

#### Redaktion

J. Bäuml, München  
G. Pitschel-Walz, München  
H. Freyberger, Stralsund/Greifswald

Kristin Rabovsky · Mauro Trombini · Gabriela Stoppe

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel, Basel, Schweiz

# Diagnosenübergreifende Psychoedukation: „Notbehelf“ oder „Mittel der Wahl“?

## Ergebnisse der Basler Psychoedukationsstudie

**Das biopsychosoziale Krankheitskonzept ist störungsunabhängig gültig, und viele Symptome können bei verschiedenen Krankheitsbildern auftreten. Ob eine Diversifikation von psychoedukativen Gruppeninterventionen nach Diagnosen notwendig ist, steht zur Diskussion. Dies gilt insbesondere, wenn es um die Ausbildung von günstigen Einstellungen und Behandlungserwartungen geht, denen eine prominente Bedeutung für den Verlauf bei verschiedenen psychischen und somatischen Erkrankungen zukommt.**

### Hintergrund und Fragestellung

Psychoedukation ist als therapeutische Intervention für Schizophreniekranken und ihre Angehörigen entwickelt worden und beinhaltet die Vermittlung krankheits- und behandlungsrelevanter Informationen sowie die Förderung eines funktionalen Krankheitskonzepts und von „Coping“-Strategien (Bäuml u. Pitschel-Walz 2008). Inzwischen haben klinische Wirksamkeitsstudien für psychoedukative Interventionen bei verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen günstige Resultate ergeben (Colom u. Lam 2005). Psychoedukation ist in Leitlinien für diverse Störungen empfohlen (z. B. Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde 2000), und es liegen zahlreiche deutschsprachige Manuale für diagnosenhomogene Gruppen vor (z. B. Bäuml et al. 2010; Rentrop

et al. 2007). In der aktuellen Cochrane-Metaanalyse wurde erneut auf die günstigen Wirkungen hingewiesen und vertiefte wissenschaftliche Bearbeitung empfohlen (Xia et al. 2011). Verschiedene Übersichten haben die Bedeutung des Einbezugs der Familien gezeigt (Pitschel-Walz et al. 2001). Lincoln et al. (2007) berichteten in ihrer Metaanalyse signifikant reduzierte Rückfall- und Rehospitalisierungsraten sowie Wissenszuwachs unmittelbar nach Abschluss der Intervention, wenn Angehörige einbezogen waren. Ohne deren Mitwirkung wurde ein statistisches Signifikanzniveau nicht erreicht.

Trotz dieser Daten- und Materialfülle bleibt die Versorgungsrealität hinter den Empfehlungen zurück: Bei einer Befragung zeigte sich, dass in Kliniken in Deutschland, Österreich und der Schweiz nur 21% aller schizophren erkrankten Patienten und 2% ihrer Angehörigen an psychoedukativen Interventionen teilgenommen hatten. Als Grund hierfür wurde an prominenter Stelle „nicht genug Patienten mit der gleichen Diagnose verfügbar“ angegeben (Rummel-Kluge et al. 2006). Überhaupt nur in 8% der befragten Institutionen fanden Gruppentreffen für Patienten mit Angststörungen statt (Rummel-Kluge et al. 2006).

Um die Implementierung von Psychoedukation zu erleichtern, entwickelten Rabovsky u. Stoppe (2009) ein Programm für diagnosengemischte Gruppen; das Manual von Jensen et al. (2010) folgte kurz darauf. Neben versorgungspraktischen finden sich hierfür z. B. kli-

nische Gründe: Das biopsychosoziale Krankheitskonzept ist störungsunabhängig gültig, die einzelnen Symptome können bei verschiedenen Krankheitsbildern auftreten, und aufgrund ihrer Wirksamkeit auf verschiedene Transmittersysteme sind auch Medikamente zunehmend „diagnosenübergreifend“ einsetzbar und insofern für alle Patienten relevant (Rabovsky u. Stoppe 2006). Die Frage, ob die Diversifikation von psychoedukativen Gruppeninterventionen nach Diagnosen die am meisten zielführende ist, erscheint nach wie vor ungeklärt. Theoretisch kommen hierfür u. a. auch das kognitive Funktions- und Bildungsniveau der Patienten, der Chronifizierungsgrad der Erkrankung oder spezifische Problemfelder (z. B. Psychoedukation in der Forensik) in Betracht. Ob eine junge neu erkrankte Schizophreniepatientin mehr psychoedukationsrelevante Gemeinsamkeiten mit einem residualsymptomatischen 57-Jährigen mit der gleichen Grunddiagnose oder einer gleichaltrigen Patientin mit z. B. einer schweren Angststörung hat, ist noch nicht geklärt. Dies gilt insbesondere für die Ausbildung von günstigen Einstellungen und Behandlungserwartungen, denen eine prominente Bedeutung für den Verlauf bei verschiedenen psychischen und somatischen Erkrankungen zukommt (Broadbent et al. 2006).

