

Aus dem Zentrum für Integrative Psychiatrie
(Direktor: Professor Doktor J. B. Aldenhoff)
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein, Campus Kiel
an der Christian-Albrechts-Universität zu Kiel

Veränderungen im Krankheitserleben
von depressiven Patienten während einer stationären
psychoedukativen Gruppenbehandlung

Inauguraldissertation
Zur
Erlangung der Doktorwürde

Janina Müller

Kiel, März 2010

Berichtersteller: Priv.-Doz. Dr. Huchzermeier

Berichtersteller: Prof. Dr.Dr. Kaatsch

Tag der mündlichen Prüfung: 13.12.10

Zum Druck genehmigt: 02.11.10

Inhaltsverzeichnis

Einleitung.....	5-16
Hintergrund.....	5
Was ist Psychoedukation	6
Psychoedukation bei Depressionen	7
Bisheriger Forschungsstand.....	12
Depression und Ungewissheit.....	13
Überlegung und Ansatz	14
Methoden	17-24
QUICC.....	17
Testgütekriterien	20
Depressionsgruppe.....	21
Versuchsdesign	22
Statistische Auswertung.....	24
Ergebnisse.....	25-27
Stichproben, Hypothesen, Ergebnisse	25
Diskussion.....	28-31
Diskussion der Ergebnisse	28
Ausblick.....	30

Zusammenfassung..... 31-32

Literatur 33-38

Appendices..... 39-45

Formeln..... 39

Der Fragebogen QUICC40-45

Danksagung 46

1. Einleitung

Hintergrund

„Wissen ist Macht“ – postulierte der englische Philosoph Francis Bacon 1597 und bezog sich damals auf das Verstehen und Erforschen der Natur vor dem Hintergrund, dass nur dadurch die Naturwissenschaft Fortschritte verzeichnen könne.

Nun, im 21. Jahrhundert, lauten die Eingangsworte Hans Förstls in seinem Geleitwort zu „Psychoedukation Depression“ von Pitschel/Walz wie folgt: „Der gut informierte Patient wird schneller gesund und bleibt länger gesund“ – der wohlfundierte Leitgedanke der Psychoedukation. Durch Erlangen einer Wissensbasis soll die dauerhafte Genesung gefördert werden – die Macht des Wissens ist angekommen im Bereich der Psychiatrie. Diese Vorstellung und Erkenntnis existiert nicht erst seit dem 20. Jahrhundert, doch wurde sie in den letzten Jahren vermehrt weiterentwickelt und erforscht. Stern (1993) beschreibt als Ziel der Psychoedukation eine genaue Aufklärung hinsichtlich der Erkrankung und ihren Folgen, eine Erhöhung der Compliance (Oberbegriff für kooperatives Verhalten), einen Wandel der Lebensart, Angstminderung und eine verbesserte Bewältigungsstrategie.

Wiedemann et al. (2003) vereinigen unter dem Begriff Psychoedukation didaktisch-psychotherapeutische Interventionen, die Patienten so wie Angehörige über die Erkrankung und ihre Therapie informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstständigen Umgang mit der Krankheit und auftretenden Problemen verbessern und bei der Bewältigung helfen.

Übergeordnetes Ziel dieser Arbeit ist, die Psychoedukative Depressionsgruppe am ZIP Kiel hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu bewerten. Hilfsmittel dazu ist der Fragebogen „Qualitäten von Ungewissheiten in chronischen Krankheiten“ (QUICC), der Ungewissheiten erfassen soll.

Was ist Psychoedukation?

Der Begriff Psychoedukation subsummiert didaktisch-psychotherapeutische Interventionen, die den Krankheitsverlauf verbessern sollen. Vorrangig ist, den Patienten zum Experten seiner Erkrankung zu machen und eine Verbesserung des allgemeinen Funktionsniveaus sowie der psychopathologischen Symptomatik anzustreben. Des Weiteren gilt es, die Rezidivrate zu senken und damit auch eine Reduktion der wiederholten stationären Behandlung zu erreichen. Während der psychoedukativen Intervention werden den Patienten und Angehörigen Informationen aktiv vermittelt und der Austausch dieser zwischen den Patienten wird gefördert. Der selbstverantwortliche Umgang mit der Depression soll verbessert und die Betroffenen bei der Krankheitsbewältigung unterstützt werden (Wiedemann et al., 2003).

Nicht erst im jetzigen Jahrhundert sind Ansätze der Psychoedukation im Bereich der Psychiatrie zu finden. Jedoch nahm deren Einfluss in der nahen Vergangenheit stark an Bedeutung zu und wächst nach wie vor (Elmer, 1996). Dabei lassen sich verschiedene Wurzeln zurückverfolgen: Der Ursprung der Psychoedukation liegt in der Verhaltenstherapie. Einer ihrer Leitgedanken ist die „Hilfe zur Selbsthilfe“. Ziel ist es, die sozialen und emotionalen Kompetenzen zu verbessern, alles unter der Annahme, dass Verhaltensweisen erlernt und auch wieder verlernt werden können. Von Beginn an zählte zur Verhaltenstherapie das Ziel, eine gleichberechtigte Beziehung zwischen Patient und Therapeut zu schaffen. Als Bedingung dafür wurde beschrieben, dass der Patient erfahren müsse, um welche Art von Krankheit es sich handle und wie die Therapie aussehen werde (Hornung, 1994, 2000).

Abgrenzend zur Psychoedukation ist das rein edukative Konzept zu nennen. Dort wird sich in der Regel rein auf das Vermitteln von Informationen beschränkt, mit dem Ziel, das Wissen der Patienten zu verbessern und die Compliance zu erhöhen. (Hornung, 2000).

Mitte des 19. Jahrhunderts traten in der Literatur erste Formulierungen auf, die heutigen Versuchen der Definition des Begriffes Psychoedukation ähneln. Griesinger, 1845: „Dem rekonvaleszenten psychisch Kranken soll ...durch verständigen Zuspruch ... eine klare Erkenntnis seiner Krankheit verschafft, durch Übung seiner Kräfte, durch das Beispiel anderer, ... Muth und Selbstvertrauen in ihm gehoben werden. Ratschläge für die Zukunft zu einfacher Lebensweise, geeigneter Tätigkeit, zu allem, was ihn vor Rückfällen bewahren kann, sind hier am Platze.“

In der näheren Vergangenheit geht die Fortentwicklung der Psychoedukation auf den US-Amerikanischen Arzt C.M. Anderson (1980) zurück. Dieser verlagerte die Gewichtung im Bereich der Behandlung von Schizophrenen auf die Aufklärung der Angehörigen in Bezug auf Entstehungsgeschichte, Krankheitsverläufe, Symptome, sowie Stärkung der sozialen Kompetenz und Verbesserung des Umgangs der Familienmitglieder untereinander. Der Begriff „psychoeducational family treatment“ wurde geprägt. Nach den positiven Erfahrungen von Anderson (1980, 1986) und Falloon (1982) zeigten sich auch in Deutschland erfolgversprechende Ansätze (Buchkremer und Fiedler 1987). Es wurden systematische Gruppenprogramme für psychotische Störungen entwickelt, sogenannte psychoedukative Manuale, um Patienten und Angehörigen gesundheitsförderndes Wissen zugänglich zu machen.

Heute werden psychoedukative Interventionen auch bei anderen Erkrankungen angewandt. Laut Pitschel-Walz, Bäuml und Kissling (2003) fallen in den Indikationsbereich für Psychoedukation Schizophrene/Schizoaffektive Psychosen, Affektive Erkrankungen, Angst- und Belastungsstörungen, Zwangserkrankungen, Essstörungen, Suchterkrankungen, Persönlichkeitsstörungen, dementielle Erkrankungen und Anfallserkrankungen, wodurch alle klinisch relevanten Störungen erfasst werden.

Psychoedukation bei Depressionen

Das Bild der akuten Depression wird wissenschaftlich nach ICD (International Classification of Diseases) als Depressive Episode bezeichnet. Laut WHO (World Health Organization, Murray & Lopez, 1997) handelt es sich bei der Depression mit weltweit 121 Millionen Betroffenen um eine der häufigsten psychiatrischen Erkrankungen mit einer durchschnittlichen Prävalenz von 10,4%. Sie gilt als großes Gesundheitsproblem mit einem ständigen Bedeutungsanstieg für das Gesundheitssystem (Klesse et al., 2007, Bloom, 2004), auch, weil sie häufig zu Aufenthalten in medizinischen Einrichtungen führt (Wittchen, 2000, Crown et al., 2002). Der epidemiologische Anstieg in den letzten zwei Jahrzehnten stellt sich als sehr groß dar (Goesmann et al., 2007). 5–12% der Männer und 10–25% der Frauen durchleben eine depressive Episode (Ebert und Loew, 1997).

Im Jahr 2020, so schätzt die WHO (Murray & Lopez, 1997), werden Depressionen nach der ischämischen Herzerkrankung die zweithäufigste Volkskrankheit sein. Die Symptomatik geht

mit psychischen, psychomotorischen sowie vegetativ-somatischen Symptomen (Faust, 1996) einher. Kennzeichnend sind gedrückte Stimmung, Verlust von Interesse oder Freude, Schuldgefühle, erniedrigtes Selbstbewusstsein, Schlafstörungen, Appetitlosigkeit, verminderter Energie und Konzentration. Sie kann immer wiederkehren oder chronisch werden, beeinträchtigt die Betroffenen deutlich in ihrem alltäglichen Leben und lässt sie dieses oftmals nicht bewältigen. Das Spektrum depressiver Störungen umfasst verschiedene Ausprägungen, von kleinen Verstimmungen bis hin zu chronischen Erkrankungen mit schweren Auswirkungen auf das eigene Leben und das des sozialen Umfelds (Linden et al, 1998, Wolfersdorf und Schüler, 2005).

Heute gibt es gute Behandlungsmöglichkeiten der Depression. Sowohl medikamentöse und psychotherapeutische Ansätze als auch beispielsweise Licht- und Wochtherapie können in Betracht gezogen werden.

Eine große Gefahr stellt das vermehrte Auftreten suizidaler Handlungen im Zusammenhang mit dem Auftreten der Depression dar. Laut Möller (2003) begehen ca. 30% der an einer Depression leidenden Menschen einen Suizidversuch, 60-70% geben Suizidgedanken an. Nach Schätzungen litten 45-79% aller Suizidopfer zuvor an einer Depression (Lejoyeux & Rouillon, 1996, Wolfersdorf, 2000).

