

FAMILIEN-PSYCHOEDUKATION ALS RÜCKFALLPROPHYLAXE BEI SCHIZOPHRENIE: WIRKUNG UND WIRKUNGSWEISE

FAMILY PSYCHOEDUCATION FOR SCHIZOPHRENIA: EFFECT ON RELAPSE

Hans-Peter Heekerens und Maria Ohling

Zusammenfassung

Die bis Ende 2004 erschienenen Sekundäranalysen zur Wirkung und Effektivität von Familien-Psychoedukation als Rückfallprophylaxe bei Schizophrenie werden auf ihre methodische und Ergebnisseite hin betrachtet. Methodenkritische Skeptiker dürfen mit einigem Grund behaupten, dass wir über die rückfallprophylaktische Wirkung bei Schizophrenie von Familien-Psychoedukation (noch) nichts Gesichertes sagen können, weil bei den Sekundäranalysen die Störungsspezifität fraglich und die Treatment-Spezifität nicht gewährleistet ist; hinzu kommt, dass unser Wissen weitgehend auf Ergebnissen von "Labor"-Studien beruht und der Vergleichsmaßstab Fragen aufwirft. Gewichtet man diese methodenkritischen Bedenken als gering, dann lässt sich sagen, dass Familien-Psychoedukation auf 1-Jahres-Sicht im Vergleich sowohl mit Standardbehandlung als auch Alternativbehandlung den Rückfall bei Schizophrenie in statistisch signifikanter und klinischer bedeutsamer Weise absenkt. Wie sie das tut (Frage der Wirkungsweise), ist aber unklar, wie die Sichtung relevanter Forschungsbefunde zeigt.

Schlüsselwörter Psychoedukation – Familie – Schizophrenie – Rückfall – Ergebnisforschung – Prozessforschung

Summary

The efficacy and effectiveness of family psychoeducation (as published in secondary analysis at the end of 2004) in reducing a relapse of schizophrenia is evaluated. This evaluation takes into account the methods as well as the outcome. Sceptics who do not value the methods used will rightly say that we simply have not learned enough about family psychoeducation and its efficacy/effectiveness concerning the reduction in relapse of schizophrenia. The specificity of disorder and treatment cannot be guaranteed. Furthermore, our experience with this method is mainly based on results of laboratory studies and the measure of comparison is not 100% applicable. If we disregard these critical thoughts concerning the method, we can say that family psychoeducation does indeed reduce the relapse of schizophrenia over the period of one year to a significant amount (from a statistical and clinical point of view). This holds true when compared with standard treatment or other alternatives. However, it is unclear how this reduction in relapse happens, as can be seen from relevant scientific research.

Keywords psychoeducation – family – schizophrenia – relapse – outcome research – process research

Einleitung

Auch in Zeiten von im Internet veröffentlichten Richtlinien und Listen evidenzbasierter Interventionen wird keinem interessierten Praktiker abgenommen, sich zur Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz eines Treatments sein eigenes Urteil zu bilden und das im Zweifelsfalle an der Forschungslage zu prüfen. Das fällt auf dem Gebiet der Familien-Psychoedukation bei Schizophrenie nicht eben leicht. Die einzelnen Primärstudien sind in systematischer Hinsicht wenig auf einander bezogen, haben erhebliche Unterschiede in der Methodik und weisen bei den Resultaten Differenzen bis hin zur Widersprüchlichkeit auf. Und die Sekundäranalysen lassen zumindest so viele Fragen offen, wie sie beantworten. In dieser Situation wird hier der Versuch unternommen, in methodenkritischer Auseinandersetzung mit den jüngsten vorliegenden Sekundäranalysen zur Evaluation der Familien-Psychoedukation bei Schizophrenie zu prüfen, was wir mit welcher Sicherheit über

den damit zentral intendierten Effekt, die klinisch bedeutsame Verminderung der Rückfallrate, wissen können.