In einer explorativen randomisierten und kontrollierten Studie wurde das in Basel entwickelte Programm (Rabovsky u. Stoppe 2009) hinsichtlich klinischer Variablen, Wiederaufnahmehäufigkeit

Tab. 1 Programmübersicht		
Sitzung	Inhalt der Sitzung (Module)	
<b>Patientengruppe</b>		
1	Information	Psychische Funktion und ihre Störungen Vulnerabilität-Stress-Modell
2	Information	Funktionsweise des Gehirns, Transmittermodell
3	Training	Umgang mit Krankheitssymptomen
4	Information	Überblick über Behandlungsmöglichkeiten Medikamente: Wirkungen und Nebenwirkungen
5	Training	Umgang mit Medikamenten, Einnahmepraxis, Nebenwirkungsmanagement
6	Information	Soziale Aspekte psychischer Erkrankungen (Wohnen, Beschäftigung, Freizeit, Finanzen etc.) Unterstützungsangebote, Selbsthilfegruppen
7	Training	Kommunikationsfertigkeiten: aktives Zuhören und Ich-Botschaften
8	Diskussion	„Akzeptanz und Perspektive“: Strategien im Umgang mit einer psychischen Erkrankung und Stigmatisierung
9	Information	Entlassungsvorbereitung und Rückfallprophylaxe
10	Training	Individuelle Frühsymptome Persönlicher Krisenplan
<b>Angehörigengruppe</b>		
1		Eröffnung der Gruppe, Vorstellung der Leiter und Teilnehmer
	Information	Psychische Funktion und ihre Störungen Vulnerabilität-Stress-Modell
2	Information	Funktionsweise des Gehirns, Transmittermodell Behandlungsmöglichkeiten, Medikamente
3	Diskussion	Identifikation und Management schwieriger Situationen mit den kranken Angehörigen Umgang mit Schuld- und Schamgefühlen
	Training	Kommunikationsfertigkeiten: Ich-Botschaften, berechnete Forderungen
4	Information	Soziale Aspekte Unterstützungs- und Selbsthilfeangebote
	Training	Stressreduktion Problemlösestrategien
5	Information	Frühsymptome Krisenmanagement Offene Fragen Schluss der Gruppe

sowie verlaufsrelevanter subjektiver Einstellungen unter der Hypothese einer gegenüber der Kontrollbedingung besseren Wirksamkeit bei psychisch schwer Erkrankten über einen „Follow-up“-Zeitraum von 12 Monaten untersucht. Erste Ergebnisse wurden jüngst publiziert (Rabovsky et al. 2012). Neben einer Auswahl der dort veröffentlichten Resultate wird hier eine erste Analyse qualitativ erhobener Daten präsentiert. Die Studie wurde 2007–2010 nach Genehmigung durch die Ethikkommission (EKBB) an den Universitären Psychiatrischen Kliniken (UPK) in Basel durchgeführt.

## Studiendesign und Untersuchungsmethoden

### Teilnehmer

Aufgenommen wurden bei Studieneintritt in den UPK Basel stationär behandelte 18- bis 64-jährige Patienten mit einer der folgenden Diagnosen der International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems-10 (ICD-10):

- Schizophrenie oder psychotische Störung (F20, F22, F23, F25),
- affektive Störung (F31, F32, F33) oder
- andere schwere psychiatrische Störung aus den Kategorien F40 (neuroti-

sche, Belsatungs- oder somatoforme Störung) oder

- F60/F61 (Persönlichkeitsstörung).

Zur Gewährleistung eines relevanten Schweregrads wurden Patienten der beiden letztgenannten Kategorien nur dann aufgenommen, wenn der aktuellen Hospitalisierung mindestens zwei vorausgegangen waren oder krankheitsbedingte Invalidität vorlag. Eine rechtskräftige Einverständniserklärung musste vorliegen. Ausgeschlossen waren: organisch bedingte Störungen, Minderintelligenz, primäre Abhängigkeitserkrankungen, relevante somatische Komorbiditäten, Schwangerschaft, fehlende Deutschkenntnisse oder fortgesetzte Störung der Gruppe. Von 176 „gescreenten“ Patienten konnten 87 aufgenommen werden. Die Randomisierung erfolgte blockweise und stratifiziert per Zufallsgenerator. Fünf Patienten [Psychoedukationsgruppe (PE): 3, Kontrollgruppe (KG): 2] mussten wegen Protokollverletzung nachträglich ausgeschlossen werden. Der untersuchende Psychologe war verblindet.

### Interventionen

Zusätzlich zur Routinebehandlung begannen die PE-Patienten nach der Basisuntersuchung mit der Psychoedukationsgruppe, die KG-Patienten traten in die „Gesprächs- und Aktivitätengruppe“ ein. Nach Austritt aus der stationären Behandlung wurde der weitere Besuch von extern empfohlen. Bei Einverständnis der Patienten wurden ihre Angehörigen in die korrespondierende Angehörigengruppe eingeladen.

Das Vorgehen in der Interventionsgruppe entsprach dem Manual der bifokal konzipierten diagnosenübergreifenden Psychoedukation, das in Basel entwickelt worden war (Rabovsky u. Stoppe 2009). Die 10 Sitzungen der offen geführten Patientengruppe, jeweils à 45–60 min, finden 2-mal wöchentlich statt. Die Angehörigenintervention wird als geschlossene Gruppe mit 5 Sitzungen à ca. 90 min, in 1- bis 2-wöchentlichem Rhythmus, durchgeführt. Neben den „Informationssitzungen“ gehören thematisch korrespondierende verhaltensorientierte „Trainings-sitzungen“, die den Transfer des erworbenen Wissens in den Alltag fördern sollen,

und je ein „Diskussionsmodul“ dazu. Die Sitzungen werden von Ärzten oder Psychologen, jeweils mit einem Kotherapeuten (z. B. Pflegefachperson), geleitet. Eine Programmübersicht ist in **Tab. 1** aufgeführt.

Die Kontrollgruppe war sehr ähnlich zusammengesetzt. Die insgesamt 5 wöchentlichen Sitzungen über jeweils 90–120 min wurden für die offene Patientengruppe von einem Psychologen, in der Regel mit Koleiter, geführt und beinhalteten für die Patienten eine Kombination von „theoretischen“ und „praktischen“ therapeutisch begleiteten Aktivitäten (leichtes Konzentrationstraining, Elemente von sozialem Fertigkeitstraining, Gesprächsrunde über Alltagsbewältigung, gemeinsame Ausflüge etc.); psychoedukative Kernelemente waren ausgeschlossen. Die Angehörigengruppe bestand aus einem 4 bis 5 abendliche Sitzungen umfassenden Stressmanagement- und Entspannungskurs, den ein Psychologe und Physiotherapeut leitete.

