

# Psychoedukation in der Selbstbeurteilung von schizophren erkrankten Patienten

Einfluss von soziodemografischen Daten,  
Krankheitsvorgeschichte, Psychopathologie,  
Krankheitseinsicht und Neurokognition

Hanna Sanjurjo García

# Psychoedukation in der Selbstbeurteilung von schizophren erkrankten Patienten:

Einfluss von soziodemografischen Daten, Krankheitsvorgeschichte,  
Psychopathologie, Krankheitseinsicht und Neurokognition

Hanna Sanjurjo Garcia

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

**Doktorin der Medizin (Dr. med.)**

Vorsitzende/r: Prof. Dr. Ernst J. Rummeny

Prüfende/r der Dissertation:

1. apl. Prof. Dr. Josef Bäuml
2. Prof. Dr. Johann Förstl

Die Dissertation wurde am 16.11.2020 bei der Technischen Universität München  
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 16.02.2022 angenommen.

## Inhaltsverzeichnis

<b>INHALTSVERZEICHNIS</b> .....	<b>1</b>
<b>ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS</b> .....	<b>3</b>
<b>1. EINLEITUNG</b> .....	<b>5</b>
1.1. THEORETISCHER HINTERGRUND .....	7
1.2. CHRONOLOGISCHE ENTWICKLUNG DER PSYCHOEDUKATION IN DER PSYCHIATRISCH-PSYCHOTHERAPEUTISCHEN BEHANDLUNG.....	7
1.3. ZIELSETZUNG DER PSYCHOEDUKATION.....	10
1.4. STAND DER FORSCHUNG.....	11
<b>2. FRAGESTELLUNG UND HYPOTHESEN</b> .....	<b>14</b>
<b>3. METHODIK</b> .....	<b>16</b>
3.1. BESCHREIBUNG DER COGPIP-STUDIE.....	16
3.2. ABLAUF UND AUFBAU DER STUDIE .....	16
3.3. EINSCHLUSSKRITERIEN UND AUSSCHLUSSKRITERIEN DER STUDIE .....	20
3.4. PSYCHOEDUKATIONSPROGRAMM: ABLAUF UND INHALT GEMÄß APES MANUAL (ARBEITSBUCH PSYCHOEDUKATION BEI SCHIZOPHRENIE) .....	21
3.5. ABLAUF DER UNTERSUCHUNGEN MIT DEM STEPP-FRAGEBOGEN .....	34
3.5.1. Aufbau des STEPP-Fragebogens.....	34
3.5.2. Items des STEPP- Fragebogens.....	35
3.6. MEßINSTRUMENTE ZUR ERFASSUNG PSYCHOPATHOLOGISCHER BEFUNDE.....	36
3.6.1. Clinical Global Impressions (CGI).....	36
3.6.2. Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia (CDSS).....	37
3.6.3. Positive and negative syndrome scale (PANSS).....	37
3.6.4. Compliance (nach Bäuml, Kissling und Pitschel-Walz) .....	39
3.6.5. Krankheitseinsicht .....	39
3.6.6. Neuropsychologische Untersuchungsverfahren (NPU global) .....	39
3.6.7. Teilnahmequalität (TQ) .....	40
3.7. DATENAUSWERTUNG.....	41
<b>4. ERGEBNISSE</b> .....	<b>42</b>
4.1. SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN .....	42
4.2. KRANKHEITSBEZOGENE DATEN.....	45
4.3. PSYCHOPATHOLOGISCHE BEFUNDE (CGI, CDSS UND PANSS).....	48
4.4. COMPLIANCE.....	51
4.5. KRANKHEITSEINSICHT .....	52
4.6. NEUROKOGNITION .....	55
4.7. TEILNAHMEQUALITÄT.....	56
4.8. STEPP-BÖGEN.....	57
4.8.1. STEPP-Items.....	59
4.8.2. Darstellung der Items im Verlauf der Sitzungen .....	60
4.9. VERLAUF DER ACHT SITZUNGEN .....	66
<b>5. BEANTWORTUNG DER FRAGESTELLUNG</b> .....	<b>74</b>

5.1.	SELBSTBEURTEILUNG UND SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN .....	75
5.2.	SELBSTBEURTEILUNG UND PSYCHOPATHOLOGISCHE BEFUNDE (CGI, CDSS, PANSS, COMPLIANCE UND KRANKHEITSEINSICHT) .....	80
5.3.	SELBSTBEURTEILUNG UND KRANKHEITSEINSICHT .....	88
5.4.	SELBSTBEURTEILUNG UND KRANKHEITSVORGESCHICHTE .....	92
5.4.1.	Krankheitseinsicht bei ersthospitalisierten Patienten und „Eigene Probleme im neuen Licht“ ...	93
5.4.2.	Wiederholt aufgenommene Patienten und Selbstbeurteilung .....	94
5.4.3.	Neurokognitive Einbußen und Neuerkenntnis („Eigene Probleme im neuen Licht“) bei wiederholt aufgenommenen Patienten .....	96
5.5.	TEILNAHMEQUALITÄT UND SELBSTBEURTEILUNG .....	98
<b>6.</b>	<b>DISKUSSION .....</b>	<b>103</b>
6.1.	EINFLUSS DER SOZIODEMOGRAFISCHEN DATEN AUF DIE SELBSTBEURTEILUNG .....	105
6.2.	EINFLUSS DER PSYCHOPATHOLOGISCHEN BEFUNDE AUF DIE SELBSTBEURTEILUNG .....	107
6.3.	EINFLUSS VON KRANKHEITSEINSICHT UND KRANKHEITSVORGESCHICHTE AUF DIE SELBSTBEURTEILUNG .....	109
6.3.1.	Krankheitseinsicht zu Beginn der Psychoedukation und Selbstbeurteilung .....	109
6.3.2.	Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht und Wissenszuwachs .....	110
6.3.3.	Zusammenhang zwischen Neuerkenntnis und Krankheitseinsicht bei ersthospitalisierten Patienten .....	111
6.3.4.	Zusammenhang zwischen wiederholt aufgenommenen Patienten und Selbstbeurteilung .....	113
6.3.5.	Zusammenhang zwischen neurokognitiven Einbußen und Neuerkenntnis bei wiederholt stationär aufgenommenen Patienten .....	114
6.4.	ZUSAMMENHANG VON SELBSTBEURTEILUNG UND TEILNAHMEQUALITÄT .....	115
<b>7.</b>	<b>ZUSAMMENFASSUNG .....</b>	<b>117</b>
<b>8.</b>	<b>LITERATURVERZEICHNIS .....</b>	<b>121</b>
<b>9.</b>	<b>ABBILDUNGSVERZEICHNIS .....</b>	<b>127</b>
<b>10.</b>	<b>TABELLENVERZEICHNIS .....</b>	<b>129</b>
<b>11.</b>	<b>STEPP-BOGEN .....</b>	<b>130</b>
<b>12.</b>	<b>CDSS - FRAGEBOGEN .....</b>	<b>131</b>
<b>13.</b>	<b>PANSS-BOGEN .....</b>	<b>133</b>
<b>14.</b>	<b>TEILNAHMEQUALITÄTSBOGEN .....</b>	<b>134</b>
<b>15.</b>	<b>WISSENSFRAGEBOGEN (NACH J. BÄUML, 2012, 2020) .....</b>	<b>135</b>
	<b>SCHIWI – FRAGEBOGEN FÜR PATIENTEN UND ANGEHÖRIGE .....</b>	<b>135</b>
<b>16.</b>	<b>DANKSAGUNG .....</b>	<b>141</b>

**Abkürzungsverzeichnis**

AMDP	Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Dokumentation in der Psychiatrie
APA	American Psychiatric Association
APES	Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie
CDSS	Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia
CGI	Clinical Global Impressions
COGPACK	Computergestütztes kognitives Training
COGPIP	Cognitive Determinants of Psychoeducation and Information in Schizophrenic Psychoses
COMP	Compliance Beurteilung
COPD	Chronic Obstructive Pulmonary Disease
CVLT	California Verbal Learning Test
DFG	Deutsche Forschungsgemeinschaft
DGPE	Deutsche Gesellschaft für Psychoedukation
DGPPN	Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie, Psychosomatik und Nervenheilkunde
EPMS	Extrapyramidal motorische Symptome
EKT	Elektrokrampftherapie
FWIT	Farbe-Wort-Interferenztest
ICD	International Classification of Disease
IMSE	Institut für medizinische Statistik und Epidemiologie
KK-Skala	Krankheitskonzept –Skala
MARS	Medication Attitude Rating Scale
MLS	Motorische Leistungsserie
MWCST	Modified Wisconsin Card Sorting Test
PANSS	Positive and negative Syndrome Scale

---

PERSEV	Perseverationstest
PIP	Psychosen- Informations –Projekt
SKID	Strukturiertes klinisches Interview zur Diagnosefindung
SPSS	Statistical Product and Service Solutions
STEPP	Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzel- Psychotherapie für Patienten/innen
TAP	Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung
TMT	Trail Making Test
TQ	Teilnahmequalität
TQB	Teilnahmequalitätsbogen
WAFFF	Psychoedukationsmodul für Wohnen, Arbeit, Finanzen, Freizeit, Freun- de, Familie, Future...
WFB	Wissensfragebogen
WHO	World Health Organisation
WMS	Wechsler Memory Scale

## 1. Einleitung

„Nur mit der größten Mühe schlief er ein, während er zuvor die noch schreckliche Leere zu füllen versucht hatte. Dann gerieth er zwischen Schlaf und Wachen in einen entsetzlichen Zustand; er stieß an etwas Grauenhaftes, Entsetzliches, der Wahnsinn packte ihn, er fuhr mit fürchterlichem Schreien, in Schweiß gebadet, auf, und erst nach und nach fand er sich wieder. Er mußte dann mit den einfachsten Dingen anfangen, um wieder zu sich zu kommen. Eigentlich nicht er selbst that es, sondern ein mächtiger Erhaltungstrieb, es war als sey er doppelt und der eine Theil suchte den anderen zu retten, und rief sich selbst zu; er erzählte, er sagte in der heftigsten Angst Gedichte her, bis er wieder zu sich kam. Auch bei Tage bekam er diese Zufälle, sie waren dann noch schrecklicher; denn sonst hatte ihn die Helle davor bewahrt. Es war ihm dann, als existire er allein, als bestünde die Welt nur in seiner Einbildung, als sey nichts, als er, er sey das ewig Verdammte, der Satan; allein mit seinen folternden Vorstellungen. Er jagte mit rasender Schnelligkeit sein Leben durch und dann sagte er: consequent, consequent; wenn Jemand was sprach: inconsequent, inconsequent; es war die Kluft unrettbaren Wahnsinns, eines Wahnsinns durch die Ewigkeit. Der Trieb der geistigen Erhaltung jagte ihn auf; er stürzte sich in Oberlins Arme, er klammerte sich an ihn, als wolle er sich in ihm drängen, er war das einzige Wesen, das für ihn lebte und durch den ihm wieder das Leben offenbart wurde.“<sup>1</sup>

Eindrucksvoll beschreibt Büchner in seiner 1839 erschienenen Erzählung „Lenz“ die wirren Ängste und Wahnvorstellungen eines Mannes, der eines Nachts, völlig entkräftet und phantasierend, in der kleinen Ortschaft Waldbach vor dem Haus des Pfarrers Oberlin steht. Oberlin, den es tatsächlich gegeben hat, nimmt den wirren Mann bei sich auf, lässt ihn bei sich wohnen und schreibt über diese Zeit einen Bericht. Diesen Zeitzeugenbericht gibt Büchner in großen Teilen in seiner Erzählung wörtlich wieder.

Lenz, die Hauptfigur der Erzählung, erlebt in der kurzen Zeit im Pfarrhaus immer wieder quälend zerrissene Seelenzustände. Gepeinigt von erschütternden Ängsten, bis hin zu der größtenwahnsinnigen Vorstellung, ein bereits verstorbene Kind wieder beleben zu können, schwebt er immer wieder zwischen Wahn und Realität. Die Erzählung endet schließlich mit seinem Abtransport nach Straßburg, dort verhält sich Lenz so „wie es die Andern thaten, es war eine entsetzliche Leere in ihm, er fühlte keine Angst mehr, kein Verlangen; sein Dasein war ihm eine nothwendige Last“<sup>1</sup>.

Oft muss man in der Erzählung eine Passage zweimal lesen, um nachzuvollziehen, wann die Hauptfigur Lenz phantasiert und was der „Wirklichkeit“ entspricht. Büchner

---

<sup>1</sup> Büchner G. (1998), „Lenz“, Suhrkamp Verlag Frankfurt am Main, S.7-34

zeichnet in seinem Werk eine „Geschlossenheit des Bildes einer Schizophrenie“<sup>2</sup>, nimmt den Leser mit in das Erleben eines psychisch kranken Menschen und zeigt deutlich, wie sehr ein Mensch unter seinen Wahnvorstellungen leiden kann. Durch die sachliche und genaue Darstellung der Ereignisse kann der Leser unmittelbar an Lenz Wahnsinn teilhaben und bekommt einen Einblick in die einschüchternde und verwirrende Welt der Erkrankung.

Wie bereits vor und nach Büchner sind sowohl Autoren (z.B. Goethe, „Der Erlkönig“) als auch Leser fasziniert von dem oft schmalen Grad zwischen Realität und Wahn, der die an Schizophrenie erkrankten Menschen scheinbar aus dem Nichts heraus befällt. Was für den Leser ein skurriles Lesevergnügen ist, das er nach dem Beenden der Lektüre bei Seite legen kann, ist für die Betroffenen oft genug ein Stigma und eine Belastung, die sie zu (er-)tragen haben: Oft fürchten sie sich vor sozialer Ausgrenzung und erwarten einen gesellschaftlichem Abstieg durch ihre Erkrankung (Holzinger und Beck, 2003). Ein „Bei Seite legen“ ist leider nicht möglich, da die Erkrankung viele gerade in belastenden und stressigen Situationen heimsucht, scheinbar, ohne dass sie darauf Einfluss nehmen können. Insgesamt stufen schizophrene erkrankte Menschen ihre Lebensqualität geringer ein als nicht erkrankte Personen (Meyer T., Franz M., 2005).

Eine adäquate Therapie der Erkrankung, die Eigenverantwortung der Patienten und ihrer Angehörigen im Umgang mit der Erkrankung zu stärken und aufzuklären, ist sehr wichtig, um den Betroffenen wieder Lebensmut und Lebensqualität geben zu können. Die Hilflosigkeit und das Ausgeliefertsein gegenüber der Erkrankung zu überwinden, dazu trägt die Psychoedukation seit Jahrzehnten entscheidend bei (vgl. Bäuml, Pitschel-Walz 2008, 2010, 2012, 2020). Um eine konsequente Verbesserung der Sitzungen für Betroffene zu erreichen, sind Studien und Evaluationen notwendig. Nur so kann eine fortschreitende Verbesserung und Anpassung der Psychoedukation weiter voran getrieben werden. Ein weiterer Schritt zur Evaluierung des Kompetenzzuwachses durch die Psychoedukation für die Betroffenen ist der Einsatz von Selbstbeurteilungsverfahren. In der vorliegenden Arbeit wurde solch ein Selbstbeurteilungsverfahren (STEPP-Bogen) für mehrere Gruppen ausgewertet und die Ergebnisse anschließend diskutiert. Da Schizophrenie sowohl auf kognitive als auch auf emotionale Prozesse Einfluss nimmt, soll in dieser Arbeit zum Einen die Frage im Mittelpunkt stehen, ob und wenn ja, in wie weit die Erkrankung des Patienten Einfluss auf die Selbstbeurteilung nimmt und zum Zweiten, inwiefern die subjektive Beurteilung der Gruppen mit maßgeblichen klinischen Befunden korrelieren und welche Er-

---

<sup>2</sup> Irle G. (1965), „Der psychiatrische Roman. Schriftenreihe zur Theorie und Praxis der medizinischen Psychologie“, hrsg. von E. Wiesenhüter, Band 7. Hippokrates Verlag, Stuttgart, S.75-83



kenntnisse daraus für die weitere Verbesserung der Gruppen gezogen werden können.

### **1.1. Theoretischer Hintergrund**

### **1.2. Chronologische Entwicklung der Psychoedukation in der psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlung**

Die erste psychiatrische Einrichtung Europas wurde von Kaiser Joseph II. 1784 in Wien als „Narrenturm“ erbaut. Diese Einrichtung gilt als die erste psychiatrische Anstalt Europas, die explizit zur Verwahrung von „Narren“ errichtet wurde (Scheutz, 2003)<sup>3</sup>. Hierbei beschränkten sich die psychiatrischen Therapien jedoch meist auf eine pädagogisch-erzieherische Betreuung zur Genesung der Erkrankten (Schott und Tölle, 2003) und eine Fixierung der Patienten an Ketten bei Anfällen. Trotz des geringen therapeutischen Spektrums gilt die Einrichtung als Fortschritt in der Psychiatrie, da es erstmalig eine Differenzierung zwischen Verbrechern und Geisteskranken gab. Es gab viele Versuche, die passiv-custodiale Verwahrung von schizophren erkrankten Patienten zu verbessern. Das erste aktiv-therapeutische Vorgehen stellte die Einführung der „Fiebertherapie“ durch Wagner-Jauregg (1917) dar. Hierbei wurden den Patienten zur Auslösung einer sogenannten „therapeutischen Hyperthermie“ Malaria- oder Lues-Erreger injiziert. Durch die Erreger-Injektion wurden Fieberschübe und Anfälle bei den Betroffenen provoziert, die teilweise auch heilsam waren. Auch die Cardiazol-Schocktherapie, von dem ungarischen Psychiater von Meduna (1896-1964), galt als Therapeutikum der Schizophrenie. Hierbei verabreichte von Meduna seinen Patienten Cardiazol als Konvulsivum. Cardiazol galt als besser steuerbar und nebenwirkungsärmer als andere Konvulsiva, wie z. B. Kampfer. Damit hatte man eine ähnliche Therapie durchgeführt, war aber aufgrund der teilweise qualvollen Angstzustände der Patienten davon wieder abgekommen. Den Ausgangspunkt für den Erfolg seiner Behandlung sah von Meduna in einem biologischen Antagonismus der Epilepsie zur Schizophrenie (Pöldinger, 1991)<sup>4</sup>. Insgesamt behandelte von Meduna über 100 Patienten auf diese Weise.

Ein ähnliches Wirkprinzip, nur durch eine andere Substanz verursacht, war die 1933 von Lanislaus und Sakel (1900-1957), Medunas Konkurrenten, eingeführte Insulinschocktherapie. Durch die hohe Dosis von injiziertem Insulin kam es bei den Patienten zu ausgeprägter Hypoglykämie mit anschließendem Koma und Krampfanfällen. Allerdings war diese Methode deutlich umstritten, da es zu Erinnerungsverlusten

---

<sup>3</sup> Scheutz M. (2003), Universität Wien, Vorlesung über „Die Geschichte der Armut und des Bettelns in der Neuzeit“

<sup>4</sup> Riederer P., Laux G., Pöldinger, W. (Hrsg.) (1991), „Neuro-Psychopharmaka ein Therapie-Handbuch. Band 4: Neuroleptika“, 2. Auflage, Springer-Verlag

(z.B. bei dem amerikanischen Musiker Townes van Zandt) oder irreversiblen neurologischen Schäden aufgrund der Hypoglykämie bei Patienten kam (Bangen, 1997)<sup>5</sup>. Bis 1955 wurde bei an Schizophrenie erkrankten Menschen auch in besonders schweren Fällen eine Lobotomie vorgenommen. Dabei handelt es sich um eine von dem Italiener Fiamberti (1894-1979) und dem Portugiesen Moniz (1874-1955) parallel entwickelte neurochirurgische Maßnahme, bei der eine Teilung der Hemisphären vorgenommen wird. Ursprünglich zur Schmerzausschaltung entwickelt, wurde sie auch bei aggressiven Psychosen und Depressionen angewendet. Die Folgen dieses massiven Eingriffs reichten von Persönlichkeitsveränderungen bis hin zum Verlust der Emotionalität und des Antriebs (Berhorst, 2008)<sup>6</sup>. 1938 wurde dann durch Cerletti und Bini, zwei italienische Psychiater, die Elektrokrampftherapie eingeführt. Ein durch Strom provoziertes epileptisches Anfall sollte zu einer Heilung der Schizophrenie führen. Erstmals setzte man nun nicht mehr auf medikamentöse Auslöser eines Anfalls, sondern auf einen elektrischen Stimulus.

Heute wird die Elektrokrampftherapie nur noch unter Narkose durchgeführt und mit Applikation von Muskelrelaxantien, so dass die Patienten die Behandlung über schlafen und keine Muskelschmerzen hinterher verspüren.

Einen wesentlichen Sprung in der Verbesserung der therapeutischen Interventionen wurde durch die Einführung von Neuroleptika und Antidepressiva Anfang der 50er Jahre erreicht. Hier entstand durch die deutliche Abnahme der stationären Behandlungsdauer eine nahezu „euphorische Aufbruchstimmung unter den Psychiatern“<sup>7</sup>. Leider wurde diese anfänglich fast durchwegs positive Grundstimmung durch die sich teilweise einstellende Therapieresistenz und die unter der Hochdosistherapie mit typischen Neuroleptika auftretenden Nebenwirkungen allmählich getrübt. Im Gefolge dieser Skepsis entstand eine anti-psychiatrische Gegenbewegung, die viele Patienten und Angehörige sehr verunsichert hat und das Vertrauensverhältnis zu den Behandlern deutlich erschütterte. Aufgrund der Nebenwirkungen der medikamentösen Behandlung mussten viele Patienten wesentlich intensiver von der Notwendigkeit einer Behandlung überzeugt werden. Die Anforderungen der Patienten an eine geeignete Therapie stiegen sukzessive, was die Psychiatrie bis heute anhält, kontinuierlich an einer Verbesserung der Behandlung zu arbeiten.

Besonders hervorzuheben ist in diesem Zusammenhang die Studie von Taipale et al. aus dem Jahr 2020 mit 62.250 Patienten. Hier wurden in einer 20-jährigen follow-up

---

<sup>5</sup> Bangen H. (1997), „Geschichte der medikamentösen Therapie der Schizophrenie“, Berlin, VWB-Verlag

<sup>6</sup> Berhorst R. (2008), „Tiefe Schnitte ins Gehirn“, Geo,  
<http://www.geo.de/GEO/heftreihen/geokompakt/57364.html?p=4>

<sup>7</sup> Pitschel-Walz G., Bäuml J. (2008), „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, Stuttgart: Schattauer-Verlag, S.39

Studie nach Zusammenhängen zwischen körperlichen Erkrankungen und Sterblichkeit sowie dem Gebrauch von antipsychotischer Medikation bei schizophrenen Patienten gesucht. Der allgemeine Ansatz zu glauben, dass ein langjähriger Gebrauch dieser Medikation für Patienten schädlich sein könnte, konnte hier nicht bestätigt werden und unterstreicht damit deutlich den Nutzen einer antipsychotischen Medikation für die Patienten.

Durch die Erweiterung der medikamentösen, psychotherapeutischen und sozialtherapeutischen Therapieansätze in den letzten Jahrzehnten ist ein breites Angebot für die Patienten entstanden. Gleichzeitig findet eine Umstrukturierung der Gesellschaft statt: Durch die Individualisierung der Gesellschaft mit einem höheren Autonomieanspruch, dem häufigen Rückgang sozialer Netzwerke in den Familien (Aussterben der Großfamilien, hohe Scheidungsrate, häufige Wohnortswechsel) entsteht ein verändertes Anforderungsprofil gegenüber der Psychiatrie. Als Konsequenz dieser beiden Entwicklungen verlangen Patienten auf der einen Seite mehr Mitspracherecht in der Auswahl der Therapien, müssen auf der anderen Seite aber auch in ihrer Selbstkompetenz und Selbstverantwortung bestärkt werden, da sie sich nicht mehr so wie früher üblich auf den Rückhalt ihrer Familien verlassen können. Aus historischer und sozialgeschichtlicher Sicht ist Psychoedukation somit die Antwort „auf die rapide Zunahme der verschiedenen therapeutischen Methoden, die den einzelnen Patienten zwangsläufig mehr Entscheidungskompetenz und Mitwirkungsfähigkeit abverlangen“<sup>8</sup>. Patienten werden geschult über die Hintergründe ihrer Erkrankung und die erforderlichen Behandlungsmethoden, um mehr Eigenverantwortung tragen zu können durch einen Zugewinn an Entscheidungskompetenz und einem daraus resultierenden natürlichem Mitspracherecht. Verbreitet und geprägt wurde der Begriff „psychoeducation“ Anfang der 1980er Jahre vor allem von der Amerikanerin Anderson, die damit eine familientherapeutische Intervention bei schizophrenen Patienten bezeichnete (Anderson et al., 1981). Psychoedukation bei schizophrenen Patienten versteht sich heute vor allem als „systematische didaktisch-psychotherapeutische Intervention“, die „Patienten und ihre Angehörige über die Krankheit und ihre Behandlung [informiert], ihr Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit [fördert] und sie bei der Krankheitsbewältigung [unterstützt]“<sup>9</sup>.

---

<sup>8</sup> Pitschel-Walz G., Bäuml J. (2008), „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, Stuttgart: Schattauer-Verlag, S.37

<sup>9</sup> Definition des Begriffs „Psychoedukation“ von der Arbeitsgruppe für Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankten (2008) aus „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, Stuttgart: Schattauer-Verlag, S.3

### 1.3. Zielsetzung der Psychoedukation

Als zentrales Ziel der Psychoedukation darf die Schulung der Patienten über die Hintergründe ihrer Erkrankung zur Förderung ihrer Genesung gesehen werden. Wie aus o.g. Kapiteln ersichtlich, kann die Psychoedukation als Antwort auf das wachsende Bedürfnis der Patienten nach fundiertem Wissen, Mitspracherecht und erhöhter Eigenverantwortung im Umgang mit ihrer Erkrankung verstanden werden. So kann man die Psychoedukation als „Bindeglied“ zwischen den Perspektiven der Professionellen und Betroffenen bezeichnen. Die Herausforderung am Psychoedukationsprogramm liegt darin, die Balance zwischen zumutbarer Belastung für psychisch kranke Menschen und dem Mindestmaß an nötigem Fachwissen zu finden. Deswegen sind klar formulierte Ziele eines Psychoedukationsprogramms ebenso wichtig wie gut geschultes Personal. Im Vordergrund sollte immer die „Gesundheitsförderung“<sup>10</sup> stehen.

Nach dem Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ können folgende Teilziele festgehalten werden:

- Verbesserung des Informationsgehalts bezüglich der Erkrankung, Ursachen, Verlauf und Therapiemöglichkeiten
- Erstellen eines funktionalen Krankheitskonzepts
- Förderung einer Mitsprache-Kompetenz der Patienten bei Behandlungsalternativen
- Emotionale Entlastung
- Förderung einer langfristigen Behandlungs-Compliance
- Stärkung der Krisenbewältigungs-Strategien
- Erlernen von Sicherheit im Umgang mit der Erkrankung
- Stärkung des Selbstwirksamkeits-Konzepts
- Systematische Einbeziehung der Angehörigen

Patienten, die an Psychoedukationsprogrammen teilnehmen, wird ein hohes Maß an Eigenverantwortung trotz ihrer Erkrankung zugetraut. Die Indikation zur Teilnahme an den Gruppensitzungen ist sehr großzügig zu stellen. So sollten alle Patienten mit gesicherter Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis teilnehmen, solange sie „gruppenfähig“<sup>11</sup> sind. Grundbedingungen für die Teilnehmer ist die Fähigkeit, mindestens 30 Minuten an einer Gruppensitzung teilnehmen zu können. Gleichzeitig

---

<sup>10</sup> Bäuml J., Pitschel-Walz G. (2008), „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, Stuttgart: Schattauer-Verlag, S.4,

<sup>11</sup> Bäuml J., Pitschel-Walz G. (2008), „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, Stuttgart: Schattauer-Verlag, S.6

sollte aber eine zumutbare Belastung der Gruppe und des Einzelnen z.B. durch große motorische Unruhe oder formale Denkstörungen nicht überschritten werden.

Weitere Barrieren zur Teilnahme an den Gruppensitzungen können unzureichende Sprachkenntnisse oder starke kognitive Beeinträchtigungen sein. Im psychoedukativen Therapiemanual APES (Bäumel et al., 2010) wird allerdings ausdrücklich darauf hingewiesen, dass weder eine ausgeprägte Plus-/Minus-Symptomatik, mangelnde Krankheitseinsicht und Halluzinationen, noch Ich-Störungen als absolute Kontraindikationen gesehen werden können und die Patienten sehr großzügig in die Gruppen eingeschlossen werden sollten.

#### 1.4. Stand der Forschung

Da die aus der Verhaltenstherapie abstammende Psychoedukation mittlerweile nicht nur auf Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis zu beschränken ist, sondern psychoedukative Patientenschulungen auch bei einer Vielzahl von meist chronisch-belastenden Erkrankungen durchgeführt werden. Als Beispiele können u.a. genannt werden: chronische Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes, chronisch-obstruktive Atemwegserkrankungen wie COPD oder Asthma, rheumatische Erkrankungen wie z.B. Fibromyalgie oder atopische Erkrankungen (z.B. Neurodermitis) oder auch onkologische Erkrankungen. Trotzdem beschränkt sich der hier dargelegte Stand der Forschung ausschließlich auf die Studienlage bei schizophren Erkrankten. Bei somatischen Erkrankungsbildern hat sich der Begriff „Eduktion“ eingebürgert, da es hier in erster Linie um die Vermittlung von krankheitsrelevanten Faktoren geht. Bei psychischen Erkrankungen muss gleichzeitig auch die mit der Informationsvermittlung einhergehende emotionale Belastung im Auge behalten werden, was durch das Präfix „Psycho“-Eduktion zum Ausdruck kommt.

Psychoedukation als Therapieelement bei schizophren erkrankten Patienten wird von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie und Psychotherapie (DGPPN) empfohlen (Empfehlungsgrad A in den Leitlinien, 2019). Dazu in den Leitlinien: „Menschen mit Schizophrenie soll zur Verbesserung des Behandlungsergebnisses und Krankheitsverlaufs eine strukturierte Psychoedukation im Rahmen eines Gesamtbehandlungsplanes ausreichend lange und möglichst in Gruppen angeboten werden“<sup>12</sup>. Auch die American Psychiatric Association empfiehlt in ihren Leitlinien „Practice Guideline for the Treatment of Patients With Schizophrenia“ (2004) Psychoedukation sowohl für Patienten, als auch deren Angehörige. Hintergrund dieser Empfehlungen sind zahlreiche Studien, die die positiven Effekte der psychoedukativen Programme belegen konnten. Als Zielvariable für den Erfolg der Psychoedukation wird in den

---

<sup>12</sup> Leitlinien der DGPPN (2019), „S3 Leitlinie: Schizophrenie. Kurzfassung“, Kapitel 6.2, Empfehlung 59

meisten Fällen die Rückfallquote erhoben, gemessen im Vergleich mit einer Kontrollgruppe.

Eine Meta-Analyse, die über 25 Studien einschloss, zeigte einen Rückgang der Rückfallrate von 20% im Vergleich zur Kontrollgruppe, wenn die Angehörigen auch an den psychoedukativen Programmen teilnehmen (Pitschel-Walz et al., 2001). Die Münchner PIP-Studie (Bäumli et al. 1996, Pitschel-Walz et al., 2006, Bäumli et al., 2007) konnte eine signifikant niedrigere Rehospitalisierung nach Teilnahme an der Psychoedukation im Vergleich zur Kontrollgruppe nachweisen. Die Studie von Herz et al. (2000) belegte ebenfalls eine signifikant niedrigere Rückfallquote bei Patienten, die an einem erweiterten Therapieprogramm inklusive Psychoedukation teilgenommen hatten, im Gegensatz zur Kontrollgruppe, die rein symptomatisch behandelt wurde. Auch Mojtabai et al. (1997) und Huxley et al. (2000) bestätigen die positiven Ergebnisse bezüglich Psychoedukation und Rückfallrate. Eine Langzeitstudie mit einer 7- Jahre- Katamnese vergleicht die Rehospitalisierungsrate der Interventions- mit der Kontrollgruppe. Die Wiederaufnahme der Interventionsgruppe lag bei 54%, die der Kontrollgruppe bei 88% (Bäumli et al. 2007). Ebenfalls in dieser Studie wurde die Anzahl der im Krankenhaus verbrachten Tage dokumentiert und verglichen. Auch hier lag die Interventionsgruppe deutlich vor der Kontrollgruppe: Die Interventionsgruppe verzeichnete eine Gesamtanzahl von 75 Tagen in den letzten sieben Jahren, die Kontrollgruppe kam in Schnitt nach sieben Jahren auf 225 Tage. Auch Wiedemann et al. konnten eine Reduktion der Rückfall- und Rehospitalisierungsrate durch die Teilnahme an Psychoedukation nachweisen (Wiedemann et al. 2003).

Weitere Variablen, um die Wirksamkeit der Psychoedukation zu messen, sind z.B: die positive Entwicklung des Wissenszuwachses (Bäumli et al.1996, Pitschel-Walz 1997, Sibitz et al., 2006). Auch die Zunahme der (Medikamenten-) Compliance der Patienten kann durch psychoedukative Programme gesteigert werden (Bäumli et al.1996, Pekkala und Merinder, 2002, Motlova, 2000).

Einen weiteren Aspekt des Erfolges der Psychoedukation kann man auch in der gesteigerten Lebensqualität der Patienten sehen. So belegte Kilian einen positiven Einfluss auf die Lebensqualität in seiner Studie „(...) manchmal zweifel ich an mir selbst, wenn es mir nicht gut geht“ (Kilian, 2001). Hier wurden die Teilnehmer psychoedukativer Gruppen durch problemzentrierte Interviews nach der Beurteilung der Psychoedukation befragt. Bis auf zwei (von 30 befragten Teilnehmern) Ausnahmen, stuften alle Patienten ihre Teilnahme als positiv ein. Den gegenläufigen Ansatz unternahm Schmid, Neuner, Cording und Spießl 2006: Sie suchten nach Prädiktoren, die bei schizophren erkrankten Menschen Einfluss auf die Lebensqualität nehmen: Auch hier bestätigte sich u.a. die Teilnahme an „problemorientierter Krankheitsverarbeitung“ als ein Prädiktor für eine verbesserte Lebensqualität.

Als Ausblick zum Thema Psychoedukation schlägt das Handbuch der Psychoedukation 2016 vor, zukünftig auch Module für bereits fortgeschritten informierte Patienten und auch deren Angehörige zu entwickeln, um ein stabiles Grundwissen zu manifestieren. Desweiteren werden auch im ambulanten Bereich durchzuführende psychoedukative Gruppensitzungen angeregt<sup>13</sup>.

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass die meisten Studien der Psychoedukation einen positiven Beitrag zur Genesung, Lebensqualität und Rückfallrate bescheinigen und die Psychoedukation in modernen Leitlinien als Therapieelement für Patienten und Angehörige empfohlen wird (Gühne U., Weinmann S., Riedel-Heller S., Becker T. (Hrsg.), „S-3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, 2019).

---

<sup>13</sup> Bäuml J., Behrendt B., Hennigsen P., Pitschel-Walz G. (2016), „Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik“, Schattauer, S.136

## 2. Fragestellung und Hypothesen

Wichtig für Betroffene, Therapeuten und Angehörige ist eine langfristige und möglichst rasche Genesung der Patienten. Dass die Psychoedukation einen großen Teil mit dazu beiträgt, wurde in den o.g. Kapiteln bereits erläutert. Wichtig für den Erfolg der Psychoedukation sind vor allem die Akzeptanz des Krankheitskonzepts durch die Patienten und die Mitarbeit der Betroffenen während der Sitzungen. Deswegen müssen Zufriedenheit und Einschätzung der Patienten über die Psychoedukationssitzungen immer wieder neu evaluiert, geprüft und ggf. verbessert werden. Um den Erfolg des Programms und die Zufriedenheit der Patienten zu evaluieren, können Selbstbeurteilungsbögen genutzt werden. In der vorliegenden Arbeit liegt der Fokus auf der Analyse dieser Selbstbeurteilungsbögen der Patienten, die an Psychoedukationsgruppen teilgenommen haben. Dafür wurden in der vorliegenden Arbeit Selbstbeurteilungsbögen (STEPP-Bögen), die nach jeder Sitzung den Patienten ausgehändigt wurden, ausgewertet. Um die Ergebnisse der vorliegenden Verlaufsstudie richtig zu erfassen, sind vor allem deren genaue Analyse und daran anschließend, deren Interpretation wichtig. Denn durch die große Heterogenität der 97 Teilnehmer, bezogen auf soziodemografische, psychopathologische und den Krankheitsverlauf betreffende Variablen, müssen auch die Ergebnisse dementsprechend vielschichtig analysiert und diskutiert werden. Die inhaltlichen Schwerpunkte dieser Arbeit liegen in dem Herausarbeiten der Zusammenhänge zwischen der Selbstbeurteilung der Patienten und der Krankheitseinsicht und dem Krankheitsverlauf.

Dabei sollen folgende Fragestellungen beantwortet werden:

Analyse der Zusammenhänge zwischen den soziodemografischen Daten und psychopathologischen Befunden und der Selbstbeurteilung der Patienten:

- Gibt es Zusammenhänge zwischen der Selbstbeurteilung der Patienten und ihren soziodemografischen Daten?
- Gibt es Zusammenhänge zwischen der Selbstbeurteilung der Patienten und ihrer Psychopathologie?

Krankheitseinsicht und Krankheitsverlauf:

- Haben Patienten mit geringer Krankheitseinsicht eine schlechtere Bewertung der Gruppen und einen geringeren Wissenszuwachs?
- Haben ersthospitalisierte Patienten mit gering beurteilter Neuerkenntnis (Item 2  $\leq$  5 Punkte) eine geringe Krankheitseinsicht?
- Haben Patienten mit wiederholter stationärer Wiederaufnahme ( $\geq$ 5) eine schlechtere Beurteilung der Gruppen?



- Leiden wiederholt erkrankte Patienten (stationäre Wiederaufnahme  $\geq 5$ ), die eine hohe Neuerkenntnis raten (Item2  $\geq 6$ ) eher unter neurokognitiven Einbußen?

Im nächsten Abschnitt soll überprüft werden, ob es einen Zusammenhang zwischen der Selbstbeurteilung der Patienten und der fremdgerateten Teilnahmequalität der Patienten gibt. Hierzu wurden die Daten von Dr. Jessica Baumgärtner den Daten dieser Arbeit gegenübergestellt.

Folgende Frage soll hierbei geklärt werden:

- Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Selbstbeurteilung und der fremdgerateten Teilnahmequalität der Patienten?

### 3. Methodik

#### 3.1. Beschreibung der COGPIP-Studie

Die COGPIP-Studie (The Munich Cognitive Determinants of Psychoeducation and Information in Schizophrenic Psychosis (COGPIP), Clinical Trials, gov Identifier, NCT00646256, DFG Ja680/4-2, 4-3) ist eine Interventionsstudie, die an der Technischen Universität München in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie Klinikum rechts der Isar im Zeitraum Januar 2004 bis März 2006 durchgeführt wurde. Ziele der Studie sind die Verbesserung des neuropsychologischen Leistungsniveaus durch kognitives Training und Psychoedukation bei schizophren Erkrankten. Durchgeführt wurde die Studie mit 116 an Schizophrenie erkrankten und stationär aufgenommenen Patienten, die vor der Psychoedukation in zwei randomisierte Gruppen eingeteilt wurden. Die eine Hälfte erhielt kognitives Training (COGPACK), während der anderen Hälfte die übliche Routinetherapie als Kontrollbedingung zugeteilt wurde. Die Ergebnisse erstrecken sich über vier Messzeitpunkte ( $t_1$ - $t_4$ ), einschließlich einer 9-Monatskatamnese.

Wesentliche Ergebnisse waren die Verbesserung des krankheitsbezogenen Wissens und der Compliance der Patienten durch die Psychoedukation. Signifikant hierfür schien die kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten und das Ausgangsniveau des krankheitsbezogenen Wissens zu sein (vgl. Pitschel-Walz et al., 2013). Die Psychopathologie der Patienten erschien hier nicht als signifikant ausschlaggebend für den Wissensstand nach Psychoedukation.

Die in der COGPIP-Studie erhobenen Daten sind Hintergrund dieser Auswertungen. Im Fokus steht hierbei die Aussagekraft der Selbstbeurteilung der Patienten, die hier gesondert und ergänzend zu den bisherigen Studien untersucht wurde.

#### 3.2. Ablauf und Aufbau der Studie

Zur Beantwortung der Fragestellung wurde eine Verlaufsstudie durchgeführt. Insgesamt gab es vier Messzeitpunkte ( $t_1$ - $t_4$ ) und zwei Interventionszeiträume. Die unten stehende Abbildung fasst den zeitlichen Ablauf grafisch zusammen. Zum Zeitpunkt  $t_0$  der Studie wurden die Patienten über die Studie, deren Ablauf und Zielsetzung aufgeklärt. Es folgten Anamnesegespräche, psychiatrische Diagnostik, Labordiagnostik und bei Zustimmung der Patienten die schriftliche Einverständnis-erklärung. Zum Zeitpunkt  $t_1$  wurden soziodemografische Daten der Patienten sowie das psychosoziale Funktionsniveau vor der stationären Aufnahme/ vor Krankheitsbeginn erfasst. Weiter wurden Daten zur Medikation der Patienten, ihrer Medikamentencompliance und den eventuell aufgetretenen Nebenwirkungen festgehalten. Zusätzlich wurde eine umfassende neuropsychologische Untersuchung bei den Patienten vorgenommen,

---

Psychoedukation in der Selbstbeurteilung  
von schizophren erkrankten Patienten

sowie ihre kognitive Funktion, der psychopathologische Schweregrad der Erkrankung und diskrete neurologische Krankheitszeichen erfasst. Neben der Fremdbeurteilung durch Therapeuten wurden auch die Einstellungen der Patienten hinsichtlich der Behandlungszufriedenheit und der Einstellung gegenüber der Medikation aufgenommen. Außerdem wurde das subjektiv empfundene Ausmaß der Beeinträchtigung von Perzeption und kognitiven Einbußen erfragt.

Zu diesem Zeitpunkt wurden die Patienten dann zwei Gruppen zugeordnet: Einer Interventions- und einer Kontrollgruppe. Die Zuteilung fand randomisiert statt, um ein ausgewogenes Mischverhältnis in den Gruppen zu erzielen. Die Interventionsgruppe bekam ein zweiwöchiges kognitives Training (COGPACK-Training), die Kontrollgruppe erhielt in dieser Zeit ganz regulär Arbeits-, Beschäftigungs- oder Kunsttherapien angeboten. Nach Abschluss des kognitiven Trainings (Zeitpunkt  $t_2$ ) wurden die Patienten erneut bezüglich ihrer Psychopathologie und krankheitsspezifischer Daten beurteilt und es wurden wieder eine Reihe neuropsychologischer Tests durchgeführt. Außerdem erhielten die Teilnehmer einen Wissensfragebogen über ihre Erkrankung, den sie beantworten sollten. Anschließend fand für alle Teilnehmer die vierwöchige Psychoedukation in Gruppenform statt. Insgesamt wurden acht Stunden abgehalten. Am Ende der Psychoedukation (Zeitpunkt  $t_3$ ) stand für die Patienten wieder eine Testreihe, um die Auswirkungen der Psychoedukation zu dokumentieren. Dabei wurden die Psychopathologie und krankheitsspezifische Variablen der Patienten bestimmt.

Zusätzlich wurde nun eine neuropsychologische Einschätzung des prämorbidem Intelligenzniveaus erhoben. Erneut wurde von den Patienten auch der Wissensfragebogen ausgefüllt, um einen Vergleich vor und nach der Psychoedukation bezogen auf den Wissenszuwachs der Patienten zu untersuchen. Zum Zeitpunkt  $t_4$ , neun Monate nach dem Zeitpunkt  $t_3$ , wurden als Variablen für den Behandlungserfolg die Remissionsdauer und die Wiederaufnahmen (mit Anzahl der Krankenhaustage) bestimmt. Außerdem wurden erneut das Krankheitswissen, das Krankheitskonzept, die Behandlungszufriedenheit und die Compliance bestimmt. Weiter wurden die psychopathologischen Variablen, die aktuelle Medikation inklusive aufgetretener Nebenwirkungen, sowie die Compliance erfragt.

Die Erhebungen der psychopathologischen und klinischen Daten wurden durch die Studienärztin, die neuropsychologischen Daten und die Testreihen von einer Psychologin erhoben und durchgeführt. Die zeitliche Erhebung der Daten und Testreihen betrug zwischen 2,5 und 3 Stunden (je einen Vor- bzw. Nachmittag) und wurden möglichst zeitnah voneinander (maximaler Zeitabstand eine Woche) erhoben.

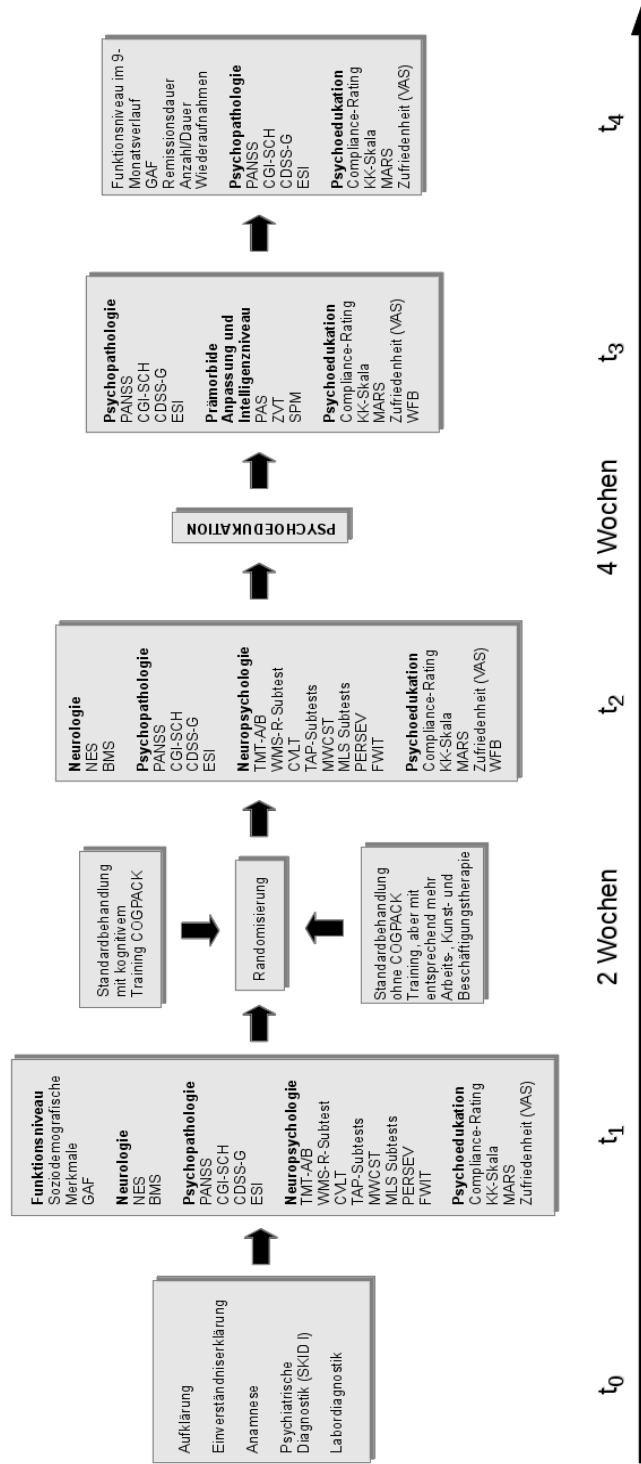


Abbildung 1: Ablauf der Studie

Tabelle 1: Untersuchungsverfahren

Erläuterungen zu Bereichen und Verfahren:

Bereich:	Verfahren:
Psychopathologie	Positive und negative Syndrom-Skala (PANSS) Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia-German version (CDSS-G) Clinical global impression (CGI-SCH)
Medikamenten-Compliance	Compliance-Beurteilung
Neuropsychologie	Trail-Making-Test (TMT-A/B) Wechsler-Memory Scale Revised (WMS-R) subtest „Zahlennachsprechen vorwärts/rückwärts“ California Verbal learning Test (CVLT) Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) Subtests „Alertness“ und „geteilte Aufmerksamkeit“ Modifizierter Wisconsin Card Sorting Test (mWCST) Subaufgaben „Steadiness“, „Lange Stifte einstecken“ und „Tapping“ aus der motorischen Leistungsserie (MLS) des Wiener Testsystems Perservationstest aus dem Wiener Testsystem (WTS) Farbe- Wort- Interferenz (FWIT) Zahlen-Verbindungstest (ZVT) Raven´s Standard Progressive Matrices (SPM)
Neurologie	Neurological Evaluation Scale (NES) Brief Motor Scale (BMS)

Funktionsniveau	Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus Premorbid Adjustment Scale (PAS)
Medikamentennebenwirkung	Extrapyramidale Movement Scale (EPS) Abnormal Involuntary Movement Scale (AIMS) Barnes Akathisie Skala (AS)
Subjektive Beeinträchtigung der Perzeption und Kognition	Eppendorfer Schizophrenie- Inventar (ESI)
Einstellung gegenüber Medikamenten	Medication Attitude Rating Scale (MARS) Drug Attitude Inventory (DAI-10)
Krankheitskonzept	Krankheits- Konzept Skala (KK-Skala)
Krankheitswissen	Wissensfragebogen (WFB)
Behandlungszufriedenheit	Visuelle Analogskala (VAS)

### 3.3. Einschlusskriterien und Ausschlusskriterien der Studie

Die vorliegende COGPIP-Studie wurde im Februar 2006 gestartet und im März 2008 abgeschlossen. Die Rekrutierung der Patienten fand in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am Klinikum rechts der Isar in München statt. Dort wurde ein großer Teil der Patienten in der geschlossenen Abteilung 7/1 oder auch auf den offenen Stationen 7/2 und 7/3 behandelt. Die Rekrutierung der Teilnehmer wurde durch eine

Studienärztin (Frau Dr. F.) in enger Kooperation mit den Stationsärzten sowie den zuständigen Oberärzten der Stationen geregelt und vorgenommen.

Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie waren:

- Alter zwischen 18 und 60 Jahre
- Diagnose einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis

Als Ausschlusskriterien für die Studienteilnahme galten folgende Gründe:

- eine zusätzlich unzulänglich eingestellte, somatische Begleiterkrankung
- mangelhafte Deutschkenntnisse

Insgesamt wurden in o.g. Zeitraum 242 Patienten für die Teilnahme an der Studie gescreent. Von diesen Patienten nahmen 122 an der Studie teil. Für die Studienteilnahme musste nach ausführlicher Aufklärung (mündlich und schriftlich) der Patienten eine schriftliche Einwilligungserklärung vorliegen, ggf. auch die Einwilligung des Betreuers. Die Studienteilnehmer hatten das Recht, zu jeder Zeit und ohne Angabe von Gründen die Studienteilnahme abzubrechen. Insgesamt sechs Patienten beanspruchten dieses Recht, so dass die Anzahl der Teilnehmer vor Randomisierung auf 116 sank. Die Randomisierung in eine Interventions- und Kontrollgruppe fand durch das Institut für medizinische Statistik und Epidemiologie (IMSE) des Klinikums rechts der Isar für weitere Untersuchungen statt. Diese Einteilung spielt jedoch für die vorliegende Arbeit keine maßgebliche Rolle.

Im weiteren Studienverlauf schieden insgesamt weitere 19 Patienten aus u.g. Drop-out-Gründen aus. So beläuft sich die tatsächliche Zahl der Studienteilnehmer auf  $n=97$ .

Gründe, die zum Drop-out, also zum Ausscheiden der Patienten aus der Studie, führten, waren:

- Zurückziehen der Einverständniserklärung ( $n = 7$ )
- Logistische Gründe ( $n = 5$ )
- Weniger als 4 Sitzungen an der Psychoedukation teilgenommen ( $n = 5$ )
- Verlängerte EKT-Behandlung ( $n = 1$ )
- Schwere, nicht stabil eingestellte Zusatzerkrankung ( $n = 1$ )

### **3.4. Psychoedukationsprogramm:**

#### **Ablauf und Inhalt gemäß APES Manual (Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie)**

Die Psychoedukation erstreckt sich gemäß dem APES Manual (Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie, Bäuml et al., 2010) über acht Sitzungen mit unterschiedlichen Themenschwerpunkten. Oberste Priorität der Psychoedukation ist die Gesundheitsförderung des Patienten. Das bedeutet, die „Stärkung der Ressourcen

und die Förderung des informierten selbstverantwortlichen Umgangs mit der Erkrankung<sup>14</sup>. Schwerpunkte während der Sitzungen sind vor allem, den Patienten einen Einblick in die Hintergründe ihrer Krankheit und die erforderlichen Behandlungsmaßnahmen zu ermöglichen, um ihnen Sicherheit im Umgang mit ihr zu geben und Frühsymptome rechtzeitig zu erkennen.

Aufgrund der meistens noch sehr akuten Erkrankungssituation brauchen die Patienten einen geregelten Stundenablauf, um sich auf einige wenige Inhalte konzentrieren zu können, ohne ständigen Wechsel und Umstellungsstress.

Bewährt haben sich Sitzungen, die ein-bis zweimal pro Woche stattfinden, eine Länge von 60 Minuten nicht überschreiten und eine hohe Kontinuität der Gruppenleitung aufweisen, ohne die Patienten mit Informationen zu überfordern. Die Stunden werden von einem Therapeuten geleitet und folgen dem Grundaufbau des APES - Programmes:

Zunächst eröffnet die Leitung der Gruppen die Stunde durch die Begrüßung der Teilnehmer und die Vorstellung eventuell neuer Patienten. Dann folgt die Eröffnungsrunde mit einem kurzen Blitzlicht („Wie geht es im Augenblick? Oder „Was beschäftigt mich noch von der letzten Stunde?“), anschließend findet eine kurze Wiederholung der letzten Stunde statt. Gemeinsam sollte dann die Erarbeitung des aktuellen Themas stattfinden, anschließend daran eine Diskussions- und oder Fragerunde. Am Ende des inhaltlichen Abschnitts sollte eine Zusammenfassung und Wiederholung des erarbeiteten Themenkomplexes stehen. Die Sitzung endet mit einer Feedbackrunde („Was nehme ich heute mit?“), die vom Gruppenleiter in den folgenden Stunden regelmäßig beibehalten wird.

