wichtige Grundlage für die Forschung. Das Modell gibt einen Überblick darüber, was durch Psychoedukation erreicht werden kann und welche Bausteine eine wichtige Rolle spielen.

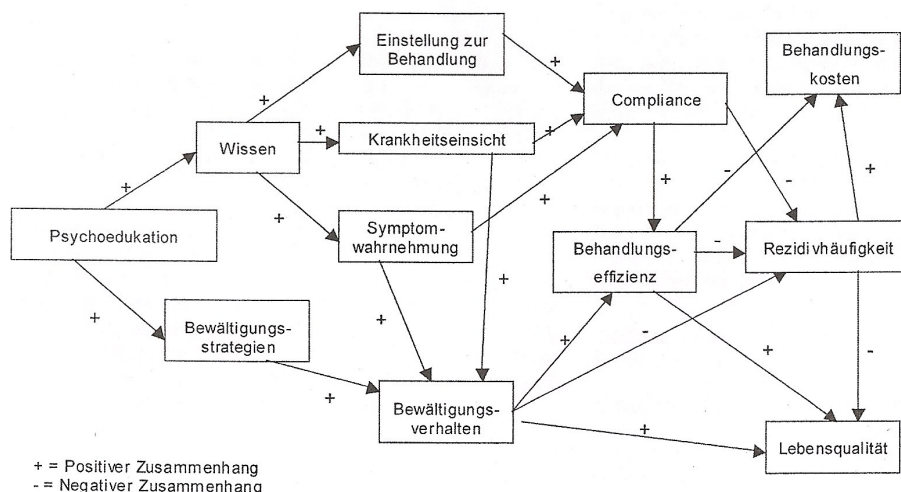


ABBILDUNG 2

Modell zur Wirkung von Psychoedukation nach Killian Lindenbauch und Angermeyer, 2001

Das in Abbildung 2 dargestellte Modell zeigt zum Beispiel, dass sich Psychoedukation positiv auf das krankheitsbezogene Wissen, die Lebensqualität und auf die Reduktion der Rezidivhäufigkeit auswirken kann. Empirische Überprüfungen einzelner Teilkomponenten wurden im vorangegangenen Kapitel (1.4) zur Wirksamkeit der Psychoedukation bereits ausführlich beschrieben.

Dieses Modell kann aber auch zur Gewinnung von Hypothesen herangezogen werden, um die Frage zu beantworten, *wie* Psychoedukation wirkt. Killian, Lindenbauch und Angermeyer (2001) stellen nämlich die einzelnen Komponenten zueinander in Beziehung. So könnte zum Beispiel die Lebensqualitätserhöhung dadurch erzielt werden, dass das krankheitsbezogene Wissen erhöht wird, es zu einer verbesserten Symptomwahrnehmung kommt, wodurch das Bewältigungsverhalten verbessert wird. Methodisch gesehen geht es um die Frage, welche Prädiktoren zum Beispiel Lebensqualität vorhersagen können oder welche Faktoren eine Erhöhung der Lebensqualität moderieren bzw. mediieren. Im Vergleich zu Wirksamkeitsstudien, wurden solche Überlegungen in der Forschung noch zu wenig angestellt. Worbach, Vogel, Reusch und Hermann (2005) haben untersucht, welche psychologischen Konzepte den Erfolg von PatientInnenschulungen in den unterschiedlichsten medizinischen Gebieten vorhersagen können. Dabei wurde Erfolg als Verbesserung der subjektiv empfundenen Lebensqualität operationalisiert. Es zeigte sich, dass eine positive Veränderung der körperlichen Lebensqualität mit einer niedrigen Ausgangslage derselben und einer höheren psychischen Lebensqualität zu Beginn der Behandlung einhergeht. Die Verbesserung der psychischen Lebensqualität kann durch ein geringes Ausgangsniveau und eine niedrige allgemeine Selbstwirksamkeit vorausgesagt werden. Motivationale Faktoren und emotionale Befindlichkeit haben keinen Einfluss auf die Vorhersage. Abgesehen vom Ausgangsniveau konnten nur wenige weitere bedeutende psychologische Einflussfaktoren als Prädiktoren festgestellt werden. Sie begründen dies mit einer sehr heterogenen Stichprobe. So wurden in dieser Studie PatientInnenschulungen bezüglich Diabetes, chronischer Rückenschmerzen oder Asthma bronchiale mit jenen zur Psychosomatik und Schizophrenie verglichen und mit denselben Fragebögen untersucht. Vermutlich zeigten sich weitere psychologische Effekte, bei einer nach inhaltspezifischen Überlegungen auf die jeweilige Krankheit abgestimmte Testung.

Sibitz et al. (2006) zeigen, dass TeilnehmerInnen mit einer Verbesserung des Wissens und der Lebensqualität durch die Psychoedukation im Vergleich zu jenen ohne

Verbesserung zu Beginn der Psychoedukation eine wesentlich schlechtere Lebensqualität und verstärkte subjektive Beschwerden aufwies beziehungsweise die Teilnahme an der Psychoedukation von den betreuenden ÄrztInnen empfohlen wurde. In einer Regressionsüberprüfung konnten ähnlich den Befunden von Worbach et al. (2005) wiederum neben dem Ausgangsniveau keine weiteren psychologischen Variablen zur Vorhersage der subjektiven Lebensqualität gefunden werden.

In einem anderen qualitativen Zugang haben Sibitz, Amering, Gössler, Ungar und Katschnig (2007b) inhaltsanalytisch die Feedbackaussagen der TeilnehmerInnen untersucht. Sie fragten nach den Auswirkungen des psychoedukativen Programms auf ihren Alltag, ob sie Veränderungen bemerkt hätten und worauf sie diese zurückführen würden. Außerdem fragten sie nach Faktoren, von denen die TeilnehmerInnen glaubten, dass ein Erfolg der Psychoedukation abhing beziehungsweise nach aufgetretenen Problemen und Schwierigkeiten. Alle PatientInnen schätzten die psychoedukative Maßnahme im Gesamten, die Gruppenatmosphäre und die Offenheit der GruppenleiterInnen als sehr positiv ein. Für die PatientInnen standen die Wichtigkeit der neu erhaltenen Informationen und der Austausch mit KollegInnen, die an derselben Krankheit litten, im Vordergrund. Die Zusammenfassung der wesentlichsten Punkte auf Flipcharts und ausgeteilte Handouts wurden als sehr hilfreich erlebt. Der Austausch mit MitpatientInnen ermöglichte den TeilnehmerInnen nicht nur andere Bewältigungsstrategien kennenzulernen, sondern auch ihre eigenen Vorurteile gegenüber psychischen Krankheiten und das Gefühl, ein/e AußenseiterIn zu sein, zu reduzieren. Ebenfalls positiv wurden eine durch die Psychoedukation erfolgte generelle Aktivierung und das Training sozialer Interaktionen erlebt. Die zeitliche Limitierung des Programms wurde als negativ bewertet. Zu viel Sprechzeit von manchen TeilnehmerInnen oder anhaltende negative bzw. destruktive Einwände während der Psychoedukation wurden als störend empfunden. Weiters zeigte sich aus den Berichten der TeilnehmerInnen, dass ihnen größeres Wissen, bessere Selbstmanagementfähigkeiten, mehr soziale Interaktionen und erhöhter Selbstwert geholfen haben, den Alltag leichter zu strukturieren bzw. zu organisieren und ein besseres soziales Netzwerk aufzubauen. Als wichtige Voraussetzung für die Teilnahme erachteten die PatientInnen die Berücksichtigung des aktuellen Schweregrades der Erkrankung, die Motivation und den Erhalt genauer Informationen bezüglich Inhalt und Struktur der Gruppe bereits im Vorfeld. In Bezug auf den/die LeiterIn wurde Empathie, Authentizität,

respektvoller Umgang oder gemeinschaftliche Beziehung als wesentlich genannt. Der Mangel an Konzentration, Langeweile und ein Überfluss an Information in zu kurzer Zeit wurden von den TeilnehmerInnen als Schwierigkeiten in Hinblick auf die Psychoedukation angeführt. Ebenfalls negativ auf die Evaluierung der Psychoedukation wirkt sich aus, wenn zu wenig angenehme Aktivitäten in der Gruppe erfolgten oder wenn zu wenig Entspannung und Spaß in den Gruppen möglich waren.

1.6 Inhalte und Aufbau der Psychoedukation in Graz

In Anlehnung an die Manuale für Psychoedukation bei schizophrenen (Bäumel et al., 2005) und depressiven (Pitschel-Walz et al. 2003) PatientInnen und deren Angehörigen werden an der Universitätsklinik für Psychiatrie psychoedukative Gruppen angeboten. Dabei nahmen die PatientInnen zweimal pro Woche für je 60 Minuten an insgesamt neun Einheiten teil. Für Angehörige war ein 90 minütiges Treffen einmal pro Woche vorgesehen, das zeitlich etwas flexibler gehandhabt wurde. In beiden Gruppen wurde ein strukturierter Aufbau sowohl in den Einheiten als auch über die gesamte Psychoedukation eingehalten. Maximal war eine Gruppengröße von 15 PatientInnen vorgesehen. Die Gruppen wurden als halbgeschlossen geführt, was bedeutete, dass in den ersten drei Einheiten noch PatientInnen neu aufgenommen werden konnten. Die Strukturierung der Gruppen folgte den empfohlenen didaktischen Leitlinien aus den genannten Manualen. In der Begrüßungsrunde wurden offene Probleme sowie positive oder negative Veränderungen der letzten Tage eingebracht und besprochen. Danach folgte eine kurze Rekapitulation des bereits erarbeiteten Wissens, in der die TeilnehmerInnen gebeten wurden, die wichtigsten Inhalte der letzten Stunde aus ihrer Sicht zusammenzufassen. Im Hauptteil einer Einheit, wurde jeweils der dafür vorgesehene Themenschwerpunkt erarbeitet. Den Abschluss bildete eine Blitzlichtrunde, in der das momentane Befinden und die aktuelle Stimmungslage erfragt beziehungsweise weitere offene Fragen beantwortet wurden. Ein wesentliches Grundprinzip bestand darin, dass aktuelle, belastende Probleme der TeilnehmerInnen und in der Gruppe aufkommende emotionale Themen Vorrang in ihrer Bearbeitung gegenüber der Vermittlung von Wissensinhalten hatten. In Übereinstimmung mit Autoren wie Schaub et al. (2005) oder Pitschel-Walz (2005) sollte die Wissensvermittlung auf interaktiven und selbstwertschonenden Kommunikationsprozessen beruhen, in denen die PatientInnen aktiv ihre persönlichen Erfahrungen miteinbringen, und Fragen zu den Inhalten stellen und darüber diskutieren. Wesentlich bei der Durchführung der Psychoedukation sind ein klares

und strukturiertes Arbeiten und ein Anpassen der Sprache an die TeilnehmerInnen. Behrendt et al. (2005) betonen die Wichtigkeit des Einsatzes von Bildern, Symbolen oder Metaphern, um die Erarbeitung der teilweise recht komplexen Wissensinhalte zu erleichtern. Die Inhalte der einzelnen Einheiten werden in Tabelle 1 als Überblick dargestellt.

TABELLE 1

Inhalte der psychoedukativen Gruppen in Graz

	Depression	Psychose
Sitzungen	Inhalte	
1.Einheit	Begrüßung, Organisation, Grundregeln, Inhalte Ziele	Ablauf, Begrüßung, Organisation, Ablauf, Grundregeln, Inhalte, Ziele
2.Einheit	Was sind Depressionen?, Symptome, Dreieck: Fühlen, Denken, Handeln	Krankheitsbegriff, Symptomatik, Diagnostik
3.Einheit	Was wissen wir über die Ursachen? Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell	Somatische Brücke – relativer Dopamin-Überschuss
4.Einheit	Medikamente und Nebenwirkungen	Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell
5.Einheit	Psychologische, psychotherapeutische, psychosoziale Maßnahmen	Medikamente und Nebenwirkungen
6.Einheit	Wie soll man mit der depressiven Erkrankung umgehen? Steigerung angenehmer Aktivitäten	Psychologische, psychotherapeutische, psychosoziale Maßnahmen
7.Einheit	Wie soll man mit der depressiven Erkrankung umgehen? Negative Gedanken erkennen und korrigieren	Rückfallprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan
8.Einheit	Ernährung	Ernährung
9.Einheit	Abschlusssitzung	Abschlusssitzung

Anmerkung.

In Anlehnung an die Manuale von Bäuml et al. (2005) und Pitschel-Walz et al. (2003)

Das gegenseitige Kennenlernen, das Erfragen der Erwartungen der TeilnehmerInnen und die Klärung der organisatorischen Rahmenbedingungen bildete die erste psychoedukative Einheit. Außerdem wurde bereits mit den ersten inhaltlichen Impulsen durch die Einführung der „Depressionsspirale“ (Pitschel-Walz et al., 2003) begonnen. Die zweite Einheit stellte einen wesentlichen Faktor zum Aufbau einer guten Gruppenkohäsion

dar. Gemeinsam wurden erkrankungsspezifische Symptome gesammelt und von der Leiterin strukturiert auf dem Flipchart dargestellt. Es eignete sich eine Aufgliederung der Symptome in die Bereiche Gefühle, Gedanken, Verhaltensweisen und Körper. In der Gruppe für Psychoseerfahrenen erfolgte dies vor allem durch eine Unterscheidung von Positiv- und Negativsymptomatiken. In dieser Einheit wurde bereits ein Fokus auf mögliche Frühwarnzeichen gelegt. In der dritten Einheit wurde in der Gruppe für Depressionen das Vulnerabilitäts-Stressmodell zur Erklärung möglicher Ursachen der Erkrankung eingeführt. In der Gruppe der Psychoseerfahrenen erfolgte dies erst in der vierten Einheit, da mehr Zeit für Bearbeitung von Gehirnstoffwechsel und Art der Informationsverarbeitung vorgesehen ist. Ein mögliches Bild, um die Erklärung des Begriffes Vulnerabilität zu unterstützen, könnte nach Pitschel-Walz et al. (2003) wie folgt lauten:

„Menschen werden mit unterschiedlicher Ausstattung ins Leben geschickt; wie wenn Bergsteiger mit Bergschuhen oder Sandalen auf den Berg gehen; mit Sandalen spürt man die Steine mehr, bei einem schlechten Weg oder Regen ist man aber eher in Gefahr als Bergsteiger mit Bergschuhen (übertragen: Menschen mit dickem Fell, Nerven wie Drahtseile); Sandalen sehen dagegen hübscher aus, sind nicht so schwer und bei schönem Wetter schwitzt man in Sandalen weniger“ (S.69).

Zentral in dieser Einheit ist die Betonung der subjektiven Erlebensqualität von Stress, der als solcher nicht einfach generalisierbar ist und die Möglichkeit der PatientInnen auf den Stress, der bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung eine wichtige Rolle spielt, aktiv und im Sinne von Selbstmanagement einzuwirken. Bei Bedarf war in dieser Einheit eine sehr allgemein gehaltene Besprechung verschiedener Diagnosen im speziellen Erkrankungsbereich vorgesehen. In der Gruppe der Psychoseerfahrenen wurde in der dritten Einheit die Bedeutung von Dopamin in der Informationsverarbeitung als Synapsenmodell erklärt. Es folgte die mit einem/r Arzt/Ärztin gemeinsam gehaltene Medikamenteneinheit, in der ein Überblick über die großen Gruppen der Psychopharmaka (Antipsychotika, Antidepressiva, Phasenprophylaktiker und Tranquillizer) gegeben und anfallende Fragen beantwortet wurden. Häufig auftretende Fragen waren z.B.: Kann ich von den Medikamenten abhängig werden? Wie lange muss ich meine Medikamente einnehmen? Darf ich mit den Medikamenten Autofahren? Darf ich während der Medikamenteneinnahme Alkohol oder Kaffee trinken? In der nächsten psychoedukativen Einheit wurde auf weitere psychosoziale (Psychotherapie, psychologische Behandlung,

Sozialarbeit, Ergotherapie) und biologische (Lichttherapie, Schlafentzug oder Elektrokrampftherapie) Behandlungsmöglichkeiten eingegangen, um bestehende Ängste und Hemmschellen abzubauen. In allen Einheiten der Psychoedukation wurde die Notwendigkeit einer Kombination von biologischen und psychosozialen Therapieformen betont. In der Gruppe für PatientInnen mit Depressionen wurde in den folgenden zwei Einheiten ein Fokus auf die Behandlung der Depression gelegt. Zunächst wurden auf der Ebene des Verhaltens eine Aktivierung von angenehmen Aktivitäten und der bestehende Zusammenhang mit der Stimmung besprochen und initiiert. Danach bildete die Darstellung typischer depressiver Gedankenmuster den Schwerpunkt einer Einheit. Die PatientInnen sollen sensibilisiert werden, wie durch eine Veränderung des Denkens Einfluss auf die Stimmung genommen werden kann. In der Gruppe der Psychoseerfahrenen wurde in dieser Einheit vor allem versucht, weitere Frühwarnzeichen und Warnsignale zu erkennen und festzuhalten. Außerdem wurde ein eigener Krisenplan mit wichtigen Telefonnummern und vor allem der Nennung einer Vertrauensperson, an die sich die PatientIn bei auftretenden Frühwarnzeichen wenden kann, erstellt. In der achten Einheit wurde mit einer Diätologin zusammengearbeitet, die den PatientInnen eine gesunde Ernährung anhand der Ernährungspyramide näherbrachte. In der letzten Einheit wurden offen gebliebene Fragen beantwortet, die Förderung von Aktivitäten und die Erhöhung der Sensibilität von Frühwarnzeichen verstärkt und Raum für den Gruppenabschied gegeben. In den einzelnen Stunden wurden den TeilnehmerInnen immer wieder zusammenfassende Handouts aus dem Manual von Pitschel-Walz et al. (2003) und Bäuml et al. (2005) ausgeteilt und auch vereinzelte Hausaufgaben bis zur nächsten Sitzung gegeben. Wesentliche und gut umgesetzte Philosophie bei der Durchführung der Psychoedukation ist auch in Graz die Integration unterschiedlicher Berufsgruppen als LeiterInnen und Ko-LeiterInnen. Eine Psychologin zeichnete sich verantwortlich für sämtliche Gruppen. Die Einheiten zur Medikation und Ernährung wurden gemeinsam mit ÄrztInnen und DiätologInnen gestaltet. In den anderen Sitzungen waren - wenn möglich - Personen aus dem Pflorgeteam als Ko-LeiterInnen in den Gruppen tätig.

1.7 Zielsetzungen und Ableitung der Fragestellung

Die psychoedukativen Gruppen für depressive und psychoseerfahrene (vorwiegend Schizophrenie und schizoaffektive Störungen aber auch vorübergehende psychotische Zustandsbilder) PatientInnen und auch deren Angehörigen wurden im Jahr 2006 von Univ.-Doz. Dr. Rothenhäusler im Hause der Universitätsklinik für Psychiatrie eingeführt. Nach einer Implementierungsphase sind sie nun als fester Bestandteil in den Gesamtbehandlungsplan der Klinik integriert. Diese Studie soll eine erste Evaluation des Gruppenprogramms darstellen. Insofern sind Informationen darüber, wer an den Gruppen teilnimmt, welche Erwartungen es diesbezüglich gibt und wie ein Feedback nach der Teilnahme ausfällt, von Interesse. Hauptziel der Untersuchung ist es aber, zu zeigen, welchen Effekt eine kontinuierliche psychoedukative Intervention auf die Lebensqualität der TeilnehmerInnen hat. Es geht also darum, die Effekte der psychoedukativen Gruppen bezogen auf die Lebensqualität zu erheben und dadurch den Stellenwert der Psychoedukation in unserem Hause zu unterstreichen. Um die Aussagen bezüglich der Lebensqualität möglichst gut abzusichern, ist es notwendig, zum einen verschiedene Parameter zur Erhebung der Lebensqualität einzusetzen, zum anderen weitere relevante und konfundierende Variablen wie den Schweregrad der Erkrankung oder die aktuelle Symptomatik mitzuerheben. Wesentlich ist auch, dass diese Variablen sowohl durch Selbst- als auch Fremdratings erhoben werden. Das Fördern von krankheitsbezogenem Wissen und Compliance Verhalten sind wesentliche Wirkungsweisen, die der Psychoedukation generell zugeschrieben werden und deshalb in das Versuchsdesign einer aussagekräftigen Erstuntersuchung der psychoedukativen Gruppen in Graz mitaufgenommen werden. Um weitere Erkenntnisse von klinischer Alltags- und Praxisrelevanz zu erhalten, soll in einem zweiten Schritt betrachtet werden, welche PatientInnen von den psychoedukativen Gruppen am meisten profitiert haben.

Außerdem gibt es bei dieser Untersuchung auch die Möglichkeit Psychoedukation bei depressiven und psychoseerfahrenen PatientInnen untereinander zu vergleichen. Aufgrund der von vornherein gegebenen Unterschiedlichkeit dieser beiden PatientInnengruppen ist ein solcher Vergleich nur von sekundärem Interesse und dient ebenfalls zur Erhebung von Zusatzinformationen.

Zusammenfassend werden folgende Fragestellungen in dieser Untersuchung beantwortet:

Hauptfragestellung:

- 1.) Inwieweit verändert sich durch die Teilnahme der PatientInnen an den psychoedukativen Gruppen die gesundheitsbezogene Lebensqualität und Lebenszufriedenheit? Hier soll auch die Frage nach der Veränderung der Symptomatik angeschlossen werden.
- 2.) Verändert sich durch die Teilnahme an den psychoedukativen Gruppen das krankheitsbezogene Wissen und das Compliance Verhalten der PatientInnen?

Sekundäre Fragestellungen:

- 1.) Welche PatientInnen profitieren von der Teilnahme an den psychoedukativen Gruppen am meisten?
- 2.) Welche Feedbackinformationen bezüglich der Teilnahme an den psychoedukativen Gruppen können gefunden werden?
- 3.) Welche Unterschiede zeigen sich zwischen Psychoedukationsgruppen bei depressiven und psychoseerfahrenen PatientInnen?

2. Methode

2.1 Studienablauf

Zielgruppe für diese Untersuchung waren primär stationäre und ambulante PatientInnen der Univ. Klinik für Psychiatrie, die eine entsprechende Diagnose im Bereich depressiver oder psychotischer Störungsbilder aufwiesen. In einem ersten Schritt entschieden die behandelnden Ärzte, ob der/die PatientIn für das psychoedukative Therapieprogramm in Frage kam und sprachen diese bereits auf Interesse bezüglich der Gruppen an. In einem zweiten Schritt, nachdem die Zuweisung durch den behandelnden Arzt erfolgt war, stellte die verantwortliche Psychologin den Kontakt mit den PatientInnen her. In einem ersten Gespräch wurde der/die PatientIn zur Teilnahme an den psychoedukativen Gruppen eingeladen und über die Art, den Inhalt, den Ablauf und die Teilnahme an der wissenschaftlichen Studie informiert. Es wurde ebenfalls ein entsprechender Informationsflyer ausgehändigt sowie Zeit und Ort für den ersten Gruppentermin festgehalten. Die Zuteilung der PatientInnen zu den beiden Gruppen (Depression und Psychose) erfolgte nach Diagnosekriterien und Absprache mit den behandelnden ÄrztInnen. In einem zweiten Gespräch wurde genauer über die wissenschaftliche Studie informiert. War der/die PatientIn bereit daran teilzunehmen, wurde gemeinsam die Einverständniserklärung besprochen, diese unterzeichnet und der Fragebogen ausgehändigt. Je nach Bedarf wurde der Fragebogen im Beisein der verantwortlichen Psychologin oder auch selbständig ausgefüllt. Gleichzeitig wurden von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin die Fremdbeurteilungsskalen ausgefüllt. Im Anschluss daran nahmen die PatientInnen über einen Zeitraum von zirka fünf Wochen insgesamt an neun psychoedukativen Einheiten teil. Im Anschluss an die letzte Sitzung wurden die PatientInnen erneut gebeten, die Fragebögen zu bearbeiten und abzugeben. Die Fremdbeurteilungen wurden ebenfalls erneut eingeholt. Die Anonymität der PatientInnen bezüglich der ausgefüllten Fragebogendaten war jederzeit durch Verwendung eines Versuchspersonencodes gewährleistet. Bei auftretenden Fragen vor, während oder nach der Teilnahme an der Studie und den psychoedukativen Gruppen stand jederzeit die verantwortliche Psychologin zur Verfügung.

2.2 Stichprobe

In die psychoedukativen Gruppen wurden sowohl ambulante als auch stationäre PatientInnen aufgenommen, für die aufgrund ihrer Diagnose und ihres Zustandsbildes eine Indikation für die Teilnahme gegeben war. Zur Depressions- Psychoedukation wurden PatientInnen mit einer im Vordergrund stehenden depressiven Symptomatik (depressive Episode, rezidivierende depressive Störung) zugewiesen. In einzelnen durch den/die behandelnden Arzt/Ärztin begründeten Fällen wurden auch PatientInnen mit bipolarer Störung und aktueller depressiver Symptomatik in die Psychoedukation zur Depression aufgenommen. Normalerweise gibt es für PatientInnen mit bipolaren Störungen an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz eine eigene Psychoedukationsgruppe. In die Psychoedukation zur Psychose wurden PatientInnen mit im Vordergrund stehender psychotischer Symptomatik (Schizophrenie, schizoaffektive Störungen und vorübergehenden psychotischen Störungen) zugewiesen. Die Entscheidung über die Sinnhaftigkeit einer Teilnahme der einzelnen PatientInnen wurde von dem/der behandelnden Arzt/Ärztin und der verantwortlichen Psychologin gemeinsam getroffen. Folgende spezifischen Ein- und Ausschlusskriterien wurden geprüft.