## Untersuchungen

Wesentliche Outcome-Kriterien waren:

- Rehospitalisierungsrate (RR, Anteil rehospitalisierter Patienten/Gruppe in Prozent),
- Anzahl der Rehospitalisierungen (RA, pro Person und Gruppe),
- kumulierte Kliniktage („days in hospital“, DIH, pro Person und Gruppe),
- „compliance“ (gemessen mithilfe des Gesamt-Score eines 14-Punkte-Fragebogens, CFB; **Abb. 1**) sowie zusätzlich
- klinischer Gesamteindruck („Clinical Global Impression“, CGI; Guy 1976).

Die Analysenergebnisse bezüglich des globalen Funktionsniveaus, der Lebensqualität, der Krankheitseinsicht und der therapeutischen Arbeitsbeziehung wurden andernorts präsentiert (Rabovsky et al. 2012). Um den gesamten Untersuchungszeitraum zu erfassen, waren die Resultate zur „baseline“ (BL), nach 3 Monaten (3MO) und 12 Monaten (12MO) ausgewertet worden. Geringfügig unterschiedliche Anzahlen zu verschiedenen Messzeitpunkten resultieren aus der Weigerung mancher Teilnehmer, einzelne Untersuchungselemente zu bestimmten Zeitpunkten zuzulassen. Die Wieder-

Psychotherapeut 2012 · 57:319–325 DOI 10.1007/s00278-012-0927-7  
© Springer-Verlag 2012

Kristin Rabovsky · Mauro Trombini · Gabriela Stoppe

## Diagnosenübergreifende Psychoedukation: „Notbehelf“ oder „Mittel der Wahl“? Ergebnisse der Basler Psychoedukationsstudie

### Zusammenfassung

Trotz günstiger Evidenzlage werden die traditionell diagnosehomogenen psychoedukativen Gruppenprogramme aufgrund der oft zu geringen Patientenzahl pro Diagnose nicht routinemäßig eingesetzt. In einer explorativen randomisierten und kontrollierten Studie wurde die Wirksamkeit eines diagnosisengemischten Programms hinsichtlich klinischer Variablen, Rehospitalisierungshäufigkeit und „compliance“ sowie verlaufsrelevanter subjektiver Einstellungen und Theorien mithilfe quantitativer und qualitativer Methoden bei Patienten der Universitären Psychiatrien Kliniken Basel (N=82) über einen 1-jährigen „Follow-up“-Zeitraum untersucht. Signifikante Gruppenunterschiede zeigten sich hinsichtlich Compliance nach 3 Mona-

ten und hinsichtlich der Suizidrate zugunsten der Interventionsbedingung. Die Ergebnisse bei den meisten anderen erhobenen klinischen Zielvariablen ergaben deutliche Vorteile für die Psychoedukationsgruppe. Eine erste Analyse qualitativer Daten fand als Akuteffekt eine signifikant günstigere Entwicklung in der Interventionsgruppe. Die bisher einzigen empirischen Daten über eine störungsübergreifende Psychoedukationsgruppe rechtfertigen deren klinischen Einsatz und weitere Untersuchungen.

### Schlüsselwörter

Behandlungswirksamkeit · „Compliance“ · Einstellung · Outcome · Angehörige

## Diagnosis-independent psychoeducation: “makeshift” or “gold standard”? Results from the Basel Psychoeducation Study

### Abstract

Despite evidence for its efficacy, diagnosis-specific psychoeducation is not routinely applied because the patient numbers per diagnosis are often too low. In an exploratory randomized and controlled trial the efficacy of a bifocal diagnosis-independent group program was tested on inpatients of the Psychiatric Hospital of the University of Basel (N=82) regarding clinical variables, readmission and compliance as well as course-relevant subjective attitudes over a follow-up period of 12 months by means of quantitative as well as qualitative methods. Significant group differences were found regarding

compliance at 3 months and the suicide rate, both in favour of the intervention group. For most other outcome variables clear advantages for psychoeducation could be shown. A first analysis of qualitative data revealed a more favourable development in the psychoeducation group, which was statistically significant. The to date sole findings on diagnosis-independent psychoeducation justify its clinical application and further investigation.

### Keywords

Treatment efficacy · Compliance · Attitude · Outcome · Relatives

aufnahmedaten wurden exakt für 3 und 12 Monate nach Posttest berechnet.

Bei allen Untersuchungszeitpunkten [BL=Prä- sowie Postintervention und Follow-up-Erhebungen 3, 6 und 12 Monate nach Gruppenende (3MO, 6MO, 12MO)] wurde mit den Patienten anhand eines nach Pilotinterviews entworfenen Leitfadens zudem ein qualitatives Interview u. a. zu subjektiven Einstellungen, Erwartungen und Symptomattribuierung durchgeführt (Froschauer u. Lueger 2003; Mayring 2008). Dieses wurde bei Patienteneinverständnis auf Tonband aufgenommen. Parallel wurde durch den

Untersucher bezüglich geeigneter Items eine semiquantitative Beurteilung anhand einer Likert-Skala vorgenommen. Die Auswertung ist noch nicht vollständig abgeschlossen. Im vorliegenden Beitrag wird eine erste Analyse zum Akuteffekt (Prä-post-Vergleich) hinsichtlich der allgemeinen Einschätzung der Behandlung präsentiert: Die Angaben des Patienten zu dem Item „Die Behandlung (Medikamente, Psychotherapie etc.) ist prinzipiell richtig“ wurden vom Interviewer gemäß einer 5-gradigen Skala (Ankerpunkte 0: sicher, 5: nein) klassifiziert.

