

Technische Universität München

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar
(Direktor: Prof. Dr. Johann Förstl)

**Klinische Evaluation eines neuen
Schizophrenie- Wissensfragebogens und
Prädiktoren für den Wissenszuwachs**

Sandra Dominique Speidel

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors der Medizin genehmigten Dissertation.

Vorsitzender: Prof. Dr. Jürgen Schlegel

Prüfer der Dissertation: 1. apl. Prof. Dr. Josef Bäuml
2. apl. Prof. Dr. Gerrit Hohendorf

Die Dissertation wurde am 22.05.2018 bei der Technischen Universität München eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 11.06.2019 angenommen.

Meinen Eltern

1 Einleitung	9
1.1 Einführung in das Thema	9
1.2 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Grundlagen	11
1.2.1 Diagnosedefinition.....	11
1.2.2 Epidemiologie	11
1.2.3 Ätiologie.....	11
1.2.4 Unterformen	12
1.2.5 Symptomatik	12
1.2.6 Prognose.....	13
1.2.7 Schizoaffektive Erkrankungen.....	13
1.3 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Therapie	14
1.3.1 Medikamentöse Therapie	14
1.3.2 Psychotherapeutische Interventionen.....	14
1.3.3 Psychosoziale Maßnahmen.....	15
1.4 Psychoedukation	15
1.4.1 Begriffsdefinition und Indikation.....	15
1.4.2 Manualisierte Psychoedukation in Gruppen mittels APES: Grundlagen.....	17
1.4.3 APES: Inhalte und Ablauf	17
1.4.3.1 Krankheitsbegriff.....	19
1.4.3.2 Symptomatik.....	20
1.4.3.3 Synapsen- Modell.....	20
1.4.3.4 Ursachen, Vulnerabilitäts- Stress- Modell.....	20
1.4.3.5 Medikamente und Nebenwirkungen.....	21
1.4.3.6 Psychotherapie.....	21
1.4.3.7 Psychosoziale Maßnahmen	21
1.4.3.8 Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan	22
1.5 Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Klaus Grawe	22
1.6 Quantifizierung der Wirkfaktoren anhand bisheriger Wissensfragebögen	22
1.6.1 WFB nach Pitschel- Walz.....	23
1.6.2 ERWIPA nach Luderer et al.....	24
1.6.3 Wissen- über- Schizophrenie- Test nach Monowski.....	24
1.6.4 Internationale Wissensfragebögen.....	24
2 Material und Methoden	26
2.1 Klinisches Setting	26
2.2 Schizophrenie- Wissensfragebogen SCHIWI	26
2.2.1 SCHIWI: Pilot-Fragebogen und weitere Entwicklung	26

2.2.2 SCHIWI: Konstruktion und Itemaufbau.....	27
2.2.3 SCHIWI: Besonderheiten des SCHIWI	28
2.3 Psychoedukationsgruppen	28
2.3.1 Rekrutierungsmodus und Datenerhebung.....	28
2.3.2 Durchführung der Gruppen	31
2.3.3 Durchführung der Fragebogen- Untersuchung.....	31
2.3.3.1 Aufklärung und Einverständniserklärung	31
2.3.3.2 Prä- Messung.....	32
2.3.3.3 Post- Messung.....	32
2.3.3.4 Vorgehen bei schwankender Teilnahmemotivation.....	33
2.4 Statistische Auswertung	33
3 Fragestellung.....	35
3.1 Teilnahme compliance an den Psychoedukationsgruppen.....	35
3.1.1 Bearbeitung der Prä- Bögen	35
3.1.2 Bearbeitung der Post- Bögen	35
3.1.3 Bearbeitung der Prä- und Post- Bögen	35
3.1.4 Gründe für Verweigerung der Teilnahme.....	35
3.2 Fragen zur Gesamtstichprobe.....	35
3.2.1 Geschlecht.....	35
3.2.2 Alter	36
3.2.3 Bildungsstand	36
3.2.4 Krankheitsverlauf.....	36
3.2.5 Clinical Global Impression Score	36
3.2.6 Diagnose	36
3.2.7 Familienstand	36
3.2.8 Aktuelle Tätigkeit	36
3.2.9 Vorerfahrungen mit Psychoedukation.....	37
3.2.10 Einschätzung des krankheitsbezogenen Wissens	37
3.2.11 Einschätzung der Beziehung zu Angehörigen (prä).....	37
3.2.12 Medikation.....	37
3.2.13 Katamnese	37
3.2.14 Verwandtschaftsgrad in Angehörigengruppen	38
3.3 Itemanalyse.....	38
3.3.1 Item- Schwierigkeiten	38
3.3.1.1 Welche Items wurden am häufigsten richtig beantwortet	38
3.3.1.2 Welche Items wurden am häufigsten falsch beantwortet.....	38

3.3.1.3 Welche Items wurden am häufigsten nicht beantwortet	38
3.3.2 Trennschärfe	38
3.3.3 Reliabilität	38
3.3.4 Zunahme im Prä/ Post- Vergleich	38
3.3.5 Verschlechterung spezieller Items nach Gruppenteilnahme	39
3.3.6 Decken- oder Bodeneffekte.....	39
3.3.7 Auswahlmodus des endgültigen SCHIWI.....	39
3.4 Wissenszuwachs	39
3.5 Prädiktoren für den Wissenszuwachs	39
3.6 Veränderungen der Einschätzung von Patienten	39
3.6.1 Krankheitsbezogenes Wissen	39
3.6.2 Beziehung zu Angehörigen.....	40
3.7 Veränderungen der Einschätzung von Angehörigen	40
3.7.1 Krankheitsbezogenes Wissen	40
3.7.2 Beziehung zu erkrankten Angehörigen	40
3.8 Einschätzung des Nutzens der Gruppenteilnahme.....	40
3.8.1 Patienten	40
3.8.2 Angehörige	40
4 Ergebnisse	41
4.1 Teilnahmecompliance an den Psychoedukationsgruppen.....	41
4.1.1 Bearbeitung der Prä- Bögen	41
4.1.2 Bearbeitung der Post- Bögen	42
4.1.3 Bearbeitung der Prä- und Post- Bögen	42
4.1.4 Gründe für Verweigerung der Teilnahme.....	45
4.2 Stichprobe.....	46
4.2.1 Geschlecht.....	47
4.2.2 Alter	47
4.2.3 Bildungsstand	47
4.2.4 Krankheitsverlauf.....	48
4.2.5 Clinical Global Impression Score	48
4.2.6 Diagnose	49
4.2.7 Familienstand	51
4.2.8 Aktuelle Tätigkeit	52
4.2.9 Vorerfahrungen mit Psychoedukation.....	53
4.2.10 Einschätzung des krankheitsbezogenen Wissens	53

4.2.11	Einschätzung der Beziehung zu Angehörigen.....	54
4.2.12	Medikation.....	54
4.2.13	Katamnese	56
4.2.14	Verwandtschaftsgrad in Angehörigengruppen	56
4.3	Itemanalyse.....	57
4.3.1	Item- Schwierigkeiten	57
4.3.1.1	Welche Items wurden am häufigsten richtig beantwortet?	57
4.3.1.2	Welche Items wurden am häufigsten falsch beantwortet?.....	58
4.3.1.3	Welche Items wurden am häufigsten nicht beantwortet?	58
4.3.2	Trennschärfe	58
4.3.3	Reliabilität	62
4.3.4	Zunahme im Prä/ Post- Vergleich	62
4.3.5	Verschlechterung spezieller Items nach Gruppenteilnahme	62
4.3.6	Decken- oder Bodeneffekte.....	63
4.3.7	Auswahlmodus des endgültigen SCHIWI.....	63
4.4	Wissenszuwachs	65
4.4.1	Patienten	65
4.4.2	Angehörige	66
4.5	Prädiktoren für den Wissenszuwachs	66
4.6	Veränderungen der Einschätzung von Patienten	71
4.6.1	Krankheitsbezogenes Wissen	71
4.6.2	Beziehung zu Angehörigen.....	72
4.7	Veränderungen der Einschätzung von Angehörigen	72
4.7.1	Krankheitsbezogenes Wissen	72
4.7.2	Beziehung zu Angehörigen.....	72
4.8	Einschätzung des Nutzens der Gruppenteilnahme.....	72
4.8.1	Patienten	72
4.8.2	Angehörige	73
5	Diskussion	74
5.1	Teilnahmemcompliance an den Psychoedukationsgruppen.....	74
5.2	Stichprobe.....	75
5.3	Itemanalyse und Vergleich zum WFB.....	76
5.4	Wissenszuwachs	77
5.5	Prädiktoren für den Wissenszuwachs	78
5.6	Einschätzungen von Patienten und Angehörigen	82
5.6.1	Krankheitsbezogenes Wissen	82

5.6.2 Beziehung zu Angehörigen.....	83
5.6.3 Nutzen der Gruppenteilnahme.....	83
5.7 Einschätzung der Praktikabilität des SCHIWI	84
5.8 Limitationen und Vorschläge für Modifikationen	84
6 Ausblick.....	86
7 Zusammenfassung.....	87
8 Tabellen- und Diagrammverzeichnis.....	90
9 Literaturverzeichnis	91
10 Anhang	99
10.1 SCHIWI- Fragebogen.....	100
10.2 Informationsblatt Patienten.....	105
10.3 Informationsblatt Angehörige	107
10.4 Anmeldeformular Patienten.....	108
10.5 Anmeldeformular Angehörige	109
10.6 Curriculum.....	110
10.7 Patientenfragebogen.....	111
10.8 Angehörigenfragebogen.....	112
10.9 SCHIWI 22.....	113
11 Danksagung.....	114

Abkürzungsverzeichnis

ALM	Allgemeines Lineares Modell
ANOVA	Analysis of variance
APES	Arbeitsbuch PsychoEdukation bei Schizophrenie
Bzw.	Beziehungsweise
CGI	Clinical Global Impression
COGPIP	Cognitive Determinants of Psychoeducation and Information in Schizophrenic Psychoses
CPZ-Ä	Chlorpromazin- Äquivalenzdosis
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
ERWIPA	Erlanger Wissensfragebogen für Patienten
Hrsg.	Herausgeber
ICD	International Classification of Diseases
O.g.	Oben genannte
PANSS	Positive and Negative Syndrome Scale
PEPP	Pauschalierendes Entgeltsystem Psychiatrie und Psychosomatik
PIP	Psychosen- Informations- Projekt
SAP	SAP ERP; Hauptprodukt des deutschen Software Unternehmens SAP
SCHIWI	Schizophrenie- Wissensfragebogen
TU	Technische Universität
U.a.	Unter anderem
WFB	Wissensfragebogen
Z.B.	Zum Beispiel

1 Einleitung

1.1 Einführung in das Thema

In den letzten Jahren ist das Verständnis der Öffentlichkeit für die Bedeutung psychischer Erkrankungen, sowohl für das subjektive Erleben des Einzelnen, als auch auf das Gemeinwohl bezogen, stetig gestiegen. Fehlzeiten aufgrund psychischer Erkrankungen dauerten im Jahr 2012 mit 33 Tagen pro Krankheitsfall mehr als doppelt so lang wie die aufgrund anderer Erkrankungen (Deutsche Rentenversicherung, 2014, S. 9). Ebenfalls führen psychische Erkrankungen mit 37% die Statistik der Erwerbsminderungsrenten an (Deutsche Rentenversicherung, 2014, S. 9).

Schizophrene Erkrankungen, deren Prävalenz in der Bevölkerung um die 1% liegt (Rentrop und Müller, 2009, S. 296) spielen hierbei eine sehr große Rolle. Der finanzielle Umfang der direkten und indirekten Kosten kommt dem somatischer Erkrankungen wie Diabetes mellitus oder Herzerkrankungen mindestens gleich (Kissling et al., 1999). Als Hauptursache für die direkten Kosten gilt die stationäre Behandlung (Konnopka et al., 2014). Vor diesem Hintergrund ist es unbestritten ein großes Ziel, Rückfälle bei schizophrenen Erkrankten zu reduzieren, wozu ein multimodales Therapiekonzept vonnöten ist. Zu diesem Therapiekonzept gehören die Psychopharmakotherapie, psychosoziale Maßnahmen und Psychotherapie (DGPPN, 2006b, S. 4, DGPPN, 2006a, S. 17, DGPPN, 2006d, S. 13).

Nicht mehr weg zu denken ist dabei die Psychoedukation, eine „systematische, didaktisch- psychotherapeutische Intervention“, die sich zum Ziel gesetzt hat, Patienten und Angehörige über die Erkrankung zu informieren, das Krankheitsverständnis zu fördern und bei der Bewältigung zu unterstützen (Bäumel et al., 2008, S. 3). Diese sollte von Beginn an in die stationäre als auch ambulante Behandlung integriert werden und dadurch helfen, ein stabiles und nachhaltiges Therapiebündnis „auf Augenhöhe“ zu etablieren (Bäumel et al., 2008, S. 5). Psychoedukation trägt nachgewiesener Maßen dazu bei, Rückfallraten und stationäre Wiederaufnahmen zu verringern (Bäumel et al., 2007b, Rummel-Kluge und Kissling, 2008, Xia et al., 2011), das „Zurückgewinnen von Gesundheit“ erst zu

ermöglichen und die Lebensqualität der Betroffenen zu verbessern (Omranifard et al., 2014, Sibitz et al., 2006).

Antonovsky, der Gesundheit als Prozess versteht, beschreibt in Verbindung mit dem von ihm, als Gegenstück zur Pathogenese, 1980 geprägten Salutogenesebegriff den „Sense of Coherence“ als wichtige Antwort auf die Frage „Wie entsteht Gesundheit?“ (Singer und Brähler, 2007, S. 9). Dieses Kohärenzgefühl basiert im Wesentlichen auf drei Komponenten: Verstehbarkeit, Handhabbarkeit und Sinnhaftigkeit (Antônôvsqî, 1997, S. 34-36). Psychoedukation bezieht sich elementar auf alle diese Bereiche und ist daher in allen Behandlungsphasen eine essentielle Säule einer erfolgreichen Therapie. Dabei stellt sich bei der Psychoedukation, wie auch bei anderen psychotherapeutischen Maßnahmen, bei unbestrittener und nachgewiesener Wirksamkeit, die Frage nach den genauen spezifischen und unspezifischen Wirkfaktoren, beziehungsweise einer Möglichkeit zur Quantifizierung dieser Wirkfaktoren und der daraus resultierenden Wirksamkeit (Bäumli et al., 2012a). Hierzu notwendig sind valide Maße zur Objektivierung. Aufgrund der Erfahrungen der „Arbeitsgruppe Psychoedukation“ an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar sind als solche Objektivierungsinstrumente zur Quantifizierung von Schizophreniewissen vor allem Fragebögen geeignet. Es existieren bereits seit langem einige deutschsprachige (Pitschel-Walz, 1997, S. 101, Luderer et al., 1993) und viele internationale (Compton et al., 2007) Fragebögen, wobei die Literaturrecherche ergibt, dass viele Fragebögen Deckeneffekte aufweisen und keine nennenswerten Effekte mehr abbilden können, da bereits das Basiswissen der Erkrankten und deren Angehörigen höher ist (Pitschel-Walz et al., 2013). Im internationalen Bereich sind viele Fragebögen dagegen nicht auf die Quantifizierung von durch Psychoedukation erlangtes Wissen oder Patienten ausgelegt, sondern beziehen sich auf die Allgemeinbevölkerung oder Mitarbeiter im Gesundheitswesen oder sind oft nur einmalig und an kleinen Teilnehmerzahlen untersucht (Compton et al., 2007).

Diese Dissertationsarbeit soll sich aus oben genannten Gründen darauf konzentrieren, ein neues Objektivierungsmaß für Schizophreniewissen und den Wissenszuwachs, den Schizophrenie- Wissensfragebogen „SCHIWI“, auf

Anwendbarkeit und Praktikabilität zu prüfen, statistisch zu evaluieren und eventuelle Prädiktoren für einen Wissenszuwachs zu detektieren.

1.2 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Grundlagen

1.2.1 Diagnosedefinition

Der Begriff Schizophrenie wurde von Eugen Bleuler im Jahr 1908 geprägt, der in diesem Jahr den Artikel „Die Prognose der dementia praecox (Schizophreniegruppe)“ veröffentlichte (Bleuler, 1908). Zu den Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis werden verschiedene, schwere psychische Erkrankungen gezählt, die alle mit Beeinträchtigungen des Denkens, Wahrnehmens, den Ich- Funktionen und des Affektes einhergehen (Dilling et al., 2011, S. 91). Im klinischen Gebrauch wird der Begriff „Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis“ oft einfach mit „Psychose“ oder „Schizophrenie“ abgekürzt (Bäumel, 2007a).

1.2.2 Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz der Schizophrenie liegt zwischen 0,5-1,0%, wobei die jährliche Inzidenz 0,015-0,030% beträgt. Männer und Frauen erkranken gleich häufig, wobei das Ersterkrankungsalter bei Männern früher ist als bei Frauen (Rentrop und Müller, 2009, S. 296, Bäumel et al., 2012b, S. 78).

1.2.3 Ätiologie

Nach heutigen Annahmen unterliegt die Entwicklung einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis einer multifaktoriellen Ätiopathogenese. Als Erklärungsmodell wird von dem, für viele psychische Erkrankungen geltenden, Vulnerabilitäts- Stress- Modell ausgegangen, das auf einem Zusammenspiel aus genetischen, lebensgeschichtlichen und organischen Faktoren sowie verschiedenen Stressfaktoren (sozialer Stress, Life- Events, Coping- Mechanismen) basiert (Bäumel und Pitschel-Walz, 2010a, S. 28-30).

1.2.4 Unterformen

Als wichtigste Unterform von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis ist als häufigste die paranoid- halluzinatorische Schizophrenie zu nennen. Pathognomonisch für diese sind die charakteristischen Halluzinationen und Wahnerleben. Weitere Formen sind die katatone Schizophrenie mit vorherrschenden Bewegungsauffälligkeiten, die hebephrene Schizophrenie als frühe (jugendliche) Form der Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis mit inadäquatem Affekt und Desorganisation, die undifferenzierte Schizophrenie und die Schizophrenia simplex, die auch als blande Schizophrenie bezeichnet wird (Dilling et al., 2011, S. 93-95).

1.2.5 Symptomatik

Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis sind im Allgemeinen durch charakteristische Störungen von Denken, Wahrnehmen sowie Veränderungen des Affektes und der Ich- Funktionen gekennzeichnet. Die Bewusstseinsklarheit und intellektuellen Fähigkeiten sind in der Regel nicht beeinträchtigt, obwohl sich im Verlauf kognitive Defizite entwickeln können. Die wichtigsten psychopathologischen Phänomene laut ICD-10 sind:

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung
2. Wahnwahrnehmungen, Kontrollwahn, Beeinflussungswahn oder das Gefühl des Gemachten
3. Kommentierende und dialogisierende Stimmen, die in der dritten Person den Patienten kommentieren oder über ihn sprechen
4. Anhaltender, kulturell unangemessener, völlig unrealistischer oder bizarrer Wahn
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität
6. Neologismen, Gedankenabreißen oder Einschreibungen in den Gedankenfluss, was zu Zerfahrenheit oder Danebenreden führt
7. Katatone Symptome
8. „Negative“ Symptome wie Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter

sozialer Leistungsfähigkeit (nicht durch Depression oder neuroleptische Medikation beeinflusst)

9. Eindeutige und durchgängige Veränderungen des Verhaltens einer Person (Ziellosigkeit, Trägheit, selbstverlorene Haltung, sozialer Rückzug)

Nach ICD-10 ist für die Diagnose einer Schizophrenie mindestens ein Symptom der Symptomgruppe 1-4 oder mindestens 2 Symptome der Symptomgruppe 5-8 erforderlich. Diese müssen mindestens einen Monat oder länger vorliegen. Ausschlusskriterien liegen vor, wenn die Störung einer organischen Hirnerkrankung, einem Substanzmissbrauch, Entzugssyndrom oder eindeutig einer affektiven Störung zugeordnet werden können (Dilling et al., 2011, S. 91-92).

Im klinischen Alltag werden die Symptome zusätzlich in „Plus- Symptome“ und „Minus- Symptome“ eingeteilt, wobei mit „Plus“ ein mehr an Wahrnehmung und mit „Minus“ ein Verlust an Wahrnehmen und Erleben gemeint ist. Zu den „Plus-Symptomen“ zählen beispielsweise Halluzinationen und Wahn, zu den „Minus-Symptomen“ Affektverflachung und Anhedonie (Rentrop und Müller, 2009, S. 298).

1.2.6 Prognose

Schizophrenien können kontinuierlich, episodisch oder progredient verlaufen. Nur 10-15% erleben nach der Ersterkrankung kein Rezidiv (Lieb, 2012, S. 183-184, Rentrop und Müller, 2009, S. 302, Dilling et al., 2011, S. 92-93).

1.2.7 Schizoaffective Erkrankungen

Bei schizoaffectiven Erkrankungen bestehen gleichzeitig affektive Symptome, wie Depression oder Manie, und schizophrene Symptome, wobei das Auftreten beider nur wenige Tage auseinanderliegen sollte. Erschwert wird die Diagnosestellung dahingehend, dass auch bei affektiven Erkrankungen psychotische Symptome und bei schizophrenen Erkrankungen affektive Symptome vorliegen können. Die Prognose ist günstiger, als bei rein schizophrenen Erkrankungen (Rentrop und Müller, 2009, S. 319)

1.3 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis: Therapie

Wie weiter oben besprochen, wird bei schizophrenen Erkrankungen von einer multifaktoriellen Genese ausgegangen, die ein ebenso multimodales Therapiekonzept erfordert.

1.3.1 Medikamentöse Therapie

Eine entscheidende Rolle in der Therapie schizophrener Erkrankungen, zumal bei diesen in der Akutphase oftmals auch Anspannungszustände, Unruhe und Misstrauen bis hin zu aggressiven Verhaltensweisen auftreten, spielt die Psychopharmakotherapie. Seit der Erfindung von Chlorpromazin 1952 als erstes Neuroleptikum, stehen verschiedene Neuroleptika, die vor allem in den Dopamin-Stoffwechsel eingreifen, zur Verfügung und werden nach Abwägung von Risiken und potentiellen Nebenwirkungen verabreicht. Soweit möglich werden atypische Neuroleptika wie Olanzapin, Risperidon, Aripiprazol, Quetiapin, Amisulprid, Clozapin, Ziprasidon oder Asenapin angewandt, da diese auch auf Minussymptome einen positiven Einfluss haben sowie eine geringere Rate an extrapyramidal- motorischen Nebenwirkungen. In der Akutphase können jedoch auch typische Neuroleptika wie Haloperidol oder sedierende Medikamente wie Benzodiazepine notwendig werden (Rentrop und Müller, 2009, S. 304-307). Bei schizoaffectiven Erkrankungen wird außerdem die Gabe eines stimmungsstabilisierenden Medikamentes wie Lithium empfohlen (Rentrop und Müller, 2009, S. 320).

Als Erhaltungstherapie nach Remission wird bei Ersterkrankten die Neuroleptika-Einnahme für 1 bis 2 Jahre, bei mehrfach Erkrankten 3 bis 5 Jahre empfohlen (Rentrop und Müller, 2009, S. 314).

1.3.2 Psychotherapeutische Interventionen

Als zweite Säule in der Behandlung von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis ist die Psychotherapie ein extrem wichtiges Element, bereits während der stationären Behandlung, als auch in der ambulanten Phase. Hier wird zwischen tiefenpsychologisch fundierten Verfahren und Verhaltenstherapie unterschieden, wobei während und nach einer akuten psychotischen Phase verhaltenstherapeutische Ansätze in der Regel geeigneter sind, als tiefenpsychologische (Bäumel und Pitschel-Walz, 2010a, S. 39).

Die Psychoedukation kann als spezifische psychotherapeutische Basisintervention angesehen werden und sollte in den Gesamtbehandlungsplan von Anfang an integriert werden. Die Grundlagen der Psychoedukation werden im folgenden Abschnitt 1.4 besprochen.

1.3.3 Psychosoziale Maßnahmen

Vor allem nach der Akutphase überaus wichtig ist die Soziotherapie, die in den meisten Kliniken bereits noch während der stationären Behandlung durch den Sozialdienst eingeleitet wird. Die für die meisten Patienten sehr wichtigen Aspekte Eigenverantwortung und möglichst autonome Lebensführung sollen durch positive Gestaltung des Lebensumfeldes und Ordnung der Lebensumstände ermöglicht werden. Die Soziotherapie erstreckt sich hierbei von Hilfe bei der Wohnungssuche, beispielsweise in therapeutischen Wohngemeinschaften oder Organisation von betreutem Einzelwohnen über die Hilfe bei der Beantragung von Arbeitslosengeld bis hin zur Tagesstrukturierung durch Tagesstätten oder Arbeit auf dem zweiten Arbeitsmarkt (Rentrop und Müller, 2009, S. 317).

1.4 Psychoedukation

1.4.1 Begriffsdefinition und Indikation

Unter Psychoedukation versteht man systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen, die Patienten und deren Angehörigen Wissen über die betreffende psychische Erkrankung vermitteln und somit Krankheitsverständnis und Krankheitsbewältigung verbessern sollen. Der Begriff Psychoedukation ist ein aus dem Englischen stammender Fachbegriff, der die Elemente „psychotherapy“ und „education“ enthält, wobei der Begriff „education“ nicht im Sinne von „Erziehung“ verstanden werden soll, sondern im Sinne von Aufklärung, also einem „Herausführen aus der Erkrankung und dem Informationsdefizit“ (Bäumli et al., 2008, S. 3). Diese Interventionen werden seit langem angewandt, basieren auf verhaltenstherapeutischen Grundlagen und liegen mittlerweile für viele psychische Erkrankungen in manualisierter Form vor (Bäumli et al., 2015). Psychoedukation kann hierbei in der Einzelsitzung, in der

Patientengruppe, in Angehörigengruppen, in Familiensitzungen, videobasiert (von Maffei et al., 2015) oder webbasiert (Sin et al., 2014, Alvarez-Jimenez et al., 2014) sowie als diagnoseübergreifende oder diagnosespezifische Intervention angewendet werden und ist in Deutschland ein etabliertes Verfahren mit hohem Stellenwert (Bäumel et al., 2015, Schaub et al., 2013). Seit 2006 existiert die Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE) um die Psychoedukation stetig weiter zu entwickeln, zu verbreiten und zu beforschen. Einen besonders hohen Stellenwert hat die Psychoedukation bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, die 1980 von Anderson in diesem Bereich eingeführt worden war (Anderson et al., 1980). Die Psychoedukation zählt laut den S-3-Leitlinien zu den allgemein empfohlenen Behandlungsmaßnahmen bei schizophren erkrankten Patienten, stellt einen wichtigen Teil des Therapieprogrammes dar (DGPPN, 2006c, S. 14) und wird bei Schizophrenien, im Vergleich zu anderen psychischen Erkrankungen, am häufigsten und stetig zunehmend angewandt (Pekkala und Merinder, 2002, Rummel-Kluge und Kissling, 2008, Rummel-Kluge et al., 2013).

Psychoedukation soll das krankheitsbezogene Wissen der Patienten erhöhen und die, für die schizophren erkrankten Patienten und deren Angehörige existentiellen Fragen: „Woher kommt die Erkrankung?“ und „Was kann ich dagegen tun?“ beantworten (Bäumel et al., 2008, S. 4). Wissensgewinn und Reduktion der Rückfall- und Wiederaufnahmerate sind wissenschaftlich nachgewiesen (Choe et al., 2016, Xia et al., 2011) und besonders bifokale Psychoedukation für Patienten und deren Angehörige ist wirksam (Lincoln et al., 2007).