### **Erste Sitzung: „Bin ich hier denn richtig?“**

Die erste Sitzung der Psychoedukation beginnt mit einer Vorstellungsrunde der Teilnehmer und einer Einführung in die Psychoedukation durch den Therapeuten. Dabei wird das Organisatorische wie Ablauf und Länge der Sitzungen, aber auch die Regeln, die während der Sitzungen gelten, erklärt. Diese sind:

- Schweigepflicht nach außen
- Einander ausreden lassen
- Probleme haben Vorrang
- Bei Unruhe kann der Raum in Begleitung jederzeit kurzzeitig verlassen werden

Diese Regeln bieten den Betroffenen Schutz hinsichtlich ihrer Privatsphäre und gewährleisten zudem einen respektvollen und geregelten Umgang miteinander.

---

<sup>14</sup> Bäuml J., Pitschel-Walz G. (2008), „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, Stuttgart: Schattauer-Verlag, S.4



In der Vorstellungsrunde hat jeder Patient die Möglichkeit, neben seinen Personalien auch über sein aktuelles Befinden und/ oder Erwartungen, die er an die Gruppe hat, zu erzählen. Der Patient soll sich als Person wertgeschätzt und ernst genommen fühlen, deshalb ist es wichtig, dass jeder Patient selbst entscheidet, wie viel er von sich preisgeben möchte. So lernen die Gruppenteilnehmer sich zunächst kennen und es entsteht ein erstes Gruppengefühl. Nach der Vorstellungsrunde und dem Organisatorischen beginnt der Thementeil der ersten Sitzung: Dabei werden die Wortherkunft, unterschiedlichen Ursachen (endogen/exogen) und verschiedene Arten (affektiv/schizophren) der Psychosen erläutert. Außerdem soll der Leitspruch der Psychoedukation: „Werden Sie ihr eigener Experte in Sachen „Psychose“!“<sup>15</sup> dem Patienten vermittelt werden. Insbesondere soll das Wort „Schizophrenie“ (zwei geteilter Sitz der Seele) eingeführt werden, als „zwei Wirklichkeiten“, nämlich eine allgemeine und eine „private“, die jeweils für jeden Patienten unverwechselbar und einmalig ist.

Die erste Sitzung endet mit einer Feedbackrunde, in der jeder Teilnehmer kurz seine Eindrücke zur Sitzung wiedergeben darf.

### **Zweite Sitzung: Krankheitsbegriff und Symptomatik: „Ist das überhaupt eine Psychose?“**

Die zweite Sitzung soll den Teilnehmern einen Einblick in ihr individuelles Krankheitserleben geben und ihnen die Möglichkeit bieten, sich selbst in der zunächst sehr unübersichtlich wirkenden Symptomenvielfalt der Psychose wieder zu finden. Als Einstieg in das Thema werden die Teilnehmer gebeten, selbst ihre Beschwerden während eines psychotischen Schubes oder bei der Einweisung in die Klinik zu beschreiben. Die Begriffe werden gesammelt und auf eine Flipchart geschrieben.

Dabei achtet der Therapeut darauf, die Symptome bereits bei der Sammlung nach Plus- und Minus-Symptomen zu ordnen, ohne diese vorher erklärt zu haben.

Somit erarbeiten die Patienten selbst ein Schaubild, das ihr individuelles Krankheitserleben wiedergibt. Als Auflösung macht der Therapeut die Teilnehmer mit den Begriffen der Plus- und Minus-Symptomatik vertraut. Hilfreich ist dabei wieder die Verwendung der Flipchart, auf der man grafisch (hier aus „Psychosen erkennen, verstehen und behandeln“, J.Bäuml, M. Lambert, vdm Verlag 2009), die Phasen der Psychose als ein zu viel bzw. ein zu wenig von alltäglichem Erleben verdeutlichen kann. Somit können die Teilnehmer sich leichter etwas unter der Einteilung vorstellen und ihre eigenen Symptome zuordnen.

---

<sup>15</sup> Bäuml J., Lambert M. (2009), „Psychosen erkennen, verstehen und behandeln. Ein Wegbegleiter für Betroffene und Angehörige“, vdm Verlag, Michelstadt, S.1

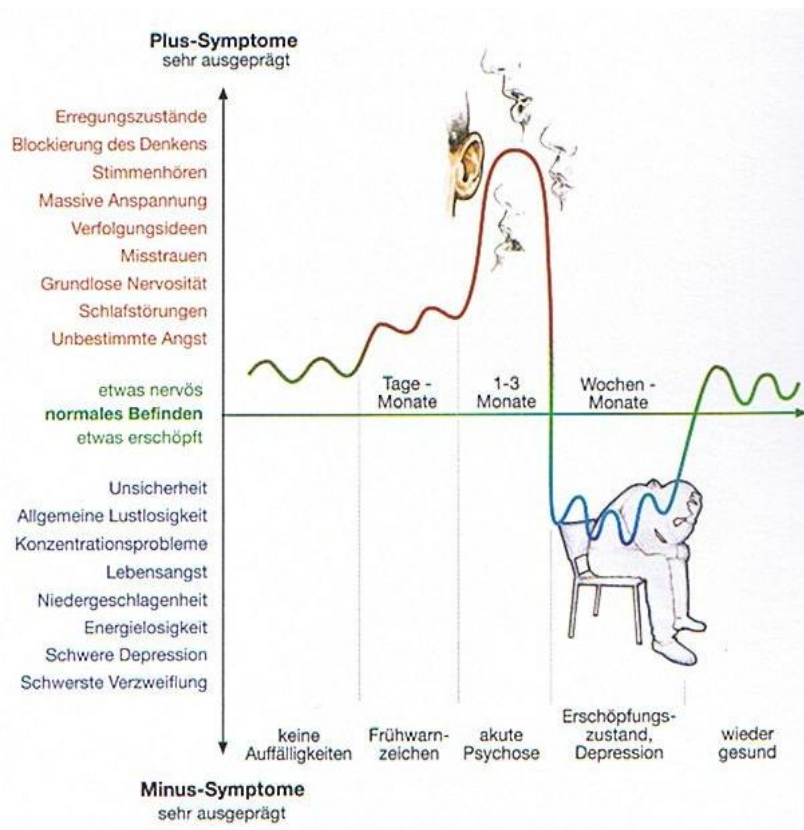


Abbildung 2: Verlauf der Psychose

Neben der möglichst anschaulichen Erklärung der Begrifflichkeit von Plus- und Minussymptomatik ist es besonders wichtig, den Patienten einen hoffnungsvollen Ausblick auf ihre Genesung zu ermöglichen. Die Krankheit soll nicht nur als ein willkürlicher Symptomenkomplex wahrgenommen werden, sondern es sollte auch die Systematik des Ablaufs von Plus- und Minussymptomatik begreifbar werden und deren Beeinflussung durch Neuroleptika und Psychotherapie. Dadurch soll ein erster Ausblick auf die Wiedergenesung induziert werden. Neben der Fülle unterschiedlicher Krankheitsausprägungen soll in den Köpfen der Patienten der Glaube an eine Zukunft ohne Psychose beflügelt werden.

Die Sitzung endet wie die erste Stunde mit einer Feedbackrunde.

### **Dritte Sitzung: Somatische Brücke: „Wie passen Chemie und Seele zusammen?“**

Die dritte Stunde hat den Überbegriff der „Somatischen Brücke: Wie passen Chemie und Seele zusammen?“. Nachdem in den ersten beiden Stunden das Organisatorische und die Begrifflichkeit der Psychose im Vordergrund standen, wird diese Stunde inhaltlich anspruchsvoller. Hier geht es jetzt nicht um Wortsemantik und das eigene Erleben der Patienten, sondern um die chemischen Ursachen der Psychose und ihre Auswirkungen auf das Erleben. Erklärt werden soll das Zustandekommen einer Psy-

chese und die nach heutigem Wissen sich daraus ergebenden medikamentösen und psychotherapeutischen sowie psychosozialen Behandlungsmöglichkeiten.

Bei der Psychose ist die zentrale Informationsverarbeitung durch ein Überangebot des Botenstoffes Dopamin im limbischen System gestört. Durch die verstärkte Dopaminausschüttung bei eintreffenden Reizen kommt es zu einer pathologisch verstärkten Reizweiterleitung, die zur psychotischen Symptombildung führt. Dies bewirkt eine veränderte Wahrnehmung, die nicht als bloße Einbildung abgetan werden kann, sondern als ein endogen erzeugter (Sinnes-)Eindruck verstanden werden muss (z.B. in Form von Halluzinationen = Sinnestäuschung). Durch diese verfälschten Eindrücke entwickelt sich eine falsche Wahrnehmung der Umgebung, es kommt zur Wahnbildung („private Wirklichkeit“).

Um diesen komplexen Zusammenhang den Patienten möglichst verständlich näher zu bringen, kann der Therapeut mit einem bewährten Experiment beginnen:

Als praktisches Beispiel einer Reizleitungsreaktion berührt der Gruppenleiter die Hand eines Teilnehmers, der aufgrund des für ihn angenehmen Reizes lächelt. Dabei soll die Kausalkette von Reiz (Berührung) → Reizwahrnehmung (Bemerkung der Hand) und schließlich der Reizantwort (Lächeln) als ein sekundenschneller Prozess verdeutlicht werden. Auf diesem Beispiel lässt sich dann das Synapsen-Modell mit Reizübertragung von Nervenzelle zu Nervenzelle aufbauen. Hierbei kann der Therapeut wieder die Flipchart verwenden, um die Grundzüge der Reizübertragung aufzuzeichnen. Analog hierzu wird dieses Berührungsmanöver wiederholt unter der Vorgabe, dass dieser Berührungsreiz während einer Psychose zigfach verstärkt erlebt wird, obwohl die Intensität des Außenreizes nicht verändert wurde. Durch eine entsprechende Grafik (Abbildung 3, aus „Psychosen erkennen, verstehen und behandeln“, J.Bäumli, M.Lambert, vdm Verlag 2009) wird verdeutlicht, dass es sich hierbei um einen pathologischen „Umrechnungsfehler“ im limbischen System handelt, der typisch für psychotische Erkrankungen ist. Als Transmitterstoff dient in der vereinfachten Darstellung Dopamin.

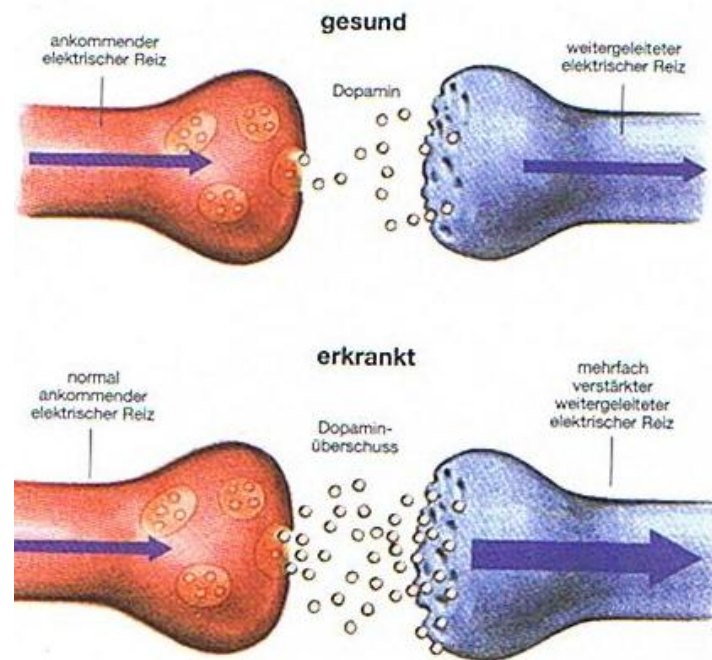


Abbildung 3: Erklärungsmodell Dopamin

Vom Modell kann dann die Übertragung auf den gesamten Körper und die Folgen einer übermäßigen Dopamin-Ausschüttung weiter erläutert werden. Die Auswirkungen der Psychose als Folge eines chemischen Prozesses kann in der Folge den Druck der Stigmatisierung verringern. Patienten begreifen ihre Symptome als Erkrankung eines stofflichen Ungleichgewichts, dessen Symptomatik sie u.a. medikamentös beeinflussen können.

Die Beeinflussbarkeit dieser Prozesse kann man wieder an der Flipchart verdeutlichen: Regulierbar ist der Dopaminüberschuss sowohl präsynaptisch (zum Beispiel durch Stressregulation und/oder Psychotherapien), als auch postsynaptisch (Eingriff durch Neuroleptika zur Downregulation des Dopaminüberschusses).

Am Ende der Sitzung sollte auf mögliche Rückfragen besonders eingegangen werden, da das Verständnis dieser Stunde wichtig für den weiteren Verlauf der Sitzungen ist. Zudem sollte der komplexe Sachverhalt noch einmal wiederholt und zusammengefasst werden.

### **Vierte Sitzung: Vulnerabilitäts-Stress-Modell: „Ich war schon immer etwas sensibler als andere“**

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell oder auch Diathese-Stress-Modell wurde von verschiedenen Autoren wie Ciompi, Nuechterlein et al. oder auch Zubin und Spring formuliert, um die multifaktorielle Entstehung der Schizophrenie zu begründen. Das Modell bildet das Kernstück der Zusammenhänge und Ursachen der Schizophrenie. Unter „Vulnerabilität“ versteht man hier die „Verletzlichkeit“ oder „Verwundbarkeit“ der Patienten, die ihre Belastungsgrenze und damit ihre individuelle Disposition zu erkranken, widerspiegelt. Das Ausmaß der Verwundbarkeit des Einzelnen ist durch verschiedene Faktoren determiniert, wie z.B. die genetische Veranlagung, psychosoziale Probleme oder traumatische Erlebnisse/dauerhaft seelische Belastungen. Aber auch der Missbrauch von Drogen kann Einfluss auf die individuelle Vulnerabilität nehmen und diese drastisch erhöhen. Unter „Stress“ werden belastende Ereignisse oder Situationen zusammengefasst. Das Modell führt das Zusammenspiel aus geringerer Belastbarkeit des Individuums und belastenden Ereignissen als Ursache, die zum Ausbruch einer Psychose führen, an. Folgende Grafik verdeutlicht den Zusammenhang:

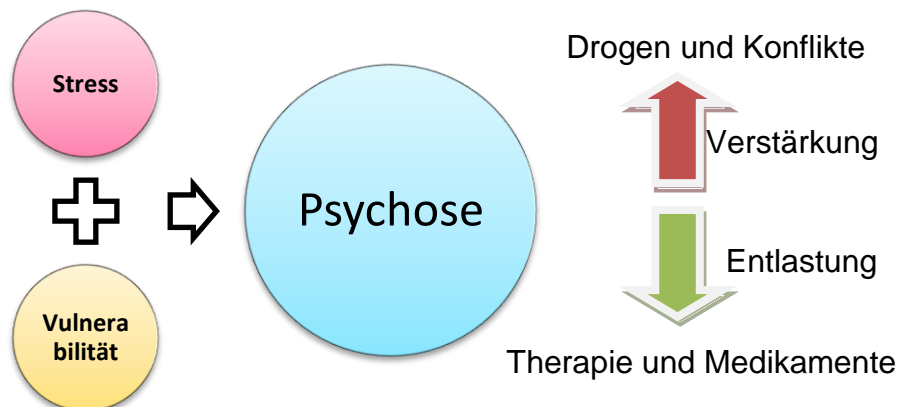


Abbildung 4: Wirkfaktoren zur Entstehung der Psychose

Zur Einführung in die Stunde sollte eine Begriffsklärung stattfinden. Dabei kann jeder Teilnehmer nach seinen Talenten oder seiner Kreativität gefragt werden, um einen möglichst positiven Einstieg in die Thematik der Vulnerabilität zu finden. Die Einteilung einer Flipchart in zwei Hälften hat sich bewährt: Auf der oberen Hälfte des Blattes werden vor allem Eigenschaften wie Sensibilität oder Einfühlungsvermögen notiert, auf der unteren Hälfte Situationen, die die Teilnehmer als belastend oder „stres-

sig“ erleben. Dabei soll der Vulnerabilitätsbegriff nicht als „leere Metapher einer spezifischen „Empfindlichkeit“ im Raume stehen“<sup>16</sup>, sondern konkrete Beispiele wie „Sensibilität“, „Musikalität“ oder „Einfühlungsvermögen“ helfen den Teilnehmern den Begriff inhaltlich besser zu fassen. Im Anschluss erklärt der Therapeut anhand eines anschaulichen Beispiels, warum manche Menschen psychotisch auf ein Ereignis reagieren und andere nicht: Geeignet ist hierfür das Beispiel von den drei gleich großen Fässern. In jedem der drei Fässer ist der Fassboden unterschiedlich hoch. Je höher der Boden, desto weniger Fassungsvermögen hat das Fass. Die Bodenhöhe steht stellvertretend für die „Vulnerabilität“, also die Verletzlichkeit eines Menschen. Diese wird geprägt durch Stressoren (z.B. belastende Lebensereignisse), genetische Veranlagung und psychosoziale Faktoren (z.B. soziales Umfeld), ist also bei jedem Menschen „in individueller Höhe“. Ein Überlaufen des Fasses entspricht in der Darstellung dem Ausbruch einer psychotischen Episode.

Nach dieser Einführung bietet es sich an, die Komplexität des Zusammenwirkens von Vulnerabilität und Stress anhand einer Metapher zu erklären. Verschiedene Modelle wie das Waage-Modell (nach Kieserg und Hornung, 1994) oder das Reifen-Modell (nach Berger et.al, 2004) stehen dafür zur Verfügung. In der vorliegenden Studie wurde mit dem Schiffsmodell nach Bäuml 1994 gearbeitet. Dabei steht das Schiff mit all seinen Eigenschaften stellvertretend für den Patienten und seine Situation „auf offener See“. Eine kurze Einführung in das Bild der Metapher soll im Folgenden besprochen werden: Betroffene Patienten stellen vor allem Schiffe mit einer langen Kieltiefe dar. Das bedeutet, dass sie zwar sehr „seetüchtig“ in freien Gewässern sind, aber hingegen beim Auftauchen von Felsen (Stress, Konflikte, Härte des Alltags etc.) und weiteren Untiefen nicht so unbeschwert über ein Riff gleiten können, wie Boote mit fehlender oder kurzer Kieltiefe (fehlende Sensibilität, „geringerer seelischer Tiefgang“). Nun gilt es in der Gruppe Methoden zu erarbeiten, wie die lange Kieltiefe kompensatorisch geschützt werden kann. Dabei geht es nicht um die Beseitigung dieser Eigenschaft, die ja durchaus die Einmaligkeit des Schiffes ausmacht, sondern im übertragenen Sinne vielmehr um das Wissen, trotz der Kieltiefe nicht den Grund zu berühren. Dabei kann die Reduktion der Schiffslast (innere Belastungen) durch die Verteilung auf andere Schiffe (Angehörige, Freunde, Therapeuten) genannt werden, die Stabilisierung des Kiels durch spezielle Lacke (Medikation) und die Schulung des Kapitäns (psychotherapeutische und psychoedukative Maßnahmen), der gefährliche Gewässer ausreichend kennt und umsegelt. Als „schützender Hafen“ sollte die Möglichkeit besprochen werden, sich jederzeit an eine Klinik zu wenden, um dort Ruhe und Zuflucht zu finden.

Das Besondere an diesem Schiffs-Modell ist, dass sich der Patient nicht als „Weichling“ stigmatisiert fühlt, sondern die Besonderheit seiner Vulnerabilität schätzen und die Vorteile einer „langen Kieltiefe“ – „seelischer Tiefgang“- annehmen lernt. Häufig

---

<sup>16</sup> Bäuml J., Pitschel-Walz G. (2008), Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen, Schattauer-Verlag 2.Auflg.,S.70

entlastet dieses Wissen die Patienten und führt zu einer größeren Bereitschaft, aktiv an den Selbstschutzmöglichkeiten mitzuarbeiten. Deswegen sollte am Ende der Sitzung jeder Teilnehmer ermuntert werden, selbst darüber nachzudenken, an welcher Stelle seines „Schiffes“ er arbeiten möchte und muss, um „die Untiefen des Lebens“ besser bewältigen zu können.

### **Fünfte Sitzung: Medikamente und Nebenwirkungen; „Schaden diese Medikamente nicht mehr als sie nutzen?“**

Die medikamentöse Behandlung der Schizophrenie „ist entscheidend für einen erfolgreichen Verlauf“<sup>17</sup>. Umso entscheidender für die Compliance ist deshalb ein positives Herausarbeiten der Wirkung von Antipsychotika in dieser Stunde. Die Herausforderung besteht darin, den Bogen zwischen den berechtigten Sorgen der Patienten aufgrund der unerwünschten Wirkungen der Medikamente auf der einen Seite und einer erfolgreichen medikamentösen Therapie auf der anderen Seite richtig zu spannen. Um die Vorurteile der Patienten gegenüber dieser Medikamentengruppe nicht zu bagatellisieren bietet es sich an, am Anfang der Stunde die negativen Erfahrungen der Teilnehmer zu sammeln und aufzuschreiben. Dadurch fühlt sich der Patient ernst genommen mit seinen Beschwerden, Zweifeln und seinen Ängsten. Daran anschließen sollte sich der Theorieteil der Stunde, in dem ausführlich über die Klassifizierung der Antipsychotika, ihre erwünschten und unerwünschten Wirkungen gesprochen und über diese aufgeklärt wird. Somit können Vorurteile beseitigt und die Wichtigkeit einer regelmäßigen Einnahme herausgearbeitet werden. Die gängigen Antipsychotika wirken im ZNS auf die Übertragung des Botenstoffes Dopamin ein. Ihre Wirkung entfaltet sich dabei hauptsächlich über eine postsynaptische Blockade von Dopamin-D2-Rezeptoren und D4-Rezeptoren im mesolimbischen Bereich. Hier kann man auf die Erfahrungen der Patienten mit dem Synapsen-Modell in Stunde drei zurückgreifen. Antipsychotika kann man anhand ihrer Substanzklassen und ihren spezifischen Vor- und Nachteilen gliedern. Dabei gibt es unterschiedliche Einteilungsmöglichkeiten: Nach Potenz in hoch-, mittel- und niedrigpotente sowie in typische und atypische Antipsychotika:

Niederpotente typische Antipsychotika (Beispiele: Promethazin, Levomepromazin, Chlorpromazin, Promazin) haben eine geringe antipsychotische Wirkung (bei niedriger bis mittlerer Dosierung) bei deutlicher Sedierung und ein geringes dosisabhängiges Risiko für extrapyramidale motorische Störungen (EPMS).

Mittelpotente typische Antipsychotika (Beispiele: Perazin, Pipamperon, Zuclopenthixol) zeichnen sich durch gute antipsychotische Wirkung mit mäßiger Sedierung und einem mittleren Risiko für EPMS aus.

---

<sup>17</sup> Froböse T. (2008), „Wissenszuwachs bei der Psychoedukation von schizophren erkrankten Patienten in Abhängigkeit vom psychopathologischen Status und dem kognitiven Leistungsniveau unter Berücksichtigung der medikamentösen Behandlung“, S.23

Hochpotente typische Antipsychotika (Beispiele: Perphenazin, Fluphenazin, Haloperidol, Benperidol) besitzen eine ebenfalls gute antipsychotische Wirkung, ohne Sedierung, aber auch ein hohes Dosis-abhängiges Risiko für EPMS.

Daran anschließen sollte sich die Einteilung in typische und atypische Medikamente und deren Nebenwirkungsprofile. Die Einteilung der Neuroleptika in typische und atypische Medikamente soll den Patienten vor allem einen Überblick über die Vor- und Nachteile beider und deren Wirkung verschaffen, sowie ihnen typische Vertreter nennen.

Atypische Neuroleptika (Beispiele: Clozapin, Risperidon, Olanzapin, Amisulprid, Quetiapin, Ziprasidon, Aripiprazol, Paliperidon, Asenapin, Cariprazin) zeichnen sich dadurch aus, dass sie im Vergleich zu typischen Neuroleptika weniger extrapyramidal-motorische (EPMS) Störungen hervorrufen und dennoch eine gute antipsychotische Wirkung (auch auf Negativsymptomatik) besitzen.

Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die EPMS- Nebenwirkungen.

Tabelle 2: Übersicht über EPMS-Nebenwirkungen

Extrapyramidale Nebenwirkungen	Zeitpunkt des Auftretens
Frühdyskinesien z.B. Gesichtsspasmen wie Zungen- und Mundkrämpfe	Wenige Stunden bis wenige Tage nach Behandlungsbeginn
Parkinsonoid z.B. Rigor, Tremor, Akinese	Tage bis Wochen nach Behandlungsbeginn
Akathisie z.B. Sitz- und Bewegungsunruhe, innere Anspannung	Tage bis Wochen nach Behandlungsbeginn
Spätdyskinesien z.B. stereotype Hyperkinesien, v.a. im Gesichtsbereich und in den oberen Extremitäten	Auftreten Monate und Jahre nach Behandlungsbeginn

Neben den Nebenwirkungen auf das extrapyramidale System sind die zentral-vegetativen Nebenwirkungen der Neuroleptika zu erwähnen. Hierunter versteht man eine heterogene Gruppe an Symptomen wie z.B. Gewichtszunahme, sexuelle und hormonelle Störungen (z.B. Prolaktinanstieg), Müdigkeit, kardiale Nebenwirkungen, Schwindel oder auch Blutbildveränderungen.



Zusätzlich kann noch auf die Applikationsform von Neuroleptika eingegangen werden, wie zum Beispiel die Depot-Dosierung einiger Antipsychotika (z.B. Risperdal Consta- Depot alle zwei Wochen, Xeplion alle vier Wochen, Zypadhera alle zwei bis vier Wochen, Abilify Maintena alle vier Wochen, Trevicta alle 12 Wochen). Die Depot-Medikation wird intramuskulär injiziert und eignet sich aufgrund der reduzierten Einnahmehäufigkeit besonders für Patienten mit schwankender Compliance. Desweiteren gibt es auch Retard-Medikamente (z. B. Seroquel pro long), deren Wirkstoff verlangsamt im Körper freigesetzt wird. Im Unterschied zu der Depotmedikation kann ein Retardmedikament auch oral eingenommen werden.

Insgesamt steht in dieser Stunde neben dem Vermitteln detaillierten Fachwissens vor allem die Botschaft im Vordergrund, dass es die positiven Effekte der Medikamente auf die Psychose zu nutzen gilt. Die Patienten sollten sich ernst genommen in ihren Sorgen und Bedenken gegenüber der Medikation fühlen und dennoch bestätigt werden, ihre Medikamente regelmäßig einzunehmen. Gleichzeitig muss klar gestellt werden, dass es jeweils die individuelle Entscheidung eines jeden Patienten bleiben muss, sich für oder gegen eine Medikation zu entscheiden, dass es aber im Normalfall keine vernünftige Alternative zu einer intelligent gewählten Medikation gibt. So sollte am Ende der Stunde die Feedbackrunde nicht zu kurz kommen und auf Fragen der Teilnehmer intensiv eingegangen werden.

### **Sechste Sitzung: Psychotherapie („Kann man den inneren Knackpunkt finden?“)**

In der sechsten Sitzung wird das Thema der Psychotherapie bei schizophren erkrankten Menschen besprochen. Hierbei soll ein Einblick in das Menschenbild und die Theorie der Psychotherapie gegeben werden. Auch auf die Arbeitsweise der Psychotherapie kann eingegangen werden. Zu Beginn der inhaltlichen Ebene sollte eine kurze Definition der Psychotherapie stehen, um die Begrifflichkeit zu klären. Die Definition, die das APES- Manual für Psychotherapie verwendet, lautet:

Psychotherapie ist ein „bewusster und geplanter interaktioneller Prozess“, der zur „Beeinflussung psychischer Erkrankungen“ dient. Dabei wird mit „psychologischen Mitteln“ gearbeitet, um ein „definiertes Ziel“ zu erreichen.

Um die Grundzüge der Psychotherapie zu erläutern, sollten die beiden großen Bereiche Verhaltenstherapie und Psychoanalyse vorgestellt werden. Dabei kann die Flipchart als Merkhilfe für die Patienten mit der Gegenüberstellung der Grundprinzipien, Methoden, Rolle der Therapeuten und Ziele verwendet werden.

Als Grundannahme der kognitiven Verhaltenstherapie steht, dass jeder Mensch typische Einstellungen und Verhaltensmuster sein Leben über erlernt hat, die er, geprägt durch sein Umfeld und seine Biographie, verinnerlicht hat. Für die kognitive Therapie ist nicht allein die aktuelle Situation des Patienten entscheidend, sondern die Bewertung dieser Situation durch den Patienten. Als Behandlungsziel der Verhaltensthera-

pie steht die Zunahme an Lebensqualität der Patienten im Vordergrund und die Akzeptanz der eigenen Verletzlichkeit. Die Methode liegt im Erlernen neuer Strategien, die zur Neubewertung der Situation und damit zur besseren Stressbewältigung führen. Die Rolle der Therapeuten liegt im Analysieren, Beobachten und Cochen/ Beraten des Verhaltens der Patienten.

In der Psychoanalyse steht die Grundannahme des „Unterbewussten“ im Vordergrund. Die Ursachen für die psychische Belastung liegen hier in der frühen Kindheit und die aktuellen Symptome werden hypothetisch als Ausdruck der unverarbeiteten, früheren Konflikte betrachtet. Behandlungsziel ist die Aufdeckung dieser unbewussten Konflikte und deren Verarbeitung. Als Methode werden das freie Assoziieren und das Analysieren von Träumen und des Widerstandes gesehen. Hier kann auch erwähnt werden, dass die Psychoanalyse die insgesamt zeitaufwendigere der beiden Methoden ist.

In der Sitzung sollen weitere Fragen geklärt werden, wie: „Wie finde ich den richtigen Therapeuten?“ und „Was passiert im Therapieverlauf?“. Dabei stehen die individuelle Behandlung der Patienten und die Erarbeitung von Konzepten zur Stressbewältigung oder Förderung der Selbstsicherheit im Vordergrund. Wichtig ist zu betonen, dass eine individuelle Problemanalyse mit jeweils spezifizierter Zielsetzung erarbeitet wird. Am Ende soll die „Hilfe zur Selbsthilfe“ stehen, damit die von den Patienten erlernten Strategien zu einer besseren Krankheits- und Lebensbewältigung führen, die letztendlich eine höhere Lebensqualität ermöglichen.

Als Ergebnis kann am Ende der Stunde festgehalten werden, dass Psychotherapie die Medikamente in der Therapie zwar nicht ersetzen, aber in Kombination mit ihnen einen besseren Therapieerfolg ermöglicht. Es sollte zudem betont werden, dass Psychotherapie eine individuelle Therapie mit unterschiedlich definierten Zielen ist, die die Balance zwischen unvermeidbarem Stress und dessen Bewältigung geschickt ausloten sollte. Dabei soll betont werden, dass die Therapie nicht auf die Sitzungen beschränkt bleiben kann, sondern die neu erarbeiteten Fähigkeiten im Alltag erprobt und weiterentwickelt werden müssen. Patienten sollen hier zur Mitarbeit an den Psychotherapie-Sitzungen ermutigt und eventuelle Vorurteile oder Bedenken abgebaut werden. Zudem soll klar gemacht werden, dass vor allem in der Akutphase tiefenpsychologische Verfahren zur emotionalen Überstimulierung führen können und deshalb eher nicht zum Einsatz kommen sollten, während das verhaltenstherapeutische Vorgehen gerade in der akuten und postakuten Phase als Mittel der Wahl zu betrachten ist.

### **Siebte Sitzung: Psychosoziale Unterstützungsmöglichkeiten**

Für die Betroffenen selbst gehören neben der Aufklärung über die Ätiologie und der Behandlung der Erkrankung auch die praktischen Hilfen und die Bewältigung der

Folgen ihrer Erkrankung im Alltag zu den Anforderungen an die Psychoedukation. In der siebten Sitzung soll es daher vorrangig um die sozial-therapeutische Unterstützung der Erkrankten gehen. Dabei stehen Fragen wie: „Wo kann ich mir konkret Hilfe suchen?“, „An welche Stellen kann ich mich wenden?“, „Bekomme ich einen Schwerbehinderten-Ausweis?“ und „Welche Rechte habe ich meinem Arbeitgeber gegenüber?“ im Mittelpunkt. Die Aufklärung der Patienten erfolgt hierbei anhand des „WAFFF-Prinzips“- WAFFF ist ein Akronym und steht für: Wohnen, Arbeit, Finanzen, Freizeit, Freunde, Familie, Future...

Mit dieser Stunde sollen sowohl die Eigenverantwortung der Patienten als auch ihr Wissen um ihre Rechte gestärkt werden. In der zugrunde liegenden COGPIP-Studie wurde diese Stunde meistens von einer Sozialpädagogin übernommen und geleitet. Der Ablauf und das Konzept sollten gut abgesprochen werden und auf die Teilnehmer abgestimmt sein. Am Ende der Sitzung erhalten die Patienten einen Flyer mit den wichtigsten Informationen im Überblick. So kann jeder Teilnehmer im Bedarfsfall nachlesen.

### **Achte Sitzung: Frühwarnzeichen und Krisenplan („Wie lange muss ich das Gras jetzt wachsen hören?“)**

Die letzte Sitzung in der Psychoedukation beschäftigt sich vor allem mit der Zukunft der Patienten. Die zentralen Fragen dieser Stunde sind: „Was sind typische Frühwarnzeichen? Und was ist zu tun, wenn ich diese Symptome bei mir bemerke?“. Im Fokus steht die zukunftsorientierte Selbsthilfe, die den Patienten die Ängste nehmen soll, wie es nach einem stationären Aufenthalt weiter geht. Dabei trägt jeder Patient zur Gestaltung der Stunde bei, in dem eine Sammlung (z.B. an einer Tafel, Flipchart o.ä.) von Frühwarnzeichen gemacht wird. Typische Symptome, die genannt werden sollten, sind (modifiziert nach Bäuml, 1994): zunehmende Geräusch- und Lärmempfindlichkeit, allgemeine innere Unruhe, Nervosität, Schlaflosigkeit, Konzentrationsstörungen, unbestimmte Angst, Misstrauen, Gereiztheit, Interessensverlust und Niedergeschlagenheit.

Anschließend soll ein „Krisenplan“ als prophylaktische Maßnahme erarbeitet werden, der den Patienten eine Anleitung zur Bewältigung der Krisensituation bei Frühwarnzeichen bietet. Dieser Plan sollte beinhalten (modifiziert nach Bäuml, 1994): Die Frühwarnzeichen ernst zu nehmen, die „Eiserne Ration“ einzunehmen, vertraute Angehörige zu informieren, abzuschalten/den Stress verringern, sich Ruhe gönnen/krankschreiben lassen, sich bei einem Nervenarzt oder einer psychiatrischen Klinik vorzustellen, notfalls auch sich stationär aufnehmen zu lassen. Für die Patienten wichtig zu betonen ist, dass die Compliance eine wesentliche Voraussetzung für das Gelingen einer erfolgreichen, dauerhaften Therapie ist. Hier sollte auf die unterschiedlich hohe Rezidiv-Häufigkeit mit und ohne Medikamenteneinnahme eingegangen werden. Da es die letzte Stunde der Psychoedukation ist, sollte auch ausreichend Zeit für die Feedbackrunde und die Beantwortung noch offener Fragen verwendet werden. Der Verweis auf laiengerechte Ratgeberliteratur und auf die lokalen

Verhältnisse zugeschnittene Krisenadressen und Notfallnummern gehören ebenso dazu wie eine optimistisch gestimmte Verabschiedung der Teilnehmer. Und gleichzeitig muss die Panik vor einem Rezidiv genommen werden, in dem man die Möglichkeit eines Rückfalls „physiologisiert“, um im Fall einer Wiedererkrankung erst gar nicht Schuld- oder Versagensgefühle aufkommen zu lassen.

### **3.5. Ablauf der Untersuchungen mit dem STEPP-Fragebogen**

Die Patienten erhielten nach jeder der acht Sitzungen einen eigenen Fragebogen (STEPP-Bogen) mit fünf verschiedenen Items ausgehändigt, um ihre Einschätzung der aktuellen Stunde abzugeben. Dabei wurde nach jeder Stunde der gleiche Fragebogen ausgeteilt, um so einen vergleichbaren Eindruck über die einzelnen Stunden zu bekommen. Am Ende der Psychoedukation lagen also pro Patient acht Fragebögen (für jede Stunde der Psychoedukation) vor. Somit lässt sich eine direkte Aufarbeitung der einzelnen Sitzungen durchführen. Die Bögen wurden nach jeder Sitzung vom Therapeuten ausgeteilt. Das Ankreuzen erfolgte direkt nach der gehaltenen Stunde, um einen möglichst unverfälschten Eindruck zu erzielen. Zeitlich lag den Patienten für das Ausfüllen des Bogens keine Begrenzung vor, um einen störenden Zeitdruck zu vermeiden.

Der Stepp-Bogen ist somit eine „Dokumentation des therapeutischen Handelns“ und damit ein „qualitätssicherndes Element“<sup>18</sup>. Die zu bewertenden fünf Items beziehen sich direkt „auf das Erleben einer Therapiesitzung (...) durch die Patienten/innen“<sup>19</sup> und spiegeln somit die Beurteilung der einzelnen Stunden durch die Patienten wieder. Der Fragebogen wurde aufgrund der mangelnden Konzentrationsfähigkeit vieler Patienten bewusst knapp gehalten.

#### **3.5.1. Aufbau des STEPP-Fragebogens**

Grundlage für den Fragebogen ist der STEPP-Bogen (STEPP= Stundenbogen für die Allgemeine und Differentielle Einzel-Psychotherapie für Patienten/innen) nach Günter Krampen, Professor für klinische Psychologie in Trier. Während Krampens STEPP-Bogen allerdings 12 Items aufweist, wurde bei der COGPIP-Studie ein modifizierter Fragebogen mit fünf Items verwendet. Wie auch bei Krampen wird zur Bewertung eine 7-stufige Skala benutzt, wobei 1 für „stimmt überhaupt nicht“ und 7 für „stimmt ganz genau“ stehen. Die Zahlen 2 bis 6 besitzen keine weitere ausgeschriebene Differenzierung. Um eine umfassende Beurteilung der Psychoedukation zu bekommen, berücksichtigt die Auswahl der Items das Dreikomponentenmodell mit den Unterkategorien Klärungsperspektive, Problembewältigungsperspektive und Beziehungsperspektive (nach Grawe, Donati und Bernauer; Dreikomponentenmodell,

---

<sup>18</sup> Krampen G. (2002), STEP Manual, Hofgrete-Verlag, S.30

<sup>19</sup> Krampen G. (2002), STEP Manual, Hofgrete-Verlag, S.29

1994). Die zentrale Aussage dieses Modells ist, dass „jede Form der Psychotherapie auf (minimal) drei unspezifischen Wirkfaktoren basiert.“<sup>20</sup>

Dabei wurden folgende Items gewählt:

**Item 1.** „Die heutigen Informationen waren für mich sehr hilfreich“

**Item 2.** „Im heutigen Gespräch erschienen mir einige meiner Probleme in einem neuen Licht“

**Item 3.** „Ich konnte den Aussagen des Therapeuten/der Therapeutin gut folgen“

**Item 4.** „Das, was ich heute erfahren habe, wird mir in Zukunft eine Hilfe sein, mit meinen Schwierigkeiten besser umgehen zu können“

**Item 5.** „Ich fühlte mich heute vom Therapeuten/Therapeutin verstanden“

Die Items 2, 3, 4 und 5 sind direkt aus der STEPP-Vorlage übernommen worden. Neu dazu genommen wurde Item 1 („Die heutigen Informationen waren für mich sehr hilfreich“). Dieses Item wurde eingefügt, um einen Prädiktor für die inhaltliche Ebene der Stunde zu haben und damit sichtbar machen zu können, wie gelungen die Informationsweitergabe der Stunde für die Patienten war.<sup>21</sup>

### 3.5.2. Items des STEPP- Fragebogens

Item eins („Die heutigen Informationen waren für mich sehr hilfreich“) bezieht sich auf die allgemeine Einschätzung der Patienten, inwieweit der Informationsgehalt der heutigen Stunde nützlich für sie war und sie diese Informationen auf ihre Situation anwenden können. Die Auswertung dieses Items ist vor allem für den Therapeuten wichtig, um einschätzen zu können, wie seine Informationen bei den Patienten ankommen. Wird eine Stunde als nicht sehr hilfreich bewertet, muss nach möglichen Gründen (Über-/Unterforderung der Patienten, falsche Vortragsweise, etc.) gesucht werden, um den Patienten die Information so übermitteln zu können, dass sie verstanden und als hilfreich erlebt werden.

Item zwei („Im heutigen Gespräch erschienen mir einige meiner Probleme in einem neuen Licht“) beurteilt die Klärung/Einsicht der Patienten in ihr subjektives Krankheitserleben. Im Dreikomponentenmodell entspricht Item zwei der Klärungsperspektive und spiegelt somit das Bewusstsein der Patienten für innere und äußere Zusammenhänge ihres Krankheitsgeschehens wieder.

Item drei („Ich konnte den Aussagen des Therapeuten/der Therapeutin gut folgen“) spiegelt das derzeitige Auffassungsvermögen wieder. Hier ist vor allem die Fähigkeit der Patienten, sich auf neue Sachverhalte einzulassen und sich darauf zu konzentrieren, gefordert. Auch hier ist die Auswertung vor allem für den Therapeuten wichtig, um eventuell inhaltliche oder strukturelle Defizite der Stunde zu verbessern. Gleich-

---

<sup>20</sup> Krampen G. (2002), STEP Manual, Hofgrete-Verlag, S.18

<sup>21</sup> Beispiel-STEPP-Bogen siehe Anhang

zeitig lässt sich darin noch ein Maß für die aktuelle kognitive Leistungsfähigkeit der Teilnehmer ablesen.

Item vier („Das, was ich heute erfahren habe, wird mir in Zukunft eine Hilfe sein, mit meinen Schwierigkeiten besser umgehen zu können“) steht für Handlungswissen und Bewältigungskompetenz und legt den Fokus vor allem auf die Problembewältigungsperspektive. Die Patienten sind aufgefordert, den heutigen Wissensstand einzuschätzen und abzuwägen, ob sie glauben, auch davon zukünftig profitieren zu können. Bei der Auswertung dieses Items ist vor allem die retrospektive Sicht der Daten interessant: Die zukünftigen stationären Wiederaufnahmen können hier als Kriterium zur Überprüfung der Zuverlässigkeit der subjektiven Einschätzung heran gezogen werden.

Item fünf („Ich fühlte mich heute vom Therapeuten/Therapeutin verstanden“) beschäftigt sich mit der Interaktion zwischen Patient und Therapeut. Dieses Item ist insofern besonders wichtig, da es als einziges Item etwas über die Beziehung zwischen Therapeut und Patienten aussagt. Die Therapeuten-Patienten-Beziehung kann in Beziehung zu den übrigen Items gesetzt und so mit deren Stellenwert bei der Durchführung von psychoedukativen Gruppen verglichen und in Bezug gesetzt werden.

### **3.6. Meßinstrumente zur Erfassung psychopathologischer Befunde**

#### **3.6.1. Clinical Global Impressions (CGI)**

Um einen Gesamteindruck des klinischen Schweregrades der Erkrankung wiedergeben zu können, wurde 1976 der CGI als weltweit anerkanntes Messinstrument vom National Institute of Mental Health (NIMH) eingeführt. Vergeben wird dieser Index durch den behandelnden Therapeuten, am besten schon bei Aufnahme der Patienten. Der CGI kann zu bestimmten Zeitpunkten wieder erneut bestimmt werden, vor allem um Therapieeffekte bei den Patienten nachzuweisen (Haro J.M. et al., 2003).

Nach ausführlicher Anamnese stuft der Therapeut auf einer 7-stufigen Skala den momentanen Zustand des Patienten ein. „1“ bedeutet in diesem Fall „Patient ist überhaupt nicht krank“ und „7“ steht für „Patient gehört zu den extrem schwer Kranken“ („0“ - „nicht beurteilbar“, „1“ - „überhaupt nicht krank“, „2“ - „ein Grenzfall psychiatrischer Erkrankung“, „3“ - „leicht krank“, „4“ - „mäßig krank“, „5“ - „deutlich krank“, „6“ - „schwer krank“, „7“ - „extrem schwer krank“).

Durch diese Einstufung lässt sich zwar schnell ein Gesamteindruck über den klinischen Zustand des Patienten gewinnen, allerdings lässt der CGI keine Aussagen über Art der Symptomatik oder Einzelheiten über die Erkrankung zu. Zudem ist die Einstufung ein weitgehend subjektives Vorgehen und sollte deswegen nur durch einen erfahrenen Therapeuten erfolgen.

### 3.6.2. Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia (CDSS)

CDSS steht für „Calgary Depression Rating Scale for Schizophrenia“, ein Fremdratinginstrument, das zur Beurteilung der depressiven Symptome der Patienten verwendet wird. Entwickelt wurde diese Skala an der University of Calgary von Dres. D. und J. Addington spezifisch für schizophren erkrankte Patienten, um „unabhängig von zusätzlich bestehenden (...) Symptomen“<sup>22</sup> die Depressivität der schizophren erkrankten Patienten einordnen zu können. Hierfür wird ein standardisierter Fragebogen verwendet (s. Anhang). Durch den ausgewerteten Fragebogen ergibt sich ein Summenscore, der zur Orientierung und zum Verlauf der Depressivität heran gezogen werden kann. Die Skala setzt sich aus 9 Items zusammen, die jeweils vierstufig von „0“ als „nicht vorhanden“, bis zu „3“ als „schwere Symptomatik“ eingestuft werden können. Der minimale Wert beträgt somit „0“, der maximal zu erreichende Wert ist damit „27“. Der Zeitraum der erfragten Beschwerden bezieht sich auf die letzten 7 Tage. Item 9 bezieht sich ausschließlich auf die Beobachtungen des Therapeuten während des Interviews und sollte aus diesem Grund auch nur von einem erfahrenen Therapeuten durchgeführt werden.

### 3.6.3. Positive and negative syndrome scale (PANSS)

Vor der Entstehung der PANSS- Skala (Kay et al., 1987) gab es bereits mehrere Skalen, die sich mit der Erforschung der Positiv- und Negativsymptomatik bei Psychosen beschäftigten. So zum Beispiel die „Brief Psychiatric Rating Scale“ (BPRS, Overall und Gorham, 1962) oder die „Psychopathology Rating Schedule“ (Singh und Kay, 1975). Die PANSS- Skala ist eine Weiterentwicklung der Skalen, die heute als international anerkanntes Messinstrument zur Beurteilung des Schweregrades der Symptome gilt.

Da an Schizophrenie leidende Menschen ein sehr breites Spektrum an Symptomen aufweisen können, werden durch ein ca. 30-minütiges Interview mit den Patienten verschiedene Symptomklassen (Minussymptomatik, Plussymptomatik und globale Symptome) abgefragt und eingestuft.

Insgesamt umfasst die Befragung 30 Items, die jeweils auf einer 7-stufigen Skala von „1“ - „nicht vorhanden“ bis „7“ - „extrem ausgeprägt“ bewertet werden. Die Items sind drei Unterklassen zugeordnet: 7 Items gehören zur Positivsymptomatik, weitere 7 zur Negativsymptomatik und 16 lassen sich als Globalsymptome zusammenfassen.

Positivsymptomatik:

- Wahn

---

<sup>22</sup> Aus: <http://www.ucalgary.ca/cdss/german.html>

- Halluzinationen
- Erregung
- Größenideen
- Misstrauen
- Feindseligkeit
- Formale Denkstörung

Negativsymptomatik:

- affektive Abstumpfung
- emotionale Teilnahmslosigkeit
- verminderte Kontaktfähigkeit
- passiv/apathischer sozialer Rückzug
- Schwierigkeiten beim abstrakten Denken
- fehlende Spontanität und Flüssigkeit beim Sprechen
- stereotypes Denken

Generelle Psychopathologie:

- Somatische Befindlichkeitsstörung
- Ängstlichkeit
- Schuldgefühle
- Gespanntheit
- Depressionen
- Verlangsamte Motorik
- Unkooperativität
- Aufmerksamkeitsstörungen
- Manieriertheit und Posieren
- Ungewöhnliche Denkinhalte
- Desorientiertheit
- Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht
- Störung der Willensschwäche
- Mangelnde Impulskontrolle
- Selbstbezogenheit
- Aktives soziales Vermeidungsverhalten

Der Gesamtscore der einzelnen Items kann als „Ausmaß der psychiatrischen Gestörtheit“<sup>23</sup> interpretiert werden.

Der Zeitraum der Beurteilung umfasst die letzten sieben Tage.

---

23 Bäuml J., Pitschel-Walz G. (2008), „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, 2. Auflage, Schattauer, S. 274



### 3.6.4. Compliance (nach Bäuml, Kissling und Pitschel-Walz)

Compliance steht im Allgemeinen für die kooperativen Fähigkeiten des Patienten, also zum Beispiel sich an Absprachen zu halten. Synonym zur Compliance könnte man auch von der „Mitarbeit des Patienten“ sprechen.

In der vorliegenden Arbeit wurde die Compliance anhand einer 4-stufigen Skala von der/ dem Stationsarzt/-ärztin anhand der regelmäßigen Medikamenteneinnahme (orale oder Depotmedikation) beurteilt. Dabei steht die „1“ für sehr gute Compliance, „2“ für gute Compliance, „3“ bedeutet eine mäßige Compliance des Patienten und „4“ steht für eine schlechte Compliance (Bäuml et al., 1996).

### 3.6.5. Krankheitseinsicht

Um die Krankheitseinsicht der Patienten beurteilen zu können, wurde in dieser Studie das Item „Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht“ („PANSS G12“) verwendet. Hintergrund dieser Variable ist die PANSS Scale („Positive and Negative Syndrome Scale“) von Kay et al., die eine Skala zur Beurteilung der Symptomatik der Schizophrenie entwickelten. Beurteilt wird dies durch einen erfahrenen Behandler anhand eines klinisch strukturierten Interviews. Es werden verschiedene Items abgefragt, u.a. der Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht („lack of judgement and insight“).

Erhoben wurde es an drei verschiedenen Messzeitpunkten (t2-t4). Hier wurde besonders auf die Einschätzung der Patienten bezüglich Symptome, Ursachen und die erforderlichen Konsequenzen hinsichtlich der Behandlung der Erkrankung geachtet.

Als Einstufung wurde hierbei eine 7-stufige Skala verwendet, bei der „1“ und „2“ für einen nicht vorhandenen oder fraglich pathologischen Mangel an Einsicht und Urteilsfähigkeit stehen. Graduell abgestuft („3“ weist auf einen „leichten“ Mangel an Einsicht, „4“ auf einen „mäßigen“, „5“ auf einen „mäßig schweren“ hin.) kann so bis Stufe „7“, ein „extrem schwerer Mangel an Einsicht und Urteilsfähigkeit“, klassifiziert werden. Die Einschätzung sollte durch einen erfahrenen Therapeuten erfolgen.

Diese Variable wurde aufgenommen, um die Urteilsfähigkeit der Patienten bezüglich ihrer Erkrankung einschätzen und im Verlauf beobachten zu können. Für schizophran erkrankte Patienten ist die Einsicht in ihr Krankheitsgeschehen ein wichtiger Prognosefaktor bezüglich ihrer Compliance und kann im negativen Fall bereits zu Beginn der Behandlung ein wichtiges Warnsignal für den Therapeuten sein.

### 3.6.6. Neuropsychologische Untersuchungsverfahren (NPU global)

Kurz beschrieben werden soll auch die Erhebung des neurokognitiven Leistungsniveaus der Patienten, die unter der Variable NP global vor der Psychoedukation zusammengefasst wird. Diese Befunde finden in Kapitel 4.6. (Neurokognition) Verwendung und sollen deswegen hier vorgestellt werden.

Die in dieser Arbeit verwendete Variable zur Erfassung der neurokognitiven Leistungsfähigkeit der Patienten beruht auf 28 T-normierten Variablen, die sich jeweils fünf verschiedenen Funktionsbereichen zuordnen lassen und zu einem globalen Skalenwert (NP global) zusammengefasst werden (Gsottschneider A., 2009, S. 136-139, Gsottschneider et al. 2011 und Jahn T. et al. 2011). Die fünf Bereiche beinhalten: Aufmerksamkeit und Konzentration, Lern- und Merkfähigkeit, verzögerter Abruf, kognitive Flexibilität und Abstraktion sowie Handgeschicklichkeit. Die jeweiligen Bereiche beinhalten jeweils eigene Variable, die über verschiedene Testverfahren erfasst werden.

- Aufmerksamkeit/Konzentration: setzt sich aus sieben Variablen zusammen und wird über den Trail Making Test A (TMT-A) sowie Subaufgaben („Alertness“ und „geteilte Aufmerksamkeit“) der Testbatterie zur Aufmerksamkeitsprüfung (TAP) und des Farbe-Wort-Interferenztests (FWIT) gebildet.
- Lern- und Merkfähigkeit: setzt sich aus 8 Variablen zusammen und wird über Kennwerte der Zahlenspanne vorwärts/rückwärts aus der Wechsler-Memory – Scale (WMS-R) sowie des California Verbal Learning Tests (CVLT) erfasst
- Verzögerter Abruf: setzt sich aus 3 Items des California Verbal Learning Test (CVLT) zusammen.
- Kognitive Flexibilität: setzt sich aus sechs Variablen zusammen, die aus dem modifizierten Wisconsin Card Sorting Test (mWCST), TMT-B, FWIT sowie des Perseverationstests aus dem Wiener Testsystem erfasst werden.
- Handgeschicklichkeit: setzt sich aus vier Variablen zusammen, die anhand der motorischen Leistungsserie (MLS) des Wiener Testsystems erfasst werden.