Einschlusskriterien:

- 1.) PatientInnen mit einer psychiatrischen Diagnose von depressiven oder psychotischen Störungen und Zustandsbildern (Klassifizierung nach ICD 10).
- 2.) Alter: PatientInnen älter als 18 Jahre
- 3.) Vorliegen einer schriftlichen Einverständniserklärung zur Teilnahme an der Studie, nach eingehender Aufklärung über Wesen, Bedeutung, Risiken und Tragweite der Studie
- 4.) PatientInnen sind zustimmungsfähig

Ausschlusskriterien:

- 1.) PatientInnen mit anderen psychiatrischen Störungsbildern
- 2.) Alter: PatientInnen jünger als 18 Jahre
- 3.) PatientInnen sind nicht zustimmungsfähig
- 4.) akute Suizidalität
- 5.) mangelnde Sprachkenntnisse
- 6.) starke kognitive Einbußen
- 7.) sehr stark verminderte Konzentrationsfähigkeit

Stichprobenbeschreibung Psychoedukation Depression:

Im Zeitraum März bis Dezember 2007 gab es acht psychoedukative Gruppen, die für diese Studie herangezogen wurden, an denen insgesamt 80 Personen teilnahmen. Davon konnten 49 Personen in die Studie inkludiert werden, die eine regelmäßige Teilnahme an mindestens sechs von neun Sitzungen aufwiesen und die Selbstbeurteilungen zu beiden Zeitpunkten ausfüllten. Fünf Personen lehnten die Teilnahme an der Studie ab. Mit sechs Personen war aufgrund der bevorstehenden Entlassung ohne Möglichkeit einer weiteren ambulanten Teilnahme vereinbart, dass sie zwar an den Gruppen jedoch nicht an der Studie teilnehmen konnten. 20 Personen füllten zu Beginn die Fragebögen aus, konnten dann aber nur an weniger als sechs Sitzungen teilnehmen, wodurch sich eine Drop-out Rate von 25% ergab. Anzumerken ist, dass die durchschnittliche Verweildauer an unserer Klinik 14 Tage beträgt und örtliche Distanzen oder mangelnde Transportmöglichkeiten die Hauptgründe für das vorzeitige Ausscheiden aus der Psychoedukation darstellten. In der Tabelle 2 sind die soziodemographischen Kennwerte beider Stichproben zusammengefasst. Die 49 PatientInnen mit einer depressiven Erkrankung teilten sich in 29 Frauen und 20 Männer auf, die zum Zeitpunkt der Datenerhebung zwischen 20 und 65 Jahre alt waren (MS = 45.04, SD = 11.34). 49,0% der PatientInnen litten unter einer diagnostizierten depressiven Episode, 40,7% an einer rezidivierenden depressiven Störung, 4,0% an einer bipolaren Störung mit aktueller depressiver Symptomatik und 6,0% an sonstigen Störungen mit einhergehender depressiver Symptomatik (vgl. Tabelle A2 im Anhang). Auf die Frage, wann die PatientInnen subjektiv den Beginn ihrer Erkrankung einschätzen, lag dieser mit einer großen Schwankungsbreite (SD = 11.04) im Mittel 11.14 Jahre zurück. Als Minimum wurde ein Monat angegeben, als Maximum 44 Jahre. Die Anzahl der bereits erfolgten stationären Behandlungsaufenthalte lag im Mittel bei 1.76 Aufenthalten (SD = 2.89; Minimum = 0, Maximum = 20). 87,8 % der teilnehmenden PatientInnen waren zu Beginn der Psychoedukation im stationären Setting, 12,2% nahmen ambulant teil. Die Dauer des derzeitigen stationären Aufenthaltes bis zum Beginn der Teilnahme an der Psychoedukation lag im Mittel bei 2.27 Wochen (SD = 1.78, Minimum = 0, Maximum = 9 Wochen).

Stichprobenbeschreibung Psychoedukation Psychose:

In der Gruppe für psychotische Störungen nahmen im selben Zeitraum insgesamt 41 Personen teil. 26 PatientInnen besuchten regelmäßig die Gruppen und füllten zu beiden Zeitpunkten die Fragebögen aus. 11 Personen nahmen an weniger als fünf Einheiten teil und eine Person war nicht bereit den Fragebogen auszufüllen. Anzumerken ist, dass vor

allem bei PatientInnen mit Psychoseerfahrungen der Fragebogen gemeinsam mit der Psychologin und mit mehreren Pausen ausgefüllt wurde.

In den psychoedukativen Gruppen für Psychoseerfahrene nahmen 14 Frauen und 12 Männer teil, die zwischen 21 und 66 Jahre alt waren ($MS = 33.96$, $SD = 11.21$). 15,3 % litten an einer diagnostizierten Schizophrenie, 38,0% an schizoaffektiven Störungen, 19,2% an nicht näher bezeichneten akuten, vorübergehenden psychotischen Störungen und 26,8% an sonstigen Störungen mit psychotischen Symptomen (vgl. Tabelle A3 im Anhang).

Die PatientInnen schätzen subjektiv, dass ihr Erkrankungsbeginn im Mittel 5.76 Jahre zurückliegt bei einem Minimum von 4 Monaten und einem Maximum von 25 Jahren ($SD = 6.13$). Die Anzahl der bereits erfolgten stationären Behandlungsaufenthalte lag im Mittel bei 1.76 Aufenthalten ($SD = 2.89$; Minimum = 0, Maximum = 20). 92,3 % der teilnehmenden PatientInnen waren zu Beginn der Psychoedukation im stationären Setting, 7,7% nehmen ambulant teil. Die Dauer des derzeitigen stationären Aufenthaltes bis zum Beginn der Teilnahme an der Psychoedukation lag im Mittel bei 1.96 Wochen ($SD = 2,02$, Minimum = 0, Maximum = 8 Wochen). Tabelle 2 gibt einen Überblick über die wichtigsten soziodemographischen Variablen.

TABELLE 2

Kennwerte der Stichproben Psychoedukation bei depressiven bzw. psychoseerfahrenen PatientInnen

	Depression		Psychosen	
	Häufigkeit	Prozent	Häufigkeit	Prozent
Geschlecht				
Weiblich	29	59.2	14	53.8
Männlich	20	40.8	12	46.2
Familienstand				
Ledig	17	34.7	18	69.2
Verheiratet	21	42.9	3	11.5
Geschieden/getrennt	9	18.4	4	15.4
Verwitwet	1	2	0	0
Sonstiges	1	2	1	3.8
Kinder				
Ja	36	73.5	22	84.6
Nein	13	26.5	4	15.4

Schulabschluss/Berufsbildung				
Ohne Abschluss	1	2.0	20	1
Pflichtschulabschluss	29	59.2	1	12
Matura	18	36.7	2	13
Sonstiges	1	2.0	1	0
Missing	0	0	1	0
Berufsbildung				
Kein Abschluss	4	8.2	9	34.6
Lehre	17	34.7	5	19.2
Meisterprüfung	0	0	1	3.8
Berufsbildende Schule	13	26.5	7	26.9
Fachhochschule	5	10.2	0	0
Universität	5	10.2	1	3.8
Sonstiges	3	6.2	3	11.5
Missing	2	4.1	0	0
Beruf				
Selbständig	7	14.3	2	7.7
ArbeiterIn	8	16.3	1	3.8
Angestellte/r	15	30.6	9	34.6
Beamtin/er	6	12.2	1	3.8
Hausfrau/Hausmann	7	14.3	2	7.7
StudentIn	1	2.0	4	15.4
Sonstiges	4	8.2	5	19.2
Missing	1	2.0	2	7.7
Berufliche Situation				
Arbeitslos	10	20.4	5	19.2
In Ausbildung	2	4.1	6	23.1
Vollzeit	17	34.7	1	3.8
Teilzeit	5	10.2	1	3.8
Beschützende Einrichtung	0	0	1	3.8
Häusliche Tätigkeit	5	10.2	0	0
Pensioniert	8	16.3	11	42.3
Sonstiges	1	2.0	1	3.8
Missing	1	2.0	0	0
Wohnen				
Alleine	11	22.4	9	34.6
Mit PartnerIn	12	24.5	3	11.5
Mit PartnerIn und Kinder	14	28.6	1	3.8
Mit Eltern	4	8.2	10	38.5
Mit Freunden	0	0	2	7.7
In betreuter Einrichtung	0	0	1	3.8
Sonstiges	8	16.3	0	0

2.3 Versuchsmaterial

2.3.1 Selbstbeurteilungen

2.3.1.1 Soziodemographische Variablen:

Im Anhang findet sich das verwendete Stammdatenblatt zur Erfassung der soziodemographischen Variablen wie Alter, Geschlecht, Ausbildung, Beruf, Wohnsituation bzw. relevanter Zusatzinformationen wie therapeutische Vorerfahrungen, Teilnahmegründe und Erwartungen bezüglich der Psychoedukation.

2.3.1.2 SF 36 Fragebogen zum Gesundheitszustand (SF-36)

Der SF-36 in der deutschen Übersetzung von Bullinger und Kirchberger (1995) ist ein krankheitsübergreifendes Messinstrument zur Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität von PatientInnen in Hinblick auf acht Bereiche: körperliche Funktionsfähigkeit, körperliche Rollenfunktion, körperliche Schmerzen, allgemeine Gesundheitswahrnehmung, Vitalität, soziale Funktionsfähigkeit, emotionale Rollenfunktion und psychisches Wohlbefinden. Diese Bereiche lassen sich konzeptuell in die Dimensionen körperliche und psychische Gesundheit zusammenfassen. Die interne Konsistenz der Subskalen liegt zwischen Cronbach $\alpha = .57$ und $\alpha = .94$. Das verwendete Antwortformat zur Selbsteinstufung variiert innerhalb des Tests. Das Mindestalter für die Testanwendung liegt bei 14 Jahren. Es werden Studien zur konvergenten und diskriminanten Validität des Verfahrens angeführt. Die Bearbeitung des Fragebogens dauert zirka 10 Minuten. Die Ergebnisse werden in Prozentangaben von 0 bis 100 dargestellt, wobei ein hoher Wert eine hohe Lebensqualität bedeutet.

2.3.1.3 Wissensfragebögen

2.3.1.3.1 Wissensfragebogen: Depressive Erkrankungen (WDE)

Der WDE von Görnitz, Pitschel-Walz & Bäuml (1998) erfasst das krankheitsbezogene Wissen von PatientInnen. Es werden 19 Aussagen im Multiple Choice-Format zum Thema Depression präsentiert. Die PatientInnen müssen entscheiden, ob eine Aussage richtig oder falsch ist. Es können auch Mehrfachnennungen richtig sein. Je mehr richtige Antworten, desto höher ist das krankheitsbezogene Wissen. Gleichzeitig sind weniger falsche Antworten ebenfalls ein Hinweis für gutes krankheitsbezogenes Wissen.

Als Operationalisierung des krankheitsbezogenen Wissens sollte deshalb die Differenz der richtig und falsch beantworteten Items herangezogen werden. Bei der Verwendung des Tests zeigte sich eine sehr hohe interne Konsistenz von Cronbach $\alpha = .90$ in unserer Stichprobe aller TeilnehmerInnen der Psychoedukation für Depression zum ersten Messzeitpunkt. Bei geringerer TeilnehmerInnenzahl zum zweiten Messzeitpunkt beträgt das Cronbach α immer noch $\alpha = .84$.

2.3.1.3.2 Wissensfragebogen: Schizophrene Störungen

Der WFB (Behrnedt & Pitschl-Walz, 2003) erfasst gleich wie der WDE das krankheitsbezogene Wissen von PatientInnen bezüglich Schizophrenie. Hier werden 21 Aussagen mit Multiple Choice- Format gestellt. Die PatientInnen müssen wiederum entscheiden, ob eine Aussage richtig oder falsch ist. Es können auch Mehrfachnennungen richtig sein. Wiederum ist der Differenzscore zwischen richtigen und falschen Antworten maßgeblich für die Operationalisierung des krankheitsbezogenen Wissens. In unserer Stichprobe zeigt sich eine sehr hohe interne Konsistenz von Cronbach $\alpha = .94$ und $\alpha = .84$ bei geringerer Stichprobenanzahl zum zweiten Messzeitpunkt.

2.3.1.4 Medication Adherence Rating Scale (MARS)

Die MARS dient der Erhebung des Medikation-Einnahme-Verhaltens und wurde von Thompson, Kulkarni und Sergejew (2000) durch eine Integration des Drug Attitude Inventory (Hogan, Awad, & Eastwood, 1983) und des Medication Adherence Questionnaire (Morisky, Green & Levine, 1986) entwickelt. Insgesamt gibt es 10 Feststellungen, die entweder mit „Ja“ oder „Nein“ beantwortet werden können. Da Nein-Antworten mit null kodiert werden und auf eine geringe Compliance bezüglich der Medikamenteneinnahme hinweisen, sind hohe Summenwerte ein Indiz für gute Compliance. Thompson et al. (2000) berichten eine interne Konsistenz von Cronbach $\alpha = .75$. Der Test besteht in seiner Struktur aus drei Faktoren, die das Einhalten der Medikation, die subjektiven Einstellungen bezüglich der Medikation und die negativen Nebenwirkungen der Medikation repräsentieren. In einer kürzlich erschienenen Arbeit konnten Fialko, Garety, Kuipers, Dunn, Bebbington, Fowler und Freeman (2008) in einer umfassenden Validierungsstudie der MARS nur geringe interne Konsistenzwerte Cronbach $\alpha = .60$ nachweisen. Die Drei-Faktoren-Struktur bleibt allerdings erhalten. Die Übereinstimmung mit fremdbeurteiltem Compliance Verhalten ist nur zum Teil gegeben.

2.3.1.5 Symptom Checkliste von L.R. Derogatis (SCL-90-R)

Die SCL-90-R in der deutschsprachigen Version von Franke (1995) misst die subjektiv empfundene Beeinträchtigung von PatientInnen durch körperliche und psychische Symptome innerhalb eines Zeitraums von sieben Tagen. Es werden die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im sozialen Kontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität und Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus erfasst. Zusätzlich gibt es drei globale Kennwerte, die Auskunft über das Antwortverhalten geben. Der GSI misst die grundsätzliche psychische Belastung, der PSDI die Intensität der Antworten und der PST-Wert gibt Auskunft über die Anzahl der vorhandenen Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt. Diese geben somit einen Hinweis über den Schweregrad der Symptomatik. Die ProbandInnen stufen die Ausprägung von möglichen Symptomen auf einer fünfstufigen Ratingskala von *überhaupt nicht* bis *sehr stark* ein. Die internen Konsistenzen der einzelnen Skalen liegen in der repräsentativen Eichstichprobe und auch in einer klinischen Stichprobe von stationären PsychotherapieklientInnen zwischen Cronbach $\alpha = .74$ und $\alpha = .97$. Hohe Werte in den Subskalen entsprechen einer starken Ausprägung in dieser Symptomatik. Die durchschnittliche Testbearbeitungszeit liegt bei 10 bis 15 Minuten. Der Test kann ab einem Alter von 12 Jahren angewendet werden.

2.3.1.6 Fragebogen zur Lebenszufriedenheit (FLZ)

Der FLZ von Fahrenberg, Myrtek, Schumacher und Brahler (2000) erfasst relevante Aspekte der Lebenszufriedenheit in zehn unterschiedlichen Bereichen: Gesundheit, Arbeit und Beruf, finanzielle Lage, Freizeit, Ehe und Partnerschaft, Beziehung zu den eigenen Kindern, die eigene Person, Sexualität, Freunde/Bekannte/Verwandte und Wohnung. Neben dieser bereichsspezifischen Erfassung der Lebenszufriedenheit gibt es eine Erfassung der allgemeinen Lebenszufriedenheit, die sich aus einem Summenscore aus den genannten Subskalen mit Ausnahme von Arbeit und Beruf, Ehe und Partnerschaft und Beziehung zu den eigenen Kindern ergibt. Beantwortet werden die Fragen auf einer siebenstufigen, unipolaren Ratingskala, die von *sehr unzufrieden* bis *sehr zufrieden* geht. Die interne Konsistenz der Skalen liegt zwischen Cronbach $\alpha = .82$ und $\alpha = .95$. Hohe Werte in den einzelnen Skalen weisen auf eine hohe Lebenszufriedenheit hin. Die Durchführungszeit beträgt 5 bis 10 Minuten, eine Anwendung ist ab einem Alter von 14 Jahren möglich.

2.3.1.7 Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV)

Der FKV von Muthney (1988) ist ein speziell auf Krankheitsverarbeitung konzipiertes Copingverfahren. Es erfasst ein breites Spektrum an Strategien der Krankheitsverarbeitung auf den Ebenen Kognition, Emotion und Verhalten. In der Kurzform werden fünf Skalen erhoben: Depressive Verarbeitung, aktives problemorientiertes Coping, Ablenkung und Selbstaufbau, Religiosität und Sinnsuche, Bagatellisierung und Wunschenken. In dieser Studie wurde zusätzlich die Skala bezüglich der Compliance aus der Langform mit Standardinstruktion S1, die ein Zeitfenster von einer Woche impliziert, vorgegeben. Die interne Konsistenz der Skalen der Kurzform liegt zwischen Cronbach $\alpha = .68$ und $\alpha = .77$. Die Konstruktion des Verfahrens folgte theorie- und expertengeleiteten Kriterien und Konzepten. Die Konstruktvalidität der Dimensionen ist faktorenanalytisch abgesichert. Die Durchführungszeit beträgt bei der Kurzform zwischen fünf und 15 Minuten, eine Testanwendung ist ab einem Alter von 16 Jahren möglich.

2.3.1.8 Feedbackfragebogen

Der verwendete Feedbackfragebogen orientiert sich an den bei Bäuml und Pitschel-Walz (2003) vorgestellten Feedbackfragebögen. Es werden Fragen zum subjektiven Erleben der allgemeinen Atmosphäre in der Gruppe, den möglichen Auswirkungen im Alltag und der inhaltlichen Relevanz der einzelnen Thematiken gestellt. Mittels Reliabilitätsanalyse für die beiden Psychoedukationsgruppen gemeinsam wurde ein sehr gutes Cronbach $\alpha = .87$ ermittelt. In einer faktorenanalytischen Betrachtung wiederum über beide Gruppen gemeinsam, um eine Vergleichbarkeit zu gewährleisten, ergeben sich zwei Faktoren, die inhaltlich als Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit der Psychoedukation benannt werden können (vgl. Kapitel 3.7 des Ergebnisteils).

2.3.2 Fremdbeurteilungen

2.3.2.1 Clinical Global Impressions (CGI)

Der klinische Gesamteindruck wird mittels CGI (aus CIPS, 1986) erhoben. Insgesamt gibt es drei Items, die den Schweregrad der Erkrankung, eine globale Zustandsänderung und therapeutische Wirksamkeit erfassen. Der Schweregrad der Erkrankung wird auf einer siebenstufigen Ratingskala von *normal* bis *extrem schwer krank* eingeschätzt. Zusätzlich gibt es die Kategorie *nicht beurteilbar*. Dies erfolgt an der Grazer

Universitätsklinik für Psychiatrie bei allen PatientInnen regelmäßig und wird in den PatientInnenkurven erfasst. Ebenfalls auf einer siebenstufigen Ratingskala wird die Zustandsänderung von 1 = *stark verbessert* bis 7 = *stark verschlechtert* eingeschätzt. Der therapeutische Effekt der Behandlung wird auf einer vierstufigen Ratingskala von *keinem* bis zu *sehr starkem therapeutischen Effekt* eingeschätzt. Für diese Untersuchung wurde lediglich der Schweregrad der Erkrankung herangezogen.

2.3.2.2 Positiv and Negativ Symptom Scale (PANSS)

Die PANSS (Kay, 1987) erhebt das Ausmaß einer möglichen vorhandenen Positiv- und Negativsymptomatik. In der vorliegenden Untersuchung wurden die jeweils sieben Items der Positiv- und Negativskala verwendet. Die weiteren 16 Items des Gesamteindrucks wurden nicht erhoben. Jedes dieser Items wird bezüglich des Vorhandenseins der Symptomatik auf einer siebenstufigen Ratingskala von *nicht vorhanden* bis *extrem schwer vorhanden* eingeschätzt.

2.3.2.3 Hamilton Depression Scale (HAMD)

Die HAMD (Hamilton, 1960) stellt eine der am weitesten verbreiteten Fremdbeurteilungsskalen zur Einschätzung des Schweregrades depressiver Symptomatik dar. Die Gesamtskala besteht aus 21 Items, die in Form eines strukturierten Interviews mit den PatientInnen besprochen werden. Die TestleiterInnen stufen die Antworten auf einer drei bis fünfstufigen Ratingskala ein. Es werden die Bereiche depressive Stimmung, Schuldgefühle, Suizidalität, Einschlafstörungen, Durchschlafstörungen, Schlafstörungen am Morgen, Arbeit und sonstige Tätigkeiten, depressive Hemmung, Erregung, psychische Angst, somatische Angst, gastrointestinale Symptome, allgemeine körperliche Symptome, Genitalsymptome, Hypochondrie, Gewichtsverlust, Krankheitseinsicht, Tagesschwankungen, Depersonalisation und Derealisation, paranoide Symptome, Zwangssymptome erfragt. Die Interraterübereinstimmung liegt im Bereich von $r = .52$ und $r = .98$. Die interne Konsistenz liegt zwischen $.73$ und $.91$ je nach Zeitpunkt der Anwendung. Als Bearbeitungszeit werden 15 Minuten veranschlagt.

2.3.2.4 Operationalisierungsliste der Compliance Beurteilung von PatientInnen

Diese Operationalisierungsliste wird detailliert bei Bäuml, Kissling, Buttner, Peuker, Pitschel-Walz und Schlag (1993) oder bei Pitschel-Walz (1997) beschrieben. Sie dient zur Fremdeinschätzung des Compliance Verhaltens bezüglich der Medikamenteneinnahme durch die behandelnden PsychiaterInnen. Die Beurteilung variiert zwischen *sehr guter*, *guter*, *mäßiger* und *schlechter Compliance*. In der Kurzbeschreibung der Abstufungen wird zwischen oraler und Depot-Medikation unterschieden.

2.3.2.5 Global Assessment of Functioning (GAF)

Mit dem GAF (Saß et al., 2003) wird mittels einer numerischen Skala von 0 bis 100 in zehner Schritten das allgemeine Funktionsniveau abgebildet. Dabei werden sowohl psychische, soziale als auch berufliche Funktionsniveaus in einer Kurzbeschreibung dargestellt, aufgrund deren die GutachterInnen ihre Einschätzung treffen. 100 entspricht einem guten, gesunden Funktionsniveau. In Tabelle 3 sind die verwendeten Testverfahren übersichtlich dargestellt

TABELLE 3

Verwendete Testverfahren

	Beginn		Ende	
	Depression	Psychose	Depression	Psychose
Selbstbeurteilungen				
Soziodemographische Variablen	x	x		
SCL-90-R	x	x	x	x
SF-36	x	x	x	x
FLZ	x	x	x	x
WDE	x		x	
WFB		x		x
MARS	x	x	x	x
FKV	x	x	x	x
Feedbackfragebogen			x	x

Fremdbeurteilungen				
CGI	x	x	x	x
PANSS	x	x	x	x
HAMD	x	x	x	x
Compliance	x	x	x	x
GAF	x	x	x	x

2.4. Studiendesign und statistische Auswertung

Das Studiendesign wurde zur Beantwortung der Hauptfragestellung, inwieweit sich die Lebensqualität während der Psychoedukation verbessert, erstellt. Die Fragebögen wurden zu Beginn und am Ende der Psychoedukation vorgelegt. Generell ist zur statistischen Auswertung zu sagen, dass alle Analysen mit Ausnahme der Gruppenvergleiche getrennt für beide Stichproben (Psychoedukation Depression und Psychose) berechnet wurden. Dadurch ergibt sich ein einfaktorielles Messwiederholungsdesign mit dem Faktor Zeit beziehungsweise Teilnahme an der Psychoedukation. Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programmpaket SPSS Version 15.0. Das a priori Signifikanzniveau wurde für alle Berechnungen auf $\alpha = .05$ festgelegt. Die einzelnen abhängigen Variablen wurden bei gegebener Normalverteilung multivariat in die Berechnungen miteingeschlossen. Bei Voraussetzungsverletzung wurde auf parameterfreie Verfahren zurückgegriffen.

Die Beantwortung der Fragestellungen von sekundärem Interesse erfolgte mit den vorhandenen Stichprobendaten, auch wenn aufgrund der geringen Versuchspersonenanzahl für ein Zwischensubjekt design (between subject) ein Verlust der Testpower in Kauf genommen werden muss. Das scheint aber im Hinblick auf den in dieser Studie intendierten Gewinn von experimentellen Zusatzinformationen für gerechtfertigt. Die Frage nach Faktoren, bei denen Psychoedukation am besten wirkt, wurde mit regressionsanalytischen Verfahren beantwortet. Die Frage nach Gruppenunterschieden wurde bei gegebener Normalverteilung in multivariaten Varianzanalysen mit den Differenzen der einzelnen Variablen, die Aufschluss über die Veränderung geben, beantwortet.

3. Ergebnisse

Zuerst wurde die Normalverteilung der einzelnen Skalenwerte zu beiden Messzeitpunkten mittels Kolmogorov Smirnov Test überprüft. Für jene Variablen, bei denen die Normalverteilung gegeben war, wurden zur Beantwortung der Hauptfragestellungen multivariate Varianzanalysen mit Messwiederholung getrennt berechnet und zwar getrennt für die einzelnen inhaltlichen Variablencluster, da diese Cluster einerseits inhaltlich sehr heterogen sind, andererseits die multivariate Betrachtungsweise den Vorteil einer integrierten Alpha Korrektur bietet. Als Teststatistik wurde die Pillai Spur verwendet, die robust gegen Voraussetzungsverletzungen ist (Tabachnick & Fidell, 2001) und bei kleineren Stichproben eher zu konservativen Entscheidungen führt (Bortz 1999). Konnten diese Verfahren nicht angewendet werden wurde auf parameterfreie Verfahren (Wilcoxon Test für abhängige Stichproben) zurückgegriffen.