In der Psychoedukation können alle Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Klaus Grawe wiedergefunden werden (siehe auch Punkt 1.5) (Grawe, 2005). Psychoedukation kann somit über einen Wissenszuwachs die Selbstsicherheit im Umgang mit der Erkrankung erhöhen, einen Handlungsgewinn erzielen, das Gefühl der Selbstwirksamkeit und Handhabbarkeit stärken und auch über die Förderung von (medikamentöser) Compliance das Auftreten von Rückfällen mit stationärem Aufenthalt verhindern (Choe et al., 2016, Cavelti et al., 2012, Mohamed et al., 2009, Zhao et al., 2015, Xia et al., 2011). Den größten Effekt im Hinblick auf die Verminderung von Rückfällen und Rehospitalisierungsrate hat eine psychoedukative Intervention dann, wenn diese bifokal, das heißt auch bei den Angehörigen, angewandt wird (Lincoln et al., 2007, Pitschel-Walz et al., 2001, Hornung et al.,

1999). Außerdem können eine mögliche Selbststigmatisierung reduziert oder verhindert (Uchino et al., 2012) sowie Selbstbewusstsein, Krankheitseinsicht (Aho-Mustonen et al., 2011), soziale Kompetenz und Zufriedenheit (Xia et al., 2011) mit der Therapie verbessert werden. Psychoedukation kann außerdem über Reduktion von Rückfallraten und stationären Wiederaufnahmen auch die Kosten für das Gesundheitssystem reduzieren (Xia et al., 2011, Rummel-Kluge et al., 2006), was vor allem vor dem Hintergrund der geplanten Einführung des pauschalierenden Entgeltsystems für die Psychiatrie (Grosse und Wolff-Menzler, 2016) eine noch größere Relevanz bekommt.

1.4.2 Manualisierte Psychoedukation in Gruppen mittels APES: Grundlagen (nach Bäuml und Pitschel-Walz, 2010a, S. 10)

Das Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES Manual), das wir bei den psychoedukativen Gruppen für schizophren erkrankte Patienten und deren Angehörige anwenden, führt in die Durchführung von 8 aufeinander aufbauende Sitzungen ein und beinhaltet das therapeutische Hintergrundwissen zu Psychosen und deren Behandlung sowie didaktische Grundlagen und ist 2010 in der zweiten, überarbeiteten Auflage erschienen.

Die Gruppen werden idealerweise bifokal und als geschlossene Gruppen von geschulten Therapeuten durchgeführt, die verschiedenen Berufsgruppen (Ärzte, Pflegekräfte, psychologischen Psychotherapeuten, Sozialpädagogen) angehören können. Empfohlen wird die Teilnehmerzahl von 8- 12 Patienten, die an den jeweils eine Stunde dauernden Sitzungen partizipieren. Zu den Grundsätzen bei der Durchführung gehören die psychotherapeutischen Elemente Transparenz, unbedingte Wertschätzung, Echtheit, Akzeptanz und Empathie.

Strukturelle Elemente sind eine „Blitzlichtrunde“ zu Anfang jeder Stunde nach der Begrüßung, die Wiederholung der vorhergehenden Stunde, die interaktive Erarbeitung der aktuellen Inhalte an der Flipchart, emotionale Entlastung und Schlussrunde.

1.4.3 APES: Inhalte und Ablauf

Im folgenden Kapitel werden die 8 einzelnen Sitzungen inhaltlich schwerpunktmäßig beschrieben. Zusammenfassend sind die Themenschwerpunkte in Tabelle 1

dargestellt (Bäumli und Pitschel-Walz, 2010a, S. 10).

Tabelle 1: APES

	Themen
1	Begrüßung, Einführung, Krankheitsbegriff („Bin ich hier richtig?“)
2	Symptomatik und Diagnostik („Ist das überhaupt eine Psychose?“)
3	Synapsen- Modell und „somatische Brücke“ („Wie passen Chemie und Seele zusammen?“)
4	Vulnerabilitäts- Stress- Bewältigungs-Modell („Ich war schon immer sensibler als andere“)
5	Medikamente und Nebenwirkungen („Schaden diese Medikamente nicht mehr als sie nutzen?“)
6	Psychotherapie („Kann man den inneren Knackpunkt finden?“)
7	Psychosoziale Maßnahmen („WAFFFFF: Wohnung, Arbeit, Finanzen, Freizeit, Freunde, Familie, Future...“)
8	Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan, Verabschiedung („Wie lange muss ich das Gras wachsen hören?“)

1.4.3.1 Krankheitsbegriff

In der ersten Stunde werden zunächst verschiedene Diagnosen der Patienten in der Gruppe an der Flipchart gesammelt, anschließend der nahezu immer genannte Begriff „Psychose“ herausgegriffen und interaktiv die „Übersetzung“ des Begriffes Psychose mit „schwere seelische Erkrankung, die nicht aus eigener Kraft zu bewältigen ist“ erarbeitet. Danach wird die Unterteilung in exogene und endogene Psychosen dargestellt, mit der Betonung, dass mit dem Begriff „Psychose“ im klinischen Sprachgebrauch in aller Regel eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis gemeint ist. Daraufhin wird die Diagnose Schizophrenie mit historischem Hintergrund erklärt und anhand eines Rollenspieles mit zwei Patienten das gleichzeitige Vorhandensein von zwei Wirklichkeiten, einer allgemeinen und einer privaten Wirklichkeit, verdeutlicht (nach Bäuml und Pitschel-Walz, 2010a, S.16).

1.4.3.2 Symptomatik

In der zweiten Sitzung werden zunächst aus der Patientenrunde die Symptome gesammelt, die jeweils zur Aufnahme geführt haben und an der Flipchart, geordnet nach Plus- und Minus- Symptomen, aufgeführt. Anschließend werden die Bedeutung von Dopamin D1- Rezeptoren und Dopamin D2- Rezeptoren im Frontalhirn und limbischen System herausgestellt und ein typischer Krankheitsverlauf mit Prodromalphase, Plussymptomen und anschließender Minussymptomatik veranschaulicht (Bäumli und Pitschel-Walz, 2010a, S. 18-20).

1.4.3.3 Synapsen- Modell

In der dritten Sitzung, die als Kernstück der Psychoedukation gilt, wird zunächst in Interaktion mit einem Patienten die „normale“ Reizweiterleitung über Rezeptor, sensiblen Nerv, Rückenmark, Hirnstamm, limbisches System und Großhirnrinde demonstriert. Daraufhin erfolgt die einzelne Darstellung der Übertragung von elektrischer in chemische Überleitung am Synapsenmodell und des Dopaminüberschusses in der akuten Psychose nach der Dopamin Hypothese. Postsynaptisch wird die protektive Wirkung der Neuroleptika in Form eines Schutzfilters demonstriert, präsynaptisch kann die stressreduzierende Funktion von Psychotherapie und Psychoedukation gezeigt werden (Bäumli und Pitschel-Walz, 2010a, S. 21-27).

1.4.3.4 Ursachen, Vulnerabilitäts- Stress- Modell

In der vierten Stunde wird versucht, sich nach den Themen „Was ist überhaupt eine Psychose?“, „Was macht eine Psychose aus?“ und „Was ist in einer Psychose anders?“, dem Thema „Warum entwickelt der eine eine Psychose und der andere nicht?“ anzunähern. Hierfür werden zunächst die Annahmen der Patienten für Gründe für eine Psychose interaktiv an der Flipchart gesammelt und letztlich entsprechend dem Vulnerabilitäts- Stress- Bewältigungs- Modell die Begriffe „Genetik“, „organische Faktoren“, „lebensgeschichtliche Faktoren“, „Coping-Mechanismen“, „Probleme mit anderen“ und „life events“ hierarchisch geordnet abgebildet. Dabei wird der Zusammenhang zwischen der individuellen Vulnerabilität,

Stress und einem kritischen Grenzwert für das Entwickeln einer Psychose veranschaulicht. Im letzten Teil wird anhand des Bäuml'schen Schiffsmodells auch auf die positiven Faktoren einer erhöhten Vulnerabilität und die verschiedenen Therapiemöglichkeiten eingegangen (Bäuml und Pitschel-Walz, 2010a, S. 28-32).

1.4.3.5 Medikamente und Nebenwirkungen

Um den Vorurteilen vieler Patienten, die Behandler würden Nebenwirkungen bagatellisieren, zuvorzukommen, wird in der fünften Stunde zunächst auf die Nebenwirkungen der Neuroleptika eingegangen (Lüscher et al., 2012). Nach der Auflistung der vegetativen und der motorischen Nebenwirkungen, werden die einzelnen Neuroleptika sowohl dem Nebenwirkungsspektrum, als auch der Zugehörigkeit zu typischen oder atypischen Neuroleptika zugeordnet (Bäuml und Pitschel-Walz, 2010a, S. 33-37).

1.4.3.6 Psychotherapie

In der sechsten Stunde, welche sich mit dem zweiten großen Block der Therapiemöglichkeiten, nämlich der Psychotherapie beschäftigt, liegt ein besonderer Augenmerk auf dem Aspekt der Selbsthilfe, die zunächst vor der Fremdhilfe steht. Sollte diese jedoch nicht ausreichen, wird auf die Fremdhilfe verwiesen, welche von Hilfestellung aus der Familie bis hin zu therapeutischer Hilfe in der Klinik reicht. Im Anschluss wird auf die zwei großen Schulen der Psychotherapie, die Tiefenpsychologie und die Verhaltenstherapie mit Entstehungsgeschichte, Charakteristika und Anwendbarkeit bei Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis eingegangen (Bäuml und Pitschel-Walz, 2010a, S. 39-42).

1.4.3.7 Psychosoziale Maßnahmen

Der dritte Therapieteil soll psychosoziale Maßnahmen aufzeigen, die Bereiche „Wohnen, Arbeit, Familie, Finanzen, Freizeit, Freunde, Familie, Future... (WAFFFFF)“ im Detail besprechen und die Patienten möglichst konkret an deren aktueller Versorgungssituation orientiert beraten (Bäuml und Pitschel-Walz, 2010a, S. 43-44).

1.4.3.8 Rezidivprophylaxe, Frühwarnzeichen, Krisenplan

In der letzten und abschließenden Sitzung wird nochmals besonders Wert auf die Wiederholung der wichtigsten Inhalte des Curriculums gelegt und anschließend werden die Rückfallraten mit und ohne medikamentöser Rezidivprophylaxe sowie die empfohlene Dauer der Einnahme der Rezidivprophylaxe dargestellt. Daraufhin werden mit den Patienten interaktiv die Frühwarnzeichen an der Flipchart, eventuell auch mit Verweis auf die zweite Sitzung, gesammelt und schlussendlich ein möglicher Krisenplan erstellt und besprochen (Bäumli und Pitschel-Walz, 2010a, S. 46-47).

1.5 Wirkfaktoren der Psychotherapie nach Klaus Grawe

Unabhängig von Therapieschulen lassen sich nach Klaus Grawe folgende fünf Wirkfaktoren von Psychotherapie im Allgemeinen benennen:

- Therapeutische Beziehung,
- Ressourcenaktivierung,
- Problemaktualisierung,
- Motivationale Klärung,
- Problembewältigung (Grawe, 2005).

Die Psychoedukation als therapeutische Intervention bedient sich, neben den unspezifischen Wirkfaktoren wie unbedingte Wertschätzung, empathisches Eingehen auf alle Teilnehmer, Paraphrasieren subjektiv abweichender Meinungen, Förderung des persönlichen Erfahrungsaustausches und einer „Schicksalsgemeinschaft“, aller fünf Wirkfaktoren. Besonders herauszuheben sind die kontinuierliche Verbesserung der therapeutischen Beziehung, die Ressourcenaktivierung durch Betonung der positiven Aspekte einer höheren Vulnerabilität sowie Kausal- und Kontrollattributionseffekte durch Wissenszuwachs und Vermittlung des Gefühls von Handhabbarkeit im Sinne besserer Problembewältigung (Bäumli und Pitschel-Walz, 2010b, S. 108-109).

1.6 Quantifizierung der Wirkfaktoren anhand bisheriger Wissensfragebögen

Die Sichtung der Literatur ergibt, dass es bereits viele Bemühungen gibt, Schizophreniewissen „messbar“ zu machen. Jedoch sind viele internationale

Fragebögen nicht auf Patienten, sondern die Allgemeinbevölkerung oder medizinisches Personal ausgelegt oder Patientenfragebögen nicht im Rahmen psychoedukativer Interventionen evaluiert worden (Daltio et al., 2015, Ascher-Svanum, 1999, Compton et al., 2007). Außerdem zeigen sich bei vielen Fragebögen große Probleme durch beispielsweise Deckeneffekte, so dass das Ziel dieser Arbeit sein soll, einen neuen Wissensfragebogen zum Schizophreniewissen (SCHIWI), mit dem Ziel Wirkung und Effektivität von psychoedukativen Interventionen standardisiert darzustellen und vergleichbar zu machen, auf Praktikabilität zu prüfen und zu evaluieren.

1.6.1 WFB nach Pitschel- Walz

Der Wissensfragebogen (WFB), entwickelt von Gabriele Pitschel-Walz und Josef Bäuml, umfasste anfänglich 113 (Pitschel-Walz, 1997, S. 102), später 107 Items und wurde in der Münchner PIP- Studie verwendet (Pitschel-Walz et al., 2006). Der Fragebogen in der 107 Item-Variante beinhaltet 22 Fragenkomplexe mit jeweils 4 bis 8 verschiedenen Antwortmöglichkeiten. Fragebögen mit Mehrfachnennungen sind möglich und notwendig, um die Gesamtpunktzahl zu erreichen (Pitschel-Walz et al., 2006). Im Rahmen der PIP- Studie wurde eine Itemanalyse durchgeführt und der Reliabilitätskoeffizient α mit 0.91 (n=130) berechnet. Aus den Werten der Probanden mit wiederholter Messung (n=53) konnte eine Retestreliabilität von 0.7, beziehungsweise 0.86 bei der 3. Messung ermittelt werden. Die mittlere Itemschwierigkeit betrug 0.75, wobei 80% der Antwortalternativen im mittleren Itemschwierigkeitsbereich von 0.2-0.8 lagen. Deckeneffekte erschienen den Autoren unwahrscheinlich und Itemkennwerte und Reliabilität wurden als akzeptabel, bzw. zufriedenstellend beschrieben (Pitschel-Walz, 1997, S. 102).

Frage 5 lautet beispielhaft wie folgt:

Welche Minussymptome können auftreten?

A. Niedergeschlagenheit

B. Selbstunsicherheit

C. Aggressivität

D. Interesselosigkeit

E. Fehlende Lebensfreude

Im Rahmen der Münchner COGPIP- Studie wurde der WFB dann erneut angewendet, wobei in der Itemanalyse ein deutlicher Deckeneffekt auffiel, so dass Items mit unzureichenden Itemkennwerten, insbesondere solche mit einer Itemschwierigkeit von $<0,2$ oder $>0,8$ ausgeschlossen wurden. Daraus resultierend entstand ein Fragebogen mit nur 52 Items, der für die Auswertung der Studie herangezogen wurde. Als Grund hierfür benannten die Autoren ein eventuell mittlerweile höheres Psychose- Basiswissen im Vergleich zur Erstanwendung in der PIP- Studie (Pitschel-Walz et al., 2013).

1.6.2 ERWIPA nach Luderer et al.

Der ERWIPA besteht aus zwei Formen, ERWIPA-A und ERWIPA-B, die hoch miteinander korrelieren. Sowohl ERWIPA-A, als auch ERWIPA-B umfassen 20 Fragen, welche mit „stimmt“, „stimmt nicht“ oder „Frage nicht verstanden“ beantwortet werden können und sind somit deutlich kürzer als der WFB. Maximalpunktzahl sind hier je 20 Punkte. Die initiale Version der Fragebögen zeigte eine schlechte Diskriminationsfähigkeit, wobei in die endgültige Version nur Items mit einer Diskriminationskraft von über 0,3 eingingen. Der Fragebogen wurde an 55 schizophren Erkrankten getestet (Luderer et al., 1993).

1.6.3 Wissen- über- Schizophrenie- Test nach Monowski

Der ebenfalls in zwei Parallelförmigen vorliegende „Wissen- über- Schizophrenie- Test“ besteht aus 22 Fragen mit jeweils 5 Antwortmöglichkeiten, wobei jeweils nur eine Antwort richtig ist und wurde nach testtheoretischen Kriterien entwickelt (Behrendt und Pitschel-Walz, 2008, S. 272).

1.6.4 Internationale Wissensfragebögen

Auch in der internationalen Literaturrecherche konnten eine Vielzahl verschiedener Schizophreniewissensfragebögen gefunden werden. Exemplarisch zu erwähnen sind hier das 1987 entwickelte „Knowledge about schizophrenia Interview“ (KASI), wobei hier nicht nur das Schizophreniewissen von Angehörigen in sechs Bereichen

beurteilt wird, sondern auch die daraus resultierende Interaktion mit dem Patienten. Der KASI wurde mit 24 Angehörigen evaluiert (Barrowclough et al., 1987).

Der KOS- Fragebogen („Knowledge of schizophrenia“) wurde als Messinstrument für das Wissen über Schizophrenie von professionellen Helfern in Taiwan 1999 evaluiert. Dieser umfasst 14 Items, die mit richtig oder falsch beantwortet werden können (Yang et al., 1999).

Desweiteren findet sich in der Literatur der „Knowledge about Schizophrenia Questionnaire“ – Fragebogen (KASQ), ebenfalls 1999 von Ascher- Svanum veröffentlicht, der 25 Items umfasst und mit 136 Patienten als reliabel und valide evaluiert wurde (Ascher-Svanum, 1999).

Der 2006 vorgestellte KAST („Knowledge about Schizophrenia Test“) wurde an 441 Probanden getestet, jedoch nicht an Patienten, und beinhaltet in der endgültigen Version von 2006 18 Items mit jeweils 5 verschiedenen Antwortmöglichkeiten ohne der Möglichkeit der Mehrfachnennung (Compton et al., 2007). 2015 wurden die Ergebnisse einer portugiesischen KAST- Version, getestet an 189 in Sao Paulo in der medizinischen Versorgung tätigen Personen, veröffentlicht und der KAST auch in dieser Version als valide befunden (Daltio et al., 2015).

Zusammenfassend ist zu bemerken, dass die meisten in der Literatur zu findenden Schizophrenie- Wissensfragebögen nur in einzelnen und teils kleineren Studien evaluiert wurden und sich oft auf spezifische Gruppen, z.B. Angehörige oder Patienten oder in der Patientenversorgung tätiges medizinisches Personal beziehen (Compton et al., 2007).

2 Material und Methoden

2.1 Klinisches Setting

Die Psychoedukationsgruppen und Datenerhebung wurden in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der Technischen Universität München in der Zeit von April 2011 bis August 2015 durchgeführt. Die psychiatrische Klinik des Klinikums rechts der Isar umfasst 3 offene Stationen und eine geschlossene Station sowie mehrere Ambulanzen und eine Tagesklinik für ältere Patienten. Auf den Stationen gibt es etwa 90 Betten für Patienten mit allen psychiatrischen Diagnosen, die von einem Team von etwa 100 Mitarbeitern verschiedener Berufsgruppen (Ärzte, Psychologen, Pflege, Sozialpädagogen, Physiotherapeuten, Spezialtherapeuten) betreut werden. Die Psychoedukationsgruppen fanden sowohl für Patienten als auch für Angehörige im Konferenzraum der Klinik statt und standen prinzipiell Patienten aller Stationen mit Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis und deren Angehörigen offen.

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie werden pro Jahr etwa 700-900 Patienten stationär behandelt, davon ca. 200-300 Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

2.2 Schizophrenie- Wissensfragebogen SCHIWI

2.2.1 SCHIWI: Pilot-Fragebogen und weitere Entwicklung

Der hier zu evaluierende, neue Schizophreniewissensfragebogen (SCHIWI) wurde 2010 von Prof. Dr. J. Bäuml, Frau PD Dr. G. Pitschel-Walz und Prof. Dr. T. Jahn entwickelt. Grund für die Neukonstruktion waren die Erfahrungen mit vorhergehenden Wissensfragebögen, insbesondere dem WFB, während der Auswertung der Münchner COGPIP- Studie (Pitschel-Walz et al., 2013). Hier zeigten sich bei der Auswertung des krankheitsbezogenen Wissens anhand des WFB ein deutlicher Deckeneffekt und viele Items mit unzureichenden Itemkennwerten, insbesondere viele Items mit Itemschwierigkeiten >0.8 (Pitschel-Walz et al., 2013). Insgesamt besteht der Eindruck, dass das Wissen über Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, unabhängig von der Teilnahme an Psychoedukationsgruppen, sowohl bei Patienten als auch deren Angehörigen im

Vergleich zu früher erfreulicherweise angestiegen ist und somit neue Instrumente erforderlich sind, die auch bei höherem Grundwissen einen zusätzlichen Wissensgewinn durch Psychoedukation abbilden können (Pitschel-Walz et al., 2013).

2.2.2 SCHIWI: Konstruktion und Itemaufbau

Der SCHIWI besteht aus 20 Fragenkomplexen mit je fünf zu beantwortenden, dichotomen Items. Jeweils 2 bis 5 Fragenkomplexe lassen sich je einer der 8 Psychoedukationsstunden nach dem APES- Manual (Bäumli und Pitschel-Walz, 2010a, S. 10) thematisch zuordnen und umfassen somit die Themen: Epidemiologie und Definition einer Psychose, Symptomatik, Pathogenese, Ätiologie, Psychopharmakologie, Psychotherapie, Soziotherapie, Krisenplan und Prognose. Höchste erreichbare Punktzahl ist somit 100, niedrigste Punktzahl ist 0. Als Antwort kann jeweils „stimmt“ oder „stimmt nicht“ angekreuzt werden. 50 der Antworten sind richtig, 50 der Antworten sind falsch formuliert. Um die volle Punktzahl zu erlangen, muss also 50 mal „stimmt“ und 50 mal „stimmt nicht“ markiert werden. Der Fragebogen wurde prinzipiell konzipiert, um die Effekte der Psychoedukation auf den Wissenszuwachs messbar zu machen und ist besonders für vorher/ nachher Messungen (Prä- und Post- Messungen) geeignet, soll aber nicht ausschließlich für Psychoedukationsforschung verwendbar sein, sondern auch generelles Schizophrenie-Wissen abbilden können.

Der gesamte Fragebogen ist als Anlage im Anhang zu finden.

Exemplarisch wird hier Frage 1 dargestellt:

1 Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis I: Stimmt ja oder nein?

1.1 Schizophrene Erkrankungen haben in den letzten 50 Jahren stark zugenommen?

1.2 Menschen mit einer Psychose sind oft sehr kreativ und originell?

1.3 In der Psychose gibt es gleichzeitig eine allgemeine und eine private Wirklichkeit?

1.4 Unter Schizophrenie versteht man eine gespaltene Persönlichkeit?

1.5 Es liegt eine Störung der Informationsverarbeitung im Gehirn vor?

2.2.3 SCHIWI: Besonderheiten des SCHIWI

Ein großes Ziel der Entwickler des SCHIWI war es, Deckeneffekte, wie sie beim WFB in der Auswertung der COGPIP Studie auftraten (Pitschel-Walz et al., 2013) zu vermeiden. Somit sollte der SCHIWI, entsprechend etwaigem höherem Grundwissen über Psychosen bei Patienten und deren Angehörigen, höhere Itemschwierigkeiten aufweisen. Der auf Grundlage des WFB entwickelte SCHIWI soll mit relativ vielen Items im Vergleich zu anderen Wissensfragebögen (Luderer et al., 1993) und genau 50 richtigen und 50 falschen Antwortmöglichkeiten zufällige Beantwortungen der Patienten sichtbar machen, da bei einer Trefferwahrscheinlichkeit von 50% bei komplettem Raten eine Punktzahl um 50 erreicht werden müsste. Auch Krankheitsverleugnung oder willentliche Manipulation mit gezielter Falschbeantwortung von Fragen, die zu einem deutlich unter der Zufallswahrscheinlichkeitsrate von 50 liegendem Ergebnislevel führen würden, sollen dadurch erkennbar gemacht werden.

Eine weitere Besonderheit des SCHIWI ist der Bezug zum APES- Manual, so dass dieser insbesondere als Instrument zur Wissensabfrage vor und nach Psychoedukation mit dem APES- Manual geeignet ist. Dennoch bildet der SCHIWI alle Bereiche des heutigen Wissens über Schizophrenie und deren Therapie ab und ist somit nicht ausschließlich für die Anwendung bei Patienten und Angehörigen vor und nach Psychoedukationsgruppen geeignet.

Die fünf Fragenkomplexe zum Thema Medikation sollen Patienten außerdem das Gefühl geben, auch an dieser wichtigen Säule der Therapie beteiligt und gut informiert zu sein, dadurch soll auch die Wichtigkeit dieser Therapieform besonders unterstrichen werden.

2.3 Psychoedukationsgruppen

2.3.1 Rekrutierungsmodus und Datenerhebung

Die Patienten wurden von allen 4 Stationen der Klinik rekrutiert. Dies geschah durch persönliches Ansprechen durch den behandelnden Arzt, der die Patienten zur Gruppenteilnahme motivierte und ihnen ein standardisiertes Anschreiben aushändigte. Zusätzlich erhielten die Patienten das Curriculum mit den einzelnen Sitzungsterminen, ein Anmeldeformular, einen Patientenfragebogen zu persönlichen

Daten wie Alter, Schulbildung, höchstem Abschluss, aktueller Tätigkeit, bisheriger Teilnahme an Psychoedukationsgruppen, Einschätzung des Nutzens der bisherigen Gruppen, Einschätzung des krankheitsbezogenen Wissens, Einschätzung der Beziehung zu den Angehörigen und Einschätzung des Stellenwertes von Psychoedukationsgruppen für Patienten und Angehörige sowie den SCHIWI.

Zusätzlich wurden in Ausnahmefällen einige Patienten durch die Ärzte unserer Institutsambulanz rekrutiert. Diese Patienten konnten ohne aktuelle stationäre Behandlung auch von extern kommend an den Gruppen und der Studie teilnehmen.

Die gesamten Unterlagen wurden von der Referentin bereitgestellt und die behandelnden Ärzte von dieser persönlich über den Beginn von neuen Gruppen informiert.

Die Angehörigen bekamen per Post oder ebenfalls persönlich während eines Angehörigengesprächs eine Einladung zur Angehörigengruppe, die ein standardisiertes Anschreiben, das Curriculum mit einzelnen Sitzungsterminen, ein Anmeldeformular, einen Angehörigenfragebogen zu persönlichen Daten wie Alter, Schulbildung, höchstem Abschluss, aktueller Tätigkeit, familiärer Beziehung zu Patient, bisherige Teilnahme an Psychoedukationsgruppen, Einschätzung des Nutzens der bisherigen Gruppen, Einschätzung des krankheitsbezogenen Wissens, Einschätzung der Beziehung zu dem erkrankten Angehörigen und Einschätzung des Stellenwertes von Psychoedukationsgruppen für Patienten und Angehörige sowie den SCHIWI enthielt. Das Curriculum sowie der SCHIWI waren für beide Gruppen identisch. Anschreiben, Anmeldeformular und Patienten-, bzw. Angehörigenfragebogen unterschieden sich nur geringfügig. Die Formulare sind im Anhang beigefügt.

Damit möglichst viele Patienten und Angehörige von den Gruppen profitieren konnten, wurden die Gruppen nicht vollständig geschlossen geführt, so dass auch ein Einstieg nach der ersten Stunde möglich war, wobei dies dazu führte, dass die Gruppengrößen teilweise sehr schwankend waren.

Die verschiedenen, im Studienzeitraum durchgeführten Gruppen, sind hier mit der jeweiligen Teilnehmerzahl aufgeführt:

Tabelle 2: Patientengruppen

Gruppennummer	Datum	Teilnehmerzahl
P 0411	18.4.11-16.5.11	24
P 0611	16.6.11-14.7.11	35
P 0811	4.8.11-1.9.11	37
P 0911	15.9.11-13.10.11	23
P 1211	22.12.11-30.1.11	18
P 0312	19.3.12-16.4.12	18
P 0512	31.5.12-2.7.12	25
P 0912	17.9.12-18.10.12	24
P 0213	10.1.13-7.2.13	23
P 0513	18.4.13-15.5.13	28
P 0613	10.6.13-29.7.13	19
P 0813	19.8.13-13.9.13	20
P 1113	31.10.13-25.11.13	25
P 1213	25.11.13-23.12.13	25
P 0114	3.1.14-6.2.14	18
P 0314	3.3.13-27.3.13	17
P 0514	19.5.14-23.6.14	22
P 0814	11.8.14-4.9.14	20
P 1014	20.10.14-13.11.14	25
P 0315	19.3.15-20.4.15	19
P 0515	4.5.15-15.6.15	26
P 0715	6.7.15-6.8.15	26
		517 gesamt

Tabelle 3: Angehörigengruppen

Gruppennummer	Datum	Teilnehmerzahl
A 0511	9.5.11-4.7.11	31
A 0711	18.6.11-12.9.11	32
A 1011	10.10.11-5.12.11	13
A 0112	9.1.12-5.3.12	22
A 0612	4.6.12-23.7.12	10
A 1012	8.10.12-26.11.12	21
A 0113	14.1.13-19.3.13	21
A 0114	13.1.14-10.3.14	18
A 0614	23.6.14-11.8.14	26
A 0115	23.2.15-13.4.15	29
		223 gesamt

2.3.2 Durchführung der Gruppen

Nach der Rekrutierungsphase von in der Regel ein bis vier Wochen wurden die Gruppen im Konferenzraum der Klinik nach dem im APES- Manual und unter 1.4.3 beschriebenen Curriculum (Bäumli und Pitschel-Walz, 2010a) durchgeführt. Die Gruppen wurden jeweils von einem Therapeutenteam, bestehend aus Arzt und Psychologe, durchgeführt, wobei die Medikamentenstunde immer von einem Arzt, die Psychotherapiestunde immer von einem Psychologen, alle anderen Stunden wechselnd gehalten wurden. Der Co- Therapeut war jedoch immer ebenfalls unterstützend tätig.