### 3.6.7. Teilnahmequalität (TQ)

In der Publikation von J. Bäuml und J. Baumgärtner et al. (2012) wurde bei demselben Patientenkollektiv die Teilnahmequalität (TQ) der Patienten an der Psychoedukation durch den behandelnden Oberarzt untersucht. Ziel der Studie war es, den individuellen Erfolg der Psychoedukation durch Einführung einer neuen Variable („Teilnahmequalität“) messbar zu machen und mögliche Prädiktoren herauszuarbeiten. Hierzu wurde eine vierstufige Ordinalskala angewendet (1 = schlechte TQ, 2 = mäßige TQ, 3 = gute TQ, 4 = sehr gute TQ), um so zu einer spezifischen Beurteilung der einzelnen Patienten im Anschluss an die psychoedukativen Sitzungen zu kommen. Gemessen wurde die Teilnahmequalität anhand der Motivation der Patienten, dem Interaktionsverhalten in der Gruppe, dem Wissen, der Krankheitseinsicht und der Compliance der Patienten. Hieraus wurde ein „Globalscore“ gebildet, die Variable „Teilnahmequalität“.

Nicht beurteilt wurde hierfür die 7. Sitzung, da in dieser Stunde die Gruppenleitung von einer Sozialpädagogin übernommen wurde und die Einschätzung zur Vergleichbarkeit immer durch denselben Gruppenleiter vorgenommen werden sollte.

### **3.7. Datenauswertung**

Die erfassten Daten wurden anhand IBM SPSS 19 (Statistical Package for Social Science) unter Microsoft Windows XP analysiert.

Zur Auswertung der Daten wurden Median, Mittelwert und Standardabweichungen berechnet.

## 4. Ergebnisse

### 4.1. Soziodemografische Daten

Die Teilnehmer an der Psychoedukation waren stationär aufgenommene Patienten, die an einer gesicherte Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis leiden (gilt sowohl für Erstmanifestationen als auch für chronisch-rezidivierend Erkrankte).

Ausgewertet wurden 14 fortlaufende Gruppen mit insgesamt 97 Teilnehmern über einen Zeitraum von 2004 bis 2006. Die Gruppen gliederten sich auf in 43 (44,33%) Männer und 54 (55,67%) Frauen. Das Durchschnittsalter der Teilnehmer betrug 33,9 Jahre. Dabei waren die jüngsten Teilnehmer 18 und der älteste Teilnehmer 59 Jahre alt. Die Daten im Überblick:

Tabelle 3: Soziodemografische Daten

Soziodemografische Daten	Anzahl Patienten (in %)
Männer	43 (44,33%)
Frauen	54 (55,67%)
Alter (Mittelwert)	33,9 Jahre

Die Verteilung der Krankheitsschwere bezogen auf das Geschlecht verdeutlicht folgende Tabelle:

Tabelle 4: Krankheitsschwere (CGI)

Geschlecht	Minimal erkrankt - leicht erkrankt (1-3 Punkte)	Mäßig erkrankt - schwer erkrankt (4-7 Punkte)	Gesamt (n)	Exakter Test nach Fisher
Frauen	19 (35,19%)	35 (64,81%)	54 (100%)	p = 0,020
Männer	6 (13,95%)	37 (86,05%)	43 (100%)	
Gesamt	25 (25,77%)	72 (74,23%)	97 (100%)	

Der überwiegende Anteil der Teilnehmer war ledig (70,10%). Lediglich 15 (15,46%) Studienteilnehmer waren zum Studienzeitpunkt verheiratet, 7 (7,22%) waren geschieden, 5 (5,15%) getrennt lebend und 2 (2,06%) bereits verwitwet.

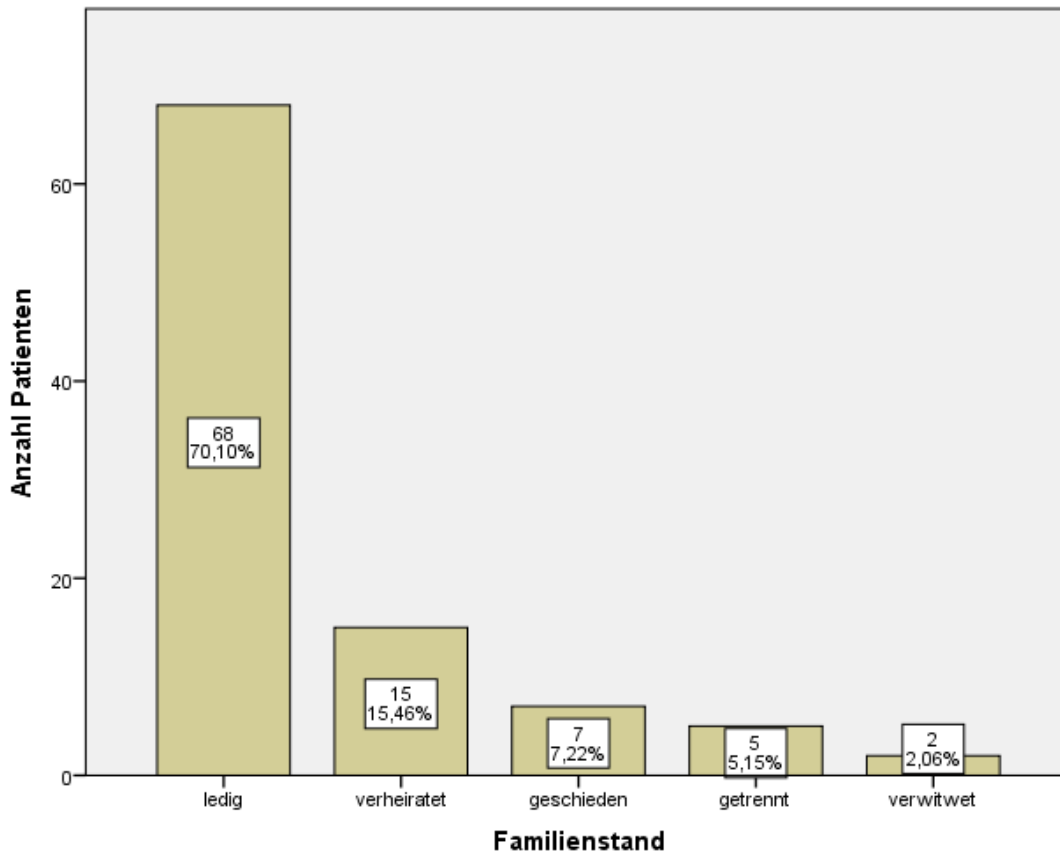


Abbildung 5: Familienstand

Insgesamt hatten 37 (38,14%) Teilnehmer das Gymnasium oder die Fachoberschule absolviert. 36 (37,11%) Teilnehmer hatten den Realschulabschluss erreicht, 21 (21,65%) die Hauptschule abgeschlossen und 3 (3,09%) Patienten konnten zum Screening Zeitpunkt keinen Abschluss vorweisen. Kein Patient war auf der Sonderschule gewesen.

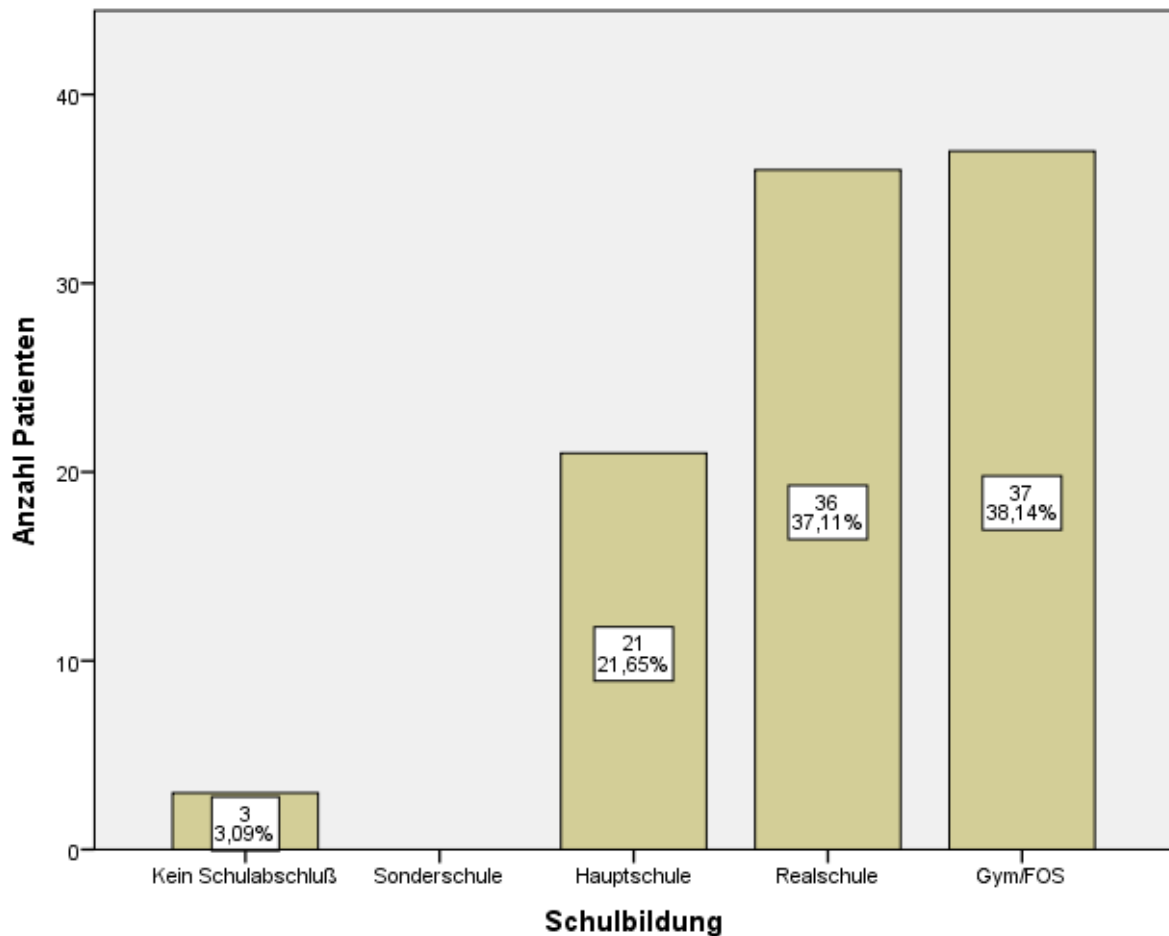


Abbildung 6: Schulbildung

Eine Lehre hatten 30 (30,93%) Patienten abgeschlossen. 11 (11,34%) hatten noch keine Ausbildung begonnen, weitere 27 (27,84%) Teilnehmer hatten zu Studienbeginn keine Ausbildung abgeschlossen. Einen Hochschulabschluss erreichten 19 Patienten (19,58%) und weitere 10 (10,31%) Patienten absolvierten eine Fachschule.

Tabelle 5: Ausbildungsstand

Berufsausbildung	Patienten (n)	Prozent %
Lehre	30	30,93%
Keine Ausbildung begonnen	11	11,34%
Keine Ausbildung abgeschlossen	27	27,84%
Fachschule	10	10,31%
Hochschule	19	19,59%

## 4.2. Krankheitsbezogene Daten

Die folgenden Grafiken geben einen Überblick über die Erkrankungsdauer in Jahren, die Anzahl an Krankenhausaufenthalten in der Indexklinik und die Anzahl an Krankenhausaufenthalten insgesamt. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer in Jahren betrug 8,36 Jahre. Die längste Erkrankungsdauer erreichte ein Patient mit 33 Jahren.

Die genaue Verteilung zeigt das folgende Balkendiagramm.

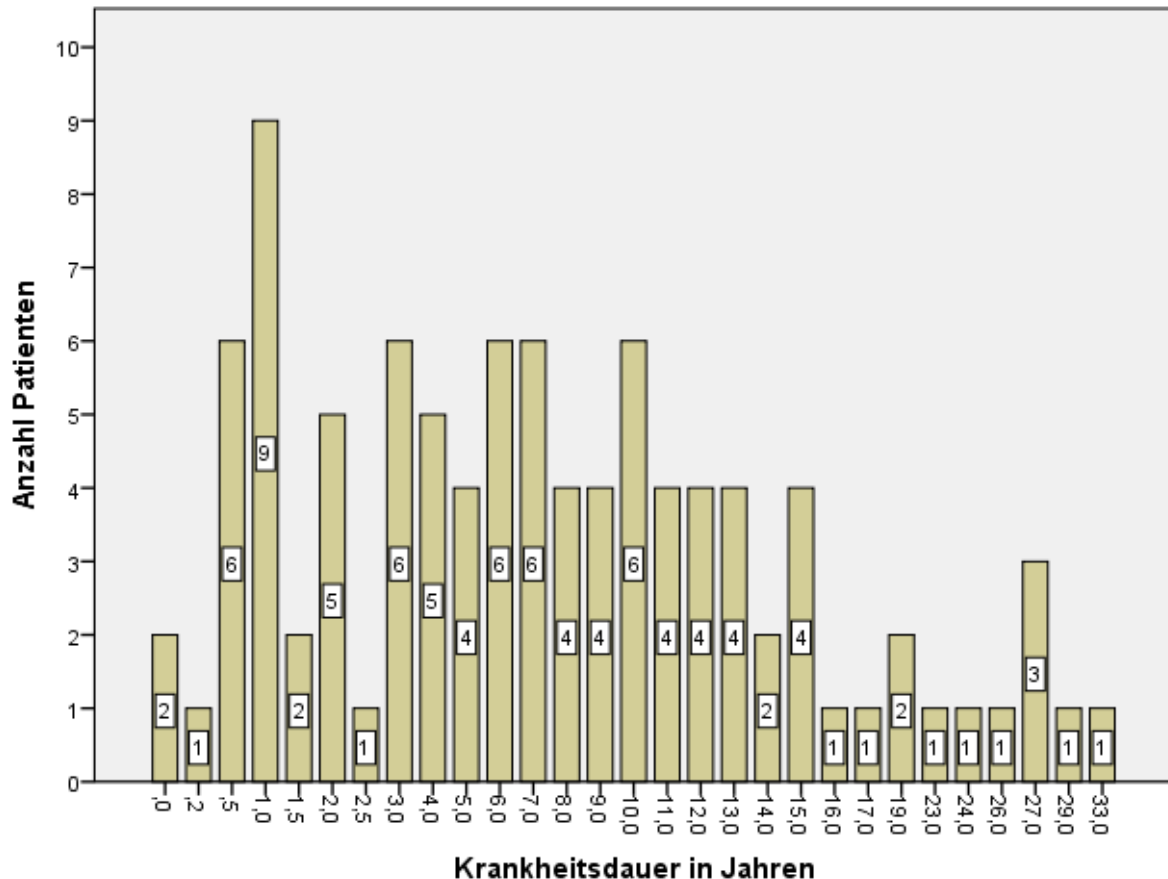


Abbildung 7: Krankheitsdauer in Jahren

Das nächste Diagramm zeigt die Anzahl der Aufenthalte im Klinikum Rechts der Isar. So waren 64 Patienten hier einmal klinisch behandelt worden. 15 Patienten bereits zum zweiten Mal, 8 Patienten hatten bereits vier Aufenthalte zu verzeichnen und jeweils ein Patient befand sich schon zum sechsten bzw. siebten Mal im Klinikum.

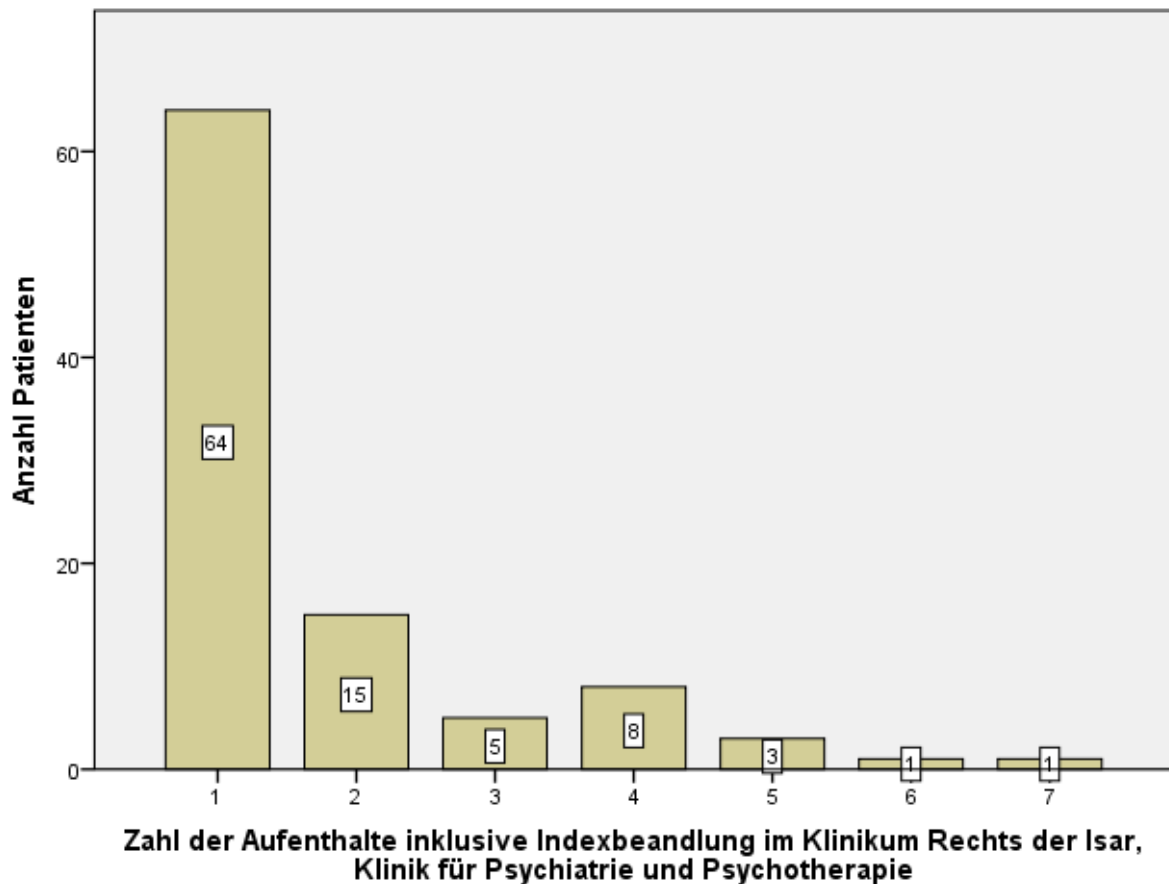


Abbildung 8: Zahl der Klinikaufenthalte im Klinikum Rechts der Isar (inklusive aktuellem Aufenthalt, n=97)

Von o.g. Diagramm zu unterscheiden sind jedoch die Aufenthalte der Patienten insgesamt in einer Klinik. 22 Patienten waren überhaupt zum ersten Mal stationär aufgenommen worden, 15 Patienten zum zweiten Mal und 16 Patienten bereits zum dritten Mal. Bei sieben Patienten handelte es sich um den vierten Aufenthalt, bei 11 Patienten um den fünften Aufenthalt. Fünf Patienten waren bereits zum sechsten Mal stationär, ebenso viele zum siebten Mal. Der achte Aufenthalt war es für vier Patienten, der neunte Aufenthalte ebenfalls bei vier Patienten. Ein Patient war bereits zum zehnten Mal in einer Klinik, zwei zum 14. Mal, ein Patient zum 15. Mal. Drei Patienten waren sogar schon 20 Mal in einer Klinik gewesen. Am häufigsten in einer Klinik war ein Patient mit 40 Aufenthalten.



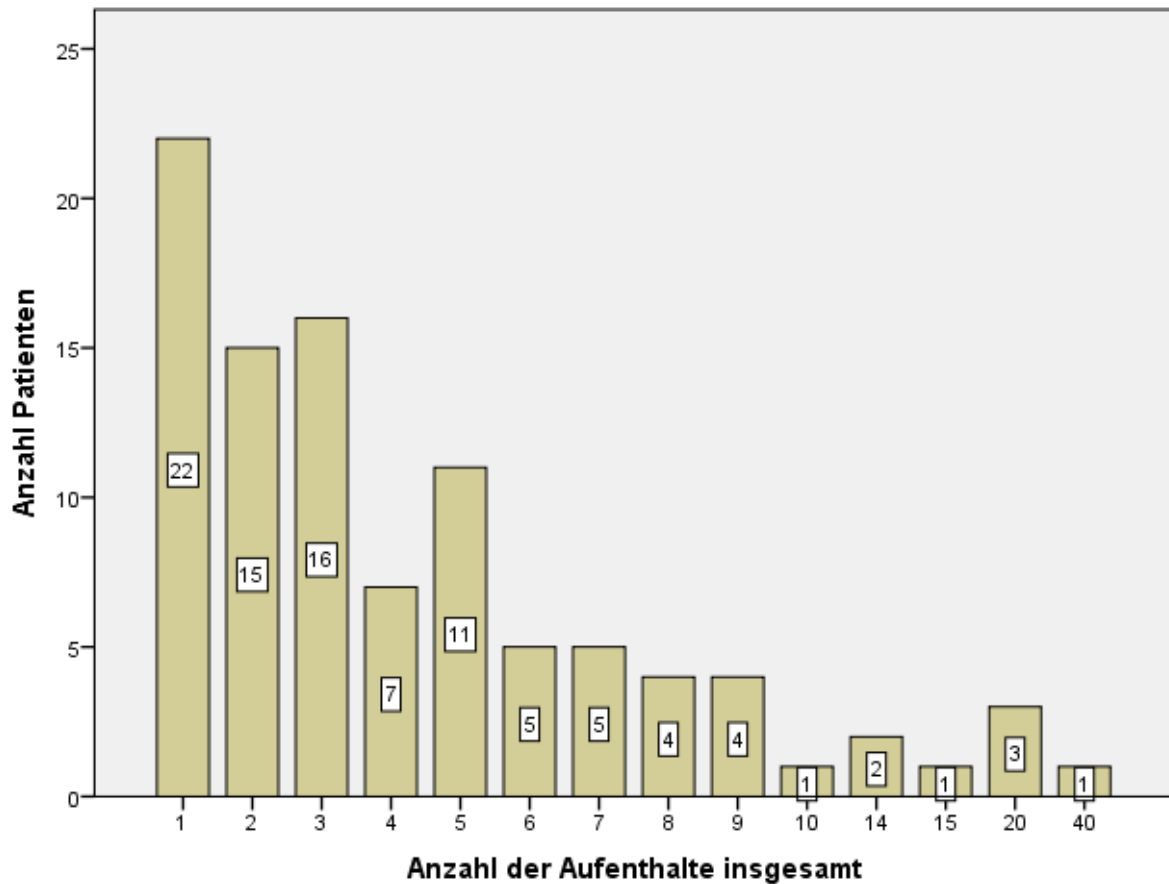


Abbildung 9: Anzahl der Klinikaufenthalte insgesamt

Die Aufenthalte in den Kliniken sind jedoch nicht gleichbedeutend mit der Anzahl der Krankheitsmanifestation der Patienten. So waren 21 Patienten inklusive dem Indexaufenthalt zum ersten Mal erkrankt, 12 Patienten zum zweiten Mal und 16 Patienten zum dritten Mal. 9 Patienten erkrankten bereits zum vierten Mal, 11 Patienten zum fünften Mal. Jeweils vier Patienten waren zum sechsten, siebten und achten Mal erkrankt. Bei drei Patienten manifestierte sich die Erkrankung zum 9. Mal, bei vier Patienten zum 10. Mal. Für jeweils einen Patienten war es das 11., 12., 13. und 14. Mal. Besonders oft waren zwei Patienten mit 15 Krankheitsmanifestationen betroffen, sowie jeweils ein Patient zum 20., zum 30. und zum 40. Mal.

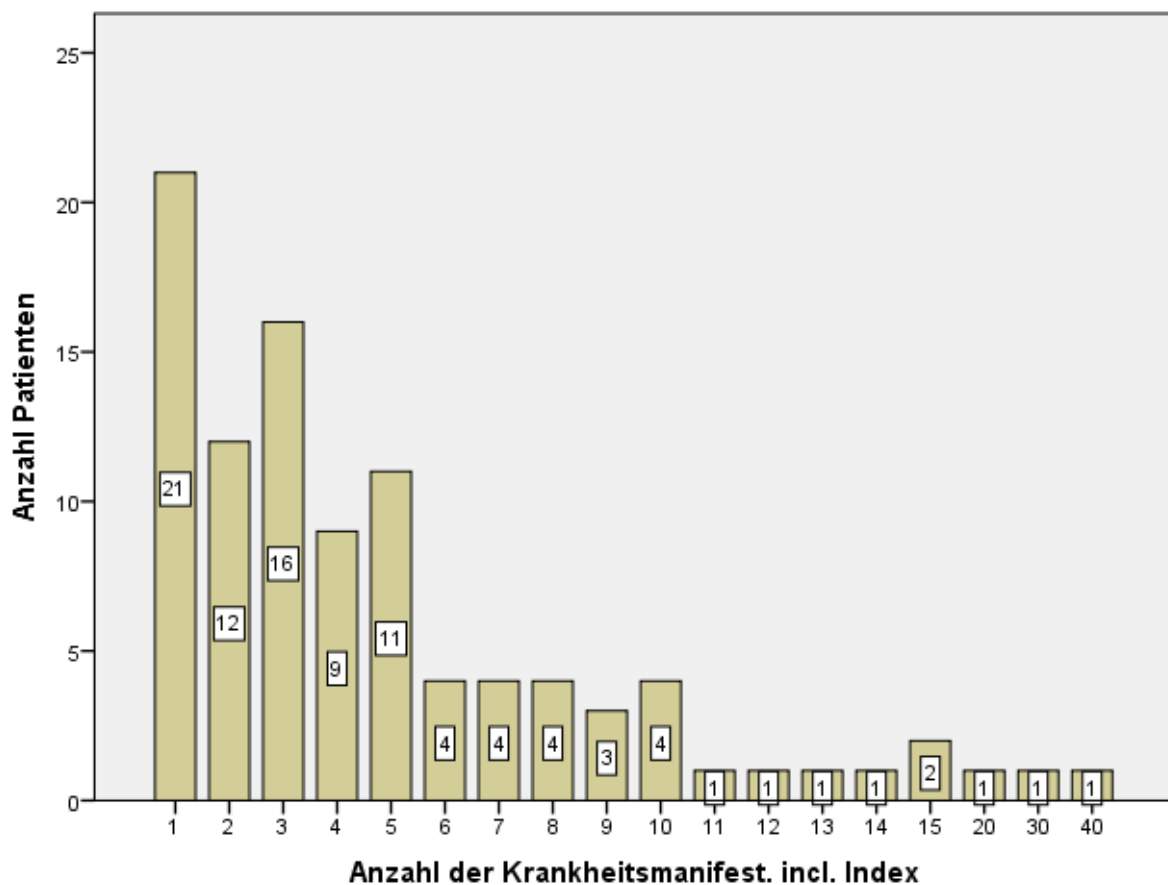


Abbildung 10: Krankheitsmanifestationen incl. Indexaufenthalt

Zusammenfassend zeigte sich ein leichtes Überwiegen der Frauen (54 Frauen und 43 Männer) in den Gruppen. Das Durchschnittsalter betrug 33,9 Jahre. Der überwiegende Teil der Patienten war zum Studienzeitpunkt ledig (70,10%) und hatte Fach-/Abitur (38,14%). Eine abgeschlossene Lehre hatten 30 (30,93%) Patienten. 19 (19,59%) erreichten einen Hochschulabschluss, 10 (10,31%) Patienten einen Fachschulabschluss. Bei 22 (22,68%) Patienten handelte es sich um die erste stationäre Behandlung, bei den restlichen 75 (77,32%) Patienten war es eine wiederholte stationäre Aufnahme. 21 (21,65%) Patienten waren zum aktuellen Aufnahmezeitpunkt zum ersten Mal erkrankt, ein Patient (1,03%) bereits zum 40.Mal.

Die gemittelte Krankheitsdauer betrug 8,36 Jahre.

#### 4.3. Psychopathologische Befunde (CGI, CDSS und PANSS)

Die globale Krankheitsschwere (CGI) der Patienten lag vor der Psychoedukation (Zeitpunkt t2) bei einem Mittelwert von 4,03 Punkten, was einer mäßig starken Erkrankung entspricht. Drei (3,09%) Patienten wurden als minimal krank eingestuft, 22 (22,68%) als leicht krank und 43 (44,33%) als mäßig krank. Deutlich krank waren 27

(27,84%) und zwei (2,06%) Patienten wurden als schwer krank eingestuft. Die untenstehende Grafik fasst das gesamte Patientengut zusammen.

Nach Abschluss der acht Sitzungen Psychoedukation (Zeitpunkt t3) lag der Mittelwert des globalen Krankheitsindex (CGI) bei 3,57 Punkten, also eine Verbesserung der Krankheitsschwere um 0,46 Punkte. Ein Patient (1,04%) wurde nach der Psychoedukation als gesund eingestuft. Als minimal krank wurden 14 (14,58%) Patienten beurteilt, 23 (23,96%) als leicht krank und 46 (47,92%) Patienten galten als mäßig erkrankt. Deutlich erkrankt waren 11 (11,46%) Patienten, schwer erkrankt war lediglich ein Patient (1,04%).

Zusammengefasst verdeutlicht die Grafik in Abbildung 11 die Entwicklung.

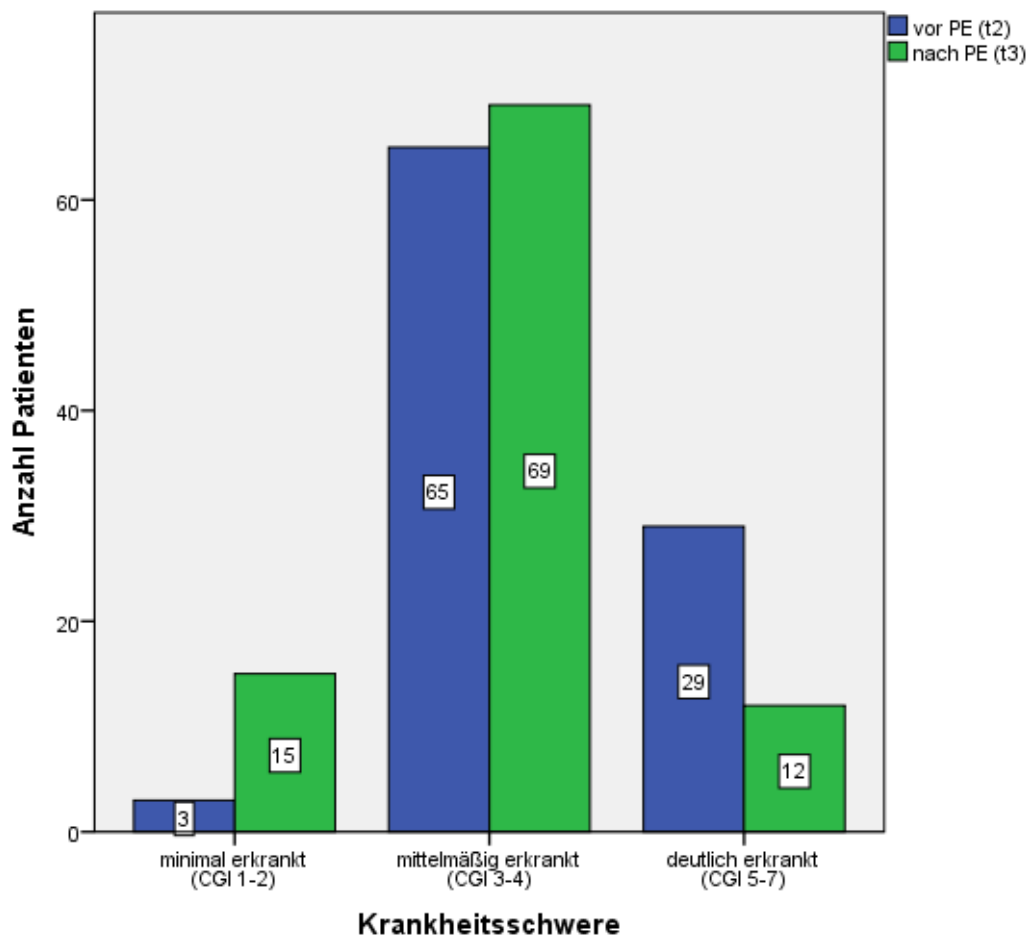


Abbildung 11: Krankheitsschwere CGI prä/post Psychoedukation (t2/t3)

Die Auswertung der PANSS-Werte vor (t2) und nach Psychoedukation (t3) nun im Folgenden.

Für das Gesamtkollektiv der Patienten ergab sich zum Zeitpunkt t2 ein durchschnittlicher PANSS-Wert von 58,33. Der minimale Wert lag bei 33 Punkten und wurde bei zwei Patienten (2,06%) erreicht. Der maximale Wert lag bei 92 Punkten und kam bei einem Patienten (1,03%) vor.

Nach der Psychoedukation (t3) lag der durchschnittliche PANSS-Wert bei 51,23 Punkten. Der kleinste Wert lag bei 31 Punkten, diesen erreichten sechs Patienten (6,25%) und der maximale Wert lag nur noch bei 88 Punkten und kam bei einem Patienten vor (1,04%).

Die Abbildung 12 zeigt die Werte im Überblick.

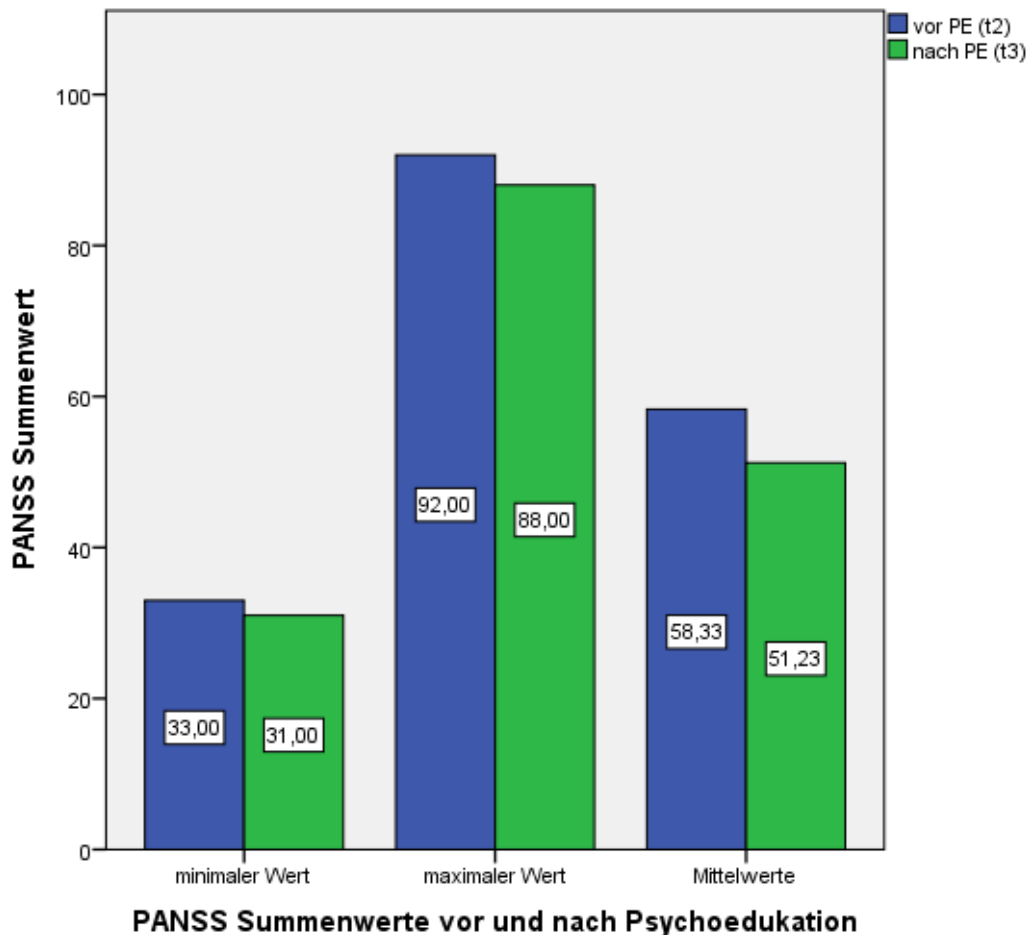


Abbildung 12: PANSS-Summenwert prä/post Psychoedukation (t2/t3)

Um die Depressivität der Patienten zu objektivieren und deren Verlauf innerhalb der Therapie darzustellen, wurde zu unterschiedlichen Zeitpunkten der CDSS-Wert bestimmt.

Für das Gesamtkollektiv der Patienten ergab sich zum Zeitpunkt t<sub>2</sub> ein CDSS-Wert von 3,77. Der maximale Wert betrug 18 und kam einmal vor (1,03%). Der minimale Wert lag bei null und kam insgesamt bei 33 Patienten (34,02%) vor.

Zum Zeitpunkt t<sub>3</sub> lag der durchschnittliche CDSS-Wert bei 3,02 Punkten. Der maximale Wert lag nun bei 13 und kam dreimal vor (3,09%). Der minimale Wert lag bei null und kam bei 42 Patienten (43,30%) vor.

Die Verteilung der Häufigkeiten zeigt untenstehende Grafik, zur Übersicht eingeteilt in fünf Gruppen.

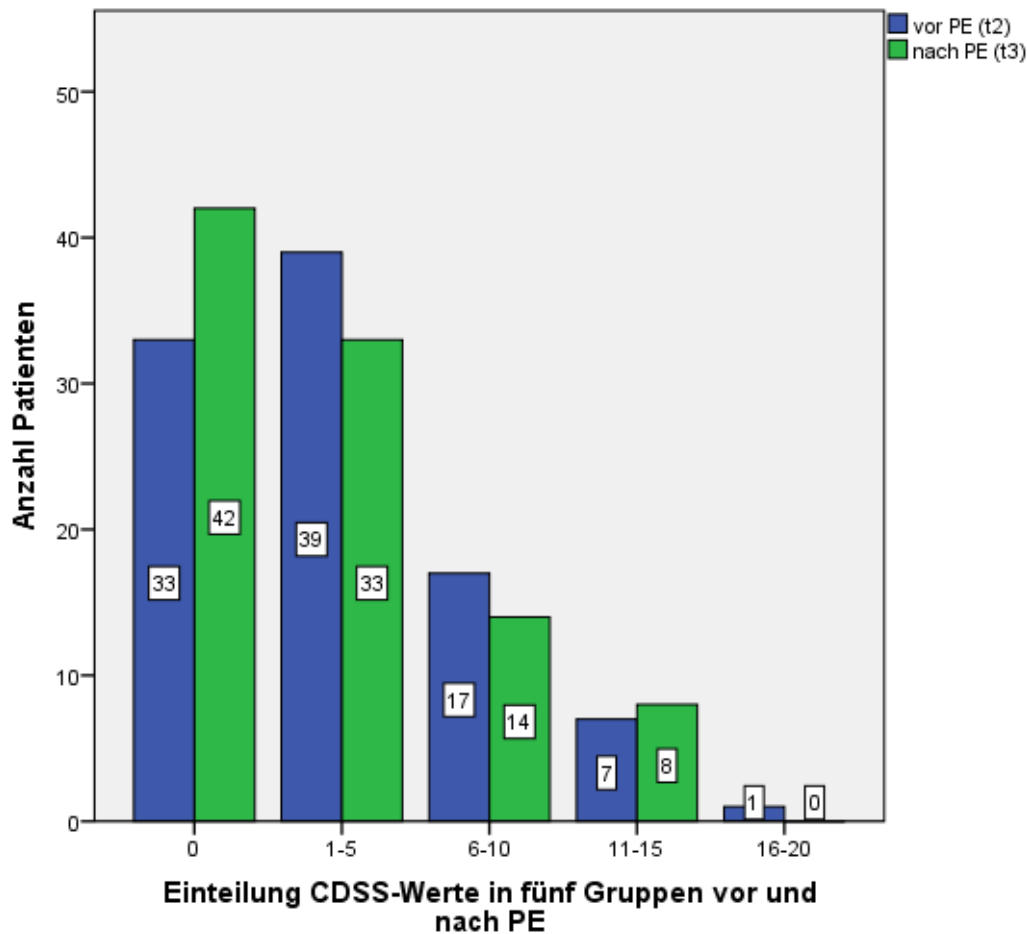


Abbildung 13: Verteilung CDSS-Summenwert prä/post Psychoedukation (t2/t3)

#### 4.4. Compliance

Die Compliance der Patienten wurde zu definierten Zeitpunkten durch einen Therapeuten bestimmt. Für den Zeitpunkt  $t_2$  (vor Psychoedukation) betrug die Zahl der complianten Patienten (Compliance „sehr gut“) 61 (63,54%), bei 30 (31,25%) lag eine gute Compliance vor. Vier (4,67%) Patienten wurden als mäßig compliant eingestuft und ein (1,04%) Patient als schlecht compliant.

Nach der Psychoedukation konnte dann bei 73 (75,25%) Patienten eine sehr gute Compliance bewertet werden, was einem Zugewinn von 11,71% entspricht. Eine gute Compliance wiesen 18 (18,56%) Patienten auf und eine mäßige Compliance lag bei 5 (5,15%) Patienten vor. Lediglich ein (1,03%) Patient galt als schlecht compliant.

Tabelle 6: Compliance prä/post Psychoedukation (t2/t3)

Compliance	Vor PE (t2) (n)	Prozent (%)	Nach PE (t3) (n)	Prozent (%)
Sehr gut	61	63,54%	73	75,25%
Gut	30	31,25%	18	18,56%
Mäßig – schlecht	5	5,21%	6	6,19%
Gesamt	96	100%	97	100%

#### 4.5. Krankheitseinsicht

Vor Beginn der Psychoedukation (Zeitpunkt t<sub>2</sub>) wurde bei allen Patienten die Einsicht in ihr eigenes Krankheitserleben beurteilt. Dabei konnte für 37 Patienten kein Mangel (16 Patienten) oder nur ein fraglich pathologischer Mangel an Einsicht (21 Patienten) in ihr Krankheitserleben festgestellt werden. Dies entspricht einem zusammengefassten Prozentsatz von 38,14%. Nach Abschluss der Psychoedukation wurde diese Einsicht erneut bei den Patienten bestimmt, und es zeigte sich eine Steigerung auf 69,07%, d.h. 67 Patienten wiesen jetzt keinen oder nur noch einen fraglich pathologischen Mangel an Einsicht auf.

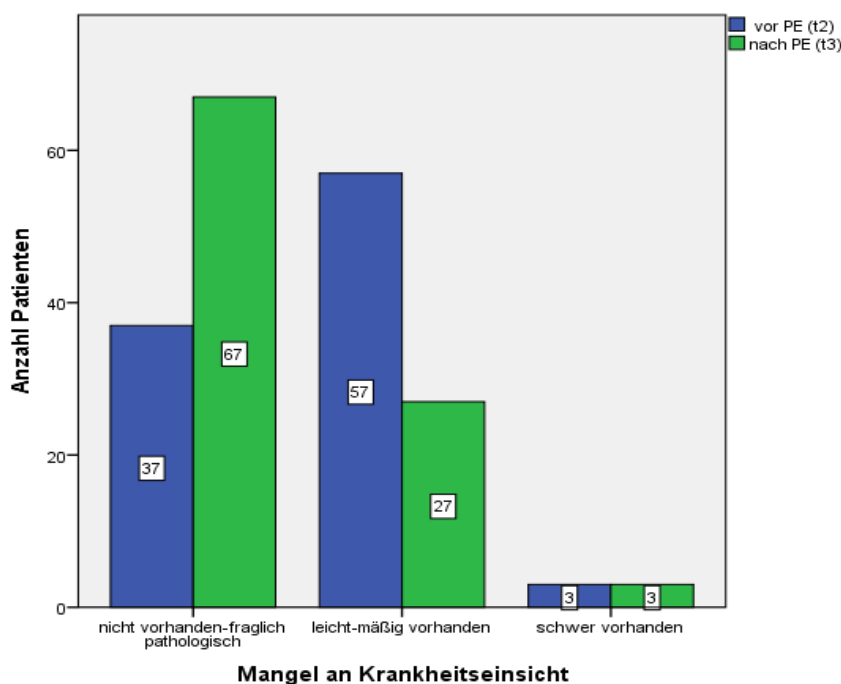


Abbildung 14: Mangel an Krankheitseinsicht prä/post Psychoedukation (t2/t3)

Die folgenden Abbildungen stellen den Zusammenhang zwischen der Krankheitseinsicht der Patienten und dem Krankheitsverlauf dar. Von den 22 ersthospitalisierten Patienten wiesen mit 10 Patienten (45,45%), der größte Anteil, einen leichten Mangel an Krankheitseinsicht auf. Folgend die Krankheitseinsicht bei den ersthospitalisierten Patienten mit Prozentzahlen und dazu gehöriger Patientenzahl im Überblick:

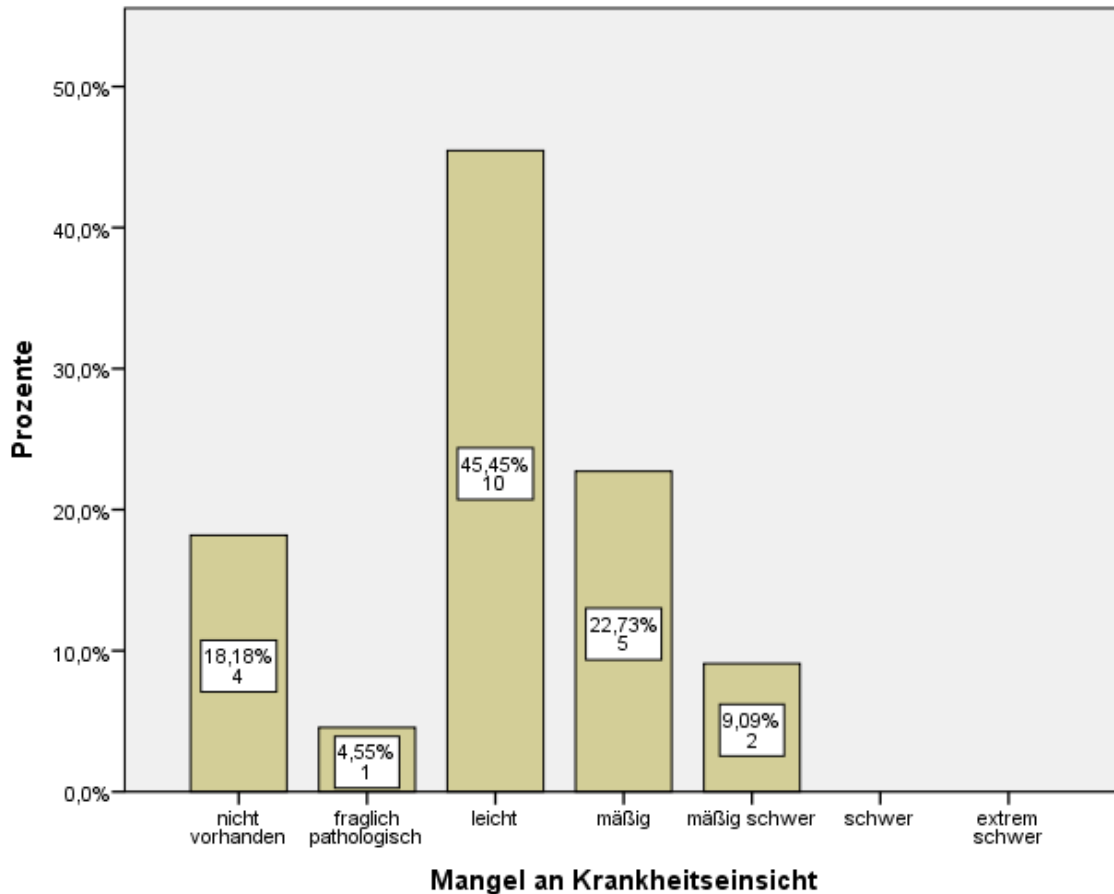


Abbildung 15: Mangel an Krankheitseinsicht bei Ersthospitalisierten (n = 22)

Bei den 37 wiederholt aufgenommenen Patienten mit mindestens fünf stationären Aufenthalten wiesen die meisten Patienten (43,24%, n = 16) ebenfalls einen leichten Mangel an Krankheitseinsicht auf. Im folgenden Diagramm wird der Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht bei wiederholt stationär aufgenommenen Patienten in Prozentzahlen und darunter stehender Patientenzahl dargestellt.

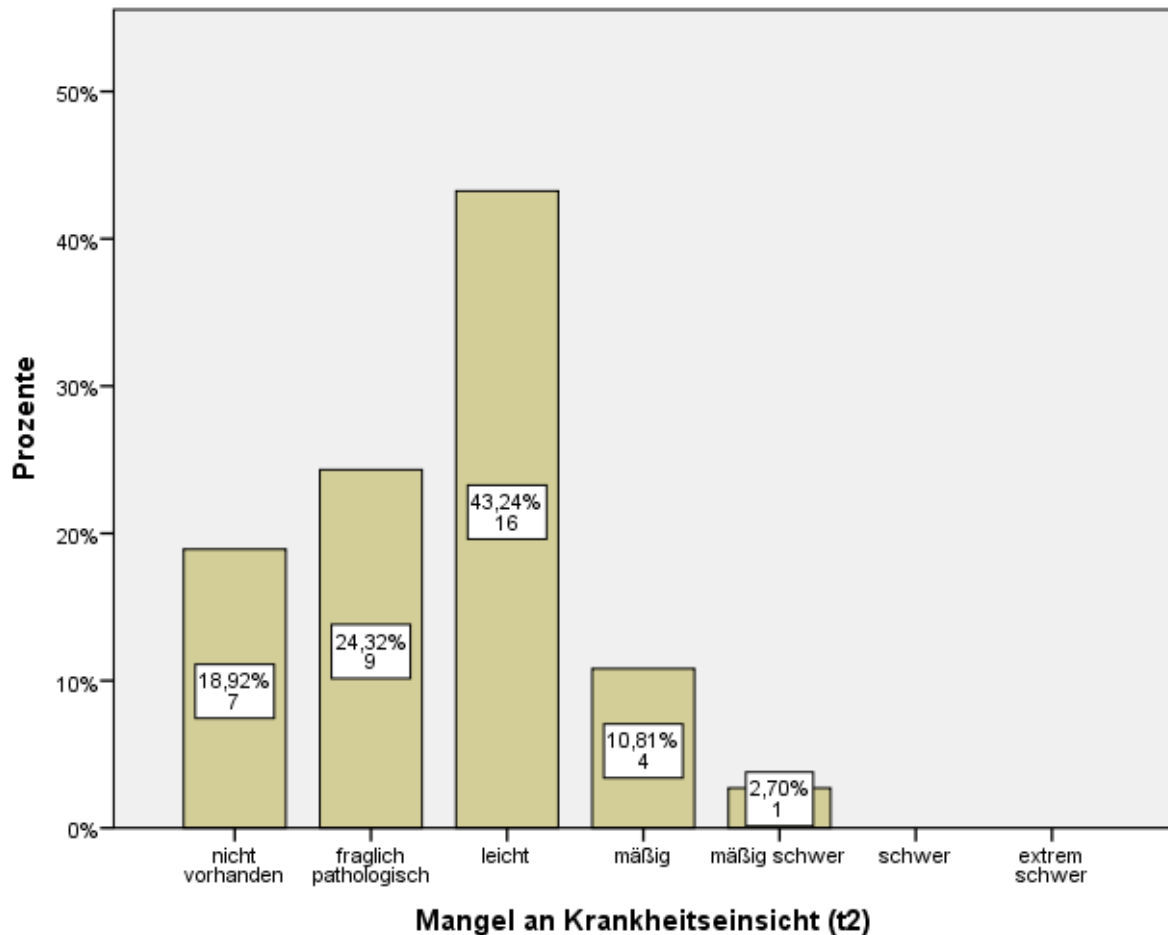


Abbildung 16: Mangel an Krankheitseinsicht bei wiederholt Erkrankten (mind. 5 Aufenthalte, n = 37)

Beim Vergleich der Krankheitseinsicht zum Zeitpunkt t2 zwischen ersthospitalisierten und wiederholt ( $\geq 5x$ ) aufgenommenen Patienten zeigt sich, dass beim Zusammenfassen der Stufen „nicht vorhanden/fraglich pathologisch“ zu „eher gut“ und den restlichen Kategorien der Krankheitseinsicht zu „eher mäßig“, die Ersthospitalisierten eine deutlich schlechtere Krankheitseinsicht zeigten als die Patienten mit mindestens fünf Aufenthalten. Die dritte Variable zeigt die Patienten, die 2-4 stationäre Aufenthalte hatten (n = 38). Diese Patienten nähern sich dem Ergebnis der wiederholt aufgenommenen Patienten an und liegen damit zwischen den ersthospitalisierten und wiederholt aufgenommenen Patienten.