3.1 Gesundheitsbezogene Lebensqualität

3.1.1 Gruppe: Depression

Da die acht einzelnen Subskalen des SF-36 auf einem geringeren Abstraktionsniveau liegen und unterschiedlich gewichtet in die zusammenfassenden Indexskalen bezüglich körperlicher und psychischer Lebensqualität eingehen, wurden die zwei Indexskalen eigenen Analysen zugeführt. Die Normalverteilungsüberprüfung mittels Kolmogorov Smirnov Anpassungstest ergab für die zwei Subskalen *körperliche Rollenfunktion* und *emotionale Rollenfunktion* zu beiden Messzeitpunkten, für die Skala *soziale Funktionsfähigkeit* zum ersten Messzeitpunkt und für die Subskala *körperliche Funktionsfähigkeit* nur zum zweiten Messzeitpunkt eine Abweichung. Deshalb wurde zur Beantwortung der ersten Fragestellung, ob es zu einer Veränderung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität während der Teilnahme an den psychoedukativen Gruppen zwischen den beiden Messzeitpunkten kommt, zunächst mittels multivariater Messwiederholungs-Varianzanalyse mit den beiden übergeordneten Indexsummenscores bzw. mit den normalverteilten Subskalen und anschließend mit den nicht normalverteilten Subskalen ein Wilcoxon Test für abhängige Stichproben berechnet.

Tabelle 4 stellt die Mittelwerte, Standardabweichungen der abhängigen Variablen zu beiden Messzeitpunkten und die Kennwerte der MANOVAs und des Wilcoxon Tests dar.

TABELLE 4

Veränderung der Lebensqualität: Indizes und Subskalen des SF-36

Skala	MANOVA / Wilcoxon						
	Beginn		Ende		df	F/Z	p
	M	SD	M	SD			
Lebensqualität: Körper ¹	43.75	8.53	45.23	8.70	1	1.93	.172
Lebensqualität: Psyche ¹	23.29	10.32	30.26	11.00	1	25.53	.000***
Körperliche Schmerzen ²	52.80	31.00	59.00	28.17	1	3.16	.082
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung ²	45.88	16.48	51.10	19.56	1	7.34	.009**
Vitalität ²	25.31	15.38	38.06	17.43	1	21.93	.000***
Psychisches Wohlbefinden ²	28.90	15.58	40.73	20.09	1	25.18	.000***
Körperliche Funktionsfähigkeit ³	67.55	24.45	75.51	25.85	-	-2.83	.005**
Körperliche Rollenfunktion ³	20.92	31.18	26.02	39.84	-	-1.09	.277
Soziale Funktionsfähigkeit ³	34.44	21.58	49.75	27.77	-	-3.79	.000***
Emotionale Rollenfunktion ³	9.52	25.46	23.13	32.78	-	-2.77	.006**

Anmerkungen.

¹ Der multivariate Test der MANOVA für die Indizes war signifikant ($F_{(2,47)} = 17.95, p = .000, \eta^2 = .43$)

² Der multivariate Test der MANOVA für die normalverteilten Subskalen war signifikant ($F_{(4,45)} = 7.51, p = .000, \eta^2 = .40$)

³ Für die nicht normalverteilten Subtests wurde ein Wilcoxon Test berechnet.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

Es zeigte sich eine generelle Verbesserung der psychischen Lebensqualität, nicht aber der körperlichen. Das spiegelte sich auch darin wider, dass es zu keiner Verbesserung in der Subskala körperliche Rollenfunktion und nur zu einer tendenziellen Verbesserung der körperlichen Schmerzen kam. In den weiteren Subskalen gab es jeweils eine Veränderung während der Psychoedukation in die gewünschte Richtung.

3.1.2 Gruppe: Psychose

Mit Ausnahme der Skalen körperliche Rollenfunktion und emotionale Rollenfunktion waren alle weiteren Subskalen des SF-36 zu beiden Messzeitpunkten normalverteilt. Tabelle 5 stellt wiederum die Mittelwerte, Standardabweichungen der

abhängigen Variablen zu beiden Messzeitpunkten und die Kennwerte der MANOVAs und des Wilcoxon Tests dar.

TABELLE 5

Veränderung der Lebensqualität: Indizes und Subskalen des SF-36

Skala	MANOVA / Wilcoxon						
	Beginn		Ende		df	F/Z	p
	M	SD	M	SD			
Lebensqualität: Körper ¹	42.45	9.00	44.47	9.60	1	1.29	.267
Lebensqualität: Psyche ¹	32.60	8.00	35.33	9.15	1	3.39	.078
Körperliche Funktionsfähigkeit ³	67.88	19.60	77.50	25.85	1	3.09	.091
Körperliche Schmerzen ²	59.66	31.13	60.04	28.17	1	.01	.941
Allgemeine Gesundheitswahrnehmung ²	51.92	23.15	51.08	19.56	1	.05	.829
Vitalität ²	38.85	15.70	43.85	17.43	1	2.60	.119
Soziale Funktionsfähigkeit ³	44.71	22.13	53.85	27.77	1	2.87	.103
Psychisches Wohlbefinden ²	48.46	17.86	56.00	20.09	1	5.34	.029*
Körperliche Rollenfunktion ³	20.19	28.30	33.65	39.84	-	-1.67	.096
Emotionale Rollenfunktion ³	21.79	35.20	25.64	32.78	-	-.80	.426

Anmerkungen.

¹ Der multivariate Test der MANOVA für die Indizes waren signifikant ($F_{(2, 24)} = 2.26, p = .126, \eta^2 = .16$)

² Der multivariate Test der MANOVA für die normalverteilten Subskalen waren signifikant ($F_{(6, 20)} = 3.02, p = .029, \eta^2 = .48$)

³ Für die nicht normalverteilten Subtests wurde ein Wilcoxon Test berechnet.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

In der Gruppe der Psychoseerfahrenen gab es eine tendenzielle Verbesserung der psychischen Lebensqualität. Dies zeigte sich auch in einem signifikanten Zuwachs des psychischen Wohlbefindens durch die Psychoedukation. Tendenzielle Verbesserungen gab es bezüglich der Vitalität und der körperlichen Funktionsfähigkeit der PatientInnen.

3.2 Lebenszufriedenheit

3.2.1 Gruppe: Depression

Alle Skalen des FLZ waren zu beiden Messzeitpunkten normalverteilt, weshalb metrische Verfahren für die Berechnungen verwendet wurden. Tabelle 6 stellt die Mittelwerte, Standardabweichungen der abhängigen Variablen zu beiden Messzeitpunkten, die Standard-Nine Werte zum Vergleich mit der Normstichprobe und die Kennwerte der MANOVA und T-Tests dar.

TABELLE 6

Veränderung der Lebenszufriedenheit – Index und Subskalen des FLZ

Skala	MANOVA/T-Test								
	Beginn			Ende			df	F/T	p
	M	SD	Sta-9 ⁴	M	SD	Sta-9 ⁴			
Allgemeine Lebenszufriedenheit ¹	4.23	.96	3	4.53	.97	4	48	-4.19	.000***
Gesundheit ²	3.41	1.09	1	4.18	1.27	3	1	19.17	.000***
Finanzielle Lage ²	4.14	1.57	4	4.40	1.37	4	1	5.08	.029*
Freizeit ²	4.02	1.44	3	4.23	1.38	4	1	2.06	.158
Eigene Person ²	4.13	1.23	2	4.58	1.11	3	1	13.00	.001**
Sexualität ²	4.20	1.26	4	4.32	1.32	4	1	.72	.399
Soziale Integration ²	4.48	1.11	4	4.77	1,26	4	1	5.37	.025*
Wohnung ²	5.32	1.19	5	5.43	1.31	5	1	1.78	.190
Arbeit/Beruf ³	3.91	1.47	3	4.13	1.51	3	43	-1.85	.072
Ehe/Partnerschaft ³	4.38	1.87	3	4.49	1.95	3	31	-.44	.663
Kinder ³	5.79	.96	5	5.80	1.11	5	37	-.07	.948

Anmerkungen.

¹ Für den übergeordneten Index wurde getrennt ein T-Test für abhängige Messungen berechnet.

² Der multivariate Test der MANOVA für die Subskalen Gesundheit, finanzielle Lage, Freizeit, eigene Person, Sexualität, Umfeld und Wohnung war signifikant ($F_{(7, 38)} = 3.47, p = .006, \eta^2 = .39$)

³ Die Subskalen Ehe/Partnerschaft, Kinder, Arbeit/Beruf gehen nicht in die Berechnung des Index allgemeine Lebenszufriedenheit ein und aufgrund soziodemographisch vorgegebener missing values wurden T-Tests für abhängige Stichproben berechnet.

⁴ Es handelt sich um die Standard-Nine Werte im Vergleich zur Normpopulation des FLZ

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

Es zeigten sich bei depressiven PatientInnen Verbesserungen in der allgemeinen Lebenszufriedenheit aber auch in der Zufriedenheit mit der finanziellen Situation, der eigenen Person und der Beziehung zu FreundInnen und Bekannten.

3.2.2 Gruppe: Psychose

Alle Skalen des FLZ waren zu beiden Messzeitpunkten normalverteilt, weshalb metrische Verfahren für die Berechnungen verwendet wurden. Tabelle 7 stellt wiederum die Mittelwerte, Standardabweichungen der abhängigen Variablen zu beiden Messzeitpunkten, die Standard-Nine Werte zum Vergleich mit der Normstichprobe und die Kennwerte der MANOVA und T-Tests dar.

TABELLE 7

Veränderung der Lebenszufriedenheit – Index und Subskalen des FLZ

Skala	MANOVA/T-Test								
	Beginn			Ende			df	F/T	p
	M	SD	Sta-9 ⁴	M	SD	Sta-9 ⁴			
Allgemeine Lebenszufriedenheit ¹	4.37	.96	4	4.46	.93	4	24	-.43	.670
Gesundheit ²	4,16	1,41	2	4,28	1,57	2	1	.11	.742
Finanzielle Lage ²	4,66	1,36	4	4,63	1,35	4	1	.01	.907
Freizeit ²	4,40	1,63	4	4,59	1,08	4	1	.19	.670
Eigene Person ²	4,76	1,45	2	4,29	1,51	2	1	1.12	.304
Sexualität ²	4,35	1,26	3	4,35	1,45	4	1	.01	.993
Soziale Integration ²	4,35	1,24	3	4,47	1,10	3	1	.21	.655
Wohnung ²	5,35	1,34	5	4,99	1,34	4	1	1.05	.320
Arbeit/Beruf ³	4.12	1.65	4	4.22	1.36	4	20	-.10	.922
Ehe/Partnerschaft ³	5.09	.09	4	4.52	2.03	3	8	1.44	.188
Kinder ³	4.95	1.29	4	5.35	1.06	4	7	-.97	.363

Anmerkungen.

¹ Für den übergeordneten Index wurde getrennt ein T-Test für abhängige Messungen berechnet.

² Der multivariate Test der MANOVA für die Subskalen Gesundheit, finanzielle Lage, Freizeit, eigene Person, Sexualität, Umfeld und Wohnung war signifikant ($F_{(7, 11)} = 1.10, p = .426, \eta^2 = .41$)

³ Die Subskalen Ehe/Partnerschaft, Kinder, Arbeit/Beruf gehen nicht in die Berechnung des Index allgemeine Lebenszufriedenheit ein und aufgrund soziodemographisch vorgegebener missing values wurden T-Tests für abhängige Stichproben berechnet.

⁴ Es handelt sich um die Standard-Nine Werte im Vergleich zur Normpopulation des FLZ

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

In der Gruppe der Psychoseerfahrenen gab es keinen Hinweis auf eine Veränderung der Lebenszufriedenheit in unterschiedlichsten Bereichen durch die Teilnahme an der Psychoedukation.

3.3 Psychopathologie

3.3.1 Gruppe: Depression

3.3.1.1 Selbstbeurteilungen

Alle Indizes und Subskalen waren zu beiden Messzeitpunkten normalverteilt. Einzige Ausnahme bildete die Subskala Aggressivität zum zweiten Messzeitpunkt. Da es sich aber nur um eine geringfügige Abweichung von der Normalverteilung handelte und die Pillai Spur, die bei kleinen Stichproben sehr robust gegenüber Voraussetzungsverletzungen ist, verwendet wurde, wurde einheitlich eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung berechnet. Tabelle 8 stellt die Mittelwerte, Standardabweichungen der abhängigen Variablen zu beiden Messzeitpunkten, die T-Werte ($MS = 50$, $SD = 10$) zum Vergleich mit der Normstichprobe und die Kennwerte der MANOVAs dar.

TABELLE 8

Veränderungen der Symptomatik – Indizes und Subskalen der SCL-90-R

Skala	MANOVA									
	Beginn			Ende			df	F	p	
	M	SD	T ³	M	SD	T ³				
GSI ¹	1.47	.58	80	1.02	.58	71	1	18.65	.000***	
PSDI ¹	2.15	.51	72	1.72	.48	66	1	20.61	.000***	
PST ¹	60.22	16.67	74	49.57	21.09	67	1	12.51	.001**	
Somatisierung ²	1.19	.63	70	.84	.59	64	1	15.04	.000***	
Zwanghaftigkeit ²	1.88	.74	75	1.30	.77	67	1	18.93	.000***	
Unsicherheit im Sozialkontakt ²	1.60	.90	72	1.08	.69	66	1	17.62	.000***	
Depressivität ²	2.16	.83	80	1.49	.85	71	1	20.39	.000***	
Ängstlichkeit ²	1.53	.76	73	1.12	.80	69	1	11.01	.002**	
Aggressivität ²	1.00	.67	66	.60	.58	60	1	19.00	.000***	
Phobische Ängste ²	1.06	.66	75	.73	.67	71	1	8.40	.006**	
Paranoides Denken ²	1.07	.79	66	.78	.68	60	1	8.78	.005**	
Psychotizismus ²	1.19	.63	74	.84	.56	68	1	11.32	.002**	

Anmerkungen.

¹ Der multivariate Test der MANOVA für der übergeordneten Skalen (GSI, PSDI, PST) war signifikant ($F_{(3, 45)} = 7.2$, $p = .000$, $\eta^2 = .32$).

² Der multivariate Test der MANOVA für die Subskalen war signifikant ($F_{(9, 40)} = 2.62$, $p = .018$, $\eta^2 = .37$).

³ Es handelt sich um T-Werte ($MS = 50$, $SD = 10$) im Vergleich zur Normpopulation des SCL-90-R.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

Bei den depressiven PatientInnen kam es nach der Psychoedukation zu einer generellen Verringerung der psychischen Belastung. Dies zeigte sich auch durch die Abnahme der Symptomatik in allen erhobenen Subskalen.

3.3.1.2 Fremdbeurteilungen

Mit Ausnahme der CGI-Fremdbeurteilungen waren die anderen Fremdbeurteilungen (HAMD, PANSS und GAF) zu beiden Messzeitpunkten normalverteilt. Tabelle 9 stellt die Mittelwerte, Standardabweichungen der abhängigen Variablen zu beiden Messzeitpunkten und die Kennwerte der MANOVA und des Wilcoxon Tests dar.

TABELLE 9

Veränderungen der Symptomatik – Fremdbeurteilungsskalen

Skala	MANOVA / Wilcoxon						
	Beginn		Ende		df	F/Z	p
	M	SD	M	SD			
HAMD ¹	22.00	7.63	14.40	6.43	1	29.10	.000***
PANSS positiv ¹	9.69	2.40	8.81	2.34	1	6.61	.013*
PANSS negativ ¹	18.79	7.64	13.00	5.49	1	32.78	.000***
GAF ¹	43.52	9.68	55.69	11.00	1	42.75	.000***
CGI Schweregrad ²	5.23	.69	4.49	1.16	-	-4.27	.000***

Anmerkungen.

¹ Der multivariate Test der MANOVA für die Fremdbeurteilungsskalen war signifikant ($F_{(4, 44)} = 14.23$, $p = .000$, $\eta^2 = .56$).

² Aufgrund der nichtgegebenen Normalverteilung des CGI wurde ein Wilcoxon Test ($Z = -4.27$, $p = .000$) berechnet.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

Eine Symptomverbesserung nach der Psychoedukation war auch in den Fremdbeurteilungen feststellbar. Es gab eine Verbesserung der depressiven Symptomatik, der Positiv- und Negativsymptomatik und des Schweregrades der Erkrankung. Gleichzeitig erhöhte sich das globale Funktionsniveau der PatientInnen.

3.3.2 Gruppe: Psychose

3.3.2.1 Selbstbeurteilungen

Für alle Indizes und Subskalen war die Normalverteilung zu beiden Messzeitpunkten gegeben. Tabelle 10 stellt die Mittelwerte, Standardabweichungen der abhängigen Variablen zu beiden Messzeitpunkten, die T- Werte (MS = 50, SD = 10) zum Vergleich mit der Normstichprobe und die Kennwerte der MANOVAs dar.

TABELLE 10

Veränderungen der Symptomatik – Indizes und Subskalen der SCL-90-R

Skala	Beginn		T^3	Ende		MANOVA				
	M	SD		M	SD	T^3	df	F	p	
GSI ¹	1.08	.54	72	.96	.62	70	1	2.19	.151	
PSDI ¹	1.79	.48	67	1.65	.53	65	1	3.48	.074	
PST ¹	51.62	17.24	69	47.85	22.04	66	1	1.37	.253	
Somatisierung ²	.80	.60	64	.66	.69	61	1	3.20	.086	
Zwanghaftigkeit ²	1.47	.86	70	1.33	.85	67	1	.81	.376	
Unsicherheit im Sozialkontakt ²	1.09	.70	66	1.14	.76	66	1	.12	.731	
Depressivität ²	1.42	.72	71	1.07	.65	66	1	10.63	.003**	
Ängstlichkeit ²	1.17	.63	71	.97	.73	68	1	2.63	.117	
Aggressivität ²	.57	.46	59	.55	.60	58	1	.01	.924	
Phobische Ängste ²	.89	.73	72	.92	.72	73	1	.07	.796	
Paranoides Denken ²	1.18	.80	68	1.08	.89	66	1	.39	.540	
Psychotizismus ²	.97	.83	71	.84	.75	68	1	.83	.370	

Anmerkungen.

¹ Der multivariate Test der MANOVA für die übergeordneten Skalen (GSI, PSDI, PST) war nicht signifikant ($F_{(3, 23)} = 1.12$, $p = .364$, $\eta^2 = .13$).

² Der multivariate Test der MANOVA auf Innersubjekteffekte für die Subskalen war signifikant ($F_{(9, 17)} = 3.19$, $p = .019$, $\eta^2 = .63$).

³ Es handelt sich um T-Werte (MS = 50, SD = 10) im Vergleich zur Normpopulation des SCL-90-R.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

In der Gruppe der psychoseerfahrenen PatientInnen zeigte sich in der subjektiven Selbsteinschätzung lediglich eine Verbesserung der depressiven Symptomatik.

3.3.2.2 Fremdbeurteilungen

Mit Ausnahme der CGI-Fremdbeurteilungen waren die anderen Fremdbeurteilungen (HAMD, PANSS und GAF) zu beiden Messzeitpunkten normalverteilt. Tabelle 11 stellt die Mittelwerte, Standardabweichungen der abhängigen Variablen zu beiden Messzeitpunkten und die Kennwerte der MANOVA und des Wilcoxon Tests dar.

TABELLE 11

Veränderungen der Symptomatik – Fremdbeurteilungsskalen

Skala	MANOVA / Wilcoxon						
	Beginn		Ende		df	F/Z	p
	M	SD	M	SD			
HAMD ¹	18.62	5.24	13.08	5.43	1	22.19	.000***
PANSS positiv ¹	19.58	6.63	13.50	4.30	1	28.93	.000***
PANSS negativ ¹	20.46	7.50	16.50	6.22	1	7.36	.012*
GAF ¹	42.73	10.75	52.04	10.85	1	14.02	.001**
CGI Schweregrad ²	5.58	.65	4.96	.67	-	-3.09	.002**

Anmerkungen.

¹ Der multivariate Test der MANOVA für die Fremdbeurteilungsskalen war signifikant ($F_{(4, 22)} = 12.06$, $p = .000$, $\eta^2 = .69$).

² Aufgrund der nichtgegebenen Normalverteilung des CGI wurde ein Wilcoxon Test ($Z = -3.10$, $p = .002$) berechnet.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

In der Fremdbeurteilung zeigten sich auch in der Gruppe der Psychoseerfahrenen positive Veränderungen. Dies betraf wiederum die depressive Symptomatik, die Positiv- und Negativsymptomatik, den Schweregrad der Erkrankung und das allgemeine Funktionsniveau der PatientInnen.

3.4 Krankheitsbezogenes Wissen

Der Index bezüglich krankheitsbezogenem Wissens wurde berechnet, indem man die Differenz der Anzahl der richtigen Antworten und der falschen Antworten bildete. Damit wurde der Möglichkeit, sich sowohl durch mehr richtige als auch weniger falsche Antworten zu verbessern, Rechnung getragen.

3.4.1 Gruppe: Depression

Da eine Normalverteilung gegeben war, wurde eine Veränderung des Wissens durch einen T-Test für abhängige Stichproben überprüft. Tabelle 12 stellt die Mittelwerte, Standardabweichungen des krankheitsbezogenen Wissens zu beiden Messzeitpunkten und die Kennwerte des T-Tests dar.

TABELLE 12

Veränderungen des krankheitsbezogenen Wissens

Skala	Beginn		Ende		T-Test		
	M	SD	M	SD	df	T	p
	Wissen	30.92	7.98	38.16	8.17	48	-7.32

Anmerkungen.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

Der T-Test für abhängige Stichproben lieferte ein signifikantes Ergebnis. Demnach wußten die PatientInnen nach der Teilnahme an der Psychoedukation mehr über die Krankheit als vor der Teilnahme.

3.4.2 Gruppe: Psychose

Die Normalverteilung war auch in dieser Stichprobe gegeben. Der T-Test für abhängige Stichproben war signifikant und bestätigte, dass psychoseerfahrene PatientInnen ihr krankheitsbezogenes Wissen durch die Teilnahme an den psychoedukativen Gruppen verbesserten. Tabelle 13 stellt die Mittelwerte, Standardabweichungen des krankheitsbezogenen Wissens zu beiden Messzeitpunkten und die Kennwerte des T-Tests dar.

TABELLE 13

Veränderungen des krankheitsbezogenen Wissens

Skala	Beginn		Ende		T-Test		
	M	SD	M	SD	df	T	p
	Wissen	40.07	15.26	47.73	13.43	26	-3.46

Anmerkungen.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

3.5 Compliance

3.5.1 Gruppe: Depression

Das Compliance Verhalten wurde in dieser Studie durch zwei Selbstbeurteilungsskalen (MARS und FKV) und einer Fremdbeurteilung mittels der Operationierungsliste von Ptischel-Walz (1997) erhoben. Diese Liste konnte in der Gruppe der depressiven PatientInnen nicht in die Berechnungen miteingehen, da alle PatientInnen mit einem „Sehr gut“ beurteilt wurden und es deshalb keine Streuung gab. Die beiden Selbstrating-Skalen waren zu beiden Zeitpunkten normalverteilt, weshalb diese als abhängige Variablen in einer multivariaten Messwiederholungsvarianzanalyse verrechnet wurden. Tabelle 14 stellt die Mittelwerte, Standardabweichungen der abhängigen Variablen zu beiden Messzeitpunkten und die Kennwerte der MANOVA dar.

TABELLE 14

Veränderungen der Compliance

Skala	MANOVA							
	Beginn		Ende		df	F	p	
	M	SD	M	SD				
MARS	.65	.16	.71	.17	1	6.76	.013*	
FKV Compliance	4.37	.63	4.28	.68	1	.76	.387	

Anmerkungen.

Die multivariaten Tests der MANOVA auf Innersubjekteffekte für die Fremdbeurteilungsskalen waren signifikant ($F_{(2, 45)} = 4.26, p < .020, \eta^2 = .16$).

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

Es gab eine Verbesserung des Compliance Verhaltens gemessen mit der Medical Adherence Rating Scale durch die Teilnahme an der Psychoedukation. Dies konnte anhand der FKV Subskala Compliance nicht gezeigt werden.

3.5.2 Gruppe: Psychose

In der Gruppe der psychoseerfahrenen PatientInnen gab es zumindest eine geringe Varianz bezüglich der Fremdbeurteilungsskala. Diese war allerdings im Gegensatz zu den beiden Selbstbeurteilungsverfahren nicht normalverteilt und wurde deshalb mittels Wilcoxon Test auf eine Änderung hin untersucht.

Tabelle 15 stellt wiederum die Mittelwerte, Standardabweichungen der abhängigen Variablen zu beiden Messzeitpunkten und die Kennwerte der MANOVA dar.

TABELLE 15
Veränderungen der Compliance

Skala	<i>MANOVA/Wilcoxon</i>							
	<i>Beginn</i>		<i>Ende</i>		<i>df</i>	<i>F/Z</i>	<i>p</i>	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>				
MARS ¹	.67	.17	.65	.18	1	.26	.616	
FKV Compliance ¹	4.36	.071	4.00	.70	1	4.17	.053	
Fremdrating Compliance ²	1.21	.51	1.08	.27	-	-1.34	.180	

Anmerkungen.