Nach Eintreffen aller Teilnehmer wurde zunächst die Anwesenheit überprüft und zu Beginn der ersten Stunde die bereits vorher ausgefüllten SCHIWI- Fragebögen eingesammelt. Anschließend wurde die Stunde immer mit einer „Blitzlichtrunde“ begonnen. Diese lautete beispielsweise: „Was blieb mir aus der letzten Stunde am meisten in Erinnerung“ oder „Was ist mir diese Woche besonders gut gelungen“. An die Blitzlichtrunde schloss sich die Wiederholung der letzten Stunde an, wobei hierfür auch die Flipchart-Aufzeichnungen der letzten Stunde herangezogen wurden. Die Inhalte der betreffenden Stunde wurden dann an der Flipchart interaktiv erarbeitet. Am Ende der Stunde wurde regelhaft eine Abschlussrunde mit der Frage „Was bleibt heute am meisten im Gedächtnis“ durchgeführt und die Patienten dann zurück auf ihre Stationen begleitet, beziehungsweise die Angehörigen verabschiedet. Kam es während einer Stunde dazu, dass ein Patient die Gruppe verlassen wollte, weil diese für ihn vielleicht zu anstrengend war oder er sich durch die Inhalte deutlich belastet fühlte, bestand immer die Möglichkeit, dies den Gruppenleitern anzuzeigen und der Patient konnte dann in Begleitung des Co- Leiters die Stunde kurzzeitig verlassen und später wiederkommen, oder aber von diesem zurück auf Station gebracht werden.

2.3.3 Durchführung der Fragebogen- Untersuchung

2.3.3.1 Aufklärung und Einverständniserklärung

Die Patienten wurden mündlich vom behandelnden Arzt über die Indikation zur Teilnahme an einer Psychoedukationsgruppe und Art der Fragebogen- Untersuchung aufgeklärt. Auf dem Anmeldeformular war ein extra hervorgehobener

Abschnitt mit Einverständniserklärung zur Auswertung der bei der Begleitforschung erhobenen Daten, den die Patienten unterschrieben. In einem weiteren Abschnitt konnten die Patienten Angehörige nennen, die sie gerne für eine Angehörigengruppe eingeladen hätten. Angehörige wurden nur nach ausdrücklicher, schriftlicher Nennung vom betreffenden Patienten auf dem Anmeldeformular angeschrieben.

2.3.3.2 Prä- Messung

Sowohl Patienten als auch Angehörige sollten den ausgefüllten SCHIWI- Bogen zur ersten Gruppe mitbringen. Jeder Fragebogen bekam bei Rückgabe durch den Probanden eine Nummer, bestehend aus der Angabe, ob die Gruppe eine Patienten- oder Angehörigengruppe war (durch A für Angehörige, P für Patienten), Gruppennummer (z.B. 0513 bei Gruppe Mai 2013) und Probandennummer (z.B. 07). Daraus ergab sich eine siebenstellige Nummer (z.B. P051307); die Nummer mit zugehörigem Probandennamen wurde auf der Teilnehmerliste vermerkt. Im weiteren Verlauf war der Namen der Patienten nur noch auf der Teilnehmerliste, die beim Gruppenleiter verblieb, nachzuvollziehen. Im weiteren Text ist der Bogen zu Beginn der Gruppe mit „Prä- Bogen“ bezeichnet.

2.3.3.3 Post- Messung

Am Ende der 8. Stunde bekamen Patienten und Angehörige den bereits mit der persönlichen Studiennummer versehenen Fragebogen erneut ausgeteilt und wurden gebeten, diesen direkt im Anschluss an die Stunde auszufüllen, so dass die Bögen direkt von den Gruppenleitern eingesammelt werden konnten. Dieser Bogen wird im Folgenden als „Post- Bogen“ bezeichnet. Da sowohl Patienten als auch Angehörige den Bogen oft nicht in der Gruppe ausfüllen wollten, nahmen viele diesen mit auf Station und ließen ihn dem Gruppenleiter zu einem späteren Zeitpunkt zukommen. War dies nicht der Fall, so wurde versucht, die Patienten nochmals persönlich zu motivieren, den Bogen doch noch auszufüllen. Falls die Patienten schon entlassen waren, wurden sie persönlich angeschrieben.

2.3.3.4 Vorgehen bei schwankender Teilnahmemotivation

War aus Sicht des behandelnden Arztes die Teilnahmemotivation nur sehr gering oder lehnte der Patient die Teilnahme an der Psychoedukation von vorneherein ab, wurde versucht im ärztlichen oder psychologischen Gespräch die Motivation für die Ablehnung zu hinterfragen und der Patient mehrfach eingeladen, sich die Gruppe „doch einmal anzusehen“ oder es wurde versucht, in der Einzelpsychoedukation den Grundstein für die Gruppenteilnahme zu legen.

Nahmen Patienten nur sehr unregelmäßig an der Gruppe teil oder fehlten unentschuldigt bei einer Sitzung, wurde anhand der Teilnehmerliste zunächst auf Station nach etwaigen Gründen für die Abwesenheit gefragt und der Patient gegebenenfalls auf Station abgeholt. Wurde der Patient nicht gefunden, wurde der behandelnde Arzt informiert und der Patient nochmals zur regelmäßigen Teilnahme an der Gruppe motiviert.

2.4 Statistische Auswertung

Zur Eingabe und Auswertung der Ergebnisse der SCHIWI- Studie wurde IBM SPSS Statistics 23 für Macintosh und Windows verwendet. In der vorliegenden Studie wurde zunächst eine Itemanalyse aller 100 Items des SCHIWI durchgeführt. Dafür wurde die interne Konsistenz (Cronbachs Alpha) berechnet und somit die interne Reliabilität getestet. Als weitere Reliabilitätstests wurden Cronbachs Alpha und der Spearman- Brown- Koeffizient für geteilte Tests und der Guttman's Split- Half- Koeffizient als weiterer Test für die Split- Half Reliabilität berechnet.

Außerdem wurden für die einzelnen Items (n = schwankend zwischen 197 bis 304 mit festem $n=145$ für vollständige Prä- Bögen) die Item-Schwierigkeit und Trennschärfe, als Maß für die Korrelation eines jeden Einzelitems mit dem Gesamtergebnis (korrigierte Item- Skala- Korrelation) berechnet. Des Weiteren wurde für alle auch beim zweiten Messzeitpunkt vorliegenden Items die Differenz der Mittelwerte von dem Zeitpunkt post zu prä ($M_{\text{post-prä}}$) berechnet, als Maß für die Verbesserung eines Einzelitems zum Testzeitpunkt t_2 im Vergleich zu Testzeitpunkt t_1 .

Nach Auswahl von 22 Items, die nach oben genannten Kriterien (Itemschwierigkeit, Trennschärfe, Differenz der Mittelwerte post-prä sowie subjektive inhaltliche Kriterien einer Frage) die beste Reliabilität und Trennschärfen $> 0,3$ aufwiesen, wurde eine erneute Itemanalyse für diese 22 Items durchgeführt.

Anhand dieses endgültigen 22- Item SCHIWIs wurde als abhängige Variable der Zuwachs des Schizophreniewissens von Patienten und Angehörigen von Zeitpunkt t_1 zu Zeitpunkt t_2 berechnet sowie ein t- Test für verbundene Stichproben. Um mögliche Zusammenhänge zwischen soziobiographischen sowie klinischen Daten und dem Wissenszuwachs, und somit Prädiktoren für den Wissenszuwachs, zu ermitteln, wurden zunächst für alle vorliegenden intervallskalierten Variablen explorative univariate einfaktorielle Regressionsanalysen berechnet, bzw. für nominalskalierte Variablen einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVA).

Hypothesengeleitet wurden anschließend multiple lineare Regressionsanalysen mit Kollinearitätsdiagnosen für rein intervallskalierte Variablen und für gemischte Variablen Kovarianzanalysen berechnet.

3 Fragestellung

3.1 Teilnahmekompliance an den Psychoedukationsgruppen

Wie viele Patienten und Angehörige nahmen in dem Untersuchungszeitraum an den Psychoedukationsgruppen teil?

3.1.1 Bearbeitung der Prä- Bögen

Wie viele der Teilnehmer (Patienten und Angehörige) gaben einen Bogen vor Beginn der Psychoedukation ab (Prä- Bogen)?

3.1.2 Bearbeitung der Post- Bögen

Wie viele der Teilnehmer (Patienten und Angehörige) gaben einen Bogen nach der Psychoedukation ab (Post- Bogen)?

3.1.3 Bearbeitung der Prä- und Post- Bögen

Wie viele der Patienten und Angehörigen gaben einen kompletten Fragebogensatz, also sowohl einen Bogen vor, als auch nach der Psychoedukation, ab (Prä- und Post- Bogen)?

3.1.4 Gründe für Verweigerung der Teilnahme

Aus welchen Gründen verweigerten Patienten die Teilnahme an den Psychoedukationsgruppen oder gaben weder einen ausgefüllten Prä-, noch Post-Bogen ab und unterschieden sich diese Gründe von denen der Angehörigen?

3.2 Fragen zur Gesamtstichprobe

Wie setzt sich das Gesamt- Stichprobenkollektiv in Bezug auf die klinischen und soziobiographischen Daten zusammen?

3.2.1 Geschlecht

Welche Geschlechtsverteilung lag bei den Teilnehmern vor?

3.2.2 Alter

Wie war die Altersverteilung aller teilnehmenden Patienten und Angehörigen, die einen Prä-, Post- oder beide Bögen abgaben?

3.2.3 Bildungsstand

Welchen höchsten (Schul-, bzw. Berufs-) Abschluss hatten teilnehmende Patienten und Angehörige, die einen Prä-, Post- oder beide Bögen abgaben?

3.2.4 Krankheitsverlauf

Wie oft waren teilnehmende Patienten, die einen Prä-, Post- oder beide Bögen abgaben, bisher stationär in psychiatrischen Kliniken, in welchem Alter erkrankten sie zum ersten Mal und wie viele der Teilnehmer waren Ersterkrankte?

3.2.5 Clinical Global Impression Score

Für die Patienten, die sowohl einen Prä-, als auch einen Post- Bogen ausgefüllt haben (n=92), wurde zusätzlich der CGI (Clinical Global Impression Score), ein Instrument um Krankheitsschwere und Verbesserungen oder Verschlechterungen orientierend zu beschreiben (Rentrop et al., 2009, S. 13), erhoben.

Untersucht wurde der CGI bei Aufnahme und Entlassung.

3.2.6 Diagnose

Welche Diagnosen wurden bei den teilnehmenden Patienten, die einen Prä-, Post- oder beide Bögen abgaben, gestellt und welche Diagnosen hatten die Indexpatienten der an den Gruppen teilnehmenden Angehörigen?

3.2.7 Familienstand

Welchen Familienstand gaben Patienten und Angehörige, die einen Prä-, Post- oder beide Bögen abgaben, an?

3.2.8 Aktuelle Tätigkeit

Welcher aktuellen Tätigkeit gingen die Teilnehmer, die mindestens einen der Bögen abgaben, nach?

3.2.9 Vorerfahrungen mit Psychoedukation

Hatten die teilnehmenden Patienten und Angehörige, die einen Prä-, Post- oder beide Bögen abgaben, bereits Erfahrungen mit Psychoedukation und falls ja: Wie oft hatten sie bereits an Psychoedukationsgruppen teilgenommen?

Außerdem wurden die früheren Teilnehmer gefragt, inwieweit sie von diesen auf einer Skala von 0-10 (überhaupt nicht geholfen- sehr geholfen) profitiert hatten?

3.2.10 Einschätzung des krankheitsbezogenen Wissens

Wie schätzten Patienten und Angehörige, die mindestens einen Bogen abgaben, ihr bisheriges Wissen zu schizophrenen Erkrankungen auf einer Skala von 0-10 (sehr niedrig- sehr hoch) ein?

3.2.11 Einschätzung der Beziehung zu Angehörigen (prä)

Auf dem personenbezogenen Fragebogen wurde um Einschätzung der Beziehung zum (erkrankten) Angehörigen gebeten und die Studienteilnehmer, die einen Prä-, Post- oder beide Bögen abgaben, konnten angeben, ob die Beziehung „schlecht“, „mäßig“, „gut“ oder „sehr gut“ sei. Wie schätzten Patienten also ihre Beziehung zu ihren Angehörigen und wie schätzten Angehörige ihre Beziehung zu den Betroffenen ein?

3.2.12 Medikation

Was nahmen die teilnehmenden Patienten, die einen Prä-, Post- oder beide Bögen abgaben, für Medikamente bei Entlassung ein, wie hoch waren die Chlorpromazinäquivalenzdosen, berechnet nach Gardner et al. 2010, und wie viele Patienten bekamen ein Depotneuroleptikum?

3.2.13 Katamnese

Wie viele Patienten, die einen Prä-, Post- oder beide Bögen abgaben, wurden, insofern (bereits) Daten hierzu vorlagen, in der 1- Jahres Katamnese erneut stationär aufgenommen?

3.2.14 Verwandtschaftsgrad in Angehörigengruppen

In welchem Verwandtschaftsverhältnis standen die Teilnehmer der Angehörigengruppe, die mindestens einen der Prä- und/ oder Post- Bögen abgaben, zu den Indexpatienten?

3.3 Itemanalyse

3.3.1 Item- Schwierigkeiten

Welche Item- Schwierigkeiten ergaben sich in der Itemanalyse der 100 einzelnen Items des SCHIWI100?

3.3.1.1 Welche Items wurden am häufigsten richtig beantwortet

Welche Items waren besonders leicht (entsprechend einer besonders hohen Item- Schwierigkeits- Kennzahl) und wurden somit am häufigsten richtig beantwortet?

3.3.1.2 Welche Items wurden am häufigsten falsch beantwortet

Welche Items waren besonders schwer (entsprechend einer besonders niedrigen Item- Schwierigkeits- Kennzahl) und wurden somit am häufigsten falsch beantwortet?

3.3.1.3 Welche Items wurden am häufigsten nicht beantwortet

Welche Items wurden bei der Fragenbeantwortung besonders häufig ausgelassen?

3.3.2 Trennschärfe

Welche Trennschärfen zeigten sich in der Itemanalyse der 100 einzelnen Items?

3.3.3 Reliabilität

Wie hoch war die Reliabilität des SCHIWIS mit 100 Items?

3.3.4 Zunahme im Prä/ Post- Vergleich

Bei wie vielen und welchen Items war nach der Gruppenteilnahme eine Verbesserung der Beantwortungsrate festzustellen?

3.3.5 Verschlechterung spezieller Items nach Gruppenteilnahme

Wie viele und welche Items wurden nach der Gruppenteilnahme schlechter beantwortet als vorher?

3.3.6 Decken- oder Bodeneffekte

Waren Decken- oder Bodeneffekte wahrscheinlich?

3.3.7 Auswahlmodus des endgültigen SCHIW

Warum und wie wurden die Items für den endgültigen Fragebogen SCHIW22 ausgewählt und wie hoch waren hier Reliabilität und Trennschärfe?

3.4 Wissenszuwachs

Inwiefern kann die Hypothese, dass durch Psychoedukation sowohl bei Patienten, als auch in der Angehörigenstichprobe ein signifikanter Wissenszuwachs erreicht werden kann, untermauert werden?

3.5 Prädiktoren für den Wissenszuwachs

Inwieweit fanden sich Prädiktoren für den Wissenszuwachs bei Patienten und Angehörigen, untersucht an allen Teilnehmern, für die Prä- und Post- Bögen vorlagen? Es wurde untersucht, ob sich die in der Literatur beschriebene Hypothese, dass das Ausgangswissen sowie die Teilnahmehäufigkeit signifikante Prädiktoren für den Wissenszuwachs sind, bestätigt (Pitschel-Walz, 1997, S. 112, Pitschel-Walz et al., 2013). Außerdem wurden die unter Punkt 3.2 beschriebenen soziobiographischen und klinischen Daten auf ihre Vorhersagewerte für den Wissenszuwachs untersucht. In der Angehörigenteilstichprobe wurde zusätzlich die Frage untersucht, ob die Art der verwandtschaftlichen Beziehung eine Rolle für den Wissenszuwachs spielt.

3.6 Veränderungen der Einschätzung von Patienten

3.6.1 Krankheitsbezogenes Wissen

Verändert die Psychoedukationsteilnahme das subjektive Krankheitswissen?

3.6.2 Beziehung zu Angehörigen

Inwieweit veränderte sich bei den Patienten die Einschätzung ihrer Beziehung zu ihren Angehörigen nach der Psychoedukation?

3.7 Veränderungen der Einschätzung von Angehörigen

3.7.1 Krankheitsbezogenes Wissen

Korreliert der subjektive mit dem objektiv messbaren Wissenszuwachs?

3.7.2 Beziehung zu erkrankten Angehörigen

Schätzten Angehörige die Beziehung zu ihrem erkrankten Angehörigen nach der Psychoedukation besser ein, als zuvor?

3.8 Einschätzung des Nutzens der Gruppenteilnahme

3.8.1 Patienten

Inwieweit schätzten die Patienten die Psychoedukationsgruppe nach der Teilnahme als hilfreich ein?

3.8.2 Angehörige

Inwieweit schätzten die Angehörigen die Psychoedukationsgruppe nach der Teilnahme als hilfreich ein?

4 Ergebnisse

4.1 Teilnahmekompliance an den Psychoedukationsgruppen

An den Psychoedukationsgruppen für Patienten nahmen in dem Zeitraum April 2011 bis August 2015 insgesamt 517 Patienten teil.

An den Gruppen für Angehörige nahmen, in dem Zeitraum von Mai 2011 bis April 2015, 223 Angehörige von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis teil (siehe auch Tabellen 2 und 3).

Ohne diese Daten genau erhoben zu haben, überschneiden sich die Gruppen erfahrungsgemäß im Rahmen des bifokalen Ansatzes insofern, dass bei etwa 2/3 der Angehörigen in den Gruppen auch die Referenzpatienten an den Patientengruppen teilnahmen und etwa 1/3 der teilnehmenden Patienten auch Angehörige in den Angehörigengruppen hatten.

Patienten nahmen im Durchschnitt von 8 möglichen psychoedukativen Sitzungen 5,80 wahr. Angehörige nahmen im Durchschnitt an 5,79 Sitzungen teil. Zusammengefasst nahmen die Teilnehmer also meistens 6 von 8 Gruppensitzungen innerhalb eines Zyklus wahr.

Von insgesamt 740 Teilnehmern an Psychoedukationsgruppen (Patienten und Angehörige) gaben 359 gültige Bögen ab, also 49%. Die einzelnen Zahlen sind in den Tabellen 4-7 zusammengefasst.

4.1.1 Bearbeitung der Prä- Bögen

Von den 517 Patienten bearbeiteten 284 Patienten einen oder zwei SCHIWI- Bögen. Von den 284 prinzipiell bearbeiteten Bögen waren 41 ungültig, im Sinne von zwar abgegebenen und damit in die primäre Statistik einfließenden, aber nicht bearbeiteten Bögen (keinerlei Items beantwortet) oder von einem Patienten mehrfach beantwortete SCHIWIs (bei zum Beispiel mehrfacher Gruppenteilnahme im Studienzeitraum) und gingen nicht in die Analyse mit ein. 243 Bögen waren nach oben genannten Kriterien gültig.

156 Patienten beantworteten einen Bogen vor der Psychoedukation (Prä- Bogen). Zusammen mit denen, die sowohl einen Bogen vor der Psychoedukation, als auch nach der Psychoedukation ausgefüllt haben (Prä- und Post- Bogen vorhanden), ergibt sich somit ein n von 250 abgegebenen Prä- Bögen, wobei hiervon 215 gültig

waren.

Von den 223 Angehörigen bearbeiteten 116 einen oder zwei SCHIWI- Bögen. Alle abgegebenen Bögen waren gültig. Das heißt keiner der Bögen beinhaltete gar kein beantwortetes Item und kein Teilnehmer hatte mehrfach an den Gruppen im Studienzeitraum teilgenommen und mehrfach Bögen abgegeben.

50 Angehörige beantworteten einen Bogen vor der Psychoedukation (Prä- Bogen). Zusammen mit denen, die sowohl einen Bogen vor der Psychoedukation, als auch nach der Psychoedukation ausgefüllt haben (Prä- und Post- Bogen vorhanden), ergibt sich ein n von 94 Prä- Bögen.

Zusammengefasst ergeben sich für Patienten und Angehörige 173 gültige Prä- Bögen und 136 Prä- und Post Bögen, also eine Gesamtzahl von 309 Prä- Bögen.

4.1.2 Bearbeitung der Post- Bögen

34 Patienten bearbeiteten nur den Bogen, der nach der 8. Psychoedukationssitzung ausgeteilt wurde (Post- Bogen), wobei 28 Bögen hiervon gültig waren. Zusammen mit denjenigen Patienten, die einen Prä- und Post Bogen bearbeiteten, ergibt sich ein n von 128, wobei hiervon 120 gültig waren.

22 Angehörige bearbeiteten nur den Post- Bogen. Zusammen mit denjenigen Angehörigen, die einen Prä- und Post Bogen bearbeiteten, ergibt sich ein n von 66.

Zusammengefasst ergeben sich für Patienten und Angehörige 50 Post- Bögen und 136 Prä- und Post Bögen, also eine Gesamtzahl von 186 Post-Bögen.

4.1.3 Bearbeitung der Prä- und Post- Bögen

94 Patienten füllten sowohl einen Bogen vor, als auch nach der Psychoedukation aus (Prä- und Post Bogen), wobei 92 dieser Bögen gültig waren.

44 Angehörige füllten sowohl einen Prä- als auch einen Post- Bogen aus. Somit ergibt sich ein Gesamt n für Patienten und Angehörige für Prä und Post- Bögen von 136.

Tabelle 4: Bogenbearbeitung Patienten

n= 22	Gruppen- nummer	Datum	Teil- nehm- er	Nur Prä- Bögen	Nur Post- Bögen	Prä-und Post- Bögen
1	P 0411	18.4.11-16.5.11	24	4	4	9
2	P 0611	16.6.11-14.7.11	35	7	5	3
3	P 0811	4.8.11-1.9.11	37	3	10	5
4	P 0911	15.9.11-13.10.11	23	9	2	4
5	P 1211	22.12.11-30.1.11	18	8	3	5
6	P 0312	19.3.12-16.4.12	18	4	2	6
7	P 0512	31.5.12-2.7.12	25	7	2	6
8	P 0912	17.9.12-18.10.12	24	9	1	2
9	P 0213	10.1.13-7.2.13	23	8	2	5
10	P 0513	18.4.13-15.5.13	28	5	1	4
11	P 0613	10.6.13-29.7.13	19	12	0	3
12	P 0813	19.8.13-13.9.13	20	10	0	3
13	P 1113	31.10.13-25.11.13	25	6	0	3
14	P 1213	25.11.13-23.12.13	25	6	0	3
15	P 0114	3.1.14-6.2.14	18	9	0	3
16	P 0314	3.3.13-27.3.13	17	6	0	3
17	P 0514	19.5.14-23.6.14	22	5	0	5
18	P 0814	11.8.14-4.9.14	20	9	0	4
19	P 1014	20.10.14-13.11.14	25	6	0	3
20	P 0315	19.3.15-20.4.15	19	8	0	5
21	P 0515	4.5.15-15.6.15	26	8	1	6
22	P 0715	6.7.15-6.8.15	26	7	1	4
Ausgeteilte Bögen (=Gesamtteilnehmerzahl)			517			
Zurückerhaltene Bögen			284	156	34	94
Zurückerhaltene, aber ungültige Bögen			41	33	6	2
Zurückerhaltene und gültige Bögen			243	123	28	92

Tabelle 5: Bogenbearbeitung Angehörige

	Datum	Teil- nehmer- zahl	Prä- Bögen	Post-Bögen	Prä-und Post- Bögen
A 0511	9.5.11-4.7.11	31	4	8	0
A 0711	18.6.11-12.9.11	32	7	5	9
A 1011	10.10.11-5.12.11	13	6	0	5
A 0112	9.1.12-5.3.12	22	4	2	4
A 0612	4.6.12-23.7.12	10	3	0	4
A 1012	8.10.12-26.11.12	21	3	6	4
A 0113	14.1.13-19.3.13	21	6	0	5
A 0114	13.1.14-10.3.14	18	3	0	6
A 0614	23.6.14-11.8.14	26	5	0	3
A 0115	23.2.15-13.4.15	29	9	1	4
Ausgeteilte Bögen (=Gesamtteilnehmerzahl)		223			
Zurückerkhaltene Bögen		116	50	22	44
Zurückerkhaltene und gültige Bögen		116	50	22	44

Tabelle 6: Gültige Prä- und Post- Bögen beider Gruppen

	Patienten	Angehörige	Patienten und Angehörige
Nur Prä- Bogen vorhanden % innerhalb Gruppe	123 50,6%	50 43,1%	173 48,6%
Nur Post- Bogen Vorhanden % innerhalb Gruppe	28 11,5%	22 19,0%	50 13,9%
Prä- und Post Bogen vorhanden % innerhalb Gruppe	92 37,9%	44 37,9%	136 37,9%
Anzahl	243 100%	116 100%	359 100%

Tabelle 7: Fragebögen- Gesamtüberblick Patienten und Angehörige

Ausgeteilte Bögen	740 100%
Zurückerhaltene Bögen	400 54%
Zurückerhaltene und gültige Bögen	359 49%
Zurückerhaltene zusammengehörige Prä- und Post Bögen	136 18%

4.1.4 Gründe für Verweigerung der Teilnahme

Wenn man von einer Patientenzahl von ca. 200 in Bezug auf an unserer Klinik behandelten Patienten mit schizophrenen Erkrankungen pro Jahr ausgeht, haben in vier Jahren von 800 möglichen Psychoedukationsteilnehmern ca. 517 die Psychoedukationsgruppen besucht, was ca. 65% ausmacht. Von diesen 517 teilnehmenden Patienten haben 47% einen gültigen Bogen abgegeben. Bei den Angehörigen haben von 223 Teilnehmern 52% einen gültigen Fragebogen abgegeben.

Was sind also die Gründe für die vergleichsweise geringen Teilnahmezahlen?

Zum einen haben nicht alle Patienten mit schizophrenen Erkrankungen an der Psychoedukationsgruppe an sich teilgenommen, da immer ein Teil der Patienten noch zu krank für eine Teilnahme war und beispielsweise die geschlossene Station aufgrund von Selbst- oder Fremdgefährdung nicht verlassen konnte, was aber für die Gruppenteilnahme aufgrund der räumlichen Gegebenheiten notwendig ist. Zum anderen gibt es viele Patienten, die zum wiederholten Male in psychiatrischen Kliniken oder auch der unseren stationär behandelt wurden, bereits mehrmals an Psychoedukationsgruppen teilgenommen hatten und von den behandelnden Ärzten zugunsten anderer Therapien aus diesem Grund nicht nochmal für die Gruppe angemeldet wurden oder die Patienten nicht erneut an einer Gruppe teilnehmen wollten.

