Verhaltenstherapie

Originalarbeit · Original Article

Verhaltenstherapie 2003;13:237–243

Wirksamkeit und Prozessmerkmale einer psychoedukativen und bewältigungsorientierten Gruppentherapie für schizophren und schizoaffektiv Erkrankte

A. Fries M. Pfammatter K. Andres H.D. Brenner

Universitäre Psychiatrische Dienste, Bern (UPD), Direktion für Sozial- und Gemeindepsychiatrie, Schweiz

Schlüsselwörter
Schizophrenie · Gruppentherapie · Psychoedukation · Krankheitsbewältigung · Coping

Zusammenfassung
Hintergrund: Psychoedukation ist ein zentrales Element psychologischer Therapie bei schizophren Erkrankten. Die Anwendung im Familiensetting ist gut untersucht und etabliert. Über die Wirksamkeit von Psychoedukation ohne das Einbeziehen von Angehörigen ist jedoch wenig bekannt. **Patienten und Methoden:** In einer Gruppenstudie mit Zufallszuweisung wurden Wirkung und Prozessqualität einer psychoedukativen, bewältigungsorientierten Gruppentherapie für schizophren und schizoaffektiv Erkrankte einerseits und einer supportiven, problemlöseorientierten Kontrollbedingung andererseits verglichen. **Ergebnisse:** Unter beiden Therapiebedingungen konnten unmittelbar nach der Therapie sowie ein Jahr später eine prägnante Symptomreduktion sowie Verbesserungen in der Krankheitsverarbeitung verzeichnet werden. Darüber hinaus erlitten die Patienten der Experimentalgruppe gegenüber der Kontrollgruppe im ersten Katamnesejahr weniger Rückfälle und wiesen während dieser Zeit entsprechend weniger Hospitalisierungstage auf. Prozessmerkmale und Therapieergebnis hingen in der Experimentalgruppe derart zusammen, dass eine positivere Bewertung der Therapiebeziehung mit einem größeren Therapieerfolg einherging. Demgegenüber fühlten sich in der Kontrollgruppe diejenigen Patienten wohler, die am Ende der Therapie eine höhere Symptombelastung aufwiesen. Auch andere Einschätzungen der Prozessqualität stehen mit dem Behandlungsergebnis nach Abschluss der Therapie in Zusammenhang, wobei sich zwischen den Gruppen deutliche Unterschiede feststellen lassen. **Diskussion:** Diese Befunde deuten zum einen darauf hin, dass die erlebte Qualität der Therapiebeziehung den Erfolg der psychoedukativen, bewältigungsorientierten Therapie entscheidend beeinflusst. Zum anderen scheint das weniger strukturierte Vorgehen der supportiven Therapie Patienten mit hartnäckigerer Krankheitssymptomatik entgegenzukommen. Um eine größere Wirkung psychologischer Therapieansätze zu erzielen, sollte daher der Gestaltung der Therapiebeziehung sowie der Untersuchung differenzieller Indikationskriterien künftig mehr Gewicht in der Psychotherapieforschung auf dem Gebiet schizophrener Erkrankungen eingeräumt werden.

Key Words
Schizophrenia · Group therapy · Psychoeducation · Coping with illness

Summary
Outcome and Process Characteristics of a Psychoeducational, Coping Oriented Group Therapy for Schizophrenia and Schizoaffective Patients
Background: Psychoeducation is a core element in psychological therapy for schizophrenics. Its application has been intensively studied and well established in the family setting. Empirical data concerning its efficacy without involvement of relatives are scarce. **Patients and Methods:** In a randomized controlled trial, effects and process quality of a psychoeducational coping oriented group therapy for schizophrenia and schizoaffective patients were compared to those of a control group in which supportive discussions and training in problem solving were offered. **Results:** Both groups showed clear reductions in psychopathology and improved cognitive coping with the illness at completion of the therapy and at one-year follow-up. In addition, coping oriented therapy reduced relapse rates and days in hospital compared to the control group during the first year after therapy. Regarding process-outcome-relations a good therapeutic relationship, as perceived by the patients, was associated with the success of the psychoeducational, coping oriented intervention. In contrast, those patients of the supportive therapy who demonstrated the highest degree of psychopathology at the end of therapy, felt more comfortable in this treatment. Other assessments of the quality of the therapeutic process also revealed strong relations to the outcome at the end of therapy. These relations varied between the two treatment groups. **Discussion:** On the one hand, our results indicate that the patients' ratings of the quality of the therapeutic relationship determine the success of the psychoeducational, coping oriented therapy. On the other hand, patients with more persistent symptoms may prefer the less structured supportive therapy approach. Therefore, in future psychotherapy research with schizophrenia patients it will be important to be more concerned with the formation of a good therapeutic relationship and to identify differential indication criteria to enhance the efficacy of psychological therapy approaches.

KARGER
Fax +49 761 4 52 07 14
E-mail Information@Karger.de
www.karger.com

© 2003 S. Karger GmbH, Freiburg

Accessible online at:
www.karger.com/ver

Dr. phil. Karl Andres
Universitäre Psychiatrische Dienste, Bern (UPD)
Direktion für Sozial- und Gemeindepsychiatrie
Bolligenstrasse 111, CH-3000 Bern
Tel. 0041 31 930-9906, Fax -9988
E-Mail andres@spk.unibe.ch

Einleitung: Psychoedukative Therapieverfahren in der Schizophreniebehandlung

Kein anderer psychologischer Therapieansatz wird in der Behandlung schizophrener Erkrankungen empirisch so breit gestützt wie psychoedukative Verfahren [Pharoah et al., 2002; Pilling et al., 2002]. In einer Vielzahl kontrollierter Wirksamkeitsstudien hat sich gezeigt, dass ergänzend zur Medikation durchgeführte psychoedukative Interventionen regelmäßig eine Zunahme des Wissens über die Erkrankung, eine Verbesserung der Medikamentencompliance sowie eine deutliche Senkung der Rezidivraten erzielen. Einer Metaanalyse von Pitschel-Walz und Kollegen [2001] zufolge wird die jährliche Rückfallquote durch solche Therapieverfahren im Vergleich zu Kontrollbedingungen mit ausschließlich medikamentöser Behandlung durchschnittlich um 20% reduziert. Weitere Therapieeffekte finden sich im Hinblick auf eine Verkürzung der Klinikaufenthalte, Verbesserungen im Sozialverhalten, eine günstige Beeinflussung der Familieninteraktionen sowie eine Reduktion der Belastung von Angehörigen. Zudem konnte in mehreren Untersuchungen eine Verringerung der direkten Kosten infolge des reduzierten stationären Behandlungsbedarfs aufgezeigt werden [Cardin et al., 1985; Tarrier et al., 1991].