¹ Der multivariate Test der MANOVA für die Fremdbeurteilungsskalen waren nicht signifikant ($F_{(2, 22)} = 1.99$, $p = .160$, $\eta^2 = .15$).

² Aufgrund der nichtgegebenen Normalverteilung des Compliance-Fremdratings wurde ein Wilcoxon Test ($Z = -1.34$, $p = .180$) berechnet.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

In der Gruppe der psychoseerfahrenen PatientInnen zeigte sich keine Veränderung des Compliance Verhaltens nach der Teilnahme an der Psychoedukation.

3.6 Zusammenhang psychologischer Variablen mit dem Erfolg von Psychoedukation

In dieser sekundären Fragestellung der Untersuchung ging es darum, Informationen zu gewinnen, welche psychologischen Variablen in welcher Weise im Zusammenhang mit dem Erfolg der Psychoedukation im Sinne einer klinischen Bedeutsamkeit (Kazdin, 1999) stehen. Anders formuliert sollte analysiert werden, welche PatientInnen am meisten von einer Teilnahme an einer psychoedukativen Gruppe profitierten. Erfolg von Psychoedukation wurde aufgrund von Problematiken bei der Differenzwertbildung nicht als Veränderungsmaß (Vickers & Altman, 2001), sondern als Höhe der Hauptoutcome-Variablen nach Beendigung der Psychoedukation definiert. Das bedeutete, dass pro Gruppe insgesamt fünf schrittweise multiple Regressionen für die Kriterien psychische und körperliche Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, krankheitsbezogenes Wissen und Compliance zum zweiten Messzeitpunkt berechnet wurden. Als Prädiktoren wurden jene Variablen des ersten Messzeitpunkts aufgenommen, die mit der jeweiligen

Kriteriumsvariable in Zusammenhang standen. Nominale Daten wurden Dummy-codiert (0,1) aufgenommen. Die folgenden Ergebnisse dürfen aufgrund der Stichprobengröße vor allem bei der Psychoedukation bezüglich Psychose nur unter Berücksichtigung einer geringen Power der Analyse betrachtet werden. Die Verwendung des Verfahrens scheint aber aufgrund des explorativen Charakters und der Tatsache, dass es sich um eine sekundäre Fragestellung in dieser Untersuchung handelt, gerechtfertigt. Der Vorteil der schrittweisen Methode liegt darin, dass das Vorhersagepotenzial der einzelnen Prädiktoren über jenes der verbleibenden hinausgehen muss und somit keine Redundanzen auftreten. Die Abfolge der Aufnahme in das Regressionsmodell richtet sich nach der Nützlichkeit der Prädiktoren. Das Verfahren nimmt zunächst die Variable mit der höchsten Validität auf und prüft dann Schritt für Schritt, durch welche weitere Variable das Vorhersagepotenzial der bereits im Modell enthaltenen Variablen maximal erhöht werden kann (Bortz, 1999).

3.6.1 Gruppe Depression

Tabelle 16 gibt einen Überblick über die Ergebnisse der regressionsanalytischen Berechnungen.

Mit dem gefunden Modell zur Vorhersage der psychischen Lebensqualität nach der Psychoedukation konnten insgesamt 68 Prozent der Gesamtvarianz aufgeklärt werden. ($R^2 = .68$, $F_{(7, 35)} = 10.57$, $p = .000$). Depressive PatientInnen, die zu Beginn der Psychoedukation eine höhere psychische Lebensqualität aufwiesen, erzielten auch bessere Werte in der psychischen Lebensqualität nach Ende der Psychoedukation. PatientInnen, die weniger neuroleptische Medikation benötigten und sich in ihrer Selbsteinschätzung als weniger zwanghaft und weniger aggressiv sahen, wiesen nach der Psychoedukation höhere Werte in ihrer psychischen Lebensqualität auf. Es zeigte sich auch, dass PatientInnen mit paranoiden Denkweisen von der Psychoedukation in Hinblick auf psychische Lebensqualität profitierten. Bereits erfolgte Familientherapien reduzierten eher die psychische Lebensqualität nach der Psychoedukation.

TABELLE 16*Multiple Regressionsanalysen mit unterschiedlichen Erfolgskriterien*

<i>1. Regressionsanalyse: Kriterium = Psychische Lebensqualität nach der Psychoedukation</i>			
Prädiktoren	β	T	p
Lebensqualität: Psyche (SF-36)	.65	6.14	.000***
Neuroleptika (Fremdrating)	-.35	-3.36	.002**
Zwanghaftigkeit (SCL-90-R)	-.25	-2.06	.047*
Vorerfahrung: Familientherapie	-.30	-3.03	.005**
Stationäres Angebot	-.25	-2.46	.019*
Paranoides Denken (SCL-90-R)	.43	3.33	.002**
Aggressivität (SCL-90-R)	-.28	-2.07	.046*
<i>2. Regressionsanalyse: Kriterium = körperliche Lebensqualität nach der Psychoedukation</i>			
Prädiktoren	β	T	p
Lebensqualität: Körper (SF-36)	.56	5.33	.000***
Antidepressiva (Fremdrating)	-.25	-2.67	.011*
Compliance (MARS)	.26	2.54	.015*
Alter	-.20	-2.04	.048*
<i>3. Regressionsanalyse: Kriterium = allgemeine Lebenszufriedenheit nach der Psychoedukation</i>			
Prädiktoren	β	T	p
Allgemeine Lebenszufriedenheit (FLZ)	.90	13.70	.000***
Anzahl stationärer Behandlungen	-.25	-3.79	.001**
Vorerfahrung: Einzelpsychotherapie	.17	2.53	.016*
Phobische Ängste (SCL-90-R)	.14	2.17	.037*
<i>4. Regressionsanalyse: Kriterium = krankheitsbezogenes Wissen</i>			
Prädiktoren	β	T	p
Wissen vor Psychoedukation	.64	6.33	.000***
Anzahl stationärer Behandlungen	-.35	-3.39	.002**
Phobische Ängste (SCL-90-R)	.31	-3.06	.004**
<i>5. Regressionsanalyse: Kriterium = Compliance</i>			
Prädiktoren	β	T	p
Compliance (MARS)	.61	5.87	.000***
Geschlecht	.37	3.51	.001**

*Anmerkungen.** $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

67 Prozent der Varianz der körperlichen Lebensqualität nach Ende der Psychoedukation konnte durch vier Prädiktoren ($R^2 = .67$, $F_{(4, 38)} = 19.61$, $p = .000$) aufgeklärt werden. Zur Vorhersage der körperlichen Lebensqualität war das diesbezügliche Ausgangsniveau zu Beginn der Psychoedukation relevant. Darüber hinaus wurde eine hohe körperliche Lebensqualität während der Teilnahme an der Psychoedukation erzielt, wenn die PatientInnen wenig antidepressiv wirkende Medikamente benötigten, ein gutes Compliance Verhalten bereits zu Beginn der Psychoedukation zeigten und noch jünger waren.

Auch zur Vorhersage der allgemeinen Lebenszufriedenheit war das Ausgangsniveau von Relevanz. Prädiktoren, die sich auf eine hohe Lebenszufriedenheit nach Ende der Psychoedukation auswirkten, waren eine geringere Anzahl von stationären Behandlungen, bereits erfolgte Einzelpsychotherapien und bestehende phobische Ängste. 85 Prozent der Varianz konnte durch die genannten Prädiktoren aufgeklärt werden ($R^2 = .85$, $F_{(4, 38)} = 52.60$, $p = .000$)

Bezüglich des krankheitsbezogenen Wissens konnte gezeigt werden, dass das höchste Wissen jene PatientInnen aufwiesen, die bereits zu Beginn der Psychoedukation ein gutes Grundwissen hatten, die weniger oft in stationären Behandlungen waren und bei denen eher phobische Ängste bestanden. Diese drei Variablen konnten 61 Prozent der Varianz aufklären ($R^2 = .61$, $F_{(3, 39)} = 20.70$, $p = .000$).

57 Prozent der Varianz zur Vorhersage der Compliance nach der Psychoedukation könnte durch das Ausgangsniveau zu Beginn der Psychoedukation und durch das Geschlecht aufgeklärt werden ($R^2 = .57$, $F_{(2, 40)} = 26.25$, $p = .000$). Es zeigte sich, dass (weibliche) Patientinnen mit hoher Compliance zu Beginn der Psychoedukation auch über eine hohe Compliance nach der Psychoedukation verfügten.

3.6.2 Gruppe Psychose

In Tabelle 17 sind die Ergebnisse der regressionsanalytischen Berechnungen dargestellt.

60 Prozent der Varianz der psychischen Lebensqualität nach Ende der Psychoedukation konnte durch die beiden Prädiktoren depressiver Verarbeitungsstil und psychische Lebensqualität zu Beginn der Psychoedukation aufgeklärt werden ($R^2 = .60$, $F_{(2, 17)} = 13.15$, $p = .000$). Es zeigte sich, dass jene psychoseerfahrenen PatientInnen, die weniger depressive Krankheitsverarbeitungsstrategien verwendeten, am meisten von der Psychoedukation in Hinblick auf die psychische Lebensqualität profitierten.

Geringere Psychotizismuswerte, weniger Negativsymptomatik und weniger Vorerfahrung mit Einzelpsychotherapien erhöhten die körperliche Lebensqualität der PatientInnen nach Beendigung der Psychoedukation. Durch dieses Modell konnten 63 Prozent der Varianz aufgeklärt werden ($R^2 = .63$, $F_{(2, 17)} = 14.61$, $p = .000$).

62 Prozent der Varianz der allgemeinen Lebenszufriedenheit konnte durch folgende zwei Variablen vorhergesagt werden ($R^2 = .62$, $F_{(2, 17)} = 14.08$, $p = .000$): PatientInnen mit geringeren Psychotizismuswerten und einem geringern globalen Funktionsniveau profitierten am meisten von der Psychoedukation. Diesbezüglich spielte das Ausgangsniveau der allgemeinen Lebenszufriedenheit zu Beginn der psychoedukativen Gruppe keine Rolle.

Zur Vorhersage des krankheitsbezogenen Wissens war allein das Grundwissen zu Beginn der Psychoedukation relevant. Dieses konnte 52 Prozent der Varianz aufklären ($R^2 = .52$, $F_{(1, 18)} = 19.54$, $p = .000$).

Die folgenden fünf Variablen konnten 86 Prozent der Compliance nach der Psychoedukation aufklären ($R^2 = .86$, $F_{(5, 14)} = 16,82$, $p = .000$). Das beste Compliance Verhalten nach Ende der Psychoedukation zeigten jene PatientInnen, die weniger bagatellisierende Copingstrategien verwendeten, die eine geringere Anzahl an psychoedukativen Einheiten absolvierten und deren subjektiv geschätzter Krankheitsbeginn kürzer zurücklag. Außerdem bewirkte eine Vorerfahrung sowohl mit Gruppenpsychotherapie als auch mit psychoedukativen Gruppen eine Verbesserung der Compliance.

TABELLE 17*Multiple Regressionsanalysen mit unterschiedlichen Erfolgskriterien*

<i>1. Regressionsanalyse: Kriterium = Psychische Lebensqualität nach der Psychoedukation</i>			
Prädiktoren	β	T	p
Depressive Krankheitsverarbeitung (FKV)	-.47	-2.73	.014*
Lebensqualität: Psyche (SF-36)	.41	2.40	.034*
<i>2. Regressionsanalyse: Kriterium = körperliche Lebensqualität nach der Psychoedukation</i>			
Prädiktoren	β	T	p
Psychotizismus (SCL-90-R)	-.70	-4.77	.000***
Negativsymptomatik (PANSS)	-.45	--3.01	.008**
<i>3. Regressionsanalyse: Kriterium = allgemeine Lebenszufriedenheit nach der Psychoedukation</i>			
Prädiktoren	β	T	p
GAF	-.50	-3.21	.005**
Psychotizismus (SCL-90-R)	-.47	-3.03	.008**
<i>4. Regressionsanalyse: Kriterium = krankheitsbezogenes Wissen</i>			
Prädiktoren	β	T	p
Wissen vor Psychoedukation	.72	4.42	.000***
<i>5. Regressionsanalyse: Kriterium = Compliance</i>			
Prädiktoren	β	T	p
Bagatellisieren (FKV)	-.80	-7.08	.000***
Anzahl der Sitzungen	-.73	-6.02	.000***
Vorerfahrung: Gruppenpsychotherapie	.52	4.43	.001**
Vorerfahrung: Psychoedukation	.35	3.37	.005**
Subjektiver Beginn	-.27	-2.42	.030*

*Anmerkungen.** $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

3.7 Feedback zur Psychoedukation

Im Anhang (Kapitel 8.4) ist der in dieser Untersuchung verwendete Feedbackfragebogen dargestellt. Er orientiert sich an Vorgaben von Bäuml und Pitschl-Walz (2003), wurde aber verändert und ergänzt. Eine Reliabilitätsanalyse der Items ergab eine gute innere Konsistenz (Chronbach's $\alpha = .78$) des verwendeten Feedbackfragebogens. Im Kapitel 8.4 des Anhangs finden sich auch die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Items getrennt für die beiden Gruppen der Psychoedukation (Depression versus Psychose). Auf einer fünfstufigen Ratingskala beurteilten die TeilnehmerInnen nach der Psychoedukation verschiedene Sachverhalte bezüglich der allgemeinen Zufriedenheit, der Atmosphäre in der Gruppe und den Auswirkungen der Teilnahme auf den Alltag. Die Einschätzungen konnten demnach zwischen eins und fünf streuen. In Tabelle 18 wird exemplarisch das Antwortverhalten der PatientInnen anhand von je zwei Items aus den drei im Feedbackbogen gefragten Themenkreisen (Relevanz und Vollständigkeit der Psychoedukationsthemen, allgemeine Atmosphäre in der Gruppe und Auswirkungen der Psychoedukation) dargestellt. Als positives Feedback wurden Antworten mit den Ausprägungen vier und fünf (trifft völlig zu) zusammengefasst und die Beantwortungshäufigkeit in Prozentangaben dargestellt. Antworten mit den Einschätzungen auf den Stufen eins und zwei galten als negatives Feedback.

Generell konnten wir von einem sehr guten Feedback sprechen. Die überwältigende Mehrheit der PatientInnen gab an, dass die Psychoedukation ihre Erwartungen erfüllt habe und die behandelnden Themen für sie wichtig seien. 100 Prozent der depressiven PatientInnen und 86 Prozent der psychoseerfahrenen PatientInnen erlebten die Gruppenatmosphäre als angenehm und freundlich und eine deutliche Mehrheit hatte auch das Gefühl in den psychoedukativen Gruppen offen reden zu können. 89,8 Prozent der depressiven PatientInnen und 92,0 Prozent der psychoseerfahrenen PatientInnen gaben an, dass die Psychoedukation ihnen geholfen habe, ihre Krankheit besser zu verstehen. Deutlich über die Hälfte der TeilnehmerInnen gaben auch an, dass die Teilnahme an der Psychoedukation helfen könne Rückfällen vorzubeugen.

TABELLE 18*Prozentuale Häufigkeit der Zustimmung und Ablehnung einiger Items des Feedbackfragebogens*

Feedback (Bereich/Item)	Depression		Psychose	
	+	-	+	-
<i>Relevanz Vollständigkeit</i>				
Die psychoedukative Gruppe hat meine Erwartungen völlig erfüllt.	87.8	2.0	80.0	4.0
Die Themen, die während der psychoedukativen Gruppen behandelt wurden, waren für mich wichtig.	93.9	2.0	100	0
<i>Gruppenatmosphäre</i>				
Die Atmosphäre während der psychoedukativen Gruppen war freundlich und angenehm.	100	0	86.0	4.0
Ich hatte das Gefühl, in der psychoedukativen Gruppe offen reden zu können.	95.9	2.0	76.0	8.0
<i>Auswirkungen</i>				
Die psychoedukative Gruppe hat mir geholfen, meine Krankheit besser zu verstehen.	89.8	4.0	92.0	0
Die Teilnahme an psychoedukativen Gruppen kann helfen, Rückfällen vorzubeugen.	59.1	8.2	68.0	4.0

Anmerkungen.

Einschätzungen auf den Stufen vier und fünf der Skala wurden als positives Feedback gewertet, Einschätzungen auf den Stufen eins und zwei als negatives Feedback.

Weitere Items aus dem Feedbackfragebogen bestätigten dieses positive Feedback. So empfahlen zum Beispiel 88% der teilnehmenden psychoseerfahrenen und 92% der depressiven PatientInnen die Teilnahme an der Psychoedukation weiter. Ebenfalls von einer deutlichen Mehrheit der PatientInnen wurde die Psychoedukation als hilfreich erlebt, die Therapeutin als sehr kompetent eingeschätzt und als Wirkung der Psychoedukation genannt, dass es den ihnen leichter falle mit anderen Leuten über ihre Erkrankung zu sprechen. Niemand in der Gruppe der depressiven PatientInnen gab an, dass die Teilnahme nichts oder nur wenig geholfen hätte, bei den psychoseerfahrenen lag dieser Prozentsatz bei 12%.

Zur Indexbildung des Feedbackfragebogens wurde eine Faktorenanalyse mittels Hauptkomponenten-Methode mit den beiden Stichproben gemeinsam durchgeführt. Die in den beiden Gruppen unterschiedlichen Items bezüglich des Interesses an den einzelnen Themen der Psychoedukation gehen nicht in die Analysen ein. Es folgte eine orthogonale Rotation, da eine Unabhängigkeit der Faktoren erwünscht war. Jene Items, die eine Doppelladung größer .30 aufwiesen wurden eliminiert (Items: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 12, 23, 26). Aufgrund der Eigenwerte, des Screeplots und inhaltlicher Überlegungen wurden zwei

Faktoren identifiziert, die mit Zufriedenheit und Unzufriedenheit bezüglich der Psychoedukation benannt wurden. Diese beiden Faktoren klärten insgesamt 48% der Gesamtvarianz auf, die sich aufteilte in 34% für den Faktor Zufriedenheit und 14% für den Faktor Unzufriedenheit. Der resultierende Index *Zufriedenheit mit der Psychoedukation* bestand aus den Items 1, 2, 10, 14, 15, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 28, 29, 30, 31, 32 und 33 und der Index *Unzufriedenheit mit der Psychoedukation* aus den Items 11, 13, 16, 24, 25 und 27. Sowohl die PatientInnen der Depressions- als auch der Psychosegruppe gaben die Zufriedenheit mit der Psychoedukation im Mittel mit 4.23 (Depression: SD = .63, Psychose: SD = .73) an, wobei ein Wert von fünf die maximale Zufriedenheit repräsentierte. Die beiden Gruppen unterschieden sich in ihrer Beurteilung der Unzufriedenheit mit der Psychoedukation. Hier waren die TeilnehmerInnen der Psychose-Psychoedukation (MS = 2.18, SD = 1.04) unzufriedener (Manova, $F_{(2, 66)} = 4.82$, $p = .01$, $\eta^2 = .13$) als jene der Depressions-Gruppe (MS = 1.58, SD = .54). Eine maximale Unzufriedenheit war wiederum durch einen Wert von fünf repräsentiert. Die Normalverteilung war bei beiden Indizes gegeben.

3.7.1 Gruppe Depression

Diese beiden Indizes bildeten in zwei weiteren multiplen Regressionen, getrennt für die beiden Gruppen, das Vorhersagekriterium. In Tabelle 19 sind die Ergebnisse der regressionsanalytischen Berechnungen dargestellt.

Jene depressiven PatientInnen, die weniger Neuroleptika benötigten und eine bessere Compliance zu Beginn der Psychoedukation aufwiesen, sind mit dieser zufriedener. Es bleibt festzuhalten, dass insgesamt nur 42 Prozent der gesamten Varianz durch dieses Modell aufgeklärt werden kann ($R^2 = .42$, $F_{(2, 38)} = 13.65$, $p = .000$).

Erhöhte Zwanghaftigkeit und höhere psychische Lebensqualität zu Beginn der Psychoedukation erhöhte die Unzufriedenheit mit dieser. Höhere Somatisierungswerte prognostizierten hingegen eine geringere Unzufriedenheit. Eine gute Beziehung zu den Angehörigen und eine Empfehlung durch den behandelnden Arzt sagten größere Unzufriedenheit mit der Psychoedukation vorher. Dieses Modell konnte 53 Prozent der Gesamtvarianz aufklären ($R^2 = .53$, $F_{(6, 35)} = 6.35$, $p = .000$).

TABELLE 19

Multiple Regressionsanalysen bezüglich Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit der Psychoedukation

<i>1. Regressionsanalyse: Kriterium = Zufriedenheit mit Psychoedukation</i>			
Prädiktoren	β	T	p
Neuroleptika (Fremdrating)	-.48	-3.72	.001**
Compliance (FKV)	.34	2.65	.012*
<i>2. Regressionsanalyse: Kriterium = Unzufriedenheit mit der Psychoedukation</i>			
Prädiktoren	β	T	p
Erwartung: Umgang mit Erkrankung verbessern	-.37	-3.30	.002**
Zwanghaftigkeit (SCL-90-R)	.63	4.62	.000***
Beziehung zu Angehörigen	.40	3.41	.002**
Lebensqualität: Psyche (SF-36)	.33	2.79	.008**
Somatisierung (SCL-90-R)	-.35	-2.59	.014*
Teilnahmegrund: Empfehlung durch Arzt/Ärztin	.28	2.48	.018*

Anmerkungen.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

3.7.2 Gruppe Psychose

In Tabelle 20 sind wiederum die Ergebnisse der regressionsanalytischen Berechnungen dargestellt.

Psychoseerfahrene PatientInnen waren verstärkt mit der Psychoedukation zufrieden, wenn sie von den stationären PflegerInnen und der betreuenden Psychologin über die Teilnahme und Inhalte informiert wurden. Je geringer die Erwartung über einen Austausch mit den MitpatientInnen war, umso höher war die Zufriedenheit mit der Psychoedukation. Diese drei Variablen konnten 73 Prozent der Varianz aufklären ($R^2 = .73$, $F_{(3, 15)} = 13.97$, $p = .000$).

TABELLE 20

Multiple Regressionsanalysen bezüglich Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit der Psychoedukation

<i>1. Regressionsanalyse: Kriterium = Zufriedenheit mit Psychoedukation</i>			
Prädiktor	β	T	p
Information durch Schwester/Pfleger	.58	4.41	.001**
Information durch PsychologInnen	-.37	-2.76	.008**
Erwartung: Austausch MitpatientInnen	-.41	3.04	.015*
<i>2. Regressionsanalyse: Kriterium = Unzufriedenheit mit der Psychoedukation</i>			
Prädiktoren	β	T	p
Teilnahmegrund: Empfehlung durch Arzt/Ärztin	-.33	-3.70	.004**
Vorerfahrung: Familientherapie	-.67	-6.76	.000***
Positivsymptomatik (PANSS)	.49	6.62	.000***
Geschlecht	-.33	-3.67	.004**
Bagatellisieren (FKV)	.24	2.84	.017*
Vorerfahrung: Selbsthilfegruppen	.38	3.68	.004**
Vorerfahrung: Einzelpsychotherapie	-.25	-3.01	.013*
Phasenprophylaktika (Fremdrating)	-.17	-2.25	.048*

Anmerkungen.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

Bezüglich der Unzufriedenheit mit der Psychoedukation war zu sagen, dass Vorerfahrungen mit Familientherapien und Einzelpsychotherapien diese verringerten. Gaben die PatientInnen als Teilnahmegrund eine Empfehlung durch die behandelnden ÄrztInnen an, sank die Unzufriedenheit. Eine bestehende Positivsymptomatik, vermehrtes Bagatellisieren als Krankheitsverarbeitungsstil und bestehende Vorerfahrung mit Selbsthilfegruppen vergrößerten die Unzufriedenheit mit der Psychoedukation. Das Modell konnte 95 Prozent der Varianz aufklären ($R^2 = .95$, $F_{(8, 10)} = 26.09$ $p = .000$).

3.8 Gruppenvergleiche depressiver mit psychoseerfahrenen PatientInnen

Um die Frage zu beantworten, ob es Unterschiede zwischen depressiven und psychoseerfahrenen PatientInnen in Hinblick auf die Verbesserung der wesentlichen Outcome Variablen durch die Psychoedukation gab, wurden multivariate Varianzanalysen berechnet. Als abhängige Variablen dienten die Differenzwerte aus den beiden Messzeitpunkten in den Variablen psychische und körperliche Lebensqualität, allgemeine Lebenszufriedenheit, subjektive Belastung, krankheitsbezogenes Wissen und Compliance. Wiederum wurde als Teststatistik die Pillai Spur verwendet. Von einer einzigen gemeinsamen Analyse (multivariate Varianzanalyse mit dem Messwiederholungsfaktor Psychoedukation und dem between Faktor Psychoedukation bei Depression versus Psychose) wurde aufgrund eklatant unterschiedlicher Zellenbesetzung Abstand genommen. Alle verwendeten Variablen mit Ausnahme des Schweregrades der Erkrankung waren normalverteilt, weshalb ein einzelner parameterfreier Gruppenvergleich für den Schweregrad der Erkrankung mittels Mann-Whitney-U-Test durchgeführt wurde. Die Variablen Zufriedenheit und Unzufriedenheit wurden nur nach Beendigung der Psychoedukation erhoben, weshalb eine eigenständige MANOVA zur Ermittlung der Gruppenunterschiede berechnet wurde. Beide Variablen waren normalverteilt.

Tabelle 21 zeigt die die Mittelwerte und Standardabweichungen der Differenzmaße (zweiter Messzeitpunkt minus ersten Messzeitpunkt) beziehungsweise der Indizes zur Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit der Psychoedukation und die Kennwerte der Gruppenvergleiche.