Bei den Angehörigen, die die Patienten oft schon seit Jahren trotz etwaiger Krankheitsuneinsichtigkeit oder Incompliance in Bezug auf die Therapie begleiten, konnte teilweise eine gewisse Resignation bemerkt werden, die zur Ablehnung der

Gruppenteilnahme führte. Bei Angehörigen von Ersterkrankten war zumeist ein großes Interesse an den Gruppen, manchmal waren jedoch auch „Berührungsängste“ mit der Psychiatrie zu spüren, die zunächst in Einzelgesprächen und Einzelpsychoedukation abgebaut werden mussten. Des Weiteren gab es natürlich auch unter den Angehörigen diejenigen, die bereits an Angehörigengruppen teilgenommen hatten oder aufgrund räumlicher Distanz zur Klinik nicht teilnehmen konnten.

Sowohl bei Patienten, als auch bei den Angehörigen war der häufigste Grund, den ausgefüllten Bogen nicht zur ersten Stunde mitzubringen, dass sie ihn vergessen hatten, gefolgt von der Aussage, der Bogen sei zu schwer gewesen und habe nicht beantwortet werden können, trotz der persönlichen Bitte und der Aufforderung im Anschreiben, alle Fragen, auch bei nicht- Wissen, auszufüllen und gegebenenfalls zu raten. Des Weiteren gelang es Patienten und Angehörigen, trotz ausreichend Zeit nach der achten Sitzung, oft nicht, den post- Fragebogen noch im Anschluss an die Gruppe auszufüllen und erbateten sich die Mitnahme des Bogens, woraufhin von diesen jedoch nur ein Teil später abgegeben wurde. Außerdem waren die Fragebögen oft, obwohl sie abgegeben wurden, nur sehr unvollständig oder gar nicht ausgefüllt.

Bei manchen Patienten muss außerdem, aufgrund der Grunderkrankung, von einem Misstrauen gegenüber der anonymen Auswertung mit Studiennummer und dem, vielleicht als manipulativ empfundenen, Fragebogen an sich ausgegangen und dies als Grund für die fehlende Abgabe angenommen werden. Einige Patienten nahmen außerdem schon an der Gruppe nicht aus intrinsischer Motivation, sondern nur auf Drängen der Behandler, teil und verweigerten aus diesem Grund, quasi als Protest, die Teilnahme.

4.2 Stichprobe

Die nachfolgenden Daten beziehen sich ausschließlich auf die 243 Patienten und 116 Angehörige (359 Probanden insgesamt), deren abgegebene Bögen gültig waren. Die Stichprobe divergiert teilweise von diesen Zahlen, da Probanden Fragen ausließen oder klinische Daten nicht vollständig verfügbar waren. Daher wird bei den nachfolgenden Berechnungen jeweils die Stichprobenkennzahl in Klammern mit angegeben (n=x).

4.2.1 Geschlecht

Von den 359 gültigen Probanden waren 192 weiblich und 167 männlich. Damit waren gerundet 53% der Probanden weiblich und 47% männlich.

Aufgeteilt nach Patientengruppe und Angehörigengruppe ergeben sich die in Tabelle 8 aufgeführten Werte.

Tabelle 8: Geschlechterverteilung

n=359 von 359	Patienten	Angehörige	Patienten und Angehörige
Weiblich %	124 51%	68 59%	192 53%
Männlich %	119 49%	48 41%	167 47%
	243 100%	116 100%	359 100%

4.2.2 Alter

An unserer Studie nahmen Probanden von 17 bis 81 Jahren teil, es gab keine Altersbeschränkung. Das mittlere Alter betrug 41,94 Jahre (n=359 von 359).

Bei den 243 Patienten war der jüngste 17, der älteste 69 Jahre alt. Das mittlere Alter betrug 36,20 Jahre.

Bei den Angehörigen war der jüngste 18, die älteste 81 Jahre alt, der Mittelwert betrug 53,98.

An der Patientengruppe teilnehmende Patientinnen, waren im Mittel 39,64 Jahre, an der Patientengruppe teilnehmende Patienten, waren im Mittel 32,61 Jahre.

Bei an der Angehörigengruppe teilnehmenden weiblichen Angehörigen war das mittlere Alter 53,51 Jahre, bei männlichen Angehörigen 54,65 Jahre.

4.2.3 Bildungsstand

Der Ausbildungsstand der teilnehmenden Patienten- und Angehörigen ist in folgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 9: Bildungsstand

n=359 von 359	Patienten	Angehörige	Patienten und Angehörige
Kein Abschluss %	11 4,5%	1 1%	12 3%
Hauptschulabschluss %	55 23%	17 15%	72 20%
Realschulabschluss/ Fachschulabschluss %	69 28%	24 21%	93 26%
Abitur %	71 29%	34 29%	105 29%
Hochschulabschluss %	28 12%	39 34%	67 19%
Anderes %	9 4%	1 1%	10 3%

4.2.4 Krankheitsverlauf

Das Ersterkrankungsalter der Patienten lag zwischen 8 und 66 Jahren (n=123 von 243). Der Mittelwert des Ersterkrankungsalters lag bei Patienten, für die Angaben vorlagen (n=123 von 243) bei 29 Jahren. Frauen erkrankten im Durchschnitt mit 32,38 Jahren, Männer mit 26,63 Jahren. In der gleichen Teilstichprobe lag die Erkrankungsdauer zwischen 0 und 40 Jahren, im Durchschnitt bei 7,1 Jahren.

Bei 24,6% der Patienten, für die hierzu Angaben vorlagen (n=134 von 243), handelte es sich um die Ersthospitalisierung, bzw. Ersterkrankung. Im Durchschnitt waren die Patienten (ohne den Indexaufenthalt) bereits vorher 2,77 Mal in einer psychiatrischen Klinik. Die Zahl der stationären Aufenthalte (ohne den Indexaufenthalt) reichte von 0 bis 15.

4.2.5 Clinical Global Impression Score

Für die Patienten, die sowohl einen Prä-, als auch einen Post- Bogen ausgefüllt haben (n=92 von 243), erhoben wir zusätzlich den CGI (Clinical Global Impression Score), ein Instrument um Krankheitsschwere und Verbesserungen oder Verschlechterungen orientierend zu beschreiben (Rentrop et al., 2009, S. 13).

Dieser lag bei unserer Stichprobe zwischen 3 und 7 und im Durchschnitt bei 5,37.

Bei den 28 Ersterkrankten dieser Stichprobe, lag der CGI zwischen 4 und 6 und im

Durchschnitt bei 5,05.

Der CGI bei Entlassung (n=92 von 243) lag im Durchschnitt bei 4,14. Nur auf die Ersterkrankten bezogen, lag der CGI bei Entlassung bei 3,87.

4.2.6 Diagnose

Von den 243 Patienten wurden die Hauptdiagnosen entsprechend dem Arztbrief erhoben, was der Entlassungsdiagnose entspricht (n=243 von 243). Die Diagnosenverteilung ist in nachfolgender Tabelle 10 nach ICD-10 (Kapitel V, F 00-99) aufgeführt (Dilling et al., 2011). 92,2% der Patienten litten an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis, 5,6% an affektiven Erkrankungen, 1,6% an sonstigen Erkrankungen wie Essstörungen, Persönlichkeitsstörungen oder Impulskontrollstörungen.

Tabelle 10: Diagnosen Patienten

ICD- 10 Diagnose n=243 von 243	Anzahl	%		%		%
F 20.0	117	48,1	Schizophrenie	52,9	Psychosen aus dem schizo- phrenen Formen- kreis (F2)	92,2
F 20.1	4	1,6				
F 20.2	4	1,6				
F 20.3	1	0,4				
F 20.5	1	0,4				
F 20.8	1	0,4				
F 20.9	1	0,4				
F 22.0	2	0,8	Wahnhafte Störung	0,8		
F 23.0	2	0,8	Akute vorübergehende Psychotische Störung	1,2		
F 23.2	1	0,4				
F 25.0	20	8,2	Schizoaffective Störung	36,5		
F 25.1	44	18,1				
F 25.2	13	5,3				
F 25.8	2	0,8				
F 25.9	10	4,1				
F 29.0	2	0,8	Nicht näher bezeichnete Psychose	0,8		
F 31.1	3	1,2	Affektive Störung	5,6	Affektive Störung (F3)	5,6
F 31.2	1	0,4				
F 31.6	1	0,4				
F 32.1	1	0,4				
F 32.2	1	0,4				
F 32.3	1	0,4				
F 33.2	4	1,6				
F 33.3	2	0,8				
F 41.0	1	0,4	Sonstiges	1,6	Sonstiges (F4-6)	1,6
F 50.2	1	0,4				
F 60.31	1	0,4				
F 63.0	1	0,4				
Gesamt	243	100		100		100

Bei den 116 Angehörigen in den Angehörigengruppen ist die Diagnosenverteilung der Referenzpatienten in Tabelle 11 dargestellt (n=116 von 116).

Tabelle 11: Diagnosen der Referenzpatienten der Angehörigengruppen

ICD-10 Diagnose n=116 von 116	Anzahl	%		%		%
F 20.0	52	44,8	Schizo- phrenie	48,3	Psychosen aus dem schizo- phrenen Formen- kreis (F2)	96,6
F 20.2	2	1,7				
F 20.3	1	0,9				
F 20.5	1	0,9				
F 23.0	1	0,9	Akute vorüber- gehende Psychose	0,9		
F 25.0	10	8,6	Schizo- affektive Störung	47,4		
F 25.1	30	25,9				
F 25.2	4	3,4				
F 25.9	11	9,5				
F 31.6	2	1,7	Affektive Störung	2,6	Affektive Störung (F3)	2,6
F 33.2	1	0,9				
F 60.3	1	0,9		0,9	Sonstige (F6)	0,9
Gesamt	116	100		100		100

4.2.7 Familienstand

Es lagen bei allen an der Studie teilnehmenden Patienten und Angehörigen Daten zum Familienstand vor (n=359 von 359).

Bei den Patienten (n= 243 von 243) waren 14% verheiratet, 9% in festen Partnerschaften, 77% waren nicht in festen Partnerschaften, also getrennt, geschieden, verwitwet oder ledig. Bei 67,1% der Patienten war bisher keine feste Partnerschaft vorgelegen (Patienten gaben an, nicht getrennt, geschieden oder verwitwet zu sein). 32,9% waren derzeit oder früher in festen Partnerschaften gewesen (verheiratet, in fester Partnerschaft, geschieden, verwitwet, getrennt).

Bei den Angehörigen (n=116 von 116) waren 70% verheiratet, 9% in festen Partnerschaften und 21% nicht in festen Partnerschaften. Insgesamt waren 90,5%

der Angehörigen derzeit oder früher in festen Partnerschaften.

Die genauen Daten sind in Tabelle 12 zusammengefasst.

Tabelle 12: Familienstand

n=359 von 359	Patienten	Angehörige
Verheiratet	35 14,4%	81 69,8%
Feste Partnerschaft	22 9,1%	10 8,6%
Ledig/Single	163 67,1%	11 9,5%
Getrennt lebend	6 2,5%	1 0,9%
Geschieden	15 6,2%	12 10,3
Verwitwet	2 0,8%	1 0,9%
Gesamt	243 100%	116 100%

4.2.8 Aktuelle Tätigkeit

Bei 236 von 243 Patienten lagen Daten zur aktuellen Tätigkeit vor (n=236 von 243), bei den Angehörigen lagen die Daten vollständig vor (n=116 von 116). Die Daten sind in Tabelle 13 dargestellt.

Tabelle 13: Aktuelle Tätigkeit

n=352 von 359	Patienten	Angehörige
Berufstätig	65 27,5%	72 62,1%
Hausfrau	15 6,4%	10 8,6%
Arbeitslos	72 30,5%	1 0,9%
Berentet/Pensioniert	34 14,4%	26 22,4%
Sonstiges (Auszubildende, Schüler, etc.)	50 21,2%	7 6,0%
Gesamt	236 100%	116 100%

Demzufolge waren bei den Patienten 48,7% (115 von 236) berufstätig oder in Ausbildung, bei den Angehörigen betrug deren Anteil 68,1% (79 von 116).

4.2.9 Vorerfahrungen mit Psychoedukation

Bei 221 von 243 Patienten konnten Daten zu Vorerfahrungen mit Psychoedukation erhoben werden (n=221 von 243). Von diesen 221 Patienten hatten bereits 104 (47%) Vorerfahrungen mit Psychoedukation, 117 (53%) nahmen im Rahmen der Studie zum ersten Mal an einer Psychoedukationsgruppe teil. Von diesen 104 Patienten mit Vorerfahrungen machten 92 Angaben dazu, wie sehr die frühere(n) Psychoedukationsgruppe(n) geholfen hatte(n). Dabei konnten die Probanden auf einer Skala von 0 bis 10 ankreuzen, ob diese überhaupt nicht geholfen (=0) oder sehr geholfen (10) hatten. Dabei ergab sich ein Mittelwert von 5,4 (Median 5,0).

Von den 113 Angehörigen, die Angaben zu Vorerfahrungen mit Psychoedukation machten, hatten 23 (20%) bereits eine oder mehrere Psychoedukationsgruppen besucht, 90 (80%) noch nicht.

Von diesen 23 Angehörigen, die bereits eine Psychoedukationsgruppe besucht hatten, machten 17 Angaben dazu, inwiefern diese ihnen geholfen hatte. Hierbei ergab sich ein Mittelwert von 6,94 (Median 7,0).

Tabelle 14: Vorerfahrungen mit Psychoedukation

n=334 von 359	Patienten	Angehörige	Patienten und Angehörige
Vorerfahrungen mit Psychoedukation	104 47,1%	23 20,4%	127 38,0%
Keine Vorerfahrungen mit Psychoedukation	117 52,9%	90 79,6%	207 62,0%
	221 100%	113 100%	334 100%

4.2.10 Einschätzung des krankheitsbezogenen Wissens

188 Patienten machten vor der Psychoedukationsgruppe Angaben zur Einschätzung ihres krankheitsbezogenen Wissens (n=188 von 243). Dieses wurde wiederum auf einer Skala von 0 (sehr niedrig) bis 10 (sehr hoch) eingeschätzt. Dabei lag der Mittelwert bei 4,84 (Median 5,0). Hierbei unterschieden sich nochmal die Patienten, die bereits Vorerfahrungen mit Psychoedukation hatten (Einschätzung des krankheitsbezogenen Wissens mit Mittelwert 5,5) von denjenigen, die noch an keiner Psychoedukationsgruppe teilgenommen hatten (Mittelwert 4,22).

82 Angehörige machten ebenfalls vor der Psychoedukation Angaben zur Einschätzung ihres krankheitsbezogenen Wissens (n=82 von 116). Bei den Angehörigen lag der Mittelwert bei 4,04 (Median 4,0). Auch hier lag der Mittelwert des krankheitsbezogenen Wissens bei denjenigen, die schon Vorerfahrungen mit Psychoedukation hatten mit 4,63 höher, als bei den Angehörigen, die noch nie an einer Psychoedukationsgruppe teilgenommen hatten (3,89).

4.2.11 Einschätzung der Beziehung zu Angehörigen

Bei 183 Patienten konnten vor Beginn der Psychoedukationsgruppe Angaben zur Einschätzung ihrer Beziehung zu den Angehörigen eingeholt werden und diese gaben an, ob die Beziehung zu den Angehörigen „schlecht“ (=0), „mäßig“ (=1), „gut“ (=2) oder „sehr gut“ (=3) ist (n=183 von 243). Dabei gab mit 84,2% die große Mehrheit der Patienten an, eine „gute“ oder „sehr gute“ Beziehung zu den Angehörigen zu haben, der Mittelwert lag bei 2,2.

Bei den Angehörigen machten 86 Angehörige Angaben zur Einschätzung ihrer Beziehung zu dem erkrankten Angehörigen (n=86 von 116). Dabei gab kein Angehöriger an, eine „schlechte“ Beziehung zum Erkrankten zu haben. Die überwiegende Mehrzahl der Angehörigen (91,9%) gab an, eine „gute“ oder „sehr gute“ Beziehung zum Patient zu haben, der Mittelwert lag bei 2,29.

Die Ergebnisse sind in nachfolgender Tabelle dargestellt.

Tabelle 15: Beziehung zu den Angehörigen (prä)

n=269 von 359	Patienten	Angehörige
Schlecht bis mäßig	29 15,9%	7 8,1%
Gut bis sehr gut	154 84,2%	79 91,9%
Gesamt	183 100%	86 100%

4.2.12 Medikation

Bei 126 Patienten konnten Daten zur Medikation zum Zeitpunkt der Entlassung

erhoben werden (n=126 von 243). Die Ergebnisse sind in nachfolgender Tabelle zusammengefasst. Von diesen 126 Patienten wurden 33 mit einem Neuroleptikum in Depotform entlassen (26%). Die kumulierten Chlorpromazin- Äquivalenzdosen (Gardner et al., 2010) wurden für diese 126 Patienten ebenfalls berechnet. Dabei lagen die Chlorpromazin-Äquivalente (CPZ-Ä) zwischen 0 und 2200 CPZ-Ä. Im Durchschnitt lag die Chlorpromazinäquivalenzdosis bei 687. Zusammengefasst heißt das, 98% der Patienten hatten eine Neuroleptikatherapie. 31% als Monotherapie, bei 67% wurden neben den Neuroleptika auch noch andere Psychopharmaka (Antidepressiva, Moodstabilizer, Hypnotika) verordnet.

Tabelle 16: Medikation

n=126 von 243	Anzahl Patienten %		Anzahl Patienten %
Neuroleptika-Monotherapie	39 31,0%	Neuroleptika-Monotherapie	39 31,0%
Neuroleptika+ Phasenprophylaxe	17 13,5%	Neuroleptika in Kombination mit anderen Psycho- pharmaka	84 66,7%
Neuroleptika+ Antidepressiva	45 35,7%		
Neuroleptika+ Phasenprophylaxe+ Antidepressiva	15 11,9%		
Neuroleptika+ Antidepressiva+ Hypnotika	7 5,6%		
Antidepressiva- Monotherapie	1 0,8%	Andere Medikation	2 1,6%
Antidepressiva+ Phasenprophylaxe	1 0,8%		
Keine Medikation	1 0,8%	Keine Medikation	1 0,8%
Gesamt	126 100%		

4.2.13 Katamnese

Für 115 Patienten konnten anhand des klinikinternen SAP- Programmes Daten zur 1- Jahres Katamnese erhoben werden (n=115 von 243).

Dabei zeigte sich, dass 92 (80%) Patienten innerhalb eines Jahres nicht wieder in unserer Klinik aufgenommen wurden, 17 (15%) hatten eine stationäre Wiederaufnahme, 5 (4%) mehr als eine stationäre Wiederaufnahme, 1 Patient war an einer somatischen Komplikation verstorben (1%). Die Wiederaufnahmerate in unserer Klinik lag also bei 19%. Allerdings kann nicht ausgeschlossen werden, dass ein gewisser Anteil zwischenzeitlich in anderen Kliniken wiederaufgenommen wurde. Diese Daten konnten im Rahmen dieser Untersuchung leider nicht erhoben werden.

4.2.14 Verwandtschaftsgrad in Angehörigengruppen

Bei Angehörigen wurde zusätzlich der Verwandtschaftsgrad zu dem erkrankten Angehörigen (Referenzpatient) erfragt (n=116 von 116). Die Ergebnisse sind folgender Tabelle zu entnehmen.

Tabelle 17: Verwandtschaftsgrad zu Referenzpatient

n=116 von 116	Anzahl %		Anzahl %
Mutter	48 41,4%	Eltern	71 61,2%
Vater	23 19,8%		
Schwester	7 6,0%	Geschwister	15 12,9%
Bruder	8 6,9%		
Partner	22 19%	Partner	22 19%
Sonstiges	8 6,9%	Sonstiges	8 6,9%
Gesamt	116 100%		

Zusammengefasst heißt das, etwa 61% der Teilnehmer an Angehörigengruppen waren Eltern, 13% Geschwister und 19% Partner.

4.3 Itemanalyse

4.3.1 Item- Schwierigkeiten

Die Item- Schwierigkeit ist ein testtheoretischer Schwierigkeitsindex, der den Anteil an Probanden, die eine Frage richtig beantworten können, beschreibt. Eine hohe Item- Schwierigkeitskennzahl, z.B. 0.99 bedeutet dementsprechend, dass 99% der Probanden die Frage richtig beantworten (Mummendey und Grau, 2014, S. 97). Eine Frage mit einer hohen Item- Schwierigkeitskennzahl entspricht in unserem Fall also einer leichten Frage und umgekehrt.

Die Item- Schwierigkeiten in unserer Untersuchung wurden pro Item anhand der Prä-Bögen von Patienten und Angehörigen zusammen, sowohl für wechselnde n (n= 197- 304), als auch für ein festes n (n=145) berechnet, wobei nur die vollständig ausgefüllten Prä-Fragebögen berücksichtigt wurden.

Dabei lagen die Werte für das feste n= 145 sehr nahe an denen für wechselnde n, was dafür spricht, dass man die Ergebnisse für n=145 auch auf die Gesamtdaten übertragen kann. Im Durchschnitt lag die Item- Schwierigkeit zufriedenstellend bei 0.604. Die verschiedenen Itemschwierigkeiten sind in Tabelle 18 dargestellt.

4.3.1.1 Welche Items wurden am häufigsten richtig beantwortet?

Die maximale (also „leichteste“) Item- Schwierigkeit lag bei den 100 SCHIWI- Items (n=145) bei 0,952. Der Mittelwert bei 0,6037. Bei 22 Items war die Item- Schwierigkeit bei 0,80 oder größer und die Items können somit als sehr leicht angesehen werden. Am häufigsten richtig beantwortet wurde beispielsweise die Frage 7.5: Alkohol und Drogen erhöhen das Rückfallrisiko.

Eine Übersicht über die Item- Schwierigkeiten für n=145 ist in Tabelle 18 dargestellt. Auffallend ist, dass alle 22 sehr leichten Items (Item- Schwierigkeit ≥ 80) positiv formuliert sind, das heißt korrekt mit „stimmt“ zu beantworten waren.

In den fünf Fragenblöcken zu Psychopharmaka (10.1-14.5) kommen nur in Fragenkomplex 10 Fragen mit Item- Schwierigkeit ≥ 80 vor, nicht jedoch in Komplex 11-14, so dass Medikamentenfragen als schwerer bewertet werden können, als Fragen zu anderen Komplexen.

4.3.1.2 Welche Items wurden am häufigsten falsch beantwortet?

Die minimale (also „schwerste“) Item- Schwierigkeit lag bei den 100 SCHIWI- Items (n=145) bei 0,345.

Bei keinem Item war die Item- Schwierigkeit $\leq 0,20$, das heißt es war kein Item unter den 100 Items mit extrem hohem Schwierigkeitsgrad. 38 Items hatten eine Item- Schwierigkeit von ≤ 50 und waren somit als schwierigere Items einzustufen. Am häufigsten falsch beantwortet wurde die Frage 7.2: Durch die Blockade von Dopamin kann es zu verstärktem Milchfluss kommen.

Auffallend ist, dass wiederum nur 5 von den 38 schwereren Fragen positiv formuliert waren, das heißt korrekt mit „stimmt“ zu beantworten gewesen waren und dagegen 33 (87%) negativ formuliert, das heißt mit „stimmt nicht“ korrekt zu beantworten gewesen waren.

4.3.1.3 Welche Items wurden am häufigsten nicht beantwortet?

Es lagen für Patienten und Angehörige zusammen 309 Prä- Bögen vor, die in die Itemanalyse mit eingingen (siehe Tabelle 6). Ein Item kann also maximal 309 mal beantwortet worden sein. Die maximale Beantwortungsrate lag bei 304 (Frage 1.3), am häufigsten ausgelassen wurde Frage 14.1:

Sinnvolle Kombination von zwei Neuroleptika: Haldol und Glianimon?,
mit einer Beantwortungsrate von 197. Bewertet man alle Items mit einer Beantwortungsrate von < 250 als selten beantwortete Items, kommt man auf 17 Items, wobei diese alle Psychopharmaka betreffen und in den Fragenkomplexen 11-14 liegen.

Insgesamt muss aus statistischer Sicht jedoch von einer hohen Auslassungszahl bei der Item- Beantwortung gesprochen werden. Klinisch gesehen ist eine Beantwortungsrate bei den meisten Items von $\geq 2/3$ als durchaus zufriedenstellend zu betrachten.

4.3.2 Trennschärfe

Es wurde für jedes der 100 Items die Trennschärfe und damit die korrigierte Item- Skala- Korrelation bestimmt, um die Korrelation eines jeden Items mit dem

Gesamtergebnis zu überprüfen. Die einzelnen Trennschärfen sind in Tabelle 18 aufgeführt.

Dabei fielen 6 Items mit negativen Trennschärfen von -0,009 bis -0,160 auf (1.3, 3.3, 7.3, 11.3, 18.1, 19.1).

Alle anderen Trennschärfen lagen zwischen 0,008 und 0,562.

34 Items hatten Trennschärfen von $\geq 0,3$ (2.2, 2.5, 3.2, 4.1, 4.3, 4.4, 5.1, 5.4, 5.5, 6.4, 6.5, 7.4, 8.3, 9.2, 11.2, 12.1, 13.1, 13.2, 13.5, 14.1, 14.2, 14.3, 14.5, 15.3, 15.4, 15.5, 16.1, 16.2, 17.2, 18.4, 18.5, 19.3, 20.1, 20.3).

Tabelle 18: Itemkennwerte

Frage	IS _{N=145}	Trennschärfe	M _{post-prä} Differenz
1.1	.48	.018	.1786
1.2	.74	.238	.2857
1.3	.86	-.058	.1607
1.4	.56	.105	.2321
1.5	.84	.278	.1786
2.1	.41	.242	.2500
2.2	.46	.366	.0179
2.3	.77	.159	.0536
2.4	.56	.034	-.0357
2.5	.38	.353	.2500
3.1	.91	.089	.0536
3.2	.48	.457	.1071
3.3	.59	-.009	-.0357
3.4	.40	.159	.3750
3.5	.62	.145	.3214
4.1	.43	.398	.1607
4.2	.81	.024	.1607
4.3	.41	.469	.1429
4.4	.46	.393	.1071
4.5	.55	.200	.1071
5.1	.48	.392	.2679
5.2	.71	.223	.1786
5.3	.75	.246	.0893
5.4	.50	.394	.0893
5.5	.54	.409	.2679
6.1	.81	.161	.1429
6.2	.77	.237	.1786
6.3	.51	.208	.1071
6.4	.39	.504	.1429
6.5	.51	.432	.0357
7.1	.50	.260	.2857
7.2	.34	.129	.3214
7.3	.59	-.049	.0714
7.4	.43	.324	.1607
7.5	.95	.155	.0179
8.1	.66	.146	.1786
8.2	.81	.261	.1607
8.3	.41	.420	.2321
8.4	.94	.174	.0357
8.5	.90	.067	-.0179
9.1	.82	.140	.0893
9.2	.45	.510	.2679
9.3	.84	.229	.1607
9.4	.50	.256	.0536
9.5	.93	.240	.0357
10.1	.83	.196	.0536

Frage	IS _{N=145}	Trenn- schärfe	M _{post-prä} Differenz
10.2	.45	.270	.0893
10.3	.57	.278	.1250
10.4	.54	.172	.0000
10.5	.93	.227	.0536
11.1	.74	.189	.2679
11.2	.53	.366	.1071
11.3	.52	-.024	.1071
11.4	.55	.230	.0000
11.5	.37	.008	.3393
12.1	.47	.310	.2857
12.2	.42	.127	.2857
12.3	.57	.112	.2679
12.4	.77	.133	.2143
12.5	.49	.279	.1964
13.1	.44	.307	.2321
13.2	.51	.388	.1071
13.3	.60	.129	.2321
13.4	.47	.217	.2857
13.5	.52	.387	.1250
14.1	.46	.378	.0357
14.2	.51	.382	.0893
14.3	.48	.382	.0893
14.4	.49	.243	.2857
14.5	.47	.355	.0536
15.1	.61	.191	.2321
15.2	.84	.159	.0536
15.3	.78	.385	.1786
15.4	.43	.505	.1071
15.5	.41	.493	.1429
16.1	.43	.376	.1429
16.2	.40	.476	.2321
16.3	.79	.058	.1964
16.4	.83	.165	.1429
16.5	.57	.194	.0357
17.1	.83	.143	.0000
17.2	.53	.331	.0536
17.3	.58	.112	.1786
17.4	.74	.079	.1071
17.5	.67	.298	.1250
18.1	.58	-.160	-.1071
18.2	.80	.144	.1607
18.3	.81	.259	.2143
18.4	.38	.562	.1786
18.5	.43	.528	.0893
19.1	.52	-.037	.0000
19.2	.89	.247	.0179
19.3	.41	.395	.1250
19.4	.90	.212	.0893
19.5	.87	.273	.1429
20.1	.43	.316	.1786

Frage	IS _{N=145}	Trennschärfe	M _{post-prä} Differenz
20.2	.62	.116	.2500
20.3	.46	.444	.1429
20.4	.69	.137	.2500
20.5	.68	.226	.1964

4.3.3 Reliabilität

Cronbachs Alpha wurde als Maß für die interne Konsistenz berechnet. Für den SCHIW100 ergab sich ein Cronbachs Alpha von 0,877 und er kann dahingehend als zufriedenstellend bewertet werden. Bei Testteilung ergab sich für Teil 1 (50 Items) ein Cronbachs Alpha von 0,780, für Teil 2 (50 Items) ein Cronbachs Alpha von 0,793. Als weiterer Reliabilitätstest wurde der Spearman- Brown- Koeffizient für geteilte Tests mit 0,852 berechnet. Der Guttman's Split- Half- Koeffizient, als weiterer Test für Split- Half Reliabilität, lag bei 0,851. Die Reliabilität des SCHIW100 kann im gesamten also als zufriedenstellend bewertet werden.