Zu unserem Bild vom durch die Wissenschaft informierten Praktiker gehört, dass eine Übersichtsarbeit zweierlei im Verbund leistet: Darstellung der Ergebnis- und der „Herstellungs“-Seite, also nicht bloß Präsentation der Resultate, wie man sie zur Familien-Psychoedukation bei Schizophrenie zusammenfassend unlängst im *Psychotherapeutenjournal* (Fonagy und Roth, 2004) lesen konnte, sondern auch methodenkritische Reflexion ihrer Produktion. Beides zusammen erscheint uns für die Bildung eines eigenen Urteils notwendig. Der Wissenschaft wird nach unserer Grundhaltung dabei keine Überlegenheit gegenüber dem Praxiswissen und dem Wissenschaftler keine Vorschriftsbefugnis gegenüber dem Praktiker eingeräumt. Die praktische Kunst ausüben, die Wissenschaft kennen (*to perform the art, to know the science*) heißt die (angel-

sächsisch-)pragmatische Devise. Das Praxis-Wissenschafts-Verhältnis ist in den Gesundheitswissenschaften kein einfaches und wird immer wieder Gegenstand von recht heftigen Diskussionen. Wer sich dazu schnell einen Eindruck verschaffen möchte: Die fünfteilige Serie *Treating Individuals* in den ersten fünf (Wochen-)Ausgaben des Jahres 2005 von *The Lancet* ist es wert, gelesen zu werden.

Eine wichtige Vorbemerkung noch. Bei den nachfolgenden Ausführungen zur Wirksamkeit von Familien-Psychoedukation ist stets in Erinnerung zu behalten, dass es um Effekte geht, die *zusätzlich* zu Effekten der bei allen Patienten stets stillschweigend vorausgesetzten angemessenen Medikation untersucht und gegebenenfalls festgestellt werden. Im Großen und Ganzen ist davon auszugehen, dass in den Primärstudien, die in die nachfolgend dargestellten Sekundäranalysen eingegangen sind, die Medikation in Experimental- und Kontrollgruppe jeweils die gleiche ist und der Standardmedikation entspricht. Von der Vorstellung, Familien-Psychoedukation könne Medikation ganz oder teilweise ersetzen, kann und darf man nicht ausgehen; das haben in jüngerer Zeit eindrücklich die große US-amerikanische TSS-Studie (Schooler et al., 1997) und in Deutschland Hahlweg und Wiedemann (1999) gezeigt.

Rückfall als zentrales Effektkriterium

Bei Familien-Psychoedukation Rückfall als zentrales Effektmaß ins Auge zu fassen, hat viele gute Gründe. Ein erster Grund ist ein inhaltlicher und betrifft die klinische Relevanz: Die Verminderung der Rückfallrate ist nicht alles, aber ohne sie ist alles andere nichts; zumindest kann man sagen, ohne sie würde etwas sehr Bedeutsames fehlen, wenn einem die erste Formulierung zu radikal erscheint. Das heißt nicht, dass andere Ergebnisgrößen nicht ins Auge gefasst würden; aber diese stets mit Hinsicht und Bezug auf Rückfall. Ein zweiter Grund ist ein pragmatischer, hängt aber inhaltlich mit dem ersten zusammen: Rückfall ist dasjenige Outcome-Kriterium, das in den Primärstudien bei weitem am häufigsten benutzt wird und dort in bald drei Viertel der Fälle zu finden ist. Diese Dominanz spiegelt sich dann wider in den Sekundäranalysen, die zum Zweck dieser Übersicht in zwei Gruppen geteilt wurde. Auf der einen Seite befinden sich vier Sekundäranalysen, die einerseits nach 2000 veröffentlicht wurden, hinsichtlich der Datenbasis (Primärstudien) ziemlich up to date sind und auf methodisch recht sauberem Wege nicht nur die statistische Signifikanz, sondern auch die klinische Relevanz von Effekten ausgewiesen haben. Sekundäranalysen, die auch nur eines dieser Kriterien nicht erfüllen (Adams, 2000; Adams et al., 2000; Barbato und D'Avanzo, 2000; Bustillo et al., 2001; Dixon und Lehman, 1995; Dixon et al., 2000; Mari und Streiner, 1994; McFarlane et al, 2003; Mojtabai et al., 1998; Sexton et al., 2004; Wunderlich et al., 1996), wurden lediglich zur Kontrolle und zur Ergänzung herangezogen.