1. Ich besuche die mit meinem/r Psychiater/in vereinbarten Sitzungen ...
2. Wenn sich eine Verschlechterung meines Zustandes ankündigt (durch Frühsymptome wie erhöhte Reizbarkeit, Konzentrations- oder Schlafstörungen o. Ä.), bespreche ich dies mit Angehörigen oder dem Arzt ...
3. Spätestens wenn sich aufgrund typischer Symptome deutlich eine erneute Krankheitsepisode zeigt, bespreche ich diese mit Angehörigen oder dem Arzt ...
4. Ärztlichen Empfehlungen bezüglich körperlicher Untersuchungen (z. B. Blutbild, Laborkontrollen, Elektrokardiogramm, Elektroenzephalogramm o. Ä.) folge ich ...
5. Die von meinem Arzt verordneten Psychopharmaka (Medikamente gegen die psychischen Symptome) nehme ich alle genau in der verordneten Dosierung ein ...
6. Unabhängig von der genauen Dosis nehme ich die mir verordneten Psychopharmaka prinzipiell ein (lasse also kein Psychopharmakon ganz weg) ...
7. Ich nehme zusätzliche, nichtverordnete Medikamente (z. B. zur Beruhigung, zum Einschlafen, zur Stimmungsaufhellung und/oder gegen Schmerzen o. Ä.) ein ...
8. Alkohol trinke ich ...
9. Drogen wie Cannabis („Kiffen“), Ekstasy, Heroin oder Kokain nehme ich ...
10. Mein Arzt hat mir bestimmte „Hausaufgaben“ gegeben (wie z. B. ein Ess- oder Schlaftagebuch führen), diese „Hausaufgaben“ erledige ich ...
11. Mein Arzt hat mir noch zusätzliche Therapien empfohlen, wie z. B. den Besuch eines Psychologen, die Teilnahme an therapeutischen Gruppen, Ergotherapie o. Ä. Diese zusätzliche therapeutischen Empfehlungen befolge ich ...
12. Um mich gesund und fit zu halten, gehe ich spätestens gegen Mitternacht zu Bett ...
13. Ich schlafe mindestens 6 bis 8 Stunden pro Nacht ...
14. Um meine Gesundheit und Ausgeglichenheit zu fördern, versuche ich bewusst, mich vor schädlichem Stress zu schützen, z. B. durch folgende Strategien bzw. Aktivitäten (Beispiele) ...

Mögliche Antwortoptionen (je nach Fragestellung):

Nie	<input type="checkbox"/>	Höchstens einmal im Monat	<input type="checkbox"/>	Mehrmals monatlich	<input type="checkbox"/>	Mehrmals pro Woche	<input type="checkbox"/>	Täglich	<input type="checkbox"/>
Nie	<input type="checkbox"/>	Selten	<input type="checkbox"/>	Häufig	<input type="checkbox"/>	Meistens	<input type="checkbox"/>	Immer	<input type="checkbox"/>

Abb. 1 ▲ Kurzfassung des „Compliance“-Fragebogens – Patientenversion

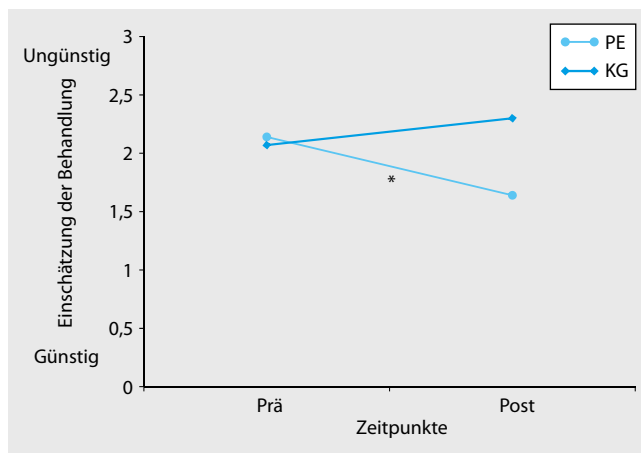


Abb. 2 ◀ Allgemeine Einschätzung der Behandlung. KG Kontrollgruppe, PE Psychoedukationsgruppe

## Datenanalyse und statistische Methoden

Häufigkeitsverteilungen (z. B. männliches/weibliches Geschlecht) wurden mithilfe der  $\chi^2$ -Berechnungen durchgeführt. Wenn die Voraussetzungen für den  $\chi^2$ -Test nach Pearson nicht erfüllt waren, wurde der Likelihood-Quotient- $\chi^2$  angegeben. Der Student's t-Test wurde für Mittelwertsvergleiche bezüglich Alter, Krankheitsdauer und klinischer Daten zwischen PE und KG eingesetzt. Um die Unterschiede hinsichtlich der Rehospitalisierungen zu testen, wurde anstelle des

klassischen Student's t-Test der robustere Welch-Test „w“ angewendet, da die Voraussetzung der Varianzhomogenität nicht erfüllt war (Welch 1938). Bei den „Drop-out“-Analysen wurden die Mittelwertsvergleiche mit den gleichen Verfahren gerechnet. Um Veränderungen in Abhängigkeit von der Zeit und von der Gruppe zu berechnen, wurde eine Reihe von „multivariate analyses of variance“ (MANOVA) mit den Faktoren Zeit und Gruppe (PE/KG) durchgeführt. Im Fall einer Abweichung der Sphärizität wurden in den statistischen Berechnungen die Freiheitsgrade nach Greenhouse-Geisser korrigiert,

wobei die ursprünglichen Freiheitsgrade mit dem entsprechenden Greenhouse-Geisser-Epsilon-Wert ( $\epsilon$ ) angegeben wurden. Alle Befunde und Follow-up-Analysen beziehen sich auf die „Completer“-Daten bei 3MO bzw. 12MO.