4.3.4 Zunahme im Prä/ Post- Vergleich

Für alle vorliegenden, vollständig ausgefüllten Prä/ Post- Datensätze (n=56) wurde für jedes Item der Mittelwert der Post/ Prä Differenz berechnet, um darzustellen, ob sich die Summe der korrekten Item- Beantwortungen im Zeitvergleich t1 zu t2 positiv oder negativ verändert, das heißt, ob ein einzelnes Item auch tatsächlich im Prä/ Post- Vergleich im Durchschnitt im Post-Bogen besser beantwortet wurde, als zuvor und damit ein Wissenszuwachs abgebildet werden kann.

Für 93 Items ergaben sich positive Werte von 0,0179 (Item 2.2, 7.5, 19.2) bis 0,3750 (Item 3.4). 93% aller Items wiesen also eine bessere Beantwortung zum Zeitpunkt t2 auf, als zum Zeitpunkt t1.

4.3.5 Verschlechterung spezieller Items nach Gruppenteilnahme

Es ergaben sich für die 4 Items 2.4, 3.3, 8.5 und 18.1 negative Werte, für die Items 10.4, 11.4 und 17.1 ergaben sich keinerlei Veränderung im Prä-/Post- Vergleich ($M_{\text{post-prä}} = 0,000$). 7% aller Items wiesen also eine Verschlechterung nach Gruppenteilnahme oder zumindest keine Verbesserung auf. Patienten fiel es also möglicherweise schwer, die in der Psychoedukation vermittelten Inhalte, in Hinblick

auf diese 7 Items richtig einzuordnen oder diese wurden möglicherweise nicht gut genug vermittelt.

4.3.6 Decken- oder Bodeneffekte

Bei den vollständigen Prä/ Post- Datensätzen (n=56) gehen wir nicht von übermäßigen Boden- oder Deckeneffekten (siehe Abbildung 1) für den SCHIWI100 aus, auch wenn die Item-Schwierigkeits- Indices eher hohe Werte aufwiesen, also mehr leichtere Items enthalten sind. Dennoch zeigten die Schwierigkeits- Indices eine breite Streuung im Bereich 0,2 bis 0,8.

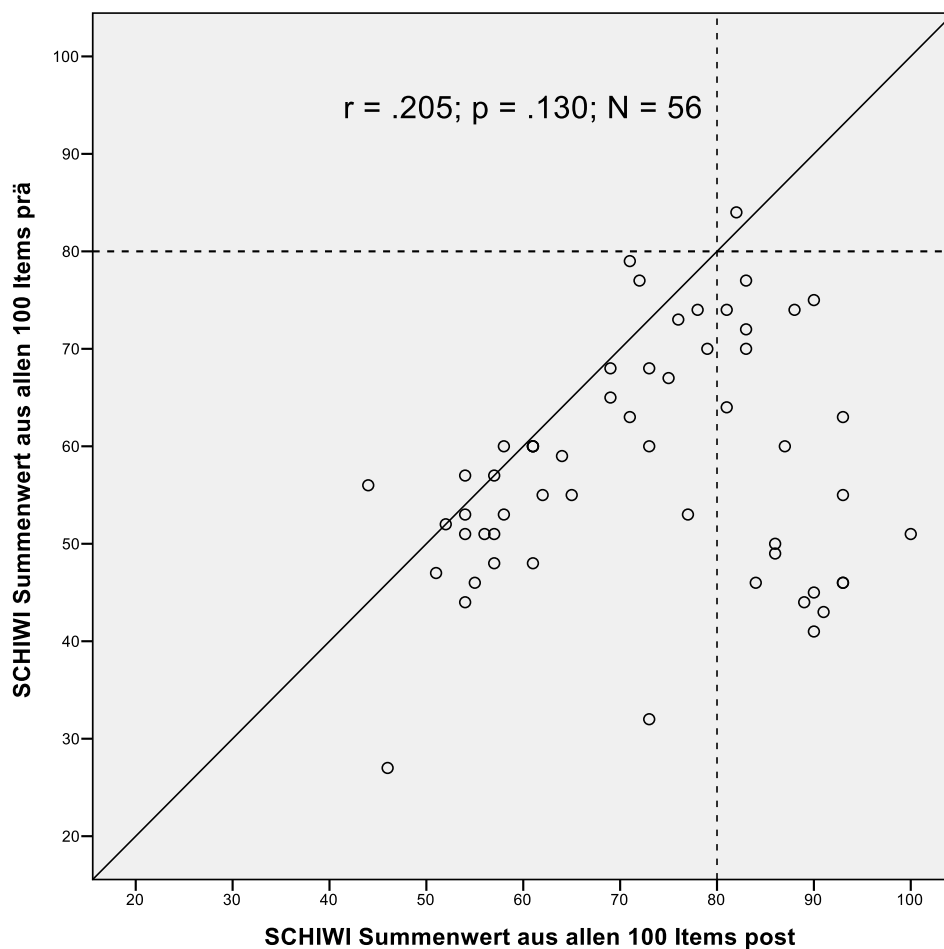


Abbildung 1: Summenwerte SCHIWI 100

4.3.7 Auswahlmodus des endgültigen SCHIWI

Da sich bei der ersten Itemanalyse des SCHIWI mit 100 Items gezeigt hatte, dass die Trennschärfen oft nicht im gewünschten Bereich lagen (66 Items mit

Trennschärpen $< 0,3$, siehe Punkt 4.3.2), einige sogar im negativen Bereich lagen und 22 Items Item- Schwierigkeiten von ≥ 0.80 aufwiesen und somit als sehr leicht einzustufen waren, wurde versucht, aus den 100 SCHIWI- Fragen, diejenigen Items mit zufriedenstellenden Trennschärpen und ausgewogenen Item- Schwierigkeiten zu selektieren, dies traf bei 22 Items zu. Grundsätzlich wurden alle Items mit negativen Trennschärpen ausgeschlossen. Dann wurden zunächst aus jedem der 20 Fragenkomplexe zwei essentielle Fragen mit zufriedenstellenden Itemkennwerten ausgewählt, so dass die Zuordnung zu den acht Psychoedukationssitzungen und Themenkomplexen thematisch erhalten blieb. Im Anschluss wurde nochmals eine Itemanalyse für diese 40 Items durchgeführt und alle Items ausgeschlossen, die eine Trennschärpe $< 0,3$ zeigten. Desweiteren wurde darauf geachtet, dass zu jedem der Psychoedukations- Module mindestens eine Frage, auch unabhängig von Itemkennwerten, erhalten blieb. Der hieraus resultierende SCHIWI umfasst 22 Items (im folgenden SCHIWI22 genannt). Die Reliabilität für den SCHIWI22 lag bei 0,923 (Cronbachs Alpha). Bei Testteilung ergab sich für Teil 1 (11 Items) ein Cronbachs Alpha von 0,853, für Teil 2 (11 Items) ein Cronbachs Alpha von 0,870, bei hoher Korrelation zwischen Teil 1 und Teil 2. Als weiterer Reliabilitätstest wurde der Spearman- Brown- Koeffizient für geteilte Tests mit 0,897 berechnet. Der Guttman Split- Half- Koeffizient, als weiterer Test für Split- Half Reliabilität, lag bei 0,896. Alle Reliabilitätswerte waren also nochmal höher als beim SCHIWI100 und können insgesamt als sehr gut bewertet werden.

Im Fragebogen selbst wurde aufgrund der deutlich geringeren Itemzahl die visuelle Zuordnung zu den einzelnen Themen aufgelöst und jede Fragestellung komplett ausformuliert, sodass ein homogenes Bild mit 22 Fragen entstand, die inhaltlich jedoch weiterhin den 8 Sitzungen des APES Manuals zugeordnet werden, so dass auch jede Sitzung vertreten ist.

Der SCHIWI22 ist im Anhang dargestellt und anhand dieser Version wurden der Wissenszuwachs und die Prädiktoren für den Wissenszuwachs bestimmt.

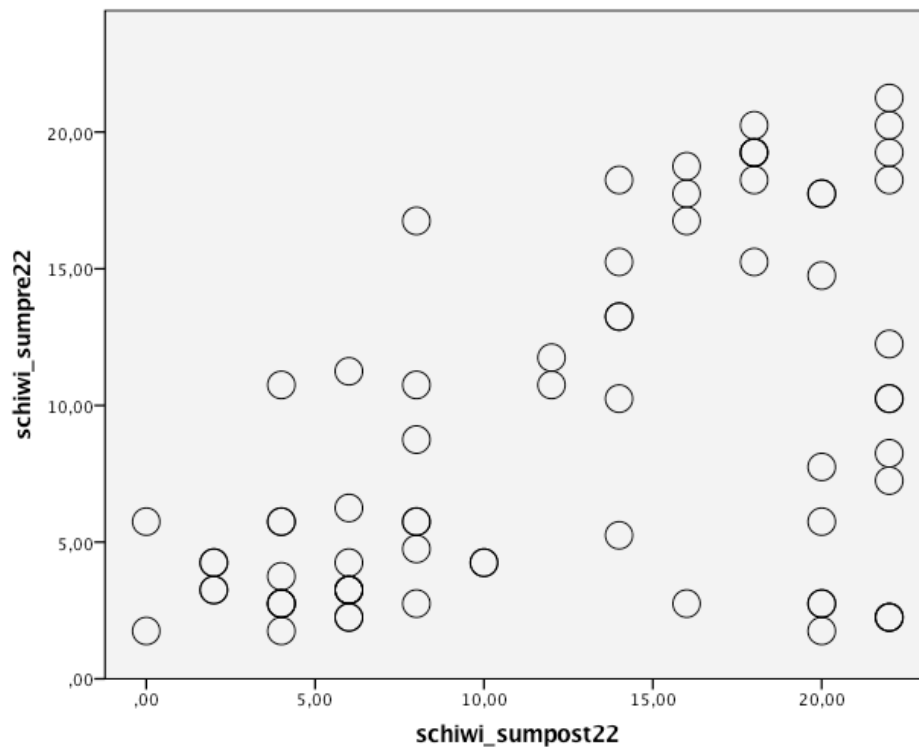


Abbildung 2: Summenwerte SCHIWI 22

4.4 Wissenszuwachs

Um eine Aussage über die Effektivität der Psychoedukation zu treffen wurde, anhand der Summen der richtig beantworteten Fragen für den SCHIWI22 vor und nach den 8 Sitzungen, ein t- Test für verbundene Stichproben durchgeführt.

Der Mittelwert für alle vollständig ausgefüllten Bögen (n=67) vor der Psychoedukation lag bei 8,873, für die Bögen nach der Psychoedukation bei 11,887. Im Durchschnitt nahm das Schizophreniewissen also um 3,014 richtig beantwortete Fragen zu, was einer hochsignifikanten Wissenszunahme entspricht (Korrelation= 0,516; T= -3,753; p=0,000).

4.4.1 Patienten

In der Gruppe der Patienten (n=53) zeigte sich eine Wissenszunahme von 8,604 vor der Gruppenteilnahme auf 12,170 nach der Psychoedukation, was einer Wissenszunahme von 3,566 entspricht und ebenfalls hochsignifikant ist (Korrelation= 0,442; T= -3,641; p= 0,001).

4.4.2 Angehörige

In der Gruppe der Angehörigen (n=14) zeigte sich eine Wissenszunahme von 8,429 vor der Gruppenteilnahme auf 10,571 nach der Psychoedukation, was einer Wissenszunahme von 2,143 entspricht, jedoch noch nicht signifikant ist (Korrelation= 0,689; T= -1,382; p= 0,19).

Vergleichend wurde eine bifaktorielle Produkt- Moment- Korrelation gerechnet, um eine Aussage darüber treffen zu können, ob die Zugehörigkeit zur Patienten- oder Angehörigengruppe ein Prädiktor für den Wissenszuwachs sein könnte, wobei sich für diese Korrelation keine Signifikanz zeigte (F= 0,286; p= 0,594).

4.5 Prädiktoren für den Wissenszuwachs

Ziel dieser Untersuchung war es außerdem, mögliche Prädiktoren für den Wissenszuwachs durch Teilnahme an Psychoedukationsgruppen zu ermitteln, um durch Einbeziehung dieser Prädiktoren die Gruppen künftig möglichst effektiv und bedarfsadaptiert gestalten zu können.

Für eine erste Einschätzung möglicher Prädiktoren wurden für alle intervallskalierten Variablen einfaktorielle Regressionsanalysen gerechnet, für alle nominalskalierten Variablen einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVAs).

Dabei ergaben sich für die unabhängigen Variablen Gruppenzugehörigkeit, Geschlecht, Alter, Alter bei Ersterkrankung, Familienstand, Partnerschaftsstatus, Schulabschluss, Abitur, Hochschulabschluss, aktuelle Tätigkeit, Berufstätigkeit, Diagnose, Erstmanifestationsstatus, Medikation, Chlorpromazin- Äquivalenzdosis, CGI bei Aufnahme oder Entlassung, Depot- Neuroleptikum-Gabe, Beziehung zu den Angehörigen vor und nach der Psychoedukation und Vorerfahrungen mit Psychoedukation keine signifikanten Werte. Ebenso wenig ergab die Analyse der Einschätzungen bezüglich dem subjektiven Krankheitswissen nach der Psychoedukation oder der Einschätzung des Nutzens der Gruppe vor und nach der Psychoedukation einen signifikanten Vorhersagewert für das Krankheitswissen.

Als potentieller Prädiktor für den Wissenszuwachs nach Gruppenteilnahme zeigten sich in den einfaktoriellen Analysen lediglich das (niedrige) Ausgangswissen (p= .002), die (lange) Erkrankungsdauer (p= .043) und (höhere) Anzahl der stationären Aufenthalte (p= .021). Mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit von p= .056 für die Einschätzung des krankheitsbezogenen Wissens vor der Psychoedukation, von p=

.058 für die Angabe, wie oft früher an einer Psychoedukationsgruppe teilgenommen wurde sowie einer Irrtumswahrscheinlichkeit von $p = .062$ dafür, wie oft die Teilnehmer nach der Psychoedukation angaben, an der Gruppe teilgenommen zu haben, verfehlten diese Prädiktoren nur knapp das Signifikanzniveau von 5%.

Die einzelnen Ergebnisse sind in folgender Tabelle dargestellt:

Tabelle 19: Einfaktorielle Analysen Wissenszuwachs Gesamtgruppe

n=67	p	F
Gruppenzugehörigkeit (Angehöriger oder Patient)	.538	.384
Alter zum Zeitpunkt der Ersterkrankung	.741	0.111
Erkrankungsdauer	.043	4.312
Alter	.218	1.550
Geschlecht	.136	2.288
Art der verwandtschaftlichen Beziehung (bei Angehörigen)	.901	0.189
Partnerschaftsstatus (gab es schon mal eine Partnerschaft)	.843	0.039
Familienstand	.547	0.715
Abitur	.770	0.87
Schulabschluss generell	.232	1.418
Hochschulabschluss	.452	0.806
Aktuell beruflich tätig	.812	0.057
Aktuelle Tätigkeit generell	.944	0.187
Hauptdiagnose	.831	0.291
Erstmanifestationsstatus	.157	2.070
Anzahl der stationären Aufenthalte	.021	5.658
Medikamenteneinnahme nach Hauptgruppen	.147	1.735
Depotgabe	.835	0.044
Chlorpromazinäquivalenzdosis	.659	0.198
CGI bei Aufnahme	.456	0.542
CGI bei Entlassung	.251	1.353
Beziehungsqualität zu den Angehörigen (prä)	.110	2.632
Wahrgenommene Stunden	.936	0.007
Vorerfahrungen mit Psychoedukation (ja/nein)	.298	1.101
Bisherige Teilnahmehäufigkeit an Psychoedukationsgruppen	.058	3.733
Einschätzung, wie sehr frühere Psychoedukation geholfen hat	.269	1.362
Einschätzung des krankheitsbezogenen Wissens (prä)	.056	3.825
Einschätzung, wie sehr diese Psychoedukation geholfen hat (post)	.933	0.336
Einschätzung des krankheitsbezogenen Wissens (post)	.764	0.649
Beziehungsqualität zu den Angehörigen (post)	.575	0.669
Ausgangswissen (Summe richtiger Antworten prä)	.002	10.597
Angabe, wie oft während des Indexaufenthaltes an Psychoedukation teilgenommen wurde (post)	.062	3.618

In der für Patienten und Angehörige separat durchgeführten, einfaktoriellen Analyse, ebenfalls für intervallskalierte Variablen mittels einfaktorieller Regressionsanalyse, für nominalskalierte Variablen mittels einfaktorieller Varianzanalyse, ergaben sich für Patienten signifikante Werte für die Beziehung zu den Angehörigen, die Erkrankungsdauer, die Anzahl der stationären Aufenthalte, das Ausgangswissen sowie die Angabe nach der Psychoedukation, wie oft an psychoedukativen Gruppen teilgenommen wurde. Bei den Angehörigen zeigten sich signifikante Werte für die Vorerfahrungen mit Psychoedukation und die Beziehung zu den Angehörigen. Die einzelnen Werte sind in Tabelle 20 dargestellt.

Tabelle 20: Einfaktorielle Analysen Wissenszuwachs Patienten und Angehörige

	Patienten (n=53)		Angehörige (n=14)	
Vorerfahrungen mit Psychoedukation	p= .934	F= 0.007	p= .017	F= 8.555
Beziehung zu Angehörigen (prä)	p= .017	F= 6.175	p= .046	F= 5.372
Erkrankungsdauer	p= .043	F= 4.312	-	-
Anzahl bisheriger stationärer Aufenthalte	p= .021	F= 5.658	-	-
Bisherige Teilnahmehäufigkeit an Psychoedukationsgruppen	p= .185	F= 1.814	p= .000	F= 31.203
Einschätzung des krankheitsbezogenen Wissens (prä)	p= .119	F= 1.721	p= .507	F= 1.02
Angabe, wie oft während des Indexaufenthaltes an Psychoedukation teilgenommen wurde (post)	p= .004	F= 8.967	p= .794	F= 0.073
Ausgangswissen	p= .005	F= 8.831	p= .234	F= 1.630

In der multifaktoriellen Regressionsanalyse mit einer Varianzaufklärung von .502 und hoher Signifikanz (p= .000, F= 6.543) ergaben sich nur noch das Ausgangswissen, die Angabe des Patienten, wie oft er an einer Psychoedukationsgruppe teilgenommen hatte und die Beziehungsqualität zu den Angehörigen (angegeben vor der Psychoedukation) als signifikante Prädiktoren. Als nicht signifikant wurden Erkrankungsdauer und Anzahl der stationären Aufenthalte detektiert, diese zeigten außerdem in der Kollinearitätsdiagnose eine hohe Kollinearität untereinander. Diese Regressionsanalyse wurde nur für die Patientengruppe berechnet, da für die Angehörigengruppe zum einen Angaben wie Erkrankungsdauer nicht sinnvoll waren

und nicht vorlagen, zum anderen hatten sich in den explorativen Rechnungen für die Angehörigen andere, kategorial skalierte, potentiell relevante Variablen ergeben, so dass es sinnvoll erschien, die Berechnung für die Angehörigen separat durchzuführen. Die Werte der Regressionsanalyse für Patienten sind in Tabelle 21 dargestellt.

Um weitere, nicht intervallskalierte Variablen, wie die Vorerfahrungen mit Psychoedukation und den Schulabschluss, in die Prädiktorenanalyse aufnehmen zu können, wurde des weiteren eine univariate Varianzanalyse für ein allgemeines lineares Modell mit festen Faktoren und Kovariaten berechnet. Hier ergab sich eine Varianzaufklärung von .607, es wurden jedoch keine weiteren signifikanten Prädiktoren gefunden und es wird daher darauf verzichtet, die Ergebnisse hier darzustellen.

Tabelle 21: Prädiktoren für den Wissenszuwachs bei Patienten (Regressionsanalyse)

Prädiktor ($R^2 = .50$; $n=44$)	Beta- Wert	T	p
Ausgangswissen	- .294	- 2.516	.016
Angabe, wie oft früher an Psychoedukationsgruppen teilgenommen wurde	- .191	- 1.273	.210
Erkrankungsdauer	.262	1.549	.129
Beziehung zu Angehörigen	.336	2.911	.006
Anzahl stat. Aufenthalte	.118	.672	.506
Angabe, wie oft während des Indexaufenthaltes an Psychoedukationsgruppe teilgenommen wurde (post)	.441	3.402	.002

In der separaten Auswertung für Angehörige, ebenfalls geleitet anhand der Vorwerte der ANOVAs, ergab sich als signifikanter Prädiktor lediglich, ob der Proband Vorerfahrungen mit Psychoedukation hatte, wie hoch er nach der Psychoedukation sein Wissen einschätzte und der Schulabschluss, bzw. ob der Angehörige Abitur hatte. Dies wurde anhand einer mehrfaktoriellen univariaten Varianzanalyse für ein allgemeines lineares Modell berechnet, um den kategorial skalierten unabhängigen Variablen Rechnung zu tragen. Nicht signifikante Vorhersagekraft hatten die Faktoren Beziehung zu Angehörigen, Ausgangswissen oder wie oft nach der Psychoedukation angegeben wurde, teilgenommen zu haben. Die Ergebnisse sind in Tabelle 22 dargestellt.

Tabelle 22: Prädiktoren für den Wissenszuwachs bei Angehörigen

Prädiktor ($R^2 = .97$; $n=10$)	F	p
Ausgangswissen	7.962	.106
Abitur	64.232	.015
Angabe, wie oft an Psychoedukationsgruppe während des Indexaufenthaltes teilgenommen wurde (post)	6.103	.132
Vorerfahrungen mit Psychoedukation	175.006	.006
Einschätzung des Wissens (post)	24.864	.038
Beziehung zu erkranktem Angehörigen (Referenzpatient)	0.016	.911

Um auch für die Teilstichprobe der Angehörigen eine Kollinearitätsdiagnose durchführen zu können, wurde zusätzlich auch eine Regressionsanalyse für die Faktoren Beziehung zu Angehörigen, Ausgangswissen, wie oft die Angehörigen nach der Psychoedukation angaben, an den Gruppen teilgenommen zu haben und wie sie ihr Wissen nach den Gruppen einschätzten, gerechnet. Es zeigten sich hier keine signifikanten Prädiktoren, jedoch auch keinen Hinweis auf Kollinearität, so dass auf eine Darstellung verzichtet wird.

4.6 Veränderungen der Einschätzung von Patienten

4.6.1 Krankheitsbezogenes Wissen

Vor Beginn der Psychoedukation hatten die Patienten bereits Angaben zur Einschätzung ihres krankheitsbezogenen Wissens gemacht und dies auf einer Skala von 0-10 eingeschätzt. Dabei lag der Mittelwert bei 4,85 (Median 5,0).

Nach der Psychoedukation schätzten die 107 Patienten, die einen Post-Bogen abgaben, ihr Krankheitswissen erneut ein, wobei der Mittelwert bei 6,20 (Median 6,0) lag.

Für die 78 Patienten, die sowohl vor, als auch nach der Psychoedukationsgruppe Angaben zur Einschätzung ihres krankheitsbezogenen Wissens gemacht hatten, wurde ein T- Test für verbundene Stichproben berechnet, wobei die Zunahme des subjektiven krankheitsbezogenen Wissens auch hier hoch signifikant war (Korrelation 0,487; $T = -4,932$; $p = .000$).

4.6.2 Beziehung zu Angehörigen

85 Patienten schätzten nach der Psychoedukation ihre Beziehung zu ihren Angehörigen ein, dabei schätzten die meisten Patienten ihre Beziehung zu den Angehörigen als „sehr gut“ ein (49%), es ergab sich ein Mittelwert von 2,19, wobei der Mittelwert der Prä- Messung ebenfalls bei 2,2 lag. Die Patienten gaben also sowohl vor wie auch nach der Psychoedukation im Durchschnitt eine „gute“ Beziehung zu den Angehörigen an.

4.7 Veränderungen der Einschätzung von Angehörigen

4.7.1 Krankheitsbezogenes Wissen

Bei den 66 Angehörigen, die nach der Psychoedukation ihr krankheitsbezogenes Wissen einschätzten, lag der Mittelwert bei 6,45 (Median 6,0), vor der Psychoedukation lag dieser bei den Angehörigen bei 4,04 (Median 4,0).

Bei den 38 Angehörigen, die sowohl vor, als auch nach der Gruppenteilnahme Angaben zur Wissenseseinschätzung machten, war der selbst eingeschätzte Wissensgewinn ebenfalls hoch signifikant mit $p=.000$ (Korrelation 0,021; $T=-7,663$)

4.7.2 Beziehung zu Angehörigen

Die 65 Angehörige, die nach der Psychoedukation Angaben zu ihrer Beziehung zu ihren erkrankten Angehörigen machten, gaben am häufigsten (49%) an, eine „sehr gute“ Beziehung zu dem Erkrankten zu haben. Bei einem Mittelwert von 2,37 wurde die Beziehung im Durchschnitt als „gut“ eingeschätzt. Vor der Psychoedukation lag diese im Mittel ebenfalls bei „gut“ mit 2,29.

4.8 Einschätzung des Nutzens der Gruppenteilnahme

Patienten und Angehörige sollten nach der Gruppenteilnahme auf einer Skala von 0 („gar nicht geholfen“) bis 10 („sehr geholfen“) einschätzen, wie sehr ihnen die Gruppenteilnahme geholfen hat.

4.8.1 Patienten

91 Patienten machten nach der Psychoedukation Angaben, inwieweit ihnen diese

geholpen habe. Dabei kreuzten die meisten Patienten (19%) die 8 auf der Skala von 0 bis 10 an. Der Mittelwert lag bei 7,11.

4.8.2 Angehörige

48 Angehörige machten nach der Psychoedukation Angaben, inwieweit ihnen diese geholfen habe. Dabei kreuzten die meisten Angehörigen (46%) die 10 auf der Skala von 0 bis 10 an. Der Mittelwert lag bei 8,77.