Auch hinsichtlich dieser Ansätze bestehen allerdings noch etliche Wissenslücken. Entscheidend für die Implementierung neuer psychologischer Therapieansätze in die Standardbehandlung schizophren Erkrankter ist ihre Kosteneffektivität unter den Bedingungen der psychiatrischen Regelversorgung. Während die Wirksamkeit psychoedukativer Ansätze durch zahlreiche experimentelle Studien heute empirisch gut belegt ist, gilt dies noch keineswegs für ihre Effektivität in der psychiatrischen Routineversorgung. Damit verknüpft ist die Frage nach dem (kosten-)effektivsten Behandlungsformat. Psychoedukative Verfahren sind in verschiedensten Settings umgesetzt worden: mit einzelnen Familien [Falloon et al., 1985; Hahlweg et al., 1995], Gruppen von Familien [McFarlane et al., 1995], in Angehörigengruppen [Leff et al., 1989], mit Patienten im Einzel- [Hogarty et al., 1997; Süllwold und Herrlich, 1998] oder im Gruppensetting [Wienberg et al., 1995; Kieserg und Hornung, 1996] sowie bifokal mit Patienten und Angehörigen in parallel, jedoch getrennt stattfindenden Gruppensitzungen [Buchkremer et al., 1997]. Experimentell besonders gut evaluiert ist die Wirksamkeit psychoedukativer Interventionen mit einzelnen Familien oder im Rahmen von Angehörigengruppen [Leff et al., 1989; McFarlane, 1995; Schooler et al., 1997]. Allerdings leben bei weitem nicht alle Patienten in Verhältnissen, die einen Einbezug der Angehörigen in die Behandlung erlauben. In jüngerer Zeit sind deshalb vor allem im deutschen Sprachraum entweder rein patientenzentrierte [Wienberg et al., 1995; Kieserg und Hornung, 1996] oder bifokale Ansätze [z.B. Buchkremer et al., 1997] in den Vordergrund gerückt. Ihre Wirkung, insbesondere im Hinblick auf die Rezidivprophylaxe, ist aber im Gegensatz zu psychoedukativen Familieninterventionen oder psychoedukativen Ansätzen im Rahmen von Angehörigengruppen empirisch noch nicht abgesichert. Metaanalysen weisen zudem darauf hin, dass längerfristige, d.h. länger als 3 Monate dauernde Interventionen [Pitschel-Walz et al., 2001], und Interventionen mit einzelnen Familien [Pilling et al., 2002] einen größeren therapeutischen Gewinn bringen. In diesem Zusammenhang stellt sich auch die Frage nach den spezifischen Wirkfaktoren dieser Therapieansätze und den dadurch initiierten Veränderungsprozessen. So bleibt gegenwärtig unklar, inwieweit solche Interventionen letztlich «nur» über eine Verbesserung der Medikamentencompliance wirken. Im Widerspruch dazu stehen allerdings Befunde, wonach auch bei eindeutiger Medikamentencompliance deutliche Wirksamkeitsunterschiede zwischen den Experimental- und den Kontrollgruppen bestehen bleiben. So ließ sich in der Untersuchung von Hogarty et al. [1991] beim Vergleich der Rückfallraten von Patienten mit guter Compliance ein signifikanter Unterschied zugunsten der psychoedukativen Experimentalbedingung aufzeigen. Dies deutet darauf hin, dass der rezidivprophylaktische Effekt psychoedukativer Therapieansätze über die verbesserte Medikamentencompliance hinausreicht. Darüber hinaus findet sich in einzelnen Studien, dass ein aktiver, bewältigungsorientierter Umgang mit der eigenen Krankheit mit einem günstigeren Krankheitsverlauf korreliert [Pallanti et al., 1997; Andres et al., 2003], was auf die prognostische Bedeutung der individuellen Krankheitsverarbeitung verweist. Ob und inwieweit sich psychoedukative Verfahren auf die Krankheitsverarbeitung und das Bewältigungsverhalten schizophren Erkrankter auswirken, lässt sich gegenwärtig aber nicht abschätzen. Klärungsbedarf besteht schließlich auch im Hinblick auf die selektive Indikation für diese Ansätze. Die fehlende Kenntnis der differenziellen Wirkung verschiedener Behandlungsformate, der genauen Wirkfaktoren und –prozesse sowie differenzieller Indikationskriterien verhindert eine zielgerichtete, auf die jeweiligen Eingangsbedingungen, Probleme und Ressourcen der Patienten zugeschnittene und damit (kosten-)effektivere Therapieplanung.

Aus den bestehenden Wissenslücken leiten sich die Fragestellungen der vorliegenden Studie ab. Die Ziele waren einerseits die Überprüfung der Wirksamkeit eines rein patientenzentrierten psychoedukativen Therapieansatzes [Schaub et al., 1996; Andres et al., 2002]. Weiterhin sollte überprüft werden, ob sich eine solche Intervention auf die kognitive Krankheitsverarbeitung der Patienten auswirkt. Zudem sollten die Einflüsse von Prozessmerkmalen auf die Wirkung der Therapie untersucht werden und daraus Hinweise für eine selektive Indikation abgeleitet werden. Auf die Formulierung exakter Hypothesen wurde verzichtet, da das theoretische und empirische Vorwissen zu gering ist, um stichhaltige Hypothesen abzuleiten. Allgemein werden aber eine Zunahme des krankheitsspezifischen Wissens, deutliche Veränderungen in der Krankheitsverarbeitung sowie eine Senkung der Rückfallrate erwartet.