Bei den vier zentral zugrunde liegenden Sekundäranalysen handelt es sich im Einzelnen um die Meta-Analyse der Münchener Arbeitsgruppe für Schizophrenie (Pitschel-Walz et al., 2001), um das jüngste einschlägige *Cochrane*-Review (Pharoah et al., 2003), um die Sekundäranalyse einer Forschungsgruppe aus London und Oxford (Pilling et al., 2002a)

und die des *National Collaborating Centre for Mental Health* (2002) des Vereinigten Königreichs. Die vier Sekundäranalysen haben nicht die gleiche Basis an Primärstudien. Das liegt weniger an unterschiedlichen Strategien bei der Literatursuche als vielmehr daran, dass verschiedene Zeiträume in den Blick genommen wurden und unterschiedliche Selektionskriterien zur Anwendung kamen. Dennoch ergibt sich eine sehr große Schnittmenge. Zudem kann jede einzelne Sekundäranalyse für sich in Anspruch nehmen, eine repräsentative Stichprobe aller kontrollierten Gruppenstudien zur Rückfallprophylaxe von Familien-Psychoedukation bei Schizophrenie als Basis zu haben. Aus den Resultaten der vier Sekundäranalysen lässt sich, wenn man sie zusammen betrachtet und zueinander in Beziehung setzt, damit ein recht genaues Bild gewinnen von dem Effekt Familien-Psychoedukation auf den Rückfall.

Nun gibt es noch ein zweites, im vorliegenden Zusammenhang relevantes und mit Rückfall sachlich eng verbundenes Effektmaß, das in der Primär- und Sekundärliteratur zu finden ist: Rehospitalisierung. Von einer direkten Korrelation zwischen Rückfall und Rehospitalisierung kann man aus mehreren Gründen nicht ausgehen. Einen davon sollte man sich als Bewohner eines Landes, das ein gutes medizinisches Versorgungssystem hat, vor Augen halten: Nicht überall auf der Welt ist der Zugang zu Kliniken so einfach wie hier zu Lande; entweder fehlen Kliniken, oder vorhandene sind für den potentiellen Nutzer zu teuer.

In Primärstudien ist Rehospitalisierung ein Effektmaß, das sich neben oder allein, zusammen mit oder ohne Rückfall, wie auch immer der definiert sein mag, findet. Rückfall seinerseits kann nur durch Rehospitalisierung oder aber mit beziehungsweise ohne Bezug darauf definiert sein. Rückfall ohne Bezug auf Rehospitalisierung ist meist definiert durch eines der nachfolgend genannten Kriterien allein oder in verschiedenen Kombinationen: Wiederauftreten von Symptomen bei Patienten, die als voll remittiert die Klinik verlassen hatten, Verschlechterung von Symptomen bei Patienten, die Residualsymptome bei der Baseline-Erhebung zeigten und/oder eine bedeutsame Intensivierung der Medikation (Dosiserhöhung, Wechsel zu potenterem Medikament und anders mehr).

In Sekundäranalysen werden Rückfall und Rehospitalisierung zum Teil getrennt ausgewiesen, zum Teil ist nur von Rückfall die Rede, zu dessen Realdefinition Rehospitalisierung aber teilweise oder ganz beiträgt, und schließlich können Rückfall und Rehospitalisierung nach vorheriger getrennter Ausweisung auch unter dem Deskriptor „Rückfall“ als zentraler Effektkriterium zusammengefasst werden. Wir werden hier nachfolgend aus Gründen sprachlicher Glätte von „Rückfall“ auch dann sprechen, wenn der Sache nach Rehospitalisierung mit gemeint ist. Dies aber nur dann, wenn mit solchem vereinheitlichenden Sprachgebrauch weder eine Verwechslung noch ein Informationsverlust gegeben ist. Besteht diese Gefahr, wird im Ausdruck zwischen Rückfall und Rehospitalisierung unterschieden.

„Schizophrenie“: zur Störungsspezifität

In den letzten Jahren hat sich auch für psychosoziale Interventionen immer mehr die Forderung durchgesetzt, dass der Effektnachweis spezifisch zu erfolgen habe – spezifisch so-