5 Diskussion

5.1 Teilnahmekompliance an den Psychoedukationsgruppen

Insgesamt nahmen 517 Patienten und 223 Angehörige an den Psychoedukationsgruppen teil. Mögliche Gründe für die primäre Nicht- Teilnahme an der Gruppe wurden bereits in 4.1.4 beschrieben. 215 Patienten und 94 Angehörige gaben zum Testzeitpunkt t_1 einen gültigen prä- Bogen ab ($t_{1 \text{ gesamt}} = 309$, das entspricht 41,6% der Patienten und 42,2% der Angehörigen). In der COGPIP-Studie nahmen zum Zeitpunkt t_1 vergleichsweise 116 Patienten teil (Pitschel-Walz et al, 2013), bei der Erprobung des ERWIPA waren es 55 Patienten (Luderer et al, 1993). Somit kann im Vergleich mit den oben genannten Werten aus anderen Untersuchungen bei einer Gesamtzahl von 215 der 517 Patienten, die einen gültigen prä- Fragebogen abgaben (41,6%), beziehungsweise 94 von 223 Angehörigen (42,2%), von einer zufriedenstellend großen Probandenzahl ausgegangen werden. Zum Testzeitpunkt t_2 gaben 120 der 517 Patienten (23,2%) und 66 der 223 Angehörigen (29,6%) einen post- Bogen ab ($t_2 \text{ gesamt} = 186$). Somit ergibt sich bei den Patienten eine generelle Nichtausfüllquote von 52,9% (274 von 517), die bei den Angehörigen mit 107 von 223 (47,9%) sehr ähnlich war. Wenn man nur die vollständig ausgefüllten Bögen miteinbezieht, liegt diese sogar noch höher. Dies ist auch im Vergleich mit der Literatur eine hohe Rate; im Rahmen der COGPIP-Studie wurde eine Drop-Out-Rate von 27%, bei einer vergleichbaren Probandenzahl von 116, zum Zeitpunkt t_1 beschrieben (Pitschel-Walz et al, 2013). Grund für diese sehr hohe Drop-Out-Rate ist sicherlich die Tatsache, dass diese Erhebung im Rahmen des normalen Klinikbetriebs unter naturalistischen Bedingungen als explorative Pilotstudie durchgeführt wurde. Die Gruppen, in die ein Einstieg jederzeit möglich war, waren deshalb prinzipiell offen, so dass viele Patienten an der ersten Sitzung, in der die Bögen gezielt ausgeteilt und auch mit hohem Motivationsaufwand wieder eingesammelt wurden, gar nicht teilnahmen. Es muss hier ausdrücklich festgehalten werden, dass es sich nicht um eine mit eigenen Planstellen ausgestattete Studie mit fest zugewiesenen wissenschaftlichen Mitarbeitern handelte, die ausschließlich für diesen Untersuchungszweck tätig gewesen wären. Diese Untersuchung wurde im Rahmen der allgemeinen Routinetherapie mit hohem persönlichem Engagement und Aufwand neben der allgemeinen Patientenversorgung durchgeführt.

Zusätzlich muss auch der erhebliche Umfang der Fragebögen in Rechnung gestellt werden, der möglicherweise für einen Teil der Gruppenteilnehmer „abschreckend“ wirkte und auch für die Gruppenleiter, die während der Studiendauer auch immer wieder wechselten, nicht einfach zu überblicken war. Ein weiterer Grund für die relativ hohe Nichtausfüllquote muss sicher auch der immer kürzer werdenden Liegedauer angerechnet werden, so dass ein etlicher Teil der Patienten die gesamte Gruppendauer gar nicht in der Klinik verbrachte.

5.2 Stichprobe

Ungefähr die Hälfte der Probanden unserer Stichprobe waren weiblich (53%), was zum einen der Ätiopathogenese schizophrener Erkrankungen entspricht, da Männer und Frauen bei schizophrenen Erkrankungen gleich häufig betroffen sind (Rentrop und Müller, 2009, S. 296), zum anderen auch Stichproben in der Literatur (Pitschel-Walz et al., 2013). Auch bezüglich der Altersverteilung (mittleres Alter bei Patienten in dieser Studie 36,2 Jahre; z.B. in der COGPIP- Studie 34,5), des Bildungsstandes (in dieser Studie 29% aller Patienten mit Abitur; in der COGPIP- Studie 33%), der durchschnittlichen Erkrankungsdauer (in dieser Studie 7,10 Jahre; z.B. in der COGPIP- Studie 8,6) und der Diagnosen (in dieser Studie 52,9% F20, 36,5% F25; in der COGPIP- Studie 59,5% F2, 39,7% F25) ist die Stichprobe mit der Literatur, insbesondere mit der COGPIP- Studie, in der der WFB verwendet wurde um Prädiktoren für den Wissenszuwachs zu beschreiben, vergleichbar (Pitschel-Walz et al., 2013). Die Wiederaufnahmerate innerhalb eines Jahres lag in dieser Studie bei 19%, in der COGPIP- Studie vergleichbar bei 18%, wurde in letzterer jedoch nach bereits 9 und nicht 12 Monaten erhoben (Pitschel-Walz et al., 2013). In der PIP- Studie lag die Rehospitalisierung nach 12 Monaten bei 21% in der Interventionsgruppe (Pitschel-Walz et al., 2006). Der CGI sowie Ersterkrankungsstatus, durchschnittliches Ersterkrankungsalter, Familienstand, aktuelle Tätigkeit, Einschätzungen der Patienten und Verwandtschaftsgrad in Angehörigengruppen wurden in der COGPIP- Studie, wie auch in den anderen deutschen Studien zur Evaluierung von Wissensfragebögen, nach Wissen der Referentin nicht oder nicht vergleichbar beschrieben (Pitschel-Walz et al., 2013, Pitschel-Walz et al., 2006, Luderer et al., 1993). Bezüglich der Vorerfahrungen mit Psychoedukation wird dies zwar in der COGPIP- Studie als Vorhersagewert

ausgeschlossen, die genauen Zahlen zu Vorerfahrungen der Patienten mit Psychoedukation werden jedoch nicht genannt (Pitschel-Walz et al., 2013). Abweichungen von der Literatur wies unsere Stichprobe lediglich in Bezug auf die Chlorpromazinäquivalenzdosis auf, die hier im Durchschnitt mit 687 höher lag als noch in der COGPIP- Studie mit im Durchschnitt 486 (Pitschel-Walz et al., 2013). Ob dies ein Selektions-Bias ist oder tatsächlich die durchschnittliche CPZ-Äquivalenzdosis im Vergleich zu den Jahren vorher gestiegen ist, bleibt unklar. Insgesamt kann bei dieser Studie von einem vergleichbaren Setting und vergleichbarer Stichprobe zu früheren Studien ausgegangen werden, die auch einen Vergleich der Ergebnisse der Prädiktorenanalyse zulässt.

5.3 Itemanalyse und Vergleich zum WFB

Formal sind sowohl der WFB, als auch der SCHIWI speziell für die Anwendung in Psychoedukationsgruppen konstruiert, wobei der SCHIWI in beiden Versionen etwas weniger Items als der WFB enthält und keine Mehrfachnennungen beinhaltet (Pitschel-Walz et al., 2013). Sowohl beim SCHIWI100, wie auch aus diesem resultierenden SCHIWI22, wurde, wie schon beim WFB von Frau PD Dr. G. Pitschel-Walz zuvor, eine Itemanalyse durchgeführt. Im Vergleich mit der Literatur zeigte sich, dass sich bei der Fragebogenkonstruktion sowohl bei früheren Schizophrenie-Wissensfragebögen (WFB, ERWIPA), als auch beim SCHIWI, vor allem zu geringe Trennschärfen (Luderer et al., 1993) und leichte Item- Schwierigkeiten (Pitschel-Walz et al., 2013) als problematisch herausstellten und bei allen drei Fragebögen nach der ersten Itemanalyse eine Selektion der vorhandenen Items nach Trennschärfe und Item- Schwierigkeiten notwendig wurde.

Beim SCHIWI100 wurde als Maß für die interne Konsistenz Cronbachs Alpha mit 0,877, beim SCHIWI22 mit 0,923 berechnet. Im Vergleich hierzu wurde beim WFB in der 107 Item-Variante ein Cronbachs Alpha von 0,91 (Pitschel-Walz, 1997, S. 102), in der 52 Item- Variante von 0,94 berechnet (Pitschel-Walz et al., 2013). Die interne Konsistenz des SCHIWI kann somit, ebenso wie die des WFB zuvor, als sehr gut bewertet werden. Bezüglich der Trennschärfen liegen keine Angaben zum WFB vor, in der Veröffentlichung zum ERWIPA (Luderer et al., 1993) wird jedoch beschrieben, dass die Trennschärfen in der initialen Version unzureichend waren und in die daher notwendig gewordene endgültige Version nur Items mit der Trennschärfe $> 0,3$

eingingen. Beim SCHIWI100 zeigten sich ebenfalls unzureichende Trennschärfen in der Itemanalyse (66 Items mit Trennschärfen $< 0,3$ oder negativ). In der Itemauswahl für den SCHIWI22 wurde diese Trennschärfenanalyse berücksichtigt und ebenso wie beim ERWIPA negative Trennschärfen aus- und nur Items mit Trennschärfen $>0,3$ eingeschlossen (Luderer et al., 1993) sowie die endgültigen 22 Items in Abhängigkeit von Trennschärfe, Item- Schwierigkeit und Themenzugehörigkeit ausgewählt.

Im WFB konnten in der Itemanalyse für die COGPIP- Studie 55 Items mit unzureichenden Itemkennwerten, vor allem solche mit Itemschwierigkeiten $\leq 0,20$ oder $\geq 0,80$, detektiert und aus der Bewertung genommen werden (Pitschel-Walz et al., 2013), was einer Rate von 52% entspricht. Beim SCHIWI100 zeigten sich ebenfalls einige zu leichte Item- Schwierigkeiten (siehe 4.3.1.2), jedoch nur 22 Items mit Schwierigkeiten $\geq 0,80$ und keine mit unter $0,2$, was mit 22% deutlich zufriedenstellender ist.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass beim SCHIWI, genau wie beim WFB und ERWIPA, aufgrund unzureichender Itemkennwerte eine Selektion der Items vorgenommen werden musste und somit zunächst eine verbesserte und kürzere Version des Fragebogens kreiert wurde. Auch beim SCHIWI ließen sich also die grundlegenden testtheoretischen Probleme der vorhergehenden Wissensfragebögen nicht umgehen. Dennoch kann der SCHIWI in der endgültigen Version SCHIWI22 als ein sehr reliables und valides Messinstrument für das Schizophreniewissen eingeschätzt werden.

5.4 Wissenszuwachs

Der Wissenszuwachs war sowohl in der Gesamtgruppe, als auch für Patienten separat ausgewertet, hoch signifikant, was den zahlreichen Ergebnissen in der Literatur entspricht (Pitschel-Walz et al., 2013, Bäuml et al., 2015) und erneut zeigt, dass die manualisierte Psychoedukation effektiv ist und das krankheitsspezifische Wissen bei Patienten steigern kann.

Auch bei den Angehörigen konnte ein Wissenszuwachs von 8,429 auf 10,571 gezeigt werden, wobei dieser jedoch knapp nicht signifikant war.

In der vorliegenden Untersuchung konnte bei den Patienten ein etwas höherer Wissenszuwachs gezeigt werden, als bei den Angehörigen, wobei die Stichprobe mit

einem n von 14 bei den Angehörigen deutlich kleiner war, als die Stichprobe der Patienten und hier weitere Untersuchungen an größeren Stichproben notwendig sind und möglicherweise dann auch eine deutlichere Signifikanz bei Angehörigengruppen gezeigt werden kann.

5.5 Prädiktoren für den Wissenszuwachs

Als Prädiktoren für den Wissenszuwachs bei Patienten konnten mit hoher Signifikanz das Ausgangswissen, die Anzahl der besuchten Psychoedukationsgruppen und die Qualität der Beziehung zu den Angehörigen bestimmt werden. Dies entspricht in Bezug auf die ersten beiden Prädiktoren den Ergebnissen früherer Studien, wie der COGPIP- und der PIP- Studie, die ebenfalls nur für das Ausgangswissen, die Neurokognition, die hier nicht untersucht wurde, und die Teilnahmehäufigkeit einen Vorhersagewert beschrieben, nicht jedoch für die meisten soziobiographischen, klinischen oder medikamentenspezifischen Daten wie Alter, Diagnose, Medikamenteneinnahme etc. (Pitschel-Walz et al., 2013, Pitschel-Walz, 1997, S. 112-113, Jahn et al., 2011). Auch das Geschlecht, das sich in einer einzelnen Studie zumindest als Prädiktor für spezifisches Teilwissen und dessen Zunahme als signifikant gezeigt hatte (McWilliams et al., 2007), hatte weder bei den Angehörigen, noch bei den Patienten einen Effekt. Jedoch unterscheiden sich die hier dargestellten Ergebnisse insofern von der COGPIP- Studie, dass in dieser ein hohes Ausgangswissen Prädiktor für ein hohes Wissen nach der Psychoedukation war, es wird jedoch keine Aussage über den Wissenszuwachs getroffen oder ob ein niedriges Wissen vor der Psychoedukation, wie hier dargelegt, ein Prädiktor für den Wissenszuwachs ist (Pitschel-Walz et al., 2013). Im Vergleich mit der PIP- Studie zeigten sich in unserer Untersuchung ähnliche Ergebnisse, nämlich dass ein niedriges Ausgangswissen und häufige Teilnahme signifikante Prädiktoren für den Wissenszuwachs sind (Pitschel-Walz, 1997, S. 112).

Anders als in den beiden o.g. Studien, die neben der Neurokognition, keine weiteren Prädiktoren über diese beiden hinaus beschrieben, konnten in dieser Studie, sowohl in den einfaktoriellen Varianzanalysen, als auch in der separaten Analyse von Patienten- und Angehörigendaten mittels Regressionsanalyse und ALM noch Hinweise auf weitere Prädiktoren gefunden werden.

So zeigte sich in den explorativen einfaktoriellen Analysen für die Gesamtstichprobe

(Patienten und Angehörige) außerdem ein positiver Vorhersagewert für die subjektive Einschätzung des krankheitsbezogenen Wissens vor der Psychoedukation. Die Anzahl früherer Teilnahmen an Psychoedukationsgruppen verfehlte nur knapp das Signifikanzniveau.

Nur für die Patientenstichprobe berechnet, ergaben sich signifikante Effekte für die Erkrankungsdauer, die Anzahl der bisherigen stationären Aufenthalte und für die Beziehungsqualität zu den Angehörigen.

In der Regressionsanalyse bestätigten sich für die Patienten die Prädiktoren Ausgangswissen, Beziehungsqualität zu den Angehörigen und wie oft sie an der Gruppe teilgenommen hatten. Wie oben bereits beschrieben überrascht hier vor allem der Faktor „Beziehung zu den Angehörigen“, der sich in dieser Form so noch nicht in der Literatur wiederfindet. Da hier ausschließlich die Beziehungsqualität vor Beginn der Psychoedukationsstunden signifikant ist, kann dies auch nicht nur dadurch erklärt werden, dass die Beziehung zu den Angehörigen und das Familienklima durch die Psychoedukation verbessert wird, wie dies bereits frühere Studien gezeigt hatten (Gex-Fabry et al., 2015, Rahmani et al., 2015), sondern ergibt vielleicht einen Hinweis darauf, dass eine gute Beziehung zu den Angehörigen bereits vor der Psychoedukation Patienten motivieren kann, sich auf die Psychoedukation wirklich einzulassen und auch Themen wie Medikamentenlehre und Rückfallraten, die möglicherweise zunächst Reaktanz hervorrufen können, anzunehmen und viel später auch zu erinnern. Unsere Ergebnisse könnten also ein weiterer Hinweis für die Wirkung eines positiven Familienklimas in Hinblick auf etwa die Lernbereitschaft sein oder die Bereitschaft sich ernsthaft auf die vermittelten Inhalte einzulassen, wobei dieser Zusammenhang sicherlich noch in weiteren und größeren Stichproben untersucht werden muss. Außerdem bestätigt dies die mittlerweile allseits anerkannte Sichtweise, wie wichtig es ist, Angehörige „mit ins Boot“ zu holen, ebenfalls über die Erkrankung zu informieren und so erst eine gute Beziehung zwischen Patient und Angehörigem zu ermöglichen.

Auch wenn sich die Anzahl der stationären Aufenthalte und die Erkrankungsdauer in der Regressionsanalyse nicht als Prädiktoren für den Wissenszuwachs bei Patienten bestätigten, könnte dies dennoch ein Hinweis dafür sein, dass die Patienten während ihrer Erkrankungszeit, korrelierend mit mehreren stationären Aufenthalten, schon einiges an (impliziten) Wissen über die Erkrankung sammeln konnten und dies einen

psychoedukativ bedingten Wissenserwerb nochmals bahnen und verbessern könnte.

In den separaten ANOVAs für die Angehörigenstichprobe zeigte sich ebenfalls ein positiver Vorhersagewert für die Beziehungsqualität zu dem erkrankten Angehörigen sowie für Vorerfahrungen mit Psychoedukation und wie oft ein Angehöriger bereits an solchen Gruppen teilgenommen hatte. Ebenso wenig wie bei den Patienten oder in der PIP- Studie, waren die soziobiographischen oder krankheitsspezifischen Daten signifikante Prädiktoren (Pitschel-Walz, 1997, S. 112).

In der multifaktoriellen Analyse mittels ALM bestätigte sich jedoch nur der prädiktive Wert der Vorerfahrungen mit Psychoedukation. Die Beziehung zu den Angehörigen war kein geeigneter Prädiktor mehr. Dafür ergaben sich Hinweise für einen signifikanten Effekt der Prädiktoren „subjektive Einschätzung des Wissens nach der Psychoedukation“ und des Schulabschlusses. Die Prädiktoren Ausgangswissen und Teilnahmehäufigkeit an der aktuellen Gruppe waren, im großen Gegensatz zu den Patientenergebnissen, nicht signifikant.

Dies widerspricht den Ergebnissen in der Literatur insofern, dass bereits in der PIP- Studie gezeigt worden war, dass auch in der Angehörigengruppe ein niedriges Ausgangswissen und häufige Teilnahme durchaus signifikante Prädiktoren für den Wissenszuwachs sind (Pitschel-Walz, 1997, S. 112). Auch in der COGPIP- Studie hat die Vorerfahrung keinen prädiktiven Wert (Pitschel-Walz et al., 2013). Limitierender Faktor ist für die in dieser Dissertation vorgestellte Untersuchung bei Angehörigen jedoch die nur sehr kleine Stichprobe (n=10), so dass eine Überinterpretation der von der Literatur abweichenden Ergebnisse nur unter Vorbehalt erfolgen sollte. Jedoch spricht einiges dafür, dass Angehörige unabhängig von der Teilnahmefrequenz hinsichtlich Wissenszuwachs durch Psychoedukation profitieren und dass darüber hinaus trotzdem der Besuch von mehreren Gruppen über einen größeren Zeitraum hinweg, eben Vorerfahrungen mit Psychoedukation, durchaus förderlich ist.

Ebenfalls als signifikant in der multifaktoriellen Analyse der Angehörigenstichprobe zeigte sich der Prädiktor Schulabschluss. Dies geht über die Ergebnisse der PIP- und COGPIP- Studien insofern hinaus, dass in diesen weder bei Patienten, noch Angehörigen die Schulbildung für den Wissenszuwachs einen prädiktiven Wert hatte (Pitschel-Walz, 1997, S. 110, Pitschel-Walz et al., 2013). Wiederum limitierend muss

hier aber erwähnt werden, dass auch in unserer Untersuchung der Schulabschluss bei den Angehörigen nur in Bezug auf die dichotome Variable Abitur signifikant war, nicht jedoch auf die Schulbildung generell oder das Vorhandensein eines Hochschulabschlusses.

Die letzte unabhängige Variable mit hoher Signifikanz für die Angehörigenstichprobe war die subjektive Einschätzung des krankheitsspezifischen Wissens nach der Psychoedukation. Dies könnte dafür sprechen, dass Angehörige, im Gegensatz zu Patienten, bei denen dies kein signifikanter Prädiktor war, ihr (hohes) Wissen gut selbst einschätzen können und diejenigen, die sich für gut informiert halten, dies auch im Test verifizieren können. Im Rahmen der PIP- Studie war ebenfalls der Zusammenhang von Wissenszuwachs mit der Selbsteinschätzung der Angehörigen untersucht worden, wobei sich hier kein Zusammenhang zeigen ließ (Pitschel-Walz, 1997, S. 108-109). Diese Diskrepanz unterstreicht noch einmal die Notwendigkeit für die Untersuchung an einer größeren Angehörigenstichprobe, wobei auch bedacht werden muss, dass die Selbsteinschätzung in der PIP- Studie nur dreistufig nominalskaliert war, wohingegen in dieser Untersuchung die Einschätzung auf einer visuellen Analogskala von 0 bis 10 erfolgte und beide Studien somit nicht direkt vergleichbar sind.

Die Beziehung zu den erkrankten Angehörigen zeigte zwar in der einfaktoriellen Analyse noch einen signifikanten Effekt, nicht mehr jedoch in der multifaktoriellen Analyse. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass die Angehörigen, die an der Psychoedukation teilnehmen, unabhängig von der Qualität der Beziehung zum Erkrankten aufgrund des Leidensdrucks hoch motiviert sind dazuzulernen und daher kein signifikanter Unterschied besteht zwischen Angehörigen mit einem guten und schlechten Verhältnis zu den Patienten.

Insgesamt hatte von den zahlreichen soziobiographischen, klinischen und teilnahmespezifischen unabhängigen Variablen sowohl bei Patienten, als auch Angehörigen, ähnlich wie in der Literatur beschrieben (Pitschel-Walz, 1997, S. 108-109), nur ein sehr geringer Teil einen Vorhersagewert auf die abhängige Variable Schizophrenie- Wissenszuwachs.

Zusammenfassend kann jedoch festgehalten werden, dass sich, zumindest in dieser

Studie, die Prädiktoren für den Wissenszuwachs von Patienten und Angehörigen zum Teil deutlich unterscheiden. Limitierend für die Interpretation ist jedoch, besonders für die Ergebnisse der Angehörigengruppe, die geringe Testgröße, vor allem bedingt durch viele Auslassungen innerhalb der Fragebögen. Dies spiegelt auch die Sichtung der Literatur wieder, die ergab, dass gerade in Bezug auf Angehörigenpsychoedukation, noch ein hoher Forschungsbedarf besteht (Dixon et al., 2000) und es sind weitere Untersuchungen an größeren Stichproben notwendig, um die dargestellten Effekte weder zu überschätzen, noch zu übersehen und damit Chancen zu verpassen, die Psychoedukation für Patienten und Angehörige noch effektiver zu gestalten.

5.6 Einschätzungen von Patienten und Angehörigen

5.6.1 Krankheitsbezogenes Wissen

Die Patienten schätzten vor dem Besuch der Psychoedukationsgruppen ihr krankheitsbezogenes Wissen im Durchschnitt mit 4,84 auf der Skala von 0-10 ein. Nach dem Besuch der Gruppen schätzten sie ihr Wissen um 1,36 Punkte höher ein, im Durchschnitt mit 6,20. Hiermit kann also neben dem objektiven, auch ein, wenn auch geringer, subjektiver Wissenszuwachs gezeigt werden. Vor dem Hintergrund der Wirkfaktoren von Psychotherapie nach Grawe (Grawe, 2005) ist dies für die Problembewältigung durch besseres Kontrollgefühl und Handhabbarkeit von großer Bedeutung und entspricht dem Vergleich mit der Literatur, bei dem sich ebenfalls nach der Psychoedukation eine höhere Kompetenz- und Kontrollüberzeugung gezeigt hatte (Sibitz et al., 2006). Dadurch ließen sich spezifische Effekte durch die Teilnahme an Psychoedukationsgruppen sowohl bei Patienten als auch Angehörigen im Vorfeld nachweisen. Sowohl Patienten als auch Angehörige gaben eine deutlich höhere „prä-Einschätzung“ bezüglich ihres eigenen subjektiven Wissens ab, als diejenigen Patienten und Angehörigen, die bisher an keiner Psychoedukationsgruppe teilgenommen hatten.

Auch die Hypothese, dass Angehörige ihr subjektives krankheitsbezogenes Wissen nach der Psychoedukation höher einschätzen, konnte verifiziert werden. Dieses wurde um 2,41 Punkte höher eingeschätzt, nämlich im Durchschnitt mit 6,45 im Vergleich zu 4,04 vor der Gruppenteilnahme.

5.6.2 Beziehung zu Angehörigen

Bei der Angehörigengruppe zeigte sich in Bezug auf die Einschätzung der Beziehung zu den erkrankten Angehörigen zwischen den Auswahlmöglichkeiten „schlecht“, „mäßig“, „gut“ oder „sehr gut“ lediglich eine Verbesserung im Durchschnitt von 2,29 auf 2,37 (Modus: 3; „sehr gut“); bei den Patienten sogar eine minimale Verschlechterung von 2,2 auf 2,19 (Modus: 3; „sehr gut“).

Sowohl bei Patienten, als auch Angehörigen zeigte sich somit keine signifikante Veränderung in der Einschätzung der Beziehung zu ihren Angehörigen, wobei diese schon vor der Psychoedukation in beiden Gruppen sehr gut war und hier die Möglichkeit eines Deckeneffektes in Betracht gezogen werden muss.

In der Literatur wurden bisher, nach Wissen der Referentin, keine dezidierten Ergebnisse zur Veränderung der Einschätzung der Beziehung zu Angehörigen durch Psychoedukation veröffentlicht, jedoch konnte gezeigt werden, dass sich die Haltung der Angehörigen zu psychischen Erkrankungen signifikant änderte (Rahmani et al., 2015) und Patienten sich verstandener fühlten und eine positive Veränderung in der Familie bemerkten (Gex-Fabry et al., 2015). Dies könnten die guten bis sehr guten Einschätzungen der Beziehung zu den Angehörigen in unserer Studie, auch ohne signifikantes Ausmaß, zumindest untermauern.

5.6.3 Nutzen der Gruppenteilnahme

Sowohl Patienten als auch Angehörige schätzten den Nutzen der Psychoedukationsgruppen nach der Teilnahme als hoch ein, wobei die Angehörigen hier mit einem Mittelwert von 8,77 auf der Skala von 0-10 vor den Patienten mit dem Mittelwert 7,11 lagen. Dies entspricht den bisher veröffentlichten Ergebnissen, in denen sich sowohl in der Begleitforschung zu Angehörigen-, als auch Patientengruppen gezeigt hatte, dass diese als hilfreich und relevant erlebt wurden (Sibitz et al., 2007, Sin et al., 2014).

Mehr Literaturergebnisse als zum subjektiven Nutzen der Psychoedukation gibt es zu Veränderungen in der Einschätzung der Lebensqualität, wobei sich hier für Angehörige keine Veränderung der Einschätzung der Lebensqualität oder subjektiv empfundenen Last nach der Psychoedukation zeigte (Sin und Norman, 2013, Omranifard et al., 2014, Xia et al., 2011), für Patienten jedoch signifikante

Verbesserungen (Sibitz et al., 2006, Omranifard et al., 2014). Wenn man davon ausgeht, dass der subjektiv empfundene Nutzen der Psychoedukation auch mit einer höheren Lebensqualität einhergeht, würde dies in Parallelität zu den oben genannten Ergebnissen die Annahme rechtfertigen, dass auch in dieser Studie die Lebensqualität der Teilnehmer durch die Psychoedukation verbessert wurde.

5.7 Einschätzung der Praktikabilität des SCHIWI

Nachdem der SCHIWI100 zunächst viele Items mit zu geringen Trennschärfen und zu leichtem Itemschwierigkeitsgrad zeigte, weist der SCHIWI in der Version SCHIWI22 eine sehr gute Reliabilität (Chronbachs $\alpha = 0,923$) und akzeptable Itemschwierigkeiten sowie zufriedenstellende Trennschärfen (ausschließlich $> 0,3$) auf. Die hohe Drop-out Rate von Teilnehmern an den Psychoedukationsgruppen insgesamt, die oft nur unvollständig ausgefüllten Bögen und die geringe Zahl an vorliegenden Prä-/Post- Bögensets stellen jedoch eine gewisse Limitation der Arbeit dar. Aufgrund der verkürzten Form mit nur 22 Items ist dieser Bogen aber für die Anwendung in Psychoedukationsgruppen niederschwelliger als der Fragebogen mit 100 Items, so dass ein höherer Rücklauf zu erwarten wäre. Außerdem wäre aufgrund der lockeren Zuordnung zu Themen eine niedrigere Auslassrate bei der Fragenbeantwortung zu erwarten, da in der Auswertung der SCHIWI100-Fragebögen der Eindruck bestand, dass beispielsweise Fragen zur Medikation nicht nur häufiger nicht beantwortet wurden, sondern gleich der ganze Fragenkomplex zum Thema Psychopharmaka ausgelassen wurde. Somit könnte sich durch den SCHIWI22 die Problematik der hohen Auslassungszahlen deutlich verbessern.