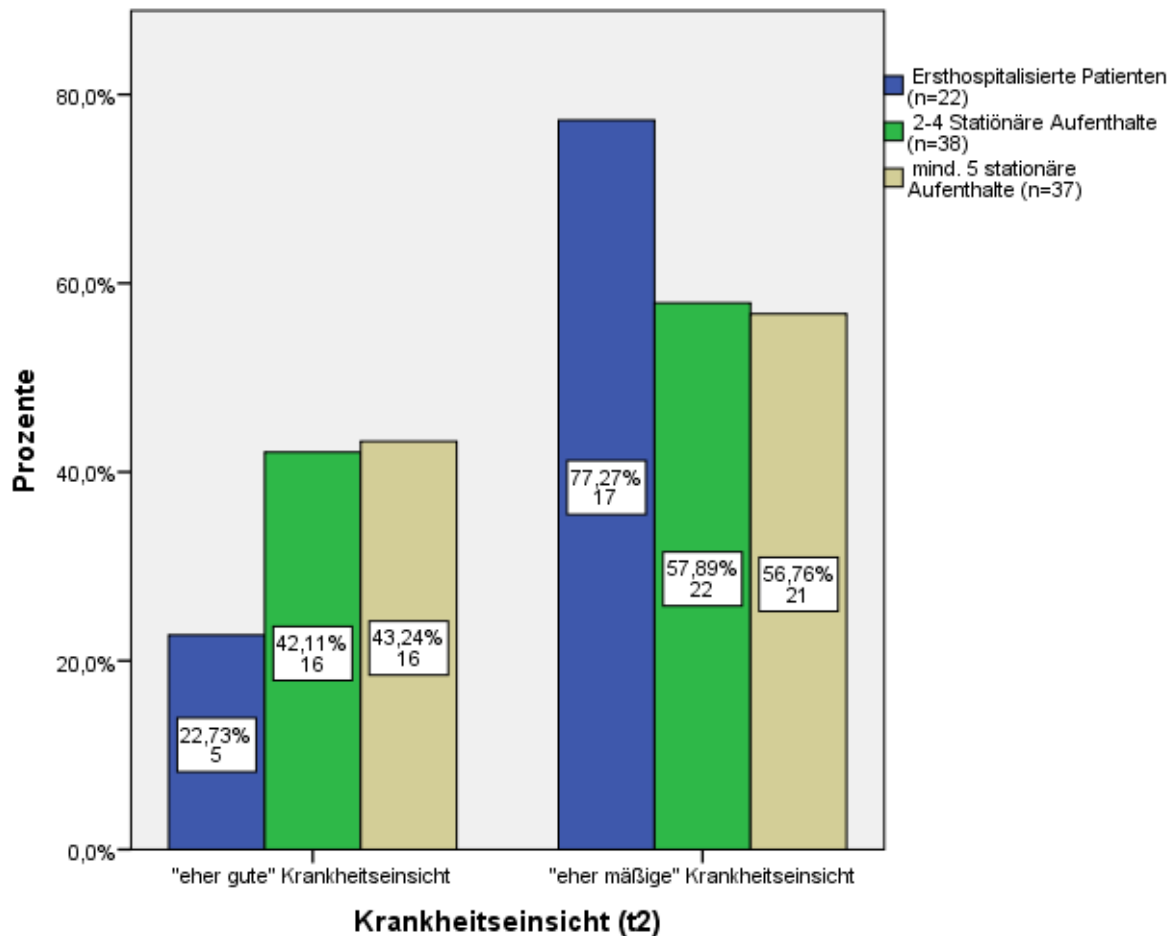


Abbildung 17: Vergleich der Krankheitseinsicht und stationärer Aufnahme (erste stationäre Aufnahme, 2 - 4 stationäre Aufenthalte und mind. 5 stationäre Aufenthalte)

#### 4.6. Neurokognition

Die Neurokognition wurde anhand der Variable NP global bestimmt. Dieser Summenscore wurde zum Zeitpunkt t2 bei allen 97 Patienten erhoben. Der kleinste Wert lag bei 30,3 Punkten, der höchste Wert lag bei 55 Punkten. Durchschnittlich lag der NP Globalwert bei 44,6 Punkten. Zur leichteren Übersicht wurden die Patienten in zwei Gruppen eingeteilt: Die erste Gruppe gilt als gering kognitiv eingeschränkt (> 45 Punkte), hier wurden 56 Patienten (57,73%) eingestuft. Die zweite Gruppe wurde als stark kognitiv eingeschränkt ( $\leq$  45 Punkte) eingestuft und bestand aus 41 Patienten (42,27%).

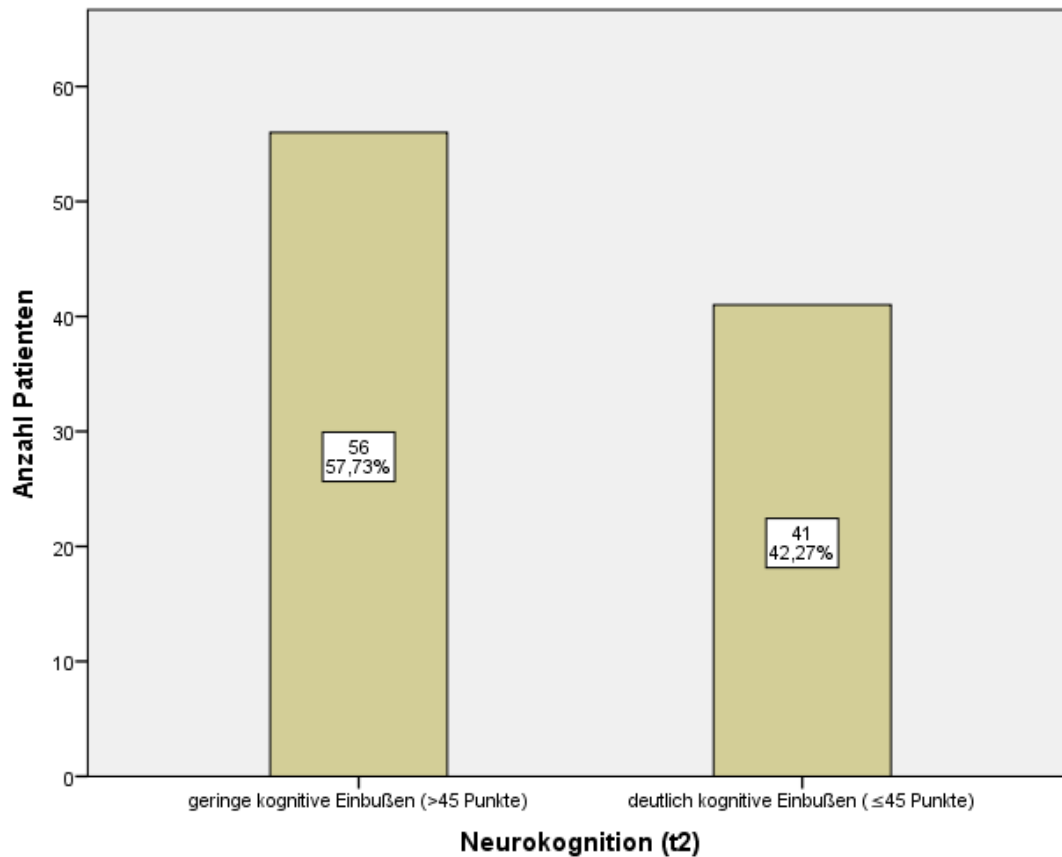


Abbildung 18: Neurokognition in zwei Gruppen: geringe (> 45 Pkt.) und deutliche Einbußen (≤ 45 Pkt)

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass vor Beginn der Psychoedukation 38,14% der Patienten krankheitseinsichtig waren, 63,54% als sehr compliant und mit einem CGI von 4,03 im Schnitt als mäßig erkrankt eingestuft wurden. Der Wert der CDSS-Variable lag bei 3,77 Punkten, d.h. der Depressivitätsscore lag noch unterhalb des cut-off Punkts von  $\geq 6$  (nach Addington et al., 1992).

Nach Abschluss der Psychoedukation waren 69,07% der Patienten krankheitseinsichtig, 75,25% wurden als sehr compliant eingeschätzt und der globale Krankheitsgrad lag mit 3,57 Punkten zwischen mäßig und leicht erkrankt.

Der Wert der CDSS-Variablen fiel auf 3,02 Punkte, was einer sehr geringen depressiven Verstimmung entspricht.

#### 4.7. Teilnahmequalität

Die Teilnahmequalität wurde als Variable der Fremdbeurteilung mit in diese Studie aufgenommen. Die Entwicklung stammt von 2012 aus „Welchen Beitrag kann die Fremdbeurteilung des psychoedukativen Gruppenverlaufs zur frühzeitigen Erkennung von mangelnder Krankheitseinsicht und Compliance sowie einem erhöhten

Rückfallrisiko bei schizophren erkrankten Patienten leisten?“ und wurde mit freundlicher Genehmigung von Frau Dr. J. Baumgärtner aus deren Dissertationsarbeit übernommen (2012).

Bei der Aufteilung in drei Gruppen hatten 23 Patienten eine mäßige Teilnahmequalität, was einer Punktzahl kleiner drei entsprach, 54 Patienten erreichten eine gute Teilnahmequalität, was in Punkten zwischen drei und vier darstellte. Die kleinste Gruppe, nämlich 20 Patienten, erreichten eine sehr gute Teilnahmequalität, d.h. die Bewertung erreichte bei allen sieben Beurteilungszeitpunkten den Maximalscore von vier.

Das Balkendiagramm veranschaulicht die Ergebnisse:

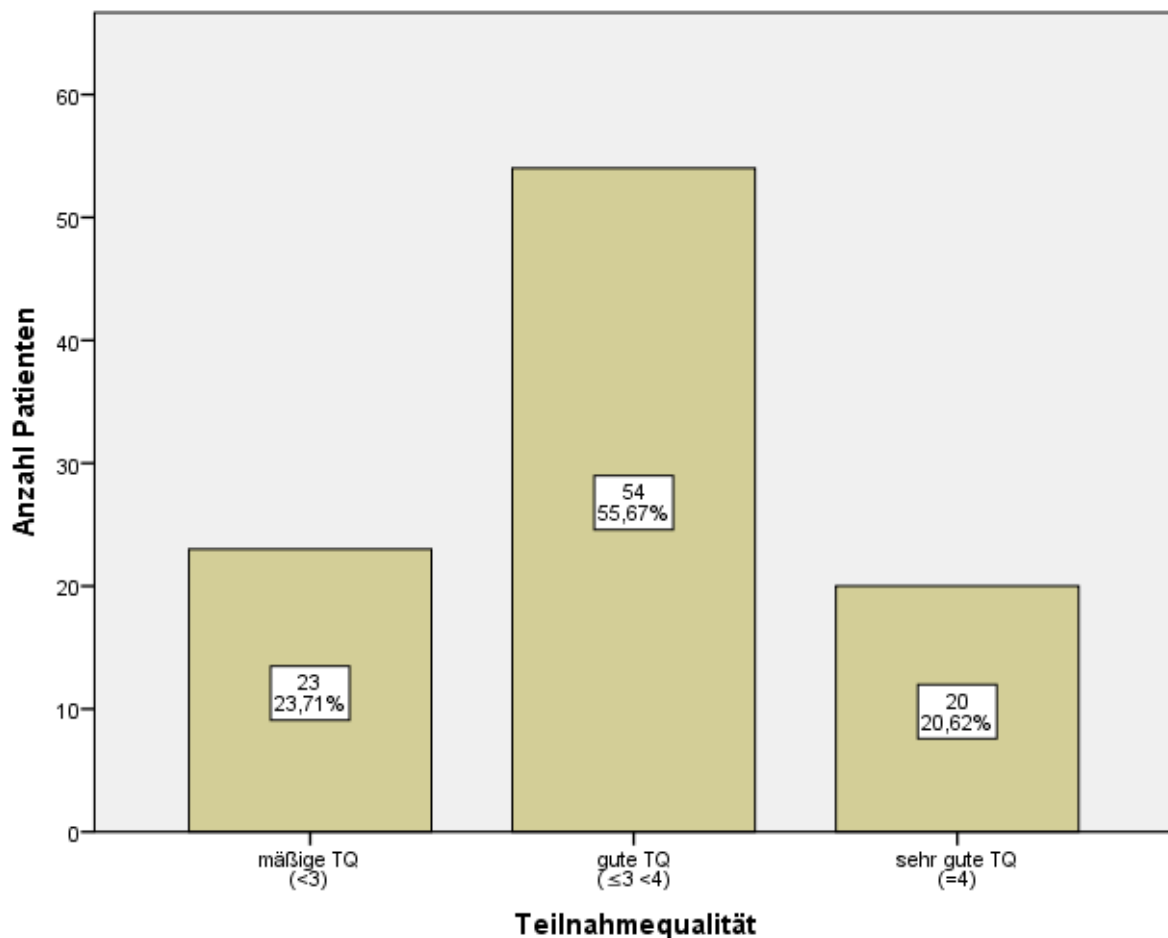


Abbildung 19: Teilnahmequalität in drei Gruppen

#### 4.8. STEPP-Bögen

Insgesamt wurden 97 Patienten in der Studie erfasst. Der ermittelte Gesamtdurchschnitt der STEPP –Bögen über alle Items betrug 25,86 Punkte. Der Maximalwert lag bei 35, der Minimalwert bei 8,57 Punkten.

Tabelle 7: Verteilung der STEPP-Punktzahl

STEPP	Punktzahl	Patienten (n)
Mittelwert	25,86	97 (100%)
Maximale Punktzahl	35	3 (3,09%)
Minimale Punktzahl	8,57	1 (1,03%)
Standardabweichung	5,41	

Die durchschnittliche Teilnahmefrequenz an den Sitzungen lag bei 6,9. Die minimale Anzahl an besuchten Sitzungen lag bei 3.

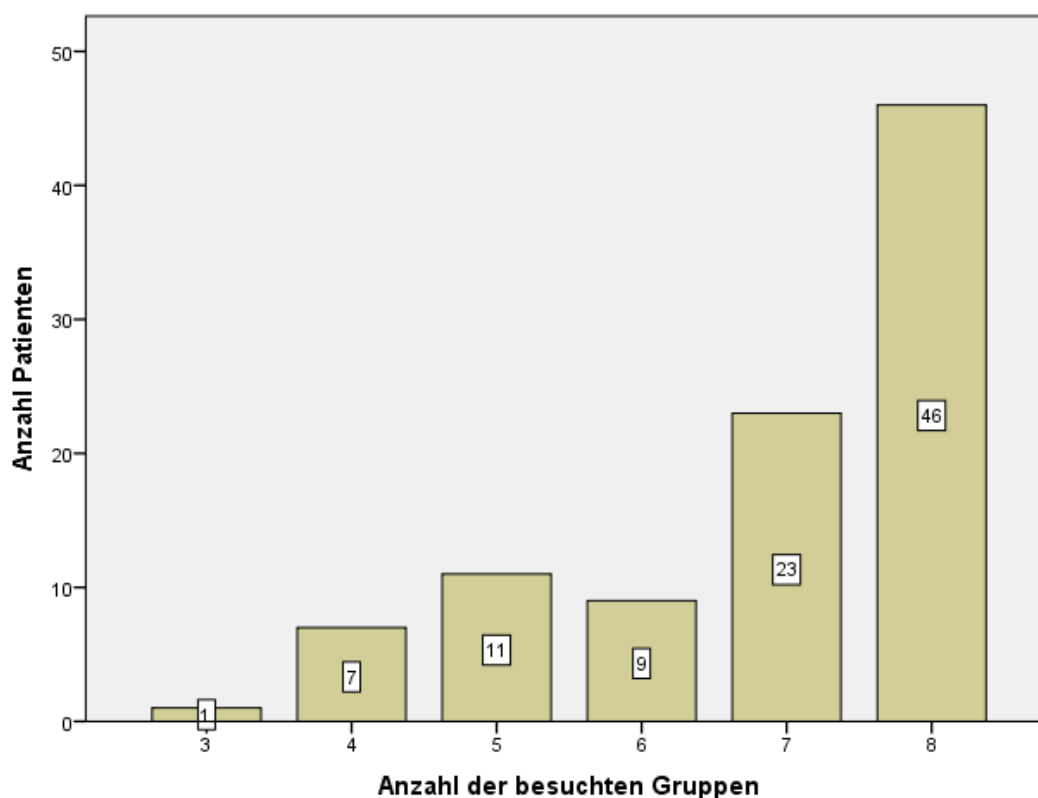


Abbildung 20: Teilnahmefrequenz an den psychoedukativen Gruppen

Die STEPP-Ergebnisse wurden in drei Gruppen eingeteilt. Die erste Gruppe reicht von Null bis 20 Punkten mit 22 Patienten. Gruppe zwei wurden STEPP-Ergebnisse zwischen 21-30 Punkten zugeteilt, diese Kohorte ist mit 51 Patienten am größten. In der dritten Gruppe mit STEPP-Ergebnissen größer 30 Punkten befinden sich 24 Patienten.

Das Balkendiagramm fasst die Verteilung zusammen:

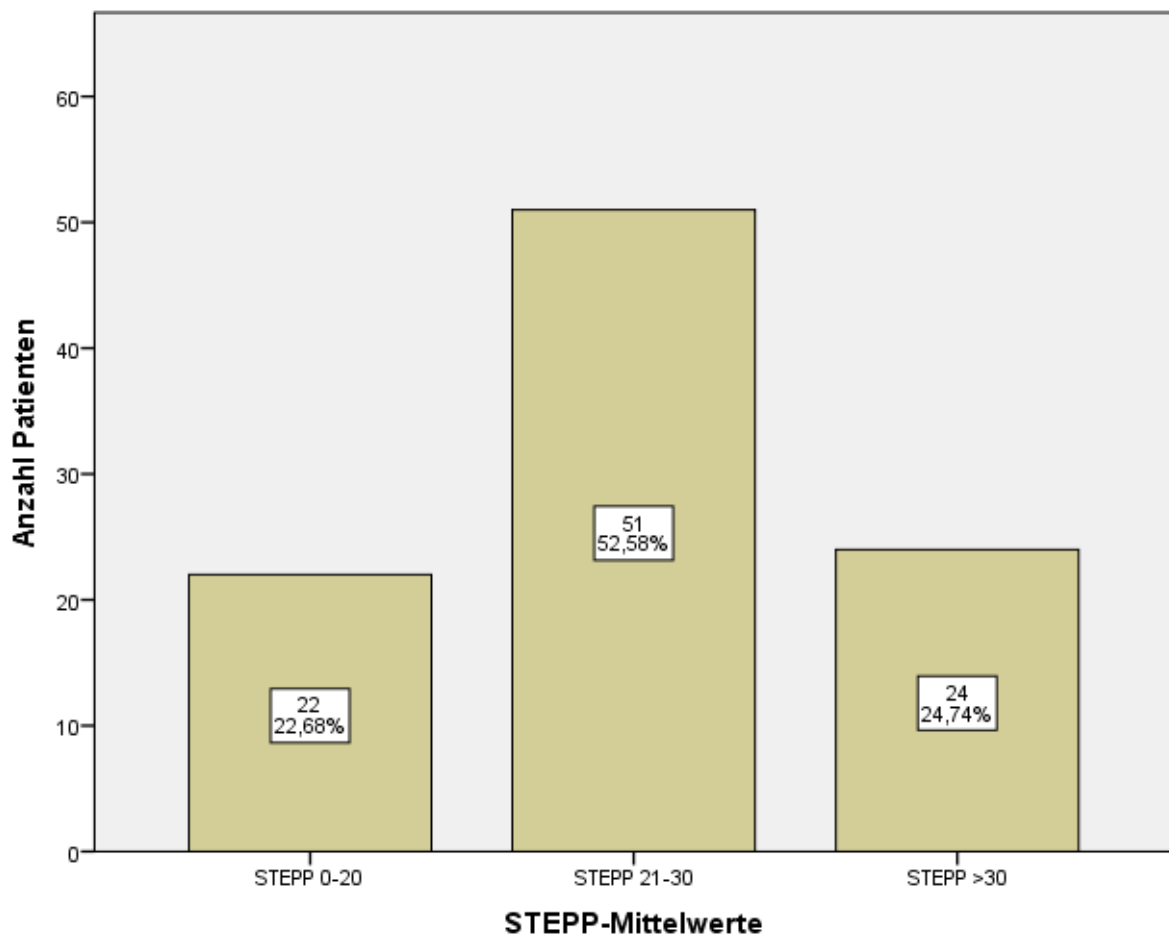


Abbildung 21: STEPP-Mittelwerte in drei Gruppen

Zusammenfassend zeigte sich, dass an der Psychoedukation im Durchschnitt 6,9 mal teilgenommen wurde und in den STEPP-Bögen sich über die acht Sitzungen ein Mittelwert von 25,86 Punkten ergab. Bei einer Dreiteilung der STEPP-Ergebnisse erreichen 22 (22,68%) Patienten 0-20 Gesamtpunkte, 51 (52,58%) Patienten Werte zwischen 21 und 30 Punkten und 24 (24,74%) Patienten haben ein STEPP-Ergebnis größer 30 Punkte.

#### 4.8.1. STEPP-Items

Die Auswertung der Bögen ergab folgende Ergebnisse für die einzelnen Items:

Item drei („Ich konnte den Aussagen des Therapeuten/der Therapeutin gut folgen“) erreichte den höchsten Mittelwert mit 6,02 Punkten. An zweiter Stelle folgt mit 0,31 Punkten weniger Item eins mit 5,71 Punkten („Die heutigen Informationen waren für mich sehr hilfreich“). An dritter Stelle stand Item fünf mit 5,65 Punkten („Ich fühlte mich heute vom Therapeuten/Therapeutin verstanden“). Den vorletzten Rang belegte

Item vier („Das, was ich heute erfahren habe, wird mir in Zukunft eine Hilfe sein, mit meinen Schwierigkeiten besser umgehen zu können“) mit 5,22 Punkten geratet. Den geringsten Mittelwert von 4,83 erreichte Item zwei („Im heutigen Gespräch erschienen mir einige meiner Probleme in einem neuen Licht“).

Über den Verlauf der acht Sitzungen ergibt sich nachfolgende Grafik für die fünf Items.

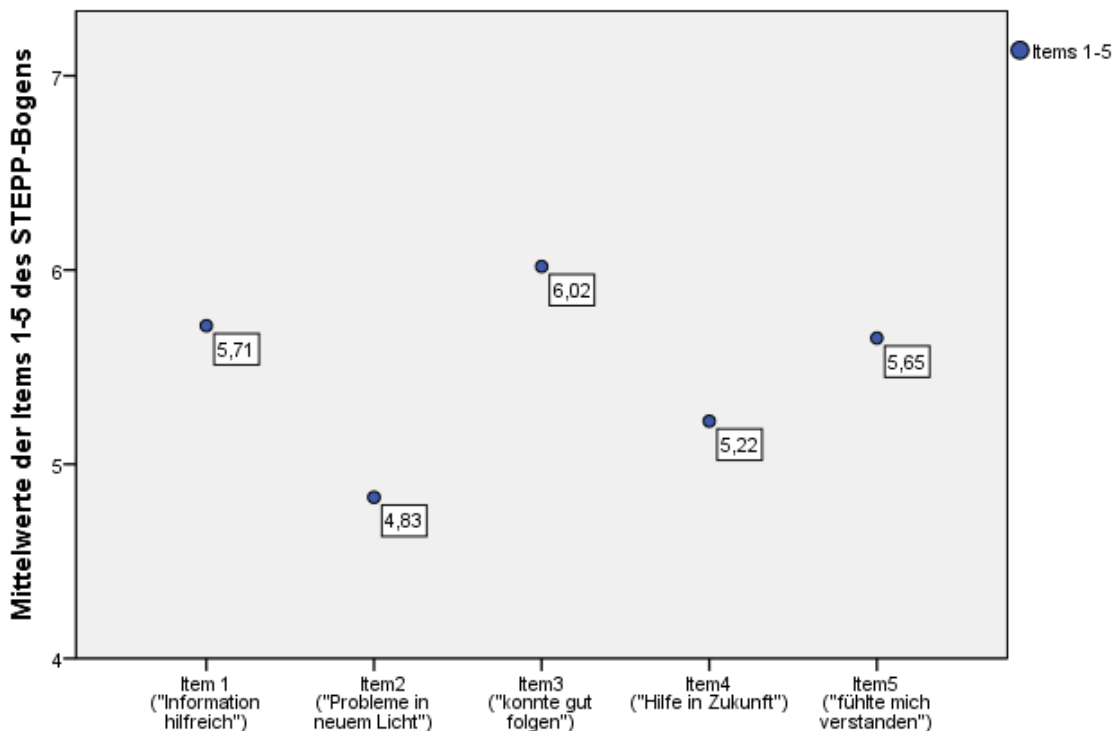


Abbildung 22: Mittelwerte der einzelnen Items

#### 4.8.2. Darstellung der Items im Verlauf der Sitzungen

Im Verlauf der acht Sitzungen kann für die Entwicklung von Item 1 („Information war hilfreich“) folgende Aussage gemacht werden:

In der ersten Sitzung erreichte Item 1 einen Mittelwert von 5,65 Punkten bei einer Anzahl von 49 auswertbaren Bögen. In Sitzung 2 war der errechnete Mittelwert 5,79 Punkte bei einem  $n=52$ . In Sitzung 3 stieg der Mittelwert weiter an auf 6 Punkte bei  $n=60$ . In der vierten Sitzung fiel der Mittelwert auf 5,57 Punkte. Die Teilnehmerzahl betrug 53. 5,9 Punkte wurden in der fünften Sitzung für Item eins gegeben ( $n=62$ ). In der sechsten Sitzung wurden für Item 1 durchschnittlich 5,97 Punkte vergeben

(n=58). In der vorletzten Sitzung fiel der Mittelwert auf den niedrigsten Wert mit 5,41 Punkten bei insgesamt 61 Probanden. In der achten Sitzung wurde der höchste Mittelwert für Item 1 mit 6,02 Punkten erreicht. Bewertet werden konnten hierfür 62 Bögen.

Tabelle 8: Item 1 („Information hilfreich“) im Verlauf der 8 Sitzungen

Sitzung:		Krankheitsbe-	Symptom-	Synap-	Vulne-	Medi-	Psycho-	WA	FWZ,
		-griff	a-tik	senmo-	rabilität	kati-	therapie	FFF	ri-
		1	2	3	4	5	6	7	8
N	Gültig	49	52	60	53	62	58	61	62
	Fehlend	48	45	37	44	35	39	36	35
Mittelwert		5,65	5,79	6,00	5,57	5,90	5,97	5,41	6,02
Minimum		2	1	2	2	2	1	2	2
Maximum		7	7	7	7	7	7	7	7

Eine grafische Darstellung des Verlaufs zeigt folgendes Diagramm:

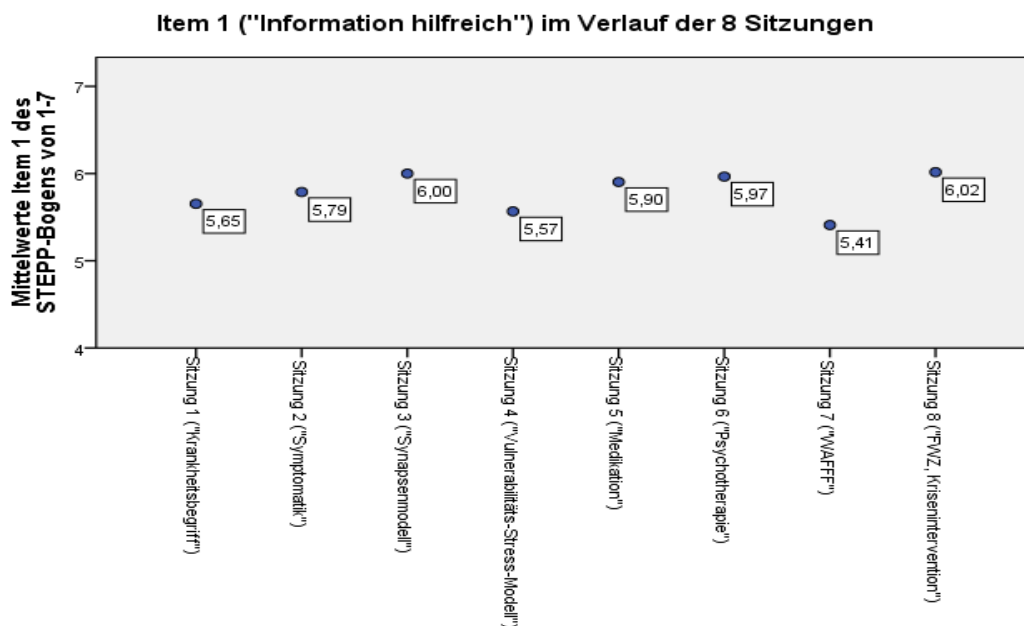


Abbildung 23: Mittelwerte Item 1 („Information hilfreich“) im Verlauf der acht Sitzungen

Auch für Item 2 („Probleme in einem neuen Licht“) kann die Beurteilung pro Sitzung dargestellt werden. Item 2 ist von den fünf Items dasjenige, das durchschnittlich am niedrigsten bewertet wurde. In der ersten Sitzung erreichte Item 2 einen Mittelwert von 4,48 Punkten (bei 79 ausgefüllten Bögen), in Sitzung 2 stieg der Wert auf 4,51 Punkte. In Sitzung 3 wurden 79 Bögen ausgefüllt, der Mittelwert lag bei 4,89 Punkten. In Sitzung 4 stieg der Wert weiter auf 5,12 Punkte an. In Sitzung 5 fiel er dann zum ersten Mal wieder und erreichte 4,93 Punkte. In Sitzung 6 waren es 5,08 Punkte, in Sitzung 7 waren es 4,79 Punkte. Den höchsten Mittelwert erreichte Item 2 in Sitzung 8 mit 5,25 Punkten.

Tabelle 9: Item 2 („Probleme in neuem Licht“) im Verlauf der 8 Sitzungen

Sitzung:		1	2	3	4	5	6	7	8
N	Gültig	79	80	79	77	83	82	75	77
	Fehlend	18	17	18	20	14	15	22	20
Mittelwert		4,48	4,51	4,89	5,12	4,93	5,09	4,79	5,25
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		7	7	7	7	7	7	7	7

Auch hierzu die grafische Darstellung für Item 2 im Verlauf der acht Sitzungen.

Item 2 ("Probleme in neuem Licht") im Verlauf der 8 Sitzungen

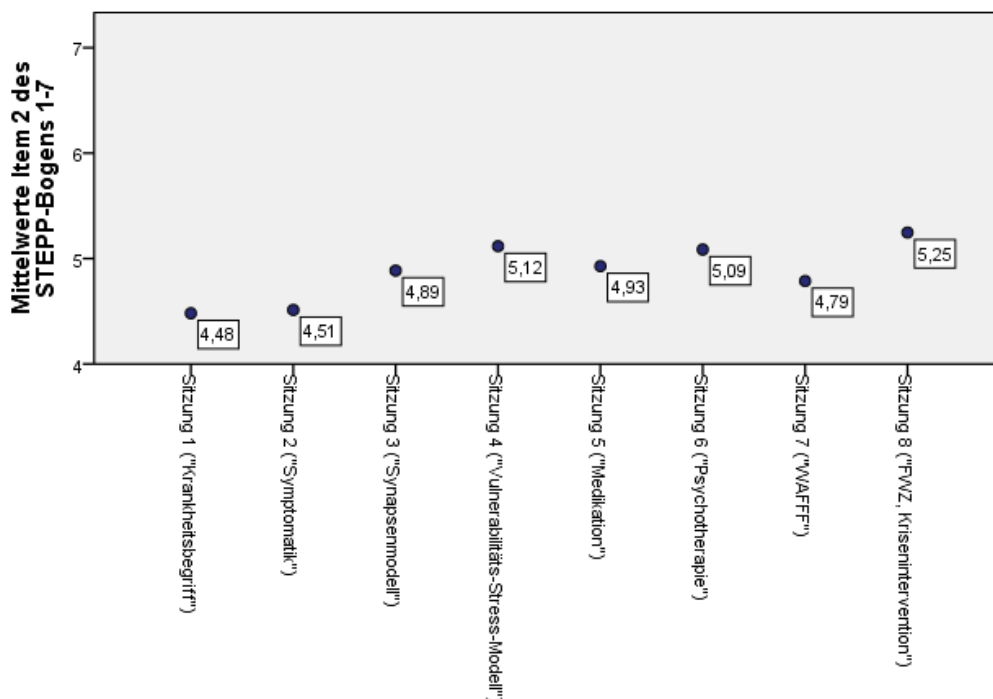


Abbildung 24: Mittelwerte Item 2 („Probleme in neuem Licht“) im Verlauf der 8 Sitzungen



Nun die Darstellung der Einzelbeurteilungen für Item 3 („Konnte den Aussagen gut folgen“): In der ersten Sitzung erreichte Item 3 einen Mittelwert von 6,14 Punkten (bei 79 ausgefüllten Bögen), in Sitzung 2 fiel der Mittelwert auf 5,76 Punkte. In Sitzung 3 wurden 79 Bögen ausgefüllt, der Mittelwert lag bei 6,19 Punkten und war somit das höchste Ergebnis für Item 3. In Sitzung 4 fiel der Wert auf 6,10 Punkte ab. In Sitzung 5 erreichte der Mittelwert 6,11 Punkte. In Sitzung 6 waren es 6,07 Punkte, in Sitzung 7 wurden 5,76 Punkte erreicht. In der letzten Sitzung war der Mittelwert bei 77 ausgewerteten Bögen bei 5,92 Punkten.

Tabelle 10: Item 3 („Konnte gut folgen“) im Verlauf der 8 Sitzungen

Sitzung:		1	2	3	4	5	6	7	8
N	Gültig	79	80	79	77	83	82	75	77
	Fehlend	18	17	18	20	14	15	22	20
Mittelwert		6,13	5,76	6,19	6,10	6,11	6,07	5,76	5,92
Minimum		3	1	2	3	2	2	2	1
Maximum		7	7	7	7	7	7	7	7

Im nachfolgenden Diagramm wird auch das Item 3 dargestellt über den Verlauf der acht Sitzungen Psychoedukation.

Item 3 ("Konnte gut folgen") im Verlauf der 8 Sitzungen

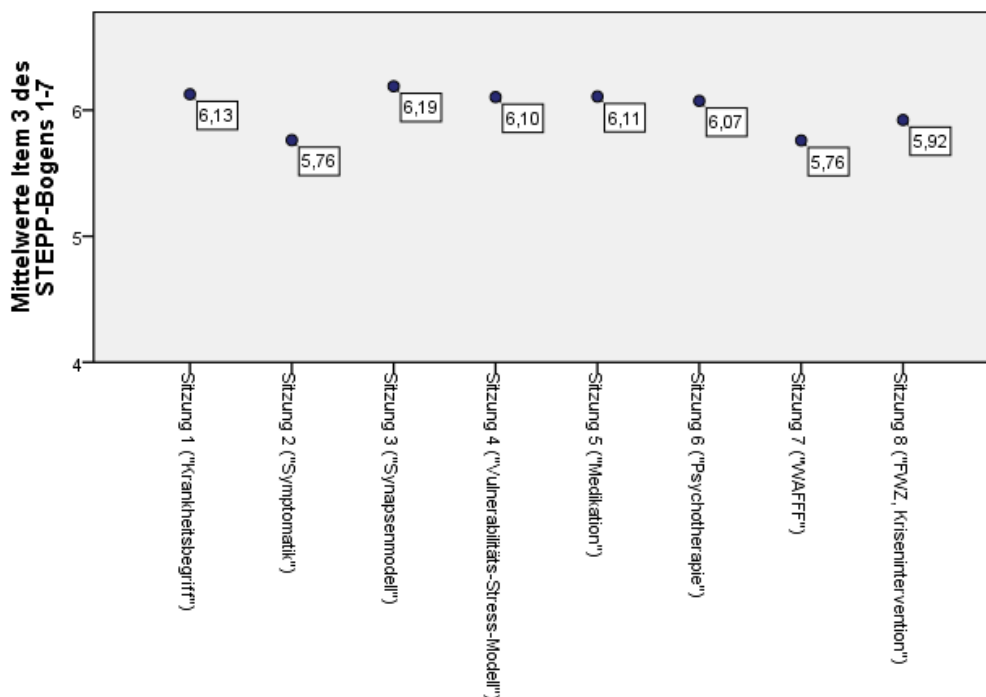


Abbildung 25: Mittelwerte Item 3 („Konnte gut folgen“) im Verlauf der 8 Sitzungen

Psychoedukation in der Selbstbeurteilung von schizophren erkrankten Patienten

Anschließend die Darstellung des Item 4 („Wird mir eine Hilfe in der Zukunft sein“) pro Sitzung. In der ersten Sitzung erreichte Item 4 einen Mittelwert von 4,78 Punkten (bei 78 ausgefüllten Bögen), in Sitzung 2 stieg der Mittelwert leicht auf 4,89 Punkte. In Sitzung 3 wurden 79 Bögen ausgefüllt, der Mittelwert lag bei 5,18 Punkten. In Sitzung 4 wurden 5,44 Punkte im Durchschnitt gewertet. In Sitzung 5 erreichte der Mittelwert 5,36 Punkte. In Sitzung 6 waren es 5,48 Punkte, in Sitzung 7 waren es 5,23 Punkte. In der letzten Sitzung wurde der höchste Mittelwert bei 77 ausgewerteten Bögen mit 5,60 Punkten erreicht.

Tabelle 11: Item 4 („Hilfe in der Zukunft sein“) im Verlauf der 8 Sitzungen

Sitzung:		1	2	3	4	5	6	7	8
N	Gültig	78	80	79	77	83	82	75	77
	Fehlend	19	17	18	20	14	15	22	20
Mittelwert		4,78	4,89	5,18	5,44	5,36	5,48	5,23	5,60
Minimum		1	1	1	1	1	1	1	1
Maximum		7	7	7	7	7	7	7	7

Auch für Item 4 schließt sich das Diagramm über den Verlauf der Sitzungen an.

Item 4 ("Hilfe in Zukunft") im Verlauf der 8 Sitzungen

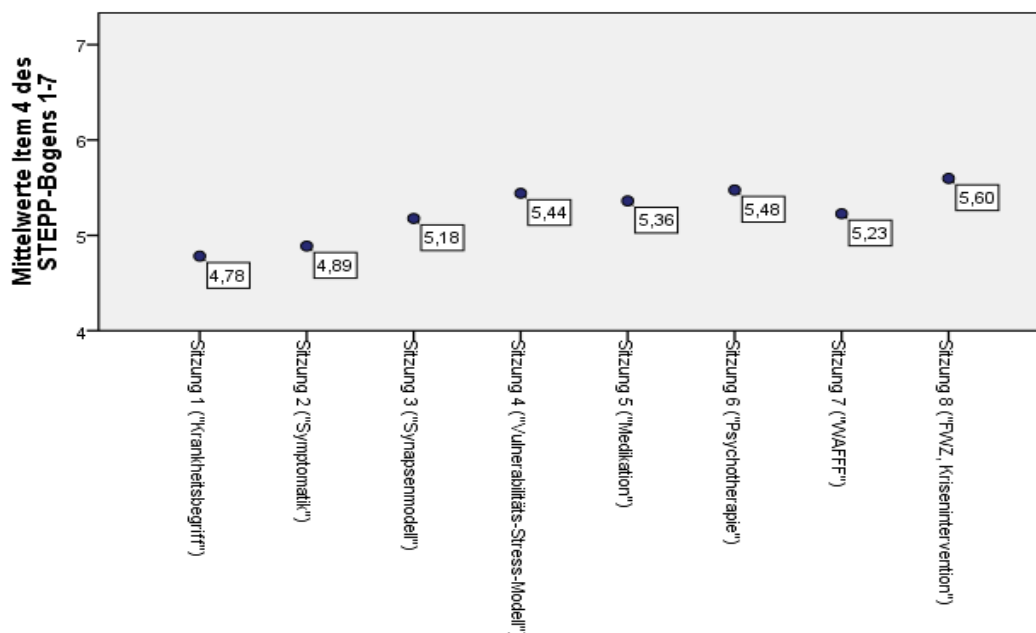


Abbildung 26: Mittelwerte Item 4 („Hilfe in Zukunft“) im Verlauf der 8 Sitzungen

Zuletzt die Darstellung des Item 5 („Fühlte mich vom Therapeuten verstanden“) pro Sitzung. In der ersten Sitzung erreichte Item 5 einen Mittelwert von 5,34 Punkten (bei 79 ausgefüllten Bögen), in der zweiten Sitzung stieg der Mittelwert leicht auf 5,49 Punkte. In Sitzung 3 wurden 79 Bögen ausgefüllt, der Mittelwert lag bei 5,67 Punkten. In der vierten Sitzung wurden 5,82 Punkte im Durchschnitt gewertet. In Sitzung 5 erreichte der Mittelwert 5,67 Punkte. In Sitzung 6 waren es 5,94 Punkte, in der siebten Sitzung 5,39 Punkte. In der letzten Sitzung wurden 77 Bögen ausgefüllt, hier wurde der höchste Mittelwert des Items 5 erreicht mit 5,95 Punkten.

Tabelle 12: Item 5 („Fühlte mich vom Therapeuten verstanden“) im Verlauf der 8 Sitzungen

Sitzung:		1	2	3	4	5	6	7	8
N	Gültig	79	80	79	77	83	82	74	77
	Fehlend	18	17	18	20	14	15	23	20
Mittelwert		5,34	5,49	5,67	5,82	5,67	5,94	5,39	5,95
Minimum		2	1	1	2	1	3	1	1
Maximum		7	7	7	7	7	7	7	7

Nach der tabellarischen Übersicht nun wieder die grafische Darstellung des Verlaufs von Item 5.

Item 5 ("Fühlte mich verstanden") im Verlauf der 8 Sitzungen

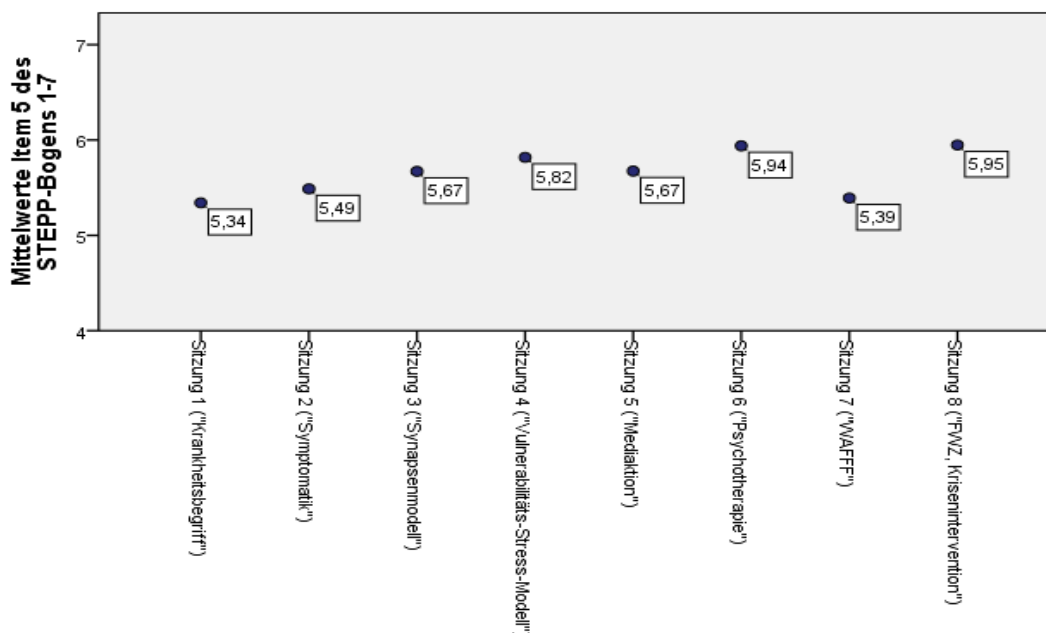


Abbildung 27: Mittelwerte Item 5 („Fühlte mich vom Therapeuten verstanden“) im Verlauf der 8 Sitzungen

#### 4.9. Verlauf der acht Sitzungen

In der Gesamtbetrachtung der acht Sitzungen schnitt die letzte Sitzung („FWZ, Krisenplan/Rückfallprophylaxe“) mit einem Mittelwert von 5,72 Punkten am besten ab.

Danach auf Platz zwei und drei folgen Sitzungen 6 („Psychotherapeutische Behandlungsmöglichkeiten“) mit 5,68 und 4 („Vulnerabilitäts-Stress-Modell“) mit 5,59 Punkten. Den vierten Platz belegt Sitzung 5 („Medikamente und Nebenwirkungen“) mit 5,57 Punkten, dicht gefolgt von Sitzung 3 („Somatische Brücke“) mit 5,54 Punkten. Platz Nummer sechs geht an Sitzung 7 („Psychosoziale Maßnahmen“, 5,31 Punkte). Die am zweit schlechtesten geratete Sitzung mit 5,24 Punkten ist Sitzung 1 („Einführung und Krankheitsbegriff“). Und schließlich den letzten Platz mit 5,22 Punkten belegt Sitzung 2 („Symptomatik“).

Einen Überblick über die Verteilung der gerundeten Mittelwerte der Sitzungen ergibt die Abbildung 28.

**Aufsummierte Mittelwerte des STEPP-Bogens im Verlauf der 8 Sitzungen**

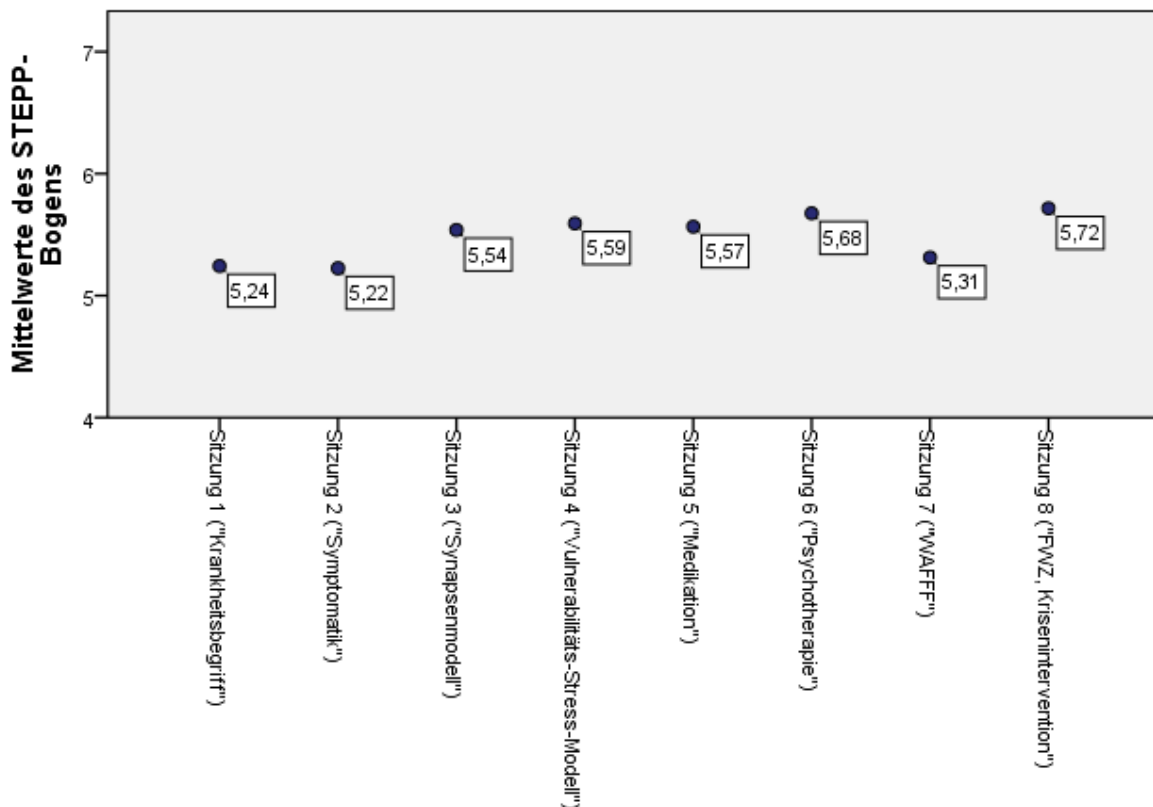


Abbildung 28: Aufsummierte Mittelwerte der Items 1-5 im Verlauf der 8 Sitzungen

Im Folgenden werden zunächst die Sitzung 1, Sitzung 2 und Sitzung 8 exemplarisch herausgegriffen und die jeweiligen Mittelwerte der einzelnen Sitzungen dargestellt. Im Verlauf schließt sich dann die Darstellung der restlichen Sitzungen an.

Sitzung 1 ist die Sitzung, die bei der Gesamtbeurteilung der Items auf den vorletzten Platz geratet wurde. Das am besten bewertete Item ist in Sitzung 1 Item 3 („Konnte den Aussagen gut folgen“) mit 6,13, den geringsten Mittelwert bekommt Item 2 („Probleme in einem neuen Licht“) mit 4,48 Punkten. Hier eine Übersicht über die einzelnen Mittelwerte der Items 1-5:

Tabelle 13: Sitzung 1 („Krankheitsbegriff“) und das Rating der Items 1-5

Item:		1 („Informa- tion hilf- reich“)	2 („Probleme in neuem Licht“)	3 („Konnte gut folgen“)	4 („Hilfe für Zukunft“)	5 („Fühlte mich ver- standen“)
N	Gültig	49	79	79	78	79
	Fehlend	48	18	18	19	18
	Mittelwert	5,65	4,48	6,13	4,78	5,34

Das Punkt-Diagramm zeigt auch hier grafisch die Verteilung der Mittelwerte der Items 1-5.

Sitzung 1 ("Krankheitsbegriff")

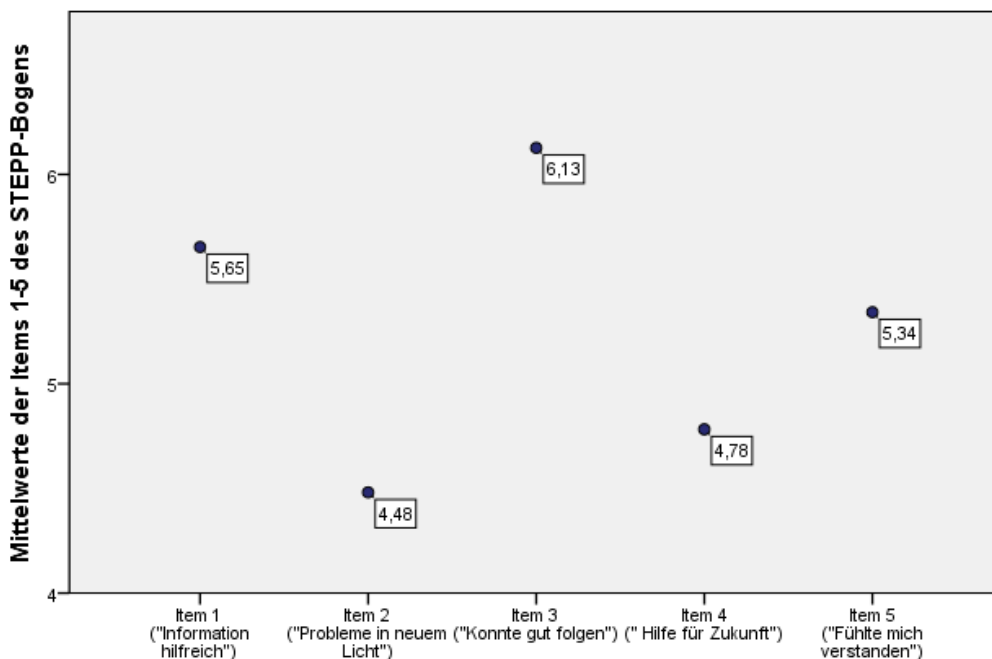


Abbildung 29: Sitzung 1 („Krankheitsbegriff“) und das Rating der Items 1-5

Sitzung 2 ist die Sitzung, die in den Bewertungen am schlechtesten abschneidet. Die Tabelle zeigt die Bewertung der einzelnen Items in dieser Sitzung. Am besten schneidet Item 1 ab („Information war hilfreich“) mit einem Mittelwert von 5,79 Punkten. Das am geringsten bewertete Item ist Item 2 („Probleme in einem neuen Licht“) mit 4,51 Punkten.

Tabelle 14: Sitzung 2 („Symptomatik“) und das Rating der Items 1-5

Item:		1	2	3	4	5
		(„Information hilfreich“)	(„Probleme in neuem Licht“)	(„Konnte gut folgen“)	(„Hilfe in Zukunft“)	(„Fühlte mich verstanden“)
N	Gültig	52	80	80	80	80
	Fehlend	45	17	17	17	17
Mittelwert		5,79	4,51	5,76	4,89	5,49

Das folgende Punkt-Diagramm zeigt die Mittelwerte der einzelnen Items in Sitzung 2:

Sitzung 2 ("Symptomatik")

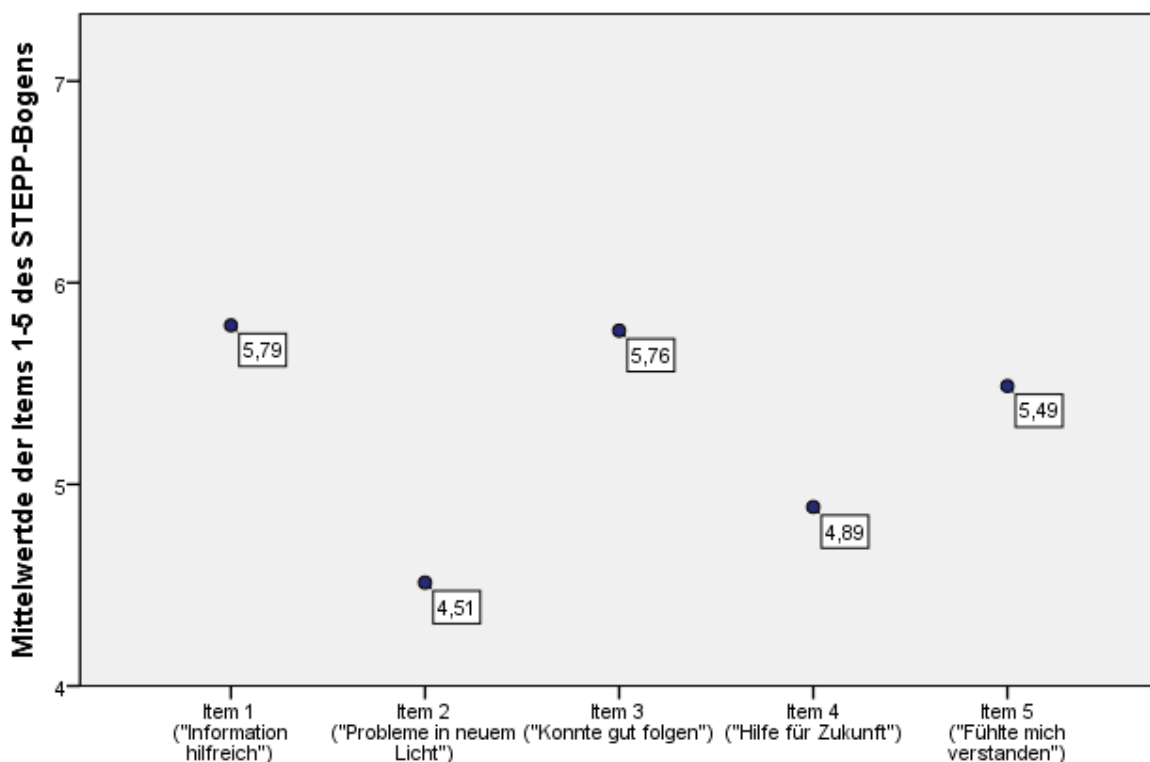


Abbildung 30: Sitzung 2 („Symptomatik“) und das Rating der Items 1-5

Sitzung 8 schneidet in der Gesamtbeurteilung am besten ab. Auch bei der Verteilung der Mittelwerte der einzelnen Items in dieser Sitzung wird eine deutlich höhere Beurteilung sichtbar. Die höchste Bewertung erreicht Item 1 („Information war hilfreich“)

mit 6,02 Punkten, die geringste Bewertung erhält Item 2 („Probleme in einem neuen Licht“) mit 5,25 Punkten.