Um mögliche zusätzliche Akuteffekte hinsichtlich der semiquantitativ ausgewerteten subjektiven Einschätzung der Behandlung zu erhalten, wurden mehrere ANOVA mit den Faktoren Gruppe (PE vs. KG) und Zeit (Prä vs. Post) und der Zeit×Gruppeninteraktion bei PE und KG berechnet. Post-hoc-Analysen wurden mithilfe der p-Wert-Korrektur nach Bonferroni-Holm durchgeführt.

Ein  $\alpha$ -Niveau von  $\leq 0,05$  wurde als Signifikanzgrenze angegeben. (Statistisch signifikante Werte sind im Folgenden mit einem Asterisk markiert.) Die vorliegende Studie hat explorativen Charakter; deshalb wurde in Anlehnung an Harris et al. (2009) auf eine  $\alpha$ -Korrektur verzichtet. Weiter interessierte, ob unabhängig von den Messwiederholungsrechnungen zu den einzelnen Messzeitpunkten deutliche Effektstärken zwischen den Gruppen zu beobachten waren. Hierfür wurden die Effektstärken nach Cohen (1988; Cohen 1994) berechnet. Für einzelne Messzeitpunkte wurde



**Tab. 2** Merkmale der Studienpatienten

Merkmale	PE-Gruppe (n=40)	KG-Gruppe (n=42)	p	Total (N=82)
Alter <sup>a</sup> (Jahre, SD)	37,7 (±9,6)	38,3 (±11,3)	0,79	38,0 (±10,4)
Geschlecht <sup>b</sup> (%)			0,48	
– Männlich/weiblich	28,3/20,2	32,3/18,1		60/39
Diagnosen <sup>b</sup> (ICD-10; %)			0,42	
– Schizophrene Störungen (F2)	65	71,4		68,3
– Affektive Störungen (F3)	25	16,6		20,7
– Neurotische Störungen (F4)	2,5	2,4		2,4
– Persönlichkeitsstörungen (F6)	7,5	9,5		8,5
Dauer der Erkrankung (Jahre, SD)	9,6 (±8,8)	12,3 (±9,6)	0,19	11,0 (±9,3)
Bisherige Hospitalisierungen <sup>c</sup> (n, SD)	3,6 (±3,9)	7,9 (±9,3)	<0,01*	5,8 (±7,5)
Anzahl (n) der teilnehmenden Angehörigen <sup>b</sup>	10	9	0,7	19
Anzahl (n) der Drop-outs <sup>b</sup>	17	21	0,5	38

KG Kontrollgruppe, PE Interventionsgruppe, SD Standardabweichung, <sup>a</sup>t-Test, <sup>b</sup>χ<sup>2</sup>-Test, <sup>c</sup>Welch-Test. \*Signifikanter Mittelwertsunterschied bei p<0,05.

Cohens d berechnet; hierbei galt folgende Regelung:

- 0,49≥d≥0,20: kleine Effektstärken (ohne praktische Bedeutsamkeit),
- 0,79≥d≥0,50: mittlere Effektstärken (moderate praktische Bedeutsamkeit),
- d≥0,80: große Effektstärken (hohe Bedeutsamkeit).

Es wurde das Statistikprogramm SPSS 17,0 for Windows benutzt (SPSS Inc.; Chicago, Ill.).

## Ergebnisse

### Stichprobe

Die wesentlichen soziodemografischen Angaben aller teilnehmenden Patienten sind **Tab. 2** zu entnehmen. Außer einer höheren Anzahl vorausgegangener Hospitalisationen in der KG (PE: M=3,60, SD ±3,89; KG: M=7,86, SD ±9,31; t(80)=2,68; p=0,009\*) unterschied sich die Interventionsgruppe (PE: 40 Teilnehmer) von der Kontrollgruppe (KG: 42 Teilnehmer) weder hinsichtlich soziodemografischer oder krankheitsassoziierter Charakteristika noch der Baseline-Daten der Zielvariablen oder des Ausmaßes der Beteiligung von Familienangehörigen signifikant. Letzteres fiel mit <25% trotz aller Motivationsbemühungen insgesamt gering aus. Dominant vertretene Diagnosengruppe waren bei beiden Bedingungen die psychotischen Erkrankungen (ICD-10 F2)

und zwar v. a. die Schizophrenie (F20), gefolgt von affektiven Erkrankungen (F3).

### Drop-out-Analyse

Von den 82 Patienten fielen weitere 16 (PE: 7, KG: 9) aus, weil sie nicht ausreichend lang (weniger als 4 der 5 Sitzungen) die Gruppe besucht oder keine außer der Baseline-Untersuchung zugelassen hatten. Die Anzahl dieser (frühen) Drop-outs war sowohl in absoluten Zahlen als auch prozentual in beiden Gruppen vergleichbar, und sie unterschieden sich hinsichtlich oben genannter Kriterien nicht signifikant von den verbleibenden Studienpatienten. Ein Patient aus der Kontrollgruppe beging mehr als 2 Wochen nach der einzigen von ihm besuchten Sitzung Suizid.