Es zeigte sich, dass es bei Betrachtung der erfolgten Veränderung durch die Psychoedukation nur geringe Gruppenunterschiede gab. Ein annähernd signifikanter Unterschied zeigte sich im Ausmaß der psychischen Belastung. Depressive PatientInnen verspürten eine größere Reduktion der subjektiven psychischen Belastung während der Psychoedukation als psychoseerfahrene PatientInnen. Tendenziell ist davon auszugehen, dass psychoseerfahrene PatientInnen eine größere Verbesserung der psychischen Lebensqualität erfahren, als depressive PatientInnen. Ein weiterer Unterschied lies sich in der Einschätzung der Unzufriedenheit mit der Psychoedukation feststellen: Psychoseerfahrene PatientInnen waren im Vergleich zur Gruppe depressiver PatientInnen mit der Psychoedukation eher unzufrieden.

TABELLE 21

Gruppenvergleiche depressiver mit psychoseerfahrenen PatientInnen

Skala	Gruppe	MS	SD	MANOVA / Wilcoxon		
				df	F/Z	p
Lebensqualität: Psyche (SF-36) ¹	Depression	33.03	10.77	1	3.41	.069
	Psychose	37.62	8.40			
Lebensqualität: Körper (SF-36) ¹	Depression	1.21	6.94	1	.23	.630
	Psychose	2.15	9.22			
Lebenszufriedenheit (FLZ) ¹	Depression	.30	.50	1	1.56	.215
	Psychose	.08	.97			
Psychische Belastung (GSI) ¹	Depression	-.45	.71	1	3.96	.050
	Psychose	-.14	.42			
GAF ¹	Depression	12.00	12.98	1	.53	.470
	Psychose	9.68	12.79			
Krankheitsbezogenes Wissen ¹	Depression	.13	.13	1	1.23	.272
	Psychose	.09	.17			
Compliance (MARS) ¹	Depression	.05	.14	1	1.62	.207
	Psychose	-.01	.21			
CGI ²	Depression	-.77	1.03	-	-.59	.558
	Psychose	-.61	.85			
Zufriedenheit ³	Depression	4.23	.63	1	.55	.815
	Psychose	4.27	.73			
Unzufriedenheit ³	Depression	1.59	.54	1	9.74	.003**
	Psychose	2.18	1.04			

Anmerkungen.

¹ Der multivariate Test der MANOVA der Differenzmaße der genannten Skalen war signifikant ($F_{(7, 64)} = 2.54$, $p = .170$, $\eta^2 = .14$).

² Aufgrund der Verletzung der Normalverteilung wurde ein Mann-Whitney-U-Test ($Z = -59$, $p = .558$) berechnet.

³ Der multivariate Test der MANOVA für die Variablen Zufriedenheit und Unzufriedenheit mit der Psychoedukation nach der Psychoedukation war signifikant ($F_{(2, 66)} = 4.82$, $p = .011$, $\eta^2 = .13$).

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

4. Diskussion

Lebensqualität und Lebenszufriedenheit

Zunächst ist zusammenfassend zu sagen, dass in dieser Untersuchung passend zu den in der Literatur berichteten Befunden zur Wirksamkeit von Psychoedukation in Hinblick auf die Lebensqualität (vgl. Atkinson et al., 1996; Sibitz et al., 2006 und 2007; Michalek et al., 2005) diese vor allem in der Gruppe der depressiven PatientInnen bestätigt werden konnten. Berücksichtigt man die vier unterschiedlichen Dimensionen von Lebensqualität nach Schumacher et al. (2003), so ist davon auszugehen, dass die Psychoedukation aufgrund ihrer Natur und Ziele vorwiegend auf die psychische Verfassung und die Ausgestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen und sozialer Interaktionen wirkt. Es ist daher nicht verwunderlich, dass sich weder bei den depressiven noch bei den psychoserfahrenen PatientInnen eine Verbesserung im Bereich der körperlichen Lebensqualität einstellte. Das an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz verwendete Programm der Psychoedukation fokussiert in erster Linie auf den psychischen Bereich. Dieser Befund könnte durch Ergänzungen aus anderen Programmen, wie zum Beispiel GOAL (D'Amilio, Behrendt & Wobrock, 2006), in dem körperliche Bewegung und Sport einen wesentlichen Baustein des Konzepts darstellen, nachhaltiger beeinflusst werden. Dennoch wurden auch einige Subskalen des SF 36, die positiv gewichtet in den Index der körperlichen Lebensqualität eingehen (körperliche Funktionsfähigkeit, Vitalität, allgemeine Gesundheitswahrnehmung), durch die Teilnahme an der Psychoedukation verbessert. Es ist aber ein sehr vielversprechender Befund für die breite Wirkungsweise der verwendeten Psychoedukation, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität bei depressiven PatientInnen in sechs von acht Subdimensionen verbessert werden konnte. Depressive PatientInnen beurteilten nach der Psychoedukation ihre Gesundheit besser und empfanden auch größere Widerstandsfähigkeit gegenüber Erkrankungen als zu Beginn. Sie sind in ihren sozialen Aktivitäten weniger beeinträchtigt, haben eine positivere allgemeine Gemütslage, fühlen sich energiegeladener und weniger erschöpft. Im Vergleich dazu stellte sich bei den psychoserfahrenen PatientInnen eine Verbesserung nur in einem von acht Lebensqualitätsbereichen (psychisches Wohlbefinden) ein, und es kann auch nur von einer tendenziellen Verbesserung der globalen psychischen Lebensqualität gesprochen werden. Dieser Befund könnte auch auf die geringere Stichprobenanzahl in der Gruppe Psychoedukation für Psychose zurückgeführt werden.

Unter anderen diskutieren Franz (2006) und Katschnig et al (2006) den Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und subjektiv eingeschätzter Lebensqualität. Da davon auszugehen ist, dass sich die beiden PatientInnengruppen (Depression versus Psychose) in ihrer Baselinesymptomatik auch in Hinblick auf depressive Symptome unterscheiden, wurde die Wirkung der Psychoedukation für beide Gruppen getrennt berechnet. Dies zeigte sich auch in einer gleichbleibenden hohen, signifikanten negativen Korrelation ($r = -.49$ und $r = -.44$) zwischen depressiver Symptomatik und psychischer Lebensqualität zu beiden Messzeitpunkten. Aufgrund der geringen Stichprobengröße wurde zur Absicherung der Ergebnisse, die nur eine geringe Teststärke aufweisen, der Zusammenhang von depressiver Symptomatik und subjektiv eingeschätzter Lebensqualität in einer Zusatzberechnung (vgl. Anhang 8.5.2) kontrolliert. Depressive PatientInnen wurden mittels Mediansplit in *aktuell starke* versus *geringe depressive Symptomatik* aufgeteilt und als Gruppierungsfaktor in eine multivariate Varianzanalyse mit Messwiederholung aufgenommen. Es zeigten sich zwei Haupteffekte aber keine Wechselwirkung. Das bedeutet, dass sich niedrig depressive PatientInnen von hoch depressiven zu beiden Messzeitpunkten bezüglich körperlicher und psychischer Lebensqualität unterscheiden, es aber gleichzeitig durch die Psychoedukation zu einer Verbesserung der Lebensqualität in beiden Gruppen gekommen ist. Aus der Praxis ist zu sagen, dass ein gutes Stück an Motivationsarbeit zu leisten ist, um die PatientInnen zur Teilnahme an den Psychoedukationen zu bewegen. Gerade das oft vorgebrachte Argument, „Es geht mir zu schlecht, ich kann mich nicht aufraffen“ sollte zwar wertschätzend beachtet werden, aber die wissenschaftliche Datenlage dieser Untersuchung unterstreicht, dass auch jene PatientInnen von der Psychoedukation profitieren, die sich subjektiv als stärker depressiv erlebten. Dass durch depressive Symptomatik vor allem die Einschätzung der psychischen Lebensqualität beeinflusst wird, zeigte sich auch darin, dass es bezüglich der körperlichen Lebensqualität weder Zusammenhänge mit der depressiven Symptomatik noch Gruppenunterschiede bezüglich der Veränderung der körperlichen Lebensqualität, noch eine Wechselwirkung gab.

Vergleicht man die Ausgangs- (siehe Anhang 8.5.1) und Veränderungswerte der Lebensqualität während der Psychoedukation der beiden Gruppen, so war auffällig, dass sich depressive PatientInnen zu Beginn der Psychoedukation eine signifikant schlechtere subjektive psychische Lebensqualität zuschreiben als psychoseerfahrene PatientInnen. Obwohl depressive PatientInnen objektiv als weniger schwer krank beurteilt werden als

psychoseerfahrene PatientInnen und auch über mehr Ressourcen wie bestehende Arbeit oder Familie verfügen, schätzen sie ihre psychische Lebensqualität schlechter ein als ihre MitpatientInnen (Meyer et al., 2002). Dieser Befund muss unter Berücksichtigung der eben diskutierten Problematik des Einflusses von depressiver Symptomatik interpretiert werden. Gerade dass dieser Effekt auftrat ist allerdings ein wesentlicher Befund dieser Untersuchung. Denn gerade ein direkter Vergleich der Wirksamkeit von Psychoedukation bei depressiven und psychoseerfahrenen PatientInnen wurde in der bisher publizierten Literatur nicht durchgeführt. Im Ausmaß der Veränderung der psychischen Lebensqualität durch die Psychoedukation konnten depressive PatientInnen tendenziell eine größere Verbesserung verbuchen als psychoseerfahrene PatientInnen. Diese Befunde gehören allerdings in weiteren Untersuchungen abgesichert.

Was die **Lebenszufriedenheit** als kognitive, bewertende Komponente der Lebensqualität angeht, zeigte sich ein ähnliches Bild. Wiederum profitierten depressive PatientInnen stärker von der Psychoedukation als psychoseerfahrene PatientInnen. Während in der kognitiven Komponente der Lebensqualität weder in der allgemeinen Lebenszufriedenheit noch in einer der zehn bereichsspezifischen Dimensionen eine Verbesserung bei psychoseerfahrenen PatientInnen durch die Psychoedukation erzielt werden konnte, gab es in der Gruppe der depressiven PatientInnen deutliche Verbesserungen. Depressive PatientInnen sind durch die Teilnahme an der Psychoedukation generell mit ihrem Leben zufriedener. Bereichsspezifisch gesehen sind sie nach der Psychoedukation mit ihrem allgemeinen Gesundheitszustand, ihrer seelischen und körperlichen Verfassung und ihre Widerstandskraft gegen Krankheiten zufriedener. Sie bewerteten tendenziell auch ihre berufliche Position, ihre Erfolgs- und Aufstiegsmöglichkeiten und Sicherheit mit ihrer beruflichen Zukunft positiver als zu Beginn der Psychoedukation. Depressive PatientInnen sind nach der Psychoedukation auch zufriedener mit ihrem äußeren Erscheinungsbild, ihren Fertigkeiten, ihrer Vitalität und dem Auskommen mit anderen Menschen. Außerdem bewerteten sie ihre sozialen Beziehungen im Freundes-, Bekannten- und Verwandtenkreis sowie die soziale Unterstützung, die sie dadurch bekommen, besser als vor der Psychoedukation. Psychoedukation fokussiert neben der Informationsvermittlung auf eine emotionale Entlastung der PatientInnen und einen Austausch zwischen ihnen. Insofern werden soziale Kompetenzen im Umgang mit Mitmenschen geschult und auch persönliche Anliegen und Probleme, die sehr oft im Zusammenhang mit der eigenen Person und dem Umfeld stehen besprochen. Es ist insofern

nicht verwunderlich, dass Psychoedukation Verbesserungen der Lebenszufriedenheit vor allem in den Bereichen der eigenen Person und der sozialen Integration bewirkte. Das bedeutet aber gleichzeitig auch eine inhaltliche Bestätigung der Wirkungsweise von Psychoedukation. Im Vergleich zur Normstichprobe des Lebenszufriedenheitsfragebogens bestehend aus gesunden Männern und Frauen ist auffällig, dass depressive PatientInnen mit ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit, ihrer Gesundheit, Arbeitssituation, Freizeit, Ehe/Partnerschaft und ihrer eigenen Person deutlich unzufriedener waren (Stanine-Werte zwischen eins und drei). Psychoseerfahrene PatientInnen unterschieden sich von der Norm durch eine geringe Zufriedenheit in den Bereichen Gesundheit, Ehe/Partnerschaft, eigene Person, Sexualität und soziale Integration.

Generell profitierten bezüglich der Lebensqualität und Lebenszufriedenheit psychoseerfahrene PatientInnen weniger. Dennoch ist es überraschend, dass sich in keinem einzigen Bereich der Lebenszufriedenheit eine Verbesserung einstellte. Vielleicht liegt eine Begründung im kognitiv, bewertenden Charakter des Konstrukts Lebenszufriedenheit, das wird insofern auch stärker von kognitiven Beeinträchtigungen wie zum Beispiel Aufmerksamkeitsdefiziten oder mangelnde Merkfähigkeit, die mit einer psychotischen Störung einhergehen, beeinträchtigt wird.

Welche PatientInnen am meisten von der Psychoedukation profitieren oder in welchen Variablen Erfolge durch die Psychoedukation erzielt werden, wurde durch eine regressionsanalytische Berechnung überprüft. Dabei ist zunächst die Wahl des Erfolgskriteriums wesentlich. Prinzipiell gibt es zwei Möglichkeiten: Entweder die Differenzmaße der Lebensqualität als Veränderungsmaß zu nehmen oder, wie in dieser Untersuchung vorgesehen, den Endwert der Lebensqualität nach der Psychoedukation. Für die Vorhersage der Lebensqualität nach Beendigung der Psychoedukation ist es wichtig, das Ausgangsniveau zu Beginn in die Verrechnung aufzunehmen, um dieses zu kontrollieren. Es ist daher wenig überraschend, dass die psychische Lebensqualität zum ersten Messzeitpunkt auch den gewichtigsten Faktor zur Vorhersage der psychischen Lebensqualität nach Beendigung der Psychoedukation darstellt. In Untersuchungen wie von Sibitz et al. (2006) und Worbach, Vogel, Reusch und Faller (2005) wird aber im Unterschied zu unserer Studie neben dem Ausgangswert keine andere psychologische Variable als zusätzlicher Aspekt der Vorhersage relevant. Eventuell liegt das an einem methodischen Problem: Es erscheint fraglich, wie in den genannten Studien durchgeführt, das Differenzmaß der Lebensqualität als Vorhersagekriterium zu verwenden und

gleichzeitig den Ausgangswert der Lebensqualität zum ersten Messzeitpunkt in die Analysen aufzunehmen. Das Differenzmaß wird schließlich aus der Differenz der Post- und Pretestwerte berechnet. Auch wenn Pre- und Postwert aufgrund unterschiedlicher Varianzen nicht zu genau 50% das Ausmaß der Varianz des Differenzmaßes erklären müssen, so sind dennoch beide beteiligt, und es ergibt sich zwangsläufig eine Korrelation zwischen den Pre- und Differenzwerten. Das bedeutet aber auch, dass der Pretestwert von vornherein einen hohen Zusammenhang mit dem Differenzmaß aufweisen muss und deshalb wenig überraschend auch den größten Beitrag in der regressionsanalytischen Vorhersage leistet. Andere Variablen haben im Vergleich zum Pretestwert dadurch eine geringere Chance überhaupt aufgenommen zu werden wodurch ein Methoden-Bias entsteht. Eine schrittweise Aufnahme der Prädiktoren bietet den Vorteil, dass nur jene Variablen, die einen zusätzlichen Beitrag zur Varianzaufklärung und keine Redundanzen liefern betrachtet werden. Alle anderen Variablen werden so von vornherein nicht aufgenommen womit die Berechnung eines zusätzlichen Nützlichkeitsindex (Semipartialkorrelationskoeffizient), wie das bei Worbach et al. (2005) der Fall ist, wegfällt.

Im Gegensatz zu publizierten Ergebnissen (Worbach et al., 2005) liessen sich dieser in Untersuchung einige Variablen nachweisen, die neben dem Ausgangswert eine Rolle spielen, wobei folgende Interpretationen auf einer geringen Stichprobengröße basieren. Aufgrund des explorativen Charakters scheint dies jedoch angemessen, sollte aber in weiteren Untersuchungen überprüft werden: In der Gruppe der Psychoedukation mit depressiven PatientInnen entwickelten Personen nach Beendigung der Psychoedukation eine höhere psychische Lebensqualität, wenn sie bereits zu Beginn weniger Neuroleptika benötigten. Gleichzeitig bestand aber kein Zusammenhang zwischen neuroleptischer Medikation und Schweregrad der Erkrankung. Was weitere Symptomaten angeht, so konnte durch Psychoedukation hinsichtlich der psychischen Lebensqualität ein größerer Erfolg erzielt werden, wenn die PatientInnen weniger zwanghaft und aggressiv waren. Erhöhte Zwanghaftigkeit beinhaltet im SCL-90-R erhöhte Grübelneigung, die wiederum eine depressive Verarbeitungsweise darstellt und durchaus aufgrund von kognitiven und emotionalen Verarbeitungsfehlern (vgl. Katschnig, 2006) zu einer geringeren Verbesserung der subjektiv beurteilten psychischen Lebensqualität führt. Bei erhöhter Aggressivität ist vermutlich die Konzentrationsfähigkeit und die Bereitschaft, sich mit den Inhalten der Psychoedukation auseinanderzusetzen, verringert. Überraschend ist eher der Befund, dass

erhöhte Werte bezüglich paranoidem Denken zu Beginn der Psychoedukation mit einer hohen psychischen Lebensqualität am Ende einhergingen. PatientInnen, die also zu Beginn verstärkt unter dem Gefühl litten, dass sie den meisten Menschen nicht trauen können oder ihre Leistungen von anderen nicht anerkannt werden, profitierten sehr von der Psychoedukation. Es kann durchaus sein, dass Psychoedukation, die eine Gruppentherapieform darstellt, in der soziale Kompetenzen trainiert werden und der Austausch mit MitpatientInnen gefördert wird, besonders misstrauischen PatientInnen zu gute kommt. Das zeigte sich auch in einer Abnahme der Symptomatik bezüglich paranoider Denkweisen während der Teilnahme an der Psychoedukation. Ersichtlich ist auch, dass jene depressiven PatientInnen mehr von der Psychoedukation profitierten, die zumindest am Beginn der Gruppe weniger an zusätzlich angebotenen, stationären Therapieprogrammen teilnahmen. Zwei Erklärungsansätze sind diesbezüglich von Bedeutung: Erstens kann es einfach ein Zuviel an Informationen, Inhalten und Interventionen geben, weshalb die PatientInnen zuwenig Zeit, Muße oder kognitive Kapazität haben, das neu Erfahrene zu verarbeiten. Oder zweitens, was durchaus auch ein Spezifikum der Situation an der Universitätsklinik für Psychiatrie in Graz ist: Das therapeutische Angebot ist je nach Station unterschiedlich und die Motivation der PatientInnen zur Teilnahme an der Psychoedukation ist auf Stationen mit weniger Angebot merklich höher als an Stationen mit vielen Therapieprogrammen. Bei psychoseerfahrenen PatientInnen minimiert eine depressive Krankheitsverarbeitung die Lebensqualität. Wiederum war das Ausgangsniveau ein bedeutender Faktor. Die Befunde der regressionsanalytischen Betrachtungen waren auch in Hinblick auf die nicht aufgenommenen Variablen interessant. Es gab keine Hinweise dazu, dass PatientInnen, deren Krankheitsbeginn länger zurückliegt oder die häufiger einen stationären Aufenthalt hatten, weniger von der Psychoedukation profitierten. Weder das Alter noch das Geschlecht, noch die Qualität der Beziehung zu Angehörigen hatte einen Einfluss auf den Erfolg der Psychoedukation in Hinblick auf die psychische Lebensqualität. Das Ausmaß der depressiven Symptomatik und der Schweregrad der Erkrankung spielten bei psychoseerfahrenen PatientInnen bezüglich des Erfolgs der Psychoedukation ebenfalls keine Rolle.

Was die Vorhersage hoher körperliche Lebensqualität angeht, zeigte sich bei depressiven PatientInnen, dass neben dem Ausgangsniveau noch die Variablen Alter und Compliance einen Einfluss hatten: Wenig verwunderlich ist, dass jüngere PatientInnen am Ende der Psychoedukation eine bessere körperliche Lebensqualität aufwiesen. Interessant

ist aber, dass das Compliance Verhalten ebenfalls einen positiven Effekt auf die körperliche Lebensqualität hatte, weil in verschiedensten Studien nur ein Zusammenhang zwischen einer hohen Compliance und geringen Rückfallsraten und einer Minimierung des Schweregrades der Erkrankung berichtet wird. Die Förderung der körperlichen Lebensqualität kann aufgrund der Ergebnisse dieser Studie hinzugefügt werden. Bei psychoseerfahrenen PatientInnen spielte das Ausgangsniveau und das Alter bei der Vorhersage der körperlichen Lebensqualität nach Beendigung der Psychoedukation keine Rolle. Diese Gruppe war aber, gerade was das Alter angeht, im Mittel um über zehn Jahre jünger als ihre depressiven MitpatientInnen. Eine bessere körperliche Lebensqualität wurde erzielt, wenn die PatientInnen zu Beginn der Psychoedukation weniger unter Psychotizismus und Negativsymptomatik litten. Interessant ist dieser Befund insofern, als dass die Negativsymptomatik, die durch den behandelnden Arzt eingeschätzt wurde, stärker die körperliche als die psychische Lebensqualität beeinträchtigte. Vielleicht hat aber die körperliche Lebensqualität eine größere Bedeutung in der Selbsteinschätzung bei psychoseerfahrenen PatientInnen.

Wird die allgemeine Lebenszufriedenheit als spezielle kognitiv-bewertende Komponente der Lebensqualität als Kriterium für die Wirksamkeit von Psychoedukation gewählt, so spielte bei depressiven PatientInnen wiederum das Ausgangsniveau eine Rolle. Je besser ihre Lebenszufriedenheit zu Beginn der Psychoedukation war, umso besser ist sie auch nach Beendigung, was gleichzeitig bedeutet, dass es durch die Teilnahme an der Psychoedukation zu keiner Verschlechterung der Beurteilung der Lebenszufriedenheit kam. Zusätzlich zeigte sich, dass je geringer die Anzahl der bisherigen stationären Aufenthalte war, desto besser war die allgemeine Lebenszufriedenheit nach Beendigung der Psychoedukation. Demnach wirkt Psychoedukation bei PatientInnen mit weniger Psychiatrieerfahrung besser. Das entspricht wohl einer augenscheinlichen Erwartung, dass psychiatrienerfahrene PatientInnen viel mehr neue Informationen aufnehmen und davon profitieren können. Es ist allerdings erstaunlich, dass sich die Anzahl der bereits erfolgten stationären Behandlungen nur auf die allgemeine Lebenszufriedenheit, nicht aber auf die psychische Lebensqualität auswirkt. Damit wird auch in unserer Studie die Notwendigkeit einer unterschiedlichen Konzeptionierung der Lebensqualität unterstrichen. Anscheinend sollte die allgemeine Lebenszufriedenheit, die eher die kognitive Komponente der Lebensqualität in Form einer Trait – also zeitlich stabilen - Variable darstellt, gezielter bei LangzeitpatientInnen eingesetzt werden als die gesundheitsbezogene Lebensqualität. Diese

wird im SF-36 eher als State – Variable, die stärkeren Schwankungen unterworfen ist, abgebildet. Es profitierten von der Psychoedukation besonders PatientInnen, die bereits Vorerfahrung mit Einzelpsychotherapie hatten und dadurch vermutlich auch bereits mehr Vorwissen bezüglich der Erkrankung oder auch mehr Motivation, an sich selbst zu arbeiten, mitbrachten. Die Ergebnisse bestätigten, dass Psychoedukation zusätzlich zur Einzeltherapie eine Förderung der allgemeinen Lebenszufriedenheit mit sich bringt. Da auch PatientInnen mit spezifischer ängstlicher Symptomatik besonders von der Psychoedukation profitierten, kann vermutet werden, dass die Förderung von krankheitsbezogenem Wissen und auch die emotionale Entlastung während des Gruppensettings angstbesetzte Inhalte verringert und somit die allgemeine Lebenszufriedenheit gesteigert wird. Es darf nicht außer Acht gelassen werden, dass der Schweregrad der Erkrankung oder das Ausmaß der psychischen Belastung der PatientInnen keinen Einfluss auf den Erfolg der Psychoedukation hatten. Demnach sollte Psychoedukation für Männer und Frauen unabhängig vom Alter und Ausmaß der Symptomatik empfohlen werden. Für psychoseerfahrene PatientInnen galt, dass hohe Psychotizismuswerte und ein niedriges allgemeines Funktionsniveau hemmende Faktoren für die Verbesserung der Lebenszufriedenheit darstellen. Das könnte in einer verminderten Aufmerksamkeitsfähigkeit begründet liegen.

Psychopathologie

Wie in den Ergebnissen dargestellt, verbesserte sich die aktuelle selbsteingeschätzte Symptomatik der depressiven PatientInnen während der Psychoedukation in allen Bereichen. Aufgrund der Effektstärke kann man sagen, dass die depressive Symptomatik gefolgt von Zwanghaftigkeit und Aggressivität am stärksten verbessert wurde. Eine Verbesserung lies sich auch in sämtlichen Fremdbeurteilungsskalen nachweisen. Im Vergleich dazu kam es bei psychoseerfahrenen PatientInnen multivariat betrachtet zu keiner Verbesserung in der subjektiv eingeschätzten Symptomatik. Vorsichtig konnte univariat gesehen höchstens eine Verbesserung der depressiven Symptomatik berichtet werden. In den Fremdeinschätzungen allerdings verbesserten sich die psychoseerfahrenen PatientInnen ähnlich wie depressive PatientInnen in allen Skalen. Im Gruppenvergleich unterschieden sich depressive von psychoseerfahrenen PatientInnen durch eine tendenziell größere Reduktion der subjektiven psychischen Belastung während der Psychoedukation.