Als problematisch zeigt sich, dass viele Patienten ihre Behandlung vorzeitig abbrechen. Die Rezidivrate bei depressiven Erkrankungen ist nicht zu unterschätzen. Die Hälfte der erstmals Betroffenen erleidet ohne entsprechende Behandlung einen Rückfall (Pitschel-Walz, 2003). Mehrfacherkrankte haben bei unzureichender Therapie ein 70-90%iges Risiko, erneut in eine Depression zu rutschen (Angst, 1992). Die Behandlung mit Psychopharmaka als Monotherapie garantiert nicht allen Patienten eine ausreichende Minderung der Symptome (Möller, 2004) und kann keine 100%ige Vermeidung des Rückfalls sicherstellen (Pitschel-Walz, 2003, Harley, 2006).

Durchlebt ein Mensch einmal eine Depression (major depression), ist die Wahrscheinlichkeit einer erneuten Episode groß (Barrera et al, 2007), auch bei Ansprechen der Pharmakotherapie (Harley, 2006). Die Bereitschaft, Antidepressiva einzunehmen und auf ihre Wirkung zu vertrauen, ist bei Rückfallpatienten erniedrigt. Fast zwei Drittel der Betroffenen durchleben mehrere Krankheitsepisoden (Salomon et al, 2000, Hirschfeld et al, 2002); hat man die erste

Episode überstanden, beträgt das Risiko innerhalb der nächsten fünf Jahre erneut zu erkranken 50%, nach der zweiten durchlebten Episode liegt das es bei 79%, nach der dritten bei 90% (Montgomery, 1994).

Diese Aspekte unterstützten die These zur Notwendigkeit anderer Methoden wie psycho- oder soziotherapeutischen Behandlungsverfahren. Diese können möglichen negativen Einflüssen auf die Genesung wie Noncompliance, Stress, Partnerkonflikte, ungünstige Kommunikation und Suchtproblemen entgegenwirken. Außerdem dürften gerade diese Verfahren zu einer Verbesserung der Lebensqualität beitragen, indem sie anstreben, negativen sozialen Folgen wie sozialer Isolation, Berufs- oder Arbeitsunfähigkeit, Arbeitslosigkeit und finanziellen Problemen (Nierenberg et al., 2003) entgegenzuwirken.

Sowohl der medikamentöse als auch der psychotherapeutische Therapieansatz bringen unzureichende Ergebnisse hervor. Es stellt sich die Frage, worin die Gründe liegen. Zum einen ist das selbstständige Absetzen der Tabletten bei Besserung oder aber eine grundsätzliche Abneigung gegen Medikamente womöglich ursächlich für die ungenügende Compliance bezogen auf die medikamentöse Therapie.

Ebenso kann, sobald der Betroffene nicht mehr oder deutlich geringer unter seiner Krankheit leidet, die Bereitschaft zur Teilnahme an psychotherapeutischen Sitzungen sinken, solange keine Notwendigkeit in der Fortführung erkannt wird. Eine mangelnde Aufklärung über die Krankheit und ein unzureichendes Bewusstsein hinsichtlich der Bedeutung der Behandlung, auch nach ersten positiven Auswirkungen, birgt die große Gefahr des frühzeitigen Abbruchs der Therapie und damit einer noch höheren Rückfallrate. Hier setzt nun die Psychoedukation an, mit deren Hilfe eben diese möglichen Auslöser für das Scheitern einer dauerhaften oder zumindest längerfristigen Remission reduziert werden sollen.

Die folgende Tabelle (Görnitz, 2002) stellt das Ergebnis einer Studie dar, die sich mit dem Informationswunsch von an Depression leidenden Patienten beschäftigte. An der Technischen Universität München wurden 76 Depressionspatienten verschiedene Themenbereiche aufgezeigt und erfragt, ob sie diese für wichtig halten. Es wurde deutlich, dass der Bedarf an Informationen deutlich vorhanden ist und ihm von den Betroffenen eine große Bedeutung zugeschrieben wird.

Themenbereiche	Prozentsatz der Patienten (n=76), die das Thema für wichtig halten
Praktische Anleitung erhalten, was man im <i>Krisenfall</i> tun soll.	89%
Was können Patienten <i>selbst tun</i> , um gesund zu werden?	87%
Informationen über <i>medikamentöse</i> Behandlungsmöglichkeiten der akuten Depression.	79%
Woran kann man die <i>Depression erkennen</i> ?	78%
Welche <i>Ursachen</i> können Depressionen haben?	78%
Informationen über <i>medikamentöse</i> Möglichkeiten zum <i>Schutz</i> vor <i>Wiedererkrankungen</i> .	72%
Informationen über das <i>gesamte</i> <i>Behandlungsspektrum</i> .	71%

Studien des Bertelsmann Gesundheitsmonitors (Böcken et al., 2004) sowie der europäischen Telefonsurvey (Coulter und Magee, 2003) zeigen das Bestreben der Mehrheit der Patienten an einer Beteiligung am Entscheidungsprozess. Es wurden zwischen 2001 und 2004 9146 bzw. 8119 Patienten in Deutschland, Italien, Polen, Schweiz, Schweden, Spanien und Großbritannien befragt, wer die Entscheidung treffen soll – der Arzt, der Patient oder beide gemeinsam. Das Ergebnis zeigt, dass mehr als die Hälfte der Befragten eine gemeinsame Entscheidung wünschen: Im Gesundheitsmonitor (GM) äußerten 58% diesen Wunsch, im europäischen Survey (ES) 51%. Deutlich weniger wünschen eine (paternalistische) Entscheidung durch den Arzt (GM: 28%, ES: 26%) oder wollten autonom entscheiden (GM: 14%, ES: 23%).

Wie schon in früheren Studien, in denen psychiatrische Patienten nach ihrem Informationsbedarf befragt wurden (Joubert & Lasagna, 1975, Wetterling & Tessmann, 2000, Mueser et al., 1992), bestätigte sich also, dass der Wunsch nach Information unter allen Patienten sehr groß ist. Dementsprechend wichtig ist es, einen Weg zu finden, den Wünschen der Betroffenen nachkommen zu können. Nicht nur in Bezug auf den psychiatrischen Patienten

wird die psychoedukative Intervention in diesem Zusammenhang als sehr wichtig angesehen. Die Messbarkeit ihrer Effekte käme den Betroffenen zugute. Auch der durch erfolgreiche Psychoedukation und über die Informationsvermittlung erreichten Expertenposition des Patienten und die damit geförderte Fähigkeit, aktiv am Entscheidungsprozess hinsichtlich der optimalen Therapiewahl teilzunehmen, wird große Bedeutung zugeschrieben.

Bisheriger Forschungsstand

Bislang gibt es nur einige Studien zu Effekten von Psychoedukation. So konnte laut Wiedemann et al. (2003) ein Zusammenhang zwischen Psychoedukation und sinkender Rückfallrate bei an Schizophrenie erkrankten Personen aufgezeigt werden. Sowohl eine Reduktion des Rückfallrisikos als auch der Zahl der Klinikeinweisungen wurde beschrieben.

Hinsichtlich affektiver Erkrankungen wurde ermittelt, dass die Erkrankten eine hohe Akzeptanz für die psychoedukative Maßnahme empfanden (Schaub, 2000). Ebenso würden laut Bauer et al. (2000) die Zufriedenheit mit der Behandlung sowie die Bereitschaft, Hilfe von Experten anzunehmen, erhöht. Das krankheitsbezogene Wissen (Luderer und Pitschel-Walz, 2001) und die Behandlungsbereitschaft (Clarkin et al., 1998) verbesserten sich. Miklowitz et al. (2000) nannten eine Verringerung der depressiven Symptomatik mit einhergehendem steigendem allgemeinem Funktionsniveau eine Folge der Psychoedukation. Im Bezug auf die Angehörigen erfassten Brown et al. (1984) eine Reduktion von Stress und Belastung, Honig et al. (1995) bescheinigten ein verbessertes emotionales Familienklima, und Simoneau (1999) beschrieb eine gesteigerte Fähigkeit zur Problemlösung sowie einen positiven Effekt auf das Kommunikationsverhalten innerhalb der Familien.

Ergebnisse zum Einfluss der Psychoedukation auf die Rückfallrate bei depressiven Patienten standen bislang nur wenige zur Verfügung. So gelangten Miklowitz et al. (1997, 2000) in ihrer Studie zu der Aussage, dass durch eine psychoedukative Intervention bei bipolar Erkrankten eine Reduktion der Rückfallrate erreicht werden kann. Zusätzlich zu der medikamentösen Behandlung wurde dabei ein psychoedukatives Familieninterventionsprogramm angewandt, im Rahmen dessen die Familien der Interventionsgruppe über neun Monate 21 60-minütige, manualgeleitete familientherapeutische Sitzungen im häuslichen Rahmen bekamen. Eine

Kontrollgruppe wurde ambulant behandelt, es fanden zwei Informationstreffen für jede Familie zu Hause statt.

Zwölf Monate nach Studienbeginn konnten erste Auswirkungen auf die Rückfallrate sowie die Zeitspanne bis zum Rezidiv erfasst werden. Deutlich weniger Patienten der Interventionsgruppe (29% vs 53%) erlitten einen Rückfall, der Zeitraum bis zum Eintreten war länger als bei der Kontrollgruppe. Allerdings ist kritisch zu hinterfragen, inwieweit der psychoedukative Bereich durch den familientherapeutischen überlagert und verdrängt wurde. Sitzungen zu Hause im familiären Umfeld können den Zusammenhalt der Familie stärken, die gemeinsame Sicht auf die Krankheit verändern sowie die Kommunikation verbessern. Des Weiteren ist der Vergleich einer 21 Sitzungen umfassenden Therapie mit jener, während der es zu zwei Treffen kam, fragwürdig, so dass die Gegenüberstellung beider als strittig zu bewerten ist. Die Schwierigkeit der flächendeckenden Durchführbarkeit einer solch aufwendigen Intervention wurde von den Autoren als einschränkender Faktor genannt.

Eine erste Untersuchung im Bereich Psychoedukation bei Depressionen ist die Münchner Pilotstudie DIP (Depressions-Informationen-Programm). Die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie an der Technischen Universität München erarbeitete mit dem Hintergrund der positiven Ergebnisse von Psychoedukation bei Schizophrenie (Bäumel et al., 1996) ein Konzept für an einer Depression leidende Patienten und deren Angehörige. Das psychoedukative Programm wurde im Rahmen eines prä-post-Designs bewertet, besonderes Augenmerk lag auf dem psychoedukativen Entwurf, der praktischen Durchführbarkeit sowie dem schriftlichen Material. In der ersten Studie wurden ausgewählte und teilweise neu entwickelte Fremd- und Selbstbewertungsbögen angewandt, bei einer zweiten Studie konnte vermehrt auf die Gründe für Compliance bzw. Non-Compliance eingegangen werden. Sämtliche Teilnehmer der Studie waren stationäre Patienten mit einer depressiven Symptomatik, die eine medikamentöse Behandlung bekommen sollten, ausgeschlossen wurden akut suizidale sowie mit mangelnden Deutschkenntnissen ausgestattete Patienten.