Patienten und Methoden

Das hier untersuchte Verfahren zur Psychoedukation und Krankheitsbewältigung (PKB) repräsentiert eine Gruppentherapie für schizophren und schizoaffektiv Erkrankte. Im psychoedukativen Therapieteil werden Fragen zur Definition von Krankheit, zur psychotischen Symptomatik, Diagnose, Ätiologie, Prognose und zum Verlauf erörtert, das Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungsmodell, die individuellen Frühwarnsignale, das Erstellen eines Krisenplans sowie die Wirkung von Neuroleptika und anderen Psychopharmaka besprochen. Der Therapieteil Krankheitsbewältigung behandelt die Definition von Stress, die Identifikation und Analyse von Belastungssituationen sowie die Bewältigung von beruflichen und zwischenmenschlichen Belastungen. Das Manual [Andres et al., 2002] sieht für diese Themen 25 Sitzungen von je 90 Minuten vor. Das Vorgehen ist verhaltenstherapeutisch ausgerichtet; d.h. die einzelnen Themen werden anhand von Problemlösemethoden, Rollenspielen, Kommunikationstrainings, schriftlichen Materialien, Hausaufgaben usw. behandelt.

Der PKB wurde als Kontrollbedingung eine supportive Gruppentherapie gegenübergestellt, in welcher die Teilnehmer Themen ihrer Wahl diskutierten und zusätzlich ein Problemlösetraining [in Anlehnung an D'Zurilla, 1986] absolvierten (KG). Diese Therapieform war bereits vor Studienbeginn implementiert und wurde von den Mitgliedern des Pflegeteams geleitet, während die PKB vom Stationspsychologen und einer Psychologin unserer Arbeitsgruppe durchgeführt wurde. Die Gruppen wurden offen geführt, womit dem klinischen Alltag entsprechende Bedingungen herrschten. Die Therapie konnte von entlassenen Patienten ambulant weiter besucht werden, und die Gruppengröße variierte zwischen vier und acht Patienten.

In die Studie aufgenommen wurden Patienten zwischen 18 und 55 Jahren mit einer schizophrenen oder schizoaffektiven Psychose ohne diagnostisch relevante Komorbidität gemäß ICD-10 (Internationale Diagnose Checklisten IDCL [Hiller et al., 1995]), deren Symptomatik zumindest teilweise remittiert war und die in ihrer Vorgeschichte mindestens zwei Mal hospitalisiert waren. Alle Teilnehmenden wurden zusätzlich mit Neuroleptika behandelt und zufällig den zwei Therapiegruppen zugewiesen. Sie wurden über die Studie informiert und bekundeten ihr Einverständnis zur Teilnahme. Von den insgesamt 76 behandelten Personen konnten 40 vollständige Datensätze gewonnen und für die Analyse berücksichtigt werden. Gründe für die Ausfälle waren die Verweigerung der Erhebungen, die Teilnahme an weniger als 10 Therapiesitzungen sowie Todesfall. In der Experimentalbedingung fielen 43%, in der Kontrollbedingung 51% der zugewiesenen Patienten aus der Untersuchung. Die Patienten, die aufgrund fehlender oder lückenhafter Daten ausgeschlossen werden mussten, unterschieden sich weder in Bezug auf das Alter oder das Geschlecht noch im Hinblick auf die Krankheits- und Hospitalisierungsdauer von den Verbleibenden. Wie Tabelle 1 zeigt, finden sich im Hinblick auf die untersuchten Stichprobencharakteristika keine relevanten Unterschiede zwischen den beiden Therapiegruppen. Allerdings übertraf nach Durchführung der Therapie die mittlere Anzahl besuchter Sitzungen in der PKB-Gruppe (M = 24,6; SD = 10,3) jene der supportiven Kontrollgruppe (M = 14; SD = 10,6) deutlich (t-Test: $p < 0,01$).

Zur Untersuchung der interessierenden Fragestellungen wurde folgendes Instrumentarium verwendet:

- die Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) zur Einschätzung der allgemeinen Psychopathologie [Overall und Gorham, 1962]
- die Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS) zur Erfassung der Negativsymptomatik [Andreasen, 1984]
- die Global Assessment Scale (GAS) zur Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus [Endicott et al., 1976]
- der Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK) zur Einschätzung des Selbstkonzepts und Erfassung der Attributionen von Krankheitsursachen [Krampen, 1991]
- der Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung (FKV) [Muthny, 1989]

Tab. 1. Ausgangsmerkmale der Patienten in den beiden Therapiebedingungen

	PKB (n = 23)	KG (n = 17)	p
Geschlecht, m/w	15/8	12/5	–
Alter, Jahre	30,8 ± 10	34,4 ± 10,8	0,28
Hospitalisationen, n	5,5 ± 6,9	3,4 ± 2,7	0,19
Dauer bisheriger Hospitalisierungen, Tage	443,0 ± 595,7	205,3 ± 250,8	0,10
Positivsymptomatik bei der Prämessung (BPRS)	36,8 ± 8,6	34,8 ± 7,6	0,46
Negativsymptomatik bei der Prämessung (SANS)	24,8 ± 15,5	25,6 ± 16,2	0,88

- die Krankheitskonzeptskala zur Messung von Aspekten des Krankheitsverständnisses (KK-Skala) [Linden et al., 1988]
- die Social Interview Schedule (SIS, modifizierte Version) zur Operationalisierung der sozialen Anpassung [Hecht et al., 1987]
- ein Wissensfragebogen zur Erhebung der Kenntnisse über die Psychose und deren Behandlung (modifizierte Version nach Hahlweg et al. [1995])
- ein Patientenstundenbogen (modifiziert nach Grawe et al. [1990]) zur Einschätzung der Prozessmerkmale Therapiebeziehung, Gruppenkohäsion, Wichtigkeit der behandelten Themen sowie Wohlbefinden und Eigenaktivität während den Sitzungen.