Aus Interesse wurde auch der Zusammenhang zwischen Selbst- und Fremdeinschätzung der depressiven Symptomatik erhoben. Bei depressiven PatientInnen zeigte sich zu beiden Messzeitpunkten kein Zusammenhang zwischen den beiden Maßen. Bei den psychoseerfahrenen PatientInnen zeigte sich vor Beginn der Psychoedukation sogar ein negativer Zusammenhang zwischen selbst- und fremdeingeschätzter depressiver Symptomatik. Psychotizismuswerte der SCL-90-R und Positivsymptomatik der Fremdeinschätzung korrelierten ebenfalls zu beiden Messzeitpunkten nicht, was verdeutlicht wie schwierig es ist, den psychischen Zustand und die Befindlichkeit von psychisch Kranken einzuschätzen und somit eine gute Datenlage für die Evaluation von psychischen Erkrankungen zu erhalten. Es könnte daran liegen, dass die Fremdeinschätzungen von unterschiedlichen ÄrztInnen vorgenommen wurden und so Unterschiede bei den Ratings zustandekamen. Bei weiteren Studien sollten daher mehrere Rater die PatientInnen einschätzen und die Interraterreliabilität bestimmt werden.

Um das Ausmaß der Symptomatik noch zu relativieren, ist ein Vergleich mit der gesunden Normstichprobe des SCL-90-R mittels genormter T-Werte möglich. Nicht verwunderlich ist eine starke Abweichung von über drei Standardabweichungen der depressiven PatientInnen in der depressiven Symptomatik und der allgemeinen psychischen Belastung. Nach der Psychoedukation reduzierte sich diese Abweichung auf zwei Standardabweichungen, was aber nach wie vor eine klinische Bedeutsamkeit impliziert, da weniger als fünf Prozent der repräsentativen Normstichprobe an einer solch starken Symptomatik leiden. Die anderen Subskalen waren im Vergleich zur Norm ebenfalls deutlich erhöht. Auch psychoseerfahrene PatientInnen unterschieden sich in den erhobenen Symptombereichen signifikant von der Norm. Höchste Abweichungen im Ausmaß von zwei Standardabweichungen erzielten sie in einer stark erhöhten psychischen Belastung beziehungsweise in der Ängstlichkeit.

Auch wenn es augenscheinlich einen negativen Zusammenhang zwischen dem Ausmaß an Symptomatik und der Lebensqualität geben sollte, so haben verschiedene Befunde immer wieder gezeigt, dass dies nicht der Fall sein muss (Killian, Lindenbauch & Angermeyer, 2001; Barry & Cosby, 1996; Meyer et al., 2003). Auch in dieser Untersuchung zeigte sich kein Zusammenhang zwischen der durch Differenzmaße operationalisierten Reduktion der psychischen Belastung und der Verbesserung der psychischen Lebensqualität ($r=-.17$). Das gilt im Speziellen auch für die Reduktion der depressiven Symptomatik und der psychischen Lebensqualität ($r=-.12$). Es zeigte sich

überraschender Weise, dass eine Abnahme der generellen psychischen Belastung ($r=-.43^{**}$) und im Speziellen der depressiven Symptomatik ($r=-.62^{**}$) im Zusammenhang mit einer Zunahme der allgemeinen Lebenszufriedenheit stehen. Das bestätigt die Notwendigkeit einer differenzierten Theorie bezüglich der Lebensqualität. Psychische Belastung und depressive Symptomatik stehen anscheinend in stärkerem Zusammenhang mit kognitiven Aspekten der Lebensqualität als mit emotionalen Aspekten des psychisches Wohlbefinden. Die Bedeutung der kognitiven Triade bei depressiven Erkrankungen steht außer Frage und gemeinsam mit diesem Befund wird die Wichtigkeit der Aufnahme einer eigenen Psychoedukationseinheit zum Thema typische depressive Gedankenmuster unterstrichen.

Aus der klinischen Praxis ergibt sich der Eindruck, dass von den behandelnden ÄrztInnen meist PatientInnen zur die Psychoedukation zugewiesen werden, denen es in ihrer Symptomatik bereits etwas besser geht. In der Fachliteratur findet man aber keinen Hinweis darauf, dass akut psychotische PatientInnen oder jene mit ausgeprägterer Symptomatik eine Kontraindikation für Psychoedukation darstellen (Bäumel & Pitschel-Walz, 2003). Aufgrund der praktischen Relevanz dieser Aussage wurden zwei weitere Zusatzberechnungen (siehe Anhang Kapitel 8.5.3) durchgeführt, im Wissen dass aufgrund der geringen Stichprobengröße die Aussagekraft der Ergebnisse eingeschränkt ist. Nichtsdestotrotz geben sie einige wichtige Hinweise: Im Mittel wurden depressive PatientInnen zugewiesen, die einen HAMD von 22 Punkten aufwiesen. Das entspricht auch den berichteten Symptom-Ausprägungsgraden von anderen Studien (Kronmüller et al., 2006; Schaub et al., 2005). Splittete man wiederum die Gruppe Depression in die zwei Untergruppen *hoch* versus *niedrig ausgeprägte depressive Symptomatik* (auf Basis des Fremdratings der behandelnden ÄrztInnen) auf, so zeigte sich, dass es in der multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung bezüglich der wesentlichen Outcomevariablen allein der Innersubjekteffekt Psychoedukation signifikant wurde. Das bedeutet, dass sich unabhängig vom Grad der Depressivität (Fremdbeurteilung) die psychische Lebensqualität, die allgemeine Lebenszufriedenheit, das krankheitsbezogene Wissen und die Compliance verbesserten. Für den Klinikalltag birgt das eine relevante Information: Da das Ausmaß der depressiven Symptomatik keinen hemmenden Effekt auf den Erfolg der Psychoedukation hat, sollten die behandelnde ÄrztInnen motiviert werden auch PatientInnen zur Psychoedukation zuzuweisen, die zum Zeitpunkt des Gruppenbeginns depressiver sind.

Das Ausmaß der Positiv- und Negativsymptomatik in der Gruppe der psychoseerfahrenen PatientInnen hatte keine Auswirkungen auf die Verbesserung der psychischen Lebensqualität durch die Psychoedukation (vgl. Anhang Kapitel 8.5.4). Bezüglich des krankheitsbezogenen Wissens zeigte sich eine signifikante Wechselwirkung: Nur PatientInnen mit höherer Positiv- und Negativsymptomatik zu Beginn der Psychoedukation verbesserten ihr krankheitsbezogenes Wissen. Gleichzeitig hatten PatientInnen mit stärker ausgeprägter Symptomatik ein geringeres Grundwissen bezüglich ihrer Krankheit, weshalb auch leichter ein Wissenszuwachs zustande kommen kann.

Krankheitsbezogenes Wissen

In beiden Psychoedukationsgruppen zeigte sich ein Zuwachs des krankheitsbezogenen Wissens durch die Teilnahme an der Psychoedukation. Dieser Befund könnte eventuell noch gesteigert werden, wenn der Fragebogen zum Wissen über schizophrene Erkrankungen von Behrendt und Pitschl-Walz (2003) auch in Hinblick auf schizoaffective Erkrankungen erweitert werden würde. Dies sollte in folgenden Untersuchungen berücksichtigt werden.

An Psychoedukation wurde immer wieder kritisiert, dass zu viel Wissen als negativ empfunden wird und die PatientInnen eher verunsichert. Cunningham Owens et al. (2001) berichteten, dass die Teilnahme an psychoedukativen Maßnahmen zu einer Erhöhung der Krankheitseinsicht und in weiterer Folge zur Steigerung von Suizidgedanken führt. Es bleibt aber kritisch anzumerken, dass die in dieser Untersuchung durchgeführte Psychoedukation aus einer Präsentation von Videoinformationsmaterial bestanden hat, was wesentlich den Grundsätzen der hier vorgestellten und verstandenen Psychoedukation widerspricht. In der hier durchgeführten Studie wurde Zuwachs an krankheitsbezogenem Wissen durchgängig als positiv erachtet: nur zwei Patienten aus der Psychosegruppe gaben an, dass vermehrtes krankheitsbezogenes Wissen negativ sei. Bei den depressiven PatientInnen empfand niemand das erlangte Wissen als belastend. Ebenfalls gaben nur zwei PatientInnen mit Depression bzw. drei PatientInnen mit Psychoseerfahrung an, dass sie durch die Teilnahme an der Psychoedukation etwas verunsichert wurden. Auf jeden Fall korrelierte ein Wissenszuwachs nicht mit einer Verschlimmerung der Symptomatik oder einer Reduktion der Lebensqualität. Es gab keinen Zusammenhang zwischen den beiden Variablen. Dies widerspricht zwar im ersten Moment dem Modell von Killian, Lindenbauch und Angermeyer (2001), die Wissen durchaus auch als positive

Voraussetzung für eine bessere Lebensqualität sehen, aber bei genauerer Betrachtung wirkt Wissen nicht direkt auf die Lebensqualität, sondern nur über den Umweg der Compliance. Außerdem wirken sich diese beiden Faktoren wohl stärker in Outcomevariablen wie Rückfallhäufigkeit und Symptomreduktion aus. Für eine adäquate Modellprüfung müssten aber ohnehin andere Verfahren zur Mediatoren- und Moderatorenüberprüfung oder Strukturgleichungsanalyse berechnet werden, die aufgrund der geringen TeilnehmerInnenzahl hier nicht durchführbar sind und Gegenstand weiterer Forschung bleiben.

Es konnten auch nur wenige Faktoren gefunden werden, die ein besseres krankheitsbezogenes Wissen durch die Teilnahme der Psychoedukation fördern. Während bei psychoseerfahrenen PatientInnen lediglich das Ausgangsniveau eine Rolle spielte, konnte bei depressiven PatientInnen die Psychiatrieerfahrung (in Form von Anzahl an bereits erfolgten stationären Aufenthalten) einen Prädiktor darstellen. Demnach weisen psychiatrieeuere PatientInnen einen größeren Wissensgewinn durch die Psychoedukation auf als psychiatrieeuere PatientInnen. Da es aber keinen Zusammenhang zwischen Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte und dem Ausmaß an krankheitsbezogenem Wissen zu Beginn der Psychoedukation gab, kann davon ausgegangen werden, dass psychiatrieeuere PatientInnen über das gleiche Ausmaß an krankheitsbezogenem Wissen verfügen. Sie müssen demnach nicht mehr an neuem Wissen verarbeiten. Vielleicht kann dieser Befund dadurch erklärt werden, dass diese PatientInnen sich länger selbst schützen konnten und ihnen ein selbständiger Umgang mit der Erkrankung und bessere Copingstrategien zur Verfügung standen, weshalb sie neugelerntes Wissen besser integrieren können. Diese Hypothese müsste aber in anderen Untersuchungen noch bestätigt werden.

Wichtig erscheint auch, dass neu- oder erst kurzfristig erkrankte depressive PatientInnen, zumindest das krankheitsbezogene Wissen betreffend, besonders von der Psychoedukation profitierten. Deshalb sollte die Psychoedukation zur Förderung von krankheitsbezogenem Wissen möglichst rasch eingesetzt werden, auch wenn Befunde von Feldmann et al. (2002) dafür sprechen, die Psychoedukation erst bei mittlerer Krankheitsdauer in Anspruch zu nehmen. Diese Befunde betreffen allerdings Rehospitalisierungsraten von schizophrenen PatientInnen.

Compliance

In der Untersuchung wurde sowohl eine Selbst- als auch Fremdeinschätzung der Compliance durchgeführt. Diesbezüglich wurde ein Fragebogen zur Fremdeinschätzung verwendet, der eine Operationalisierung von Pitschel-Walz (1997) darstellt. Dieser Fragebogen konnte jedoch nicht zur Auswertung herangezogen werden, da er zu wenig differenziert und streut. So wurde von den behandelnden ÄrztInnen das Compliance Verhalten der depressiven StudienteilnehmerInnen ohne Ausnahme mit „sehr gut“ evaluiert. Auch bei den psychoseerfahrenen TeilnehmerInnen war die Streuung sehr gering. Ein Grund dafür liegt wohl am stationären Setting, in dem die PatientInnen unter Kontrolle und Aufsicht ihre Medikation bekommen und auch einnehmen beziehungsweise an einer relativ kurzen Aufenthaltsdauer der PatientInnen in der Klinik. Für weitere Untersuchungen müsste dieser Fragebogen für den stationären Gebrauch überarbeitet und neu operationalisiert werden. Der vorliegende Fragebogen ist für niedergelassene FachärztInnen, die die PatientInnen über einen längeren Zeitraum hinweg beobachten und behandeln sicher besser geeignet. Fischer (zitiert nach Pitschel-Walz, 2005) bestätigt, dass die Compliance der PatientInnen im stationären setting durchwegs mit „sehr gut“ beurteilt wird.

Durch die Teilnahme an der Psychoedukation konnte nur bei depressiven PatientInnen eine Verbesserung des Compliance Verhaltens in der Selbsteinschätzung erzielt werden, wobei es hier einen Geschlechtseffekt gab, der besagt, dass Frauen eine bessere Compliance nach der Psychoedukation aufweisen als Männer.

Bei den psychoseerfahrenen PatientInnen konnte generell kein Zuwachs des Compliance Verhaltens erzielt werden. Nach der Psychoedukation hatten PatientInnen mit niedriger bagatellisierender Krankheitsverarbeitung, mit einem subjektiv kürzer zurückliegenden Krankheitsbeginn und mit bereits bestehenden Vorerfahrungen in Gruppenpsychotherapie beziehungsweise Psychoedukation eine höhere Medikamenten-Compliance. Da es aber generell zu keiner Compliance Verbesserung durch die Psychoedukation gekommen ist, kann auch nicht interpretiert werden, dass PatientInnen, die nur sieben mal an den Gruppen teilgenommen haben, ihre Compliance besser einschätzen als jene mit neun Teilnahmen. Das mindert aber nicht die Bedeutung, dass eine bereits absolvierte Psychoedukation und Gruppentherapie das Compliance Verhalten fördern kann, weshalb auch eine wiederholte Teilnahme an der Psychoedukation empfohlen werden sollte.

Feedback

Die Auswertungen der Feedbackfragebögen waren aufgrund der sehr positiven Rückmeldungen bezüglich der allgemeinen Zufriedenheit, der Atmosphäre in der Gruppe und der Wirkungen, die durch die Teilnahme erzielt wurden, sehr erfreulich. Im Versuch herauszufinden, welche Variablen diese Zufriedenheit mit der Psychoedukation noch unterstützen können, zeigte sich, dass depressive PatientInnen dann am zufriedensten mit der Psychoedukation waren, wenn sie zu Beginn weniger neuroleptische Medikation benötigten und ein höheres Compliance Verhalten zeigten. Bei psychoseerfahrenen PatientInnen förderte Information über die bestehenden psychoedukativen Gruppen durch die betreuende Psychologin und die StationspflegerInnen die Zufriedenheit mit der Psychoedukation. Jene PatientInnen, die sich zu Beginn weniger Austausch mit ihren MitpatientInnen erwarteten, waren am Ende ebenfalls zufriedener mit der Psychoedukation. Es scheint, dass durch die professionell geleiteten psychoedukativen Gruppen ein Rahmen geschaffen wurde, in dem es auch misstrauischen PatientInnen möglich war, sich in der Gruppe zu öffnen und dass diese dadurch besonders profitierten.

In den Gruppenvergleichen zeigte sich, dass psychoseerfahrene PatientInnen mit der Psychoedukation unzufriedener sind als ihre depressiven MitpatientInnen. Dieser Befund kann allerdings dadurch relativiert werden, dass sich die beiden Gruppen nicht bezüglich der Zufriedenheitseinschätzung mit der Psychoedukation unterschieden und diese im Mittel sehr hoch war. Bei depressiven PatientInnen wurde Unzufriedenheit mit der Psychoedukation dann gefördert, wenn sie vor Beginn der Psychoedukation nicht erwarteten, den Umgang mit der Erkrankung verbessern zu können. Demnach muss in der Information über Ablauf und Inhalte der Psychoedukation auf die Förderung des Umgangs mit der Erkrankung besonders eingegangen werden. Interessant ist auch, dass jene PatientInnen, die sich zu Beginn der Psychoedukation eine hohe psychischen Lebensqualität zugestanden und eine gute Beziehung zu ihren Angehörigen hatten, mit der Psychoedukation unzufriedener waren. Anscheinend geht es diesen PatientInnen subjektiv einfach besser und sie erhalten mehr Unterstützung, weshalb sie auch weniger Therapieangebote benötigen. Depressive PatientInnen waren mit der Psychoedukation auch unzufriedener, wenn die Teilnahme von den behandelnden ÄrztInnen empfohlen wurde. Mit Sicherheit sollte eine Empfehlung durch die ÄrztInnen nicht den einzigen Teilnahmegrund an der Psychoedukation darstellen, was wiederum die Wichtigkeit der Motivationsarbeit und Informationsgesprächen vor Beginn der Psychoedukation

unterstreicht. Außerdem wird im klinischen Alltag auf depressive PatientInnen eher aktivierend und auffordernd eingewirkt. Eventuell führt das auch zu einer Überforderung der PatientInnen, was wiederum die Unzufriedenheit mit der Psychoedukation fördert. Gleichzeitig ist es interessant, dass bei psychoseerfahrenen PatientInnen genau das gegenteilige Phänomen beobachtet werden konnte. Hier verringerte eine Empfehlung der Psychoedukation die Unzufriedenheit mit dieser. Psychotische PatientInnen scheinen eher einen Anstoß von außen zu benötigen, um von einer psychoedukativen Gruppe profitieren zu können. Bei psychoseerfahrenen PatientInnen waren jene Patienten, die einen bagatellisierenden Umgang mit ihrer Erkankung zeigten und vor allem eine ausgeprägt bestehende Positivsymptomatik aufwiesen, mit der Psychoedukation unzufriedener. Zur Reduktion der Unzufriedenheit konnte auch eine Vorerfahrung in Einzelpsychotherapie beitragen.

Abschließend sei angemerkt, dass eine stärker ausgeprägt Symptomatik zwar die Zufriedenheit mit der Psychoedukation schmälern kann, was jedoch nichts daran ändert, dass auch diese PatientInnen von der Psychoedukation profitieren.

5. Limits, Conclusio und Ausblick

Die Limits dieser Untersuchung liegen wohl in der geringen Stichprobengröße vor allem die Gruppenvergleiche oder regressionsanalytischen Betrachtungen betreffend. Die Analysen zur Messwiederholung und damit zur Hauptfragestellung haben durchaus eine aussagekräftige Teststärke. Darüber hinaus wäre für dieselben Betrachtungen ein randomisiertes und vor allem kontrolliertes Design wünschenswert, was die Einführung einer Kontrollgruppe bedeuten würde. Dies war aber zum Zeitpunkt der Datenerhebung an der Univ. Klinik für Psychiatrie nicht möglich, da es insgesamt zu wenige PatientInnen gibt, die den Diagnosekriterien entsprechen, um sowohl eine Versuchsgruppe als auch eine Kontrollgruppe zu bilden. Außerdem können jene PatientInnen, die zwar den Einschlusskriterien entsprechen und nicht an der Psychoedukation teilnehmen, nicht als Kontrollgruppe herangezogen werden, da sie sich von den TeilnehmerInnen vermutlich wesentlich in ihrem aktuellen Schweregrad der Erkrankung und Ausmaß der Symptomatik unterscheiden würden. Schließlich wurde ohnehin bereits ein großer Teil der PatientInnen zu den Gruppen zugewiesen. Derselbe Bias nur in umgekehrter Richtung würde vermutlich bei einem Vergleich der TeilnehmerInnen mit jenen PatientInnen, die zwar die Psychoedukationsgruppe begonnen haben, aber aufgrund ihrer Entlassung die Teilnahme abgebrochen haben, entstehen. Es wäre wünschenswert die Aussagekraft der erhaltenen Ergebnisse in weiteren Untersuchungen in Zusammenarbeit mit anderen Kliniken zu überprüfen und zu festigen. Ebenfalls wünschenswert wäre eine Untersuchung der zeitlichen Stabilität der durch die Psychoedukation erzielten Effekte. Dazu sollten ebenfalls in weiteren Untersuchungen Follow-up Zeitpunkte nach einem Jahr beziehungsweise nach drei Jahren sowohl für die Psychoedukationsgruppe als auch die Kontrollgruppe eingeführt werden. Realistischerweise kann eine Kontrollgruppe durch eine Warteliste auf die Psychoedukation rekrutiert werden, eine Wartezeit von über drei Jahren ist aber ethisch nicht vertretbar.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die Psychoedukation in Graz ein großer Erfolg ist. Vor allem die TeilnehmerInnen der Psychoedukation bei Depression haben durch eine Verbesserung der psychischen Lebensqualität, der Lebenszufriedenheit und des krankheitsbezogenen Wissens profitiert. Als Motivation für das Fortsetzen der Psychoedukation sollte vor allem auch das gute Feedback der TeilnehmerInnen gewertet werden. Die überwältigende Mehrheit der TeilnehmerInnen erlebt die psychoedukativen Gruppen als sehr hilfreich und über 90% empfehlen eine Teilnahme weiter. Für die praktische Durchführung der Gruppen ist relevant, dass es bei den TeilnehmerInnen keinen

Zweifel darüber gibt, dass krankheitsbezogenes Wissen als hilfreich erlebt wird. Außerdem sollte sowohl auf Seite der PatientInnen als auch auf Seite der ÄrztInnen motiviert werden, an der Psychoedukation auch bei erhöhter subjektiv oder objektiv erlebter Symptomatik teilzunehmen beziehungsweise diese zu empfehlen, da sich auf jeden Fall positive Effekte nachweisen lassen.

Ein überwiegender Prozentsatz der TeilnehmerInnen wünscht sich Psychoedukation auch für ihre Angehörigen. Diesem Aufruf sollte in Zukunft verstärkt Folge geleistet werden. An der Univ.- Klinik für Psychiatrie in Graz gibt es zwar auch Angehörigengruppen aber mit mangelnder Auslastung. Deshalb sollten an der Klinik bewusstseinsfördernde Maßnahmen zum bestehenden Angebot und Aufklärung über die Nützlichkeit von Psychoedukation mit Angehörigen bei allen BehandlerInnen erfolgen. Zusätzlich könnte über Öffentlichkeitsarbeit zum Beispiel dem Verein „Hilfe für Angehörige psychisch Kranker (HPE)“ das Verständnis für die Psychoedukation gefördert werden.

Abschließend sei noch ein weiteres Anliegen genannt: Nämlich die Vernetzung von Psychoedukation innerhalb der Steiermark. Derzeit ist es völlig unklar welche Institutionen wie z.B psychosoziale Zentren oder Tageskliniken psychoedukative Gruppen anbieten, beziehungsweise welche Inhalte diese Maßnahmen umfassen (Psychoedukation in welchem Umfang, bei welchen Erkrankungsbildern, mit oder ohne Einbeziehung der Angehörigen). Eine diesbezügliche Untersuchung in Anlehnung an die Studie von Rummel-Kluge et al. (2006) wäre ein weiterer Forschungsauftrag, der eine gewisse Öffentlichkeitsarbeit und Vernetzung impliziert.

6. Zusammenfassung

6.1 Deutschsprachige Zusammenfassung

Einleitung: Anliegen von Psychoedukation ist es, PatientInnen und Angehörige über Erkrankungshintergründe und erforderliche Behandlungsmaßnahmen zu informieren und das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern. Ziel dieser Untersuchung war es, die bestehenden psychoedukativen Gruppen für Depression und Psychose an der Grazer Universitätsklinik für Psychiatrie zu evaluieren und ihre Effekte in Hinblick auf Lebensqualität, Compliance und krankheitsbezogenes Wissen zu untersuchen.

Methode: 49 depressive und 26 psychoseerfahrene PatientInnen (Schizophrenie, schizoaffektive Störung und vorübergehende psychotische Zustandbilder) nahmen an den insgesamt neun Einheiten umfassenden und zweimal wöchentlich stattfindenden Psychoedukationsgruppen teil. Sie wurden mittels Fremdbeurteilungs- und Selbstbeurteilungsfragebögen vor und nach der Psychoedukation untersucht.

Ergebnisse: In multivariaten Varianzanalysen mit Messwiederholung getrennt für beide Gruppen zeigte sich bei den depressiven PatientInnen nach der Psychoedukation eine signifikante Verbesserung in den Bereichen psychische Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Psychopathologie, krankheitsbezogenes Wissen und Compliance. In der Gruppe der psychoseerfahrenen PatientInnen zeigten sich Verbesserungen lediglich in der Psychopathologie und im krankheitsbezogenen Wissen. Tendenziell kam es zu einer Verbesserung der psychischen Lebensqualität. Mittels Regressionsanalysen wurden Variablen identifiziert, welche den Behandlungserfolg bei den StudienteilnehmerInnen begünstigten. Die überwiegende Mehrheit der teilnehmenden PatientInnen empfahl die Teilnahme an der Psychoedukation weiter und erlebte den Zuwachs an krankheitsbezogenem Wissen als hilfreich.

Schlussfolgerung: Die Befunde bestätigen positive Effekte der Psychoedukation vor allem bei depressiven PatientInnen und motivieren, diese in Graz weiterzuführen. Die Erhebung einer geeigneten Kontrollgruppe und einer Längsschnittuntersuchung sollte jedoch bei weiterführenden Studien berücksichtigt werden.