Hier die Verteilung der einzelnen Items:

Tabelle 15: Sitzung 8 („FWZ, Krisenplan) und das Rating der Items 1-5

Item:		1	2	3	4	5
		(„Informa- tion hilf- reich“)	(„Probleme in neuem Licht“)	(„Konnte gut folgen“)	(„Hilfe in Zukunft“)	(„Fühlte mich verstanden“)
N	Gültig	62	77	77	77	77
	Fehlend	35	20	20	20	20
Mittelwert		6,02	5,25	5,92	5,60	5,95

Unten stehendes Punkt-Diagramm zeigt auch hier die Verteilung der einzelnen Mittelwerte in Sitzung 8.

Sitzung 8 ("FWZ, Krisenplan")

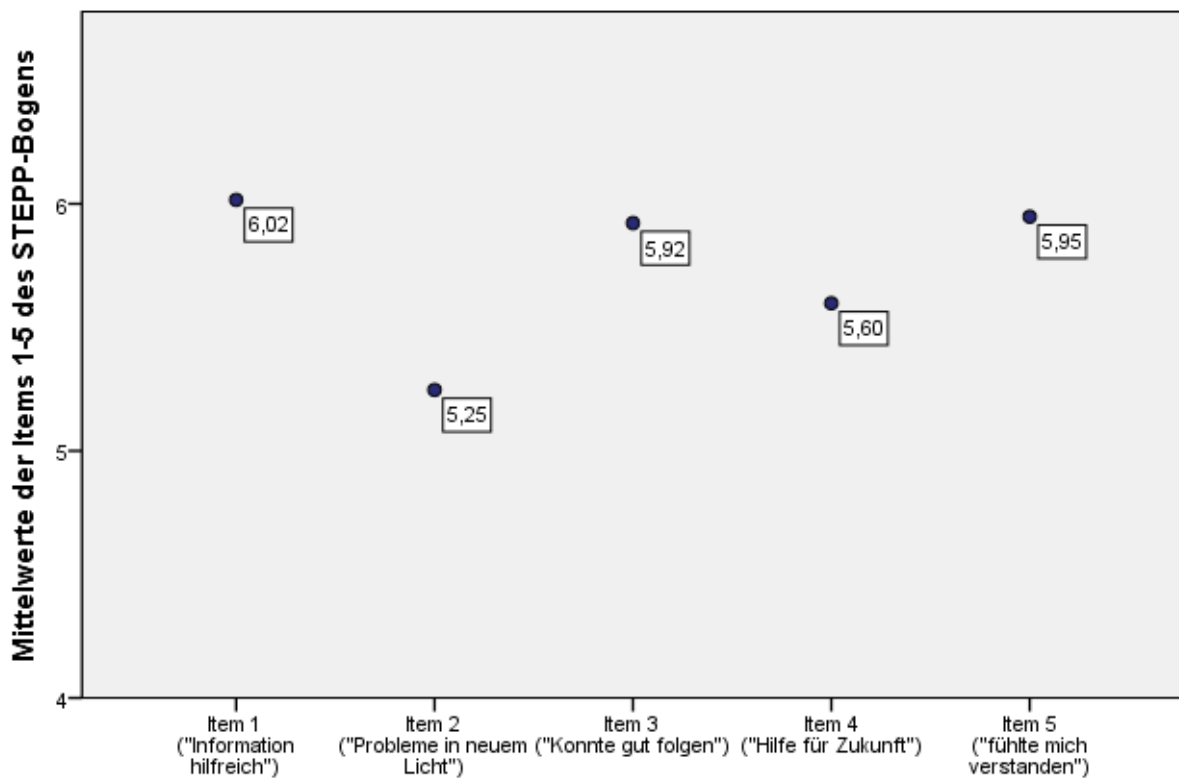


Abbildung 31: Sitzung 8 („FWZ, Krisenplan“) und das Rating der Items 1-5

Nachdem nun die Sitzungen 1,2 und 8 exemplarisch dargestellt wurden, folgen nun der Vollständigkeit halber die Sitzungen 3, 4, 5, 6 und 7 im Überblick:

Tabelle 16: Sitzung 3 („Synapsenmodell“) und das Rating der Items 1-5

Item:		1 („Informa- tion hilf- reich“)	2 („Probleme in neuem Licht“)	3 („Konnte gut folgen“)	4 („Hilfe in Zukunft“)	5 („Fühlte mich verstanden“)
N	Gültig	60	79	79	79	79
	Fehlend	37	18	18	18	18
Mittelwert		6,00	4,89	6,19	5,18	5,67

Hier die passende grafische Darstellung der Werte.

### Sitzung 3 ("Synapsenmodell")

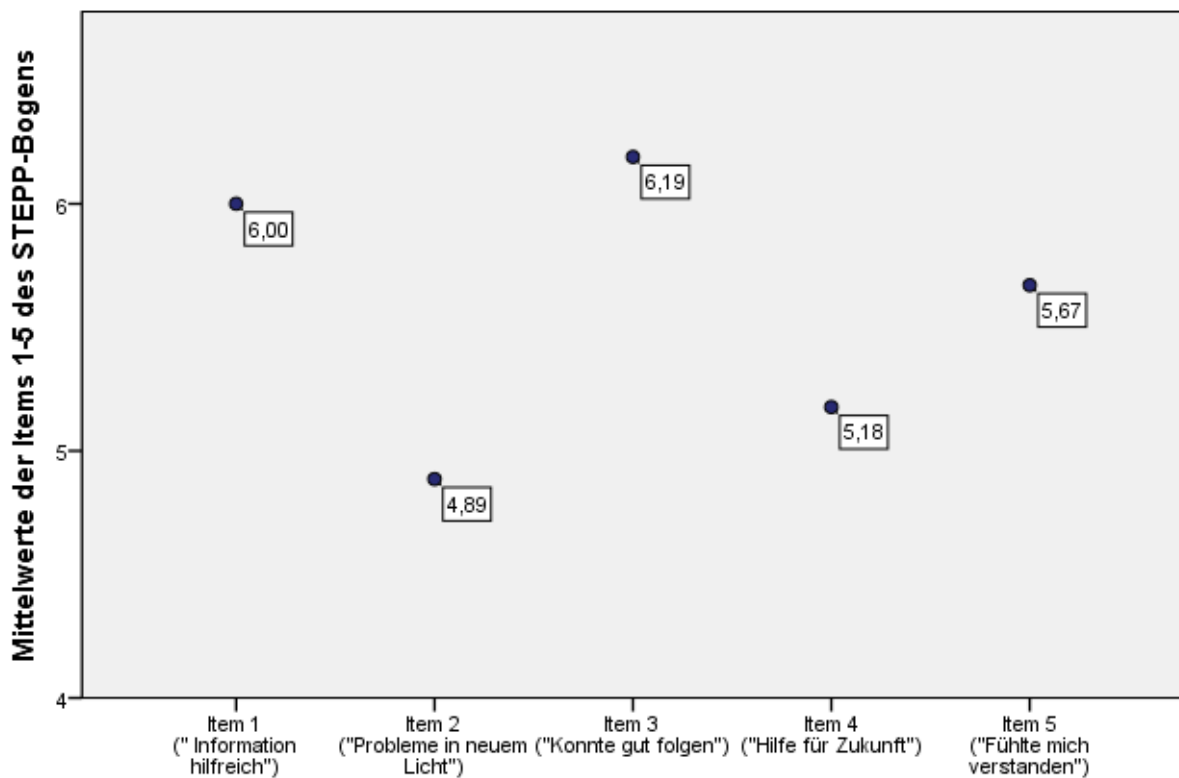


Abbildung 32: Sitzung 3 („Synapsenmodell“) und das Rating der Items 1-5

Folgend die Werte für Sitzung 4 („Vulnerabilitäts-Stress-Modell“).



Tabelle 17: Sitzung 4 („Vulnerabilitäts-Stress-Modell“) und das Rating der Items 1-5

Item:		1 („Informa- tion hilf- reich“)	2 („Probleme in neuem Licht“)	3 („Konnte gut folgen“)	4 („Hilfe in Zukunft“)	5 („Fühlte mich verstanden“)
N	Gültig	53	77	77	77	77
	Fehlend	44	20	20	20	20
Mittelwert		5,57	5,12	6,10	5,44	5,82

## Sitzung 4 ("Vulnerabilitäts-Stress-Modell")

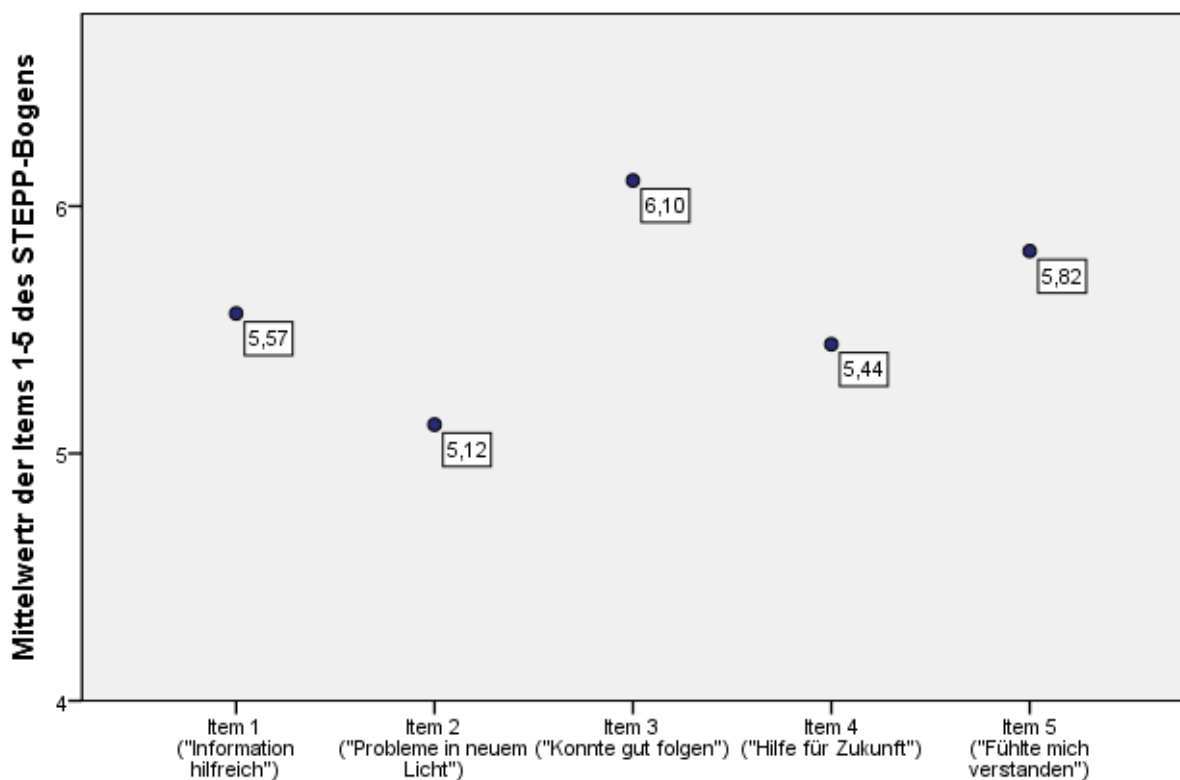


Abbildung 33: Sitzung 4 („Vulnerabilitäts-Stress-Modell“) und das Rating der Items 1-5

Nun die Werte für die fünfte Sitzung („Medikation“), sowohl als Tabelle als auch in grafischer Darstellung.

Tabelle 18: Sitzung („Medikation“) und das Rating der Items 1-5

Item:		1	2	3	4	5
		(„Informa- tion hilf- reich“)	(„Probleme in neuem Licht“)	(„Konnte gut folgen“)	(„Hilfe in Zukunft“)	(„Fühlte mich verstanden“)
N	Gültig	62	83	83	83	83
	Fehlend	35	14	14	14	14
Mittelwert		5,90	4,93	6,11	5,36	5,67

## Sitzung 5 ("Medikation")

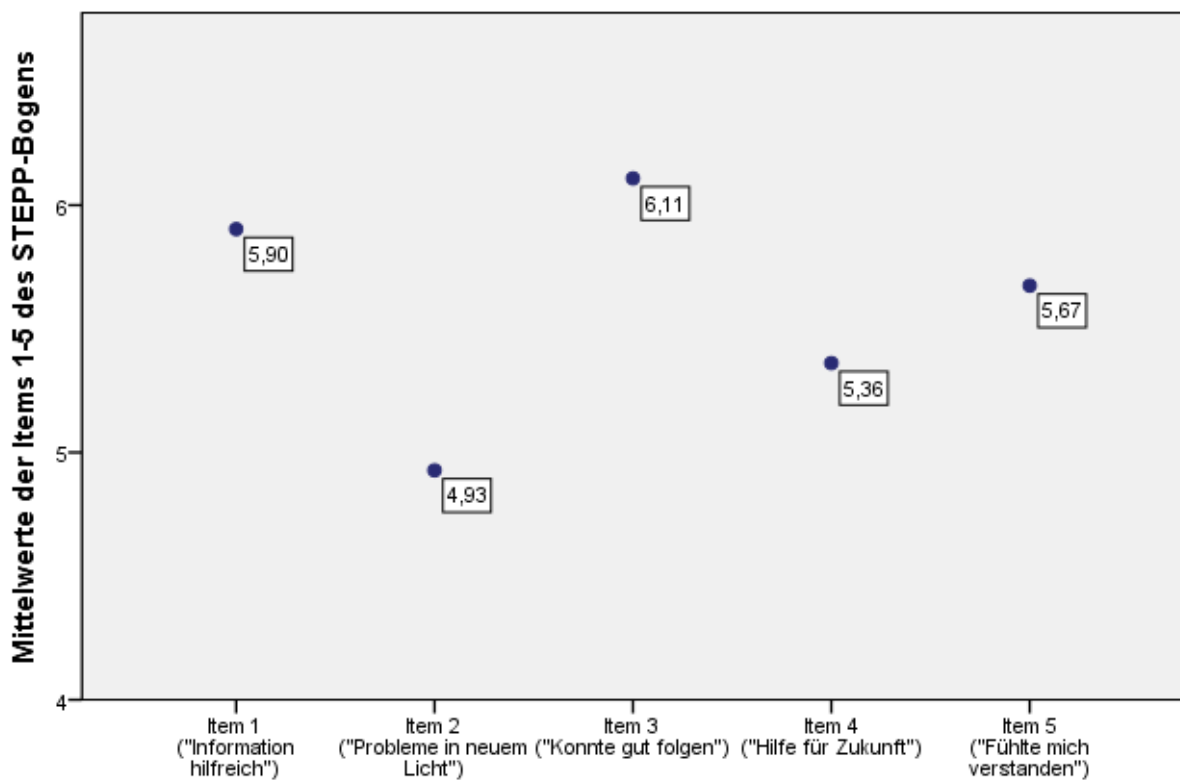


Abbildung 34: Sitzung 5 („Medikation“) und das Rating der Items 1-5

Folgend die Werte der Sitzung 6 („Psychotherapie“) in Tabellenform und in der entsprechenden Abbildung.

Tabelle 19: Sitzung 6 („Psychotherapie“) und das Rating der Items 1-5

Item:		1 („Informa- tion hilf- reich“)	2 („Probleme in neuem Licht“)	3 („Konnte gut folgen“)	4 („Hilfe in Zukunft“)	5 („Fühlte mich verstanden“)
N	Gültig	58	82	82	82	82
	Fehlend	39	15	15	15	15
Mittelwert		5,97	5,09	6,07	5,48	5,94

## Sitzung 6 ("Psychotherapie")

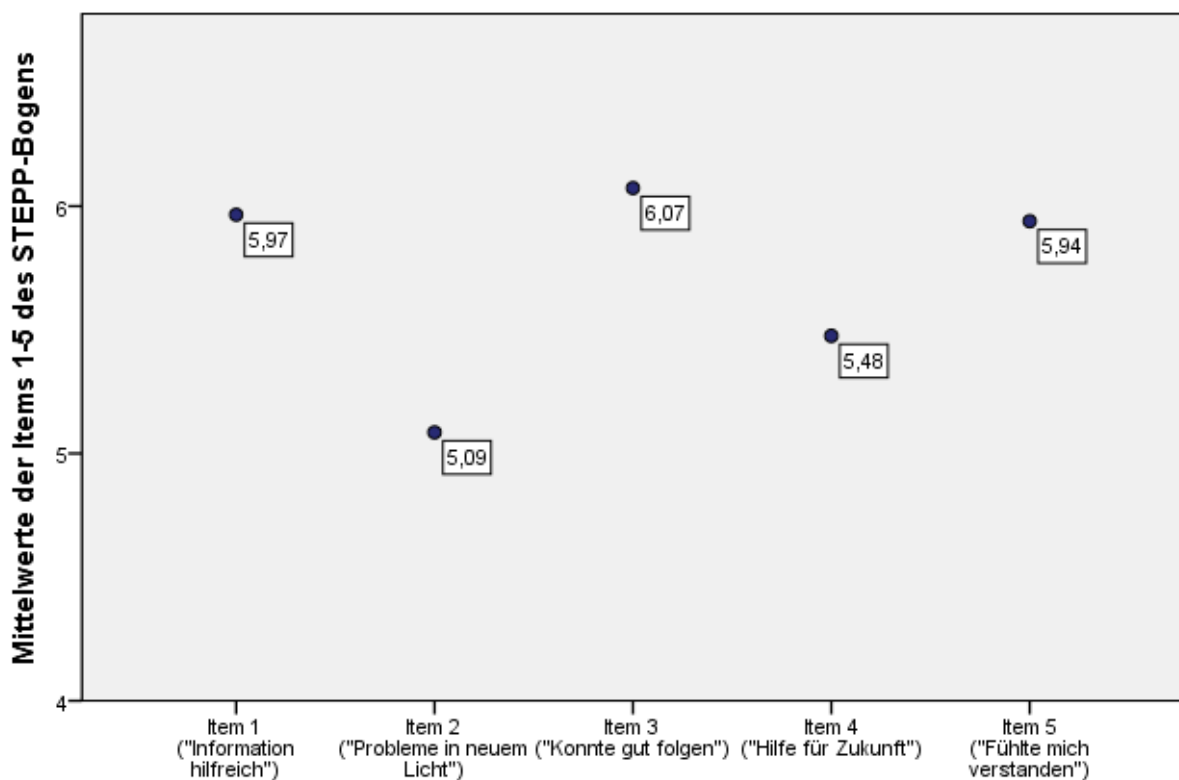


Abbildung 35: Sitzung 6 („Psychotherapie“) und das Rating der Items 1-5

Die letzte Darstellung ist die Sitzung 7 („WAFFF“).

Tabelle 20: Sitzung 7 („WAFFF“) und das Rating der Items 1-5

Item:		1 („Informa- tion hilf- reich“)	2 („Probleme in neuem Licht“)	3 („Konnte gut folgen“)	4 („Hilfe in Zukunft“)	5 („Fühlte mich verstanden“)
N	Gültig	61	75	75	75	75
	Fehlend	36	22	22	22	22
Mittelwert		5,41	4,79	5,76	5,23	5,39

Sitzung 7 ("WAFFF")

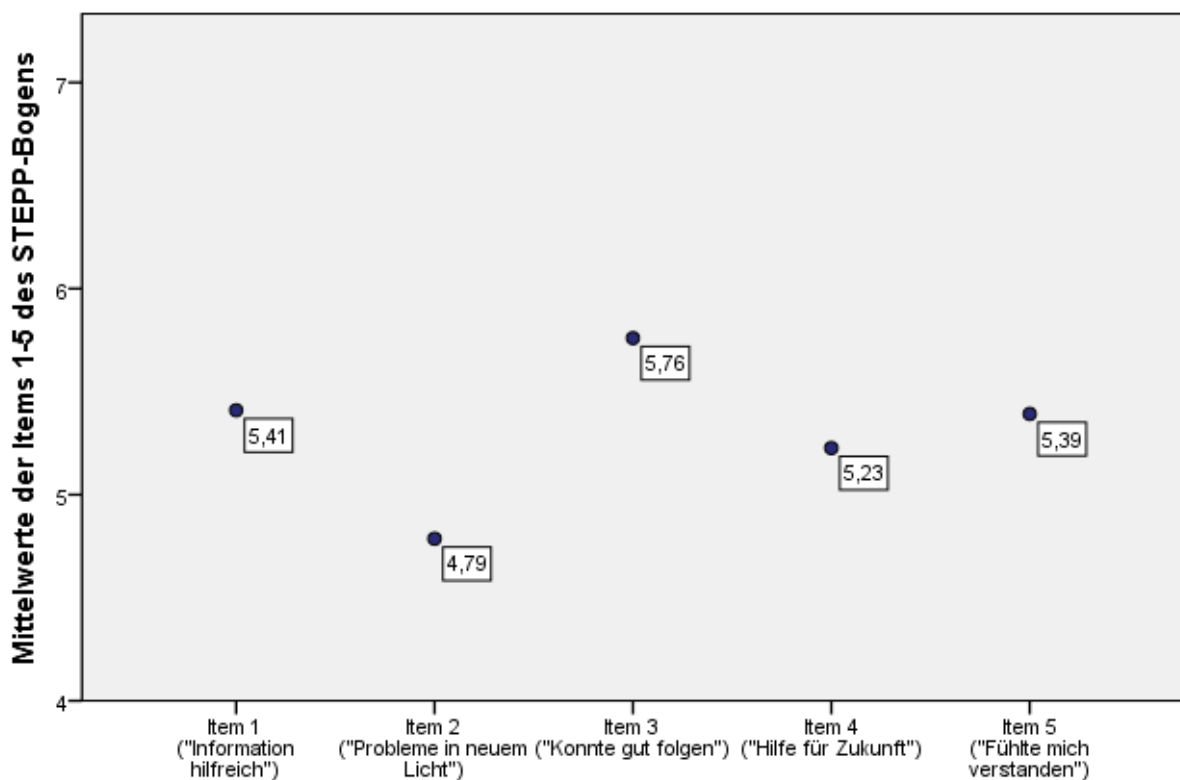


Abbildung 36: Sitzung 7 („WAFFF“) und das Rating der Items 1-5

### 5. Beantwortung der Fragestellung

Die Fragestellung (F), Hypothesen (H) und Ergebnisse dieser Arbeit lassen sich in fünf Bereiche unterteilen.

Der erste Abschnitt der Arbeit setzt sich mit den soziodemografischen Daten und ihrem Zusammenhang mit dem Feedback der Patienten auseinander. Dabei soll untersucht werden, ob es Unterschiede in den Ergebnissen des Feedbacks bezogen

auf die soziodemografischen Daten der Patienten gibt. Folgende Fragestellungen sollen beantwortet werden:

### 5.1. Selbstbeurteilung und soziodemografische Daten

Bei der Auswertung der Selbstbeurteilung soll geklärt werden, ob ein Zusammenhang mit den soziodemografischen Daten der Patienten besteht. Der Fokus der Auswertung liegt hier auf den Variablen Geschlecht, Alter, Bildung und Familienstand der Patienten.

**F1:** Gibt es Unterschiede in der Bewertung der Selbstbeurteilung bezogen auf die soziodemografischen Daten der Patienten?

**H1:** Das Ergebnis der Selbstbeurteilung ist abhängig vom Geschlecht der Patienten.

**H2:** Das Ergebnis der Selbstbeurteilung ist abhängig vom Alter der Patienten.

**H3:** Das Ergebnis der Selbstbeurteilung ist abhängig vom Bildungsgrad der Patienten.

**H4:** Das Ergebnis der Selbstbeurteilung ist abhängig vom Familienstand der Patienten.

Zur Auswertung der Zusammenhänge wurden die einzelnen Variablen mit dem STEPP-Mittelwert korreliert und die Ergebnisse mit dem Spearman-Koeffizienten angegeben. Die Stärke der Korrelation ist mit „r“ beschrieben, die Signifikanz mit „p“.

Dabei konnten folgende Ergebnisse festgehalten werden:

- Der STEPP-Mittelwert und das Geschlecht der Patienten korrelieren ( $r = 0,252$ ,  $p = 0,013$ ) signifikant miteinander.
- Der STEPP-Mittelwert und das Alter korrelieren ebenfalls ( $r = 0,241$ ,  $p = 0,017$ ) signifikant miteinander.
- Die Schulbildung ( $r = -0,062$ ,  $p = 0,545$ ) der Patienten weist keine Korrelation mit den STEPP-Ergebnissen auf.

Die Tabelle fasst die Ergebnisse zusammen:

Tabelle 21: STEPP-Mittelwerte und soziodemografische Daten

Variable	STEPP-		Korrelation
	Mittelwerte		
	Item	Wert	
Geschl.	w	27,02	r = 0,252 p = 0,013
	m	24,42	
Alter	≤35 J.	24,89	r = 0,241 p = 0,017
	>35 J	27,14	
Schulbildung	Kein Abschl.	25,47	r = -0,062 p = 0,545
	Hauptschule	24,99	
	Realschule	27,43	
	Gym/FOS	24,87	
Familienstand	Ledig	25,16	r = 0,191 p = 0,060
	Verheiratet	28,55	
	Geschieden	22,56	
	Getrennt	32,07	
	Verwitwet	25,88	

Bei der Darstellung der Ergebnisse in Balkenform und doppelter Standardabweichung lässt sich für die Betrachtung des Geschlechts folgende Aussage treffen: Frauen erzielen mit 27,02 Punkten ein deutlich höheres Ergebnis als die Männer mit 24,42 Punkten.

Die Darstellung im Fehlerbalken-Diagramm zeigt den Zusammenhang zwischen dem Geschlecht der Patienten und dem Ergebnis der STEPP-Bögen.

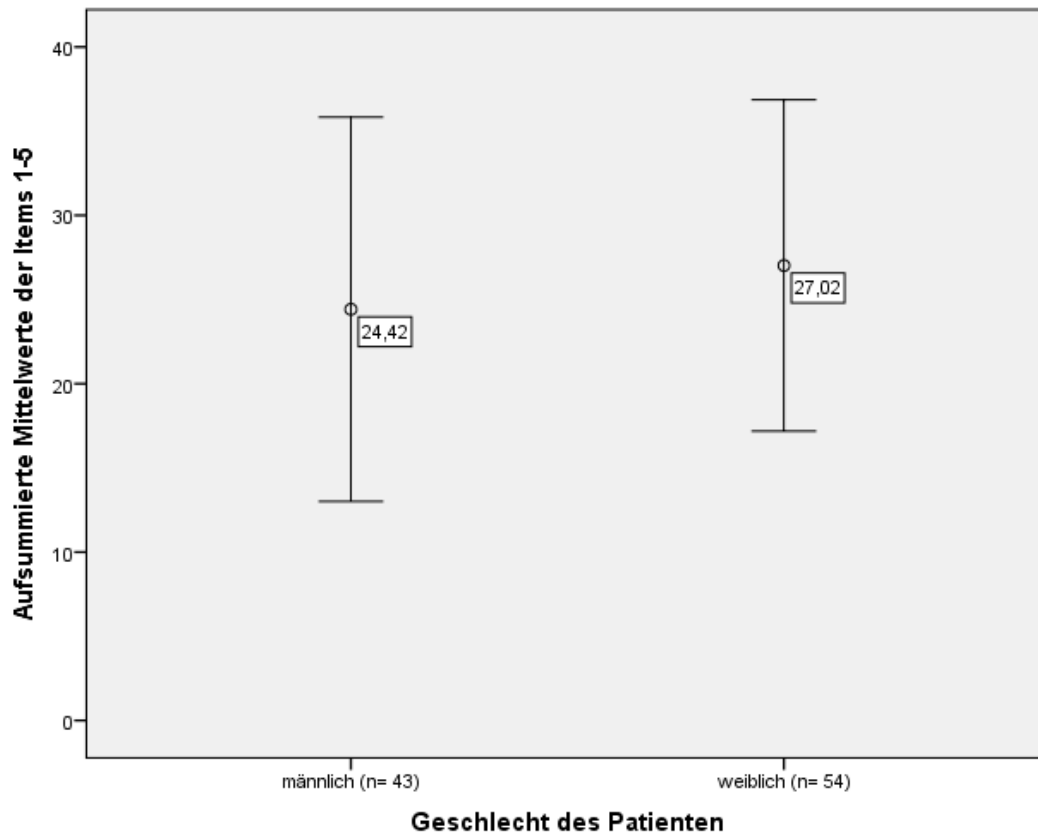


Abbildung 37: Aufsummierte STEPP-Mittelwerte und Geschlecht

Bei der Fehlerbalken- Darstellung ( $\pm$  doppelte Standardabweichung) des Zusammenhangs zwischen STEPP-Bögen und Alter wurde das Patientengut zur Übersichtlichkeit in zwei Gruppen (Gruppe 1 ist bis einschließlich 35 Jahre alt, Gruppe 2 ist älter als 35 Jahre) eingeteilt.

Hier sieht man, dass die Patienten bis einschließlich 35 Jahren ( $n = 55$ ) die STEPP-Bögen mit durchschnittlich 24,89 Punkten bewertet haben. Die Gruppe der Patienten über 35 Jahren ( $n = 42$ ) bewertet die Bögen 2,25 Punkte höher und erzielte damit durchschnittlich 27,14 Punkte.

Die Abbildung 38 zeigt die Ergebnisse:

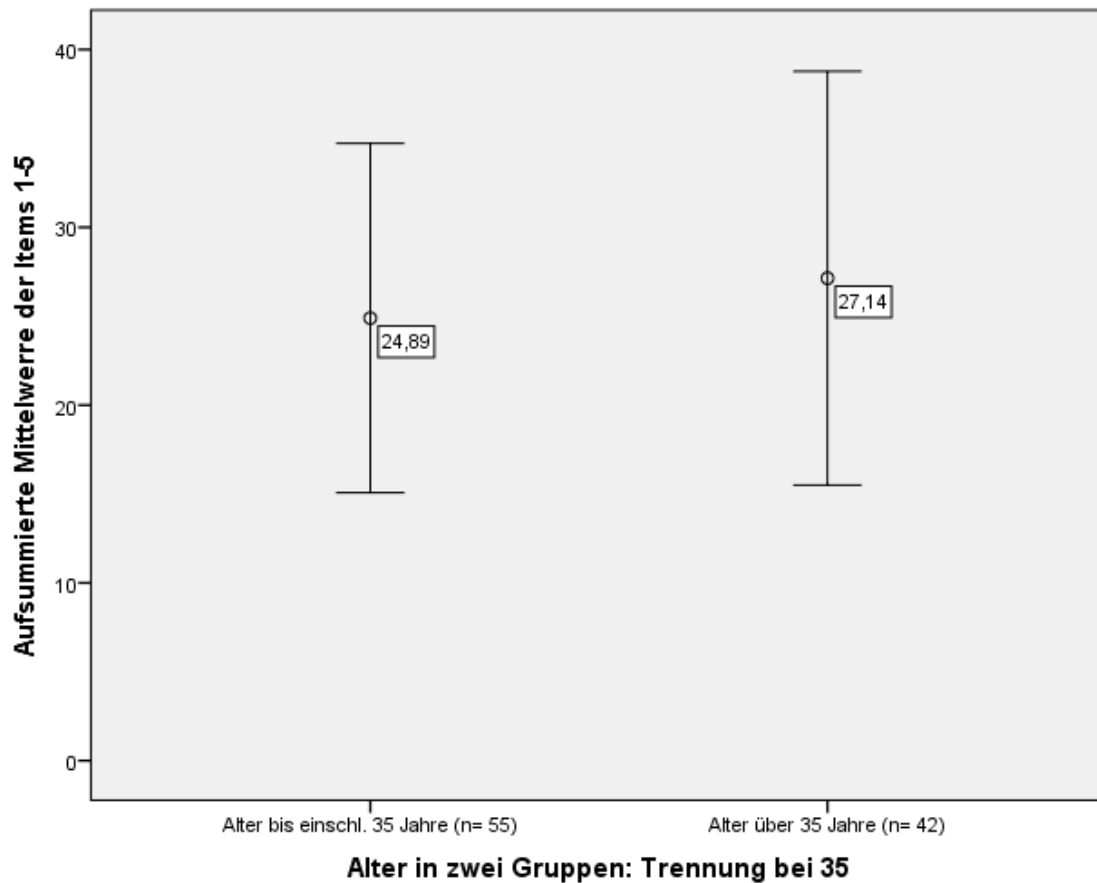


Abbildung 38: Aufsummierte STEPP-Mittelwerte und Alter

Der Zusammenhang zwischen Bildung und den STEPP-Bögen kann folgendermaßen zusammengefasst werden: Patienten ohne Schulabschluss bewerteten die STEPP-Bögen durchschnittlich mit 25,47 Punkten. Patienten mit Hauptschulabschluss gaben insgesamt 24,99 Punkte. Die höchste durchschnittliche Punktzahl vergaben Patienten mit Realschulabschluss, nämlich 27,43 Punkte. Patienten, die Fachabitur/Abitur gemacht haben vergaben im Durchschnitt 24,87 Punkte.

Die Abbildung 39 zeigt die Ergebnisse nochmals auf:



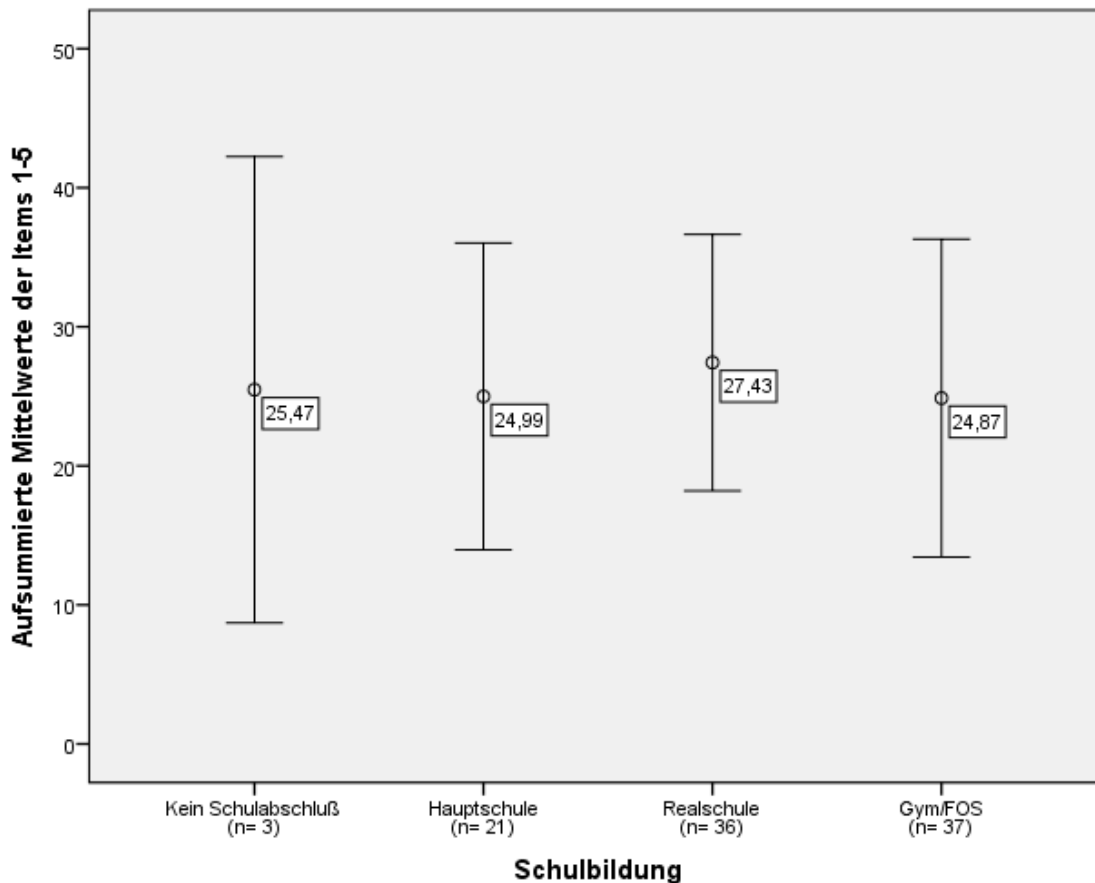


Abbildung 39: Aufsummierte STEPP-Mittelwerte und Schulbildung

Ebenfalls kein Zusammenhang konnte zwischen dem Familienstand und dem Rating der Feedback-Bögen gezogen werden. So erzielten ledige Patienten ( $n = 68$ ) durchschnittlich 25,16 Punkte, verheiratete Patienten ( $n = 15$ ) 28,55 Punkte. Am schlechtesten bewerteten die Bögen geschiedene Patienten ( $n = 7$ ) mit 22,56 Punkten. Die höchste Punktzahl wurde von getrennt lebenden Patienten ( $n = 5$ ) mit 32,07 Punkten erzielt. Verwitwete Patienten ( $n = 2$ ) werteten im Durchschnitt mit 25,88 Punkten und lagen damit im Mittelfeld der Auswertungen. Fasst man die geschiedenen, getrennt lebenden und verwitweten Patienten zusammen, so ergibt sich für diese Gruppe ein Wert von 26,84, der sich nahe dem Ergebnis der ledigen Patienten befindet. Verheiratete Patienten erleben damit die Gruppen deutlich positiver als solche ohne feste Beziehung. Statistisch ist dieser Zusammenhang sogar als signifikant anzugeben ( $r = 0,220$ ,  $p = 0,030$ ). Im Diagramm ist die Signifikanz der verheirateten Patienten mit einem Stern (\*) gekennzeichnet.

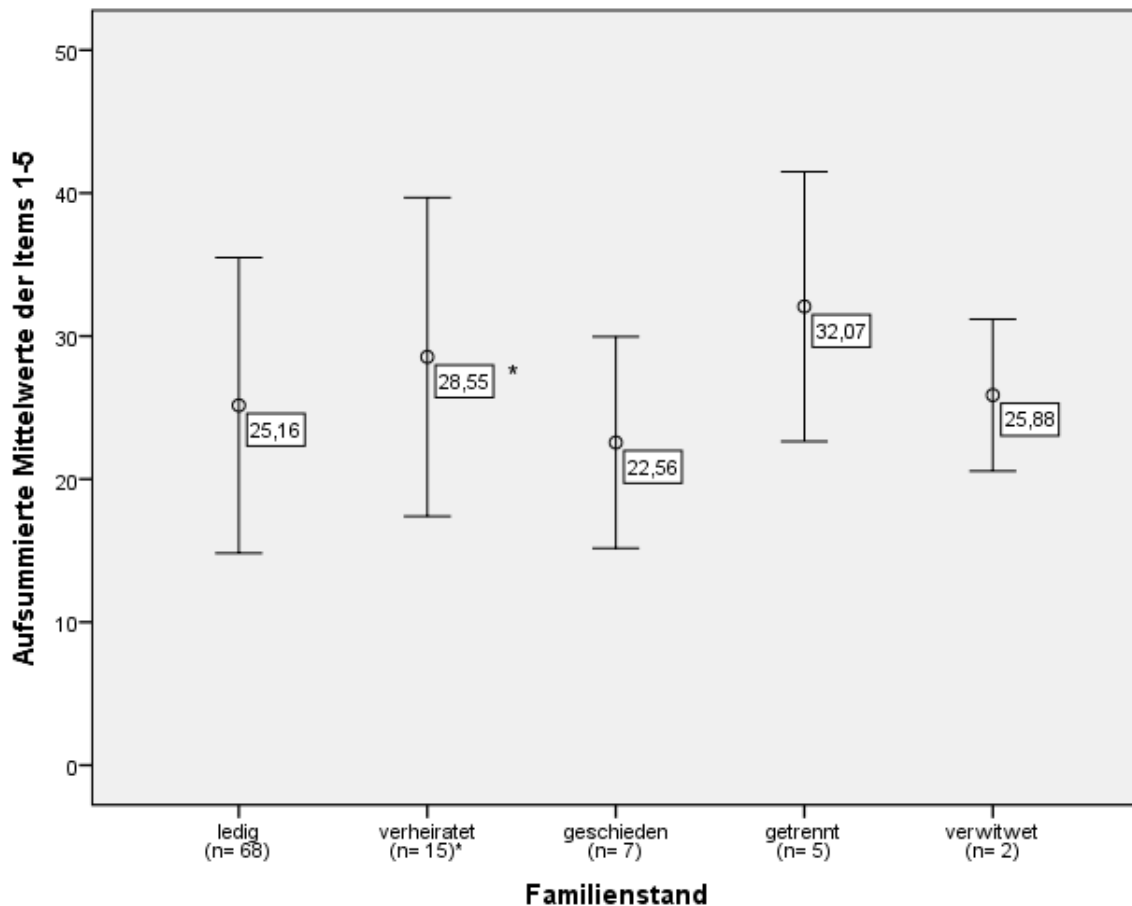


Abbildung 40: Aufsummierte STEPP-Mittelwerte und Familienstand

## 5.2. Selbstbeurteilung und psychopathologische Befunde (CGI, CDSS, PANSS, Compliance und Krankheitseinsicht)

In zweiten Abschnitt soll geklärt werden, ob zwischen der Psychopathologie der Patienten und den Auswertungen der STEPP-Bögen ein Zusammenhang hergestellt werden kann. Eine Beeinträchtigung der Kognition bei an Schizophrenie erkrankten Patienten (Jahn & Rockstroh in „Neuropsychologie der Schizophrenie“, 2006) wurde bereits nachgewiesen. So wäre zu erwarten, dass die Erkrankung auch Auswirkungen auf die Selbstbeurteilung der Patienten hat bzw. aus den Auswirkungen ggf. Rückschlüsse auf die Psychopathologie gemacht werden können.

Folgende Fragestellung und Hypothesen sollen beantwortet werden:

**F2:** Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Selbstbeurteilung (STEPP-Werte) und der Psychopathologie der Patienten?

**H5:** Das Ergebnis der Selbstbeurteilung ist abhängig vom CGI- Wert.

**H6:** Das Ergebnis der Selbstbeurteilung ist abhängig vom CDSS-Score

**H7:.** Das Ergebnis der Selbstbeurteilung ist abhängig vom PANSS- Summenwert

**H8:** Das Ergebnis der Selbstbeurteilung ist abhängig von der Compliance.

**H9:.** Das Ergebnis der Selbstbeurteilung ist abhängig von der Krankheitseinsicht.

Um die Hypothesen beantworten zu können, wurde zunächst ein statistischer Zusammenhang zwischen der Psychopathologie und den STEPP-Bögen nachgewiesen. Dazu wurden die Variablen CGI, CDSS, PANSS- Summenscore, Compliance, sowie Krankheitseinsicht vor Beginn der Psychoedukation (t2) mit dem durchschnittlich erreichten STEPP-Wert korreliert.

Bei allen untersuchten Variablen wurde eine signifikante Korrelation ( $p < 0,05$ ) gefunden. Die Hypothesen H5 bis H9 können *statistisch* als bestätigt angesehen werden. Im Einzelnen aufgelistet die Ergebnisse:

Bei den beiden Variablen „Mittelwert-Gesamt“ und „CGI nach Haro“ besteht eine signifikante Korrelation ( $r = -0,259$ ,  $p = 0,010$ ) der Variablen.

Die depressive Symptomatik der Patienten, erfasst durch den CDSS-Score, zeigt ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang ( $r = -0,279$ ,  $p = 0,006$ ).

Die PANSS-Variable und der STEPP-Mittelwert korrelieren mit  $r = -0,332$  ( $p = 0,001$ ) ebenfalls hoch signifikant miteinander (siehe Tabelle 23).

Auch die Compliance hat einen signifikanten Einfluss auf den STEPP-Wert ( $r = -0,303$ ,  $p = 0,003$ ).

Zwischen der Krankheitseinsicht und dem STEPP-Mittelwert besteht bei einem Korrelationskoeffizienten von  $r = -0,379$  ( $p < 0,001$ ) ein hoch signifikanter Zusammenhang.

Tabelle 22: STEPP-Mittelwerte und psychopathologische Befunde

Variable	Korrelation STEPP-Mittelwerte
CGI t2	r = -0,259    p = 0,010
CDSS t2	r = -0,279    p = 0,006
PANSS-Summenscore t2	r = -0,332    p = 0,001
Compliance t2	r = -0,303    p = 0,003
Krankheitseinsicht t2	r = -0,379    p < 0,001

Bezogen auf den Schweregrad der Erkrankung lassen sich folgende Aussagen treffen: Patienten, die vor Beginn der Psychoedukation als minimal krank eingestuft wurden, bewerteten die Sitzungen am höchsten mit durchschnittlich 32,08 Punkten. Gefolgt von den Patienten, die als leicht krank eingeschätzt wurden, die 28,54 Punkte vergaben. Mäßig kranke Patienten bewerteten durchschnittlich die STEPP-Bögen mit 24,42 Punkten. Deutlich kranke Patienten liegen mit 25,78 Punkten leicht über diesem Ergebnis. Die niedrigste Punktzahl vergaben aber die schwer kranken Patienten mit 19,21 Punkten. Die Abbildung 41 fasst die Krankheitsschwere zur Verdeutlichung in drei Gruppen zusammen. Die erste Gruppe bestehend aus drei Patienten wurden als minimal erkrankt (CGI 1- 2) eingestuft und erreichten einen Mittelwert von 32,08 Punkten. Als mittelmäßig erkrankt (CGI 3 - 4) galten 65 Patienten, der dazugehörige STEPP-Mittelwert ist 25,82 Punkte und die dritte Gruppe (n = 29) wurde als deutlich krank eingestuft (CGI 5 - 7) und erreichte 25,33 Punkte.

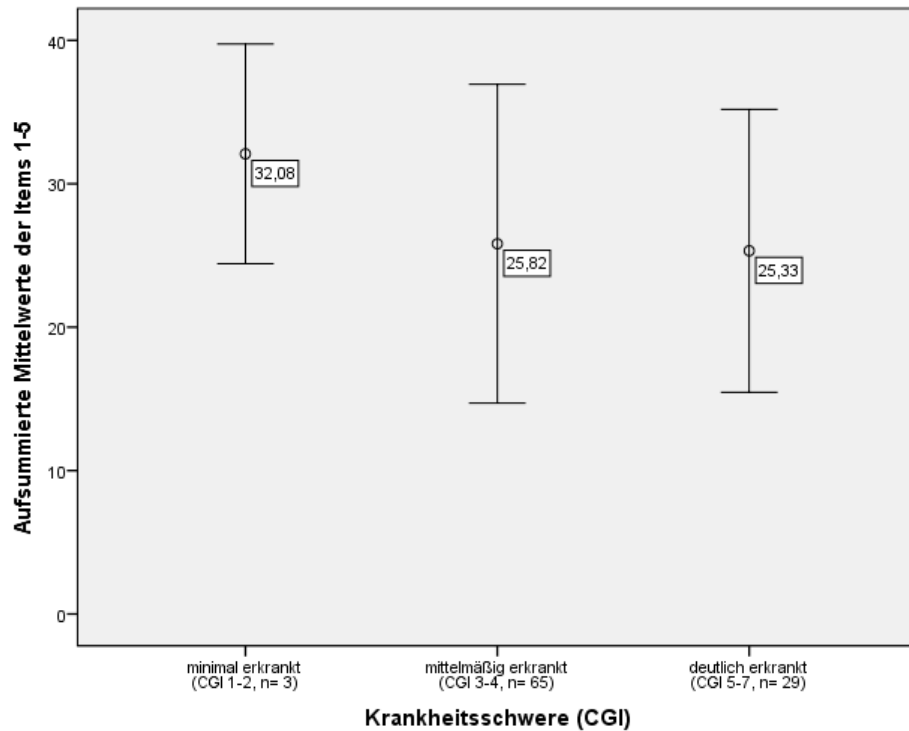


Abbildung 41: Aufsummierte STEPP-Mittelwerte und Krankheitsschwere (CGI t2) in drei Gruppen

Beim Zusammenfassen der Gruppen „Minimal erkrankt“ und „Mittelmäßig erkrankt“ (CGI 1-4, n= 68) zu einer Kohorte, ergibt sich folgendes Diagramm:

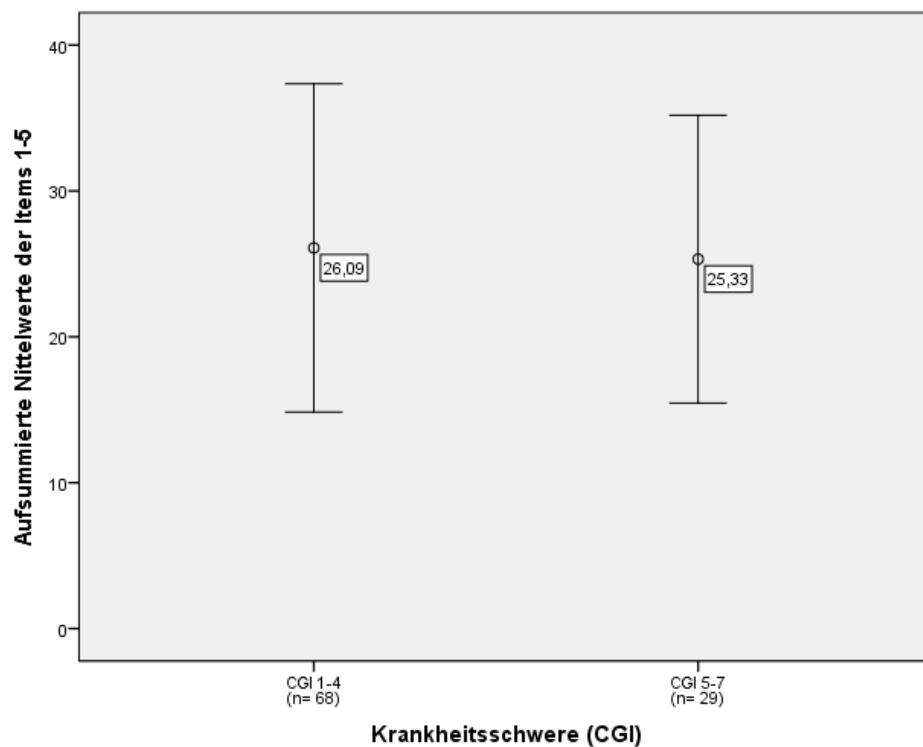


Abbildung 42: Aufsummierte Mittelwerte und Krankheitsschwere (CGI t2) in zwei Gruppen

Um einen Eindruck über die Zuordnung zwischen den CDSS-Werten und den STEPP-Werten zu erhalten, wurden die CDSS Werte in drei Gruppen aufgeteilt. Die erste Gruppe 0 - 2 Punkte, die zweite Gruppe 3 - 7 Punkte und die dritte Gruppe beinhaltet alle Patienten mit einem CDSS-Wert größer 7 Punkte. Dazu die Einteilung der STEPP-Werte in drei Gruppen.

Tabelle 23: STEPP-Mittelwerte und CDSS-Summenwert (t2)

CDSS-Werte (t2)	0 - 2	3 - 7	> 7	Gesamt (n)	Exakter Test nach Fisher
STEPP-Werte: 0-20	4	12	6	22	p = 0,017
STEPP-Werte: 21-30	28	13	10	51	
STEPP-Werte: >30	14	8	2	24	
Gesamt (n) $\Sigma$	46	33	18	97	
Durchschnittlicher STEPP-Wert $\emptyset$	27,33	25,21	23,32	25,29	

Zur differenzierteren Übersicht wurden die CDSS-Werte in vier Gruppen eingeteilt und die jeweiligen STEPP-Werte berechnet (Tabelle 24). Zusätzlich wurde der durchschnittliche STEPP-Wert der Gruppe ausgewertet.

Tabelle 24: CDSS Werte in vier Gruppen und STEPP-Werte

CDSS-Werte (t2)	0	1 - 5	6 - 10	11 - 18	Gesamt (n)	Exakter Test nach Fisher
STEPP-Werte : 0 - 20	4	8	9	1	22	p = 0,041
STEPP-Werte: 21 - 30	19	19	7	6	51	
STEPP-Werte: > 30	10	12	1	1	24	
Gesamt (n) $\Sigma$	33	39	17	8	97	
Durchschnittlicher STEPP-Wert $\emptyset$	27,27	26,42	22,54	24,46	25,17	

Um den Zusammenhang zwischen der CDSS-Skala und den gewerteten Mittelwerten grafisch darstellen zu können, wurde ein Punkt-Streudiagramm verwendet.

Die kleinsten Werte der CDSS-Skala beginnen bei null, der höchste CDSS-Wert liegt bei 18 und wird einmal erreicht.

Auf der y-Achse dargestellt sind die dazugehörigen Mittelwerte der STEPP-Bögen.

Die schwach signifikante Korrelation zeigt, dass niedrige Werte der CDSS-Skala mit tendenziell höheren STEPP-Werten einhergehen. Das bedeutet, je weniger depressiv sich die Patienten vor Beginn der Psychoedukation einschätzten, desto positiver war die Beurteilung der einzelnen Fragebögen.