In einer dritten Studie mit einer psychoedukativen Gruppe für Angehörige wurden ebenfalls Daten erhoben. Zunächst zeigte sich, dass das psychoedukative Programm gut in den Stationsalltag integriert werden konnte. Die Rückmeldungen der Teilnehmer aller drei Studien waren überwiegend positiv. So gaben 87 % der Patienten aus der Studie I (n=39, Pitschel-Walz et al. 2003) und 94% der Studie II (n=53, Pitschel-Walz et al. 2003) an, dass sie die Gruppe als

hilfreich erlebt hätten, 95/94% fühlten sich gut informiert, 92/85% empfanden die Anzahl der Treffen als angemessen. Bei den Antworten auf die Frage „Was gefiel Ihnen besonders?“ wurden drei Aspekte hervorgehoben: Informationsvermittlung, emotionale Entlastung und die Kombination aus beidem. Hier einige Angaben der Betroffenen bezogen auf die Frage, was ihnen besonders gefiel: „Zu lernen, was Depression ist, damit umzugehen“, „theoretische Ausführungen, praktische Beispiele“, „Erklärung der Medikamente“, „Erfahrungsaustausch“, „Aufbau, Ablauf der Gruppe, Atmosphäre war angenehm“, „Offenheit in der Gruppe“, „zu merken, es geht nicht nur mir so schlecht“, „dass es immer einen Ausweg geben kann“, „Aufbau, Gesprächsführung, Möglichkeit, ohne Scheu über die Krankheit zu sprechen“, „Wege der Möglichkeit aus der Depression herauszukommen; sich mit anderen Betroffenen austauschen; mehr über die Krankheit erfahren“, „alle sämtliche Themen“.

Das Ergebnis zeigte zudem eine verminderte depressive Symptomatik nach Abschluss der Gruppentherapie, wobei als Messinstrument das international bewährte Beck-Depressionsinventar verwendet wurde (Beck et al., 1961, Hautzinger et al., 1995). Allerdings müssen hier auch andere Wirkfaktoren berücksichtigt werden, da neben der psychoedukativen Intervention die Routinebehandlung, bestehend u.a. aus medikamentöser Therapie, Wachtherapie, Entspannungstraining, Rollenspiele und Ergotherapie fortgesetzt wurde. Aussagen, inwieweit diese Form der Therapie einen Einfluss auf die Rezidivrate nimmt, lassen sich noch nicht treffen, da eine Studie über mindestens zwölf Monate vonnöten ist.

Die durchweg positiven vorläufigen Ergebnisse rechtfertigen jedoch eindeutig das Konzept und damit die Durchführung der psychoedukativen Gruppen (Pitschel-Walz et al., 2003).

Einige Materialien der psychoeduktiven Gruppe der Münchner Pilotstudie waren auch Bestandteil der psychoedukativen Depressionsgruppe, die im Rahmen dieser Arbeit bewertet wird.

Depression und Ungewissheiten

An einer Depression erkrankte Menschen sehen sich vielen Ungewissheiten gegenüber. Zusätzlich zu den Fragen, warum man leidet, wie man der unerträglichen Situation entfliehen kann und weshalb man es nicht alleine schafft, kommt die Unsicherheit der Behandlungswahl. Wie dargestellt, gibt es keine eindeutige Linie, die eine 100%ige Genesung garantiert. Resultierend wird ein Kennenlernen der Möglichkeiten, ein Abwägen des Für und Wider einer Option nötig.

Der Umgang mit diesen Ungewissheiten, sei es durch Informationssuche, durch Teilnahme an einer psychoedukativen Gruppentherapie, durch Akzeptanz oder Ignoranz, ist ein zentraler Aspekt, dem sich eine depressive Person stellen muss.

Zusammenfassend sind damit mehrere Zielsetzungen für Psychoedukation bei Depressionen anzusprechen. Depressive Patienten sollen im Umgang mit ihrer Erkrankung unterstützt werden, ihr Wissen bezüglich ihres Leidens erweitern und ihre Bereitschaft steigern, in der akuten Erkrankung therapeutische Interventionen zu akzeptieren und diese langfristig wahrzunehmen. Der Betroffene soll zum Experten seiner Erkrankung werden. Über lange Sicht lautet das Ziel, den Behandlungserfolg durch überzeugte und aktive Mitarbeit der Betroffenen an ihrer Therapie zu steigern.

Überlegung und Ansatz

Nach der Beschreibung von Psychoedukation und Depression stellt sich die Frage, worin die Effekte der Psychoedukation bestehen mögen. Man würde erwarten, dass Fragen, die man sich vorher gestellt hatte, danach nun geklärt sind.

Beispielsweise könnten auf Fragen hinsichtlich der Therapieoptionen, des Medikamentenspektrums, der Entstehung einer Depression oder der Möglichkeit präventiver Maßnahmen Antworten gefunden werden.

Allgemein lässt sich also vermuten, dass die Menge krankheitsbezogener Fragen in der Gesamtheit im Anschluss an eine psychoedukative Intervention geringer sein dürften.

Konkret sollte folgenden Fragestellungen nachgegangen werden:

1) Lassen sich durch die Teilnahme an der psychoedukativen Depressionsgruppe am ZIP Kiel bei depressiven Patienten Veränderungen der Ungewissheit mit dem Fragebogen QUICC abbilden?

Dabei wurde die übergeordnete Hypothese aufgestellt, dass Psychoedukation zu einer Reduktion der Gesamtheit der Ungewissheiten führt.

Als Untersuchungsinstrument wurde im Rahmen dieser Arbeit der Fragebogen „Qualitäten von Ungewissheiten in chronischen Krankheiten“ (QUICC) angewandt. Der QUICC misst über Skalen verschiedene Aspekte von Ungewissheiten, so beispielsweise auch, ob Fragen offen oder inwieweit sie geklärt sind. Beantwortete Fragen lassen demnach auf einen positiven Effekt einer erfolgreichen Psychoedukation schließen. Da der QUICC zum ersten Mal im Rahmen der vorgelegten Studie bei Depressiven zum Einsatz kam, mussten auch die testtheoretischen Aspekte, vor allem die inhaltliche Validität, überprüft werden.

2) Verändern sich in manchen Skalen die Ungewissheiten stärker als in anderen?

Anzunehmen war, dass eine elaborierte Auseinandersetzung mit der Depression an einer Differenzierung von Ungewissheiten erkannt wird.

Dass sich Patienten mit für sie persönlich wichtigen Aspekten beschäftigen und andere, für sie selbst unwichtigere in den Hintergrund treten, könnte an einer Erhöhung der Varianz zwischen den Skalen des QUICCs zu erkennen sein.

2. Methoden

Der QUICC – Beschreibung des Messinstrumentes

Das für diese Doktorarbeit eingesetzte Instrument ist der Fragebogen QUICC (Qualities of Uncertainty in Chronic Conditions), der von Kasper et al. (2003) konzipiert und für einige chronische Krankheiten validiert wurde. Beim QUICC handelt es sich um einen achtseitigen Fragebogen, in dem acht Qualitäten von Ungewissheiten verarbeitet sind. Insgesamt werden dem Patienten 52 Items vorgelegt, die den unten beschriebenen acht Skalen zugeordnet werden können (siehe Anhang).

Der QUICC wurde im Rahmen der Beschäftigung mit der Interaktionsform Shared Decision Making (SDM) entwickelt. Ziel dieser Entwicklungsarbeit war es, ein geeignetes multidimensionales, veränderungssensibles Messinstrument der Effekte (Outcome) von SDM zur Verfügung zu haben. Der QUICC wird vorwiegend bei chronischen Erkrankungen eingesetzt und hat sich dort bewährt.

Der Begriff Ungewissheit

Unter Ungewissheit im medizinischen Kontext versteht sich ein Zustand eines Individuums, in dem diesem nicht ausreichend Information bezüglich seiner Erkrankung, sowie deren Folgen und Auswirkungen zur Verfügung steht.

Brashers (2001) beschreibt das Erleben von Ungewissheiten als subjektiv, da eine bestimmte Situation, die eine Person in einen solchen Zustand erlebter Unsicherheit versetzen kann, eine weitere Person jedoch unbeeinflusst lässt. Ebenso können Ungewissheiten sowohl negativ, als auch positiv und damit Hoffnung gebend sein (Brashers, 2001). Dem primär kognitiven Begriff der Ungewissheit können also Bewertungen wie Unsicherheit, Angst, Unruhe, Verzweiflung, aber auch Hoffnung oder Beruhigung zugeschrieben werden.

Skalen

1) Soziale Einbindung

Die erste Kategorie versammelt Ungewissheiten, die die Verlässlichkeit der Beziehung zum sozialen Umfeld angesichts der Erkrankung betreffen.

Leidet ein Mensch an einer chronischen Erkrankung wie der Depression, treten Fragen bezüglich der Sicherheit der sozialen Einbindung auf. Betroffene benötigen oft mehr Unterstützung als vor dem Auftreten der Krankheit, sowohl emotional als auch praktisch. Dies wiederum verlangt einen größeren Einsatz, eine größere Bereitschaft des sozialen Umfeldes. Als Folge dessen kommen Schuldgefühle (Wie viel kann ich mir und anderen zumuten?) und Ungewissheiten (Lieben mich meine Liebsten noch?) bei Patienten zum Vorschein. Zusätzlich haben viele Erkrankte Schwierigkeiten, an sozialen Aktivitäten teilzunehmen, wodurch es zu einer Verringerung der Einbindung führen kann.

2) Krankheitszustand

Kategorie zwei zeigt Ungewissheiten hinsichtlich des augenblicklichen Krankheitszustandes auf.

A) Diagnose-Prognose

Menschen, die über einen längeren Zeitraum an einer Krankheit leiden, achten meist sehr genau auf ihren eigenen Zustand, horchen in ihren Körper hinein. Kleinste Veränderungen können ein Anzeichen für ein Fortschreiten der Krankheit sein beziehungsweise als solches gewertet werden. Diese Kategorie beschreibt die Ungewissheit bezüglich des aktuellen Krankheitszustandes.