Schlüsselwörter: Psychoedukation, Depression, Psychose, Lebensqualität, Lebenszufriedenheit, Compliance, krankheitsbezogenes Wissen

6.2 Englischsprachige Zusammenfassung - Abstract

Psychoeducation for patients with depressive or psychotic disorders - Effects on specific parameters of quality of life, compliance and knowledge about illness.

Introduction: Psychoeducation is concerned to inform patients and their relatives about the illness and required treatment options, to enforce the understanding and to empower the coping with the illness. The aim of the study was to evaluate existing psychoeducational groups for depression and psychosis at the Department of Psychiatry, University of Medicine of Graz and to prove its effects on quality of life, compliance and knowledge about the illness.

Method: 49 depressive patients and 26 patients suffering from psychotic disorder (schizophrenia, schizoaffective disorder, transient psychotic disorders) participated in nine psychoeducation group sessions twice a week. Psychometric observer-rating and self-rating scales were conducted before and after psychoeducation completion.

Results: Multiple variance analyses with repeated measurements separated for both groups showed significant improvements within depressive patients in mental health status, life satisfaction, psychopathology, specific knowledge about depression and compliance. The sample of psychotic patients only indicated improvements in psychopathology and knowledge about psychosis. A trend towards improvement of mental health status could be observed. Using multiple regression analyses variables predicting a more favourable outcome of psychoeducational treatment in the study sample were identified. The vast majority of the participating patients would highly recommend psychoeducation to other patients, and found the increase in knowledge about illness to be supportive.

Conclusion: Results confirm positive effects of psychoeducation especially for depressive patients and encourage to continue psychoeducation in Graz. Nevertheless the inclusion of appropriate control groups and follow ups needs to be considered in forthcoming studies.

Keywords: psychoeducation, depression, psychosis, quality of life, life satisfaction, compliance, knowledge about illness

7. Literaturverzeichnis

- Anderson, C.M., Hogarty, G. & Teii, D.J. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin*, 6, 490-505.
- Angermeyer, M.C. & Killian, R. (2006). Theoretical models of quality of life for mental disorders. In H. Katschnig, H. Freemann & N. Sartorius. (Hrsg), *Quality of life in mental disorders*. (second edition). Chichester: Wiley.
- Angermeyer, M.C., Killian, R. & Matschinger, H. (2000). *WHOQOL-100 und WHOQOL-BREF. Handbuch für die deutschsprachige Version der WHO Instrumente zur Erfassung von Lebensqualität*. Göttingen: Hogrefe.
- Atkinson, J.M., Coia, D.A., Gilmour, W.H. & Harper, J.P. (1996). The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 199-204.
- Atkinson, M., Zibin, S. & Chuang, H. (1997). Characterizing quality of life among patients with chronic mental illness: a critical examination of the self report methodology. *American Journal of Psychiatry*, 154, 99-105.
- Barry, M.M. & Crosby, C. (1996). Quality of life as an evaluative measure in assessing the impact of community care on people with long-term psychiatric disorders. *British Journal of Psychiatry*, 168, 210-216.
- Basan, A., Pitschel-Walz, G. & Bäuml, J. (2000). Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen PatientInnen und anschließende ambulante Langzeitbetreuung. Eine 4-Jahres-Katamnese und Literaturübersicht. *Fortschritte Neurologie und Psychiatrie*, 68, 537-545.
- Bäuml, J., Froböse, T., Kraemer, S., Rentrop, M. & Pitschel-Walz, G. (2006). *Schizophrenia Bulletin*, 32, S1-S9.

- Bäumel, J., Kissling, W., Buttner, P., Peuker, I., Pitschel-Walz, G. & Schlag, K. (1993). Informationszentrierte Patienten- und Angehörigengruppen zur Compliance Verbesserung. In C. Mundt, H. Kick & P. Fiedler (Hrsg), *Angehörigenarbeit und psychosoziale Intervention in der Psychiatrie bei schizophrenen Patienten*. (S. 109-118). Regensburg: Roderer .
- Bäumel, J., Kissling, W. & Pitschel-Walz, G. (1996). Psychoedukative Gruppen für schizophrene Patienten: Einfluss auf Wissensstand und Compliance. Ergebnisse der Münchner PIP-Studie. *Nervenheilkunde*, 15, 145-150.
- Bäumel, J. & Pitschl-Walz, G. (2003). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“*. Stuttgart: Schattauer.
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G., Berger, H., Gunia, H., Heinz, A. & Juckel, G. (2005). *Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES). Mit Manual für die Gruppenleitung*. Stuttgart: Schattauer.
- Behrendt, B. & Krischke, N. R. (2005). Psychoedukative Interventionen und Patientenschulungen zur Förderung von Compliance, Coping und Empowerment. In B. Behrendt & A. Schaub (Hrsg), *Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis*. (S. 15 – 30). Tübingen: dgvt.
- Behrendt, B. & Pitschel-Walz, G. (2003). Evaluation psychoedukativer Interventionen. Vertiefungskapitel zu 1.9 Forschung und Qualitätssicherung. In J. Bäumel und G. Pitschel-Walz (Hrsg), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“*. (S. 223-242). Schattauer: Stuttgart.
- Behrendt, B., Pitschel-Walz, G. & Bäumel, J. (2005). Psychoedukation in der Behandlung schizophrener Erkrankter und ihrer Angehörigen: Grundlagen und aktuelle Ansätze. In B. Behrendt & A. Schaub (Hrsg). *Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis*. (S. 322 – 324). Tübingen: dgvt.

- Böck, T. (2005). Psychotherapie mit Angehörigen. *Psychotherapie und Psychiatrie*, 3, 283-288.
- Bortz, J. (1999). *Statistik für Sozialwissenschaftler* (5. Auflage). Berlin: Springer.
- Brent, B. & Giuliano, A. J. (2007). Psychotic-Spectrum Illness and Family-Based Treatments: A Case-Based Illustration of the undersuse of Family Interventions. *Harward Review of Psychiatry*, 15, (4), 161-168.
- Bullinger, M. (2002). „Und wie geht es Ihnen?“ Die Lebensqualität der Patienten als psychologisches Forschungsthema in der Medizin. In E. Brähler & B. Strauß (Hrsg.), *Handlungsfelder in der psychosozialem Medizin* (S. 308-329). Göttingen: Hogrefe
- Bullinger, M. & Kirchberger, I. (1995). *Der SF-36 Fragebogen zum Gesundheitszustand*. Göttingen: Hogrefe.
- CIPS, Collegium Internationale Psychiatrie Sclarum, (1986). *Internationale Skalen für Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.
- Cunningham Owens, D.G., Carroll, A., Fattah, S., Clyde, Z., Coffey, I. & Johnstone, E.C. (2001). A randomized, controlled trail of a brief interventional package for schizophrenic out-patients. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 103, 362 – 369.
- Daley, D.C., Bowler, K. & Cahalane, H. (1992). Approaches to patient and family education with affective disorders. *Patient Education and Counseling*, 19, 163-174.
- D'Amelio, R., Behrendt, B. & Wobrock, T. (2006). *Psychoedukation Schizophrenie und Sucht. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Elsevier.
- Diener, E. (2000). Subjective well-beeing: The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist*, 55, 34-43.

- Dixon, L., Leyes, A., Scott, J., Lehmann, A., Postrado, L., Goldman, H. & McGlynn, E. (1999). Services to families of adults with schizophrenia: from treatment recommendations to dissemination. *Psychiatric Services*, 50, 233-238.
- Dixon, L., Lucksted, A., Stewart, B., Burland, J., Brown, C.H., Postrado, L., McGuire, C. & Hoffmann, M. (2004). Outcomes of the peer-taught 12 week family to family education program for severe mental illness. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 109, 207 – 215.
- Elmer, O.M. (1996). Psychoedukation versus Psychotherapie? *Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis*, 28 (4), 565-569.
- Fahrenberg, G., Myrtek, M., Schumacher, J. & Brähler, E. (2000). *FLZ, Fragebogen zur Lebenszufriedenheit – Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Feldmann, R., Hornung, W.P., Prein, B., Buchkremer, G. & Arolt, V. (2002). Timing of psychoeducational psychotherapeutic interventions in schizophrenic patients. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 252, 115 -119.
- Festinger, L. (1954). A theory of social comparison processes. *Human Relations*, 7, 117-140.
- Fialko, L., Garety, P.A., Kuipers, E., Dunn, G., Bebbington, P.E., Fowler, D. & Freeman, D. (2008). A large-scale validation study of the Medication Adherence Rating Scale (MARS). *Schizophrenia Research*, 100, 53-59.
- Franke, G. (1995). *SCL-R, Die Symptom-Checkliste von Deogratias – deutsche Version – Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Franz, M. (2006). Möglichkeiten und Grenzen subjektiver Lebensqualität schizophrener Patienten als Outcomekriterium psychiatrischer Therapie. *Psychiatrische Praxis*, 33, 317-322.

- Görnitz, A., Pitschel-Walz, G. & Bäuml, J. (1998). Wissensfragebogen: Depressive Erkrankungen. In G. Pitschel-Walz, J. Bäuml & W. Kissling (Hrsg). *Psychoedukation Depressionen. Manual zur Leitung von Patienten und Angehörigengruppen*. (Anhang: Formblatt 14). München: Urban Fischer.
- Glynn, S.M., Cohen, A.N., Dixon, L.B. & Niv, N. (2006). The potential impact of the recovery movement on family interventions for schizophrenia: opportunities and obstacles. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (3), 451-463.
- Hamilton, M. (1960). A rating Scale for Depression. *Journal of Neurology. Neurosurgery and Psychiatry*. 23, 56-62.
- Herzlich, C. (1973). *Health and Illness*. London: Academic Press.
- Hogan, T.P., Awad, A.G. & Eastwood, R. (1983). A self-report scale predictive of drug compliance in schizophrenics – reliability and discriminative validity. *Psychological Medicine*, 13, 177 -183.
- Hornung, W.P., Feldmann, R., Schonauer, K., Schäfer, A., Schulze- Mönking, H., Klingberg, S. & Buchkremer, G. (1999). Psychoedukativ-psychotherapeutische Behandlung von schizophrenen Patienten und ihren Bezugspersonen. II. Ergänzende Befunde der 2-Jahres Katamnese. *Der Nervenarzt*, 70, 444-449.
- Hornung, W.P., Klingberg, S., Feldmann, R. & Schulze-Mönking, H. (1998). Collaboration within drug treatment by schizophrenic patients with and without psychoeducational training: results of a 1-year follow-up. *Acta Psychiatrica Scandinavia*, 97, 213-219.
- Jensen, M. & Sadre Chirazi-Stark, F.M. (2003). Diagnosenübergreifende psychoedukative Gruppen. In J. Bäuml & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen"*. (S. 137 – 150). Stuttgart: Schattauer.

- Katschnig, H. (2006). How useful is the concept of quality of Life in Psychiatry. In H. Katschnig, H. Freemann & N. Sartorius (Eds). *Quality of life in mental disorders*. (second edition). (S. 3-15). Chichester: Wiley.
- Katschnig, H., Freemann, H. & Sartorius, N. (Eds). (2006). *Quality of life in mental disorders*. (second edition). Chichester: Wiley.
- Katschnig, H., Simon, M.D. & Kramer, B. (1997). Wie sie leben – wie sie leiden – was sie hoffen. Die Ergebnisse einer Umfrage bei Angehörigen von psychisch Kranken. *Kontakt – Zeitschrift der HPE Österreich; 20* (Sonderausgabe).
- Karow, A. & Naber, D. (2000). Indikationsspezifische Erfassung der gesundheitsbezogenen Lebensqualität. Ergebnisse der Erprobung einer Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils (BELP-KF). *Fortschritte der Neurologie - Psychiatrie, 67*, 413-425.
- Kay, SR., Fiszbein, A. & Opler, L.A. (1987). The Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS) for schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin 13*, 261-276.
- Kazadin, A.E. (1999). The meanings and measurements of clinical significance. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 67*, 332-339.
- Kessing, L.V., Hansen, H.V., Ruggeri, M. & Bech, P. (2006). Satisfaction with treatment among patients with depressive and bipolar disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology, 41*, 148 – 155.
- Killian, R., Holzinger, A. & Angermeyer, M.C. (2001). „Das ist zwar ein bisschen anstrengender manchmal, aber auch interessanter“ Psychiaterinnen und Psychiater beurteilen die Wirkung von Psychoedukation auf die ambulante Schizophreniebehandlung. *Psychiatrische Praxis, 28*, 209-213.
- Killian, R., Lindenbach, R., Angermeyer, M.C., (2001). „(...) manchmal zweifle ich an mir, wenn es mir nicht gut geht“. Die Wirkung eines ambulanten psychoedukativen Gruppenprogramms aus der subjektiven Perspektive von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen. *Psychiatrische Praxis, 28*, 168-173.

- Klimitz, H. (1997). Psychoedukative Familienarbeit bei Schizophrenen – ein populäres Konzept? *Psychiatische Praxis*, 24, 110-116.
- Klimitz, H. (2006). Psychoedukation bei schizophrenen Störungen – Psychotherapie oder „Unterwanderung“? *Psychiatrische Praxis*, 33, 372-379.
- Klingberg, S. (2001). Psychotherapeutische Dimension von Psychoedukation. In J. Bäuml & G. Pitschel-Walz (Hrsg.), *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen* (S. 165-172). Stuttgart: Schattauer.
- Kornmüller, K.T., Kratz, B., Schenkenbach, C., Mundt, C. & Backenstraß, M. (2006). Inanspruchnahme eines psychoedukativen Gruppenangebotes für Angehörige von Patienten mit affektiven Störungen. *Der Nervenarzt*, 77, 318 – 326.
- Merinder, L.B., Viuff, A.G. & Laugensen, H. (1999). Patient and relative education in community psychiatry: a randomised controlled trial regarding its effectiveness. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 34, 287-294.
- Meyer, F.M., Ethlers, F. & Gallhofer, B. (2002). Schizophrene PatientInnen, die trotz Dekaden der Enthospitalisierung in den psychiatrischen Krankenhäusern verblieben sind. Teil 1 der hessischen Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatrische Praxis*, 29: 245-250.
- Michalak, E.E., Lakshimi, N.Y., Dante, W. & Raymond, L.W. (2005). Perceived quality of life in patients with bipolar disorder. Does group psychoeducation have an impact? *Canadian Journal of Psychiatry*, 50 (2), 95-100.
- Mojtabai, R., Nicholson, R.A. & Neesmith, D.H. (1997). Factors affecting relapse in patients discharged from public hospital: results from survival analyses. *Psychiatry Quarterly*, 68 (2), 218-232.
- Morisky, D.E., Green, L.W. & Levine, D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self reported measure of medication adherence. *Medical Care*, 24, 67-74.

- Muthny, F.A. (1988). *Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung. Manual*. Weinheim: Beltz.
- Pfammatter, M., Junghan, U.M. & Brenner, H.D. (2006). Efficacy of psychological therapy in schizophrenia: Conclusions from Metaanalyses. *Schizophrenia Bulletin*, 32, 64-80.
- Pekkala, E. & Merinder, L. (2002). Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Issue 1*. Chichester: Wiley & Sons.
- Pilling, S., Bebbington, P. & Kuipers, E. (2002). Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of renomized controlled trails of social skills training and cognitive remediation. *Psychological Medicine*, 32, 873-791.
- Pitschel-Walz, G. (1997). Metanalyse der vorhandenen Interventionsstudien zur Einbeziehung von Angehörigen in die Behandlung schizophrener Patienten. In G. Pitschel-Walz, P. Lang GmbH (Hrsg). *Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung schizophrener Patienten und ihr Einfluß auf den Krankheitsverlauf*. (S. 93-103). Frankfurt am Main: Europäischer Verlag der Wissenschaften.
- Pitschel-Walz, G. (2005). Psychoedukative Gruppen für Patienten mit Depressionen und für deren Angehörige: wissenschaftliche Fundierung, praktische Durchführung und Akzeptanz. In B. Behrendt & A. Schaub (Hrsg), *Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis*. (S. 247 -272). Tübingen: dgvt.
- Pitschel-Walz, G. (2006). Workshop zur Perdsdfefferuzkruschoedukation bei Psychosen aus dem Schizophrenen Formenkreis. DGPPN Kongress 2006: Handout.
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R.R., Wagner, M. & Kissling, W. (2006). Psychoeducation and Compliance in the Treatment of Schizophrenia: Results of the Munich PIP-Study. *Journal of Clinical Psychiatry*, 67 (3), 443-452.

- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. & Kissling, W. (2003). *Psychoedukation Depressionen. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Urban & Fischer.
- Pitschel-Walz, G. & Engel, R.R. (1997). Psychoedukation in der Schizophreniebehandlung. *Psychoneuro*, 23 (1), 22-34.
- Pitschel-Walz, G., Leicht, S., Bäuml, J., Kissling, W. & Enge, R.R. (2001). The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia – A Meta-analyses. *Schizophrenia Bulletin*, 27 (1), 73-92.
- Puschner, B., Born, A., Gießler, A., Helm, H., Becker, T. & Angermeyer, C. (2005). Compliance- Interventionen in der medikamentösen Behandlung Schizophrenieerkrankter. Befunde aktueller Übersichtsarbeiten. *Psychiatrische Praxis*, 32, 62-67.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. & Kissling, W. (2006). Psychoeducation in schizophrenia – results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. *Schizophrenia Bulletin*, 32 (4), 765-775.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G. & Kissling, W. (2005). „Angehörige informieren Angehörige“ – Angehörige als Gruppenleiter für psychoedukative Gruppen bei Schizophrenie. *Psychiatrische Praxis*, 32, 87-92.
- Saß, H., Wittchen, H.U. & Zaudig, G. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen (DSM-IV-TR). Textrevision*. Göttingen: Hogrefe.
- Schaub, A., Behrendt, B. & Brenner, H.D. (1998). A multi hospital evaluation of the medication and symptom management module in Germany and Switzerland. *International Review Psychiatry*, 10, 42-46.

- Schaub, A., Kümmler, P., Goldmann, U., Roth, E., Charypar, M., Bernhard, B., Schweiß, I. & Amann, S. (2005). Bewältigungsorientierte Ansätze bei depressiven, bipolaren und schizophrenen Erkrankungen. In B. Behrendt & A. Schaub (Hrsg). *Handbuch Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis*. Tübingen: dgvt.
- Schmid, R., Spießl, H. & Klein, H.E. (2006). „Theorie und Praxis“ der Angehörigenarbeit auf allgemeinpsychiatrischen Stationen. *Krankenhauspsychiatrie*, 17, 139-142.
- Schönell, H. (2003). Psychoedukation bei stationären Akutpatienten. In J. Bäuml & G. Pitschl-Walz (Hrsg). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“*. (S. 67 – 73). Stuttgart: Schattauer.
- Schumacher, J., Klaiberg, A. & Brähler, E. (2003). *Diagnostische Verfahren zu Lebensqualität und Wohlbefinden*. Göttingen: Hogrefe.
- Sibitz, I., Gössler, R., Katschnig, H. & Amering, M. (2006). „Wissen – genießen – besser leben“ – Ein Seminar für Psychoseerfahrene zur Verbesserung der Lebensqualität und Verringerung der Verletzlichkeit. *Psychiatrische Praxis*, 33, 13-20.
- Sibitz, I., Amering, M., Gössler, R., Unger, A. & Katschnig, H. (2007a). One-year outcome of low-intensity booster sessions versus care as usual in psychosis patients after a short-term psychoeducational intervention. *European Psychiatry*, 22, 203-210.
- Sibitz, I., Amering, M., Gössler, R., Unger, A. & Katschnig, H. (2007b). Patients' perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia. A qualitative study. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 42 (11), 909 – 915.
- Tabachnick, B.B. & Fidell, L.S. (2001). *Using multivariate statistics*. Boston: Allyn and Bacon.

-
- Tchekmedyian and Cella (eds.), (1990). *Quality of life in oncology practice and research*. Williston Park, NY: Dominus Publishing Co.
- Thompson, K., Kulkarni, J. & Sergejew, A.A. (2000). Reliability and validity of a new Medication Adherence Rating Scale (MARS) for psychoses. *Schizophrenia Research*, 42, 241-247.
- Trompenaars, F.J., Masthoff, E.D., Van Heck, G.L., Hodiament, P. P. & De Vries, J. (2006). Relationship between mood related disorders and quality of life in a population of dutch adult psychiatric outpatients. *Depression and anxiety*, 23, 353-363.
- Vickers, T. & Altman, D.G. (2001). Analysing controlled trails with baseline and follow up measurements, *British Medical Journal*, 323, 1123-1124.
- Wiedemann, G., Klingberg, S., Pitschel-Walz, G. & Arbeitsgruppe Psychoedukation. (2003). Psychoedukative Interventionen in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen. *Der Nervenarzt*, 74, 789-808.
- Worbach, M., Vogel, H., Reusch, A. & Hermann, F. (2005). Der Einfluss psychologischer Prädiktoren auf den Erfolg von Patientenschulungen in der stationären medizinischen Rehabilitation. In B. Behrendt & A. Schaub. *Handbuch der Psychoedukation & Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis*. (S. 31 – 52). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Yamaguchi, H., Takahashi, A., Takano, A. & Kojima, T. (2006). Direct effects of short term psychoeducational intervention for relatives of patients with schizophrenia in Japan. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 60, 590-597.

8. Anhang

Inhaltsverzeichnis

8.1 Stammdatenblatt	95
8.2 Überblick über Therapiemanuale	98
8.3 Diagnosen	101
8.4 Feedbackfragebogen	103
8.5 Zusatzberechnungen	107
8.5.1 Vergleich der Ausgangswerte	107
8.5.2 Zusammenhang subjektiv beurteilter depressiver Symptomatik und Lebensqualität bei depressiven PatientInnen	108
8.5.3 Zusammenhang fremdbeurteilter depressiver Symptomatik und Erfolg der Psychoedukation bei depressiven PatientInnen	109
8.5.4 Zusammenhang fremdbeurteilter Positiv- und Negativsymptomatik und Erfolg der Psychoedukation bei psychoseerfahrenen PatientInnen	110

8.1 Stammdatenblatt

Datum: _____

Alter: _____ Jahre

Geschlecht: weiblich männlich

Familienstand: ledig verheiratet geschieden/getrennt lebend
verwitwet Sonstiges _____

Haben Sie Kinder? Ja (wie viele: _____) Nein

Schulabschluss ohne Abschluss Pflichtschulabschluss Matura
Sonstiges: _____

Abgeschlossene Berufsausbildung: kein Abschluss Lehre Meisterprüfung
Berufsbildende Schule Fachhochschule Universität
Sonstiges _____

Beruf: Selbständig ArbeiterIn Angestellte/r Beamter/in
Hausfrau/Hausmann StudentIn/Schülerin Sonstiges _____

Derzeitige Berufliche Situation: arbeitslos in Ausbildung
vollzeitbeschäftigt teilzeitbeschäftigt Arbeit in beschützender
Einrichtung/Tagesklinik Häusliche Tätigkeit pensioniert
Sonstiges _____

Wohnen Sie derzeit: alleine mit Partner mit Partner und Kindern
mit Eltern mit Freunden in einer betreuten Einrichtung
Sonstiges _____

Wie schaut Ihre Beziehung zu ihren Angehörigen aus?

sehr gut gut mäßig schlecht

An welcher Erkrankung leiden Sie (Diagnose)?

Seit wann leiden Sie unter dieser Erkrankung? Wann sind die Symptome zum ersten Mal aufgetreten? _____

Seit wann sind Sie wegen dieser Erkrankung in Behandlung?

Wurden Sie schon einmal stationär behandelt? Ja Nein

Wenn Ja: wie oft wurden sie bereits stationär behandelt? _____

Wann war ihre letzte stationäre Behandlung? _____

Sind sie derzeit in stationärer oder in ambulanter Behandlung an unserer Klinik?

derzeit stationär (seit _____) ambulant / Teilnahme an den Gruppen

Leiden Sie an sonstigen körperlichen Erkrankungen? Ja Nein

Wenn Ja an welchen? _____

Haben Sie bereits Vorerfahrungen mit psychosozialen Maßnahmen wie

Psychoedukation Selbsthilfegruppen Einzel-Psychotherapie

Gruppen-Psychotherapie Familientherapie

psychologische Behandlung keine Sonstiges _____

Wie haben Sie von der psychoedukativen Gruppe erfahren? Von:

behandelnden/r Arzt/Äztin PsychologIn Schwester/Pfleger

Informationsblatt (Flyer) gar nicht

Sonstiges _____

Welche Erwartungen haben Sie an die psychoedukativen Gruppen?

Informationen über die Erkrankung Austausch mit MitpatientInnen

Ablenkung Verbesserung des Umgangs mit der Erkrankung

keine Sonstiges _____

An welchen anderen Therapien auf der Station nehmen Sie teil?

(nur wenn Sie stationäre/r PatientIn sind)

Morgensport Entspannung Sozialtraining Kommunikationsrunde

Spielrunde Motivationsgruppe Wahrnehmungsgruppe Ergotherapie

Tanztherapie Trommeln Physiotherapie Sonstiges _____

Warum nehmen sie an den psychoedukativen Gruppen teil?