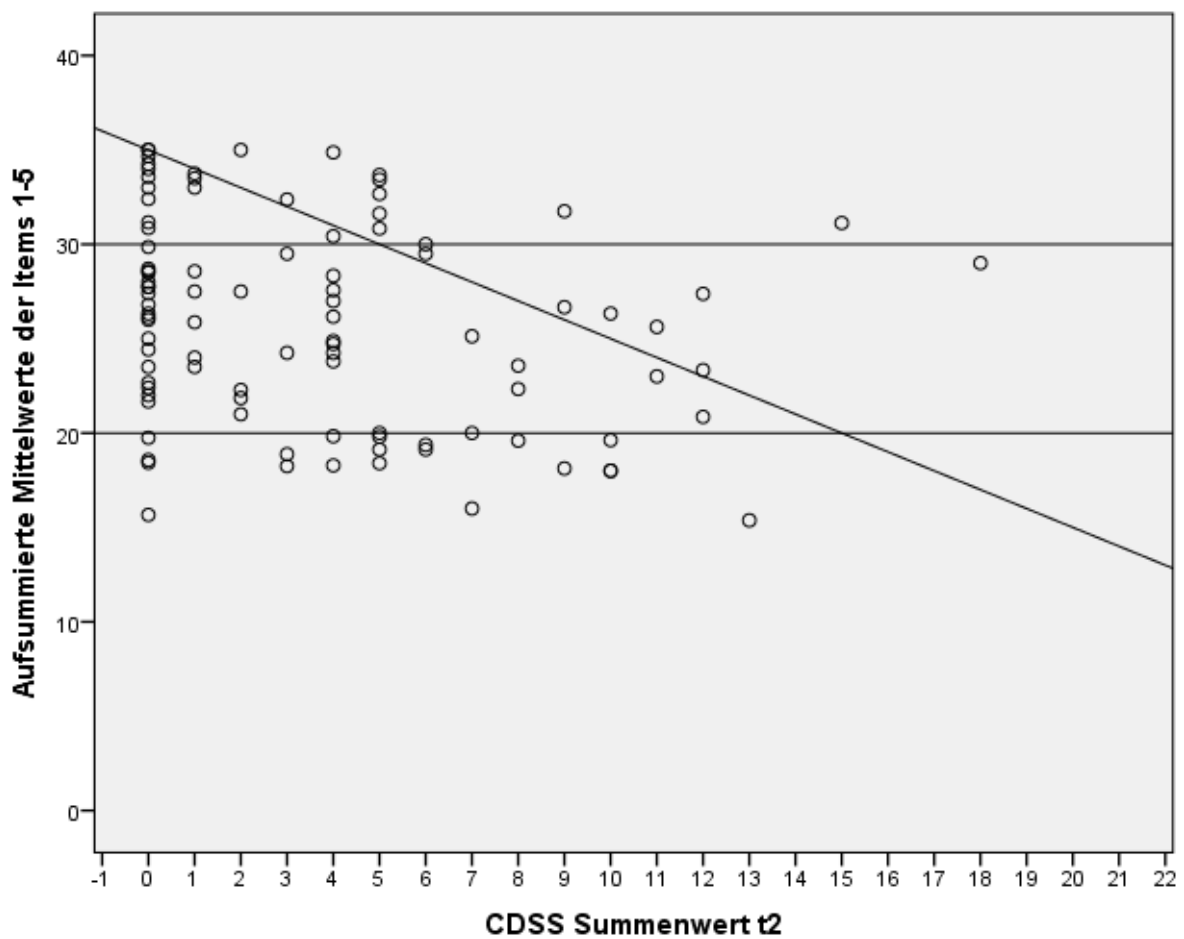


Abbildung 42: Aufsummierte STEPP-Mittelwerte und Depression (CDSS t2)

Tabelle 25 zeigt die Einteilung der PANSS-Werte in drei Gruppen und deren durchschnittliche STEPP-Mittelwerte. 59 Patienten wurden in der ersten Gruppe (0-60 Punkte) zusammengefasst und hatten durchschnittlich den höchsten STEPP-Wert von 26,70 Punkten. In der zweiten Gruppe (PANSS 61-80 Punkte) waren 29 Patienten und ein durchschnittlicher STEPP-Wert von 25,17 Punkten. Die dritte Gruppe

(n=9) hatte mindestens einen PANSS-Wert von 81 und auch den niedrigsten STEPP-Mittelwert von 22,64 Punkten.

Tabelle 25: STEPP-Mittelwerte und PANSS- Summenwert (t2)

PANSS - Summenwert	0 - 60	61 - 80	> 81	Gesamt (n)	Exakter Test nach Fisher
STEPP-Werte: 0 - 20	10	9	3	22	p = 0,202
STEPP-Werte: 21 -30	32	13	6	51	
STEPP-Werte: > 30	17	7	0	24	
Gesamt $\Sigma$	59	29	9	97	
STEPP-Durchsch. $\bar{x}$	26,70	25,17	22,64	24,84	

Um die Werte zwischen der PANSS-Summenskala und den Mittelwerten der STEPP-Bögen darzustellen, eignet sich das Punkt-Streudiagramm. Hier kann man die Korrelation zwischen hohen STEPP-Werten und niedrigen PANSS-Werten sehen. Jedem Patienten wurde sein PANSS- und sein eigener STEPP-Wert zugeordnet.

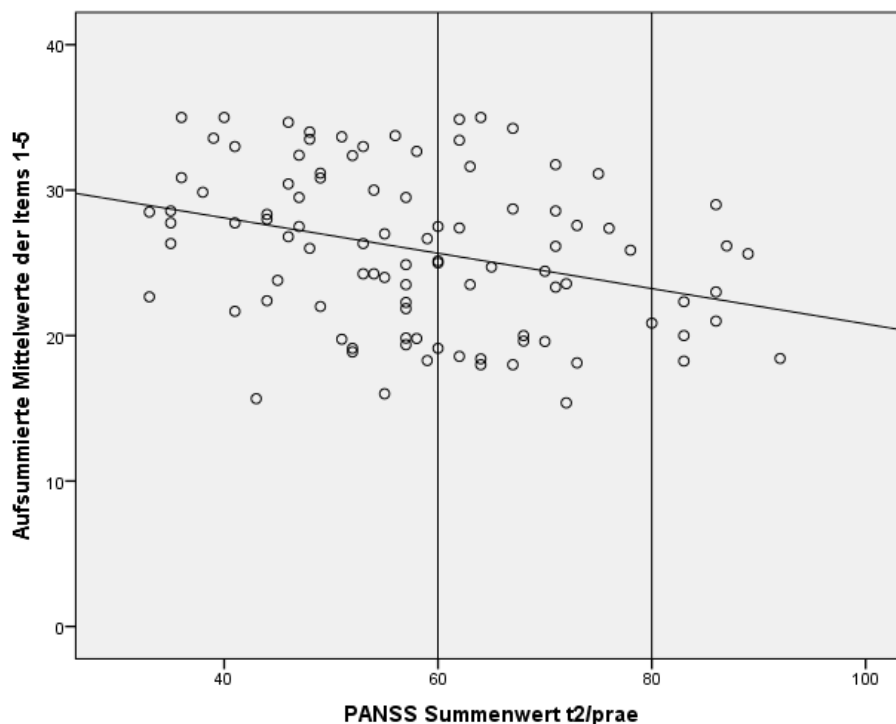


Abbildung 43: Aufsummierte STEPP-Mittelwerte und PANSS-Werte bei t2



Auch hier wurde um die Korrelation zwischen Compliance und STEPP-Bögen ein Diagramm erstellt. So wurde bei Patienten mit sehr guter Compliance (n = 61) ein STEPP-Mittelwert von 27,05 Punkten erzielt. Bei guter Compliance (n = 30) liegt der Mittelwert bei 24,03 Punkten. Bei mäßiger Compliance (n = 4) liegt der Mittelwert bei 23,67 Punkte an. Bei schlechter Compliance (n = 1) wird der kleinste Wert mit 19,60 Punkten erreicht.

In Abbildung 44 wurden die Gruppen „mäßige“ und „schlechte Compliance“ zusammengefasst (n = 5). Der Mittelwert liegt somit genau bei 22,85.

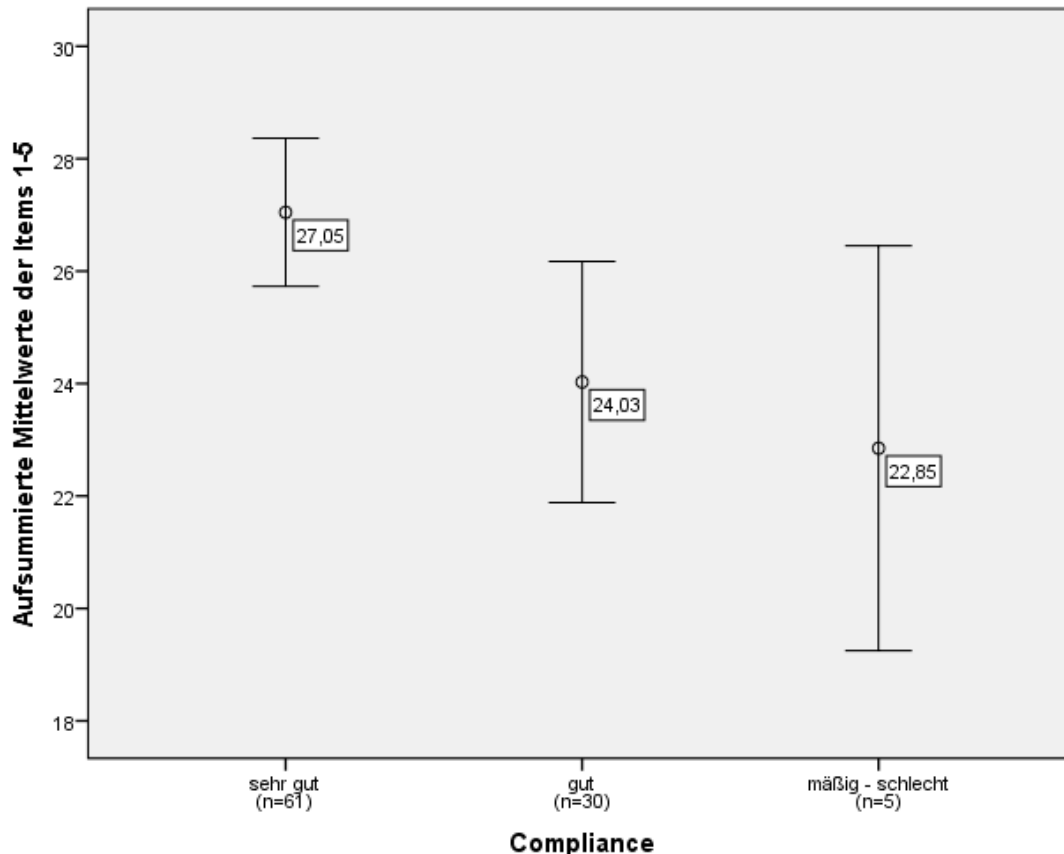


Abbildung 44: Aufsummierte STEPP-Mittelwerte und Compliance bei t2

Die Krankheitseinsicht der Patienten und der gerundete Mittelwert der STEPP-Bögen werden in nachfolgender Grafik dargestellt. Hier ist der abnehmende Wert der STEPP-Bögen bei zunehmender Uneinsichtigkeit deutlich zu erkennen. So vergeben Patienten mit vorhandener Krankheitseinsicht 30,29 Punkte. Bei fraglich pathologischem Mangel an Krankheitseinsicht ist der STEPP-Mittelwert bei 26,61 Punkten. 24,71 Punkte erzielen Patienten im Durchschnitt bei einem leichten Mangel. Patienten mit mäßigem Mangel an Krankheitseinsicht erzielen 24,29 Punkte und den kleinsten Wert mit 21,73 Punkten erreichten Patienten mit einem mäßig schweren Mangel an Krankheitseinsicht.

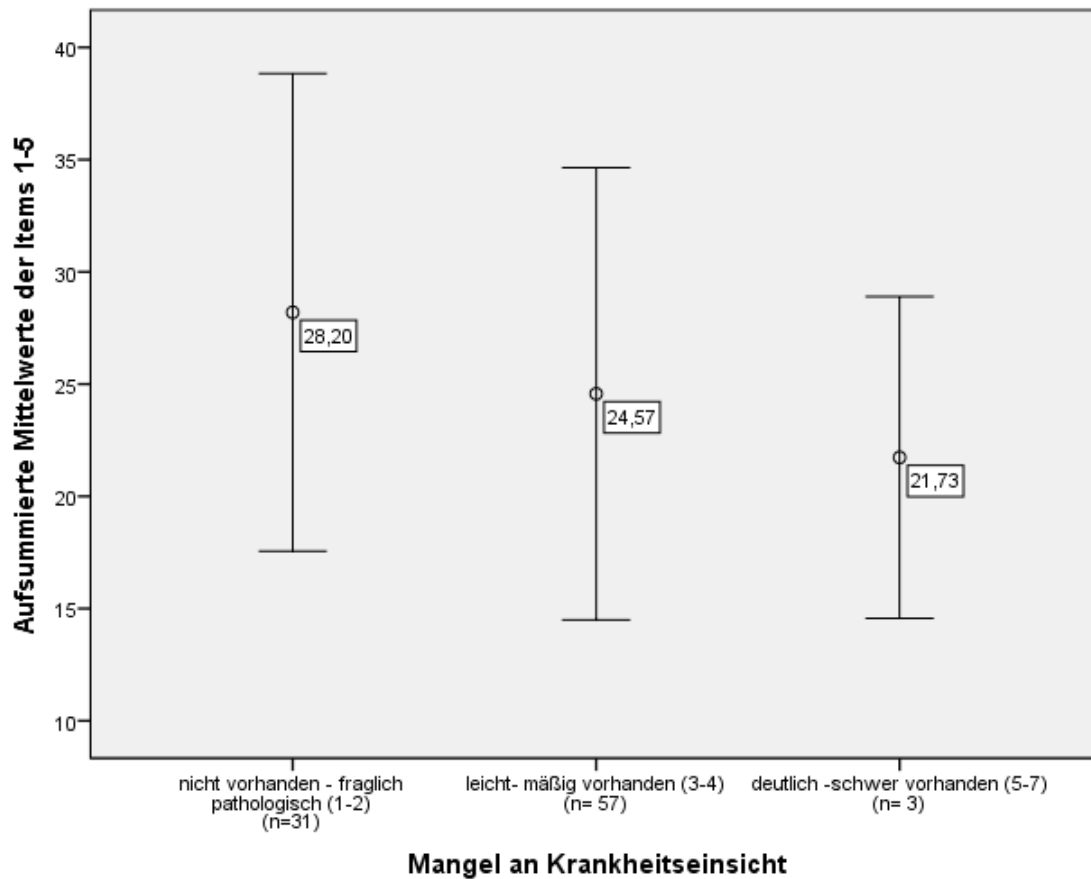


Abbildung 45: Aufsummierte STEPP-Mittelwerte und Krankheitseinsicht (t2)

### 5.3. Selbstbeurteilung und Krankheitseinsicht

Im dritten Abschnitt soll nun genauer auf den Zusammenhang zwischen der Krankheitseinsicht der Patienten und ihrer Selbstbeurteilung eingegangen werden. Dazu folgende Fragestellung:

**F:** Haben Patienten mit zunächst geringer Einsicht zu Beginn der PE auch eine insgesamt schlechtere Beurteilung der Gruppen und einen geringeren Wissenszuwachs?

**H 10:** Patienten mit geringer Krankheitseinsicht zu Beginn der PE haben eine schlechtere Beurteilung der Gruppen.

**H11:** Patienten mit geringer Krankheitseinsicht zu Beginn der PE haben einen geringeren Wissenszuwachs.

Für die Krankheitseinsicht wurden zu Beginn der Psychoedukation die Patienten in zwei Gruppen eingeteilt. Insgesamt gab es 37 Patienten mit sehr guter oder guter Krankheitseinsicht (Gruppe 1) und 60 Patienten mit mäßiger bis extrem schlechter Krankheitseinsicht (Gruppe 2). Um eine möglichst genaue Übersicht zu bekommen,

wurden dann die End-Ergebnisse der STEPP-Bögen in drei Gruppen eingeteilt. Die Ergebnisse zeigt die Kreuztabelle:

Tabelle 26: Einteilung der Krankheitseinsicht in zwei Gruppen

STEPP- Ergebnis:	0 - 20	21 - 30	> 30	Gesamt (n)	Exakter Test nach Fisher
<b>sehr gute - gute KHE: 1-2</b>	5 (22,73%)	16 (31,37%)	16 (66,67%)	37 (38,14%)	p = 0,004
<b>mäßige - extrem schlechte KHE: 3-7</b>	17 (77,27%)	35 (68,63%)	8 (33,33%)	60 (61,86%)	
<b>Gesamt (n)</b>	22 (100%)	51 (100%)	24 (100%)	97 (100%)	

Als Ergebnis kann festgehalten werden, dass eine statistische Korrelation (exakter Test nach Fisher,  $p = 0,004$ ) vorliegt. Die Hypothese kann als statistisch bestätigt gesehen werden.

Das Ergebnis wird in untenstehender Grafik nochmals anschaulich in Form eines Säulendiagramms dargestellt. In der Patientengruppe „Gute Krankheitseinsicht“ ( $n = 37$ ) erreichten 56,76% ( $n = 21$ ) ein STEPP-Ergebnis  $\leq 30$  und 43,24% ( $n = 16$ ) ein STEPP-Ergebnis  $> 30$ . In der Patientengruppe „Mäßige Krankheitseinsicht“ ( $n = 60$ ) erreichten 86,67% ( $n = 52$ ) ein STEPP-Ergebnis  $\leq 30$  und nur 13,33% ( $n = 8$ ) ein STEPP-Ergebnis  $> 30$ .

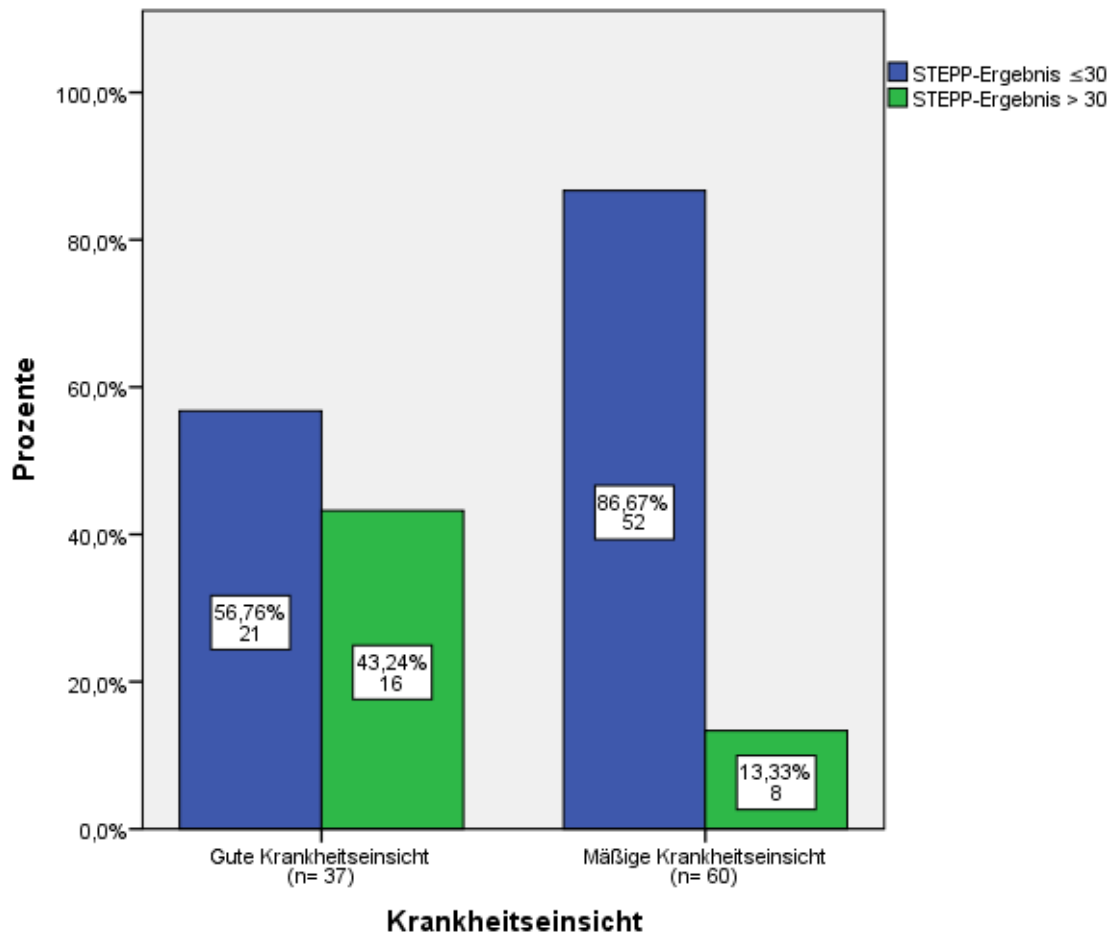


Abbildung 46: „Gute“ und „Mäßige“ Krankheitseinsicht (t2) und STEPP-Mittelwerte

Um den Zusammenhang zwischen der Krankheitseinsicht und dem Wissenszuwachs zu untersuchen, wurde ähnlich verfahren wie mit den STEPP-Ergebnissen. Die Patienten wurden wieder in zwei Gruppen anhand der Krankheitseinsicht unterteilt. Dabei umfasste die Gruppe mit guter bis sehr guter Krankheitseinsicht 37 Patienten, die Gruppe mit mäßiger bis extrem schlechter Krankheitseinsicht umfasste 59 Patienten. Die Einteilung des Wissenszuwachses erfolgte wieder in zwei Gruppen, die Trennung erfolgte bei 6 Punkten Wissenszuwachs. Beurteilt wurde der Wissenszuwachs durch einen Fragebogen mit 100 Antwortmöglichkeiten vor und nach Psychoedukation. Bei der späteren Auswertung des Bogens erfolgte eine Verkürzung auf 52 Fragen, die nach testpsychologischen Kriterien die höchste Aussagekraft hatten.

Zusammenhang von Krankheitseinsicht und Wissenszuwachs:

Tabelle 27: „Gute“ und „Mäßige“ Krankheitseinsicht und Wissenszuwachs in zwei Gruppen

Wissenszuwachs	Gering (<6 Punkten)	Groß (≥ 6 Punkte)	Gesamt	Exakter Test nach Fisher
<b>sehr gute bis gute Krankheitseinsicht : 1- 2</b>	26 (70,27%)	11 (29,73%)	37 (100%)	p = 0,658
<b>mäßige bis extrem schlechte Krankheits- einsicht: 3 - 7</b>	38 (64,41%)	21 (35,59%)	59 (100%)	
<b>Gesamt (n)</b>	64 (66,67%)	32 (33,33%)	96 (100%)	

Als Ergebnis kann **kein** statistischer Zusammenhang zwischen dem Zuwachs an Wissen und der Krankheitseinsicht zu Beginn der PE festgehalten werden.

Zur besseren Übersichtlichkeit erfolgt auch hier eine Grafik. Die Einteilung erfolgte anhand der Krankheitseinsicht. In der ersten Gruppe „Gute Krankheitseinsicht“ (n = 37) erreichten 70,27% (n = 26) weniger als sechs Punkte beim Wissenszuwachs und 29,73% (n = 11) ≥6 Punkte. In der zweiten Gruppe „Mäßige Krankheitseinsicht“ (n = 59) erreichten 64,41% (n = 38) weniger als sechs Punkte und 35,59% (n = 21) ≥ 6 Punkte in der Kategorie Wissenszuwachs.

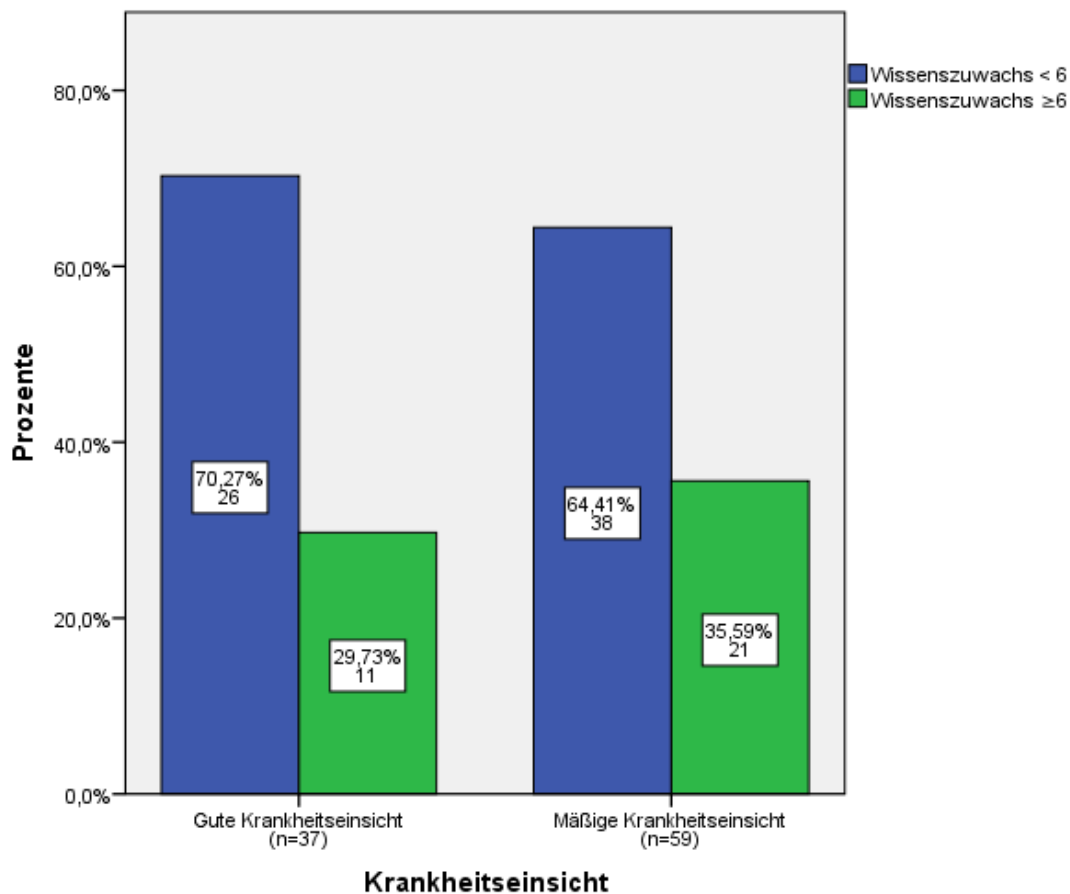


Abbildung 47: „Gute“ und „Mäßige“ Krankheitseinsicht (t2) und Wissenszuwachs

#### 5.4. Selbstbeurteilung und Krankheitsvorgeschichte

Im folgenden Abschnitt soll nach einem Zusammenhang zwischen der Selbstbeurteilung und der Krankheitsvorgeschichte gesucht werden. Dabei werden die Anzahl der Klinikaufenthalte sowie der Beginn des Auftretens der Erkrankung näher untersucht. Um den Zusammenhang zwischen den Klinikaufhalten der Patienten und der Selbstbeurteilung analysieren zu können, wird von folgender Fragestellung ausgegangen:

**F:** Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Krankheitsvorgeschichte und der Selbstbeurteilung?

**H12:** Ersthospitalisierte Patienten mit niedriger Beurteilung der Neuerkenntnis ( $\leq 5$ ) (Item 2, „Eigene Probleme erscheinen in neuem Licht“) haben eine geringere Krankheitseinsicht.

**H13:** Patienten mit wiederholter stationärer Aufnahme ( $\geq 5$ ) haben eine schlechtere Beurteilung der Gruppen (STEPP-Ergebnisse).

**H14:** Wiederholt erkrankte Patienten (stationäre Wiederaufnahmen  $\geq 5$ ), die eine sehr hohe Neuerkenntnis raten (Item 2  $\geq 6$ ), leiden eher unter neurokognitiven Einbußen als Patienten mit einer niedrig beurteilten Neuerkenntnis.

#### 5.4.1. Krankheitseinsicht bei ersthospitalisierten Patienten und „Eigene Probleme im neuen Licht“

H 12: Ersthospitalisierte Patienten mit niedriger Beurteilung der Neuerkenntnis ( $\leq 5$ ) (Item 2, „Eigene Probleme erscheinen in neuem Licht“) haben eine geringere Krankheitseinsicht.

Um diese Hypothese zu überprüfen, wurden die 22 Patienten ausgewählt, die zum ersten Mal in stationärer Behandlung mit der Diagnose Schizophrenie waren. Diese Patienten wurden in zwei Gruppen eingeteilt. Gruppe 1 hatte einen hohen Neuerkenntnis-Gewinn in den STEPP-Bögen gewertet, d.h. Item 2 war größer 5 Punkte. Gruppe 2 bewertete Item 2 weniger hoch, also zwischen keinem bis gleich fünf Punkten. Diese Gruppen wurden dann anhand ihrer Krankheitseinsicht unterschieden. Die Einteilung der Krankheitseinsicht erfolgte ebenfalls in zwei Gruppen: eine gute Krankheitseinsicht bedeutet keinen oder einen fraglichen Mangel an Krankheitseinsicht ( $n = 5$ ). Die Gruppe 2 „Mäßige Krankheitseinsicht“ wurde von einem leichten Mangel bis extrem schweren Mangel an Krankheitseinsicht eingeteilt ( $n = 17$ ). Anhand dieser Einordnung wurde eine Kreuztabelle erstellt (s.u.).

Tabelle 28: „Gute“ und „Mäßige“ Krankheitseinsicht und Neuerkenntnis „Hoch“ (Item2  $> 5$ ) versus „Gering“ (Item2  $\leq 5$ ) bei ersthospitalisierten Patienten

Ersthospitalisierte Patienten	Gute Krankheitseinsicht (1 - 2 Punkte)	Mäßige Krankheitseinsicht (3 - 7 Punkte)	Gesamt	Exakter Test nach Fisher
<b>Hohe Neuerkenntnis (Item2 <math>&gt; 5</math>)</b>	3 (33,33%)	6 (66,67%)	9 (100%)	p = 0,609
<b>Geringe Neuerkenntnis (Item2 <math>\leq 5</math>)</b>	2 (15,38%)	11 (84,62%)	13 (100%)	
<b>Gesamt (n)</b>	5 (22,73%)	17 (77,27%)	22 (100%)	

Laut exaktem Test nach Fisher findet sich zwar kein statistischer Zusammenhang, die Darstellung in Abbildung 48 lässt aber dennoch einen positiven Trend erkennen.

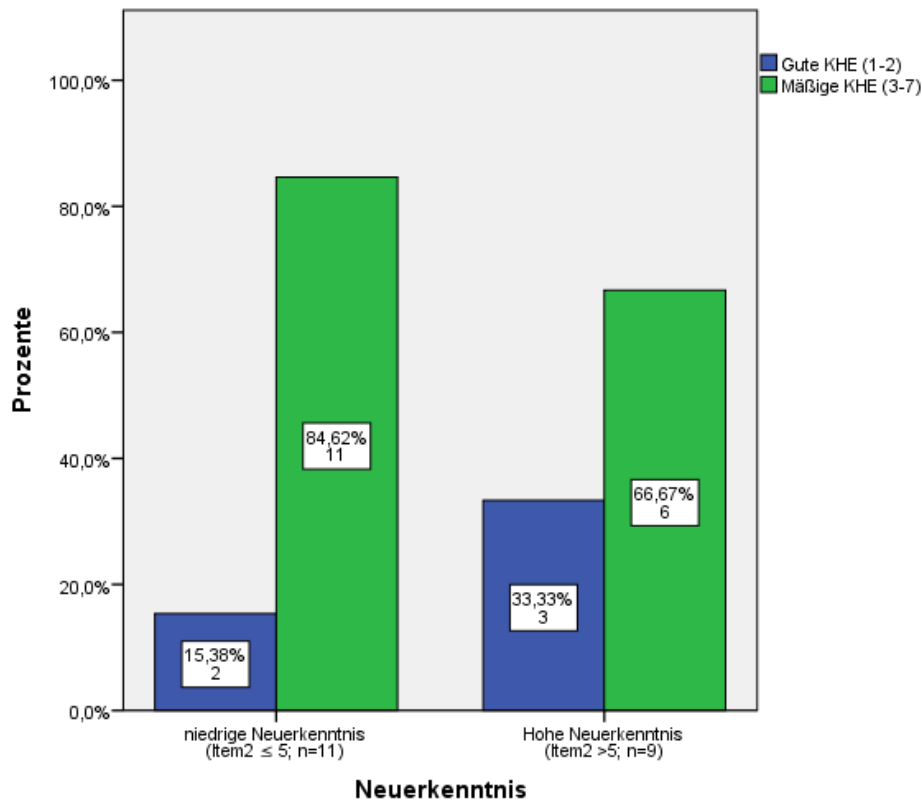


Abbildung 48: „Gute“ und „Mäßige“ Krankheitseinsicht und Ausmaß der Neuerkenntnis (Item2 ≤ 5 und Item2 > 5)

#### 5.4.2. Wiederholt aufgenommene Patienten und Selbstbeurteilung

H13: Patienten mit wiederholter stationärer Aufnahme ( $\geq 5$ ) haben eine schlechtere Beurteilung der Gruppen.

Zur Auswertung der Ergebnisse der wiederholt aufgenommenen Patienten und der STEPP-Bögen wurde eine Kreuztabelle erstellt. Die Patienten wurden zunächst in zwei Gruppen anhand ihrer stationären Wiederaufnahmen eingeteilt. Gruppe 1 umfasst diejenigen Patienten, die weniger als fünf Mal stationär eingewiesen wurden. Insgesamt passt diese Definition auf 60 Patienten. Die zweite Gruppe war mindestens fünf Mal stationär aufgenommen worden, in dieser Studie waren das 37 Patienten. Anschließend wurden die Gruppen anhand der STEPP-Ergebnisse unterteilt: Die erste Unterteilung erreichte ein unterdurchschnittliches Ergebnis in den STEPP-Bögen (Ergebnis < 20). Insgesamt befanden sich in dieser Gruppe 22 Patienten. In der zweiten Unterteilung wurde ein Ergebnis kleiner 30, jedoch größer als 20 gewertet. Diese Gruppe hatte insgesamt 51 Mitglieder und war damit die größte Gruppe unter den dreien. In der dritten Unterteilung wurde ein überdurchschnittlicher Wert von mehr als 30 Punkten erreicht. Insgesamt werteten 24 Patienten ihre Bögen so



aus. Zur Beurteilung, ob die Aufteilung der Gruppen einen Zusammenhang zwischen der Selbstbeurteilung und den Klinikaufenthalten liefert, wurde der exakte Test nach Fisher berechnet.

Tabelle 29: Anzahl der bisherigen Klinikaufenthalte und STEPP-Ergebnisse in drei Gruppen

Klinikaufenthalte	STEPP-Ergebnis	STEPP - Ergebnis	STEPP-Ergebnis	Gesamt	Exakter Test nach Fisher
	0 - 20	> 20 ≤ 30	> 30		
<b>Bisherige Klinikaufenthalte &lt; 5</b>	12 (20%)	32 (53,33%)	16 (26,67%)	60 (100%)	p = 0,70
<b>Bisherige Klinikaufenthalten ≥ 5</b>	10 (27,03%)	19 (51,35%)	8 (21,62%)	37 (100%)	
<b>Gesamt</b>	22 (22,68%)	51 (52,58%)	24 (24,74%)	97 (100%)	

Hier eine grafische Darstellung der drei Gruppen hinsichtlich ihrer Verteilung bezogen auf die Anzahl der bisherigen Krankenhausaufenthalte:

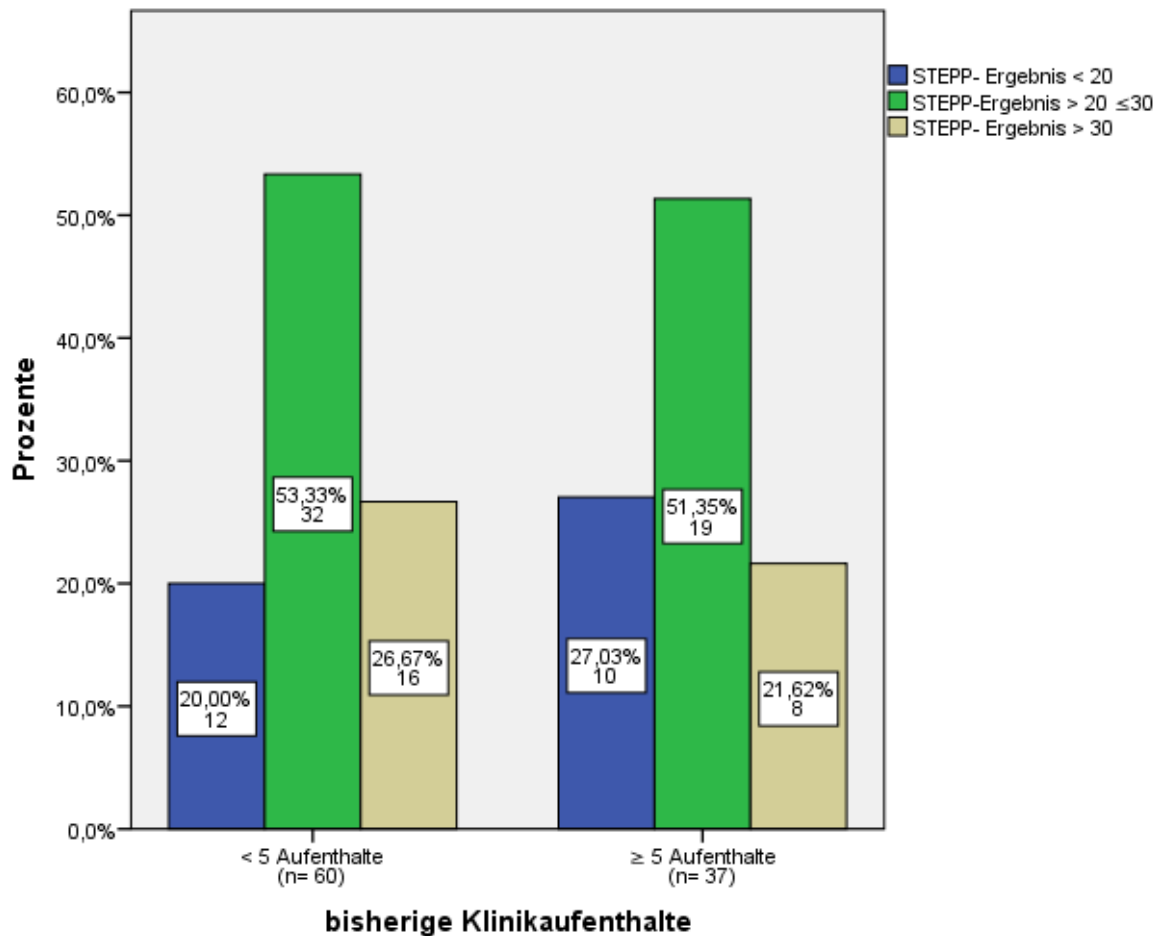


Abbildung 49: Anzahl der bisherigen Klinikaufenthalte und STEPP-Mittelwerte „Mäßig“ (0 - 20 Punkte), „Gut“ (> 20 ≤ 30) und „Sehr gut“ (> 30)

Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Zahl der bisherigen Krankenhausaufenthalte und der Selbstbeurteilung besteht. Die Hypothese konnte somit nicht bestätigt werden.

#### 5.4.3. Neurokognitive Einbußen und Neuerkenntnis („Eigene Probleme im neuen Licht“) bei wiederholt aufgenommenen Patienten

H 14: Wiederholt erkrankte Patienten (stationäre Wiederaufnahme  $\geq 5$ ), die eine sehr hohe Neuerkenntnis raten (Item2  $\geq 6$ ), leiden eher unter neurokognitiven Einbußen als Patienten mit einem niedrig beurteilten Erkenntnisgewinn.

Ursprung für diese Hypothese ist die Annahme, dass bei Patienten mit wiederholten stationären Behandlungen und bereits mehrfacher Teilnahme an Psychoedukation „eigentlich“ kein hohes Ausmaß an sehr hoher Neuerkenntnis („Eigene Probleme im neuen Licht“) geratet werden sollte. Denn die Patienten mit wiederholten stationären Aufnahmen sollten bereits ein fundiertes Wissen über ihre Erkrankung verbuchen können. Wird von ihnen dennoch ein sehr hohes Maß an Neuerkenntnis angegeben, so kann davon ausgegangen werden, dass diese Patienten unter erhöhten kognitiven Einbußen leiden, vieles von ihrem Vorwissen vergessen haben bzw. im Augen-

blick nicht abrufen können und deshalb von der erneuten Psychoedukation deutlich an Wissen dazu gewonnen haben.

37 Patienten mit  $\geq 5$  stationären Voraufenthalten wurden untersucht. Dabei sollte beurteilt werden, ob Patienten, die eine hohe bis sehr hohe Neuerkenntnis werten, kognitiv schlechter beurteilt werden, als Patienten mit geringer bis durchschnittlicher Neuerkenntnis.

Ausgewertet wurden die Ergebnisse anhand der Kreuztabelle und dem statistischen Test nach Fisher.

Tabelle 30: Neuerkenntnis (Item2  $< 6$  und Item2  $\geq 6$ ) und kognitive Einbußen (NP Global  $\leq 45$  und NP Global  $> 45$ ) bei wiederholt aufgenommenen Patienten ( $\geq 5$  Klinikaufenthalte)

Wiederholt aufgenommene Patienten ( $\geq 5$ )	Kognitive Einbußen deutlich ( $\leq 45$ )	Kognitive Einbußen gering ( $> 45$ )	Gesamt (n)	Exakter Test nach Fisher
	<b>Hohe bis sehr hohe Neuerkenntnis. (Item2 <math>\geq 6</math>)</b>	7 (77,78%)	2 (22,22%)	
<b>geringe bis durchschnittliche Neuerkenntnis. (Item2 <math>&lt; 6</math>)</b>	15 (53,57%)	13 (46,43%)	28 (100%)	
<b>Gesamt (n)</b>	22 (59,46%)	15 (40,54%)	37 (100%)	

Als Ergebnis dieser Auswertung konnte kein statistischer Zusammenhang zwischen der Neurokognition und der Bewertung der Neuerkenntnis bei mehrfach hospitalisierten Patienten gefunden werden. Allerdings ist bei dem Item „Hohe bis sehr hohe Neuerkenntnis“ eine deutliche Unterscheidung zu sehen: So bewerten sieben Patienten mit deutlichen kognitiven Einbußen das Item hohe bis sehr hohe Neuerkenntnis, aber im Vergleich dazu nur zwei von den kognitiv gering eingeschränkten Patienten (77,78% im Vergleich zu 22,22%).

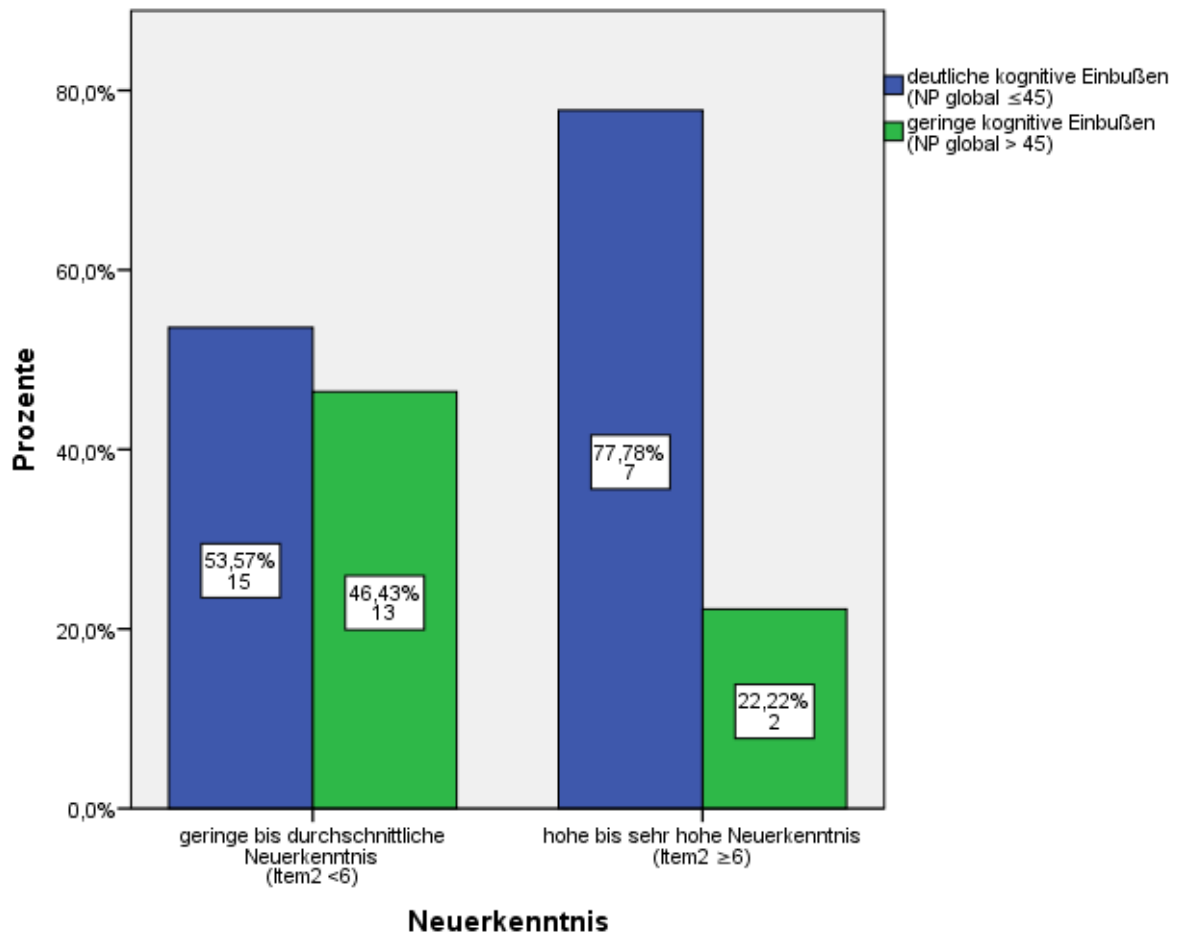


Abbildung 50: Neuerkenntnis (Item2 < 6 und Item 2 ≥ 6) und kognitive Leistungsfähigkeit (NP global ≤ 45 und > 45) bei wiederholt aufgenommenen Patienten (≥ 5 Klinikaufenthalte)

Dieses Ergebnis ist vor allem deshalb interessant, weil es zeigt, dass das subjektiv empfundene Gefühl von Erkenntniszuwachs tatsächlich mit dem objektiv gemessenen neuropsychologischen Leistungsprofil zusammenhängt, unabhängig von eventuellem Vorwissen der Patienten.

### 5.5. Teilnahmequalität und Selbstbeurteilung

Im letzten Abschnitt soll insbesondere auf die Arbeit von J. Baumgärtner (2012) eingegangen werden, die bei demselben Patientenkollektiv eine Auswertung der Teilnahmequalität, beurteilt durch das Fremdrating des leitenden Oberarztes, der die Gruppen selbst durchgeführt hatte, vornahm.

Um eine mögliche Übereinstimmung zwischen der Selbstbeurteilung der Patienten und des Fremdratings abschätzen zu können, wird folgende Fragestellung definiert:

**F:** Gibt es einen Zusammenhang zwischen der Selbstbeurteilung und der fremdgerateten Teilnahmequalität der Patienten?

**H 15:** Patienten mit hoher Selbstbeurteilung haben auch eine hohe Teilnahmequalität in der Psychoedukation.

Um diese Hypothese zu überprüfen, wurden die Durchschnittsergebnisse der Selbstbeurteilung mit den durchschnittlichen Ergebnissen der Teilnahmequalität korreliert. Hierbei wurde ein signifikantes Ergebnis nach Spearman festgestellt. Der Korrelationskoeffizient  $r$  lag bei 0,377 mit einem  $p = 0,01$ .

Die drei Fremdbeurteilungsstufen hinsichtlich der Teilnahmequalität (< 3: mäßig; 3 bis 4: gut; 4: sehr gut) werden in Tabelle 28 mit den drei STEPP-Kategorien (0 - 20: geringe Wertschätzung; 21- 30: mittlere Wertschätzung; > 30: hohe Wertschätzung) tabellarisch gegenüber gestellt. In der Abbildung 47 wird das diametral gegenläufige Ratingergebnis von hoher Teilnahmequalität und niedrigem STEPP-Ergebnis als Säulendiagramm abgebildet.

Im anschließenden Diagramm wird die Streuung der Ergebnisse sichtbar, hier wurden jedem Patient sowohl sein STEPP-, als auch sein Teilnahmequalitätsergebnis zugeordnet:

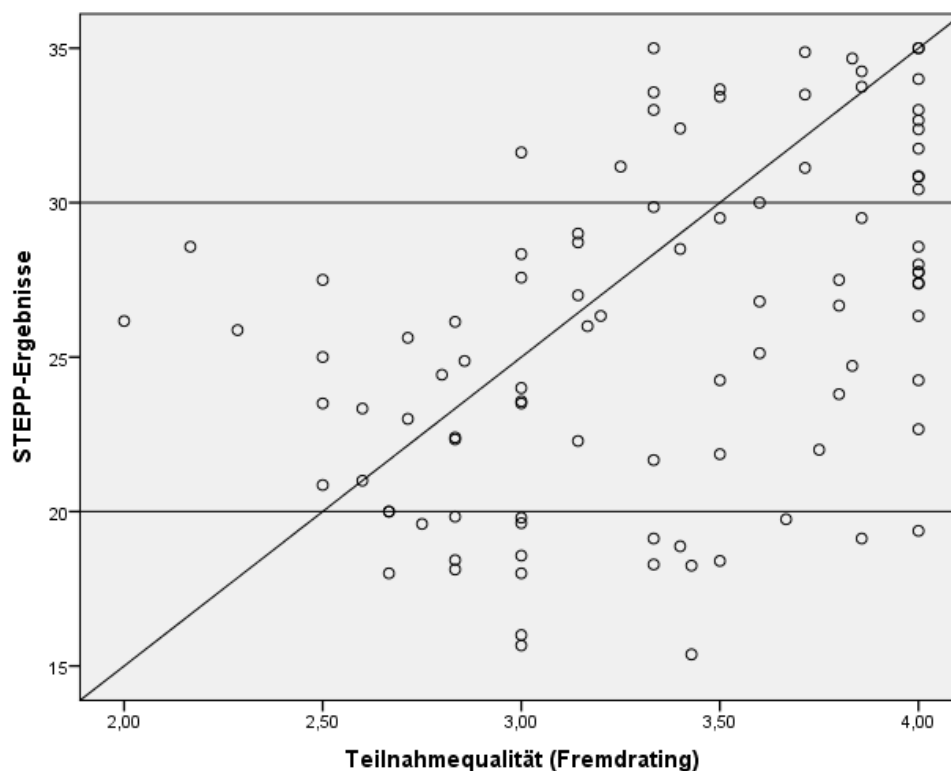


Abbildung 51: STEPP-Ergebnisse und Rating der Teilnahmequalität

Außerdem wurde auch hier eine Tabelle angelegt, um die Zusammenhänge zwischen der Teilnahmequalität und den STEPP-Ergebnissen zusammenzufassen. Die Teilnahmequalität wurde in zwei Gruppen eingeteilt: Eine geringe Teilnahmequalität ( $TQ < 3$ ) und eine mäßig bis effiziente Teilnahmequalität ( $TQ \geq 3$ ). Diesen beiden Gruppen wurden dann die jeweiligen STEPP-Ergebnisse zugeordnet. Auch die

STEPP-Ergebnisse wurden in zwei Gruppen eingeteilt: STEPP-Ergebnis  $\leq 30$ , STEPP-Ergebnis  $> 30$ .

Tabelle 31: STEPP-Ergebnisse und Teilnahmequalität jeweils in zwei Gruppen

Teilnahmequalität	Gering ( $< 3$ )	Mäßig- Effizient ( $\geq 3$ )	Gesamt	Exakter Test nach Fisher
STEPP-Werte: $\leq 30$	23 (100%)	50 (67,57%)	73 (75,26%)	p = 0,001
STEPP-Werte: $> 30$	0 (0%)	24 (32,43%)	24 (24,74%)	
Gesamt $\Sigma$	23 (100%)	74 (100%)	97 (100%)	
STEPP-Durchschnitt $\bar{x}$	22,81	26,81	24,81	

Eine noch spezifischere Darstellung der Ergebnisse lässt die nachstehende Tabelle zu. Hier wurden sowohl die Teilnahmequalität als auch die STEPP-Ergebnisse in drei Gruppen aufgeteilt. Ziel ist es, eine differenziertere Unterscheidung der Ergebnisse vorzunehmen. Hierzu wurde eine dritte Gruppe Teilnahmequalität gebildet (TQ = 4) und die STEPP-Ergebnisse ebenfalls in drei Extremgruppen (STEPP 0 - 20, STEPP 21- 30, STEPP  $> 30$ ) aufgeteilt. Im exakten Test nach Fisher zeigt sich eine signifikante Korrelation ( $p = 0,001$ ).

Tabelle 32: STEPP-Ergebnisse und Teilnahmequalität jeweils in drei Gruppen

Teilnahmequalität (TQ)		Gering ( $< 3$ )	Mäßig ( $\geq 3$ & $4 <$ )	Effizient (4)	Gesamt	Exakter Test nach Fisher
STEPP- Werte	0-20	7 (30,43%)	14 (25,93%)	1 (5%)	22 (22,68%)	p = 0,001
STEPP- Werte	21- 30	16 (69,57%)	26 (48,15%)	9 (45%)	51 (52,58%)	
STEPP- Werte	>30	0 (0%)	14 (25,93%)	10 (50%)	24 (24,74%)	
Gesamt	$\Sigma$	23 (100%)	54 (100%)	20 (100%)	97 (100%)	
STEPP- Durchschnitt	$\emptyset$	22,81	25,91	29,27	26,00	

In der folgenden Abbildung 52 wird die Einteilung der STEPP-Werte in zwei Gruppen (STEPP  $\leq 30$  und  $>30$ ) sowie die Teilnahmequalität in drei Gruppen (TQ  $< 3$ , TQ  $\geq 3 < 4$  und TQ = 4) dargestellt. Bei einer Teilnahmequalität  $< 3$  raten 23 Patienten (100%) einen STEPP-Wert  $\leq 30$  und kein Patient (0%) einen STEPP-Wert  $> 30$ . Bei einer Teilnahmequalität  $\geq 3$  und  $< 4$  erreichen 40 Patienten (74,07%) ein STEPP-Ergebnis  $\leq 30$  und 14 Patienten (25,93%) einen Wert  $> 30$ . Bei einer Teilnahmequalität von 4 wird ein ausgewogenes Ergebnis geratet: 10 Patienten (50%) haben einen STEPP-Wert  $\leq 30$  und 10 Patienten (50%) erreichen einen Wert  $> 30$ .