B) Informationsentschlüsselung

Dieser Aspekt bezieht sich auf die Bewertung von außen einwirkender Informationen. Ein Erkrankter meint beispielsweise, als Grund für eine sehr einfühlsame Gesprächsführung seitens des Arztes ein Anzeichen für einen schlechten Gesundheitszustand zu sehen. Gleiches kann ebenfalls aus einem sehr knapp gehaltenen Aufeinandertreffen gefolgert werden.

3) Bewältigung von Anforderungen

Kategorie drei beinhaltet Ungewissheit bezüglich der eigenen Anpassungsfähigkeit an neue Situationen.

Erkrankte Menschen sind oft aus unterschiedlichen Gründen nicht in der Lage, ihren Alltag im gleichen Maße wie vorher zu bewältigen. Hinzu kommen neue die Krankheit und ihre Folgen betreffende Anforderungen. „Kann ich das alles (noch) schaffen?“

4) Kausalattribution

In Kategorie vier werden Ungewissheiten subsumiert, deren Entstehung aus dem Versuch, die eigene Krankheit kausal in Bezug zu Vergangenheit, Gegenwart und Zukunft zu setzen, resultiert. „Wie ist die Krankheit entstanden, welche Lehre ziehe ich daraus?“ „Warum bin gerade ich krank geworden?“.

5) Umgang mit dem Arzt

Diese Kategorie bezieht sich auf Ungewissheiten betreffend des Behandlungspersonals.

A) Rollenpräferenz

Wie ist die eigene Rolle – passiv oder aktiv? Soll ich bei Behandlungen und Therapien mitentscheiden oder dem Arzt die Entscheidung überlassen?

B) Qualität des Arztes

Ist mein Arzt fachlich gut? Bin ich bei meinem Arzt menschlich gut aufgehoben?

6) Behandlung

In der letzten Kategorie geht es um Ungewissheiten hinsichtlich der Behandlungsmöglichkeiten und -wahl, des Einflusses medizinischen und außermedizinischen Handelns auf die Gesundheit. Im Krankheitsfall stellt die Wahl der Therapie für die Betroffenen ein großes Problem dar. Fast immer sind sowohl Vor- als auch Nachteile vorhanden, zusätzlich raten unterschiedliche Ärzte womöglich zu verschiedenen Methoden.

Auch nach der Entscheidung endet die Ungewissheit über eine korrekte Wahl und ob es einem selbst mit der anderen Therapie nicht besser ginge nicht zwangsläufig.

Testgütekriterien

Da der Fragebogen QUICC im Rahmen dieser Arbeit zum ersten Mal bei Depressiven zum Einsatz kam, musste zusätzlich zu obigen Hypothesen aufgezeigt werden, dass er die Testgütekriterien erfüllt und damit einsetzbar ist. Dazu mussten Reliabilität, Validität, Objektivität und Praktikabilität in dieser Stichprobe überprüft werden.

Reliabilität

Maß für die Genauigkeit eines Tests: Würden bei einer wiederholten Messung unter gleichen Rahmenbedingungen nahezu gleiche Ergebnisse erzielt?

Validität

Misst das Messinstrument, was es messen soll? Wie gültig oder belastbar sind die Aussagen, die aufgrund der Messungen getroffen wurden?

Objektivität

1. Interpretations-/Auswertungsobjektivität
2. Durchführungsobjektivität

Praktikabilität

Ist die Untersuchung praktikabel, dauert die Erhebung der Daten nicht länger als 30 Minuten?

Die Depressionsgruppe

Bei der im Rahmen dieser Arbeit untersuchten Intervention handelt es sich um die Psychoedukative Depressionsgruppe am Zentrum für Integrative Psychiatrie in Kiel. Das Gruppenangebot richtet sich an Patienten in stationärer wie auch ambulanter Behandlung mit depressiver Erkrankung (ICD 10 - F32 – F34). Orientiert wurde sich am Münchener Konzept. Umfang ist eine sechsmalige Gruppenintervention, die zweimal wöchentlich stattfindet. Mithin dauert ein Gruppendurchgang für jeden Patienten drei Wochen.

Die Gruppe wird von einem Arzt und einem Psychologen geleitet. Die einzelnen Sitzungen dauern 50 Minuten, die Zahl der Teilnehmer sollte auf Zwölf beschränkt sein. Es ist dem Patienten möglich, jederzeit mit der Therapie zu beginnen; die Reihenfolge der Themen ist nicht vorgeschrieben.

Durch die Teilnahme an der Psychoedukativen Depressionsgruppe werden mehrere Ziele angestrebt. So soll das Verständnis für die Depression als Krankheit und nicht als persönliches Fehlverhalten oder als Versagen wachsen und verinnerlicht werden. Die Symptome der Depression und die Probleme, die die Erkrankung mit sich bringt, können bei den anderen Teilnehmern erkannt und somit das Gefühl des Alleinstehens und des Unverständnisses von Seiten Dritter vermindert werden. Einen wichtigen Aspekt der Gruppentherapie stellt der Anspruch, die Betroffenen zum Experten ihrer Erkrankung werden zu lassen. Als Folge soll es ihnen leichter fallen, in Krisen richtig und selbstständig zu reagieren, mögliche Anflüge einer Depression zu erkennen, sowie die Krankheit erfolgreich zu bewältigen.

Inhaltliche Themen:

1. Krankheitsbegriff, Symptome, Sicht in der Bevölkerung
2. Verlauf und Entstehung, Rezidivprophylaxe
3. Stationäre Therapie
4. Medikamentöse Therapie
5. Licht – und Wachtherapie, EKT
6. Psychotherapie.

Versuchsdesign

Statistische Formulierung der Fragestellung

Hypothese 1: Die durch Psychoedukation erwartete Reduktion der Wahrnehmung von krankheitsrelevanten Ungewissheiten wird anhand der Differenz der Summenscores jeder Ungewissheitsqualität messbar gemacht.

Hypothese 2: Die durch die Psychoedukation zu erwartende Zunahme an Differenzierungsfähigkeit zwischen krankheitsrelevanten Ungewissheiten wird anhand der Differenz in der Varianz zwischen den Skalen des QUICCs vor und nach der psychoedukativen Intervention operationalisiert.

Hypothese 3: Die Testgütekriterien Reliabilität, Validität/Homogenität, Objektivität und Praktikabilität werden erfüllt: Die Skalen des QUICCs sind reliabel und homogen, d.h. Cronbachs alpha liegt $> 0,8$. Der QUICC ist durchführungs- und auswertungsobjektiv, die Untersuchung dauert nicht länger als 30 Minuten.

Statistische Auswertung

Cronbachs alpha

$$\alpha = \frac{N \cdot \bar{r}}{1 + (N - 1) \cdot \bar{r}}$$

N = Anzahl der Items

r = mittlere Korrelation zwischen den Items

Bei Cronbachs alpha handelt es sich um ein Maß der internen Konsistenz; es kann theoretisch Werte von minus unendlich und eins annehmen, wobei in der Regel Werte ab 0,7 als gut bewertet werden.

Für den Fall, dass sich der in Hypothese eins postulierte Mittelwertsunterschied zeigt, ist zur Prüfung der Hypothese zwei, also zur Untersuchung der Varianz zwischen den Skalen, eine Transformation erforderlich, die diese Divergenz zwischen den Mittelwerten ausgleicht. Dies ist nötig, da beispielsweise eine Varianz von 0,8 bei einem Mittelwert von 1 ein größeres Gewicht als bei einem Mittelwert von 3 inne hat.

Eine gängige Methode zur Transformation stellt die z-Transformation dar. Durch diese können sämtliche Normalverteilungen standardisiert werden. Die daraus entstehende Standardnormalverteilung zeichnet sich durch einen Erwartungswert von 0 und eine Streuung von 1 aus. Um in unserer Messung die Varianz der Daten nicht zu verändern, wurde ein anderes Verfahren gewählt. Im Gegensatz zu einer guppenbasierten z-Transformation wurde eine Reskalierung für die Daten eines jeden einzelnen Patienten vorgenommen.

Dies geschah, indem für die zwei Messpunkte jeweils die acht Skalenmittelwerte eines Patienten durch dessen Gesamtskalenmittelwert dividiert wurden. Zur deutlicheren Veranschaulichung wurden dann alle Werte mit eins subtrahiert und somit auf einen Mittelwert von null verschoben. Dadurch stellen sich vom Mittelwert aller Skalen eines Patienten nach oben abweichende Werte als positiv, vom Mittelwert nach unten abweichende, also geringere Ungewissheit, als negativ dar. Durch diese Reskalierung gibt es nun die Möglichkeit, die Varianzen der vor und nach der Gruppentherapie erhobenen Daten zu vergleichen.

Als zweites kann die quadrierte Abweichung vom individuellen Gesamtmittelwert aufgeführt werden. Ein großer Vorzug ist, dass man bei der mittleren quadrierten Abweichung einen Parameter bekommt, den man für jede Skala einzeln betrachten kann: Wie weit weicht eine Skale vor der psychotherapeutischen Intervention vom individuellen Gesamtmittelwert ab, wie weit hinterher? Die Varianz dagegen ist ein Maß für die Unterschiedlichkeit aller Skalen gemeinsam vor beziehungsweise nach der Therapie.

Hypothese 1 – Ungewissheiten reduzieren sich

$$U1-8(t1) > U1-8(t2)$$

Hypothese 2 – die Differenzierung von Ungewissheiten steigt

$$V(t1) < V(t2)$$

U = Ungewissheit

t1 = Messzeitpunkt

t2 = Messzeitpunkt 2

V = Varianz

Statistische Auswertungsverfahren

Zur Auswertung der ersten Hypothese wurde mittels t-Test für abhängige Stichproben gerechnet. Der t-Test wurde gewählt, da es sich um einen Vergleich von Mittelwerten, die zu zwei verschiedenen Messzeitpunkten erhoben wurden, handelt. Zwar war es wahrscheinlich, dass die Ungewissheiten nicht streng normal verteilt sein würden, doch der t-Test ist ausreichend robust gegenüber Abweichungen von der Normalverteilung.

Bei der zweiten Hypothese kam der Wilcoxon-Test zum Einsatz. Auch hier handelt es sich genau genommen um einen Vergleich von Mittelwerten, jedoch wird die Varianz der Mittelwerte zu zwei verschiedenen Messzeitpunkten verglichen. Da beim Vergleich der Varianzen wohl keine Normalverteilung zu erwarten war, wurde der Wilcoxon-Test als Test für abhängige Stichproben ohne Normalverteilung anstelle des t-Tests gewählt.