Interesse weil es der Arzt/Ärztin empfohlen hat

weil ich Informationen über die Erkrankung erhalte

weil ich andere PatientInnen mit ähnlichen Beschwerden kennenlernen kann

Sonstiges _____

Welche Medikamente nehmen Sie derzeit ein? (Name und Dosierung)

8.2 Überblick über Therapiemanuale

TABELLE A1

Psychoedukative Interventionen in der Psychiatrie

Schizophrenie

- Amering, M., Sibitz, I., Gassier, R. & Katschnig H (2002). *Wissen - genießen - besser leben: Ein Seminar für Menschen mit Psychoseerfahrung*. Psychosoziale Arbeitshilfen 20. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Andres, K., Pfammater, M. & Brenner, H.D. (2002). Therapiemanual zur Psychoedukation und Krankheitsbewältigung (PKB). In: V. Roder, P. Zorn & K. Andres (Hrsg.) *Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter*. Huber, Bern, S. 157-214.
- Bäumel, J., Pitschel-Walz, G., Berger, H., Gunia, H., Heinz, A. & Juckel, G. (2005). *Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (APES)*. Stuttgart: Schattauer.
- Bechdolf, A. & Juckel, G. (Hrsg.) (2006). *Psychoedukation bei Personen mit erhöhtem Psychoserisiko*. Stuttgart: Schattauer.
- Behrendt, B. (2001). *Meine persönlichen Warnsignale - Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Rezidivprophylaxe bei schizophrener und schizoaffectiver Erkrankung. Manual für Gruppenleiter (Materialie Nr. 50)*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Behrendt, B. (2001). *Meine persönlichen Warnsignale - Ein psychoedukatives Therapieprogramm zur Rezidivprophylaxe bei schizophrener und schizoaffectiver Erkrankung. Arbeitsbuch für Gruppenteilnehmer. (Materialie Nr. 51)*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Behrendt, B. (2004). *Psychoedukative Gruppen für Angehörige schizophrener oder schizoaffectiver Erkrankter. Manual für Gruppenleiter (Materialie Nr. 52)*. Tübingen: dgvt Verlag.
- Berger, H., Friedrich, J. & Gunia, H. (2004). *Psychoedukative Familienintervention. Manual zu Grundlagen und Praxis*. Stuttgart: Schattauer.
- Hammer, M., Plöchl, I. & Schelling, U. (2000). *ZERA - ein psychoedukatives Gruppenprogramm zum Zusammenhang Erkrankung, Rehabilitation, Arbeit*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.
- Hahlweg, K., Dürr, H. & Müller, U. (2006). *Familienbetreuung schizophrener Patienten. (2. überarbeitete und erweiterte Auflage)*. Göttingen: Hogrefe.
- Kieserg, A. & Hornung, W.P. (1994). *Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS). Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe (Materialie Nr. 27)*. Tübingen: dgvt Verlag
-

Kissling, W., Rummel, C. & Pitschel-Walz, G. (2003). *Psychoedukation für Patienten mit schizophrenen Psychosen und deren Angehörige. Alliance Psychoedukations-Programm*. Karlsruhe: Pfizer Neuroscience.

Klingberg, S., Schaub, A. & Conradt, B. (2003). *Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Störungen. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim: Beltz PVU.

Wienberg, G., Schünemann-Wurmthaler, S. & Sibum, B. (2003). *Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen - PEGASUS. Manual und Materialien (4. Auflage)*. Bonn: Psychiatrie-Verlag.

Komorbidität Schizophrenie und Sucht

D'Amelio, R., Behrendt, B. & Wobrock, T. (2006). *Psychoedukation Schizophrenie und Sucht. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Elsevier.

Gouzoulis-Mayfrank, E. (2003). *Komorbidität Psychose und Sucht. Von den Grundlagen zur Praxis*. Darmstadt: Steinkopff.

Depression

Pitschel-Walz, G., Bauml, J. & Kissling, W. (2003). *Psychoedukation Depressionen. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Urban & Fischer.

Schaub, A., Roth, E. & Goldmann, U. (2006). *Kognitiv-psychoedukative Therapie zur Bewältigung von Depressionen. Ein Therapiemanual*. Gottingen: Hogrefe.

Bipolare Störungen

Erfurth, A., Dobmeier, M. & Zechendorff, M. (2005). *Kurzpsychoedukation für bipolare Patienten: Das einfache Kurzprogramm in 6 Modulen*. Stuttgart: Thieme.

Jelley, R. & Elmer, E.M. (2005). *HOPE - Handlungsorientierte Psychoedukation bei Bipolaren Störungen*. Tübingen: dgvt-Verlag.

Schaub, A., Bernhard, B. & Gauck, L. (2004). *Kognitiv-psychoedukative Therapie bei bipolaren Erkrankungen. Ein Therapiemanual*. Gottingen: Hogrefe.

Bräunig, P. & Wagner, P. &. (2004). *Zwischen den Polen von Manie und Depression bei bipolarer Erkrankung. Ein Wegweiser für Betroffene und Angehörige*. Norderstedt: Books on Demand.

Angststörungen

Alsleben, H., Rufers, M. & Weiss, A. (2003). *Psychoedukation Angst- und Panikstörungen. Mit CD-Rom: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Urban & Fischer.

Michael Rufers, M., Alsleben, H. & Weiss, A. (2003). *Psychoedukation bei Angst- und Panikstörungen - Stärker als die Angst*. München: Urban & Fischer.

Zwangsstörungen

Terbrack, U., & Hornung, W.P. (Hrsg.). (2004). *Psychoedukation Zwangsstörungen. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Urban & Fischer.

Hornung, W.P., Terbrack, U. Giernalczyk & H. Rintelen, H. (2004) *Psychoedukation bei Zwangsstörungen - Zwänge überwinden: Im Dialog*. München: Urban & Fischer

Persönlichkeitsstörungen

Schmitz, B., Schuhler, P., Handke-Raubach, A. & Jung, A. (2001). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Persönlichkeitsstörungen und unflexiblen Persönlichkeitsstilen. Ein psychoedukativ- und kompetenzorientiertes Therapieprogramm zur Forderung von Selbstakzeptanz, Menschenkenntnis und persönlicher Entwicklung*. Lengerich: Pabst Science Publishers.

Rentrop, M., Reicherzer, M., Bäuml, J. (2006) *Psychoedukation Borderline-Störung: Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. München: Elsevier.

Anmerkungen.

Die angeführten Manuale wurden in eigener Literaturrecherche und in Anlehnung an Wiedemann et al. (2003) und Pitschel-Walz (2006), Behrendt et al. (2004) gesammelt und dargestellt.

8.3 Diagnosen

TABELLE A2

Diagnosen der PatientInnen in der Psychoedukationsgruppe Depression

ICD 10 Diagnose		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit in %
F31.3	Bipolare affektive Störung gegenwärtig leichte oder mittelgradige depressive Episode	1	2,0
F31.4	Bipolare affektive Störung gegenwärtig schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	1	2,0
F32.0	Leichte depressive Episode	1	2,0
F32.1	Mittelgradige depressive Episode	9	18,4
F32.2	Schwere depressive Episode ohne psychotische Symptome	10	20,4
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Episoden	2	4,1
F32.8	Sonstige depressive Episoden	2	4,1
F32.9	Nicht näher bezeichnete depressive Episode	6	12,2
F33.1	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig mittelgradige Episode	5	10,2
F33.2	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode ohne psychotische Symptome	6	12,2
F33.3	Rezidivierende depressive Störung, gegenwärtig schwere Episode mit psychotischen Symptomen	2	4,1
F38.1	Sonstige rezidivierende affektive Störungen	1	2,0
F43.21	Anpassungsstörungen, längere depressive Reaktion	1	2,0
F48.0	Neurasthenie	1	2,0
F53.0	Psychische oder Verhaltensstörungen im Wochenbett, nicht andernorts klassifizierbar	1	2,0
<i>Genannte Zusatz- oder Doppeldiagnosen</i>			
F10.2	Abhängigkeitssyndrom (Alkohol)	1	2,0
F13.1	Schädlicher Gebrauch (Sedativa/Hypnotika)	1	2,0
F13.2	Abhängigkeitssyndrom (Sedativa/Hypnotika)	1	2,0
F41.0	Panikstörung	1	2,0
F41.8	Sonstige spezifische Angststörungen	1	2,0
F42.0	Zwangsstörung	1	2,0
F31.8	Sonstige bipolare affektive Störungen	2	4,1
F50.2	Bulimia nervosa	1	2,0

TABELLE A3*Diagnosen der PatientInnen in der Psychoedukationsgruppe Psychose*

ICD 10 Diagnose		Absolute Häufigkeit	Relative Häufigkeit in %
F20.0	Paranoide Schizophrenie	2	7,7
F20.3	Undifferenzierte Schizophrenie	1	3,8
F20.8	Sonstige Schizophrenie	1	3,8
F22.8	Sonstige wahnhafte Störungen	1	3,8
F23.0	Akute polymorphe psychotische Störungen ohne Symptome einer Schizophrenie	1	3,8
F23.9	Nicht näher bezeichnete akute vorübergehende psychotische Störung	5	19,2
F25.1	Schizodepressive Störung	6	23,1
F25.2	Gemischte schizoaffektive Störung	1	3,8
F25.9	Nicht näher bezeichnete schizoaffektive Störung	3	11,5
F29	Nicht näher bezeichnete nicht organische Psychose	2	7,7
F30.2	Manie mit psychotischen Symptomen	1	3,8
F32.3	Schwere depressive Episode mit psychotischen Episoden	2	7,7
<i>Genannte Zusatz- oder Doppeldiagnosen</i>			
F31.2	Bipolare affektive störung, gegenwärtig manische Episode mit psychotischen Symptomen	1	3,8
F13.1	Nicht näher bezeichnete bipolare affektive Störung	1	3,8
F13.2	Nicht näher bezeichnete akute vorübergehende psychotische Störung	1	3,8

8.4 Feedbackfragebogen

Im Folgenden befragen wir Sie zur Atmosphäre und den vermittelten Inhalten in der psychoedukativen Gruppe. Geben Sie bitte an, inwieweit die Feststellungen auf Sie zutreffen oder nicht!

Beispiel: Die Teilnahme an den psychoedukativen Gruppen ist sehr hilfreich.

trifft überhaupt nicht zu 1 2 3 4 5 trifft völlig zu

Wenn Sie die Teilnahme an den Gruppen als sehr hilfreich empfunden haben, dann kreuzen Sie die Zahl (5) bei *trifft völlig zu* an. Wenn Sie jedoch der Meinung sind, dass sie nicht von der Teilnahme profitieren konnten und für Sie persönlich nichts mitnehmen konnten, dann kreuzen Sie bitte die Zahl (1) bei *trifft überhaupt nicht zu* an.

Nr.	Relevanz und Vollständigkeit der Themen	Trifft					Depression		Psychose	
		überhaupt nicht zu					MS	SD	MS	SD
1	Die Themen, die während der psychoedukativen Gruppen behandelt wurden waren für mich wichtig.	1	2	3	4	5	4.63	.67	4.64	.49
2	Ich habe während der psychoedukativen Gruppe viel Neues über meine Erkrankung und ihrer Behandlungsmöglichkeiten gelernt.	1	2	3	4	5	4.39	.89	4.32	.90
3	Die psychoedukative Gruppe hat meine Erwartungen völlig erfüllt.	1	2	3	4	5	4.49	.77	4.16	.85
4 ¹	Vieles von dem was während der psychoedukativen Gruppe behandelt wurde, wusste ich schon vorher. ¹	1	2	3	4	5	2.80	1.24	3.04	1.37
5	Ich fühle mich jetzt gut über meine Erkrankung informiert.	1	2	3	4	5	4.37	.67	4.16	.75
	Allgemeine Atmosphäre									
6	Die Atmosphäre während der psychoedukativen Gruppen war freundlich und angenehm.	1	2	3	4	5	4.88	.33	4.68	.69
7	Die Therapeutin war sehr kompetent.	1	2	3	4	5	4.82	.44	4.76	.44

8	Die Therapeutin ist gut auf Fragen eingegangen.	1	2	3	4	5	4.86	.41	4.84	.37
9	Ich hatte das Gefühl in der psychoedukativen Gruppe offen reden zu können.	1	2	3	4	5	4.76	.60	4.28	1.02
10	Es war mir während der psychoedukativen Gruppen leicht möglich meine eigenen Erfahrungen einzubringen.	1	2	3	4	5	4.55	.74	4.36	.86
11 ¹	Während der psychoedukativen Gruppen wurden Dinge besprochen, die mir unangenehm waren. ¹	1	2	3	4	5	1.53	.84	2.56	1.42
12 ¹	Ich hatte während der psychoedukativen Gruppen oft das Gefühl, dass mich die Therapeutin nicht versteht. ¹	1	2	3	4	5	1.49	1.12	1.88	1.27
13 ¹	Ich hatte häufig Angst etwas zu sagen. ¹	1	2	3	4	5	1.94	1.11	2.08	1.29
14	Ich habe die Teilnahme an den psychoedukativen Gruppen als sehr hilfreich erlebt.	1	2	3	4	5	4.51	.74	4.04	1.21
15	Ich würde die Teilnahme an den psychoedukativen Gruppen auch Anderen weiterempfehlen.	1	2	3	4	5	4.65	.63	4.44	.92
16 ¹	Der Aufwand für die Teilnahme war sehr groß. ¹	1	2	3	4	5	2.31	1.50	2.84	1.55
Nr.	Wirkungen									
17	Durch die psychoedukative Gruppe werde ich allgemein mit meinen Problemen besser fertig.	1	2	3	4	5	3.90	.94	3.80	1.12
18	Durch die psychoedukative Gruppe fällt es mir leichter, mit anderen Menschen über meine Krankheit zu reden.	1	2	3	4	5	4.12	.93	4.12	.83
19	Die psychoedukative Gruppe hat mir geholfen, meine Krankheit besser zu verstehen.	1	2	3	4	5	4.49	.87	4.44	.65
20	Durch die psychoedukative Gruppe bin ich besser über die Wirkung meiner Medikamente informiert.	1	2	3	4	5	4.39	.84	4.36	.91
21	Durch die psychoedukative Gruppe kann ich besser mit den Symptomen meiner Erkrankung umgehen.	1	2	3	4	5	4.27	.88	4.16	.85
22	Durch die psychoedukative Gruppe habe ich erfahren, bei welchen Symptomen ich zum Arzt gehen muss.	1	2	3	4	5	4.13	1.06	4.44	.71
23 ¹	Die psychoedukative Gruppe hat mir überhaupt nicht geholfen. ¹	1	2	3	4	5	1.19	.50	1.52	1.16
24 ¹	Durch die psychoedukative Gruppe wurde ich verunsichert. ¹	1	2	3	4	5	1.26	.79	1.75	1.22
25 ¹	Durch die psychoedukative Gruppe leide ich noch mehr unter meiner Erkrankung. ¹	1	2	3	4	5	1.08	.35	1.52	1.16

26 ¹	Viel über die Erkrankung zu wissen. ist beunruhigend und sehe ich eher negativ. ¹	1	2	3	4	5	1.38	.76	1.80	1.26
27 ¹	Durch das psychoedukative Training habe ich mehr Angst vor der Erkrankung. ¹	1	2	3	4	5	1.40	.79	1.96	1.51
28	Durch die psychoedukative Gruppe komme ich in meinem alltäglichen Leben besser zurecht als vorher.	1	2	3	4	5	3.69	.97	3.64	1.04
29	Durch die psychoedukative Gruppe habe ich wieder mehr Hoffnung auf eine Besserung meiner Erkrankung gewonnen.	1	2	3	4	5	3.96	.97	3.84	1.03
30	Aufgrund meiner Erfahrungen in der Gruppe habe ich das Gefühl auch in der Zukunft besser mit meiner Erkrankung umgehen zu können.	1	2	3	4	5	4.02	.93	3.79	1.06
31	Die Teilnahme an psychoedukativen Gruppen kann helfen Rückfällen vorzubeugen.	1	2	3	4	5	3.90	1.02	3.84	.94
32	Ich finde es wichtig, dass auch Angehörige Informationen über die Krankheit erhalten und an entsprechenden Gruppen teilnehmen.	1	2	3	4	5	4.35	1.09	4.48	.71
33	Durch die psychoedukativen Gruppen kann ich leichter mit meinen Angehörigen umgehen.	1	2	3	4	5	3.96	1.08	3.72	1.02

Anmerkung.

¹ Diese Items müssen umgepolt werden.

Wie interessant beurteilen Sie folgende Themen:

		Nicht interessant					Sehr interessant					Depression	
		1	2	3	4	5	1	2	3	4	5	MS	SD
D1	Symptome der Krankheit	1	2	3	4	5						4.65	.70
D2	Entstehungsbedingungen und Verlauf der Erkrankung.	1	2	3	4	5						4.71	.54
D3	Medikamente. Wirkungen und Nebenwirkungen	1	2	3	4	5						4.78	.47
D4	Behandlungsmöglichkeiten	1	2	3	4	5						4.69	.58
D5	Umgang mit Stress. Frühwarnzeichen. Rückfallverhütung	1	2	3	4	5						4.65	.78
D6	Angenehme Aktivitäten	1	2	3	4	5						4.46	.85
D7	Typische Gedankenmuster	1	2	3	4	5						4.54	.80
D8	Ernährung	1	2	3	4	5						4.26	1.01

Für die Psychosegruppe unterscheiden sich nur die Fragen nach dem Interesse bezüglich der Themen:

Wie interessant beurteilen Sie folgende Themen:

		Nicht interessant					Sehr interessant		Psychose	
		1	2	3	4	5			MS	SD
P1	Symptome der Krankheit	1	2	3	4	5			4.52	.77
P2	Somatische Brücke. „wie passen Chemie und Seele zusammen“. Botenstoffe	1	2	3	4	5			4.48	.87
P3	Ursachen und Verlauf der Erkrankung.	1	2	3	4	5			4.56	.71
P4	Medikamente. Wirkungen und Nebenwirkungen	1	2	3	4	5			4.40	.82
P5	Behandlungsmöglichkeiten	1	2	3	4	5			4.44	.82
P6	Umgang mit Stress. Frühwarnzeichen. Rückfallverhütung	1	2	3	4	5			4.56	.82
P7	Ernährung	1	2	3	4	5			3.75	1.19

8.5 Zusatzberechnungen

8.5.1 Vergleich der Ausgangswerte der beiden Stichproben

TABELLE A4

Gruppenvergleiche zwischen Psychoedukation bei Depressionen und Psychosen zum ersten Messzeitpunkt

Skala	Gruppe	MS	SD	MANOVA/Wilcoxon		
				df	F/Z	p
Lebensqualität: Psyche (SF-36) ¹	Depression	23.09	8.68	1	20.46	.000**
	Psychose	32.56	8.12			
Lebensqualität: Körper (SF-36) ¹	Depression	44.17	8.09	1	1.30	.257
	Psychose	41.84	8.60			
Lebenszufriedenheit (FLZ) ¹	Depression	4.23	.97	1	.35	.555
	Psychose	4.37	.96			
Psychische Belastung (GSI) ¹	Depression	1.48	.58	1	2.35	.009**
	Psychose	1.10	.54			
GAF ¹	Depression	43.52	9.68	1	.12	.726
	Psychose	42.64	10.96			
Krankheitsbezogenes Wissen ¹	Depression	.46	.14		2.17	.145
	Psychose	.53	.22			
Compliance (MARS) ¹	Depression	.65	.16	1	.04	.837
	Psychose	.66	.17			
Positivsymptomatik (PANSS) ¹	Depression	9.69	2.40	1	82.45	.000**
	Psychose	19.52	6.76			
Negativsymptomatik (PANSS) ¹	Depression	18.79	7.64	1	1.26	.265
	Psychose	20.88	7.34			
Depressivität (HAMD) ¹	Depression	21.98	7.63	1	3.47	.067
	Psychose	18.80	5.26			
CGI ²	Depression	5.23	.69	-	-1.97	.049*
	Psychose	5.56	.65			

Anmerkungen.

¹Die multivariaten Tests der MANOVA auf Zwischensubjektffekte waren signifikant ($F_{(10,62)} = 14.48$, $p = .000$, $\eta^2 = .70$).

²Aufgrund der nichtgegeben Normalverteilung wurde ein Mann Withney U Test ($Z = -1.97$, $p = .049$) gerechnet.

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p = .000$

8.5.2 Zusammenhang subjektiv beurteilter depressiver Symptomatik und Lebensqualität bei depressiven PatientInnen

TABELLE A5

Mittelwerte der nach dem Medianspit ermittelten Gruppen versus niedrig depressive PatientInnen (Selbstbeurteilung) zu beiden Messzeitpunkten

Skala	Gruppe	Beginn		Ende	
		MS	SD	MS	SD
Lebensqualität: Psyche (SF-36) ¹	Depression↓	8.20	8.20	34.31	11.35
	Depression ↑	19.56	7.57	26.37	9.29
Lebensqualität: Körper (SF-36) ¹	Depression↓	44.44	9.24	44.61	9.21
	Depression ↑	43.09	7.91	45.61	11.46

In einer multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung und den beiden Gruppen hoch versus niedrig depressive PatientInnen wurde sowohl der Haupteffekt des Messwiederholungsfaktor Psychoedukation ($F_{(2, 46)} = 17.62, p = .000, \eta^2 = .43$) als auch des Zwischensubjekteffekts Ausmaß der Depressivität ($F_{(2, 46)} = 6.01, p = .005, \eta^2 = .21$) signifikant. Es gab keine signifikante Wechselwirkung zwischen den beiden unabhängigen Variablen ($F_{(2, 46)} = 0.75, p = .48, \eta^2 = .03$).

8.5.3 Zusammenhang fremdbeurteilter depressiver Symptomatik und Lebensqualität bei depressiven PatientInnen

TABELLE A6

Mittelwerte der nach dem Mediansplit ermittelten Gruppen hoch versus niedrig depressive PatientInnen (Fremdbeurteilung) zu beiden Messzeitpunkten

Skala	Gruppe	Beginn		Ende	
		MS	SD	MS	SD
Lebensqualität: Psyche (SF-36) ¹	Depression↓	23.87	10.61	33.63	12.00
	Depression ↑	22.73	6.54	27.03	9.03
Lebensqualität: Körper (SF-36) ¹	Depression↓	44.13	9.76	44.67	11.68
	Depression ↑	43.39	7.33	45.56	9.06
Lebenszufriedenheit (FLZ)	Depression↓	4.15	.90	4.54	.99
	Depression ↑	4.31	1.02	4.51	.96
Wissen	Depression↓	31.21	7.55	38.33	6.88
	Depression ↑	30.64	8.52	38.00	9.39
Compliance	Depression↓	.65	.15	.68	.14
	Depression ↑	.65	.17	.72	.20

In einer multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung und den beiden Gruppen hoch versus niedrig depressive PatientInnen (Fremdbeurteilung) wurde nur der Haupteffekt des Messwiederholungsfaktor Psychoedukation ($F_{(5, 43)} = 17.17$, $p = .000$, $\eta^2 = .67$) signifikant. Es gab keinen Effekt des Zwischensubjektfaktor Ausmaß der Depressivität ($F_{(5, 43)} = .65$, $p = .66$, $\eta^2 = .07$) und der Wechselwirkung der beiden unabhängigen Variablen ($F_{(5, 43)} = 1.12$, $p = .37$, $\eta^2 = .11$).

8.5.4 Zusammenhang fremdbeurteilter Positiv- und Negativsymptomatik und Erfolg der Psychoedukation bei psychoseerfahrenen PatientInnen

TABELLE A7

Mittelwerte der nach dem Medianspit ermittelten Gruppen: PatientInnen mit hoch vs.niedrig psychotischer Symptomatik

Skala	Gruppe	Beginn		Ende	
		MS	SD	MS	SD
Lebensqualität: Psyche (SF-36) ¹	PANSS↓	30.55	7.35	36.60	9.51
	PANSS ↑	34.42	8.63	35.20	8.65
Lebensqualität: Körper (SF-36) ¹	PANSS ↓	44.65	8.18	47.69	10.43
	PANSS ↑	39.25	8.46	40.56	7.29
Lebenszufriedenheit (FLZ)	PANSS ↓	4.49	1.07	4.60	1.06
	PANSS ↑	4.27	.87	4.32	.81
Wissen	PANSS ↓	46.67	10.79	49.25	11.99
	PANSS ↑	35.54	16.71	48.00	14.23
Compliance	PANSS ↓	.65	.15	.61	.18
	PANSS ↑	.67	.19	.69	.19

In einer multivariaten Varianzanalyse mit Messwiederholung und den beiden Gruppen hohe versus niedrig psychotische Symptomatik (Fremdbeurteilung) wurde der Haupteffekt des Messwiederholungsfaktor Psychoedukation ($F_{(5, 19)} = 3.87$, $p = .014$, $\eta^2 = .51$) signifikant. Es gab keinen Effekt des Zwischensubjektfaktor Ausmaß der psychotischen Symptomatik ($F_{(5, 43)} = .65$, $p = .66$, $\eta^2 = .07$). Die Wechselwirkung der beiden unabhängigen Variablen ($F_{(5,43)} = 2.85$, $p = .044$, $\eta^2 = .43$) war signifikant. Eine Verbesserung durch die Psychoedukations stellte sich in den Variablen psychische Lebensqualität ($F_{(1, 23)} = 6.38$, $p = .019$, $\eta^2 = .22$) und krankheitsbezogenen Wissens Lebensqualität ($F_{(1, 23)} = 12.65$, $p = .002$, $\eta^2 = .36$) ein. Univariat erzielte die Wechselwirkung bei der Variable Wissen eine signifikante Bedeutung ($F_{(1, 23)} = 5.45$, $p = .029$, $\eta^2 = .19$). Bezüglich der Lebensqualität verbesserten sich psychoseerfahrene PatientInnen unabhängig vom Ausmaß der Positiv- und Negativsymptomatik durch die Psychoedukation. Als Post Hoc Test für die Interpretation des Ergebnisses der Wechselwirkung wurde ein Tukey's HSD berechnet. Es zeigte sich, dass es nur bei PatientInnen mit höher ausgeprägter Positiv- und Negativsymptomatik zu einer Steigerung des krankheitsbezogenen Wissens kam. Jene PatientInnen, die eine stärkere Symptomatik aufwiesen haben ein geringeres Ausgangswissen, weshalb es vermutlich leichter ist zusätzlich neues Wissen anzusammeln.