Im Weiteren wurden die Rückfallraten im Sinne von stationären Wiederaufnahmen sowie die Anzahl Hospitalisierungstage nach der Therapie registriert. Die Messungen fanden vor Beginn der Therapie (t1), unmittelbar danach (t2) sowie ein Jahr nach Abschluss der Therapie (t3) statt.

Mittelwertsunterschiede innerhalb und zwischen den beiden Gruppen wurden anhand von t-Tests sowie Varianzanalysen mit Messwiederholungen überprüft. Um die Effekte in den beiden Gruppen besser vergleichen zu können, wurden die Mittelwertsunterschiede zwischen den jeweiligen Zeitpunkten in Effektstärken umgewandelt. Dabei wurde jeweils die Differenz zwischen Präwerten und Post- bzw. Katamnesewerten durch die gepoolte Prästreuung geteilt. Die Rückfallhäufigkeiten wurden mit Hilfe von χ^2-Tests, die Anzahl stationärer Behandlungstage mittels t-Tests miteinander verglichen, wobei ein Person mit stark chronifizierter Erkrankung, welche die Klinik nie verlassen konnte, aus Gründen der Vergleichbarkeit ausgeschlossen wurde. Zur Analyse von Prozess-Ergebnis-Zusammenhängen wurden die Ergebnismessungen am Ende der Therapie mit den Mittelwerten der einzelnen Stundenbogenskalen korreliert. Dabei wurden nur die Skalenwerte über die ersten 20 Sitzungen berücksichtigt, da die Patientenzahl bis zu diesem Zeitpunkt in beiden Gruppen gleichmäßig abnahm, danach aber ein starkes Ungleichgewicht zwischen den Gruppen auftrat. Der Einfluss der Ausgangswerte der Ergebnisvariablen wurde herauspartialisiert. Die Prozess-Ergebnis-Korrelationen in den beiden Gruppen wurden nach einer Z-Transformation auf Unterschiedlichkeit hin geprüft.

Ergebnisse

Mittelwertsunterschiede zwischen Prä- und Postmessung bzw. zwischen Prä- und Katamnesemessung

Die in Tabelle 2 aufgeführten Mittelwerte und Effektstärken zeigen bei Abschluss der Therapie (t2) und ein Jahr danach (t3) in beiden Gruppen einen prägnanten Rückgang sowohl der allgemeinen Psychopathologie als auch der Negativsymp-

tomatik und eine Erhöhung des allgemeinen Funktionsniveaus. Zum Katamnesezeitpunkt findet sich unter beiden Therapiebedingungen außerdem eine deutliche Abnahme von externalen Kontrollattributionen. Darüber hinaus verarbeiten die Patienten der psychoedukativen, bewältigungsorientierten Therapiebedingung unmittelbar nach Abschluss der Therapie ihre Erkrankung deutlich weniger depressiv, obschon sie diese gleichzeitig erheblich weniger bagatellisieren. Auch empfinden sie sich unmittelbar nach der Therapie und noch stärker ein Jahr später als weniger krankheitsanfällig. Bei der Einjahreskatamnese haben ehemalige PKB-Patienten zudem markant häufiger und qualitativ besseren Kontakt zu Freunden. Allerdings schlagen sich diese Unterschiede beim varianzanalytischen Vergleich der beiden Therapiebedingungen über die drei Messzeitpunkte nicht in signifikanten Interaktionen zwischen Gruppe und Zeit nieder. Der einzige signifikante Gruppenunterschied fand sich bei der Postmessung im Funktionsniveau (GAS) der Patienten, welches in der Kontrollgruppe deutlich höher ausgeprägt war.

Angesichts des signifikanten Unterschiedes in der durchschnittlichen Anzahl besuchter Sitzungen unter den beiden Therapiebedingungen wurde überprüft, ob die Gesamtzahl besuchter Sitzungen mit der Güte des Therapieergebnisses zusammenhängt. Dabei lassen sich keine signifikanten Beziehungen zwischen der Anzahl Sitzungen und den Werten aus BPRS ($r = 0{,}09$; $p = 0{,}59$), SANS ($r = 0{,}03$; $p = 0{,}83$), Wissenstest ($r = 0{,}02$; $p = 0{,}89$) und dem globalen Funktionsniveau ($r = -0{,}12$; $p = 0{,}45$) feststellen.

Rückfälle und Hospitalisierungstage im ersten Katamnesejahr

Im Hinblick auf die Rückfallraten sowie die im Laufe des Jahres nach Therapieende beanspruchten stationären Behandlungstage zeigen sich in der Tendenz Unterschiede zwischen den beiden Gruppen: Im Vergleich zur Kontrollgruppe werden knapp halb so viele ehemalige PKB-Patienten rehospitalisiert; dementsprechend weisen diese während des einjährigen Katamnesezeitraums durchschnittlich um die Hälfte weniger Hospitalisierungstage auf (vgl. Tab. 3).