Im Vergleich mit den in der Literatur vorgestellten Schizophrenie-Wissensfragebögen kann der SCHIWI22 sowohl hinsichtlich der Itemkennwerte, als auch hinsichtlich Länge und Form als zufriedenstellend und gut anwendbar bewertet werden.

5.8 Limitationen und Vorschläge für Modifikationen

Der SCHIWI mit 22 Items kann aus statistisch- itemanalytischer Sicht als praktikabel bewertet werden. Dennoch könnten einige Verbesserungen in der Studiendurchführung den hohen Drop-Out, die hohe Zahl an nicht vollständig

ausgefüllten Fragebögen und die Rate an nur unvollständig vorliegenden soziobiographischen Daten verringern. Zum einen sollten die Gruppen im Rahmen künftiger Studien geschlossen durchgeführt werden, was zum einen die Überprüfung der regelmäßigen Teilnahme erleichtern und die Schwelle für das Fernbleiben von der Gruppe erhöhen würde. Zum anderen sollte aber auch die Durchführung der Fragebogen- Untersuchung dahingehend verbessert werden, dass kein Teilnehmer den Fragebogen erst nach der ersten Stunde bekommen würde oder durch die abortive Teilnahme an den letzten Sitzungen einer Gruppe und dem ausschließlichen Ausfüllen eines Post- Bogens für die nächste Gruppe als Studienpatient aufgrund von Redundanzartefakten ausgeschlossen werden müsste. Vermutlich brächte eine geschlossene Gruppenform zwar eine geringere Teilnehmerzahl mit sich, die Vollständigkeit der Item- Beantwortung und der soziobiographischen Daten könnte aber besser überprüft und durch direktes und persönliches Anhalten zum vollständigen Ausfüllen verbessert werden. Des weiteren sollten die Psychoedukationsgruppen, die während der Studienzeit durchgeführt werden, von jeweils den gleichen Gruppenleitern durchgeführt werden, um die Homogenität der Inhalte sicherzustellen, die zwar sicherlich durch das APES- Manual vorgegeben ist, jedoch naturgemäß auch interindividuell leicht abweichen kann. Außerdem sollte für weitere Untersuchungen der personenbezogene Fragebogen insofern abgeändert werden, dass die einzelnen Fragen eindeutig kategorial- oder intervallskaliert sind, was eine Regressionsanalyse erleichtern könnte.

Für eine weitere klinische Validierung des SCHIWIs müssen zudem die 22, nach itemanalytischen Kennwerten ausgewählten, jedoch alle negativ, d.h. falsch formulierten Items, entweder um weitere positive, d.h. als „stimmt“ anzukreuzende Items erweitert oder einige Items zu wichtigen Inhalten in eine richtige Formulierung umgewandelt werden, was natürlich wiederum die Kennwerte verändern könnte. Dennoch ist dies auch nach lerntheoretischen Kriterien notwendig, um ein späteres Erinnern von nur falschen Aussagen zu vermeiden.

6 Ausblick

Der Schizophrenie- Wissensfragebogen SCHIWI22 kann entsprechend dieser Untersuchung und mit unter 5.8 genannten Modifikationen als valides und praktikables Untersuchungsinstrument zur Erfassung des schizophreniespezifischen Wissens im Rahmen von Psychoedukationsgruppen bewertet werden. Da dieser jedoch ausschließlich negativ formulierte Items aufweist, muss dieser entsprechend den Vorschlägen unter Punkt 5 nochmals erweitert oder umformuliert werden, was weitere Untersuchungen nötig macht, die diesen nochmals in der klinischen Anwendung erproben und eine Aussage darüber treffen zu können, ob sich die guten Itemkennwerte replizieren lassen. Dabei ist zu überprüfen, ob die Umformulierung und Ergänzung der Items und Auflösung der optischen Themenzuordnung diese Kennwerte verändern könnte.

Des weiteren sollte insbesondere der hier erstmalig aufgezeigte Prädiktor für den Wissenszuwachs „Beziehung zu Angehörigen“ in weiteren Untersuchungen auf seine Reliabilität überprüft werden, da dies ein bedeutender und neuer Aspekt für die unbestrittene Wichtigkeit der guten Beziehung von Patienten zu ihren Angehörigen darstellt und auch die Bedeutung der Angehörigenarbeit explizit unterstreicht. Insbesondere sollte untersucht werden, welcher Aspekt einer sehr guten Beziehung zu den Angehörigen den für den Wissenszuwachs wirksamen Faktor ausmacht.

Die in der Angehörigenstichprobe gefundenen Hinweise für eine Vorhersagekraft der Vorerfahrungen, der subjektiven Einschätzung des Wissens und des Schulabschlusses, sollten vor dem Hintergrund der sehr kleinen Stichprobe ebenfalls in größeren Studien erneut untersucht werden, da die Aussagekraft in dieser Untersuchung sicherlich eingeschränkt ist.

7 Zusammenfassung

Der Therapie und Rezidivprophylaxe schizophrener Psychosen kommt nicht nur aufgrund des individuellen Patientenschicksals, sondern auch vor dem Hintergrund hoher Kosten für das Gesundheitssystem und der anstehenden Umstellung auf das PEPP- System in der Psychiatrie eine große Bedeutung zu. Zum multimodalen Therapiekonzept gehört neben der Pharmakotherapie, Psychotherapie und Soziotherapie seit langem auch die Psychoedukation, eine systematische didaktisch-psychotherapeutische Intervention für Patienten und deren Angehörige, die unter anderem ein laiengerechtes Wissen über schizophrene Psychosen vermitteln soll. Diese kostengünstige und vielfach anwendbare Intervention kann nachgewiesenermaßen dazu beitragen, Rückfälle und stationäre Wiederaufnahmen zu reduzieren. Dabei gibt es verschiedene Ansätze, die Wirksamkeit von Psychoedukation „messbar“ zu machen und es existieren bereits mehrere Fragebögen, die schizophreniespezifisches Wissen und Wissenszuwachs durch Psychoedukation abbilden sollen, wobei sich in der Erprobung dieser bestehenden Bögen nach testtheoretischen Kriterien immer wieder Einschränkungen zeigten. So fanden sich beispielsweise Deckeneffekte in der Auswertung oder die Item- Schwierigkeiten waren zu leicht und die Trennschärfen nicht ausreichend.

Aus diesem Grund hat sich die hier vorliegende Arbeit zum Ziel gesetzt, einen neuen Schizophrenie- Wissensfragebogen (SCHIWI) im Rahmen der an der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar der TU München durchgeführten Psychoedukationsgruppen für schizophren Erkrankte zu evaluieren und zusätzlich mögliche Prädiktoren für den Wissenszuwachs zu ermitteln.

Zwischen April 2011 und August 2015 partizipierten 517 Patienten und 223 Angehörige an den Psychoedukationsgruppen, die getrennt voneinander und anhand des APES- Manuals durchgeführt wurden. Von diesen nahmen 359 an der Untersuchung teil und bekamen jeweils vor und nach den 8 Psychoedukationssitzungen den 100 Items umfassenden Wissensfragebogen SCHIWI ausgeteilt, wobei 136 Teilnehmer sowohl einen Prä- als auch einen Post-Bogen ausfüllten.

Bei der Evaluation nach testtheoretischen Kriterien des SCHIWIs zeigten sich in der Itemanalyse eine gute Reliabilität, jedoch nur ausreichende Itemschwierigkeiten bei unzureichenden Trennschärfen, so dass der Fragebogen von 100 Items auf die 22

Items mit den besten Itemkennwerten reduziert wurde (SCHIWI22). Somit zeigten sich in unserer Untersuchung ähnliche Schwierigkeiten wie bereits bei vorhergehenden Wissensfragebögen. Für diese 22 Items umfassende Version des SCHIWIs zeigte sich eine sehr gute Reliabilität mit guten Itemschwierigkeiten, keine Hinweise auf ausgeprägte Decken- oder Bodeneffekte und ausschließlich Trennschärfen über 0.3, sodass diese zur Analyse des Wissenszuwachses verwendet wurde.

Bei der Auswertung des Wissenszuwachses anhand des SCHIW22 zeigte sich ein signifikanter Anstieg. Die Wirksamkeit von Psychoedukation konnte also erneut gezeigt werden. Bezüglich der Prädiktoren für den Wissenszuwachs ließen sich die Ergebnisse früherer Studien insofern replizieren, als dass bei der Patientenstichprobe die Teilnahmehäufigkeit an der Gruppe und das Ausgangswissen einen sicheren Vorhersagewert hatten, nicht jedoch soziobiographische oder klinische Faktoren wie Alter, Geschlecht, Vorerfahrungen mit Psychoedukation, Diagnose, Medikation, Erkrankungsdauer, stationäre Aufenthalte, Ersterkrankungsstatus oder Familienstand. Auch Einschätzungen wie subjektiver Nutzen der Gruppe oder subjektiver Wissensstand waren nicht signifikant. Allerdings ergaben sich in dieser Untersuchung, über die Ergebnisse der Literatur hinausgehend, Hinweise darauf, dass eine gute Beziehung zu den Angehörigen einen positiven prädiktiven Wert für den Wissensgewinn bei Patienten hat, was die Bedeutung der systematischen Einbeziehung der Angehörigen und Wichtigkeit des Aufbaus einer guten Patienten- Angehörigen- Beziehung unterstreicht.

Die Ergebnisse der Angehörigengruppe unterschieden sich von denen der Patientengruppe und auch der Literatur insofern, als dass hier Vorerfahrungen mit Psychoedukation, die subjektive Einschätzung des krankheitsspezifischen Wissens und der Schulabschluss eine Rolle spielen, wobei die geringe Größe der Stichprobe einen limitierenden Faktor darstellt.

Zusammenfassend kann bei dem Schizophreniewissensfragebogen SCHIWI in der verkürzten Version von einem reliablen und validen Messinstrument zur Erfassung des schizophreniebezogenen Wissens, insbesondere im Rahmen von psychoedukativen Interventionen, gesprochen werden. Weitere Untersuchungen sowie größere Teststärken sind jedoch notwendig, um zum einen die Praktikabilität

im klinischen Alltag, die Retestreliaibilität und den Einsatz bei nicht psychoedukativen Interventionen zu überprüfen, zum anderen, um die bisher bestimmten Prädiktoren für den Wissenszuwachs zu evaluieren und zu erweitern.

Dies kann und soll nicht nur dazu beitragen, Wissen über Schizophrenie zuverlässig „messbar“ zu machen, sondern auch die Qualität der Psychoedukation zu verbessern, welche als basaler, breit anwendbarer und kostengünstiger Therapiebaustein vor dem Hintergrund einer langfristigen Schizophrenietherapie medizinisch und ökonomisch weiter an Bedeutung gewinnen wird.

8 Tabellen- und Diagrammverzeichnis

Tabelle 1: APES	19
Tabelle 2: Patientengruppen	30
Tabelle 3: Angehörigengruppen	30
Tabelle 4: Bogenbearbeitung Patienten	43
Tabelle 5: Bogenbearbeitung Angehörige	44
Tabelle 6: Gültige Prä- und Post- Bögen beider Gruppen	44
Tabelle 7: Fragebögen- Gesamtüberblick Patienten und Angehörige	45
Tabelle 8: Geschlechterverteilung	47
Tabelle 9: Bildungsstand	48
Tabelle 10: Diagnosen Patienten	50
Tabelle 11: Diagnosen der Referenzpatienten der Angehörigengruppen	51
Tabelle 12: Familienstand	52
Tabelle 13: Aktuelle Tätigkeit	52
Tabelle 14: Vorerfahrungen mit Psychoedukation	53
Tabelle 15: Beziehung zu den Angehörigen (prä)	54
Tabelle 16: Medikation	55
Tabelle 17: Verwandtschaftsgrad zu Referenzpatient	56
Tabelle 18: Itemkennwerte	60
Tabelle 19: Einfaktorielle Analysen Wissenszuwachs Gesamtgruppe	68
Tabelle 20: Einfaktorielle Analysen Wissenszuwachs Patienten und Angehörige	69
Tabelle 21: Prädiktoren für den Wissenszuwachs bei Patienten (Regressionsanalyse)	70
Tabelle 22: Prädiktoren für den Wissenszuwachs bei Angehörigen	71
Abbildung 1: Summenwerte SCHIWI 100	63
Abbildung 2: Summenwerte SCHIWI 22	65

9 Literaturverzeichnis

- Aho-Mustonen, K., Tiihonen, J., Repo-Tiihonen, E., Ryyanen, O. P., Miettinen, R., Raty, H. Group psychoeducation for long-term offender patients with schizophrenia: an exploratory randomised controlled trial. *Crim Behav Ment Health* (21) 2011, 163-76.
- Alvarez-Jimenez, M., Alcazar-Corcoles, M. A., Gonzalez-Blanch, C., Bendall, S., McGorry, P. D., Gleeson, J. F. Online, social media and mobile technologies for psychosis treatment: a systematic review on novel user-led interventions. *Schizophr Res* (156) 2014, 96-106.
- Anderson, C. M., Hogarty, G. E., Reiss, D. J. Family treatment of adult schizophrenic patients: a psycho-educational approach. *Schizophr Bull* (6) 1980, 490-505.
- Antônôvsqî, A. Pathogenese und Salutogenese: Eine komplementäre Beziehung. In: "Salutogenese zur Entmystifizierung der Gesundheit", Franke, A. (Hrsg.), Dgvt-Verl., Tübingen, 1997, 1. Auflage, 32-42.
- Ascher-Svanum, H. Development and validation of a measure of patients' knowledge about schizophrenia. *Psychiatr Serv* (50) 1999, 561-3.
- Barrowclough, C., Tarrier, N., Watts, S., Vaughn, C., Bamrah, J. S., Freeman, H. L. Assessing the functional value of relatives' knowledge about schizophrenia: a preliminary report. *Br J Psychiatry* (151) 1987, 1-8.
- Bäumli, J. "Split Personality": appropriate descriptions of complex symptoms. *Psychiatr Prax* (34) 2007a, 387.
- Bäumli, J., Baumgärtner, J., Froböse, T., Gsottschneider, A., Keller, Z., Lüscher, S., Scherr, M., Pitschel-Walz, G., Jahn, T. Partizipationsverhalten schizophrener erkrankter Patienten in Psychoedukationsgruppen. *Psychotherapeut* (57) 2012a, 301-312.
- Bäumli, J., Bechdorf, A., Behrendt, B., Bender, M., Berger, H., Bergmann, F., Conradt, B., D'Amelio, R., Froböse, T., Gunia, H., Heinz, A., Hornung, W. P., Hornung-Knobel, S., Jensen, M., Juckel, G., Kissling, W., Klingberg, S.,

- Kohler, T., Lägell, R., Luderer, H.-J., Mönter, N., Pitschel-Walz, G., Pleininger-Hoffmann, M., Puffe, M., Rentrop, M., Rummel-Kluge, C., Sadre Chirazi-Stark, F.-M., Schaub, A., Schönell, H., Sibus, B., Stengler, K., Wiedemann, G., Wienberg, G. Konsensuspapier zu psychoedukativen Interventionen bei schizophrenen Erkrankungen. In: "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen" ", Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart [u.a.], 2008, 2. Auflage, 1-33.
- Bäuml, J., Brönner, M., Leucht, S. Schizophrenie (F20). In: "Kurzlehrbuch Psychiatrie und Psychotherapie", Leucht S., Förstl, H. (Hrsg.), Georg Thieme Verlag, Stuttgart [u.a.], 2012b, 78-94.
- Bäuml, J., Lüscher, S., Pitschel-Walz, G. What I Don't Know Now, Can't Give me "Know How".... Psychiatr Prax (42) 2015, 293-5.
- Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. Allgemeine Einführung zur Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. In: "Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES)", Schattauer, Stuttgart, 2010b, 2. Auflage, 104-115.
- Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. "Pflicht": Psychoedukative Basismodule. In: "Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie (APES)", Schattauer, Stuttgart, 2010a, 2. Auflage, 9-52.
- Bäuml, J., Pitschel-Walz, G., Volz, A., Engel, R. R., Kissling, W. Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study. J Clin Psychiatry (68) 2007b, 854-61.
- Behrendt, B., Pitschel-Walz, G. Evaluation psychoedukativer Interventionen. In: "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsensuspapier der Arbeitsgruppe "Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen"", Bäuml, J., Pitschel-Walz, G. (Hrsg.), Schattauer, Stuttgart [u.a.], 2008, 2. Auflage, 270-284.

- Bleuler, E. Die Prognose der dementia praecox (Schizophreniegruppe). Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und psychisch-gerichtliche Medizin (65) 1908, 436-464.
- Cavelti, M., Kvrjic, S., Beck, E. M., Rusch, N., Vauth, R. Self-stigma and its relationship with insight, demoralization, and clinical outcome among people with schizophrenia spectrum disorders. Compr Psychiatry (53) 2012, 468-79.
- Choe, K., Sung, B. J., Kang, Y., Yoo, S. Y. Impact of Psychoeducation on Knowledge of and Attitude Toward Medications in Clients With Schizophrenia and Schizoaffective Disorders. Perspect Psychiatr Care (52) 2016, 113-9.
- Compton, M. T., Quintero, L., Esterberg, M. L. Assessing knowledge of schizophrenia: development and psychometric properties of a brief, multiple-choice knowledge test for use across various samples. Psychiatry Res (151) 2007, 87-95.
- Daltio, C. S., Attux, C., Ferraz, M. B. Knowledge in schizophrenia: The Portuguese version of KAST (Knowledge About Schizophrenia Test) and analysis of social-demographic and clinical factors' influence. Schizophr Res (168) 2015, 168-73.
- Deutsche Rentenversicherung. Psychische Störungen- Zahlen, Ursachen, Auswirkungen. In: "Positionspapier der Deutschen Rentenversicherung zur Bedeutung psychischer Erkrankungen in der Rehabilitation und bei Erwerbsminderung", Deutsche Rentenversicherung Bund (Hrsg.), Berlin, 2014, 9-10.
- DGPPN. Pharmakologische und andere somatische Behandlungsverfahren. In: "S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1- Behandlungsleitlinie Schizophrenie", Steinkopff-Verlag, Darmstadt, 2006b, 43-109.
- DGPPN. Hilfesysteme und soziotherapeutische Interventionen. In: "S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1- Behandlungsleitlinie Schizophrenie", Steinkopff-Verlag, Darmstadt, 2006a, 127-141.

- DGPPN. Psychotherapeutische Interventionen. In: "S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1- Behandlungsleitlinie Schizophrenie", Steinkopff-Verlag, Darmstadt, 2006d, 110-126.
- DGPPN. Psychoedukation. In: "S3 Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie. Band 1- Behandlungsleitlinie Schizophrenie", Steinkopff-Verlag, Darmstadt, 2006c, 112-115.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. F2 Schizophrenie, schizotype und wahnhafte Störungen. In: "Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F); Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis", Huber, Bern, 2011, 5. Auflage, 91-103.
- Dixon, L., Adams, C., Lucksted, A. Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* (26) 2000, 5-20.
- Gardner, D. M., Murphy, A. L., O'Donnell, H., Centorrino, F., Baldessarini, R. J. International consensus study of antipsychotic dosing. *Am J Psychiatry* (167) 2010, 686-93.
- Gex-Fabry, M., Cuenoud, S., Stauffer-Corminboeuf, M. J., Aillon, N., Perroud, N., Aubry, J. M. Group Psychoeducation for Relatives of Persons With Bipolar Disorder: Perceived Benefits for Participants and Patients. *J Nerv Ment Dis* (203) 2015, 730-4.
- Grawe, K. Empirisch validierte Wirkfaktoren statt Therapiemethoden. *Report Psychologie* (7/8) 2005, 311.
- Grosse, C., Wolff-Menzler, C. Analysis and Assessment of Modifications of the PEPP System Introduced by the PEPP Catalogue 2015. *Gesundheitswesen* (78) 2016, 446-51.
- Hornung, W. P., Feldmann, R., Klingberg, S., Buchkremer, G., Reker, T. Long-term effects of a psychoeducational psychotherapeutic intervention for schizophrenic outpatients and their key-persons--results of a five-year follow-up. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* (249) 1999, 162-7.

- Jahn, T., Pitschel-Walz, G., Gsottschneider, A., Frobose, T., Kraemer, S., Bäuml, J. Neurocognitive prediction of illness knowledge after psychoeducation in schizophrenia: results from the Munich COGPIP study. *Psychol Med* (41) 2011, 533-44.
- Kissling, W., Hoffler, J., Seemann, U., Müller, P., Ruther, E., Trenckmann, U., Uber, A., Graf von der Schulenburg, J. M., Glaser, P., Glaser, T., Mast, O., Schmidt, D. Direct and indirect costs of schizophrenia. *Fortschr Neurol Psychiatr* (67) 1999, 29-36.
- Konnopka, A., Stuhldreher, N., Klingberg, S., Wittorf, A., Bechdorf, A., Müller, B. W., Sartory, G., Wagner, M., Wiedemann, G., Wolwer, W., Heinrich, S., König, H. H. Determinants of direct cost in schizophrenia patients with persistent positive symptoms. *Psychiatr Prax* (41) 2014, 215-20.
- Lieb, K. Schizophrenien und andere psychotische Störungen. In: "Intensivkurs Psychiatrie und Psychotherapie", Lieb, K., Frauenknecht, S. (Hrsg.), Elsevier, Urban & Fischer, München, 2012, 7. Auflage, 177-202.
- Lincoln, T. M., Wilhelm, K., Nestoriuc, Y. Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* (96) 2007, 232-45.
- Luderer, H. J., Bocker, F. M., Anders, M., Wurzner, P. ERWIPA--a standardized inventory for assessment of illness-related insight in patients with schizophrenia. *Psychiatr Prax* (20) 1993, 227-30.
- Lüscher, S., Frobose, T., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. Psychoedukative Strategien bei schizophren erkrankten Patienten mit fehlender Krankheitseinsicht. Praktische Erfahrungen mit dem "Arbeitsbuch PsychoEduktion bei Schizophrenie". *Psychotherapeut* (57) 2012, 335-342.
- Maffei, C. von, Gorges, F., Kissling, W., Schreiber, W., Rummel-Kluge, C. Using films as a psychoeducation tool for patients with schizophrenia: a pilot study using a quasi-experimental pre-post design. *BMC Psychiatry* (15) 2015, 93.

- McWilliams, S., Hill, S., Mannion, N., Kinsella, A., O'Callaghan, E. Caregiver psychoeducation for schizophrenia: is gender important? *Eur Psychiatry* (22) 2007, 323-7.
- Mohamed, S., Rosenheck, R., McEvoy, J., Swartz, M., Stroup, S., Lieberman, J. A. Cross-sectional and longitudinal relationships between insight and attitudes toward medication and clinical outcomes in chronic schizophrenia. *Schizophr Bull* (35) 2009, 336-46.
- Mummendey, H. D., Grau, I. Itemanalyse. In: "Die Fragebogen- Methode: Grundlagen und Anwendung in Persönlichkeits-, Einstellungs- und Selbstkonzeptforschung", Hogrefe Verlag, Göttingen [u.a.], 2014, 6. Auflage, 97-100.
- Omranifard, V., Yari, A., Kheirabadi, G. R., Rafizadeh, M., Maracy, M. R., Sadri, S. Effect of needs-assessment-based psychoeducation for families of patients with schizophrenia on quality of life of patients and their families: A controlled study. *J Educ Health Promot* (3) 2014, 125.
- Pekkala, E., Merinder, L. Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 2002(2): DOI: 10.1002/14651858.CD002831.
- Pitschel-Walz, G. Die Münchener PIP- Studie (Psychosen- Informations- Projekt). In: "Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung schizophrener Patienten und ihr Einfluß auf den Krankheitsverlauf", Peter Lang, Frankfurt am Main [u.a.], 1997, 99-118.
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Bender, W., Engel, R. R., Wagner, M., Kissling, W. Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: results of the Munich Psychosis Information Project Study. *J Clin Psychiatry* (67) 2006, 443-52.
- Pitschel-Walz, G., Gsottschneider, A., Frobose, T., Kraemer, S., Bäuml, J., Jahn, T. Neuropsychology of psychoeducation in schizophrenia: results of the Munich COGPIP study. *Nervenarzt* (84) 2013, 79-90.

- Pitschel-Walz, G., Leucht, S., Bäuml, J., Kissling, W., Engel, R. R. The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia--a meta-analysis. *Schizophr Bull* (27) 2001, 73-92.
- Rahmani, F., Ranjbar, F., Ebrahimi, H., Hosseinzadeh, M. The Effects of Group Psychoeducational Programme on Attitude toward Mental Illness in Families of Patients with Schizophrenia, 2014. *J Caring Sci* (4) 2015, 243-51.
- Rentrop, M., Häussermann, P., Thöml, T. Tipps für die Stationsarbeit. In: "Klinikleitfaden Psychiatrie und Psychotherapie", Rentrop, M., Müller, R., Bäuml, J. (Hrsg.), Elsevier, Urban & Fischer, München [u.a.], 2009, 4. Auflage, 1-59.
- Rentrop, M., Müller, R. Schizophrene Psychosen, schizoaffektive, schizotype und wahnhaftige Störungen. In: "Klinikleitfaden Psychiatrie und Psychotherapie", Rentrop, M., Müller, R., Bäuml, J. (Hrsg.), Elsevier, Urban & Fischer, München [u.a.], 2009, 4. Auflage, 295-322.
- Rummel-Kluge, C., Kissling, W. Psychoeducation in schizophrenia: new developments and approaches in the field. *Curr Opin Psychiatry* (21) 2008, 168-72.
- Rummel-Kluge, C., Kluge, M., Kissling, W. Frequency and relevance of psychoeducation in psychiatric diagnoses: Results of two surveys five years apart in German-speaking European countries. *BMC Psychiatry* (13) 2013, 170.
- Rummel-Kluge, C., Pitschel-Walz, G., Bäuml, J., Kissling, W. Psychoeducation in schizophrenia- results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria, and Switzerland. *Schizophr Bull* (32) 2006, 765-75.
- Schaub, A., Neubauer, N., Bernhard, B., Born, C., Moller, H. J., Grunze, H. Cognitive-psychoeducational group programme for bipolar disorder: pilot study with two-year follow-up. *Fortschr Neurol Psychiatr* (81 Suppl 1) 2013, 30-4.

- Sibitz, I., Amering, M., Gossler, R., Unger, A., Katschnig, H. Patients' perspectives on what works in psychoeducational groups for schizophrenia: a qualitative study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (42) 2007, 909-15.
- Sibitz, I., Gossler, R., Katschnig, H., Amering, M. "Knowing--enjoying--better living". A seminar for persons with psychosis to improve their quality of life and reduce their vulnerability. *Psychiatr Prax* (33) 2006, 170-6.
- Sin, J., Henderson, C., Norman, I. Usability of online psychoeducation for siblings of people with psychosis. *Int J Technol Assess Health Care* (30) 2014, 374-80.
- Sin, J., Norman, I. Psychoeducational interventions for family members of people with schizophrenia: a mixed-method systematic review. *J Clin Psychiatry* (74) 2013, e1145-62.
- Singer, S., Brähler, E. Salutogene Faktoren. In: ""Die "Sense of Coherence Scale" Testhandbuch zur deutschen Version", Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen, 2007, 1. Auflage, 9-10.
- Uchino, T., Maeda, M., Uchimura, N. Psychoeducation may reduce self-stigma of people with schizophrenia and schizoaffective disorder. *Kurume Med J* (59) 2012, 25-31.
- Xia, J., Merinder, L. B., Belgamwar, M. R. Psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* (37) 2011, 21-2.
- Yang, Y. K., Hsieh, H. H., Wu, A. C., Yeh, T. L., Chen, C. C. Help-seeking behaviors in relatives of schizophrenics in Taiwan. *Gen Hosp Psychiatry* (21) 1999, 303-9.
- Zhao, S., Sampson, S., Xia, J., Jayaram, M. B. Psychoeducation (brief) for people with serious mental illness. *Cochrane Database Syst Rev* 2015(4) DOI: 10.1002/14651858.CD010823.

10 Anhang

10.1 SCHIWI- Fragebogen

SCHIWI – Fragebogen

(Der Wissensstand zu Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis)

Name(erster Buchstabe):	Vorname (erster Buchstabe):	Station:	Studien-Nr.:
vor / nach den 8 Gruppensitzungen (Zutreffendes bitte unterstreichen)		Datum:	

Sehr geehrte Damen und Herren,
der vorliegende Fragebogen enthält 20 verschiedene Themenbereiche zum Krankheitsbild der Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis.