3. Ergebnisse

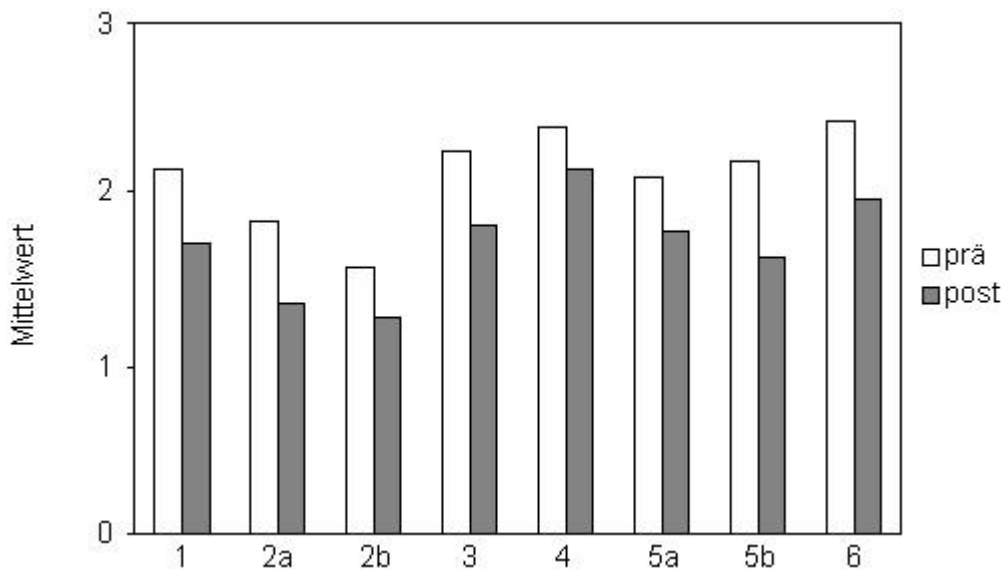
Stichprobe

29 ambulant und stationär im ZIP Kiel betreute an einer unipolaren Depression (ICD-10 F32 - F34) leidenden Patienten füllten den Fragebogen QUICC vor und nach der Teilnahme an der psychoedukativen Depressionsgruppe aus. Davon waren sieben männlich (24,14%) und 22 weiblich (75,86%). Die Altersspanne der Teilnehmer betrug 22 bis 80 Jahre mit einem Mittelwert von 46,2. Durch verschiedene Gründe war es nicht möglich, während des Messzeitraumes alle Patienten, die sich wegen einer Depression behandeln ließen, in die Studie aufzunehmen. Da es sich um eine freiwillige Teilnahme an der Studie handelte, willigten einige Patienten beispielsweise ohne Angaben von Gründen, andere aus Unlust oder gefühlter Unfähigkeit nicht ein. Des Weiteren konnten manche Patienten wegen der Stationsaktivitäten nicht angetroffen werden, andere wurden vor Teilnahme an der Depressionsgruppe befragt, dann entlassen, ohne dass davor die Möglichkeit bestand, den Bogen ein zweites Mal vorzulegen. Es wäre wünschenswert gewesen, dass die Daten aller Patienten vorgelegen hätten. Dennoch konnten die Daten eines repräsentativen Querschnitts der ambulant und stationär behandelten Betroffenen erhoben werden.

1. Hypothese: Die Ungewissheiten reduzieren sich in ihrer Gesamtheit

Zu der Untersuchung zur Reduktion der Ungewissheiten wurde der als stabil geltende und vor Ausreißern schützende Median der Skalenmittelwerte vor und nach Teilnahme an der Depressionsgruppe ermittelt. Dieser betrug zum ersten Messzeitpunkt 2,16. Der höchste Mittelwert fand sich in Skala 6 (2,43), der niedrigste in Skala 2b (1,65).

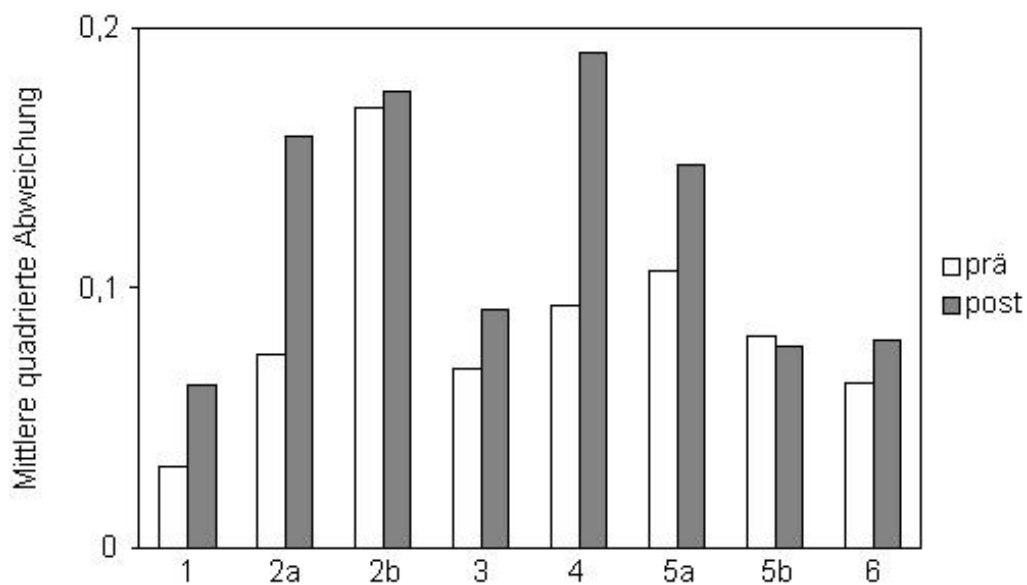
Bei der zweiten Befragung zeigte sich ein neuer Median von 1,75, den höchsten Skalenmittelwert ergab Skala 4 mit 2,14, den niedrigsten erneut Skala 2b. Alle Ungewissheitsqualitäten reduzieren sich signifikant unter der psychoedukativen Gruppenintervention ($p < 0,05$), einzig in Skala 2b (Informationsentschlüsselung) lässt sich bloß ein Trend in der erwarteten Richtung erkennen ($p = 0,07$).



Durchschnittliche Ausprägung der Ungewissheitsqualitäten des QUICC vor und nach der Gruppenintervention (n = 29).

2. Hypothese: Die Varianz zwischen den Skalen steigt

Wie in den Ergebnissen zur ersten Hypothese beschrieben, zeigten sich deutliche Mittelwertsunterschiede im Vergleich beider Messzeitpunkte.



Durchschnittliche quadrierte Abweichung vom reskalierten individuellen Ungewissheitsniveau vor und nach der Gruppenintervention (n = 29).

Besonders deutlich werden die Unterschiede in den Skalen 2a und 4. Der Median der Varianz zwischen den reskalierten Skalenmittelwerten der Befragung vor Teilnahme an der psychoedukativen Depressionsgruppe beträgt 0,06 bei einem Range von 0 bis 0,36. Die Auswertung der Daten der zweiten Befragung ergibt einen Median der Varianz von 0,09; die Werte der einzelnen Patienten liegen zwischen 0,003 und 0,53. Dieser hypothesenkonforme Zuwachs ist im exakten gerichteten Wilcoxon-Test signifikant (N=29, p=0,02).

Hypothese 3: Die Testgütekriterien werden erfüllt

Die Ergebnisse zu den Testgütekriterien sind durchweg positiv. Reliabilität bzw. Validität und Homogenität, operationalisiert als Cronbachs alpha, erreichen Werte von 0,67 (Skala 2a) bis 0,86 (Skala 6), der Median beträgt 0,8.

<u>Skala</u>	<u>Cronbachs alpha</u>
1	0,80
2a	0,67
2b	0,82
3	0,72
4	0,81
5a	0,70
5b	0,83
6	0,86

Tabelle: Werte für Cronbachs alpha der Skalen.

Das Gütekriterium der Objektivität gilt ebenfalls als erfüllt. Sowohl die Interpretations-, als auch die Auswertungsobjektivität sind gegeben, die Ergebnisse werden einfach ausgezählt. Die Durchführungsobjektivität wird durch die Instruktion am Beginn des Fragebogens gesichert. Da die Bearbeitung des QUICCs nicht mehr als 30 Minuten andauert, ist auch die Praktikabilität bescheinigt.

Diskussion

Diskussion der Ergebnisse

Die vorgelegte Studie verfolgte verschiedene Zielsetzungen: Übergeordnet war die Evaluation einer seit Jahren auf der Depressionsstation am ZIP Kiel durchgeführten psychoedukativen Gruppenbehandlung für depressive Patienten. Dabei wurde der Fokus auf einen Aspekt gelegt, der im Verlauf chronischer Erkrankungen regelhaft einen wichtigen Stellenwert einnimmt, nämlich die Ungewissheit (Brashers et al, 2003, Mishel & Braden, 1988, Mishel, 1990).

Der speziell für die Erhebung von verschiedenen Aspekten von Ungewissheit entwickelte und bereits bei anderen chronischen Erkrankungen evaluierte (Geiger, 2007) Fragebogen „Qualities of Uncertainty in Chronic Conditions“ (QUICC) war bei depressiven Störungen bisher nicht eingesetzt worden, so dass dieses Verfahren für das Störungsbild Depression gleichzeitig zu validieren war.

Das letztgenannte Anliegen der Studie konnte eindrucksvoll erfüllt werden: Die Daten zeigen, dass mit dem bei anderen chronischen Krankheiten bewährten QUICC ein änderungssensitives Instrument für den Einsatz bei depressiven Störungen vorhanden ist. Die Testgütekriterien der Reliabilität beziehungsweise der Validität und Homogenität erreichen durchweg positive Ergebnisse. Objektivität und Praktikabilität sind ebenfalls gegeben. Der QUICC ist aufgrund seines Entwicklungshintergrundes besonders gut zur Evaluation einer psychoedukativen Gruppe geeignet. Die Entwicklung entstand im Rahmen des Beschäftigens mit der Interaktionsform Shared Decision Making (Kasper et al, 2003) aus der Überlegung über ein geeignetes multidimensionales, veränderungssensibles Messinstrument für das Erfassen der Wirkung des SDM verfügen zu wollen.