Prozess-Ergebnis-Zusammenhänge

Bei zwei Skalen des Stundenbogens finden sich signifikante Gruppenunterschiede in Bezug auf die mittleren Ratings über die ersten 20 Sitzungen hinweg. Einerseits werden die behandelten Themen in der PKB-Gruppe als erheblich wichtiger eingestuft ($t = 3{,}28$; $p = 0{,}001$), andererseits erleben sich die Patienten der Kontrollgruppe als deutlich aktiver ($t = 2{,}42$; $p = 0{,}02$). Keine Gruppenunterschiede finden sich im Wohlbefinden während den Therapiesitzungen, in der Beziehung zu den Therapeuten und in der Gruppenkohäsion. Die statistisch bedeutsamen Zusammenhänge zwischen den von den Patienten anhand der Stundenbögen eingeschätzten Prozessmerkmalen und den Behandlungsergebnissen sind in Tabelle 4 aufgeführt. Im Folgenden werden nur Zusammenhänge dargestellt, die sich zwischen den Gruppen signifikant ($p \leq 0{,}05$) bzw. margi-

Tab. 2. Mittelwerte und Effektstärken der Ergebnisvariablen

	PKB (n = 23)					KG (n = 17)				
	Messzeitpunkte			Effektstärken		Messzeitpunkte			Effektstärken	
	t1	t2	t3	t1–t2	t1–t3	t1	t2	t3	t1–t2	t1–t3
Schweregrad der Psychopathologie (BPRS)	36,8 ± 8,6	31,1 ± 8,7	29,4 ± 8,4	0,67**	0,97**	34,8 ± 7,6	28,3 ± 6,1	28,2 ± 7,3	0,80**	0,81**
Negativsymptomatik (SANS)	24,8 ± 15,5	19,9 ± 14,8	15,0 ± 15,7	0,32	0,66**	25,6 ± 16,2	17,6 ± 10,5	16,2 ± 14,1	0,51**	0,60*
Allgemeines Funktionsniveau (GAS)	49,1 ± 9,9	53,6 ± 11,3	61,9 ± 12,5	0,49*	1,47**	52,6 ± 8,4	61,9 ± 5,1	65,9 ± 11,0	0,99**	1,42**
Wissen über Krankheit und Behandlung	70,3 ± 10,2	70,2 ± 11,7	69,1 ± 13,7	–0,1	–0,6	71,0 ± 7,9	70,5 ± 9,6	74,5 ± 8,4	–0,05	0,36
Selbstwirksamkeit (FKK)	58,7 ± 12,9	60,9 ± 11,3	59,2 ± 14,7	0,18	0,01	57,8 ± 12,5	60,6 ± 11,2	59,2 ± 5,9	0,22	0,11
Externalität (FKK)	59,2 ± 13,3	57,6 ± 11,9	51,0 ± 9,9	0,14	0,76**	57,9 ± 9,5	57,0 ± 13,0	49,2 ± 11,7	0,08	0,74**
Depressives Verarbeiten (FKV)	12,6 ± 4,4	10,6 ± 4,1	10,7 ± 3,8	0,49*	0,45	12,1 ± 3,6	11,2 ± 2,3	11,1 ± 3,6	0,22	0,26
Bagatellisieren/Wunschdenken (FKV)	7,9 ± 2,9	6,5 ± 2,4	5,8 ± 2,6	0,46*	0,66*	7,1 ± 3,2	6,5 ± 1,9	6,1 ± 2,5	0,19	0,35
Anfälligkeit (KK-Skala)	7,9 ± 2,4	7,0 ± 2,3	5,8 ± 2,3	0,37	0,87**	7,1 ± 2,8	7,1 ± 2,3	6,2 ± 2,9	0,02	0,37
Sozialkontakt (SIS)	1,2 ± 1,2	1,6 ± 1,4	2,1 ± 1,2	0,31	0,76*	1,4 ± 1,3	1,5 ± 1,2	1,8 ± 1,2	0,14	0,37

*$p \leq 0{,}05$; **$p \leq 0{,}01$ (t-Tests)

Tab. 3. Rückfälle und Hospitalisierungstage während des ersten Katamnesejahres

	PKB	KG	p
Rückfälle, n (%)	4 (18)	7 (41)	0,11[a]
Hospitalisierungstage (Mittelwert)	16,95	32,12	0,42[b]

[a]χ^2-Test.
[b]t-Test.

Tab. 4. Partialkorrelationen mit den Ausgangswerten der Ergebnisvariablen als Kovariate zwischen Merkmalen des therapeutischen Prozesses (Items des Stundenbogens) und dem Ergebnis unmittelbar nach der Therapie

	BPRS	SANS	Wissen	Sozialkontakt
Wohlfühlen in der Stunde				
PKB	**–0,19**	**–0,33**	**0,39**	0,48*
KG	**0,55***	**0,31**	**–0,23**	0,35
Wichtigkeit der Themen				
PKB	**–0,03**	**–0,30**	0,40	*0,52**
KG	**0,57***	**0,38**	0,03	*0,10*
Beziehung zu den Therapeuten				
PKB	**–0,47***	**–0,52****	0,47*	0,39
KG	**0,54***	**0,19**	0,20	0,30
Gruppenkohäsion				
PKB	**–0,31**	**–0,31**	**0,48***	0,21
KG	**0,68****	**0,30**	**–0,30**	0,12
Eigene Aktivitä				
PKB	*–0,11*	–0,28	**0,43***	0,22
KG	*0,39*	0,12	**–0,45**	0,39

PKB: n=23; KG: n =17.
Fett gedruckte Korrelationen unterscheiden sich signifikant ($p < 0,05$); kursiv gedruckte Korrelationen unterscheiden sich marginal signifikant ($p < 0,10$).
*$p \leq 0,05$; **$p \leq 0,01$