wohl nach Problemlage/Störung als auch nach Treatment (Heekerens, 2005; Heekerens und Ohling, 2005). Störungsspezifität muss es der Sache nach nicht heißen, bedeutet im Kontext des medizinischen Versorgungssystems aber faktisch, dass eine bestimmte Problemlage als Störung im Sinne eines der beiden großen relevanten Klassifikationssysteme, derzeit also der ICD-10 oder des DSM-IV (Textrevision), auszuweisen ist. Der Forderung nach Störungsspezifität wird in den Sekundäranalysen dadurch nachgekommen, dass nur solche Primärstudien Berücksichtigung fanden, in denen die Zielgruppe (fast) ausschließlich aus Patienten bestand, bei denen eine Störung diagnostiziert worden war, die nach ICD 10 der Gruppe F2 zuzuordnen ist. „Schizophrenie“ meint in der Sekundärliteratur – und damit notwendigerweise auch hier – nicht nur eine Störung im Sinne von ICD-10 F20; gemeint sein können und sind faktisch vielfach *alle* Störungen der Gruppe F2. Jenseits dieser (relativen) Einheitlichkeit in Bezug auf die Klassifikation aber fallen beim Vergleich der verschiedenen Untersuchungspopulationen in den einzelnen Primärstudien doch einerseits Abweichungen zur Grundpopulation und andererseits Unterschiede zwischen den Evaluationsstudien auf. Auf die Abweichungen von der Grundpopulation (z.B. Klienten mit Komorbidität unterrepräsentiert) kommen wir unter beim Punkt „Labor“– vs. „Feld“-Studien noch zu sprechen; wir konzentrieren wir uns hier auf den zweiten Punkt. Große Unterschiede, die in der Auswertung weitgehend (Ausnahme etwa: *Expressed Emotions*) nicht berücksichtigt werden, finden sich nicht nur bezüglich soziodemographischer Größen, sondern auch hinsichtlich bestimmter, unmittelbar klinisch relevanter Merkmale jenseits der bloßen Klassifikation, wie etwa Unterschiede im Rückfallrisiko, in der Dauer der Erkrankung oder in der Stärke von *Expressed Emotions* (EE) in der Familie. Es ist bislang weder überzeugend theoretisch konzeptualisiert noch befriedigend empirisch geklärt, inwiefern diese noch im engeren Sinne störungsbezogenen Größen moderierend auf das Rückfallrisiko wirken; und dasselbe gilt für andere Variablen wie soziodemographische Größen.

Vertreter des störungsspezifischen Ansatzes in der Evaluationsforschung gehen implizit davon aus, dass die (zentrale) Störung dasjenige Personenmerkmal sei, das auf den Effekt eines spezifischen Treatments den alleinigen oder doch weitaus bedeutsamsten Einfluss hat; andere Merkmale als die (zentrale) Störung könne man bei Evaluationsfragen daher vernachlässigen. Einer solchen Ansicht stehen zahlreiche empirische Befunde entgegen (Norcross, 2002), die die genannte Annahme in den Bereich der in der Psychotherapie viel diskutierten Uniformitätsmythen verweisen. Die Primärstudien, und damit zwangsläufig die Sekundäranalysen zur Evaluation der Familien-Psychoedukation, jedenfalls haben neben der Störung andere Patientencharakteristika weitgehend nicht in Rechnung gestellt; zum Familiencharakteristikum *Expressed Emotions* findet sich unten noch Ausführliches.

„Familien-Psychoedukation“: zur Treatment-Spezifität

Skeptiker, die in der Evaluation von Familien-Psychoedukation bei Schizophrenie Störungsspezifität wegen der Breite der Störungskategorie anzweifeln, finden hinsichtlich

des Treatments noch viel mehr Nahrung für Zweifel an dessen Spezifität. Beim Blick auf die in den Primärstudien evaluierten Treatments fällt in der Tat eine große Heterogenität auf, für die als Indikator nur einmal die Dauer genannt sei: Sie reicht von zwei Wochen bis vier Jahren (Pitschel-Walz et al., 2001). In Sekundäranalysen wird diese Heterogenität durch unterschiedliche Maßnahmen etwas verringert. So werden, um beim Beispiel Dauer (und damit immer auch Sitzungszahl) zu bleiben, etwa Treatments, die eine bestimmte Dauer oder Sitzungszahl unterschreiten, erst gar nicht aufgenommen und die, die aufgenommen werden, grob in die Klassen „kürzere Behandlung“ und „längere Behandlung“ unterteilt. Die große Heterogenität bei den Treatments ist Ausdruck und Folge davon, dass es auf dem Gebiet der Familien-Psychoedukation bei Schizophrenie an Treatment-Standardisierung bis heute mangelt.