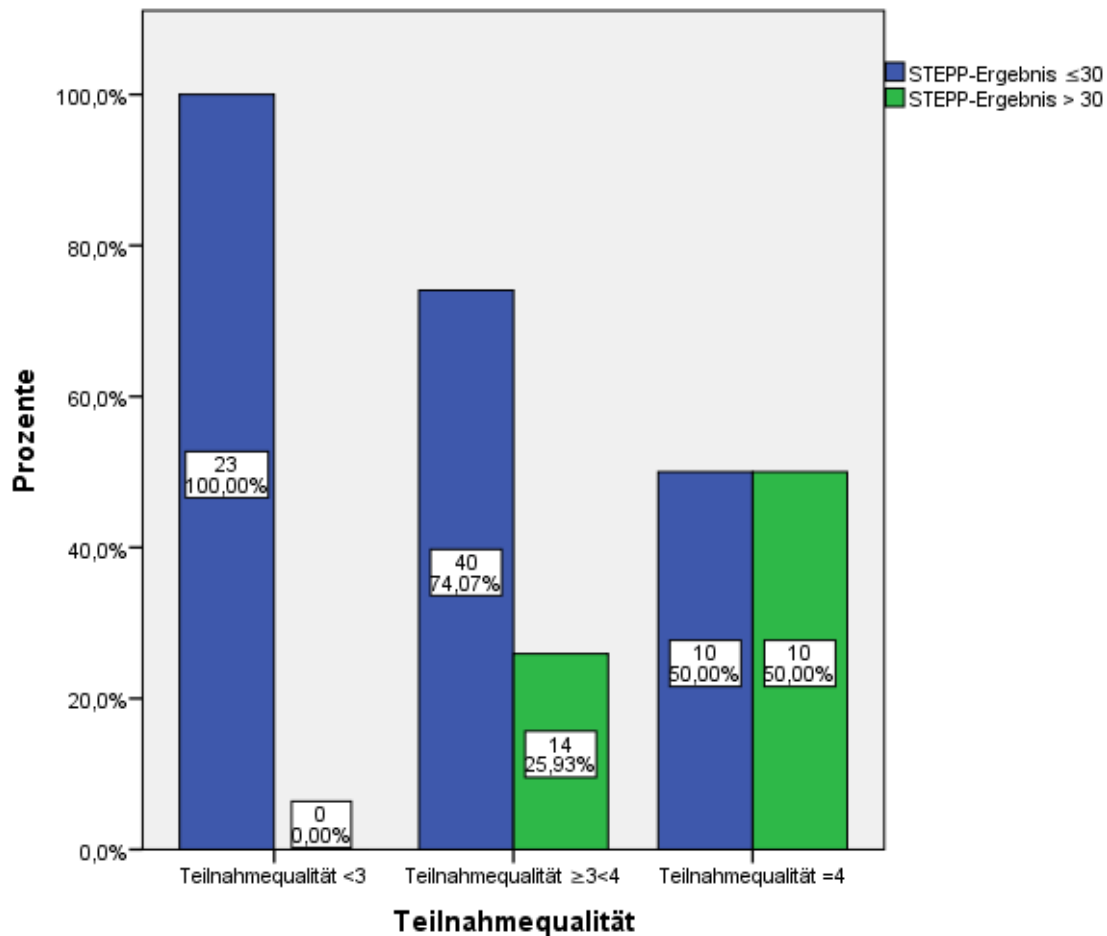


Abbildung 52: STEPP-Ergebnisse in zwei Gruppen ( $\leq 30$  und  $> 30$ ) und Teilnahmequalität in drei Gruppen (TQ  $< 3$ , TQ  $\geq 3 < 4$ , TQ = 4)

In dieser Kombination (Abb.53) ist eine Signifikanz bei exaktem Test nach Fisher mit  $p = 0,000$  anzugeben.

Als Ergebnis kann ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Selbstbeurteilung und der Fremdbeurteilung in diesem Patientenkollektiv festgehalten werden.



## 6. Diskussion

Im Fokus der vorliegenden Studie stand ein jeweils am Ende der acht psychoedukativen Sitzungen ausgeteilter STEPP-Fragebogen mit fünf verschiedenen Items. Jedes Item konnte mit Hilfe einer siebenstufigen Lickert-Skala von den Patienten bewertet werden. Die Ergebnisse wurden korreliert mit soziodemografischen Daten und psychopathologischen Messwerten der Patienten. Zudem wurde nach Zusammenhängen mit der Krankheitseinsicht und dem bisherigen Krankheitsverlauf der Patienten gesucht. Ziel der Arbeit war es herauszufinden, in wie weit sich die soziodemografischen Daten und die psychopathologischen Befunde der Patienten in der Selbstbeurteilung der Psychoedukation reflektieren.

Desweiteren wurde nach einem Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht, fremdbeurteilter Teilnahmequalität und Anzahl der bisherigen stationären Behandlungsaufenthalte mit dem Selbstrating der Gruppensitzungen gesucht. Die Studienergebnisse konnten belegen, dass zwischen einzelnen soziodemografischen sowie psychopathologischen Variablen und der Selbstbeurteilung der Patienten ein signifikanter Zusammenhang hergestellt werden kann. So können sowohl die Variablen „Geschlecht“ sowie „Alter“ als signifikante Einflussgrößen auf die Auswertung der STEPP-Bögen gesehen werden. Keinen Einfluss scheinen dagegen Bildung und Familienstand zu haben. Hier wurde keine signifikante Korrelation gefunden. Ausgenommen allerdings die Tatsache, dass verheiratete Patienten eine signifikant bessere Bewertung der Gruppe erkennen ließen. Desweiteren wurde die Selbstbeurteilung durch das Ausmaß der Psychopathologie, den Schweregrad der Erkrankung (CGI), den CDSS-Wert, die Compliance der Patienten sowie die Krankheitseinsicht und den PANSS-Summenscore beeinflusst. Für alle untersuchten Variablen lag eine signifikante Korrelation mit der Selbstbeurteilung vor. Diese statistisch signifikanten Korrelationen der Daten lassen aber keine Aussage zur Kausalität der Ergebnisse zu. Diskutiert werden im Folgenden die statistischen Zusammenhänge von Soziodemografie, Psychopathologie, Krankheitseinsicht, Teilnahmequalität und Krankheitsverlauf mit der Selbstbeurteilung.

Die Psychoedukation hat den Anspruch, die Patienten zu „mündigen Patienten“<sup>24</sup> auszubilden, die aufgrund ihres vermittelten Wissens Verantwortung für ihre Erkrankung übernehmen können. Dabei soll Psychoedukation nicht als eine reine „Informationsvermittlung“<sup>25</sup> verstanden werden, sondern auch die Persönlichkeit der Patienten und die individuelle Situation sollen ebenso erfasst und berücksichtigt werden. „Empowerment“ für Patienten und Angehörige ist ein Schlagwort in der Psychoedukation, das beinhaltet, dass die Patienten gut informiert und emotional gestärkt aus den Sitzungen hervor gehen sollen. Gleichzeitig fördert die Psychoedukation damit

---

<sup>24</sup> Bäuml J., Pitschel-Walz G. (2007), „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsenspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, 2. Erweiterte Auflage, S.V

<sup>25</sup> Bäuml J., Pitschel-Walz G. (2007), „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Konsenspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“, 2. Erweiterte Auflage, S.219

auch die Eigenständigkeit und Unabhängigkeit der Patienten. Als übergeordnetes Ziel für die professionelle Betreuung von an Schizophrenie erkrankten Patienten formuliert die Arbeitsgruppe „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen“ in der Deutschen Gesellschaft für Psychoedukation (DGPE) folgende Zielvorgabe:

„Die Professionellen streben die Verbesserung der Behandlungsergebnisse an, d.h. die Verbesserung des kurzfristigen und vor allem des langfristigen Krankheitsverlaufs der Patienten durch die Förderung der Selbstkompetenz von Patienten und Angehörigen.“

Dieser Anspruch der Psychoedukation nach Verbesserung des Krankheitskonzepts der Patienten beinhaltet auch eine ständige Auseinandersetzung mit den Forderungen und Wünschen der Patienten selbst. Nur so kann ein von beiden Seiten akzeptiertes Therapiekonzept entstehen und eine permanente Weiterentwicklung gewährleistet werden. Um diesem Anspruch gerecht zu werden, wird unter anderem auf die Hilfe von Selbstbeurteilungsverfahren zurückgegriffen. Deshalb wurde in dieser Studie den Patienten nach jeder Sitzung selbst ein Beurteilungsbogen über die gerade erlebte Sitzung vorgelegt und von den Patienten gleich anschließend ausgefüllt. Grundsätzlich muss hierbei jedoch gefragt werden, in wie weit die Art der ermittelten Information eine objektivierbare Meinungstendenz darstellt und in wie weit es Verzerrungen in der Art der Erhebung gibt. Es ist bekannt, dass Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis, insbesondere in der Akutphase, Auswirkungen auf die Kognition haben. Zusätzlichen Einfluss könnte auch das aus der Soziologie und Psychologie bekannte Phänomen der „sozialen Erwünschtheit“ beim Antwortverhalten eine Rolle spielen<sup>26</sup>. Dies besagt, dass Menschen die Tendenz besitzen, das von ihnen erwartete Verhalten auch schriftlich abzubilden, also „sozial erwünscht“ zu antworten. Dieses Antwortverhalten der Test-Teilnehmer wird in bestimmten psychologischen Tests anhand verschiedener Skalen (zum Beispiel Marlowe-Crowne Scala, Soziale-Erwünschtheitsskala, J.Stöber, 1999)<sup>27</sup> ausgewertet und kann dann Hinweise auf den Grad der sozialen Erwünschtheit geben und für weitere Testungen herangezogen werden. Bislang ist es in der akuten Erkrankungssituation zudem nicht gebräuchlich diese Testungen vorab heranzuziehen und die üblichen, sich anschließenden Testungen hierauf zu hinterfragen.

Die Frage, die sich aus diesen Gründen hier stellt, lautet: Kann die Selbstbeurteilung in Form eines STEPP-Bogens eine zuverlässige Quelle zur Beurteilung der Gruppen sein? Und: Wie wirken sich soziodemografische Daten, Psychopathologie und der Krankheitsverlauf in den Beurteilungsbögen aus?

---

<sup>26</sup> Ellerkmann K. (2003), „Soziale Erwünschtheit in der empirischen Sozialforschung“, München, GRIN Verlag, <https://www.grin.com/document/26429>, Stand 26. August 2019

<sup>27</sup> Crwone, D.P., Marlowe, D. (1969), „A new scale of social desirability independent of psychopathology“, Journal of consulting psychology, 24 (4), S.349-354

Stöber, J. (1999), „Soziale Erwünschtheitsskala 17: Entwicklung und erste Befunde zu Reliabilität und Validität“, Diagnostica 45, Heft 4, S.173-177

## 6.1. Einfluss der soziodemografischen Daten auf die Selbstbeurteilung

Verschiedene Einflussgrößen wie Alter, Geschlecht, Schulbildung und Familienstand wurden bei der Auswertung der STEPP-Bögen berücksichtigt. Ein statistisch signifikanter Zusammenhang konnte zwischen den STEPP-Mittelwerten mit dem Alter sowie dem Geschlecht gefunden werden.

So vergaben Frauen grundsätzlich höhere Werte als Männer und junge Patienten (unter 35 Jahren) bewerteten die Sitzungen schlechter als ältere Patienten (Alter über 35 Jahre). Zwischen den Variablen Schulbildung und Familienstand konnte kein signifikanter Zusammenhang mit den STEPP-Werten hergestellt werden, abgesehen von den verheirateten Patienten mit einer signifikant besseren Bewertung.

Als Ursache für die bessere Beurteilung durch Frauen ist anzunehmen, dass es bei der Selbstbeurteilung geschlechtsspezifische Unterschiede geben könnte. Dies wird im Folgenden erläutert.

Eine Erklärung für den gefundenen Unterschied kann im Verlauf und dem Manifestationszeitpunkt der Erkrankung liegen, der, wie bereits in Studien nachgewiesen wurde, geschlechtsspezifische Merkmale aufweist. So erkranken Männer früher, durchschnittlich um 3-4 Jahre, als Frauen<sup>28</sup>. Es wird angenommen, dass der Zeitpunkt des Eintritts der Erkrankung, sowie die Dauer der Krankheit, Auswirkungen auf das Erleben und Bewerten der Erkrankung haben. So reagieren Menschen, die nach ihrem 45. Lebensjahr an Schizophrenie erkranken, zum Beispiel vorwiegend paranoid-depressiv<sup>29</sup>. Die Ergebnisse der ABC-Schizophrenie-Studie von Häfner et al. beschäftigt sich auch mit den geschlechtsspezifischen Unterschieden. Bei Psychose-Ersterkrankungen konnte bei Männern ein steilerer Altersgipfel gesehen werden als bei Frauen. Zusätzlich wiesen Frauen einen zweiten, niedrigeren Ausbruch im Alter der Menopause von 45-49 Jahren auf. Diese Unterschiede werden durch eine „Schutzwirkung durch Östrogen, durch Minderung der Sensitivität von D2- Rezeptoren“<sup>30</sup> erklärt und wurden im Tierversuch bestätigt. Allerdings ist diese Wirkung durch ein erhöhtes genetisches Risiko antagonisierbar.

Eine spätere Manifestation sowie eine längere Auseinandersetzung mit der Krankheit gemessen durch die Krankheitsdauer in Jahren, scheinen zu einer positiveren Bewertung der Psychoedukation zu führen. Geschlechtstypische Unterschiede im Verlauf der Schizophrenie sind auch in dieser Studie nachweisbar: So erkrankten die Frauen später und hatten zum Screening-Zeitpunkt eine längere Krankheitsdauer als Männer. Die Frauen waren zum Screening-Zeitpunkt durchschnittlich 36,33 Jahre alt,

---

<sup>28</sup> Rentrop M., Müller R., Bäuml J. (2009), „Klinikleitfaden – Psychiatrie und Psychotherapie“ Elsevier Urban& Fischer, 4. Auflage, S. 296

<sup>29</sup> Dörner K., Plog U., Teller Ch., F. Wendt F. (2002) „Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie“ Psychiatrie Verlag, 5. Auflage, S. 168

<sup>30</sup> Häfner et al. (2013) „Schizophrenie- eine einheitliche Krankheit?“, Der Nervenarzt, Issue9, S.1093-1103

die Männer dagegen waren durchschnittlich 6 Jahre jünger, das Durchschnittsalter lag bei 30,84 Jahren. Bei den Frauen war die jüngste Patienten 19 und die älteste 59 Jahre. Bei den Männern war der jüngste Patient 18 Jahre alt und der älteste 53 Jahre alt.

Auch im Krankheitsverlauf in Jahren gibt es messbare wenn auch keine signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern: Die Frauen waren zum Zeitpunkt der Messung bereits durchschnittlich 8,6 Jahre erkrankt, wohingegen die Männer im Durchschnitt auf 8,05 Jahre kamen.

Eine weitere Ursache für die positivere Selbstbeurteilung von Frauen kann auch im unterschiedlich starken Schweregrad der Erkrankung gesucht werden. So wurde der Schweregrad als weitere Einflussgröße auf die Ergebnisse gefunden. Da Frauen tendenziell in dem untersuchten Kollektiv leichter erkrankt waren als Männer, kann es auch durch die prinzipiell schwächere Ausprägung der Erkrankung zu einer positiveren Selbstbeurteilung gekommen sein.

Es konnte ein Zusammenhang zwischen dem Geschlecht und dem Schweregrad der Erkrankung gefunden werden, so waren insgesamt 35,19% der Frauen ( $n = 19$ ) minimal oder leicht erkrankt, wohingegen dieser Sachverhalt lediglich für 13,95% der Männer ( $n = 6$ ) zutraf. Mäßig bis schwer waren 35 (64,81%) Frauen und 37 (86,05%) Männer erkrankt.

Erklärungen für das Alter als Einflussgröße auf die Selbstbeurteilung der Patienten sollen im Folgenden diskutiert werden. Bereits Bleuler führte 1943 den Begriff der „Spätschizophrenie“<sup>31</sup> ein. Er untersuchte hierfür 126 Patienten mit einem Manifestationszeitpunkt der Schizophrenie nach dem 40. Lebensjahr. Für 50% der untersuchten Patienten konnten einige Besonderheiten im Vergleich zu jünger erkrankten Patienten beschrieben werden: so konnte Bleuler bei etwa der Hälfte der Erkrankten zwar einen typischen Beginn der Schizophrenie feststellen, jedoch waren diese Patienten weniger affektiv beeinträchtigt und hatten ein eher besseres Outcome. Häfner et al. sieht 2013 in „Schizophrenie- eine einheitliche Erkrankung?“ zwar keinen wesentlichen Unterschied in den lebenslangen Inzidenzraten zwischen Männern und Frauen, aber einen „erheblichen Unterschied in verschiedenen Lebensphasen“<sup>32</sup>. So haben vor allem junge Männer, die an Schizophrenie erkranken, eine ungünstige Verlaufsprognose, unter anderem auch da die Erkrankung häufig soziale Einbußen für diese Altersgruppe nach sich zieht.

Auch in dieser Studie zeigte sich ein statistischer Zusammenhang zwischen ansteigendem Alter und der Höhe der STEPP- Ergebnisse. Eine mögliche Erklärung für die bessere Bewertung durch die älteren Patienten könnte in einer längeren Erfahrung

---

<sup>31</sup> Bleuler M. (1943), „Die spätschizophrenen Krankheitsbilder. Fortschritte Neurol. Psychiatrie“, S. 259-290

<sup>32</sup> Häfner et al. (2013), „Schizophrenie. Eine einheitliche Krankheit?“, Der Nervenarzt, Ausgabe 84, S.1093-1103

im Umgang mit der Erkrankung gesehen werden. So waren Patienten über 40 Jahre im Durchschnitt länger (13,6 Jahre) erkrankt als der Durchschnitt mit 8,36 Erkrankungsjahren. Zusätzlich wiesen Patienten ab 40 Jahre im Mittel einen leichteren Schweregrad (CGI 2,6) als der Durchschnitt (CGI 4,03) auf. Als Konsequenz daraus scheint eine bessere Beurteilung der Psychoedukation zu resultieren.

Anders hingegen verhält es sich mit den Variablen „Bildung“ und „Familienstand“ der Patienten. Diese zeigen keinen statistisch nachweisbaren Einfluss auf die Ergebnisse der STEPP-Bögen. Allerdings wiesen verheiratete Patienten mit 29 STEPP-Punkten tendenziell eine deutlich bessere Beurteilung auf als die ledigen Patienten mit 25 Punkten. Dies könnte auch als Hinweis gewertet werden, dass zu einer Partnerbindung fähige Patienten in der Regel auch sozial kompetenter und interessierter an der aktiven Bewältigung ihrer Erkrankung sind. Die Sichtweise der Patienten spricht jedenfalls dafür: So beschreibt Angermeyer et al. 2003 in „Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrener und depressiv Erkrankter“, dass schizophrene Erkrankte sich selbst benachteiligt bezüglich Partnerschaft erleben<sup>33</sup>.

Einen weiteren Hinweis für die positive Entwicklung auf die Erkrankung durch den Einfluss Familienangehöriger liefert beispielsweise Pitschel-Walz et al. in „The Effect of Family Interventions on Relapse and Rehospitalization in Schizophrenia: A Meta-Analysis“ von 2001. Hier wurde in 25 Studien eine Reduktion der Rückfallrate von 20% gefunden, wenn Angehörige in die Behandlung mit einbezogen wurden. Auch Huxley et al. fand 2000 in „Psychosocial Treatments in Schizophrenia: A Review of the past 20 years“ den positiven Einfluss auf die Krankheitsbewältigung durch die Beteiligung Familienangehöriger<sup>34</sup>. Zur gleichen Entscheidung kommt auch Klinitz (in „Psychoedukation bei schizophrenen Störungen – Psychotherapie oder „Unterwanderung“?“, 2006) der Psychoedukation ohne Einbezug der Angehörigen für wenig wirksam erachtet<sup>35</sup>.

## 6.2. Einfluss der psychopathologischen Befunde auf die Selbstbeurteilung

In der vorliegenden Studie konnte bei allen untersuchten Variablen (CGI, Compliance, CDSS, Krankheitseinsicht und PANSS) eine signifikante Korrelation mit der Höhe der STEPP-Bogen-Scores nachgewiesen werden. Für den Schweregrad der Erkrankung (CGI) bedeutet das, je schwerer erkrankt die Patienten waren, umso niedrigere Werte erzielten sie in der Selbstbeurteilung.

---

<sup>33</sup> Angermeyer M.C., Beck M., Holzinger A., Munk I., Weithaas S. (2003) „Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrener und depressiv Erkrankter“, Psychiatrische Praxis, Ausgabe 30, S. 395-401

<sup>34</sup> Huxley N.A., Randall M., Scherer L. (2000), „Psychosocial treatments in schizophrenia: A review of the past 20 years“, Journal of nervous and mental Disease, Ausgabe 188, S. 187-201

<sup>35</sup> Klinitz H. (2006), „Psychoedukation bei schizophrenen Störungen – Psychotherapie oder „Unterwanderung“?“, Psychiatrische Praxis, Ausgabe 33, S.372-379

Ähnlich verhielt es sich mit der Ausprägung der Symptome (PANSS) und der depressiven Symptomatik (CDSS). Auch hier konnte ein signifikanter Zusammenhang zwischen der Ausprägung und den erzielten Werten gefunden werden. Unter zusätzlicher Einbeziehung der Krankheitseinsicht kann zusammengefasst werden, je krankheitseinsichtiger die Patienten sind, umso höher raten sie den positiven Gruppeneffekt in der Selbstbeurteilung.

Hierbei handelt es sich allerdings zunächst nur um einen statistisch signifikanten Zusammenhang. Eine Kausalität ist damit noch nicht bewiesen. Jedoch könnten folgende Fakten einen Hinweis auf mögliche Zusammenhänge liefern:

Auffällig ist, dass je schwerer die Patienten erkrankt waren (bezogen auf CGI, PANSS, Krankheitseinsicht), desto niedrigere Ergebnisse erzielten sie in der Selbstbeurteilung. Der Krankheitsverlauf der Patienten hat hingegen keinen statistischen Einfluss auf die Selbstbeurteilung, es konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den unterschiedlichen Krankheitsverläufen gefunden werden.

Eine Erklärung für den Einfluss der Psychopathologie könnte die Beeinträchtigung der Kognition durch die Erkrankung sein: Durch die eingeschränkte kognitive Leistungsfähigkeit der Patienten (H.P.Volz, 2010), die sich u.a. im Schweregrad der Erkrankung und in der Ausprägung der Symptome zeigt, wird die Wahrnehmung und die Verarbeitung von Informationen moduliert und beeinflusst („kognitive Verzerrung“) (Häfner, 2000, Jahn et al. 2013/2014). Das kann zur Folge haben, dass die Psychoedukation in der Selbstbeurteilung durch stärker erkrankte Patienten anders erlebt und bewertet wird, als von weniger schwer erkrankten Patienten. Eine distanzierte, kritische Auseinandersetzung mit der eignen Erkrankung während der Psychoedukation scheint bei ausreichend starker Symptomatik erschwert.

Riederer relativiert deshalb in seinem Buch „Neuro-Psychopharmaka“ die Verwendbarkeit von Selbstbeurteilungsskalen bei schizophren erkrankten Patienten. Hierzu: „Der Einsatz von Selbstbeurteilungsskalen beschränkt sich schließlich auf solche Syndrombereiche, deren Symptome einer kritischen Selbstbeurteilung zugänglich sind; schizophrene, manische und dementielle Syndrome können in der Selbstbeurteilung nicht zuverlässig quantifiziert werden“<sup>36</sup>.

Die Bedeutung kognitiver Defizite bei Schizophrenie ist bereits in unterschiedlichen Studien gezeigt worden. So konnte unter anderem nachgewiesen werden, dass insbesondere kognitive Aufnahmeprozesse bei schizophren Erkrankten selektiv gestört sind, wohingegen die allgemeine Aufnahme, hier i.S. der Aufnahmegeschwindigkeit neuer Reize (auch „alertness“), keine gravierenden Störungen zeigt<sup>37</sup>. Beeinträchtigt

---

<sup>36</sup> Riedinger, Laux, Pöldinger (1991). „Neuro-Psychopharmaka. Ein Therapiehandbuch. Einführung in die Pharmakopsychiatrie“, S. 138

<sup>37</sup> Kircher, Gauggel (2007), „Neuropsychologie der Schizophrenie. Symptome, Kognition, Gehirn“, Springer Verlag

in Tests waren Daueraufmerksamkeit und selektive Aufnahmeprozesse. Hierbei auffällig war, dass schizophrene Erkrankte bei Tests Defizite in der Hemmung irrelevanter Reize aufwiesen. So fiel es ihnen schwer, unwichtige Reizsignale in ihrer Umgebung ausblenden zu können, um eine gerichtete Aufmerksamkeit zu erzielen. Dieses ständige Abgelenktsein könnte die Ursache für eine negative Beeinflussung der Selbstbeurteilung sein: Die Ablenkung erschwert die Konzentration auf die aktuelle Informationsaufnahme während der Psychoedukation.

Da Patienten in ihrer Wahrnehmung offensichtlich durch die psychopathologischen Phänomene ihrer Erkrankung beeinträchtigt werden, sollte in psychoedukativen Gruppen besonders auf schwer erkrankte Patienten Rücksicht genommen werden. So empfiehlt sich bei der Durchführung der Gruppen eine besonders ruhige Atmosphäre zu schaffen und möglichst Störfaktoren wie z. B. andauernde Begleitgeräusche aus einem Nebenraum auszuschalten.

Eine weiterführende Idee könnte die Trennung der Patienten in (z.B. zwei) unterschiedliche Gruppen sein, entsprechend ihres Schweregrades der Erkrankung. Somit könnte eine individuellere Anpassung der Inhalte der Psychoedukation für die Patienten erfolgen. Ob sich die Patienten in ihrem Genesungsprozess behindern oder sogar unterstützen, könnte in einer anschließenden Untersuchung erfasst werden. Als Ergebnis könnte eine Reduktion des Informationsgehaltes bzw. eine Anpassung (evtl. auch eine Steigerung) an die Ansprüche der Patientengruppe erfolgen. In wie weit Selbstbeurteilungsskalen bei schwer erkrankten Schizophreniepatienten ein geeignetes Erhebungsinstrument darstellen und ob es Alternativen dazu gibt, ist ebenfalls weiter zu hinterfragen.

Weiter zu überlegen ist ein eventuell zeitlich größerer Abstand zwischen den Sitzungen. Dies könnte zu einer Verbesserung der „Auseinandersetzung mit dem vermittelten Wissen“ führen (Froböse et al., 2008; S. 190).

### **6.3. Einfluss von Krankheitseinsicht und Krankheitsvorgeschichte auf die Selbstbeurteilung**

Desweiteren wurde in dieser Studie der mögliche Zusammenhang zwischen Selbstbeurteilung und Krankheitseinsicht sowie Krankheitsvorgeschichte untersucht.

#### **6.3.1. Krankheitseinsicht zu Beginn der Psychoedukation und Selbstbeurteilung**

So wurde zunächst angenommen, dass Patienten mit einer geringen Krankheitseinsicht zu Beginn der Psychoedukation in der Selbstbeurteilung schlechter raten als Patienten, die zu diesem Zeitpunkt bereits eine höhere bis hohe Krankheitseinsicht aufweisen. Grund für diese Annahme war, dass Patienten mit einer höheren Krankheitseinsicht der Psychoedukation offener und positiver gegenüber stehen, als Patienten mit geringer Krankheitseinsicht.

Wie erwartet zeigte sich ein signifikanter Zusammenhang zwischen einer geringen Krankheitseinsicht zu Beginn der Psychoedukation und einer negativeren Selbstbeurteilung (exakter Test nach Fisher,  $p = 0,004$ ).

Patienten, die zu Beginn der Psychoedukation nur eine geringe Krankheitseinsicht aufweisen, beurteilen die Psychoedukation signifikant schlechter als Patienten mit einer hohen Krankheitseinsicht. Zunächst kann man diesen Zusammenhang als eine Folge der krankheitsimmanenten Unterschätzung der Psychoedukation für krankheitsuneinsichtige Patienten werten: Patienten, die sich nicht als „erkrankt“ erleben, brauchen ihrer Meinung nach auch keine Psychoedukation über „ihre“ Erkrankung, die sie aus ihrer Sicht gar nicht haben. Eine hohe Krankheitseinsicht kann auch bedeuten, dass der Patient seine Krankheit als belastend empfindet und sich Linderung wünscht. Dieser Zusammenhang wird in einer Studie von Karow (Karow et al., 2008) belegt: Hier wurde bei Patienten nach Zusammenhängen zwischen Krankheitseinsicht und Lebensqualität geforscht. Ergebnis der Studie war, dass Patienten sich mit einer guten Krankheitseinsicht in ihrer Lebensqualität eher beeinträchtigt fühlten als uneinsichtige Patienten.

Bei Froböse 2008 werden die Zusammenhänge zwischen Krankheitseinsicht und Wissenszuwachs während der Psychoedukation betrachtet. Hier zeigte sich, dass vor allem Patienten mit einer marginalen Krankheitseinsicht trotzdem einen signifikanten Wissenszuwachs nach Psychoedukation vorweisen können (Froböse 2008, S.75).

Patienten, die zu Beginn der Psychoedukation wenig krankheitseinsichtig sind, zeigen sich meist weniger motiviert zu den Sitzungen zu erscheinen. Durch die fehlende Erkenntnis krank zu sein, besteht für viele Patienten kein Bedarf, etwas an ihrem Informationslevel bezüglich einer „nicht vorhandenen Erkrankung“ zu ändern. Durch größere Aufmerksamkeit und verstärkte Zuwendung durch das betreuende Personal kann diesen Patienten die Notwendigkeit der Behandlung aufgezeigt und ihre Motivation zur Teilnahme dennoch gestärkt werden. Deshalb sollten besonders zu Beginn der Behandlung krankheitsuneinsichtige Patienten speziell für die Teilnahme an der Psychoedukation motiviert und intensiv begleitet werden.

Eine Möglichkeit um die Behandlungsmotivation zu stärken, könnte eine eigene Stunde für diese Patienten vor Beginn der Psychoedukation sein, um ihnen Inhalte und Strukturen in Ruhe erklären zu können. Allerdings dürfte dieses Vorgehen mit der insgesamt geringeren Durchhaltefähigkeit und der generell niedrigeren Teilnahmebereitschaft dieser Patienten kollidieren.

### **6.3.2. Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht und Wissenszuwachs**

Anders als bei der Krankheitseinsicht und den STEPP-Ergebnissen, ließ sich kein statistischer Zusammenhang zwischen einer hohen Krankheitseinsicht und einem hohen Wissenszuwachs nachweisen (exakter Test nach Fisher,  $p = 0,658$ ). In einer



Regressionsanalyse bei schizophren erkrankten Patienten wurde das Ausgangswissen als „wichtigster signifikanter Prädiktor“<sup>38</sup> für den Wissenszuwachs identifiziert.

D.h., dass für den Wissenszuwachs vor und nach der Psychoedukation die Krankheitseinsicht zu Beginn der Psychoedukation keine statistisch signifikante Rolle zu spielen scheint. Auch Patienten mit zunächst geringer Krankheitseinsicht erleben einen Wissenszuwachs nach der Psychoedukation.

### **6.3.3. Zusammenhang zwischen Neuerkenntnis und Krankheitseinsicht bei ersthospitalisierten Patienten**

Das Ausmaß der „Neuerkenntnis“ wurde über das Item 2 („Meine Probleme erscheinen in einem neuen Licht“) ermittelt. Dadurch soll der Zusammenhang zwischen dem bisherigen Krankheitsverlauf und der Selbstbeurteilung überprüft werden. Als Hypothese wurde angenommen, dass ersthospitalisierte Patienten mit gering eingestufte Neuerkenntnis (1 - 5: geringe Neuerkenntnis; 6 - 7: hohe Neuerkenntnis) auch nur über eine geringe Krankheitseinsicht verfügen. Ausgangspunkt für diese Hypothese ist, dass ersthospitalisierte Patienten noch wenig Erfahrung im Umgang mit ihrer Erkrankung haben. Falls sie zudem selbst einschätzen, dass sie in der Psychoedukation nur wenig Neues erkannt haben, könnte es dafür sprechen, dass sie nur wenig krankheitseinsichtig sind. Interessant an dieser Fragestellung ist der reziproke Zusammenhang zwischen Ersterkrankung, Krankheitseinsicht, Verlauf und Selbstbeurteilung. Der Umkehrschluss bei der Auswertung der Selbstbeurteilung könnte zudem Aufschlüsse über spezifische Defizite der Patienten liefern.

In dieser Arbeit konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Krankheitseinsicht und der Neuerkenntnis ersthospitalisierter Patienten gefunden werden (Exakter Test nach Fisher,  $p = 0,609$ ). So scheinen ersthospitalisierte Patienten mit guter Krankheitseinsicht keine höhere Neuerkenntnis zu empfinden, als ersthospitalisierte Patienten mit geringer Krankheitseinsicht. Lässt man jedoch den Krankheitsverlauf außer Acht, besteht ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen der Neuerkenntnis und der Krankheitseinsicht (nach Spearman,  $p < 0,001$ ,  $r = -0,350$ ). D.h. umso krankheitseinsichtiger der Patient war, umso höher wertete er die Neuerkenntnis in der Selbstbeurteilung.

Ein Grund für das negative Ergebnis bei Ersthospitalisierten könnte in der Überforderung der Patienten mit ihrer derzeitigen Situation sein. Patienten, die erkrankt an einer Schizophrenie sind, sehen sich einer vollkommen neuen Situation gegenübergestellt: Meist erhalten sie erstmalig eine neuroleptische Medikation, befinden sich in einer neuen Umgebung und sehen sich mit einer neuen Diagnose konfrontiert. Um diese Anforderungen bewältigen und verstehen zu können, brauchen die meisten

---

<sup>38</sup> Froböse Th. (2005), „Wissenszuwachs bei der Psychoedukation von schizophren erkrankten Patienten in Abhängigkeit vom psychopathologischen Status und dem kognitiven Leistungsniveau unter Berücksichtigung der medikamentösen Behandlung“, S. 97

Patienten Zeit und Ruhe. Eine Einordnung bzw. eine Bewertung der Psychoedukation könnte aufgrund der noch nicht abgeschlossenen Verarbeitung eine derzeitige Überforderungssituation darstellen, da Konsequenzen und Anforderungen nicht abgeschätzt werden können. So fanden Petty und Cacioppo heraus, dass der Empfänger einer Information diese bezüglich ihrer Validität prüft und im Anschluss daran abwägt, ob er diese Information annimmt oder verwirft (Petty u. Cacioppo, 1986). Die Auseinandersetzung mit dieser Information ist abhängig von Motivation und der neurokognitiven Fähigkeiten des Empfängers.

Das kann bedeuten, dass die mangelnde Erfahrung Ersthospitalisierter auch den Grad der subjektiv empfundenen Neuerkenntnis beeinflusst. Petty, Cacioppo und Goldman (1981) nennen als wichtigsten Faktor, um sich mit einem Thema zu beschäftigen, die persönliche Relevanz des Themas. Da es einen statistischen Zusammenhang zwischen Krankheitseinsicht und dem Ausmaß an subjektiv empfundener Neuerkenntnis gibt, besteht umgekehrt die Chance, durch eine Erweiterung der Neuerkenntnis auch die Krankheitseinsicht zu verbessern. Es scheint, als gebe es einen qualitativen Unterschied in der Krankheitseinsicht zwischen ersthospitalisierten und wiederholt erkrankten Patienten: Ersthospitalisierte Patienten können vor allem aufgrund der kürzlich gestellten Diagnose die Auswirkungen der Erkrankung auf ihr Leben noch gar nicht abschätzen und neigen deshalb noch zu einer konsequenten Krankheitsverleugnung. In dieser Studie zeigte sich, dass ersthospitalisierte Patienten (Mittelwert Mangel an Krankheitseinsicht 3,00 Punkte) im Vergleich zu wiederholt aufgenommenen Patienten (Mittelwert Mangel an Krankheitseinsicht 2,54) tatsächlich ein höheres Ausmaß an fehlender Krankheitseinsicht hatten (siehe Kapitel 4.5).

Desweiteren fanden Pitschel-Walz et al. heraus (Pitschel-Walz et al. „Subjektives Wirksamkeitserleben in psychoedukativen Gruppen bei Schizophrenie“, 2011), dass die therapeutische Beziehung als Wirkfaktor in psychoedukativen Gruppen Schizophrenieerkrankter eine entscheidende Rolle spielt<sup>39</sup>. Deswegen sollte vor allem bei Ersthospitalisierten, die noch keine Erfahrungen im Umgang mit ihrer Erkrankung haben, besonderer Wert auf eine Konstanz in der therapeutischen Begleitung während dieser Gruppen geachtet werden.

So scheint die Krankheitseinsicht auch eine erst sich im weiteren Krankheitsverlauf entwickelnde Domäne zu sein, die sich bei Ersterkrankten noch nicht ausreichend ausdifferenziert zu haben scheint. Umso wichtiger ist es deshalb, gerade diese Patienten frühzeitig und mit konstanter therapeutischer Begleitung in die Psychoedukation zu integrieren, damit sie ein funktionelles Krankheitskonzept entwickeln können.

---

<sup>39</sup> Pitschel-Walz et al. (2011), „Subjektives Wirksamkeitserleben in psychoedukativen Gruppen bei Schizophrenie“, in Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ausgabe 40, S.186-197

#### 6.3.4. Zusammenhang zwischen wiederholt aufgenommenen Patienten und Selbstbeurteilung

Weiter wurde davon ausgegangen, dass ein längerer Krankheitsverlauf einen eher negativen Einfluss auf die Selbstbeurteilung der Patienten nimmt. So wurde angenommen, dass Patienten, die bereits wiederholt stationär aufgenommen wurden ( $n \geq 5$ ), insgesamt eine schlechtere Beurteilung der Psychoedukation vornehmen. Hypothetisch wird davon ausgegangen, dass wiederholte stationäre Klinikaufenthalte von einem bisher frustrierten Behandlungsverlauf der Erkrankung zeugen. Zudem könnten sie sich aufgrund der wiederholten Aufenthalte durch die erneute Psychoedukation gelangweilt und unterfordert fühlen.

Entgegen der Hypothese konnte kein Zusammenhang zwischen der Zahl der Aufenthalte und der Bewertung der Selbstbeurteilung gefunden werden. Zur Auswertung der Ergebnisse wurde eine Kreuztabelle erstellt, in der die Patienten anhand ihrer Selbstbeurteilung in drei Gruppen eingeteilt wurden. Die zweite Unterteilung erfolgte anhand der Zahl der bisherigen Aufenthalte. Hier ließ sich kein statistischer Zusammenhang feststellen (Exakter Test nach Fisher,  $p = 0,70$ ). Insgesamt ergibt sich eine sehr homogene Verteilung der Ergebnisse in beiden Gruppen: in beiden Gruppen liegen mehr als die Hälfte der Ergebnisse im mittleren Bereich, besonders hohe und besonders niedrige Ergebnisse erreichen jeweils um die 20% der Patienten.

Somit scheint die Anzahl der bisherigen Klinikaufenthalte die Beurteilung der Psychoedukation nicht zu beeinflussen. Auch Vorbildung durch vorangegangene Teilnahme an Psychoedukationssitzungen oder die Krankheitsdauer in Jahren zeigen keine statistisch signifikanten Zusammenhänge mit der Selbstbeurteilung der Patienten (Vorerfahrung mit PE, Spearman  $p = 0,0804$ ; Krankheitsdauer in Jahren, Spearman  $p = 0,636$ ).

Im 2016 veröffentlichten Handbuch der Psychoedukation wird vorgeschlagen, dass Patienten die Möglichkeit haben sollten, einige Module der Psychoedukation mehrmals zu durchlaufen, um sich durch „Wiederholung und Vertiefung nach und nach ein solides Basiswissen“<sup>40</sup> aufbauen zu können. Dieser Ansatz einer Art individuelleren Psychoedukation mit dem Ziel eines gefestigten Grundwissens könnte vor allem wiederholt erkrankte Patienten in ihrem subjektiven Krankheitserleben abholen und der Gefahr von Langweile auf der einen Seite aber auch Überforderung auf der anderen Seite entgegenwirken.

---

<sup>40</sup> Bäuml J., Behrendt B., Henningsen P., Pitschel-Walz G. (2016), „Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin“, Schattauer Verlag, S.136

### **6.3.5. Zusammenhang zwischen neurokognitiven Einbußen und Neuerkenntnis bei wiederholt stationär aufgenommenen Patienten**

Es wurden die wiederholt aufgenommenen Patienten mit einem sehr hoch gewerteten Erkenntnisgewinn (1 - 5: geringe Neuerkenntnis; 6 - 7: hohe Neuerkenntnis) genauer betrachtet. Das Ausmaß der „Neuerkenntnis“ wurde über das Item 2 („Meine Probleme erscheinen in einem neuen Licht“) ermittelt. Dadurch soll der Zusammenhang zwischen dem bisherigen Krankheitsverlauf und der Selbstbeurteilung überprüft werden. Es wurde davon ausgegangen, dass diese Patienten eher unter neurokognitiven Einbußen leiden, als Patienten mit niedrig gewerteter Neuerkenntnis. In der statistischen Auswertung konnte kein Zusammenhang zwischen der Neurokognition und der Bewertung der Neuerkenntnis gefunden werden.

Als Ausgangspunkt für diese Hypothese wurde angenommen, dass mehrfach hospitalisierte Patienten auch mehrfache Psychoedukationserfahrungen haben. Ein dennoch hoch beurteilter Neuerkenntnisgewinn könnte somit Hinweis auf neurokognitive Defizite der Patienten sein, so dass sie früher erworbenes Krankheits- und Behandlungswissen nicht mehr erinnern oder derzeit nicht abrufen können.

Dies konnte deutlich bei der Unterteilung der Neuerkenntnis in „Sehr hohe Neuerkenntnis“ (Item2  $\geq$  6) gezeigt werden: Hier werten 77,78% Patienten mit deutlichen kognitiven Einbußen ( $\leq$  45) im Vergleich zu den 22,22% Patienten mit geringen kognitiven Einbußen (NP global  $>$  45) eine hohe bis sehr hohe Neuerkenntnis.

Wichtig für das Verständnis dieser Patientengruppe ist aber auch hier eine genaue Betrachtung: So lässt sich feststellen, dass 16 der 37 Patienten noch keine Psychoedukation mitgemacht haben und 13 Patienten zuletzt vor einem Jahr an Psychoedukation teilgenommen haben.

74 Patienten waren bereits vor dem Indexaufenthalt stationär behandelt worden. Von diesen Patienten war nur ein geringer Anteil von 6 Patienten (8,11%) vor weniger als einem Monat in stationärer Behandlung. Bei 40 (54,05%) Patienten liegt der letzte stationäre Aufenthalt bereits über ein Jahr zurück.

Das bedeutet, dass für diese Patienten – trotz wiederholter stationärer Aufnahmen – die letzten Sitzungen der Psychoedukation bereits längere Zeit zurück lagen und sie sich im Einzelnen nicht mehr an die Sitzungen erinnern konnten. Zudem kann dies ein Hinweis sein, dass Patienten länger und auch mehrfach an Sitzungen teilnehmen müssen, um den gesamten Informationsgehalt der Sitzungen ausschöpfen zu können.

So kann davon ausgegangen werden, dass auch bei mehrfach hospitalisierten Patienten Psychoedukation durchaus neue Erkenntnisse vermitteln kann und die wiederholte Teilnahme an diesen Gruppen durchaus sinnvoll ist. Einen signifikanten Zusammenhang zwischen stärkeren neurokognitiven Defiziten bei wiederholt aufgenommenen Patienten und einem daraus potentiell sich größer darstellendem Er-

kenntnisgewinn kann aufgrund der teilweise jahrelang zurück liegenden Psychoedukation oder auch erstmaliger Teilnahme an den Gruppen nicht belegt werden.

Gleichzeitig kann nicht ausgeschlossen werden, dass neurokognitive Defizite sich auch in der Selbstbeurteilung der Patienten widerspiegeln. So fand Froböse in ihrer Arbeit einen Zusammenhang zwischen Neurokognition und Wissenszuwachs: Es waren vor allem kognitiv schwer gestörte Patienten, die einen größeren Wissenszuwachs im Vergleich zu partiell kognitiv eingeschränkten Patienten aufwiesen (Froböse, 2008). Das heißt, diese Patienten hatten zunächst nur einen geringen Wissensstand, der sich aber durch den Besuch der psychoedukativen Gruppen deutlich verbesserte.

Pitschel-Walz et al. untersuchte ebenfalls die neurokognitive Leistungsfähigkeit schizophrener Patienten und fand heraus, dass auch Patienten mit kognitiven Defiziten von der Psychoedukation profitieren<sup>41</sup>. Klosterkötter widmete sich ebenfalls dem Thema Kognition bei schizophrenen Erkrankten und sieht in der Beachtung der Früherkennung bei drohenden Psychosen in der Kognition und ihrer Störung einen eventuellen Durchbruch in der Behandlung der Schizophrenie<sup>42</sup>.

Somit stellen psychoedukative Gruppen auch und vor allem für kognitiv beeinträchtigte Patienten eine sehr wesentliche Unterstützung beim Aufbau eines funktionellen Krankheitskonzepts dar.

#### **6.4. Zusammenhang von Selbstbeurteilung und Teilnahmequalität**

In der vorliegenden Studie lag der Fokus auf der Ausarbeitung der Selbstbeurteilung der Sitzungen durch die Patienten. Die entgegengesetzte Herangehensweise unternahm Dr. J. Baumgärtner in ihrer Arbeit von 2012.

Die Ergebnisse ihrer Studie liefern Hinweise, welches Teilnahmeverhalten in psychoedukativen Gruppen von besonderer Relevanz ist und welche Patienten eventuell durch geschultes Personal besondere Unterstützung benötigen. Besonders die Identifikation von Patienten mit fehlender Krankheitseinsicht und die sich im Verlauf manifestierende Psychopathologie könnten somit leichter und rascher erfasst werden (Prädiktoren). In der Indexuntersuchung wurde dieses Kollektiv durch den Studienleiter besonders intensiv betreut und mit entsprechendem Engagement zum Verbleib in der wissenschaftlichen Untersuchung motiviert.

---

<sup>41</sup> Pitschel-Walz et al. (2013), „Neuropsychologie der Psychoedukation bei Schizophrenie“, Der Nervenarzt, Ausgabe 84, S.70-90

<sup>42</sup> Klosterkötter J.(1999), „Kognition und Psychopathologie der Schizophrenie“, Fortschritte Neurologie und Psychiatrie, Ausgabe 67, S. 44-52

Hier konnte neben den soziodemografischen Faktoren wie Alter, Geschlecht und Bildung, zudem ein Einfluss der Neurokognition (neurokognitives Leistungsniveau) auf die Teilnahmequalität herausgefunden werden.

Im Vergleich zur vorliegenden Studie erscheint die Variable der Teilnahmequalität zunächst das objektivere Messinstrument zur Beurteilung des Erfolgs der Psychoedukation zu sein, da davon auszugehen ist, dass schwere kognitive Defizite bei schizophren erkrankten Menschen wahrscheinlich zu einer verzerrten Selbstbeurteilung führen. Interessanterweise korrelieren die Ergebnisse des Fremdratings signifikant mit der Selbstbeurteilung der Patienten (Korrelation  $r = 0,377$  Signifikanz  $p = 0,01$ ). Dies bedeutet, dass Patienten, die eine hohe Punktzahl in den STEPP-Bögen erzielen, auch eine bessere Eingruppierung in der Teilnahmequalität erreichen.

Die übereinstimmende Signifikanz sowohl bei soziodemografischen Faktoren als auch bei krankheitsbezogenen Daten in beiden Arbeiten liefert deswegen wichtige Argumente dafür, beide Messinstrumente, Selbst- wie Fremdbeurteilung, künftig gezielter einzusetzen. Hierzu wurden bereits die ersten Schritte von Bäuml et al. durch die Einführung und Erprobung eines Teilnahmequalitätsbogens (TQB) unternommen<sup>43</sup>.

---

<sup>43</sup> Bäuml J., Baumgärtner J., Froböse Th. et al. (2012), „Partizipationsverhalten schizophrener Patienten in Psychoedukationsgruppen: Erste Ergebnisse mit dem Teilnahmequalitätsbogen“, *Psychotherapeut*, Ausgabe 57, S. 301-3012

## 7. Zusammenfassung

In der vorliegenden Arbeit wurden die Selbstbeurteilungsbögen von insgesamt 97 schizophren erkrankten Patienten, die an Psychoedukationssitzungen in der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie des Klinikums rechts der Isar teilgenommen hatten, ausgewertet und analysiert. Der Zeitraum der Studie erstreckte sich von 2004 bis 2006 und beinhaltete die Auswertung von insgesamt 14 Psychoedukationsgruppen mit durchschnittlich 7 Gruppenteilnehmern. Für die vorliegende Studie wurden die Untersuchungsergebnisse vor Beginn (t<sub>2</sub>), sowie nach Abschluss der Psychoedukation (t<sub>3</sub>) verwendet. Die Selbstbeurteilungsbögen basieren auf den STEPP-Bögen nach Krampen in modifizierter Art. Jeder Studienteilnehmer wertete nach jeder Psychoedukationssitzung diesen Bogen mit insgesamt fünf Items aus. Die Skala der Items war hierbei 7-stufig. Die Auswertung der Ergebnisse erfolgte anhand des Statistikprogramms SPSS.

Im Mittelpunkt der vorliegenden Arbeit stand die Frage, inwieweit sich die soziodemografischen Daten, die psychopathologischen Befunde, der bisherige Krankheitsverlauf sowie die Krankheitseinsicht, die neuropsychologische Leistungsfähigkeit und die fremdbeurteilte Teilnahmequalität in der Selbstbeurteilung widerspiegeln. Dabei war das Geschlechterverhältnis nahezu ausgeglichen (43 Männer und 54 Frauen). Das Durchschnittsalter des Patientenkollektivs lag zu Studienbeginn bei 33,9 Jahren. 70,10% waren ledig und der Großteil der Patienten hatte einen Schulabschluss, davon 38,14% der Patienten (Fach-) Abitur. Psychopathologisch war die Mehrheit der Patienten vor Beginn der Psychoedukation (t<sub>2</sub>) mit einem CGI von 4,03 Punkten mäßig schwer erkrankt. Durchschnittlich lag die Erkrankungsdauer der Patienten bei 8,36 Jahren.

Die Auswertung der STEPP-Bögen ergab einen Mittelwert von 25,86 Punkten bei einem Range von 5-35 (5: Keine Zustimmung; 35: Maximale Zustimmung). Die durchschnittliche Teilnahmefrequenz an den acht Sitzungen betrug 6,9 Sitzungen. Am besten bewertet wurde von den Teilnehmern das Item 3 („Konnte dem Therapeuten gut folgen“) mit 6,02 Punkten. Am schlechtesten schnitt Item 2 („Im heutigen Gespräch erschienen mir einige meiner Probleme in einem neuen Licht“) mit 4,83 Punkten ab. Sitzung 8 („Frühwarnzeichen, Krisenplan/Rückfallprophylaxe“) schnitt mit einem Mittelwert von 5,72 Punkten am besten ab, Sitzung 2 („Symptomatik“) war in der Bewertung mit 5,22 Punkten die am schlechtesten bewertete Sitzung.

Die statistische Auswertung der Zusammenhänge zwischen den Mittelwerten der Selbstbeurteilung und soziodemografischen Daten ergab folgende Zusammenhänge:

Der STEPP-Mittelwert und weibliches Geschlecht der Patienten korrelieren ( $r = 0,252$ ,  $p = 0,013$ ) signifikant miteinander. Der STEPP-Mittelwert und das Alter korrelieren ebenfalls ( $r = 0,241$ ,  $p = 0,017$ ) signifikant miteinander, d.h. weibliche und ältere Patienten beurteilten die Gruppen deutlich positiver. Die Schulbildung ( $r = -$

0,062,  $p = 0,545$ ) der Patienten weist keine statistische Korrelation mit den STEPP-Ergebnissen auf.

Die Korrelation der psychopathologischen Befunde mit den Ergebnissen der STEPP-Werte ergab folgende Ergebnisse: Bei allen untersuchten Variablen konnte ein statistischer Zusammenhang zwischen der Selbstbeurteilung und der Psychopathologie gefunden werden ( $p < 0,05$ ): Ein geringerer Krankheitsschweregrad (CGI) korreliert signifikant ( $r = -0,259$ ,  $p = 0,010$ ) mit einer besseren Selbstbeurteilung, ebenso verhält sich die Compliance der Patienten ( $r = -0,303$ ). Hier ist das Signifikanz-Niveau der Korrelation bei  $p = 0,003$ . Die depressive Symptomatik der Patienten, erfasst durch den CDSS-Score, zeigt ebenfalls einen signifikanten Zusammenhang ( $r = -0,279$ ,  $p = 0,006$ ), d.h. je weniger depressiv desto positiver die Gruppenbeurteilung. Zwischen der Krankheitseinsicht und dem STEPP-Mittelwert ist der Wert des Korrelationskoeffizienten bei  $r = -0,379$  und einem  $p < 0,001$  ebenfalls hoch signifikant, genauso wie die PANSS-Variable mit  $r = -0,332$  und einem  $p = 0,001$ .

Desweiteren kann festgestellt werden, dass Patienten mit geringer Krankheitseinsicht zu Beginn der Psychoedukation – durch ein unabhängiges Fremdrating dokumentiert - eine schlechtere Beurteilung der Gruppen aufweisen. Dazu wurde das Patientenkollektiv in drei Gruppen anhand der STEPP-Ergebnisse eingeteilt und eine Kreuztabelle, bezogen auf die Krankheitseinsicht, erstellt. Als Ergebnis kann ein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen diesen Ergebnissen und der Krankheitseinsicht festgestellt werden ( $p = 0,004$ ). D.h., je größer die per Selbstrating abgebildete Wertschätzung der Gruppe, umso größer ist auch die per Fremdrating eingeschätzte Krankheitseinsicht und umgekehrt.

Die Krankheitseinsicht scheint ein wichtiger Faktor für das Erleben und damit auch die Bewertung der Psychoedukation zu sein. Um eine positive Bewertung der Psychoedukation und damit eine höhere Akzeptanz der Sitzungen zu erzielen, sollte darauf geachtet werden, krankheitsuneinsichtigen Patienten vermehrt Aufmerksamkeit und Hilfe anzubieten. Das kann v.a. durch die gezielte Motivation krankheitsuneinsichtiger Patienten durch die involvierte Pflege gelingen.