Dieses Konzept der gemeinsamen Entscheidungsfindung sieht eine prinzipiell gleichberechtigte Arbeitsbeziehung zwischen Arzt und Patient vor und entspricht daher dem psychoedukativen Vorgehen bei psychiatrischen Störungsbildern. Voraussetzung ist ein beidseitiger Informationsfluss, der in einer Vereinbarung endet, in welche beide Teilnehmer aktiv und gleichberechtigt die ihnen wichtigen Kriterien eingebracht und erläutert haben. Die

dann gefällte Entscheidung soll im gegenseitigen Einvernehmen mit beidseitigem Bewusstsein möglicher Konsequenzen und gemeinsamer Übernahme der Verantwortung getroffen werden (Charles et al 1997, 1999). Psychoedukation als SDM-Intervention beabsichtigt den Patienten dadurch zum Experten seines Leidens zu machen, dass sowohl Störungs- als auch Behandlungswissen vermittelt wird. Dass dabei die Kommunikation über Ungewissheiten – nämlich über die Wirksamkeit der gewählten Therapieform oder den weiteren Langzeitverlauf der Depression – einen wichtigen Stellenwert einnimmt, liegt im Wesentlichen in der Natur des Störungsbildes Depression begründet. Die Ansätze und Ideen der Psychoedukation ähneln der des Shared Decision Making sehr, so dass der QUICC zur Veränderungsmessung bei psychoedukativen Interventionen eingesetzt werden kann.

Für die Evaluation der auf der Depressionsstation durchgeführten Psychoedukationsgruppe wurde ein einfaches Prä-Post-Design gewählt. Damit ist die vorgelegte Untersuchung als Phase II Studie im Rahmen der Entwicklung einer wissenschaftlich fundierten psychotherapeutischen Intervention anzusehen. Diese Phase umfasst neben verlaufsbeschreibenden Einzelfallstudien unter anderem auch Durchführbarkeitsstudien und einfache Prä-Post-Analysen, verlangt aber noch keinen Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppen (Buchkremer et al., 2001).

Die Evaluationsergebnisse für die Psychoedukationsgruppe sind ermutigend, denn es zeigten sich deutliche Veränderungen der verschiedenen Qualitäten an Unsicherheit in die erwünschte Richtung. Bestätigt wurden die beiden aufgestellten Hypothesen: Zum einen konnte eine Reduktion der Gesamtheit der Ungewissheiten, zum zweiten eine signifikante Erhöhung der Varianz zwischen den Skalen als Wirkung einer psychoedukativen Intervention gezeigt werden. Vor allem in den Skalen 1, 2a und 4 war die Varianzerhöhung deutlich zu erkennen, also im Bereich der sozialen Einbindung, der Frage nach der Diagnose und Prognose sowie der Kausalattribution („Warum bin gerade ich krank geworden, wie ist die Krankheit entstanden?“). Die Ergebnisse der Studie belegen erstmals empirisch die positiven Auswirkungen auf das Unsicherheitserleben depressiver Patienten durch die Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe. Der Depressionsgruppe am ZIP Kiel kann also in dem wichtigen Bereich der Unsicherheit eine gute Wirksamkeit bescheinigt werden.

Inhaltlich weist die vorgelegte Studie auf einen positiven Einfluss der Psychoedukationsgruppe auf depressive Patienten hin, gleichwohl stellen die Ergebnisse nur

den Beginn der Wirksamkeitsprüfung dar, dem weitere Untersuchungen folgen müssen. Dabei wird in der nächsten Phase der Wirksamkeitsforschung dem Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppen die größte Bedeutung zukommen. Durch diesen Vergleich würden spezifische Effekte der Psychoedukationsgruppe nachgewiesen werden können. Zusätzlich müssten Daten bezüglich externer auf den Patienten wirkender Faktoren erfasst werden. Beispielsweise erleben die Patienten im Laufe der Behandlung die Reaktionen ihrer Angehörigen und Bekannten, sie führen Gespräche mit Mitpatienten und dem behandelnden Arzt - all diese Faktoren fließen möglicherweise in die Veränderung des Ungewissheitsprofils mit ein und könnten die gemessenen Gruppeneffekte konfundieren.

Außerdem müssen einige mögliche Einschränkungen bedacht werden. Nachgewiesen wurde, dass durch den QUICC die Differenzierung der Ungewissheiten von depressiven Patienten erfasst und belegt werden konnte. Dabei gilt es zu bedenken, dass Ungewissheit lediglich einen Aspekt darstellt, der im Rahmen einer Psychoedukation adressiert wird. Nicht gemessen wurden zum Beispiel der Zuwachs an speziellen Fertigkeiten zur Depressionsbewältigung oder die Steigerung der Einsicht in einen depressionsfördernden Lebensstil. Insoweit kann nur behauptet werden, dass die Psychoedukation Einfluss zu nehmen scheint auf Aspekte der Depression, die mit einer Unsicherheit einhergehen.

Nicht erfasst wurden auch Änderungen im Ausmaß der Depressivität: Es ist anzunehmen, dass mit zunehmender Verbesserung der Depressionssymptomatik die zuvor bestandenen Unsicherheiten natürlicherweise abnehmen. Die während der erfolgreichen Therapie einer Depression sinkende Rumination und die steigende Entscheidungsfähigkeit des Patienten sind möglicherweise eng assoziiert mit dem Ungewissheitserleben wie es der QUICC erfragt. Ein Zusammenhang wäre jedoch in zwei Richtungen denkbar. Das eine könnte Konsequenz oder aber Ausdruck des anderen sein. Bei beiden Betrachtungsarten erscheint es möglich, dass die positiven Ergebnisse, die die Studie ergeben hat, also nicht notwendigerweise allein der erfolgreichen Intervention zugeschrieben werden können.

Damit stellt sich die Frage, wie groß der Anteil der verminderten Depressivität am Rückgang der Ungewissheit ist. Diese Frage ist in nachfolgenden Studien unbedingt zusätzlich zu untersuchen. Um eine genaue Aussage bezüglich der Effekte, die allein oder zumindest vorrangig auf die psychoedukative Depressionsgruppe zurückzuführen sind, treffen zu können, wäre eine Messung der depressiven Symptomatik vor und nach der Teilnahme an der

Gruppentherapie durch Messwerkzeuge wie das Beck-Depressionsinventar vonnöten. Dadurch wäre man in der Lage, gezielt die unterschiedlichen Effekte und Veränderungen der psychoedukativen Intervention oder allein bzw. anteilig der fortgeschrittenen Genesung zuzuordnen. Die Art der Interaktion zwischen beiden Aspekten könnte sich herauskristallisieren und bewertet werden.

Ausblick

Die vorgelegte Studie stellt einen wichtigen Schritt dar, um die Veränderungswirksamkeit der Psychoedukationsgruppe empirisch zu belegen. In den nächsten Schritten müssen jedoch prospektive, randomisierte, kontrollierte Studien mit einem Vergleich von Interventions- und Kontrollgruppen an klar definierten Zielgruppen erfolgen, die auch Poweranalyse, Drop-out-Analyse, Kontrolle des Selektionseffektes, Intention-to-treat-Auswertung und mittelfristigen Follow-Up-Untersuchungen enthalten sollten.

Zudem ist es sinnvoll der Frage nachzugehen, ob sich Effekte der Psychoedukation auf Rückfälligkeit finden lassen. Auch wenn zu Rückfallraten nach Teilnahme an der psychoedukativen Depressionsgruppe bisher noch keine Aussagen getroffen werden können, ist eine Rechtfertigung des psychoedukativen Konzeptes mit Blick auf die positiven Ergebnisse und Effekte, sowohl die messbaren, als auch die ganz persönlich gefühlten, in jedem Fall gegeben und macht Hoffnung auf eine grundlegende Basis zur Weiterentwicklung eines Therapiekonstruktes, welches den Betroffenen erheblich zugute zu kommen vermag.

Zusammenfassung

Übergeordnetes Ziel der vorgelegten Arbeit war, die Wirksamkeit einer psychoedukativen Depressionsgruppe zu überprüfen, die regelmäßig auf der Depressionsstation der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie am ZIP Kiel durchgeführt wird.

An der Depressionsgruppe nehmen ambulant und stationär behandelte Patienten mit depressiver Erkrankung teil. Inhaltlich geht es um die Klärung des Krankheitsbegriffes, Symptome, Verlauf und Entstehung einer Depression, Rezidivprophylaxe, Sicht und Akzeptanz der Krankheit und die verschiedenen Therapieformen. Ziel ist es, ein besseres Verständnis für das Störungsbild Depression und ein günstiges Krankheitsbewältigungsverhalten zu erreichen. Geleitet wird die Gruppe von einem Arzt und einem Psychologen, die Teilnehmeranzahl sollte die Anzahl zwölf nicht überschreiten

Die Veränderungen wurden mittels des Fragebogens „Qualitäten von Ungewissheiten in chronischen Krankheiten“ (QUICC) in einem einfachen Prä-Post-Design gemessen. Der QUICC ist ein ein achtseitiges Messinstrument, welches verschiedene Qualitäten von Ungewissheiten erfasst. Der QUICC hat sich im Einsatz bei anderen chronischen Erkrankungen bereits bewährt.

Die Daten belegen im Prä-Post-Vergleich deutliche Veränderungen in den Ungewissheitsprofilen bei depressiven Patienten vor und nach Teilnahme an der Psychoedukationsgruppe. Die Gesamtheit der Ungewissheiten reduzierte sich, was sich in den gesunkenen Summenscores der Ungewissheiten nach der Teilnahme an der Depressionsgruppe abbildet. Außerdem differenzierten die Probanden vermehrt zwischen den Ungewissheitsqualitäten, was sich in der gesteigerten Differenz in der Varianz zwischen den Skalen des QUICCs vor und nach der psychoedukativen Intervention widerspiegelt. Die zusätzlich geprüften Testgütekriterien des QUICC waren ähnlich günstig wie bei der zuvor untersuchten Stichprobe von Patienten mit anderen chronischen Krankheitsbildern.

Die Studie ist ein erster Schritt, um die positiven Effekte der psychoedukativen Gruppenintervention empirisch zu belegen. Die positiven Ergebnisse ermutigen zu weiteren

Wirksamkeitsstudien, die ein Kontrollgruppendesign mit Vergleich zwischen Interventions- und Kontrollgruppen ebenso beinhalten sollte, wie die Messung externer Einflussgrößen. Außerdem wäre denkbar neben dem Ungewissheitserleben weitere wichtige Konstrukte in Krankheitserleben und -bewältigung, die durch die Psychoedukationsgruppe adressiert werden, in zukünftige Untersuchungen einzubeziehen.

Literaturverzeichnis

Anderson, C.M., Griffin, S., Rossi, A., Pagonis, I., Holder, D.P., Treiber, R.G. (1986). A Comparative Study of the Impact of Education vs. Process Groups for Families of Patients with Affective Disorders. *Family Process*, S. 185-205.