Es gibt heute eine ganze Reihe in ihrer Wirksamkeit gut ausgewiesener psychologischer Interventionen für bestimmte Problemlagen/Störungen bei Einzelnen (differenziert nach Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen), Paaren und Familien, die als spezifische Treatments mit Merkmalen wie strukturiert, standardisiert und manualisiert (durch Behandlungsmannuale gesteuert) anzusehen sind und eine gewisse Vormachtstellung bis hin zur *Bench Mark*- oder *Best Practice*-Intervention haben. Für Familien-Psychoedukation bei Schizophrenie trifft das nicht zu, und es gibt auf diesem Feld auch keine als wirksam ausgewiesene einzelne psychosoziale Intervention, die sich als Standard-Treatment herausgestellt hätte. Warum das ist, wird in der Literatur so gut wie nicht diskutiert.

Wer von „Familien-Psychoedukation“ spricht, kann von „Patienten-Psychoedukation“ nicht schweigen. Die Unterscheidung berührt die Frage der Treatment-Spezifität insofern, als dass Interventionen, von unterschiedlichen Settings und Formaten kann man hier zunächst einmal absehen, unterschiedlich ausfallen – je nachdem, ob sie sich (primär) an den einzelnen Patienten oder (primär) an seine Familie richten; das gilt auch bei bifokalen Ansätzen. Die Unterscheidung in Patienten- und Familien-Psychoedukation ist der Sache nach eine konventionelle, nur im Sprachgebrauch vielleicht überraschend. Das mit „Patienten-Psychoedukation“ Gemeinte wird heute meist, und so auch in den unten noch vorzustellenden Sekundäranalysen zur Patienten-Psychoedukation, unter „Psychoedukation“ ohne Zusatz abgehandelt. Das zeugt von gewandeltem Sprachgebrauch; als der Begriff *psychoeducation* vor einem Vierteljahrhundert in der Schizophreniebehandlung erstmals verwendet wurde, war damit ein *family treatment* gemeint (Anderson et al., 1980).

Die Gruppe von Interventionen, die wir hier unter dem Oberbegriff „Familien-Psychoedukation“ fassen wollen, kommt meist (noch) unter der Flagge „Familien-Intervention“ (*family intervention*) daher. Die Bezeichnung „Familien(-basierte/-fokussierte)-Intervention“ wird in der Literatur aber meist gebraucht als allgemeine Bezeichnung von ganzen Interventionsklassen, zu denen auch Elterntrainings, Paar-/Familien-Mediation und Paartherapie gehören (können). „Familien-Intervention“ ist viel weniger spezifisch als „Familien-Psychoedukation“. Es geht, um das an dieser Stelle einzuflechten, nicht um den ersten Begriffsteil; „Familie“ meint hier wie dort einen oder

mehrere bedeutsame andere des Patienten, die *Care-Taker*-Funktion innehaben; faktisch sind das meist Eltern (in mehr als 50 Prozent der Fälle), (erwachsene) Kinder, Geschwister oder (Ehe-)Partner. Es geht um den zweiten Teil der Begriffe. „Intervention“ ist zu allgemein und eben wegen dieser Allgemeinheit ohne jene Programmatik, die mit dem Deskriptor „Familien-Psychoedukation“ verbunden ist. Nach dieser Programmatik soll der Begriff „Familien-Psychoedukation“ einen Typ familienfokussierter Verfahren benennen und kennzeichnen, der nicht mehr - wie der frühere familiendynamische Typ - auf ein (vermeintlich) pathogenes Angehörigenverhalten, sondern auf das protektive Potential der Angehörigen abzielt. Diese Programmatik wird in den USA denn auch seit einigen Jahren in bewusster Wortwahl zum Ausdruck gebracht. Die Evaluationsbilanz zur Arbeit mit Familien Schizophrener im *Journal of Marital and Family Therapy*, der Zeitschrift der *American Association of Marital and Family Therapy*, hatte 1995 noch den halb entschlossenen Begriff *psycho-educational family therapy* im Titel (Goldstein und Miklowitz, 1995), 2003 aber dann *family psychoeducation* (McFarlane et al., 2003). Und entsprechende Bilanzierungen, durchgeführt von der Dixon-Gruppe und veröffentlicht im *Schizophrenia Bulletin* des US-amerikanischen *National Institute of Mental Health* erschienen 1995 noch mit *family intervention* (Dixon und Lehman, 1995), fünf Jahre später aber mit *family psychoeducation* (Dixon et al., 2000) in der Überschrift.