Von diesen 66 Studienpatienten (PE: 33, KG: 33) verblieben 54 bis zum Follow-up-Messzeitpunkt nach 3 und 43 bis nach 12 Monaten. Die häufigsten Gründe für einen Studienabbruch waren die Rücknahme der Einwilligung sowie 3 Suizide (PE: n=0, KG: n=3) und ein Unfalltod (PE: n=1, KG: n=0). Diese späten, als interventionsabhängig zu interpretierenden Drop-outs („lost to follow-up“, LTF) waren in Zahlen und Prozenten in beiden Gruppen vergleichbar, ohne signifikante Gruppenunterschiede bezüglich relevanter Charakteristika oder Basisvariablen und nicht abweichend von akzeptierten Standards Fewtrell et al. 2008. Erneut war

die Suizidrate in der KG signifikant höher (PE: 0 von 33; KG: 3 von 33, χ<sup>2</sup>=4,302, p=0,038\*). Dies gilt ebenso, wenn die frühen und späten (LTF) Drop-outs zusammengerechnet werden (PE: 0 von 40, KG: 4 von 42, χ<sup>2</sup>=5,548, p=0,019\*). Außerdem war in diesem Stichprobensegment der Insight-(IS-)Score in der KG signifikant niedrigerer (t=2,054, p=0,043\*; nicht dargestellt; Rabovsky et al. 2012).

### Effekte nach drei und zwölf Monaten

#### Rehospitalisierungs-Outcome

Ein wesentliches Studienkriterium war das Rehospitalisierungs-Outcome bis 12 Monate nach Interventionsende. Hier verbesserte sich die Tendenz für PE mit der Studiendauer: Während RR, RA und DIH bei der ersten diesbezüglichen Messung (3MO) noch höher bei PE waren, hatte sich der Effekt nach einem Jahr umgekehrt. Bei 12MO betrug die RR für PE 27% (6 von 22), gegenüber 42,9% (9 von 21) in der KG. Weniger als halb so viele Wiedereintritte pro Person und Gruppe (RA) waren in der PE im Vergleich zur KG zu konstatieren (PE: 0,45, KG: 1,05), und die DIH betragen in der PE weniger als zwei Drittel der KG. Statistische Signifikanz wurde nicht erreicht. Zwischen 3MO und 12MO stiegen RA und DIH deutlich stärker in der KG als in der PE [ansteigende Anzahl von Wiederaufnahmen zwischen 3MO und 12MO: PE: kleine Effektstärke (ES), KG: mittlere ES; zunehmende DIH zwischen 3MO und 12MO: PE: kleine ES, KG: mittlere ES; **Tab. 3, 4**].

#### Compliance (Compliance-Fragebogen)

Der Compliance-Score des verwendeten Fragebogens war bei PE gegenüber KG sowohl bei 3MO als auch bei 12MO mit mittlerer Effektstärke besser [Cohens d<sub>(3MO)</sub>=0,64, Cohens d<sub>(12MO)</sub>=0,51]. Bei 3MO war der Gruppenunterschied statistisch signifikant [53,48 vs. 49,52, total N=50, t(48)=2,27, p=0,027\*, Cohens d=0,66]. Über die Zeit zwischen BL und 12MO zeigte sich hinsichtlich einer Verbesserung der Compliance bei PE eine große ES (Cohens d=0,80; **Tab. 3, 4**).

**Tab. 3** Klinische Zielvariablen

	Baseline				3 Monate				12 Monate					
	PE	KG	p	d	PE	KG	N (PE/ KG)	p	d	PE	KG	N (PE/ KG)	p	d
„Compliance“-Fragebogen <sup>a</sup>	48,06 (±7,26)	46,12 (±6,14)	0,19	0,3	52,48 (±4,48)	49,52 (±4,72)	27/23	0,028*	0,6	53,27 (±5,63)	49,38 (±9,26)	22/21	0,1	0,5
„Clinical Global Impression“ <sup>a</sup>	4,73 (±0,72)	4,83 (±0,88)	0,54	0,1	4,13 (±1,08)	4,58 (±1,17)	24/19	0,19	0,5	3,75 (±1,21)	4,40 (±1,19)	20/20	0,09	0,5
Anzahl (n) der Rehospitalisierungen <sup>a</sup>					0,22 (±0,42)	0,17 (±0,38)	27/24	0,63	0,1	0,45 (±0,86)	1,05 (±1,83)	22/21	0,18	0,4
Akkumulierte Tage in der Klinik <sup>a</sup>					11,44 (±27,94)	5,50 (±21,80)	27/24	0,41	0,2	20,32(±47,54)	31,00 (±55,92)	22/21	0,5	0,2
Rehospitalisierungsrate in Prozent <sup>b</sup>					6/27 (±22,2)	4/24 (±16,7)	27/24	0,62		6/22 (±27,3)	9/21 (±42,9)	22/21	0,28	

Angegeben sind Mittelwerte (SD). Effektstärken (Cohens d): kleine Effektstärke: 0,49≥d≥0,20; mittlere Effektstärke: 0,79≥d≥0,50; große Effektstärke: d≥0,80. SD Standardabweichung, PE Interventionsgruppe, KG Kontrollgruppe. <sup>a</sup>t-Test. <sup>b</sup>χ<sup>2</sup>-Test. \*Signifikanter Mittelwertsunterschied bei p<0,05.

**Tab. 4** Effektstärken (d), Veränderungen über die Zeit

Variablen	Gruppe	
	Interventionsgruppe	Kontrollgruppe
<b>Baseline bis 12 Monate</b>		
„Compliance“-Fragebogen	0,80	0,41
„Clinical Global Impression“	0,97	0,41
<b>3 Monate bis 12 Monate</b>		
Anzahl (n) der Rehospitalisierungen	0,34	0,67
Akkumulierte Tage in der Klinik	0,23	0,60

Effektstärken (ES; Cohens d): kleine ES: 0,49≥d≥0,20, mittlere ES: 0,79≥d≥0,50, große ES: d≥0,80.