nal signifikant ($p \leq 0,10$) unterscheiden. In der PKB-Gruppe zeigen sich hohe Zusammenhänge zwischen der Symptombelastung und der Güte der Therapiebeziehung. Patienten, die nach der Therapie sowohl weniger Positiv- wie auch weniger Negativsymptome aufweisen, beurteilen ihre Beziehung zu den Therapeuten während den ersten 20 Sitzungen deutlich besser. Umgekehrt verhält es sich in der Kontrollgruppe: Gerade die Patienten, welche am Ende der Therapie die stärkste Symptombelastung aufweisen, schätzen die Therapiebeziehung als besser ein. Bezüglich dem Wohlfühlen in der Stunde und der Gruppenkohäsion finden sich praktisch identische Muster. Beides wird in der PKB-Gruppe von denjenigen positiv eingeschätzt, die am Schluss weniger Symptombelastung und mehr Wissen zeigen. Diese Zusammenhänge sind in der Kontrollgruppe wiederum genau umgekehrt.
Die Wichtigkeit der besprochenen Themen hängt in der Kontrollgruppe stärker mit der Symptombelastung am Ende der Therapie zusammen. Je größer diese noch ist, desto wichtiger werden die Themen eingeschätzt, bzw. je weniger Symptome die Patienten aufweisen, desto unwichtiger finden sie die besprochenen Themen. Diese Beziehung zeigt sich in der PKB-Gruppe nicht.
Die eigene Aktivität während der Therapie korreliert in der PKB-Gruppe positiv mit dem Wissensstand nach der Therapie, in der Kontrollgruppe jedoch negativ. Die Beteiligung der Patienten geht somit in den beiden Gruppen mit unterschiedlichen Effekten einher. Die Zusammenhänge zwischen den Prozessmerkmalen und dem Sozialkontakt nach der Therapie sind in beiden Gruppen ähnlich. Nur bezüglich der Wichtigkeit der Themen findet sich ein knapp signifikant unterschiedlicher Zusammenhang, wobei diejenigen Patienten der PKB-Gruppe die Wichtigkeit höher einschätzen, die am Ende der Therapie mehr Kontakt mit ihren Freunden aufweisen.

Diskussion

Vergleichbarkeit der Gruppen
Zu Beginn der Therapie waren die Geschlechterverteilung, das Durchschnittsalter und die Symptombelastung in beiden Gruppen relativ ausgewogen. Die Patienten der PKB-Bedingung wiesen allerdings tendenziell mehr Hospitalisierungstage auf, was auf eine etwas stärkere Chronifizierung schließen lässt. Außerdem lag nach der Durchführung der beiden Therapieformen die durchschnittliche Anzahl besuchter Sitzungen in der Experimentalbedingung deutlich höher. Dies kann an der besagten stärkeren Chronifizierung und den damit verbundenen längeren Klinikaufenthalten der PKB-Patienten liegen. Denkbar ist aber auch, dass die Patienten der Kontrollbedingung schneller das Interesse an der Gruppe verloren und diese, da die Teilnahme freiwillig war, früher beendeten. In diese Richtung weisen zumindest die Auswertungen der Stundenbogen. Diese deuten darauf hin, dass die behandelten Themen bei den PKB-Patienten mehr Interesse hervorriefen als in der Kontrollgruppe. Die Therapieergebnisse sollten von diesem Unterschied jedoch nicht betroffen sein, da die Anzahl Sitzungen mit keiner der Ergebnisvariablen signifikant korrelierte.

Mittelwertsunterschiede, Rückfallraten und Rehospitalisierungstage
Unter beiden Therapiebedingungen kam es im Laufe der Therapie sowie des Katamnesezeitraums zu einer deutlichen Symptomreduktion. Diese ist bei Betrachtung der Effektstärken zwar erheblich, vermutlich aber in erster Linie das Produkt der medikamentösen Behandlung und zeitlichen Remission. Wider Erwarten konnte weder im Laufe der Therapie noch während des Katamnesezeitraums – insbesondere im Hinblick auf die PKB – eine relevante Zunahme des Krankheitswissens festgestellt werden. Es ist jedoch eine recht große Streuung der Ergebnisse zu beobachten, woraus sich schließen lässt, dass die guten Fortschritte einzelner Patienten durch

die schlechten Ergebnisse anderer herausgemittelt wurden. Die Erwartungen in Bezug auf Veränderung der Krankheitsverarbeitung blieben teilweise ebenfalls unerfüllt. Bei den Patienten der PKB fand sich unmittelbar nach der Therapie eine deutliche Verringerung depressiver Krankheitsverarbeitung, obschon sie nach Abschluss der Therapie sowie ein Jahr später ihre Erkrankung erheblich weniger bagatellisierten. Auf die Selbstwirksamkeitserwartung oder die aktive, problemorientierte Einstellung gegenüber der Erkrankung blieb die Therapie aber ohne Wirkung. Es ist bis heute allerdings eine offene Frage, ob, inwieweit und bei welchen Patienten psychoedukative Therapieansätze die Krankheitsverarbeitung oder -bewältigung günstig zu beeinflussen vermögen.

Dennoch ereigneten sich im ersten Jahr nach der Therapie in der PKB-Gruppe tendenziell weniger Rückfälle als in der Kontrollgruppe. Dementsprechend niedriger liegt auch die Anzahl der durchschnittlich beanspruchten stationären Behandlungstage. Dass die sich abzeichnenden Unterschiede nicht signifikant ausfallen, liegt vermutlich am kleinen Stichprobenumfang und einer damit einhergehenden niedrigen Teststärke. Es ist denkbar, dass hier die nur bei der PKB gefundene Abnahme der depressiven Krankheitsverarbeitung und des Bagatellisierens der Erkrankung ihren Niederschlag gefunden hat. Eine andere Erklärung könnte in der größeren Krankheitserfahrung dieser Gruppe zu finden sein (vgl. Tab. 1), woraus eine bessere Medikamentencompliance und ein günstigerer Umgang mit Symptomen resultieren kann. Dasselbe lässt sich jedoch auch als eine stärkere Chronifizierung bezeichnen, womit dann die Reduktion der Rezidivrate umso wertvoller erscheint. Wie sich die größere Krankheitserfahrung in dieser Gruppe ausgewirkt hat, kann nicht abschließend beurteilt werden.

Ein Schwachpunkt der Untersuchung ist, dass keine Daten über die weiterführende Behandlung während der Katamnesezeit vorliegen, weshalb die Einflüsse möglicher Störvariablen (z.B. weiterführende psychologische Therapien, Medikamentenwechsel usw.) im Dunkeln bleiben.