Anderson, C.M., Hogarty, G., Reiss, D.J.H. (1980). Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. *Schizophrenia Bulletin*, S. 490-505.

Angst, J. (1992). How recurrent and predictable is depressive illness? In S. R. Montgomery, *Long-Term Treatment of Depression*. Chichester: Wiley & Sons.

Barrera, A.Z., Torres, L.D., Munoz, R.F. (Dezember 2007). Prevention of depression: the state of the science at the beginning of the 21st Century. *Int Rev Psychiatry*, S. 655-670.

Bauer, M., Berghöfer, A., Adli, M.B. (2005). *Akute und therapieresistente Depressionen: Pharmakotherapie - Psychotherapie - Innovationen*. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Bäumel, J., Pitschel-Walz, G. & Kissling, W. (1996). Psychoedukative Gruppen bei schizophrenen Psychosen für Patienten und Angehörige. In S. A, *Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten* (S. 217-255). Tübingen: dgvt.

Bäumel, J. (1994). *Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis. Ein Ratgeber für Patienten und Angehörige*. Berlin: Springer.

Beck, A. W. (1961). An inventory for measuring depression. *Arch Gen Psychiatry*, S. 561-671.

Bloom, B. (Juni 2004). Prevalence and economic effects of depression. *Manag Care*, S. 9-16.

Böcken, J. Braun, B. & Schnee, M. (2004). *Gesundheitsmonitor 2004. Die ambulante Versorgung aus Sicht von Bevölkerung und Ärzteschaft*. Gütersloh: Bertelsmann Stiftung.

Brashers, D. E. (2001). Communication and Uncertainty Management. *Journal of Communication*, S. 477-497.

Brashers, D. E., Neidig, J. L., Russell, J. A., Cardillo, L. W., Haas, S. M., Dobbs, L. K. (2003). The medical, personal, and social causes of uncertainty in HIV illness. *Issues in Mental Health Nursing*, S. 497-522.

Brown, R. L. (1984). A Psychoeducational Approach to the Treatment of Depression: Comparison of Group, Individual, and Minimal Contact Procedures. *J Consult Clin Psychol*, S. 547-552.

Buchkremer, G. & Fiedler, P. (1987). Kognitive versus handlungsorientierte Therapie: Vergleich zweier psychotherapeutischer Methoden zur Rezidivprophylaxe bei schizophrenen Patienten. *Nervenarzt*, S. 481-488.

Buchkremer, G. & Klingberg, S. (2001). Was ist wissenschaftlich fundierte Psychotherapie? *Nervenarzt*, S. 20-30.

Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1997). Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (Or it takes at least two to tango). *Sol Sci Med*, S. 681-692.

Charles, C., Gafni, A. & Whelan, T. (1999). Decision Making in the physician-patient encounter: revisiting the shared treatment decision-making model. *Social Science & Medicine*, S. 651-661.

Clarkin, J.F., Carpenter, D., Hull, J., Wilner, P. & Glick, I.D. (1998). Effects of psychoeducational intervention of married patients with bipolar disorder and their spouses. *Psychiatr Serv*, S. 531-533.

Coulter, A. & Magee, H. (2003). *The European Patient of the Future*. Maidenhead, Philadelphia: Open University Press.

Crown, W.H., Finkelstein, S. & Berndt, E.L. (2001). The impact of treatment-resistant depression on health care utilization and costs. *J Clin Psychiatry*, S. 963-971.

Ebert, D. & Loew, T. (1997). *Psychiatrie systematisch*. Bremen: UNI-MED Verlag.

Elmer, O. (1996). Psychoedukation versus Psychotherapie. Verhaltenstherapie und psychosoziale Praxis, S. 565-569.

Falloon, I.R., Boyd, J.L., Mc Gill, C.W., Razani, J., Moss, H.B. & Gilderman, A.M. (1982). Family management in the prevention of exacerbations of schizophrenia: a controlled study. N Eng J Med, S. 1437-40.

Faust, V. (1996). Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Klinik, Praxis und Beratung. Stuttgart, Jena, New York: Gustav-Fischer-Verlag.

Geiger, F. (2007). Shared Decision Making als Verhandlung von Ungewissheiten. Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades am Fachbereich Humanwissenschaften an der Universität Osnabrück, Osnabrück.

Goesmann, C., Bühren, A. & Neuy-Bartmann, A. (September 2007). Die Behandlung depressiver Menschen in der Praxis--Erfahrungen, gesundheitspolitische Rahmenbedingungen und Empfehlungen. Psychiatr Prax, S. 266-268.

Görnitz, A. (2002). Ratgeber-Literatur zur depressiven Erkrankung: Beschreibung des aktuellen Bücherangebots, empirische Untersuchung zu genutzten Informationsquellen, krankheitsbezogenem Wissen und Erwartungen von Betroffenen, deren Angehörigen und professionellen Helfern ! Dissertation an der Technischen Universität München.

Griesinger, W. (1845). Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten: Für Aerzte und Studierende dargestellt. Stuttgart: Krabbe.

Harley, R., Petersen, T., Scalia, M., Papakostas, G.I., Farabaugh, A. & Fava, M. (2006). Problem-solving ability and comorbid personality disorders in depressed outpatients. Depress anxiety, S. 496-501.

Hautzinger, M., Bailer, M., Worrall, H. & Keller, F. (1995). Das Beck-Depressionsinventar (BDI). Bern: Huber-Verlag.

Hirschfeld, R.M., Montgomery, S.A., Aguglia, E., Amore, M., Delgado, P.L., Gastpar, M., Hawley, C., Kasper, S., Linden, M., Massana, J., Mendlewicz, J., Möller, H.J., Nemeroff, C.B., Salz, J., Such, P., Torta, R. & Versiani, M. (2002). Partial response and noresponse to antidepressant therapy: current approaches and treatment options. J Clin Psychiatry , S. 826-837.

Honig, A., Hofmann, A., Hilwig, M., Noorthoorn, E. & Ponds, R. (1995). Psychoeducation and expressed emotion in bipolar disorder: preliminary findings. *Psychiatry Res*, S. 299-301.

Hornung, W.P. & Kieserg, A. (1994). Psychoedukatives Training für schizophrene Patienten. Ein verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm zur Rezidivprophylaxe. Tübingen: DGVT-Verlag.

Hornung, W.P. & Feldmann, R. (2000). Psychoedukative Verfahren und Angehörigenarbeit. In H.-J. Möller, *Therapie psychiatrischer Erkrankungen*. Stuttgart: Thieme.

Hornung, W. (2000). Psychoedukative Interventionen. In M. N. Krausz, *Integrative Schizophrenietherapie* (S. 113-147). Basel: Karger.

Joubert, P. & Lasagna, L. (1975). Patient package inserts. I. Nature, notions, needs. *Clin Pharmacol Ther*, S. 507-513.

Kasper, J., Kuch, C. & Heesen, C. (2003). Shared decision-making als Interaktionsstil - eine konstruktivistische Perspektive. In F. P. Scheibler, *Shared Decision-Making - Der Patient als Partner im medizinischen Entscheidungsprozess* (S. 34-46). Weinheim: Juventa Verlag.

Klesse, C., Bermejo, I. & Härter, M. (November 2007). Neue Versorgungsmodelle in der Depressionsbehandlung/Innovative care models for treating depression, *Nervenarzt*, S. 585-594.

Lejoyeux, M. & Rouillon, F. (1996). Suicide and psychotropic drugs. *Encephale*, S. 40-45.

Linden, M., Kurtz, G., Baltes, M.M., Geiselmann, B., Lang, F.R., Reischies, F.M. & Helmchen, H. (1998). Depression bei Hochbetagten. Ergebnisse der Berliner Altersstudie. *Nervenarzt*, S. 27-37.

Luderer, H.-J. & Pitschel-Walz, G. (2001). Mit umfassendem Wissen affektive Störungen besser bewältigen. *Kerbe*, S. 15-18.

Miklowitz, D.J. & Goldstein, M.J., (1997). *Bipolar Disorder - A Family-Focused Treatment Approach*. New York: The Guilford Press.

- Miklowitz, D.J., Simoneau, T.L., George, E.L., Richards, J.A., Kalbach, A., Sachs-Ericsson, N. & Suddath, R. (2000). Family-Focused Treatment of Bipolar Disorder: 1-Year Effects of a Psychoeducational Program in Conjunction with Pharmacotherapy. *Biol Psychiatry*, S. 582-592.
- Mishel, M. H. & Braden, C. J. (1988). Finding meaning: antecedents of uncertainty in illness. *Nursing Research*, S. 98-103.
- Mishel, M. H. (1990). Reconceptualization of the uncertainty in illness theory. *J Nurs Scholarsh*, S. 256-262.
- Möller, H. (2003). Suicide, suicidality and suicide prevention in affective disorders. *Acta psychiatr Scand*, S. 73-80.
- Möller, H.-J. (Mai 2004). Therapieresistenz auf Antidepressiva. Definition, Häufigkeit, Prädiktoren und Interventionsmöglichkeiten. *Nervenarzt*, S. 499-515.
- Montgomery, S. (1994). antidepressants in long-term-treatment. *Annu Rev Med*, S. 447-457.
- Mueser, K.T., Bellack, A.S., Wade, J.H., Sayers, S.L. & Rosenthal, C.K. (1992). An Assessment of the Educational Needs of Chronic Psychiatric Patients and their Relatives. *Br J Psychiatry*, S. 674-680.
- Murray, C.J. & Lopez, A.D. (1997). Global and regional descriptive epidemiology of disability: Incidence, prevalence, health expectancies and years lived with disability. In C. & Murray, *The global burden of disease. A comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries, and risk factors in 1990 and projected to 2020* (S. 201-246). Harvard: Harvard University Press.
- Nierenberg, A.A., Petersen, T.J. & Alpert, J.E. (2003). Prevention of relapse and recurrence in depression: the role of long-term pharmacotherapy and psychotherapy. *Journal Clin Psychiatry*, S. 7-13.
- Pitschel-Walz, G., Bäuml, J. & Kissling, W. (2003). *Psychoedukation Depressionen*. München: Urban & Fischer.

Salomon, D.A., Keller, M.B., Leon, C.A., Mueller, T.I., Lavori, P.W., Shea, M. T., Coryell, W., Warshaw, M., Turvey, C., Maser, J.D. & Endicott, J. (2000). Multiple recurrences of Major depressive disorder. *Am J Psychiatry*, S. 229-233.

Schaub, A. (2000). Angehörigenarbeit und psychoedukative Patientengruppen in der Therapie affektiver Störungen . In H.-J. Möller, *Therapie psychiatrischer Erkrankungen* (S. 462-473). Stuttgart: Thieme.