Beantworten Sie bitte jede der Fragen mit „ja“ oder mit „nein“.

Lassen Sie bitte keine Frage aus! In jedem Fragekasten sind die „ja“ und „nein“ – Antworten sehr unterschiedlich verteilt, es können alle 5 Antworten „ja“ oder auch „nein“ lauten. Machen Sie Ihr Kreuz immer dort, wo Sie es für zutreffend halten.

Für Ihre Mitarbeit bereits im Voraus herzlichen Dank!

1	Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis I: Stimmt ja oder nein?	Ja	nein
1.1	Schizophrene Erkrankungen haben in den letzten 50 Jahren stark zugenommen		
1.2	Menschen mit einer Psychose sind oft sehr kreativ und originell		
1.3	In der Psychose gibt es gleichzeitig eine allgemeine und eine private Wirklichkeit		
1.4	Unter Schizophrenie versteht man eine gespaltene Persönlichkeit		
1.5	Es liegt eine Störung der Informationsverarbeitung im Gehirn vor		

2	Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis II: Stimmt ja oder nein?	Ja	nein
2.1	Männer sind häufiger betroffen als Frauen		
2.2	Etwa 10% aller Menschen erkranken daran		
2.3	Typischerweise beginnt die Erkrankung zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr		
2.4	Wenn ein Elternteil erkrankt ist, werden etwa 5% der Kinder auch krank		
2.5	Wird ein Geschwisterteil krank, erkranken ca. 50% der anderen Geschwister auch		

3	Plus-Symptome: Stimmt ja oder nein?	Ja	nein
3.1	Die Beschwerden werden eingeteilt in „Plus“ und „Minus“ – Symptome		
3.2	Typische Plus –Symptome sind Antriebsmangel und Müdigkeit		
3.3	Plussymptome sind für Laien oft nicht zu erkennen		
3.4	Bei Plussymptomen haben die Patienten keine Selbstmordgedanken		
3.5	Plus meint, dass zum bisherigen Erleben etwas ganz Neues hinzukommt		

4	Minus-Symptome: Stimmt ja oder nein?	Ja	nein
4.1	Minus-Symptome sind für die meisten Patienten kein Problem		
4.2	Plus- und Minussymptome können gleichzeitig auftreten		
4.3	Nach Plusssymptomen müssen immer Minussymptome folgen		
4.4	Minussymptome sprechen besser auf Medikamente an als Plusssymptome		
4.5	Minussymptome dauern oft länger als Plusssymptome		

5	Plus- und Minussymptome: Stimmt ja oder nein?	Ja	nein
5.1	Vergiftungsängste sind die häufigsten Plusssymptome		
5.2	Gedankeneingebung zählt zu den Ichstörungen		
5.3	Konzentrationsstörungen können sowohl Plus- als auch Minussymptome sein		
5.4	Patienten mit Minussymptomen sind immer schwer depressiv		
5.5	Patienten können selber gar nichts machen zur Besserung der Minussymptome		

6	Der Neurostoffwechsel bei Psychosen: Stimmt ja oder nein?	ja	nein
6.1	Für Psychosen gibt es biologische Ursachen		
6.2	Im limbischen System (Stimmungszentrum) ist das Dopamin erhöht		
6.3	Im Frontalhirn (Stirnhirn) ist das Dopamin erhöht		
6.4	In der Sehrinde ist das Dopamin erhöht		
6.5	Zu viel Dopamin erzeugt ein Parkinsonoid („Zitterkrankheit“)		

7	Reizverarbeitung im Gehirn: Stimmt ja oder nein?	ja	nein
7.1	Die Minussymptome entstehen durch einen Überschuss an Dopamin		
7.2	Durch die Blockade von Dopamin kann es zu verstärktem Milchfluss kommen		
7.3	Die Reizverarbeitung im Gehirn erfolgt nur durch Botenstoffe		
7.4	Neuroleptika erhöhen den Dopamingehalt im Gehirn		
7.5	Alkohol und Drogen erhöhen das Rückfallrisiko		

8	Vulnerabilitäts-Stress – Modell: Stimmt ja oder nein?	ja	nein
8.1	Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell gilt für alle seelischen Erkrankungen		
8.2	Genetische Einflüsse spielen eine wichtige Rolle		
8.3	Kindheitstraumata haben keine Bedeutung		
8.4	Mangelnde soziale Fertigkeiten können zu Stress führen		
8.5	Neuroleptika können die Widerstandsfähigkeit gegenüber Stress verbessern		

9	Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell: Stimmt ja oder nein?	ja	nein
9.1	Psychotherapie verringert die eigene Verletzlichkeit		
9.2	Neuroleptika beseitigen die eigene Verletzlichkeit		
9.3	Angehörigengruppen verringern den Stress in der Familie		
9.4	Die Vulnerabilität hängt von der eigenen Willensstärke ab		
9.5	Entspannungsübungen erleichtern die Bewältigung von Stress		

10	Psychopharmaka bei Psychosen: Stimmt ja oder nein?	Ja	nein
10.1	Antidepressiva lindern Minussymptome		
10.2	Neuroleptika können abhängig machen		
10.3	Niederpotente Neuroleptika wirken besonders gut gegen Plusssymptome		
10.4	Typische Neuroleptika bessern den Dopaminmangel im Frontalhirn (Stirnhirn)		
10.5	Tranquilizer (Beruhigungsmittel) können abhängig machen		

11	Diese Medikamente sind typische Neuroleptika: Stimmt ja oder nein?	Ja	nein
11.1	Haldol		
11.2	Zeldox		
11.3	Zyprexa		
11.4	Solian		
11.5	Dapotum		

12	Verursachen typischerweise eine Gewichtszunahme: Stimmt ja oder nein?	Ja	nein
12.1	Abilify		
12.2	Risperdal		
12.3	Leponex		
12.4	Zyprexa		
12.5	Zeldox		

13	Machen typischerweise ein Parkinsonoid (Steifigkeit): Stimmt ja oder nein?	Ja	nein
13.1	Seroquel		
13.2	Akineton		
13.3	Haldol		
13.4	Risperdal		
13.5	Leponex		

14	Sinnvolle Kombinationen von zwei Neuroleptika: Stimmt ja oder nein?	Ja	nein
14.1	Haldol und Glimon		
14.2	Solian und Risperdal		
14.3	Leponex und Abilify		
14.4	Seroquel und Risperdal		
14.5	Zyprexa und Neurocil		

15	Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen I: Stimmt ja oder nein?	Ja	nein
15.1	Psychotherapie wird bei Menschen mit Psychosen zu selten eingesetzt		
15.2	Psychotherapie verbessert die Durchsetzungsfähigkeit		
15.3	Verhaltenstherapie ist sehr geeignet bei Psychosen		
15.4	In der Verhaltenstherapie wird kaum gesprochen, nur geübt		
15.5	In der Verhaltenstherapie müssen sich die Patienten nicht aktiv beteiligen		

16	Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen II: Stimmt ja oder nein?	ja	nein
16.1	Psychotherapie hilft nur bei Depressionen		
16.2	Medikation und Tiefenpsychologische Behandlung schließen sich aus		
16.3	In der Akutphase ist die Tiefenpsychologie nicht zu empfehlen		
16.4	Erfahrungsaustausch mit anderen Patienten gibt mehr Sicherheit		
16.5	Intensives Heilfasten kann die Rückfallgefahr erhöhen		

17	Psychosoziale Maßnahmen: Stimmt ja oder nein?	ja	nein
17.1	Psychosoziale Maßnahmen zählen zur Grundbehandlung		
17.2	Alle Psychosozialen Maßnahmen werden von den Krankenkassen bezahlt		
17.3	Eine Erwerbsunfähigkeitsrente ist zunächst auf 2 Jahre begrenzt		
17.4	Betreutes Wohnen ermöglicht ein selbstbestimmtes Leben		
17.5	Der Behindertenausweis schützt vor sozialer Benachteiligung		

18	Rückfallschutzbehandlung: Stimmt ja oder nein?	ja	nein
18.1	Ohne Medikation beträgt das Rückfallrisiko im ersten Jahr etwa 30-40%		
18.2	Neuroleptika verringern das Rückfallrisiko im ersten Jahr auf 10-20%		
18.3	Ersterkrankte sollten die Medikation zunächst ein bis zwei Jahre lang nehmen		
18.4	Bei einem Rückfall unter Neuroleptika werden die Medikamente ganz abgesetzt		
18.5	Wiederholt Erkrankte brauchen eine geringere Dosis		

19	Frühwarnzeichen (FWZ): Stimmt ja oder nein?	ja	nein
19.1	Typische FWZ: Stimmenhören und Verfolgungswahn		
19.2	Typische FWZ: Erhöhte Geräusch- und Lärmempfindlichkeit		
19.3	Durch wiederholte Rückfälle werden die meisten Patienten stabiler		
19.4	Medikation und Stressvermeidung sind die wichtigsten Schutzfaktoren		
19.5	Typische FWZ: Schlafstörungen und erhöhte Nervosität		

20	Verlauf der Erkrankung und Krisenplan (KP): Stimmt ja oder nein?	ja	nein
20.1	Wichtige Inhalte des Krisen-Plans: Mietvertrag und Führerschein		
20.2	Durch Psychoedukation werden Patienten und Angehörige zu Experten		
20.3	Bei Krisen sollen Angehörige nur im Notfall hinzugezogen werden		
20.4	„Eiserne Ration“ : Medikamente, die bei Krisen selbständig genommen werden		
20.5	„Positiver Knick“: Deutliche Besserung auch noch nach zwanzig und mehr Jahren		

Durch Ihre Antworten wollen wir einen Überblick bekommen, welche Informationen Ihnen bereits vertraut sind und auf welchen Gebieten wir Sie noch besser unterstützen sollten, damit Sie möglichst gut über diese Erkrankung Bescheid wissen.

Herzlichen Dank für die komplette Beantwortung aller Fragen!

J. Bäuml

10.2 Informationsblatt Patienten



**Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie des
Klinikums rechts der Isar der
Technischen Universität München
Direktor: Univ.-Prof. Dr. H. Förstl
Anstalt des öffentlichen Rechts**



Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum rechts der Isar, Ismaninger Straße 22, 81675 München

Briefanschrift 81675 München
Telefon +49 (89) 4140 - 1
Durchwahl +49 (89) 4140 - 4212
Telefax +49 (89) 4140 - 4941
PD Dr. Bäuml (Ltd. OA)

Anschrift 81675 München
Telefon +49 (89) 4140 - 1
Durchwahl +49 (89) 4140 - 4212
Telefax +49 (89) 4140 - 4941

Psychoedukative Gruppen – Informationsblatt für Patienten

Sehr geehrte Damen und Herren,

Sie befinden sich derzeit in stationärer oder ambulanter Behandlung in unserer Klinik.

Bei Ihrer Erkrankung handelt es sich um eine Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Viele von Ihnen haben bereits große Erfahrung mit diesem Krankheitsbild und haben gelernt, Ihre eigenen Kräfte zu mobilisieren, um möglichst gut mit dieser Erkrankung zurecht zu kommen.

Damit Sie auch über die heute zur Verfügung stehenden medizinischen Behandlungsmethoden (Medikamente, Psychotherapie, Psychosoziale Maßnahmen) möglichst gut Bescheid wissen, möchten wir Sie zu 8 Psychoedukativen Gruppentreffen einladen. In diesen Gruppen versuchen wir, die aus unserer Sicht wichtigsten Informationen über die Hintergründe der Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen gemeinsam mit Ihnen zu erarbeiten.

Wir legen dabei großen Wert darauf, diese Fakten in einer für Sie gut verstehbaren und nachvollziehbaren Sprache zu vermitteln. Gleichzeitig bitten wir Sie um Ihre aktive Beteiligung, damit Sie Ihre eigenen Erfahrungen möglichst gewinnbringend mit den wissenschaftlichen Erkenntnissen verbinden können.

Um abschätzen zu können, wie gut Sie bereits über die Erkrankung Bescheid wissen und welche Fragen noch offen sind, bitten wir Sie, vor und nach den Gruppen jeweils einige Fragebögen auszufüllen. Zusätzlich möchten wir Sie nach jeder Gruppe bitten, einen kurzen Fragebogen auszufüllen, in dem Sie ankreuzen, wie Sie die aktuelle Stunde erlebt haben.

Die Zusammenschau dieser Daten soll uns helfen, unsere Behandlungsmöglichkeiten weiter zu verbessern und fort zu entwickeln, damit Sie möglichst selbstbewusst und erfolgreich ihre Erkrankung bewältigen können.

Die Daten, die wir per Fragebogen erheben, werden selbstverständlich anonym, d.h., ohne Nennung Ihres Namens, ausgewertet.

Mit Ihrer Unterschrift geben Sie auch Ihr Einverständnis, dass diese Daten in anonymer Form wissenschaftlich ausgewertet und veröffentlicht werden dürfen.

Des Weiteren würden wir uns freuen, bei der nächsten Psychoedukativen Angehörigengruppe, die getrennt von der Patientengruppe stattfindet, Ihre Angehörigen einladen zu dürfen. Aufgrund unserer Erfahrung und den Ergebnissen vieler wissenschaftlicher Untersuchungen können wir Ihnen versichern, dass sich das häusliche Klima deutlich verbessert, wenn die Angehörigen gut über die Erkrankung und die erforderliche Behandlung Bescheid wissen. Versuchen Sie deshalb mit allen Kräften, Ihre Angehörigen zum Besuch der Gruppe zu motivieren! Wir schicken Ihren Angehörigen ein eigenes Infoblatt mit den Terminen für die Angehörigengruppe.

Tragen Sie bitte die von Ihnen vorgeschlagenen Angehörigen in die dafür vorgesehenen Felder des Anmeldeformulars ein oder sprechen Sie Ihre Ärztin/ Ihren Arzt an. Geben Sie bitte das ausgefüllte Anmeldeblatt bei Ihrem behandelnden Arzt ab.

Bei weiteren Fragen stehen wir Ihnen gerne zur Verfügung.

Mit freundlichen Grüßen und den besten Wünschen für Ihre weitere Gesundheit!

PD Dr. J. Bäuml
Leitender Oberarzt

S. Lüscher
Assistenzärztin

10.3 Informationsblatt Angehörige

Angehörigengruppe

für die Angehörigen von Patienten mit einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis

Liebe Angehörige,

in Absprache mit Ihrem erkrankten Familienmitglied möchten wir Sie zu unserer Psychoedukativen Angehörigengruppe einladen.

Es handelt sich hierbei um 8 Gruppennachmittage, jeweils montags 17.00 Uhr bis ca. 18.30 Uhr. Die aktuelle Gruppe wird am Montag, den 13.01.2014 beginnen. Zu dieser kommen ca. 15 Angehörige von Patienten zusammen, die bei uns wegen einer schizophrenen Erkrankung in Behandlung sind oder waren. Unserer Erfahrung nach haben sich diese Gruppen sehr bewährt! Wir informieren zum einen über die Hintergründe der Erkrankung, die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen, Medikamente, Prognose und soziale Aspekte und zum anderen kann der Erfahrungsaustausch mit anderen betroffenen Familien wertvolle Anregungen für den weiteren Umgang mit der Erkrankung geben.

Zu diesen Gruppen sind nur die Angehörigen eingeladen, nicht die Patienten selbst. Diese haben bereits während ihrer stationären Behandlung die Möglichkeit, einer ähnlichen Gruppe beizuwohnen.

Der erste Termin für die neu beginnende Angehörigengruppe ist am Montag, den 13. Januar 2014.

Treffpunkt: 17.00 Uhr, Eingangshalle der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Ismaninger Str. 22

Tagungsort: Konferenzraum im 4. Stock

Leitung: Herr PD Dr. med. J. Bäuml (Tel: 089/4140-4205 o. -4206), Frau S. Lüscher (Tel: 089/4140-4212), Frau J. Braun, Frau V. Klein

Bitte bestätigen Sie uns auf beiliegendem Formular, dass Sie und gerne weitere Familienmitglieder an den Gruppen teilnehmen werden. Außerdem würden wir uns freuen, wenn Sie beiliegenden Fragebogen, welcher selbstverständlich anonym ausgewertet wird, zur ersten Gruppe ausgefüllt mitbringen würden.

In der Hoffnung, Sie bald bei uns begrüßen zu dürfen, verbleiben wir im Namen aller Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter mit sehr herzlichen Grüßen,

Ihre

PD Dr. med. J. Bäuml

S. Lüscher

10.4 Anmeldeformular Patienten

Psychoedukation

Anmeldeformular zur Patientengruppe 03/2015:

Patient:

Name: _____

Vorname: _____

Station: _____

Behandelnder Arzt: _____

Hiermit melde ich mich zur regelmäßigen Teilnahme (8 Termine; Montags und Donnerstags) an der Patientengruppe an.

Außerdem stimme ich der anonymisierten, d.h. ohne Nennung des Namens, wissenschaftlichen Auswertung der im Rahmen der Gruppe ausgefüllten Fragebögen zu.

Für die demnächst beginnende Psychoedukative Angehörigengruppe würden wir uns freuen Ihre Angehörigen einladen zu dürfen.

Mit der Einladung folgender Personen zur Angehörigengruppe bin ich einverstanden:

Angehöriger:

Name: _____

Art der Verwandtschaft: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax/ Email: _____

Angehöriger:

Name: _____

Art der Verwandtschaft: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax/ Email: _____

München, den _____

Unterschrift: _____

10.5 Anmeldeformular Angehörige

Psychoedukation für Angehörige

Anmeldeformular zur Angehörigengruppe 01/2012:

Name und Vorname des Angehörigen: _____

Art der Verwandtschaft: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

Fax/ Email: _____

Name der Patientin/des Patienten: _____

Station: _____

Ich komme mit
weiteren Personen (Zahl): _____

Hiermit melde ich mich zur regelmäßigen Teilnahme (8 Termine; Montags von 17.00 Uhr bis 18.30 Uhr) an und werde am ersten Termin, den 09.01.2012 an der Gruppe teilnehmen. Außerdem stimme ich der anonymisierten, d.h. ohne Nennung des Namens, wissenschaftlichen Auswertung der im Rahmen dieser Gruppe ausgefüllten Fragebögen zu.

München, den _____

Unterschrift: _____

10.6 Curriculum

Wir freuen uns auf Sie- Psychoedukative Patientengruppe

Für die neu startende Gruppe, die jeweils **Montag und Donnerstag von 12.30 Uhr bis 13.30 Uhr** stattfindet, finden Sie hier die Termine und Themen:

	Datum	Leitung	Themen
1.	16.06.11 (Do)	Prof. Bäuml S. Lüscher	<ul style="list-style-type: none"> Begrüßung und Einführung Vorstellung der Teilnehmer Organisatorisches Aktuelle Probleme Krankheitsbegriff („Bin ich hier richtig?“)
2.	20.06.11 (Mo)	Prof. Bäuml S. Lüscher	<ul style="list-style-type: none"> Symptomatik („Ist das überhaupt eine Psychose?“)
3.	27.06.11 (Mo)	Prof. Bäuml S. Lüscher	<ul style="list-style-type: none"> „Somatische Brücke“ (Synapsen- Modell“) („Wie kann man sich das Zustandekommen dieser Beschwerden erklären?“)
4.	30.06.11 (Do)	Prof. Bäuml S. Lüscher	<ul style="list-style-type: none"> Ursachen Vulnerabilitäts- Stress- Bewältigungsmodell- Modell („Woher kommt diese Erkrankung?“)
5.	04.07.11 (Mo)	Prof. Bäuml S. Lüscher	<ul style="list-style-type: none"> Medikamente und Nebenwirkungen („Schaden diese Medikamente nicht mehr als sie nutzen?“)
6.	07.07.11 (Do)	Prof. Bäuml S. Lüscher	<ul style="list-style-type: none"> Psychotherapie („Kann man den inneren Knackpunkt finden?“)
7.	11.07.11 (Mo)	Frau Petra Ludstock (Dipl.- Soz.-Päd.)	<ul style="list-style-type: none"> Psychosoziale Maßnahmen (WAFFFFF...) (Wohnen, Arbeit, Freizeit, Finanzen, Freunde, Familie, Future,..) <ul style="list-style-type: none"> Unterstützungsmaßnahmen- wie und was kommt infrage?
8.	14.07.11 (Do)	Prof. Bäuml S. Lüscher	<ul style="list-style-type: none"> Rezidivprophylaxe Frühwarnzeichen Krisenplan Verabschiedung („Wie lang muss ich jetzt das Gras wachsen hören?“)

10.7 Patientenfragebogen

=> Bitte zurück an S. Lüscher/ Station 7/1

Ihr Patientencode _____ (vom Arzt auszufüllen) Station: _____

Zu Ihrer Person:

1. Alter: _____ Geburtsdatum: _____
2. Geschlecht: Weiblich
 Männlich
3. Familienstand Verheiratet Geschieden
 Ledig/ Single Verwitwet
 Getrennt lebend Feste Partnerschaft
4. Was ist Ihr höchster erreichter Schulabschluss?
 Kein Abschluss Abitur
 Hauptschule Anderes: _____
 Realschule
5. Haben Sie einen Hochschul-/ Fachhochschulabschluss Ja Nein
wenn ja, welchen: _____
6. Sie sind derzeit... Berufstätig: _____ Arbeitslos
 Hausfrau/ - mann Berentet/ Pensioniert
 Sonstiges (z.B. Auszubildender, Schüler, etc.): _____
7. Wieviele stationäre Aufenthalte hatten Sie bisher (ohne den aktuellen): _____
8. Haben Sie schon mal an einer psychoedukativen Gruppe teilgenommen?
 Nein
 Ja
 => Wenn „Nein“, fahren Sie bitte mit Frage 11 fort.
9. Wie oft haben Sie an einer psychoedukativen Gruppe (mit 4 oder mehr Sitzungen) teilgenommen?

 _____ Mal
10. Wie sehr hat sie Ihnen geholfen? (0 = hat mir überhaupt nicht geholfen,
10 = hat mir sehr geholfen)

 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
11. Wie hoch schätzen Sie Ihr krankheitsbezogenes Wissen ein? (0 = sehr niedrig,
10 = sehr hoch)

 0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
12. Wie schätzen Sie die Beziehung zu Ihren Angehörigen ein?
 Sehr gut
 Gut
 Mäßig
 Schlecht

10.8 Angehörigenfragebogen

Ihr Angehörigencode _____ (vom Arzt einzutragen)

=> Bitte zurück an S. Lüscher, Station 7/1, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie,
Ismaningerstr. 22, 81675 München

Zu Ihrer Person:

1. Alter: _____
2. Geschlecht: Weiblich
 Männlich
3. Familienstand Verheiratet Geschieden
 Ledig/ Single Verwitwet
 Getrennt lebend Feste Partnerschaft
4. Was ist Ihr höchster erreichter Schulabschluss?
 Kein Abschluss Abitur
 Hauptschule Realschule/ Fachschule
 Hoch-/ Fachhochschule Anderes: _____
5. Sie sind derzeit... Berufstätig Arbeitslos
 Hausfrau/ - mann Berentet/ Pensioniert
 Sonstiges (z.B. Auszubildender, Schüler, etc.): _____
6. Haben Sie schon mal an einer psychoedukativen Gruppe teilgenommen?
 Nein
 Ja
=> Wenn „Nein“, fahren Sie bitte mit Frage 9 fort.
7. Wie oft haben Sie an einer psychoedukativen Gruppe (mit 4 oder mehr Sitzungen) teilgenommen?

_____ Mal
8. Wie sehr hat sie Ihnen geholfen? (0 = hat mir überhaupt nicht geholfen, 10 = hat mir sehr geholfen)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
9. Wie hoch schätzen Sie Ihr krankheitsbezogenes Wissen ein? (0 = sehr niedrig, 10 = sehr hoch)

0 – 1 – 2 – 3 – 4 – 5 – 6 – 7 – 8 – 9 – 10
10. Wie schätzen Sie die Beziehung zu Ihrem erkrankten Angehörigen ein?
 Sehr gut
 Gut
 Mäßig
 Schlecht

10.9 SCHIWI 22

SCHIWI22: Schizophrenie- Wissensfragebogen

Bitte beantworten Sie alle Fragen vollständig. Sollten Sie eine Frage nicht beantworten können, bitten wir Sie, einfach zu raten und diese dennoch zu beantworten.

Geburtsdatum: _____

Datum: _____

Bitte Ankreuzen: Stimmt oder stimmt nicht in Bezug auf Psychosen

		Stimmt	Stimmt nicht
1.	Etwa 10% aller Menschen erkranken an Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis.		
2.	Wird ein Geschwister teil krank, erkranken ca. 50% der anderen Geschwister auch.		
3.	Typische Plus –Symptome sind Antriebsmangel und Müdigkeit.		
4.	Nach Plus symptomen müssen immer Minussymptome folgen.		
5.	Minussymptome sprechen besser auf Medikamente an als Plus symptome.		
6.	Vergiftungsängste sind die häufigsten Plus symptome.		
7.	Patienten können selber gar nichts machen zur Besserung der Minussymptome.		
8.	In der Sehrinde ist in einer Psychose das Dopamin erhöht.		
9.	Neuroleptika erhöhen den Dopamingehalt im Gehirn.		
10.	Kindheitstraumata haben im Vulnerabilitäts- Stress-Modell keine Bedeutung.		
11.	Neuroleptika beseitigen die eigene Verletzlichkeit.		
12.	Zeldox ist ein typisches Neuroleptikum.		
13.	Akineton macht typischerweise ein Parkinsonoid (Steifigkeit).		
14.	Leponex macht typischerweise ein Parkinsonoid (Steifigkeit).		
15.	In der Verhaltenstherapie wird kaum gesprochen, nur geübt.		
16.	Psychotherapie hilft nur bei Depressionen.		
17.	Medikation und Tiefenpsychologische Behandlung schließen sich aus.		
18.	Der Behindertenausweis schützt vor sozialer Benachteiligung.		
19.	Bei einem Rückfall unter Neuroleptika werden die Medikamente ganz abgesetzt.		
20.	Wiederholt Erkrankte brauchen als Rückfallschutz eine geringere Medikamentendosis.		
21.	Durch wiederholte Rückfälle werden die meisten Patienten stabiler.		
22.	Bei Krisen sollen Angehörige nur im Notfall hinzugezogen werden.		

11 Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Herrn Professor Dr. med. Josef Bäuml für die Überlassung des Promotionsthemas sowie für die stete fachliche, engagierte und immer freundliche Unterstützung. Sein unbedingter Enthusiasmus und seine Liebe zum Fach Psychiatrie, aber vor allem zu den Patienten haben mich vom ersten Arbeitstag an beeindruckt und meine berufliche Laufbahn maßgeblich geprägt.

Des Weiteren möchte ich mich insbesondere bei Herrn Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Thomas Jahn für die geduldige Unterstützung, Beratung und unermüdliche Beantwortung meiner Fragen in Bezug auf die Statistik und gesamte Dissertation bedanken.

Ebenfalls bedanken möchte ich mich bei Frau PD Dr. Gabriele Pitschel- Walz für die Überlassung des Fragebogens und freundliche Unterstützung bei der Evaluation.

Weiterer Dank gilt Herrn Univ.-Prof. Dr. med. Hans Förstl, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München sowie dem gesamten Team der beschützten Station, besonders dem Pflegeteam um Josef Stigler und Karin Bremauer sowie den Co- Psychoedukationsgruppenleitern, für die große Unterstützung bei der Durchführung der vielen Psychoedukationsgruppen.

Zudem danke ich meinen Kolleginnen und Kollegen in der Klinik, insbesondere Sarah Longhi und Maximilian Huhn für den Zusammenhalt und ihre Unterstützung.

Außerdem möchte ich mich bei Claire Delbridge und Prabha Arya für ihre Freundschaft und bei meinem Freund Konstantin Speidel für die stete Motivation und seinen unermüdlichen Optimismus bedanken.

Schließlich danke ich meinen Eltern, Inge und Felix Lüscher, die mir Studium und Promotion überhaupt erst ermöglicht haben, für ihre unschätzbare moralische Unterstützung und Rückhalt in jeglicher Hinsicht von der Schullaufbahn bis zum jetzigen Zeitpunkt sowie der süßesten Tochter der Welt einfach dafür, dass sie ist wie sie ist.