### Klinischer Gesamteindruck (Clinical Global Impression)

Der CGI wurde eingesetzt, um den klinischen Gesamteindruck zu messen. Der Mittelwert in PE war bei 12MO besser (niedrigerer Score) bei mittlerer ES (Cohens d=0,54) als in KG und besserte sich über die Zeit zwischen BL und 12MO mit großer ES (Cohens d=0,97). Die Gruppendifferenz war zu keinem Messzeitpunkt statistisch signifikant, zeigte aber eine Tendenz zugunsten von PE (3MO: 4,13 vs. 4,58, total N=43, p=0,193; 12MO: 3,75 vs. 4,40, total N=40, p=0,094; **Tab. 3, 4**).

### Akuteffekt (Vergleich Prä-post-Test) hinsichtlich allgemeiner Einschätzung der Behandlung

Die Einschätzung der Behandlung änderte sich statistisch nicht über die Zeit und unterschied sich auch nicht signifikant zwischen den Gruppen. Der signifikante Zeit×Gruppeninteraktionseffekt weist darauf hin, dass sich die Einschätzung in der PE-Gruppe im Laufe der Zeit (prä-post) signifikant verbesserte, während die Behandlungseinschätzung in der KG weitgehend unverändert blieb [F(1,56)=5,43, p=0,023\*; **Abb. 2**].

### Diskussion

Die erste randomisierte kontrollierte Studie zu diagnosenübergreifender Psychoedukation wurde durchgeführt, um ihre Wirksamkeit hinsichtlich Wiederaufnahmegeschwindigkeit und verschiedener klinischer Variablen zu testen. Zusätzlich interessierte das Potenzial, subjektive Einstellungen, Erwartungen und das Krankheitskonzept günstig zu beeinflussen.

Um die Wirkung der charakteristischen psychoedukativen Elemente gegen unspezifische Faktoren abzugrenzen, kam eine KG mit sehr ähnlichem Design zum Einsatz, die ebenfalls zusätzlich zur Routinebehandlung der Patienten und darüber hinaus für die Angehörigen angeboten wurde. Sie beinhaltete eine Kombina-

tion verschiedener therapeutisch-begleiteter Aktivitäten; psychoedukative Kernelemente waren hierbei explizit ausgeschlossen.

Zusammenfassend zeigten sich günstige Ergebnisse für die diagnosenübergreifende Gruppenpsychoedukation in dieser Stichprobe mit psychisch schwer kranken, bei Interventionsbeginn hospitalisierten erwachsenen Patienten. Im Einklang mit vorliegenden Studien bei störungshomogenen Ansätzen ist insbesondere die Wirkung auf die Wiederaufnahmegeschwindigkeit vorteilhaft. Der Compliance-Score war in der Follow-up-Phase nach 3 Monaten in der PE statistisch signifikant höher als in der KG. In den folgenden 9 Monaten stiegen sämtliche Rehospitalisierungsparameter in der PE wesentlich geringer an und mündeten in einen deutlichen Vorteil bei der Einjahres-Follow-Up-Erhebung. Statistische Signifikanz wurde hier aber verfehlt, ebenso wie bei dem auch deutlich gebesserten klinischen Gesamteindruck. Auf deskriptivem Niveau fanden sich für alle analysierten Variablen Vorteile (Rabovsky et al. 2012). Statistisches Signifikanzniveau erreichte hingegen die im Rahmen der Drop-out-Analyse ermittelte Suizidrate, die in der KG höher war.

Als ersten Einzelbefund aus den derzeit in Analyse befindlichen qualitativen Daten zu subjektiven Einstellungen fand sich hinsichtlich der allgemeinen Ein-

schätzung der Behandlung ein statistisch signifikantes Resultat zugunsten der PE.

Die Ergebnisse der hier präsentierten Studie sind mit denen aus jüngeren Arbeiten zu störungsspezifischer Psychoedukation bei Psychosen vergleichbar. Dies gilt umso mehr, wenn man die sehr geringe Angehörigenbeteiligung berücksichtigt (insgesamt weniger als 25%). Eine Analyse, die PE mit Angehörigenbeteiligung und solche ausschließlich für Patienten differenzierte, ergab u. a., dass die Effekte hinsichtlich Rückfällen und Wiedereintritten nur dann stabil und signifikant blieben, wenn die Angehörigen involviert waren (Lincoln et al. 2007). Dies ist umso wichtiger, als die Beteiligung von Angehörigen in der klinischen Realität gering ist (Rummel-Kluge et al. 2006), wie die vorliegende Studie, bei der die Mitwirkung der Familie kein Einschlusskriterium war, widerspiegelt.

Die statistisch signifikant niedrigere Suizidrate für die PE muss vorsichtig interpretiert werden und bedarf der Replikation, da sie nicht primäre Zielvariable war. Ihr ist aber dennoch Bedeutung zuzumessen, da der Befund erstmalig Psychoedukation auch in dieser Hinsicht favorisiert. Obwohl zwar zu diesem Zeitpunkt noch hochspekulativ, erscheint die Hypothese vertretbar, dass der diagnosesübergreifende und interaktive Ansatz dazu beitragen kann, bei Patienten Vorurteile gegen unbekannte Diagnosengruppen abzubauen und integrativ zu wirken.

Ebenfalls neuartig sind qualitativ erhobene Daten zu subjektiven Einstellungen. Der statistisch signifikante Erstbefund bezüglich allgemeiner Behandlungseinschätzung als Akuteffekt im Prä-post-Vergleich ist umso ermutigender, als die Verlaufsrelevanz dieser subjektiven Einstellungen inzwischen belegt ist (z. B. Broadbent et al. 2006; Cavelti et al. 2012).

Das der Interventionsgruppe sehr ähnlich gewählte Design der Kontrollbedingung bietet eine solide Basis dafür, die Befunde auf die spezifischen psychoedukativen Charakteristika (s. Abschn. „Hintergrund und Fragestellung“; Bäuml u. Pitschel-Walz 2008) zurückzuführen.