Prozess-Ergebnis-Beziehungen

Die Zusammenhänge zwischen den Prozessmerkmalen aus den Stundenbogeneinschätzungen der Patienten und dem Therapieergebnis verweisen auf einige bedeutende Unterschiede in der Prozessqualität der beiden Therapieverfahren. Zum einen scheint in der PKB die Bewertung der Therapiebeziehung durch die Patienten für den Therapieerfolg maßgebend zu sein. In der Kontrollgruppe findet sich dieser Zusammenhang nicht. Es bleibt aber offen, was genau einzelne Patienten die Beziehung zu den Therapeuten als besser erleben lässt. Dies sollte in Zukunft jedoch zu einem wichtigen Forschungsgegenstand werden, zumal man in der allgemeinen Psychotherapieforschung schon seit längerem um die zentrale Bedeutung der Beziehung für den Therapieerfolg weiß und die entsprechenden konzeptionellen Konsequenzen bereits gezogen hat [Orlinsky et al., 1994; Grawe, 1998]. Gleichzeitig fühlten sich erfolgreichere PKB-Patienten während der Therapie wohler, stuften die behandelten Themen als wichtiger ein, erlebten eine stärkere Gruppenkohäsion und nahmen sich selbst als aktiver wahr. Diese Ergebnisse deuten insgesamt darauf hin, dass die von den Patienten erlebte Qualität der Therapiebeziehung, der Gruppenkohäsion sowie ihre Beurteilung des Therapieinhalts und ihr Engagement während den Sitzungen den Erfolg der psychoedukativen, bewältigungsorientierten Therapie entscheidend beeinflussen. Demgegenüber hatten sich in der Kontrollgruppe jene Patienten besser aufgehoben gefühlt, die Themen als wichtiger empfunden und die Kohäsion als stärker eingestuft, welche am Ende der Therapie psychopathologisch noch stark beeinträchtigt waren.

Wie die Wechselwirkungen zwischen Prozessmerkmalen, Krankheitssymptomatik und dem Therapieergebnis im Einzelnen aussehen, darüber kann auf der Grundlage der vorliegenden Daten nur spekuliert werden. Da der Einfluss der Ausgangswerte herauspartialisiert wurde, lassen sich diese Zusammenhänge aber nicht auf von Beginn weg bestehende Unterschiede z.B. in der Psychopathologie zurückführen. Dennoch ist es möglich, dass ein Zusammenhang zur Krankheitssymptomatik besteht, indem es nämlich Therapeuten leichter fällt, zu Patienten eine gute Beziehung herzustellen, welche weniger resistente, sich während der Therapie abschwächende Symptome haben. Außerdem kann es sein, dass Patienten mit remittierender Symptomatik von den inhaltlich anspruchsvollen und stark strukturierten Sitzungen der PKB stärker profitieren und diese sowie die Therapiebeziehung entsprechend positiver bewerten. Für die Kontrollgruppe könnte das Gegenteil zutreffen. Den Patienten mit ausgeprägten, persistierenden Krankheitssymptomen könnte es in der supportiven Therapie leichter gefallen sein, dem Therapieprozess zu folgen, wogegen Patienten mit weniger stabiler, sich verringernder Symptomatik mit der Zeit unterfordert gewesen sein könnten. Aufgrund der vorliegenden Befunde scheint es auf dem Gebiet der Psychotherapieforschung schizophren Erkrankter in jedem Fall dringend erforderlich, Determinanten einer von Patienten positiv beurteilten Prozessqualität zu untersuchen sowie der Identifikation differenzieller Indikationskriterien in Zukunft mehr Gewicht einzuräumen. Erst vor dem Hintergrund solcher Erkenntnisse kann die Auswahl und Durchführung psychologischer Interventionen gezielt den individuellen Bedürfnissen und Ressourcen der Patienten angepasst werden, was mit einer Steigerung ihrer Wirkung verbunden sein dürfte.

Dank

Die Studie wurde vom Schweizerischen Nationalfonds zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung finanziert. (Projekt Nr. 32-52651.97)

Literatur

Andreasen NC: Scale for the Assessment of Negative Symptoms (SANS). Iowa City, University of Iowa, 1984.

Andres K, Pfammatter M, Brenner HD: Therapiemanual zur Psychoedukation und Krankheitsbewältigung (PKB); in Roder V, Zorn P, Andres K, Pfammatter M, Brenner HD (Hrsg): Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophren Erkrankter. Bern, Hans Huber, 2002, pp 157–214.

Andres K, Pfammatter M, Fries A, Brenner HD: The significance of coping as a therapeutic variable for the outcome of psychological therapy in schizophrenia. Eur Psychiat 2003;18:149–154.

Buchkremer G, Klingberg S, Holle R, Schulze Mönking H, Hornung WP: Psychoeductional psychotherapy for schizophrenic patients and their relatives or care-givers: Results of a 2-year follow-up. Acta Psychiatr Scand 1997;96:483–491.

Cardin VA, Mc Gill CW, Falloon IRH: An economic analysis: Costs, benefits and effectiveness; in Falloon IRH (ed): Family Management of Schizophrenia. Baltimore, John Hopkins University Press, 1985, pp 115–129.

D'Zurilla TJ: Problem-Solving Therapy. New York, Springer, 1986.

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J: The Global Assessment Scale. Arch Gen Psychiatry 1976;33:766–771.

Falloon IRH, Boyd JL, Mc Gill CW, Williamson M, Razani J, Moss HB, Gilderman AM, Simpson GM: Family management in the prevention of morbidity of schizophrenia. Clinical outcome of a two-year longitudinal study. Arch Gen Psychiatry 1985;42:887–896.

Grawe K: Psychologische Therapie. Göttingen, Hogrefe, 1998.

Grawe K, Caspar F, Ambühl H: Die Berner Therapievergleichsstudie: Fragestellung und Versuchsplan. Z Klin Psychol 1990;19:294–315.

Hahlweg K, Dürr H, Müller U: Familienbetreuung schizophrener Patienten: Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe. Konzepte, Behandlungsanleitung und Materialien. Weinheim, Beltz/PVU, 1995.

Hecht H, Faltermaier A, Wittchen HU: Social Interview Schedule (SIS). Regensburg, Roderer, 1987.

Hiller W, Zaudig M, Mombour W: IDCL: Internationale Diagnosen Checklisten für ICD-10 und DSM-IV. Bern, Hans Huber, 1995.