Zudem wurde in dieser Arbeit nach Zusammenhängen zwischen der Selbstbeurteilung und dem bisherigen Krankheitsverlauf gesucht. Ersthospitalisierte Patienten mit einer niedrigen Bewertung des Items 2 („Eigene Probleme in neuem Licht“) in der Selbstbeurteilung weisen dabei keine statistisch signifikant geringere Krankheitseinsicht auf, als ersthospitalisierte Patienten mit vorhandener Krankheitseinsicht ( $p = 0,609$ ). Desweiteren wurde untersucht, ob wiederholt erkrankte Patienten mit einer hohen Neuerkenntnis-Wertung, d.h. einem hohen Rating des Items 2 („Eigene Probleme in neuem Licht“) eher unter kognitiven Einbußen leiden, als wiederholt erkrankte Patienten, die die Neuerkenntnis weniger hoch bewerten. Hier konnte zwar kein statistisch signifikanter Zusammenhang gefunden werden ( $p = 0,262$ ), aber bei den Patienten mit kognitiven Einbußen gaben 32% (7 von 22) eine hohe bis sehr hohe Neuerkenntnis an, bei den Untersuchten mit geringen kognitiven Einbußen betrug



diese Rate lediglich 13% (2 von 15). Die statistische Signifikanz zwischen der fremdbeurteilten Teilnahmequalität und der Selbstbeurteilung ( $r = 0,377$ ,  $p = 0,01$ ) der Patienten war besonders hoch. Somit erscheint es sinnvoll, sowohl Selbst- wie Fremdbeurteilungsinstrumente einzusetzen, um eine möglichst umfassende und authentische Information hinsichtlich subjektiver und objektiver Parameter bezüglich Akzeptanz und positiven Auswirkungen der Gruppen auf die Patienten zu erhalten.

Allerdings muss festgestellt werden, dass nur 50% (10 von 20) der vom Studienleiter mit dem Attribut einer „sehr guten Teilnahmequalität“ beurteilten Patienten auch eine sehr hohe Selbstbeurteilung mit Werten  $> 30$  Punkten aufwiesen. Umgekehrt rateten 27% (14 von 54) der Patienten, die nur eine mäßige Teilnahmequalität erreicht hatten, STEPP-Werte  $> 30$  Punkten (vgl. Kapitel 5.5., Tabelle 32). Inwieweit eine übereinstimmende homogene Fremd- und Selbstbeurteilung auch mit der jeweiligen Rezidivrate korreliert, muss in der geplanten Katamnese untersucht werden.

Da für wiederholt erkrankte Patienten die letzten Erfahrungen mit Psychoedukation meist mehrere Monate zurück lagen, macht auch eine wiederholte Teilnahme an den Sitzungen Sinn und sollte als Möglichkeit der Vertiefung und Wiederholung des Wissens gesehen werden. Auch oder gerade für Patienten mit deutlichen kognitiven Einbußen entsteht durch wiederholte Psychoedukation nicht das Gefühl der Langeweile, auch Neuerkenntnisse können trotzdem erworben werden.

Insgesamt erlauben die Ergebnisse dieser Arbeit einen differenzierten Blick auf den Zusammenhang zwischen subjektivem Beurteilungsverhalten der Teilnehmer und soziobiografischen wie klinischen Parametern bei der Durchführung psychoedukativer Gruppen von schizophren erkrankten Patienten.

Die Ergebnisse unterstreichen, wie wichtig es ist, die individuellen Verläufe der Erkrankten und deren individuelle Erkrankungssicht zu berücksichtigen. Weiter gilt es, noch besser auf gewisse Patientengruppen und deren spezifische Bedürfnisse einzugehen. So könnten z.B. spezielle psychoedukative Gruppen für schwer erkrankte Patienten und weniger schwer erkrankte Patienten eingerichtet werden. Der Einsatz von Selbstbeurteilungsbögen als reliables Erhebungsinstrument bei schizophren erkrankten Patienten muss hierbei mit der gebotenen kritischen Abwägung betrachtet werden. So sollte in zukünftigen Studien ein systematischer Vergleich der Selbst- und Fremdeinschätzung (Patient vs. Gruppenleiter) erfolgen, um genauer verstehen zu können, welche Patienten sich durch die hier praktizierten psychoedukativen Module „verstanden“ und in ihrer Krankheitsbewältigung unterstützt und gefördert fühlen und welche Patienten dieses Konzept eher als suspekt und nicht hilfreich erleben. Dadurch sollte es möglich werden, im Sinne einer individualisierten Medizin auch den subjektiv sich nicht erkrankt fühlenden Patienten gerecht zu werden, die sich durch die aktuellen Behandlungsmaßnahmen nicht erreichen lassen. Die hier erhobenen Befunde, dass sich vor allem psychopathologisch kränkere, weniger krankheitseinsichtige und neuropsychologisch stärker beeinträchtigte Patienten schwerer mit den Gruppen arrangieren konnten, weisen daraufhin, dass hier vor allem eine intensivere

Einzelbetreuung mit einer langfristigen Begleitung das wohl am angemessenste Behandlungskonzept nach wie vor darstellt.

## 8. Literaturverzeichnis

Addington D., Addington J., Maticka-Tyndale E. (1992), „Reliability and validity of a depression rating scale for schizophrenics“, Schizophrenia Research 6, 21-2

American Psychiatric Association, Lehman A.F., Lieberman J.A., Dixon L.B., McGlashan T.H., Miller A.L., Perkins D.O., Kreyenbuhl J. (2004), „Practice Guideline for the treatment of patients with schizophrenia“, [http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice\\_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf](http://psychiatryonline.org/pb/assets/raw/sitewide/practice_guidelines/guidelines/schizophrenia.pdf), 2. Auflage, S. 35, Stand: 15.11.2014

Anderson C.M., Hogarty G.E., Reiss D.J., „The psychoeducational family treatment of schizophrenia“ (1981), New Developments in interventions with families of schizophrenics, Ausgabe 12, S. 79-94

Angermeyer M.C., Beck M., Holzinger A., Munk I., Weithaas S. (2003), „Das Stigma psychischer Krankheit aus der Sicht schizophrener und depressiv Erkrankter“, Psychiatrische Praxis, Ausgabe 30, S. 395-401

Bangen H.C. (1997), „Geschichte der medikamentösen Therapie der Schizophrenie“, VWB Verlag, Berlin

Bäumel J., Baumgärtner J., Froböse T., Gsottschneider A., Keller Z., Lüscher S., Scherr M., Pitschel-Walz G., Jahn T., (2012), „Partizipationsverhalten schizophrener erkrankter Patienten in Psychoedukationsgruppen: Erste Ergebnisse mit dem Teilnahmequalitätsbogen“, Psychotherapeut, Ausgabe 57, S. 301-3012

Bäumel J., Pitschel-Walz G. (2020), „Psychoedukation und Angehörigenarbeit bei Schizophrenie“, psych up2date, Thieme Verlag

Bäumel J., Pitschel-Walz G., Berger H., Gunia H., Heinz A., Juckel G. (2005), „Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (APES)“, Schattauer Verlag, Stuttgart, 2. Auflage

Bäumel J. (2008), „Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ratgeber für Patienten und Angehörige, Leitfaden für professionelle Helfer, Einführung für interessierte Laien“, Springer Verlag, Heidelberg, 2. Auflage

Bäumel J., Lambert M. (2009), „Psychosen erkennen, verstehen und behandeln. Ein Wegbegleiter für Betroffene und Angehörige“, vdm Verlag, Michelstadt,

Bäumel 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., Lägeö R., Luderer H.-J., Mönter N., Mösch E., Pitschel-Walz G., Pleininger-Hoffmann M., Puffe M., Rentrop M., Rummel-Kluge C., Sadre Chirazi-Stark F.-M., Schaub A., Schönell H., Sibum B., Stengler K., Wiedemann G., Wienberg G. (2008), „Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen (APES). Konsensuspapier der Arbeitsgruppe „Psychoedukation Psychoedukation in der Selbstbeurteilung von schizophren erkrankten Patienten

bei schizophrenen Erkrankungen“, Bäuml J., Pitschel-Walz G. (Hrsg), Schattauer, Stuttgart, 2. Auflage

Bäuml J., Behrendt B., Hennigsen P., Pitschel-Walz G. (2016), „Handbuch der Psychoedukation für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin“ Schattauer, Stuttgart,

Bäuml J., Engel R.R., Kissling W., Pitschel-Walz G., Volz A. (2007), „Psychoeducation in schizophrenia: 7-year follow-up concerning rehospitalization and days in hospital in the Munich Psychosis Information Project Study“, Journal of Clinical Psychiatry, Ausgabe 68, S. 845-861

Bäuml J., Froböse T., Kraemer S., Rentrop M., Pitschel-Walz G. (2006), „Psychoeducation: a basic psychotherapeutic intervention for patients with schizophrenia and their families“, Schizophrenia Bulletin, Ausgabe 32, S.1-9

Bäuml J., Kissling W., Pitschel-Walz G. (1996), „Psychoedukative Gruppen für schizophrene Patienten: Einfluss auf Wissensstand und Compliance. Ergebnisse der Münchner PIP-Studie“, Nervenheilkunde, Ausgabe 15, S. 145-150

Baumgärtner J. (2012), „Welchen Beitrag kann die Fremdbeurteilung des psychoedukativen Gruppenverlaufs zur frühzeitigen Erkennung von mangelnder Krankheitseinsicht und Compliance sowie einem erhöhten Rückfallrisiko bei schizophren erkrankten Patienten leisten?“, Dissertation, Technische Universität München

Berhorst R. (Stand: 15.11.2014), „Lobotomie: Tiefe Schnitte ins Gehirn“, <http://www.geo.de/GEO/heftreihen/geokompakt/das-gehirn-lobotomie-tiefe-schnitte-ins-gehirn-57364.html>

Bleuler M. (1943), „Die spätschizophrenen Krankheitsbilder“, Fortschritte Neurologie Psychiatrie, Ausgabe 15, S. 259-290

Büchner G. (1998), „Lenz“, Suhrkamp Verlag, Frankfurt am Main, S. 7-34

Crowne D.O., Marlowe D. (1960), „A new scale of social desirability independent of psychopathology“, Journal of consulting psychology, 24 (4), S. 349-354

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN, (Hrsg) (2006), „Behandlungsleitlinien Schizophrenie“, Steinkopff Verlag, Darmstadt, 2006, S. 207

Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde – DGPPN. (Hrsg.) (Stand 26.August 2019), „S3-Leitlinie Schizophrenie. Kurzfassung“, Version 1.0, <https://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/038-009.html>

Dörner K., Plog U., Teller C., Wendt F. (2002), „Irren ist menschlich. Lehrbuch der Psychiatrie und Psychotherapie“, Psychiatrie Verlag, Bonn, 5. Auflage

- Ellerkmann K. (2003) (Stand 26. August 2019), „Soziale Erwünschtheit in der empirischen Sozialforschung“, München, GRIN Verlag, <https://www.grin.com/document/26429>
- Froböse T. (2008), „Wissenszuwachs bei der Psychoedukation von schizophren erkrankten Patienten in Abhängigkeit vom psychopathologischen Status und dem kognitiven Leistungsniveau unter Berücksichtigung der medikamentösen Behandlung“, Dissertation, Technische Universität München,
- Gsottschneider A. (2009), „Neuropsychologisches Leistungsniveau und kognitives Training als Determinante des Therapieerfolgs bei schizophren Erkrankten“, Dissertation, Technische Universität München,
- Gsottschneider A., Keller Z., Pitschel-Walz G., Froböse T., Bäuml J., Jahn T. (2011), „The role of encoding strategies in the verbal memory performance in patients with schizophrenia“, J Neuropsychol, S. 56-72
- Gühne U., Weinmann S., Riedel-Heller S., Becker T. (Hrsg.), (2019) „S-3-Leitlinie Psychosoziale Therapien bei schweren psychischen Erkrankungen“, Springer Verlag, 2. Auflage
- Häfner H. (2000), „Das Rätsel Schizophrenie. Eine Krankheit wird entschlüsselt“, C.H. Beck, München, 2. Auflage
- Häfner H., Maurer K., an der Heiden W. (2013), „Schizophrenie – eine einheitliche Krankheit?“, Der Nervenarzt, Ausgabe 84, S.1093-1103
- Haro J. M., Kamath S. A., Ochoa S., Novick D., Rele K., Fargas A., Rodríguez M.J., Rele R., Orta J., Kharbeng A., Araya S., Gervin M., Alonso J., Mavreas V., Lavrentzou E., Lontos N., Gregor K., Jones P.B. (2003), „The Clinical Global Impression–Schizophrenia scale: a simple instrument to measure the diversity of symptoms present in schizophrenia“, Acta Psychiatrica Scandinavia, Volume 107, Issue s416
- Herz M.I., Lamberti J.S., Mintz J., Scott R., O’Dell S.P., McCartan L., Nix G. (2000), „A program for relapse prevention in schizophrenia: A controlled Study“, Arch Gen Psychiatry, Ausgabe 57, S. 277-283
- Huxley N.A., Randall M., Scherer L. (2000), „Psychosocial treatments in schizophrenia: A review of the past 20 years“, Journal of nervous and mental Disease, Ausgabe 188, S. 187-201
- Irle G. (1965), „Der psychiatrische Roman. Schriftenreihe zur Theorie und Praxis der medizinischen Psychologie“, Wiesenhüter E. (Hrsg), Hippokrates Verlag, Stuttgart, S. 75-83, Band 7

- Jahn T, Rockstroh B. (2006), „Schizophrenie und verwandte Störungen . Neuropsychologie“, in Förstl H., Hautzinger M., Roth G. (Hrsg), „Neurobiologie psychischer Störungen“, Springer Verlag, Heidelberg, S. 388-419
- Jahn T., Pitschel-Walz G., Gsottschneider A., Froböse T., Kraemer S., Bäuml J., (2011), „Neurocognitive prediction of illness knowledge after psychoeducation in schizophrenia: results from the Munich COGPIP study“, Psychological Medicine, Ausgabe 43, S. 533-544
- Karow A., Panjok F.G., Reimer J., Hirdes F., Osterwald C., Naber D., Moritz S. (2008), „The dilemma of insight into illness in schizophrenia: Self- and expert-rated insight and quality of life“ , Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci, Ausgabe 258, S 152-158
- Kay S. R., Fiszbein A., Opler L.A. (1987), „The positive and negative syndrome scale (PANSS) for schizophrenia“ Schizophrenia Bulletin, Ausgabe 13, S. 261-276
- Kilian R., Holzinger A., Angermeyer M.C. (2001), „Das ist zwar ein bisschen anstrengender manchmal, aber auch interessanter. Psychiaterinnen und Psychiater beurteilen die Wirkung von Psychoedukation auf die ambulante Schizophreniebehandlung“, Psychiatrische Praxis, Ausgabe 5, S. 209-213
- Kilian R., Lindenbach I., Angermeyer M.C. (2001), „(...) manchmal zweifel ich an mir, wenn es mir nicht gut geht“- Die Wirkung eines ambulanten psychoedukativen Gruppenprogramms aus der subjektiven Perspektive von Patienten mit schizophrenen Erkrankungen“, Psychiatrische Praxis, Ausgabe 28, S.168-173
- Kircher T., Gauggel S. (2007), „Neuropsychologie der Schizophrenie. Symptome, Kognition, Gehirn“, Springer Verlag, Heidelberg,
- Klimitz H. ( 2006), „Psychoedukation bei schizophrenen Störungen – Psychotherapie oder „Unterwanderung“?“, Psychiatrische Praxis, Ausgabe 33, S.372-379
- Klosterkötter J. (1999), „Kognition und Psychopathologie der Schizophrenie“, Fortschritte Neurologie und Psychiatrie, Ausgabe 67, S. 44-52
- Krampen G. (2002), „STEP: Stundenbogen für die allgemeine und differentielle Einzelpsychotherapie“, Hogrefe Verlag, Göttingen
- Meyer T., Franz M. (2005), „Vorstellungen von schizophren Erkrankten über Lebensqualität“, Das Gesundheitswesen, 67 (2), S. 120-123
- Moitabai R., Nicholson R.A., Neesmith D.H. (1997), „Factors affecting relapse in patients discharged from a public hospital: Results from survival analysis“, Psychiatric Quarterly, Ausgabe 68, S. 117-129
- Motlova L. (2000), „Psychoeducation as an indispensable complement to pharmacotherapy in schizophrenia“, Pharmacopsychiatry, Ausgabe 33, S. 47-48

Overall J.E., Gorham D.R., (1962), „The Brief Psychiatric Rating Scale“, Psychological Reports, 10, 799-812

Pekkala E., Merinder L. (2002), „Psychoeducation for schizophrenia“, Cochrane Database Syst. Rev., CD002831

Pitschel-Walz G. (1997), „Die Einbeziehung der Angehörigen in die Behandlung schizophrener Patienten und ihr Einfluss auf den Krankheitsverlauf“, Peter Lang Verlag, Frankfurt

Pitschel-Walz G., Bäuml J., Bender W., Engel R.R., Wagner M., Kissling W. (2006), „Psychoeducation and compliance in the treatment of schizophrenia: Results of the Munich PIP-Study“, Journal Clinical Psychiatrie, Ausgabe 67, S. 443-452

Pitschel-Walz G., Engel R.R. (1997), „Psychoedukation in der Schizophreniebehandlung“, Psycho, Ausgabe 23, S. 22-34

Pitschel-Walz G., Leucht S., Bäuml J., Kissling W., Engel R.R. (2001), „The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta-analysis“, Schizophrenia Bulletin, Ausgabe 27, S. 73-92

Pitschel-Walz G., Gsottschneider A., Froböse T., Kraemer S., Bäuml J., Jahn T. (2013), „Neuropsychologie der Psychoedukation bei Schizophrenie: Ergebnisse der Münchner COGPIP-Studie“, Ausgabe 84. Nervenarzt, S.79-90

Pitschel-Walz G., Gsottschneider A., Froböse T., Kraemer S., Bäuml J. (2011), „Subjektives Wirksamkeitserleben in psychoedukativen Gruppen bei Schizophrenie“, Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Ausgabe 40, S.186-197

Rentrop M., Müller R., Bäuml J. (2009), „Klinikleitfaden – Psychiatrie und Psychotherapie“, Rentrop M., Müller R., Bäuml J. (Hrsg), Elsevier- Verlag, München, 4. Auflage

Riedel M., Mayr A., Seemüller F., Maier W., Klingberg S., Heuser I., Klosterkötter J., Gastpar M., Schmitt A., Sauer H., Schneider F., Gaebel W., Jäger M., Möller H.J., Schennach-Wolff R. (2011), „Depressive symptoms and their association with acute treatment outcome in first-episode schizophrenia patients: Comparing treatment with risperidone and haloperidol“, Ludwig-Maximilians-Universität, The world journal of biological psychiatry, 13 (1), 30-8

Riederer P., Laux G. (1991), „Neuro-Psychopharmaka ein Therapiehandbuch: Band 4: Neuroleptika“, Pödlinger W. (Hrsg), Springer Verlag, Wien- New York , 2.Auflage

Scheutz M.( Stand: 15.11.2014), „Vorlesung über die Geschichte der Armut und des Bettelns in der Neuzeit“

<https://web.archive.org/web/20100129153229/http://www.univie.ac.at/igl.geschichte/scheutz/ss2003/vorlesungsinhalte/vorlesungsinhalte9.htm>

Schmid R., Neuner T., Cording C., Spiessl H. (2006), „Lebensqualität schizophrener Erkrankter und ihr Zusammenhang mit Krankheitsbewältigungsstrategien und Behandlungsaspekten“, *Psychiatrische Praxis*, Ausgabe 33, S. 337-343

Schott H., Tölle R. (2005), „Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehre, Irrwege, Behandlungsformen“, C.H. Beck Verlag, München, 1. Auflage

Siebitz I., Amering M., Gossler R., Katsching H. (2006), „Knowing – enjoying – better living. A seminar for persons with psychosis to improve their quality of life and reduce their vulnerability“, *Psychiatric Praxis*, Ausgabe 33, S. 170-176

Singh M.M., Kay S.R. (1975), “A comparative study of haloperidol and chlorpromazine in terms of clinical effects and therapeutic reversal with benztropine in schizophrenia: theoretical implications for potency differences among neuroleptics”, *Psychopharmacologia*, 43(2), S.103–113

Stöber J. (1999), „Soziale Erwünschtheitsskala 17: Entwicklung und erste Befunde zu Reliabilität und Validität“, *Diagnostica* 45, Heft 4, Hogrefe Verlag Göttingen, S. 173-177

Taipale H., Tanskanen A., Mehtälä J., Vattulainen P., Correll C.U., Tiihonen J. (2020), „20-year follow-up study of physical morbidity and mortality in relationship to antipsychotic treatment in a nationwide cohort of 62.250 patients with schizophrenia (FIN20)“, *World Psychiatry*, Vol.19; 1: 61-68

Volz H.P., Reischies M., Riedel M. (2010), „Kognitive Störungen bei schizophrenen Patienten“, *Nervenarzt*, Ausgabe 81, S. 39-54

Wiedemann G., Pitschel-Walz G., Klingberg S. (2003), „Psychoedukative Interventionen in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen“, *Der Nervenarzt*, Ausgabe 74, S. 789-808



## 9. Abbildungsverzeichnis

ABBILDUNG 1: ABLAUF DER STUDIE .....	18
ABBILDUNG 2: VERLAUF DER PSYCHOSE .....	24
ABBILDUNG 3: ERKLÄRUNGSMODELL DOPAMIN .....	26
ABBILDUNG 4: WIRKFAKTOREN ZUR ENTSTEHUNG DER PSYCHOSE .....	27
ABBILDUNG 5: FAMILIENSTAND .....	43
ABBILDUNG 6: SCHULBILDUNG.....	44
ABBILDUNG 7: KRANKHEITSDAUER IN JAHREN .....	45
ABBILDUNG 8: ZAHL DER KLINIKAUFENTHALTE IM KLINIKUM RECHTS DER ISAR (INKLUSIVE AKTUELLEM AUFENTHALT, N=97).....	46
ABBILDUNG 9: ANZAHL DER KLINIKAUFENTHALTE INSGESAMT.....	47
ABBILDUNG 10: KRANKHEITSMANIFESTATIONEN INCL. INDEXAUFENTHALT.....	48
ABBILDUNG 11: KRANKHEITSSCHWERE CGI PRÄ/POST PSYCHOEDUKATION (T2/T3).....	49
ABBILDUNG 12: PANSS-SUMMENWERT PRÄ/POST PSYCHOEDUKATION (T2/T3).....	50
ABBILDUNG 13: VERTEILUNG CDSS-SUMMENWERT PRÄ/POST PSYCHOEDUKATION (T2/T3).....	51
ABBILDUNG 14: MANGEL AN KRANKHEITSEINSICHT PRÄ/POST PSYCHOEDUKATION (T2/T3).....	52
ABBILDUNG 15: MANGEL AN KRANKHEITSEINSICHT BEI ERSTHOSPITALISIERTEN (N = 22) .....	53
ABBILDUNG 16: MANGEL AN KRANKHEITSEINSICHT BEI WIEDERHOLT ERKRANKTEN (MIND. 5 AUFENTHALTE, N = 37).....	54
ABBILDUNG 17: VERGLEICH DER KRANKHEITSEINSICHT UND STATIONÄRER AUFNAHME (ERSTE STATIONÄRE AUFNAHME, 2 - 4 STATIONÄRE AUFENTHALTE UND MIND. 5 STATIONÄRE AUFENTHALTE) .....	55
ABBILDUNG 18: NEUROKOGNITION IN ZWEI GRUPPEN: GERINGE (> 45 PKT.) UND DEUTLICHE EINBUßEN (≤ 45 PKT).....	56
ABBILDUNG 19: TEILNAHMEQUALITÄT IN DREI GRUPPEN .....	57
ABBILDUNG 20: TEILNAHMEFREQUENZ AN DEN PSYCHOEDUKATIVEN GRUPPEN .....	58
ABBILDUNG 21: STEPP-MITTELWERTE IN DREI GRUPPEN .....	59
ABBILDUNG 22: MITTELWERTE DER EINZELNEN ITEMS .....	60
ABBILDUNG 23: MITTELWERTE ITEM 1 („INFORMATION HILFREICH“) IM VERLAUF DER ACHT SITZUNGEN .....	61
ABBILDUNG 24: MITTELWERTE ITEM 2 („PROBLEME IN NEUEM LICHT“) IM VERLAUF DER 8 SITZUNGEN.....	62
ABBILDUNG 25: MITTELWERTE ITEM 3 („KONNTE GUT FOLGEN“) IM VERLAUF DER 8 SITZUNGEN.....	63
ABBILDUNG 26: MITTELWERTE ITEM 4 („HILFE IN ZUKUNFT“) IM VERLAUF DER 8 SITZUNGEN.....	64
ABBILDUNG 27: MITTELWERTE ITEM 5 („FÜHLTE MICH VOM THERAPEUTEN VERSTANDEN“) IM VERLAUF DER 8 SITZUNGEN .....	65
ABBILDUNG 28: AUFSUMMIERTE MITTELWERTE DER ITEMS 1-5 IM VERLAUF DER 8 SITZUNGEN.....	66
ABBILDUNG 29: SITZUNG 1 („KRANKHEITSBEGRIFF“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5 .....	67
ABBILDUNG 30: SITZUNG 2 („SYMPTOMATIK“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5 .....	68
ABBILDUNG 31: SITZUNG 8 („FWZ, KRISENPLAN“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5 .....	69
ABBILDUNG 32: SITZUNG 3 („SYNAPSENMODELL“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5.....	70
ABBILDUNG 33: SITZUNG 4 („VULNERABILITÄTS-STRESS-MODELL“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5.....	71
ABBILDUNG 34: SITZUNG 5 („MEDIKATION“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5 .....	72
ABBILDUNG 35: SITZUNG 6 („PSYCHOTHERAPIE“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5.....	73
ABBILDUNG 36: SITZUNG 7 („WAFF“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5 .....	74
ABBILDUNG 37: AUFSUMMIERTE STEPP-MITTELWERTE UND GESCHLECHT.....	77
ABBILDUNG 38: AUFSUMMIERTE STEPP-MITTELWERTE UND ALTER.....	78
ABBILDUNG 39: AUFSUMMIERTE STEPP-MITTELWERTE UND SCHULBILDUNG .....	79
ABBILDUNG 40: AUFSUMMIERTE STEPP-MITTELWERTE UND FAMILIENSTAND .....	80
ABBILDUNG 41: AUFSUMMIERTE STEPP-MITTELWERTE UND KRANKHEITSSCHWERE (CGI T2) IN DREI GRUPPEN .....	83

---

ABBILDUNG 42: AUFSUMMIERTE STEPP-MITTELWERTE UND DEPRESSION (CDSS T2) .....	85
ABBILDUNG 43: AUFSUMMIERTE STEPP-MITTELWERTE UND PANSS-WERTE BEI T2.....	86
ABBILDUNG 44: AUFSUMMIERTE STEPP-MITTELWERTE UND COMPLIANCE BEI T2 .....	87
ABBILDUNG 45: AUFSUMMIERTE STEPP-MITTELWERTE UND KRANKHEITSEINSICHT (T2) .....	88
ABBILDUNG 46: „GUTE“ UND „MÄßIGE“ KRANKHEITSEINSICHT (T2) UND STEPP-MITTELWERTE .....	90
ABBILDUNG 47: „GUTE“ UND „MÄßIGE“ KRANKHEITSEINSICHT (T2) UND WISSENSZUWACHS .....	92
ABBILDUNG 48: „GUTE“ UND „MÄßIGE“ KRANKHEITSEINSICHT UND AUSMAß DER NEUERKENNTNIS (ITEM2 ≤ 5 UND ITEM2 > 5) .....	94
ABBILDUNG 49: ANZAHL DER BISHERIGEN KLINIKAUFENTHALTE UND STEPP-MITTELWERTE „MÄßIG“ (0 - 20 PUNKTE), „GUT“ (> 20 ≤ 30) UND „SEHR GUT“ (> 30) .....	96
ABBILDUNG 50: NEUERKENNTNIS (ITEM2 < 6 UND ITEM 2 ≥ 6) UND KOGNITIVE LEISTUNGSFÄHIGKEIT (NP GLOBAL ≤ 45 UND > 45) BEI WIEDERHOLT AUFGENOMMENEN PATIENTEN (≥ 5 KLINIKAUFENTHALTE) ..	98
ABBILDUNG 51: STEPP-ERGEBNISSE UND RATING DER TEILNAHMEQUALITÄT.....	99
ABBILDUNG 52: STEPP-ERGEBNISSE IN ZWEI GRUPPEN (≤ 30 UND > 30) UND TEILNAHMEQUALITÄT IN DREI GRUPPEN (TQ < 3, TQ ≥ 3 < 4, TQ = 4) .....	102

## 10. Tabellenverzeichnis

TABELLE 1: UNTERSUCHUNGSVERFAHREN.....	19
TABELLE 2: ÜBERSICHT ÜBER EPMS-NEBENWIRKUNGEN.....	30
TABELLE 3: SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN .....	42
TABELLE 4: KRANKHEITSSCHWERE (CGI).....	42
TABELLE 5: AUSBILDUNGSSTAND .....	44
TABELLE 6: COMPLIANCE PRÄ/POST PSYCHOEDUKATION (T2/T3).....	52
TABELLE 7: VERTEILUNG DER STEPP-PUNKTZAHL.....	58
TABELLE 8: ITEM 1 („INFORMATION HILFREICH“) IM VERLAUF DER 8 SITZUNGEN.....	61
TABELLE 9: ITEM 2 („PROBLEME IN NEUEM LICHT“) IM VERLAUF DER 8 SITZUNGEN.....	62
TABELLE 10: ITEM 3 („KONNTE GUT FOLGEN“) IM VERLAUF DER 8 SITZUNGEN.....	63
TABELLE 11: ITEM 4 („HILFE IN DER ZUKUNFT SEIN“) IM VERLAUF DER 8 SITZUNGEN .....	64
TABELLE 12: ITEM 5 („FÜHLTE MICH VOM THERAPEUTEN VERSTANDEN“) IM VERLAUF DER 8 SITZUNGEN .....	65
TABELLE 13: SITZUNG 1 („KRANKHEITSBEGRIFF“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5.....	67
TABELLE 14: SITZUNG 2 („SYMPTOMATIK“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5.....	68
TABELLE 15: SITZUNG 8 („FWZ, KRISENPLAN) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5.....	69
TABELLE 16: SITZUNG 3 („SYNAPSENMODELL“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5.....	70
TABELLE 17: SITZUNG 4 („VULNERABILITÄTS-STRESS-MODELL“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5.....	71
TABELLE 18: SITZUNG („MEDIKATION“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5 .....	72
TABELLE 19: SITZUNG 6 („PSYCHOTHERAPIE“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5.....	73
TABELLE 20: SITZUNG 7 („WAFFF“) UND DAS RATING DER ITEMS 1-5 .....	74
TABELLE 21: STEPP-MITTELWERTE UND SOZIODEMOGRAFISCHE DATEN.....	76
TABELLE 22: STEPP-MITTELWERTE UND PSYCHOPATHOLOGISCHE BEFUNDE .....	82
TABELLE 23: STEPP-MITTELWERTE UND CDSS-SUMMENWERT (T2) .....	84
TABELLE 24: CDSS WERTE IN VIER GRUPPEN UND STEPP-WERTE .....	84
TABELLE 25: STEPP-MITTELWERTE UND PANSS- SUMMENWERT (T2) .....	86
TABELLE 26: EINTEILUNG DER KRANKHEITSEINSICHT IN ZWEI GRUPPEN .....	89
TABELLE 27: „GUTE“ UND „MÄßIGE“ KRANKHEITSEINSICHT UND WISSENSZUWACHS IN ZWEI GRUPPEN.....	91
TABELLE 28: „GUTE“ UND „MÄßIGE“ KRANKHEITSEINSICHT UND NEUERKENNTNIS „HOCH“ (ITEM2 > 5) VERSUS „GERING“ (ITEM2 ≤ 5) BEI ERSTHOSPITALISIERTEN PATIENTEN .....	93
TABELLE 29: ANZAHL DER BISHERIGEN KLINIKAUFGENTHALTE UND STEPP-ERGEBNISSE IN DREI GRUPPEN .....	95
TABELLE 30: NEUERKENNTNIS (ITEM2 < 6 UND ITEM2 ≥ 6 ) UND KOGNITIVE EINBUßEN (NP GLOBAL ≤ 45 UND NP GLOBAL > 45) BEI WIEDERHOLT AUFGENOMMENEN PATIENTEN (≥ 5 KLINIKAUFGENTHALTE) .....	97
TABELLE 31: STEPP-ERGEBNISSE UND TEILNAHMEQUALITÄT JEWEILS IN ZWEI GRUPPEN.....	100
TABELLE 32: STEPP-ERGEBNISSE UND TEILNAHMEQUALITÄT JEWEILS IN DREI GRUPPEN.....	101

11. STEPP-Bogen

PIP II AmiOla

Stundenbogen

PATIENTENNUMMER:.....

GRUPPENUMMER:.....

SITZUNGSNUMMER:.....

DATUM:.....

Bitte lesen Sie die folgenden Aussagen und beurteilen Sie jeweils, in welchem Maße Sie die heutige Gruppensitzung in der angegebenen Art erlebt haben.

Kreuzen Sie dazu jeweils die Zahl an, die Ihrer Meinung am besten entspricht.  
(1 = stimmt überhaupt nicht...bis...7 = stimmt ganz genau)

1. Die heutigen Informationen waren für mich sehr hilfreich ...

1	2	3	4	5	6	7
↑						↑
stimmt überhaupt nicht			stimmt ganz genau			

2. Im heutigen Gespräch erschienen mir einige meiner Probleme in einem neuen Licht...

1	2	3	4	5	6	7
↑						↑
stimmt überhaupt nicht			stimmt ganz genau			

3. Ich konnte den Aussagen des Therapeuten/der Therapeutin gut folgen...

1	2	3	4	5	6	7
↑						↑
stimmt überhaupt nicht			stimmt ganz genau			

4. Das, was ich heute erfahren habe, wird mir in Zukunft eine Hilfe sein, mit meinen Schwierigkeiten besser umgehen zu können...

1	2	3	4	5	6	7
↑						↑
stimmt überhaupt nicht			stimmt ganz genau			

5. Ich fühlte mich heute vom Therapeuten/ der Therapeutin verstanden...

1	2	3	4	5	6	7
↑						↑
stimmt überhaupt nicht			stimmt ganz genau			

## 12. CDSS - Fragebogen

### Interview-Anleitung

Die erstgenannte Frage soll wörtlich, wie beschrieben, gestellt werden. Die angegebenen Folgefragen und die vorgegebenen Ausdrücke können Sie nach Ihrem Ermessen einsetzen. Der Zeitrahmen (Item 1-8) umfaßt die vergangene Woche (insgesamt 7 Tage), wenn nicht ausdrücklich anders angegeben. Das letzte Item (Nr. 9) basiert auf der Beobachtung während des gesamten Interviews.

#### 1. Depression

Wie würden Sie Ihre Stimmung während der letzten Woche beschreiben:

Waren Sie eher gutgelaunt oder waren Sie sehr deprimiert oder traurig?

Wie häufig waren Sie während der vergangenen Woche ... (eigene Worte des Patienten)?

Wie viele Tage oder täglich? Den ganzen Tag lang?

- |    |         |   |
|----|---------|---|
| 0. | Fehlend |   |
| 1. | Leicht  | Auf Befragen Angaben von vorhandener Traurigkeit oder Entmutigung   |
| 2. | Mäßig   | Eindeutig depressive Stimmung bis zu der Hälfte der Zeit der vergangenen Woche, täglich vorhanden   |
| 3. | Schwer  | Deutlich depressive Stimmung, täglich anhaltend über die Hälfte der Zeit, mit Beeinträchtigung der normalen motorischen und sozialen Funktionen |

#### 2. Hoffnungslosigkeit

Wie sehen Sie Ihre eigene Zukunft?

Sehen Sie überhaupt eine Zukunft? - oder erscheint Ihnen das Leben ziemlich hoffnungslos?

Haben Sie aufgegeben oder scheint es immer noch Gründe zu geben, es weiter zu versuchen?

- |    |         |   |
|----|---------|---|
| 0. | Fehlend |   |
| 1. | Leicht  | Zeitweise Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Patient hat jedoch immer noch ein gewisses Maß an Hoffnung für die Zukunft                                  |
| 2. | Mäßig   | Anhaltende, mäßige Hoffnungslosigkeit während der letzten Woche. Der Patient kann von der Möglichkeit überzeugt werden, daß alles besser werden kann. |
| 3. | Schwer  | Anhaltende und belastende Hoffnungslosigkeit  |

#### 3. Selbstabwertung

Was für eine Meinung haben Sie von sich selbst im Vergleich mit anderen Menschen?

Fühlen Sie sich besser, nicht so gut, oder ungefähr gleich im Vergleich mit anderen?

Fühlen Sie sich unterlegen oder sogar wertlos?

- |    |         |  |
|----|---------|--|
| 0. | Fehlend |  |
| 1. | Leicht  | Geringgradiges Minderwertigkeitsgefühl, erreicht nicht das Gefühl von Wertlosigkeit  |
| 2. | Mäßig   | Patient fühlt sich wertlos, jedoch weniger als 50% der Zeit  |
| 3. | Schwer  | Patient fühlt sich über 50% der Zeit wertlos. Der Patient kann möglicherweise dazu gebracht werden, andere Einschätzungen anzugeben. |

**8. Suizidalität**

Haben Sie das Gefühl gehabt, das Leben wäre nicht mehr lebenswert? Haben Sie je daran gedacht, alles zu beenden? Was denken Sie, würden Sie tun? Haben Sie bereits Selbsttötungsversuche unternommen?

- |    |         |   |
|----|---------|---|
| 0. | Fehlend |   |
| 1. | Leicht  | Häufige Gedanken, daß es besser wäre, tot zu sein, oder gelegentliche Gedanken an Selbstmord  |
| 2. | Mäßig   | Bewußtes Erwägen von Selbstmord mit einem entsprechenden Plan, jedoch kein Selbstmordversuch. |
| 3. | Schwer  | Ernsthafter Suizidversuch (d.h. zufällige Entdeckung oder ineffiziente Methode)               |

**9. Beobachtete Depression**

Diese Einschätzung beruht auf der Beobachtung des Interviewers während des gesamten Interviews

Die Frage „Ist Ihnen zum Weinen zumute?“ an geeigneter Stelle des Interviews kann weitere geeignete Hinweise geben.

- |    |         |  |
|----|---------|--|
| 0. | Fehlend |  |
| 1. | Leicht  | Patient erscheint traurig und besorgt auch während affektiv neutraler Teile des Interviews.  |
| 2. | Mäßig   | Patient erscheint traurig und besorgt während des gesamten Interviews mit gedrückter, monotoner Stimme; Patient ist zeitweise weinerlich oder den Tränen nahe.   |
| 3. | Schwer  | Patient schluchzt oder stöhnt bei belastenden Fragen, seufzt häufig tief und weint offen, oder der Patient ist anhaltend in einem Zustand von erstarrem Kummer (wenn der Untersucher sicher ist, daß dieses Gefühl vorhanden ist). |

**Calgary Depressions Rating Skala – Deutsche Version (CDSS-G)**

	FEHLEND	LEICHT	MÄßIG	SCHWER
1. DEPRESSION	0	1	2	3
2. HOFFNUNGSLOSIGKEIT	0	1	2	3
3. SELBSTABWERTUNG	0	1	2	3
4. SCHULDHAFT BEZIEHUNGSIDEEN	0	1	2	3
5. PATHOLOGISCHE SCHULD	0	1	2	3
6. MORGENDLICHE DEPRESSION	0	1	2	3
7. FRÜHMORGENDLICHES ERWACHEN	0	1	2	3

## 13. PANSS-Bogen

<b>COGPIP</b>	<b>PANSS</b>
<input type="checkbox"/> t1 <input type="checkbox"/> t2 <input type="checkbox"/> t3 <input type="checkbox"/> t4	
PATIENTENUMMER: _____	
GRUPPENNUMMER: _____	DATUM: _____

### Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS)

Bitte den jeweiligen Schweregrad ankreuzen!

Schweregrade:

1= nicht vorhanden 2= fraglich pathologisch 3= leicht 4= mäßig 5= mäßig schwer 6= schwer 7= extrem schwer

#### Positivsymptomatik:

		1	2	3	4	5	6	7
P1	Wahnideen	1	2	3	4	5	6	7
P2	Formale Denkstörungen	1	2	3	4	5	6	7
P3	Halluzinationen	1	2	3	4	5	6	7
P4	Erregung	1	2	3	4	5	6	7
P5	Größenwahn	1	2	3	4	5	6	7
P6	Misstrauen/Verfolgungsideen	1	2	3	4	5	6	7
P7	Feindseligkeit	1	2	3	4	5	6	7

#### Negativsymptomatik

		1	2	3	4	5	6	7
N1	Affektverflachung	1	2	3	4	5	6	7
N2	Emotionaler Rückzug	1	2	3	4	5	6	7
N3	Mangelnder affektiver Rapport	1	2	3	4	5	6	7
N4	Soziale Passivität und Apathie	1	2	3	4	5	6	7
N5	Schwierigkeiten beim abstrakten Denken	1	2	3	4	5	6	7
N6	Sprache mangelnd spontan und flüssig	1	2	3	4	5	6	7
N7	Stereotype Gedanken	1	2	3	4	5	6	7

#### Globalsymptomatik

		1	2	3	4	5	6	7
G1	Sorge um die Gesundheit	1	2	3	4	5	6	7
G2	Angst	1	2	3	4	5	6	7
G3	Schuldgefühle	1	2	3	4	5	6	7
G4	Anspannung	1	2	3	4	5	6	7
G5	Manierismen/unnatürliche Körperhaltung	1	2	3	4	5	6	7
G6	Depressive Verstimmung	1	2	3	4	5	6	7
G7	Motorische Verlangsamung	1	2	3	4	5	6	7
G8	Unkooperatives Verhalten	1	2	3	4	5	6	7
G9	Ungewöhnliche Denkinhalte	1	2	3	4	5	6	7
G10	Desorientiertheit	1	2	3	4	5	6	7
G11	Mangelnde Aufmerksamkeit	1	2	3	4	5	6	7
G12	Mangel an Urteilsfähigkeit und Einsicht	1	2	3	4	5	6	7
G13	Willensschwäche	1	2	3	4	5	6	7
G14	Mangelnde Impulskontrolle	1	2	3	4	5	6	7
G15	Selbstbezogenheit	1	2	3	4	5	6	7
G16	Aktives soziales Vermeidungsverhalten	1	2	3	4	5	6	7

### 14. Teilnahmequalitätsbogen

**Fremdbeurteilung nach jeder Psychoedukationssitzung:**  
 Effizienz der Teilnahme an psychoedukativen Gruppen für Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrenen Formenkreis

Ausmaß der Effizienz (Fremdrating)	Motivation	Interaktionsverhalten	Wissen	Krankheitseinsicht	Compliance
4= sehr hohe Effizienz	<ul style="list-style-type: none"> <li>sehr interessiert</li> <li>fragt von sich aus nach, wann die nächste Gruppe beginnt</li> <li>erscheint sehr pünktlich</li> <li>bleibt immer bis zum Schluss in der Gruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>meldet sich regelmäßig</li> <li>bringt spontan Beiträge ein</li> <li>bei direkter Ansprache freundliche, interessierte Reaktion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>fundiertes Wissen bezüglich Erkrankung und Therapien</li> <li>kennt wesentliche Details</li> <li>kann besprochene Inhalte richtig wiedergeben</li> <li>längfristige Perspektiven ableiten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>explizite Akzeptanz der Erkrankung</li> <li>bedürftigkeit der Erkrankung</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>positive Einstellung zu den besprochenen Behandlungsverfahren</li> <li>explizite Akzeptanz einer Langzeitmedikation</li> <li>explizite Akzeptanz einer psychotherapeutischen Weiterbehandlung</li> </ul>
3= gute Effizienz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patient interessiert sich für Gruppe</li> <li>Patient lässt sich leicht zum Besuch motivieren</li> <li>Patient kommt meist pünktlich</li> <li>Pat. geht kaum früher raus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pat. meldet sich gelegentlich von sich aus</li> <li>bei direkter Ansprache kommen sachbezogene Beiträge</li> <li>Pat. drängt sich nicht vor und stört den Gruppenablauf nicht</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Die wichtigsten Details zur Erkrankung und zur Behandlung werden gewusst.</li> <li>Besprochene Informationen können bei Anleitung durch Therapeuten wiederholt werden</li> <li>Nur gelegentlich dysfunktionale und nicht zum lege artis-Vorgehen passende Antworten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Weitgehende Akzeptanz der Erkrankung</li> <li>Kaum Bagatellisierung der Erkrankung</li> <li>Bei Ambivalenz gut auslenkbar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pat. erkennt die Notwendigkeit der Behandlung</li> <li>Es werden nur leichte Zweifel an der Behandlungsnotwendigkeit geäußert</li> <li>die Wichtigkeit der Medikation wird prinzipiell gesehen</li> <li>Die Bedeutung der Psychoedukation wird akzeptiert</li> </ul>
2= mäßige Effizienz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pat. reagiert zunächst ablehnend auf Gruppenteilnahme</li> <li>lässt sich erst nach intensiver Motivationsarbeit zum Besuch der Gruppe gewinnen</li> <li>Pat. verlässt vorzeitig die Gruppe, kommt aber wieder zurück</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pat. bringt keine spontanen Beiträge</li> <li>bei direkter Ansprache durch Gruppenleiter reagiert er eher uninteressiert oder abweisend</li> <li>Sofern spontane Beiträge kommen, passen sie nicht zum Thema</li> <li>Beiträge passen eher in die Kategorie „Störverhalten“</li> <li>Pat. kann in keinen gewinnbringenden Dialog mit den anderen Teilnehmern treten</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Wesentliche Informationsinhalte werden nicht gewusst</li> <li>Pat. lässt ein sehr dysfunktionales KK erkennen</li> <li>Vorbesprochene Details können nicht behalten oder abgerufen werden</li> <li>Spontan vorgebrachte Beiträge passen nicht zum Thema</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pat. lehnt das vortragene KK weitgehend ab</li> <li>Pat. bagatellisiert in erheblichem Maße die Krankheitswertigkeit seiner Symptome</li> <li>Pat. äußert sich immer wieder ablehnend und ungehalten über die Einladung in die Psychoedukationsgruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pat. stellt Notwendigkeit d. Behandlung immer wieder in Frage</li> <li>Pat. ist fixiert auf alternative Behandlungsstrategien</li> <li>Pat. äußert sich meist negativ gegen über Medikation</li> <li>Pat. lehnt psychotherapeutische Zusatzmaßnahmen meist ab</li> </ul>
1= schlechte Effizienz	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pat. lehnt TN an der PE-Gruppe zunächst ab</li> <li>Pat. lässt sich nur unter erheblichem Motivationsaufwand zur TN bewegen</li> <li>Pat. verlässt meist nach kurzer TN die Gruppe</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pat. meldet sich von sich aus gar nicht</li> <li>Bei direkter Ansprache durch GL eher abweisend, feindlich, nicht kooperativ</li> <li>Spontane Beiträge nicht zum Thema passend</li> <li>Ablehnend der Gruppe gegenüber, ablehnend gegenüber psychiatrischem Behandlungskonzept</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Keinerlei Faktenwissen über Erkrankung und Behandlung vorhanden</li> <li>Vorher besprochene Informationen werden nicht behalten</li> <li>Pat. äußert sehr dysfunktionale Überzeugungen</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pat. fühlt sich nicht krank</li> <li>Pat. lehnt jegliche Behandlungsnotwendigkeit ab</li> <li>Pat. bagatellisiert seine Erkrankung</li> <li>Pat. stellt die bei ihm zu beobachtenden Verhaltensauffälligkeiten prinzipiell in Frage</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Pat. lehnt Behandlung ab</li> <li>Pat. lehnt Medikamente ab</li> <li>Pat. ist fixiert auf alternative Behandlungsstrategien</li> <li>Pat. lehnt auch psychotherapeutische Behandlungsmaßnahmen ab</li> </ul>

**Gesamt-Beurteilung:** das jeweils am besten zutreffende Kästchen der einzelnen Kriterien ankreuzen. Die Summe der 5 Kategorien-Werte bilden und geteilt durch 5 rechnen



**15. Wissensfragebogen (nach J. Bäuml, 2012, 2020)****SCHIWI – Fragebogen für Patienten und Angehörige**

(Fragebogen zum Wissensstand von Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis)

Name (erster Buchstabe):	Vorname (erster Buchstabe):	Station:	Studien-Nr.:
<b>vor</b> Beginn der psychoedukativen Gruppen (Zutreffendes bitte unterstreichen)		Datum:	
<b>nach</b> dem Ende der psychoedukativen Gruppen (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 gesplante 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	<b>Plus-Symptome: Stimmt ja oder nein?</b>	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	<b>Minus-Symptome: Stimmt ja oder nein?</b>	Ja	nein
4.1	Minus-Symptome sind für die meisten Patienten kein Problem		
4.2	Plus- und Minussymptome können gleichzeitig auftreten		
4.3	Nach Plussymptomen müssen immer Minussymptome folgen		
4.4	Minussymptome sprechen besser auf Medikamente an als Plussymptome		
4.5	Minussymptome dauern oft länger als Plussymptome		

5	<b>Plus- und Minussymptome: Stimmt ja oder nein?</b>	Ja	nein
5.1	Vergiftungsängste sind die häufigsten Plussymptome		
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	<b>Der Nervstoffwechsel bei Psychosen: Stimmt ja oder nein?</b>	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	<b>Reizverarbeitung im Gehirn: Stimmt ja oder nein?</b>	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	<b>Vulnerabilitäts-Stress – Modell: Stimmt ja oder nein?</b>	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	<b>Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell: Stimmt ja oder nein?</b>	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	<b>Psychopharmaka bei Psychosen: Stimmt ja oder nein?</b>	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	Tranquillizer (Beruhigungsmittel) können abhängig machen		

11	<b>Diese Medikamente sind typische Neuroleptika: Stimmt ja oder nein?</b>	Ja	nein
11.1	Haloperidol (z. B. Haldol)		
11.2	Ziprasidone (z. B. Zeldox)		
11.3	Olanzapin (z. B. Zyprexa)		
11.4	Amisulprid (z. B. Solian)		
11.5	Fluphenazin (z. B. Dapotum)		

12	<b>Verursachen typischerweise eine Gewichtszunahme: Stimmt ja oder nein?</b>	Ja	nein
12.1	Aripiprazol (z. B. Abilify)		
12.2	Risperidone (z. B. Risperdal)		
12.3	Clozapin (z. B. Leponex)		
12.4	Olanzapin (z. B. Zyprexa)		
12.5	Ziprasidone (z. B. Zeldox)		

13	<b>Machen typischerweise ein Parkinsonoid (Steifigkeit): Stimmt ja oder nein?</b>	Ja	nein
13.1	Quetiapin (z. B. Seroquel)		
13.2	Biperiden (z. B. Akineton)		
13.3	Haloperidol (z. B. Haldol)		
13.4	Risperidone (z. B. Risperdal)		
13.5	Clozapin (z. B. Leponex)		

14	<b>Sinnvolle Kombinationen von mehreren Neuroleptika: Stimmt ja oder nein?</b>	Ja	nein
14.1	Zwei hochpotente Neuroleptika (z. B. Haldol + Fluanxol)		
14.2	Drei hochpotente Neuroleptika (z. B. Amisulprid + Risperidone + Fluphenazin)		
14.3	Ein nieder- und ein hochpotentes Neuroleptikum (z. B. Clozapin + Aripiprazol)		
14.4	Ein hoch- und ein niederpotentes Neuroleptikum (z. B. Quetiapin + Risperidon)		
14.5	Zwei niederpotente Neuroleptika (z. B. Olanzapin + Levomepromazin)		

15	<b>Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen I: Stimmt ja oder nein?</b>	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	<b>Psychotherapie bei schizophrenen Psychosen II: Stimmt ja oder nein?</b>	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	<b>Psychosoziale Maßnahmen: Stimmt ja oder nein?</b>	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	<b>Rückfallschutzbehandlung: Stimmt ja oder nein?</b>	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	<b>Frühwarnzeichen (FWZ): Stimmt ja oder nein?</b>	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	<b>Verlauf der Erkrankung und Krisenplan (KP): Stimmt ja oder nein?</b>	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!

## 16. Danksagung

An erster Stelle möchte ich mich bei meinem Doktorvater Herrn Prof. Dr. med. J. Bäuml bedanken, der mir immer wieder neue Einblicke in das Fachgebiet der Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen gegeben hat und mir während dieser Arbeit beratend und unterstützend beigestanden hat. Auch für die stets sorgfältige und wertvolle Durchsicht meiner Arbeit möchte ich mich bedanken.

Frau PD Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych. G. Pitschel-Walz sowie dem Institut für medizinische Statistik und Epidemiologie (IMSE) sei für die kompetente Beratung in statistischen Fragen gedankt.

Besonders möchte ich mich auch bei dem Team der COGPIP-Studie für die Überlassung eines Großteils der hier verrechneten Daten bedanken: Herrn Univ.-Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. T. Jahn (Antragsteller), Frau Dr. rer. biol. hum. Dipl.-Psych. G. Pitschel-Walz, Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. S. Kraemer, Herrn Prof. Dr. med. J. Bäuml (Studienleiter) sowie Frau Dr. med. T. Froböse als Projektärztin und Frau Dr. phil. Dipl.-Psych. A. Gsottschneider und Frau Z. Keller als Projektpsychologinnen.

Außerdem gilt mein Dank Herrn Univ.-Prof. Dr. med. J. Förstl, Direktor der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der Technischen Universität München, sowie den Ärzten, Psychologen, dem Pflegepersonal und allen auf den Stationen tätigen Mitarbeitern.

Allen Patientinnen und Patienten, die an der COGPIP-Studie mitgewirkt haben und ihre Daten zur Verfügung gestellt haben fühle ich mich zu großem Dank verpflichtet und weiß es sehr zu schätzen, die daraus hervorgegangenen Erkenntnisse für meine Arbeit nutzen zu dürfen.

Dank an meine Familie und Freunde, die mich in dieser ganzen Zeit unterstützt und motiviert haben.