## Fazit

**Die Befunde zu klinischen Symptomen und Wiederaufnahmhäufigkeit zeigen ebenso wie eine erste Analyse qualitativer Daten, dass ein störungsübergreifendes psychoedukatives Gruppenkonzept bei psychisch schwer Kranken günstig wirkt, und sie rechtfertigen dessen klinischen Einsatz sowie weitere Untersuchungen. Dabei interessiert z. B., welches Patientensegment in besonderem Maß von der Diagnosenhomogenität der Therapiegruppe profitiert und in welchen Fällen andere Diversifikationskriterien zielführender sind. Es ist anzunehmen, dass es Indikationen für verschiedene Ansätze gibt, aber empirische Daten hierzu stehen noch aus. Es könnte wegen deren Verlaufsrelevanz lohnend sein, die subjektiven krankheits- und behandlungsassoziierten Einstellungen und Theorien in Klinik sowie Forschungspraktische und wissenschaftliche Strategien sollten verstärkt die Bedeutung der Familienmitwirkung genauso wie die Entwicklung hierauf fokussierender Motivationsstrategien umfassen.**

## Korrespondenzadresse

### Dr. Kristin Rabovsky

Universitäre Psychiatrische Kliniken Basel  
Wilhelm Klein-Str. 27, 4012 Basel, Schweiz  
kristin.rabovsky@upkbs.ch

**Danksagung.** Die Autoren danken allen Patienten und ihren Angehörigen, die an dem Projekt teilgenommen haben. Die Studie wurde von der Gottfried und Julia Bangerter-Rhyner-Stiftung Basel gefördert, der für ihre finanzielle Unterstützung gedankt wird.

**Interessenkonflikt.** Die korrespondierende Autorin gibt für sich und ihre Koautoren an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

## Literatur

- Bäuml J, Pitschel-Walz G (Hrsg) (2008) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart
- Bäuml J, Pitschel-Walz G, Berger H et al (2010) Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (APES), 2. Aufl. Schattauer, Stuttgart
- Broadbent E, Petrie KJ, Main J, Weinman J (2006) The brief illness perception questionnaire. *J Psychosom Res* 60:631–637
- Cavelti M, Beck EM, Kvrjic S et al (2012) The role of subjective illness beliefs and attitude toward recovery within the relationship of insight and depressive symptoms among people with schizophrenia

- spectrum disorders. *J Clin Psychol*. DOI 10.1002/jclp.20872
- Cohen J (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2. Aufl. Erlbaum, Hillsdale
- Cohen J (1994) The earth is round ( $p < .05$ ). *Am Psychol* 49:997–1003
- Colom F, Lam D (2005) Psychoeducation: improving outcomes in bipolar disorder. *Eur Psychiatry* 20:359–364
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) (2000) *Behandlungsleitlinie Affektive Erkrankungen*. Steinkopff, Darmstadt
- Fewtrell MS, Kennedy K, Singhal A et al (2008) How much loss to follow-up is acceptable in long-term randomized trials and prospective studies? *Arch Dis Child* 93:458–461
- Froschauer U, Lueger M (2003) *Das qualitative Interview*. UTB für Wissenschaft, Stuttgart
- Guy W (1976) *Clinical global impressions (CGI)*. In: Guy W (Hrsg) *ECDEU assessment manual for psychopharmacology*, revised edition. National Institute of Mental Health, Rockville, S 218–222
- Harris AHS, Reeder R, Hyun JK (2009) Common statistical and research design problems in manuscripts submitted to high-impact psychiatry journals: what editors and reviewers want authors to know. *J Psychiatr Res* 43:1231–1234
- Jensen M, Sadre Chirazi-Stark FM, Hoffmann G (2010) *Diagnosenübergreifende Psychoedukation: ein Manual für Patienten- und Angehörigengruppen*. Psychiatrie-Verlag, Bonn
- Lincoln TM, Wilhelm K, Nestorciuc Y (2007) Effectiveness of psychoeducation for relapse, symptoms, knowledge, adherence and functioning in psychotic disorders: a meta-analysis. *Schizophr Res* 96:232–245
- Mayring P (2008) *Qualitative Inhaltsanalyse. Grundlagen und Technik*, 10. Aufl. Beltz, Weinheim
- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J et al (2001) The effect of family intervention on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta-analysis. *Schizophr Bull* 27:73–92
- Rabovsky K, Stoppe G (2006) Die Rolle der Psychoedukation in der stationären Behandlung psychisch Kranker – eine kritische Übersicht. *Nervenarzt* 77:538–548
- Rabovsky K, Stoppe G (2009) *Diagnosenübergreifende und multimodale Psychoedukation. Manual zur Leitung von Patienten- und Angehörigengruppen*. Urban & Fischer, München
- Rabovsky K, Trombini M, Allemann D, Stoppe G (2012) Efficacy of bifocal diagnosis-independent group psychoeducation in severe psychiatric disorders: results from a randomized controlled trial. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. DOI 10.1007/s00406-012-0291-1
- Rentrop M, Reichert M, Bäuml J (2007) Psychoedukation Borderline-Störung. Urban & Fischer, München
- Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Bäuml J, Kissling W (2006) Psychoeducation in Schizophrenia – results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. *Schizophr Bull* 32:765–775
- Rummel-Kluge C, Pitschel-Walz G, Kissling W (2009) Psychoeducation in anxiety disorders: results of a survey of all psychiatric institutions in Germany, Austria and Switzerland. *Psychiatry Res* 169:180–182
- Welch BL (1938) The significance of the differences between two means when the population variances are unequal. *Biometrika* 29:350–360
- Xia J, Merinder LB, Belgamwar MR (2011) Psychoeducation for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*:CD002831