Simoneau, T.L., Miklowitz, D.J., Richards, J.A., Saleem, R. & George, E.L. (kein Datum). Bipolar Disorder and family communication: effects of a psychoeducational program. *J Abnorm Psychol*, S. 588-597.

Stern., M.J. (1993). Group therapy with medically ill patients. In A. S. Alonso, *Group therapy in clinical practice*. Washington: American Psychiatric Press.

Wagner, P. (2004). Psychoedukation bei bipolaren Störungen. *DNP*, S. 40-44.

Wetterling, T. & Tessmann, G. (2000). Aufklärung über die Diagnose. *Psychiatr Prax*, S. 6-10.

Wiedemann, G., Klingberg, S. & Pitschel-Walz, G. (September 2003). Psychoedukative Interventionen in der Behandlung von Patienten mit schizophrenen Störungen. *Nervenarzt*, S. 789-808.

Wittchen, H. (2000). Die Studie "Depression 2000". Eine bundesweite Depressions-Screening-Studie in Allgemeinarztpraxen. *Fortschritte der Medizin, Sonderheft* , S. 1-3.

Wolfersdorf, M. (2000). *Der suizidale Patient in Klinik und Praxis*. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart.

Wolfersdorf, M. & Schüler, M. (2005). *Depressionen im Alter. Diagnostik, Therapie, Angehörigenarbeit, Fürsorge, gerontopsychiatrische Depressionsstationen*. Stuttgart: Kohlhammer.

Appendices

A: Formeln

Cronbachs alpha

$$\alpha = \frac{N \cdot \bar{r}}{1 + (N - 1) \cdot \bar{r}}$$

N = Anzahl der Items

r = mittlere Korrelation zwischen den Items

B: Der Fragebogen QUICC

Liebe Patientin, lieber Patient,

Ihre Erkrankung bringt Fragen mit sich, die sich nicht oder noch nicht beantworten lassen. So wissen Sie womöglich nicht genau, wie Ihre Erkrankung weiter verlaufen wird. Oder Sie fragen sich, warum gerade Sie erkrankt sind. Menschen verhalten sich in solchen Situationen ganz unterschiedlich und können diesen Zustand mehr oder weniger gut aushalten.

In diesem Fragebogen geht es darum, wie sehr Sie sich mit derlei ungeklärten oder nicht beantwortbaren Fragen beschäftigen.


Bevor Sie mit dem Ankreuzen des Fragebogens beginnen, machen Sie sich bitte anhand des folgenden **Beispiels** mit der Frageform vertraut:


Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... , wie ich künftig mit Einschränkungen durch meine Erkrankung zurecht komme.	①	②	③	④	


Hier geht es **nicht** darum, wie wichtig es Ihnen ist, zurecht zu kommen. Uns interessiert, **ob Sie mit der Suche nach der Antwort auf diese Frage beschäftigt sind.**


Am Ende jeder Seite werden Sie zusätzlich aufgefordert, die Frage zu markieren, die Sie am stärksten beschäftigt.

Vielen Dank für Ihre Mühe!

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht		sehr		
... , was andere denken mögen, wenn sie Anzeichen meiner Erkrankung bemerken.	①	②	③	④	01
... , wie mein augenblicklicher Krankheitszustand ist.	①	②	③	④	02
... , ob ich mich intensiver mit Informationen über meine Erkrankung auseinandersetzen sollte.	①	②	③	④	03
... , ob ich wohl künftig die Auswirkungen meiner Erkrankung bewältigen kann.	①	②	③	④	04
... , welchen Unterschied es gemacht hätte, wenn die Erkrankung früher oder später festgestellt worden wäre.	①	②	③	④	05
Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht		sehr		
... , ob ich verstehe, was mir der Arzt über meine Situation mitteilen will.	①	②	③	④	06
... , ob mich der Arzt mit meinen Sorgen ernst nimmt.	①	②	③	④	07
... , was in Fällen wie meinem die optimale Behandlung wäre.	①	②	③	④	08
... , wie die Erkrankung meine sozialen Beziehungen beeinflusst.	①	②	③	④	09
... , wie sich meine Erkrankung weiter entwickeln wird.	①	②	③	④	10
 Welche Frage auf dieser Seite beschäftigt Sie am stärksten? Bitte am Rand ankreuzen.					

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... , inwieweit ich meinem Arzt Bedenken mitteilen sollte.	①	②	③	④	11
... , ob ich meinen finanziellen Verpflichtungen trotz der Erkrankung nachkommen kann.	①	②	③	④	12
... , wie die Erkrankung mit meinem bisherigen Leben zusammenhängt.	①	②	③	④	13
... , welche Rückschlüsse über meinen Zustand ich aus dem Verhalten des Arztes ziehen kann.	①	②	③	④	14
... , ob ich auch menschlich bei meinem Arzt gut aufgehoben bin.	①	②	③	④	15
Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... , was ich wohl zusätzlich zu meiner medizinischen Behandlung noch tun kann.	①	②	③	④	16
... , ob mich meine Angehörigen wohl auch unterstützen, wenn es mir mal schlechter geht.	①	②	③	④	17
... , ob sich seit der letzten Untersuchung etwas in meinem Körper verändert hat.	①	②	③	④	18
... , inwieweit ich über meine Behandlung mitentscheiden sollte.	①	②	③	④	19
... , ob ich meinem Alltag künftig trotz Erkrankung gewachsen bin.	①	②	③	④	20
 Welche Frage auf dieser Seite beschäftigt Sie am stärksten? Bitte am Rand ankreuzen.					

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... , wie ich das Verhältnis von Nutzen und Risiken einer medizinischen Maßnahme bewerten soll.	①	②	③	④	21
... , ob der Arzt den neuesten Forschungsstand zu meiner Erkrankung kennt.	①	②	③	④	22
... , was es wohl bedeutet, wenn Aussagen oder Befunde über meinen Zustand einander widersprechen.	①	②	③	④	23
... , ob bestimmte Belastungen in meinem Leben die Krankheit mit bedingt haben.	①	②	③	④	24
... , wie ich mein Leben verändern kann, um meine Erkrankung günstig zu beeinflussen.	①	②	③	④	25
Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... , ob mir der Arzt die ganze Wahrheit sagt.	①	②	③	④	26
... , was allgemeine Statistiken für meinen persönlichen Krankheitsverlauf bedeuten.	①	②	③	④	27
... , warum ich wohl gerade diese Krankheit bekommen habe.	①	②	③	④	28
... , ob ich auch mit meiner Erkrankung das erreichen kann, was ich mir vorgenommen habe.	①	②	③	④	29
... , wie nachdrücklich ich in Gesprächen mit dem Arzt meinen eigenen Standpunkt vertreten soll.	①	②	③	④	30
 <p>Welche Frage auf dieser Seite beschäftigt Sie am stärksten? Bitte am Rand ankreuzen.</p>					

Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... , was wohl bestimmte Beschwerden über meinen Krankheitszustand aussagen.	①	②	③	④	31
... , wie viel Belastung durch die Erkrankung meine Mitmenschen ertragen können.	①	②	③	④	32
... , wie sicher man sich bei der Entscheidung über eine medizinische Maßnahme sein sollte.	①	②	③	④	33
... , ob sich der Arzt genug Mühe mit mir gibt.	①	②	③	④	34
... , ob ich wirklich alles richtig verstanden habe hinsichtlich meiner Erkrankung und deren Folgen.	①	②	③	④	35
Mich beschäftigt zur Zeit die Frage...					
	gar nicht				sehr
... , warum gerade ich krank geworden bin.	①	②	③	④	36
... , welchen körperlichen Anforderungen ich trotz meiner Erkrankung gewachsen bin.	①	②	③	④	37
... , wie genau ich über meine Erkrankung informiert sein sollte.	①	②	③	④	38
... , ob ich es rechtzeitig bemerke, wenn meine Erkrankung fortschreitet.	①	②	③	④	39
... , bis zu welchem Punkt meine mir liebsten Menschen hinter mir stehen.	①	②	③	④	40
... , welche Lebensaufgabe ich wohl in dieser Erkrankung sehen könnte.	①	②	③	④	41
 Welche Frage auf dieser Seite beschäftigt Sie am stärksten? Bitte am Rand ankreuzen.					

Ihre Erkrankung bringt Fragen mit sich,
die sich nicht oder noch nicht beantworten lassen.

Insgesamt betrachtet: Wie sehr fühlen Sie sich dadurch belastet?

gar nicht

sehr

①

②

③

④

⑤

⑥

⑦

42

Danksagung

Ich bedanke mich bei Herrn Professor Doktor med. Josef Bernd Aldenhoff, der mir die Möglichkeit gab, die Studie an seiner Klinik durchzuführen und damit den Grundstein zu dieser Arbeit legte.

Mein Dank gilt meinem Doktorvater Herrn Priv.-Doz. Doktor med. Christian Huchzermeier. Er stand mir stets bereitwillig mit Rat und Tat zur Seite. Von Beginn an gab er mir bei der Gestaltung der Arbeit den nötigen Freiraum, ließ mich aber gleichzeitig an seinem großen Wissen teilhaben und keine Frage blieb unbeantwortet, wodurch ich mich sehr gut aufgehoben fühlte.

Herr Dr. Dipl.-Psych. Friedemann Geiger betreute meine Arbeit, sein Engagement und seine Begeisterung für das Thema übertrugen sich auf mich. Ich konnte von seiner Fachkompetenz profitieren und er vollbrachte es immer wieder, auch komplizierte Sachverhalte verständlich darzustellen und mir auch bei wiederholten Fragen geduldig seine Zeit zu widmen. Dafür bedanke ich mich bei ihm sehr.

Ebenso bei dem gesamten Team der Station P5 am ZIP Kiel, allen voran Frau Dipl.-Psych. Bianca Scholz sowie Herrn Dr. Björn Kruse, die mir bei der organisatorischen Umsetzung der Studie eine große Hilfe waren.

Diese Arbeit wäre nicht zu Stande gekommen ohne die Offenheit und das Vertrauen, welche mir die Teilnehmer an der Studie entgegengebracht haben. Beides hat mich sehr beeindruckt und berührt. Sie haben diese Arbeit mit weit mehr als wissenschaftlichen Fakten bereichert und mir persönlich eine zwischenmenschliche Erfahrung ermöglicht, die mir viel bedeutet und ich nicht missen möchte.

Meiner Familie gebührt ein ganz besonderer Dank. Sie unterstütze und unterstützt mich bei all meinen Vorhaben und Träumen und ist immer für mich da. Ohne sie wäre ich nicht die, die ich bin.