Hogarty GE, Anderson CM, Reiss DJ, Kornblith SJ, Greenwald DP, Ulrich RF, Carter M: Family psychoeducation, social skills training, and maintenance chemotherapy in the aftercare treatment of schizophrenia. II. Two-year effects of a controlled study on relapse and adjustement. Arch Gen Psychiatry 1991;48:340–347.

Hogarty GE, Kornblith SJ, Greenwald D, DiBarry AL, Cooley S, Ulrich RF, Carter M, Flesher S: Three-year trials of personal therapy among schizophrenic patients living with or independent of family. I. Description of study and effects on relapse rates. Am J Psychiatry 1997;154:1504–1513.

Kieserg A, Hornung WP: Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten (PTS). Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe, ed 2. Tübingen, DGVT, 1996.

Krampen G: Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK). Göttingen, Hogrefe, 1991.

Leff J, Berkowitz N, Shavit A, Strachan I, Glass I, Vaughn C: A trial of family therapy v. a relatives group for schizophrenia. Br J Psychiatry 1989;154:58–66.

Linden M, Nather J, Wilms HU: Zur Definition, Bedeutung und Messung der Krankheitskonzepte von Patienten. Die Krankheitskonzeptskala (KK-Skala) für schizophrene Patienten. Fortschr Neurol Psychiatr 1988;56:35–43.

McFarlane WR, Lukens E, Link B, Dushay R, Deakins SA, Newmark M, Dunne EJ, Horen, B, Toran J: Multiple-family groups and psychoeducation in the treatment of schizophrenia. Arch Gen Psychiatry 1995;52:679–687.

Muthny FA: Freiburger Fragebogen zur Krankheitsverarbeitung, FKV. Weinheim, Beltz Test, 1989.

Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK: Process and outcome in psychotherapy – noch einmal; in Bergin AE, Garfield SL (eds): Handbook of Psychotherapy and Behavior Change, ed 4. New York, Wiley, 1994, pp 270–376.

Overall JE, Gorham, DR: The Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS). Psychol Rep 1962;10:799–812.

Pallanti S, Quercioli L, Pazzagli A: Relapse in young paranoid schizophrenic patients: A prospective study of stressful life events, P300 measures, and coping. Am J Psychiatry 1997;154:792–798.

Pharoah FM, Mari JJ, Streiner D: Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review); in The Cochrane Library, issue 3. Oxford, Update Software, 2002.

Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C: Psychological treatments in schizophrenia: I. meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. Psychol Med 2002;32:763–782.

Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR: The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia – a meta-analysis. Schizophr Bull 2001;27:73–92.

Schaub A, Andres K, Brenner HD, Donzel G: Entwicklung einer bewältigungsorientierten Gruppentherapie für schizophrene Patienten; in Böker W, Brenner HD (Hrsg): Integrative Therapie der Schizophrenie. Bern, Huber, 1996, pp 330–352.

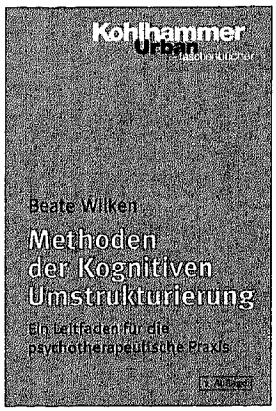
Schooler NR, Keith SJ, Severe JB, Matthews SM, Bellack AS, Glick ID, Hargreaves WA, Kane JM, Ninan PT, Frances A, Jacobs M, Lieberman JA, Mance R, Simpson GM, Woerner MG: Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of schizophrenia: The effects of dose reduction and family treatment. Arch Gen Psychiatry 1997;54:453–463.

Süllwold L, Herrlich J: Psychologische Behandlung schizophren Erkrankter, ed 2. Stuttgart, Kohlhammer, 1998.

Tarrier N, Lowson K, Barrowclough C: Some aspects of family interventions in schizophrenia. II. Financial considerations. Br J Psychiatry 1991;159:481–484.

Wienberg G, Schünemann-Wurmthaler S, Sibum B: Schizophrenie zum Thema machen: Psychoedukative Gruppenarbeit mit schizophren und schizoaffektiv erkrankten Menschen/PEGASUS, Manual und Materialien. Bonn, Psychiatrieverlag, 1995.

Fachbücher zum Thema



Beate Wilken **Neu!**

Methoden der kognitiven Umstrukturierung

Ein Leitfaden für die psychotherapeutische Praxis

2., aktual. und erw. Auflage 2003
232 Seiten mit 5 Abb. Kart.
€ 18,–
ISBN 3-17-017965-9

„Ein kleines Buch mit großem Nutzen für psychotherapeutische Praktiker. [...] eine wertvolle Arbeitshilfe für alle, die die Methoden der kognitiven Umstrukturierung in ihr therapeutisches Handeln integrieren oder dieses verbessern wollen." Verhaltenstherapie 9/1999

„Die Begeisterung der Autorin für Kognitive Therapiemethoden ist in jedem Kapitel spürbar, und sie ist ansteckend [...] Insgesamt ist dies ein Buch, das in keinem Bücherregal einer Psychotherapeutischen Praxis fehlen sollte und das in jede Literaturliste für Seminare zum klinisch-praktischen Handeln aufgenommen werden sollte." Report Psychologie 25/2000

Michael Macht **Neu!**

Verhaltenstherapien mit Parkinson-Patienten

Wege zur Krankheitsbewältigung: 4 Fallberichte

2003. 106 Seiten mit 6 Abb., 6 Grafiken und 6 Tab. Kart.
€ 20,–
ISBN 3-17-017820-2

Das Buch gibt Therapeuten Einblick in die Planung und Durchführung verhaltenstherapeutischer Interventionen bei der Parkinson-Erkrankung. Betroffene und Angehörige erhalten Hilfen zur Krankheitsbewältigung.

www.kohlhammer.de

W. Kohlhammer GmbH · 70549 Stuttgart