Für eine Zusammenfassung der neuen Familien-Interventionen bei Schizophrenie unter der Überschrift „Familien-Psychoedukation“ sprechen folgende sachlichen Gründe. Alle Treatments, die unter sehr verschiedenen Namen laufen, sind kompatibel mit den Zielen und Prinzipien der Arbeit mit Familien mit einem schizophrenen Familienmitglied, wie sie vom *World Fellowship for Schizophrenia and Allied Disorders* (<http://www.world-schizophrenia.org/activities/fpc/principles.html>) niedergelegt wurden. Ferner sind alle einzelnen Treatments frei von Vorstellungen, wie sie mit der *Double-Bind*-Hypothese der Schizophrenie und der Vorstellung von einer „schizophrenogenen Familie“ verbunden waren. Schließlich sind die einzelnen familienfokussierten Interventionen, die unter „Familien-Psychoedukation“ zusammengefasst werden, sehr pragmatisch (mehr am Effekt als an ideologischer Beweisführung interessiert), haben einen mehr oder minder hohen „erzieherischen“ Anteil, sind in mehr oder minder großem Maße beeinflusst von Gedankengut und Interventionsmöglichkeiten aus der kognitiv-behavioralen Tradition (Barbato und D'Avanzo, 2000; Pitschel-Walz et al., 2001; McFarlane et al., 2003; Palay und Shapiro, 2002) und beschränken sich bei Anleihen aus der „eigentlichen Familientherapie“ (Heekerens, 2005b) auf deren pragmatische (strukturelle, strategische und systemische) Ansätze (Barbato und D'Avanzo, 2000).

Andererseits ist die Heterogenität der einzelnen unter „Familien-Psychoedukation“ rubrizierten Interventionsformen doch so groß, dass die immer neuen Versuche, bestimmte Untergruppen zu bilden, verständlich sind. Die Sektion Klinische Psychologie der *American Psychological Association* hat bei ihrer Darstellung von empirisch gestützten Interventionen (*Empirically Supported Treatments/ESTs*) im Bereich der

Arbeit mit Familien Schizophrener unterschieden zwischen zwei Gruppen: „behavioralen“ und „supportiven“ (Baucom et al., 1998) und die Münchner Arbeitsgruppe, der Sache nach damit weitgehend übereinstimmend, zwischen „therapeutischen“ und „psychoedukativen“ (Pitschel-Walz et al., 2001). Wie auch immer man diese Binnendifferenzierungen im Bereich der Familien-Psychoedukation dem Inhalt nach beurteilen mag, hinsichtlich des Effektkriteriums „Rückfall“ tragen sie nichts aus: die Rückfallquoten sind nicht signifikant unterschiedlich. Zum gleichen Ergebnis kommt man, wenn man - ohne Zuteilung und Zusammenfassung zu irgendwelchen Untergruppen - nur die Primärstudien betrachtet, in denen Direktvergleiche zwischen diskreten Interventionsformen vorgenommen wurden (Bustillo et al., 2001).

Welche Indikatoren der klinischen Relevanz des Treatment-Effekts wurden herangezogen?

In die vier näher betrachteten Sekundäranalysen, und das entspricht dem in der Evaluationsforschung üblichen Vorgehen, wurden nur Studien aufgenommen, in denen Gruppenvergleiche auf der Basis eines experimentellen oder quasi-experimentellen Designs stattgefunden hatten. Unterschiede zugunsten der Gruppe mit Familien-Psychoedukation als Treatment können als deren Effekt angesehen werden, wenn die Gruppenunterschiede - statistisch ermittelt - signifikant sind. Nur meint statistische Signifikanz nicht auch schon klinische Relevanz, weshalb der berechtigten Forderung nach Ausweisung (auch) der klinischen Relevanz in der Evaluationstherapie psychologischer Treatments denn auch immer mehr Rechnung getragen wird; so auch in den vier Sekundäranalysen, die hier von besonderem Interesse sind.

In der Münchener Meta-Analyse wurden, was in der Sekundäranalyse psychologischer Interventionen gebräuchlich und für das Gebiet der Psychotherapie sogar üblich ist, Effektstärken (ES) berechnet, die sich in Prozentwerte umrechnen lassen. Eine ES von 0.20 etwa bedeutet eine *absolute* Verminderung um 20 Prozent. Man würde den Effekt unterschätzen, wenn man ihn als *relative* Verminderung auffassen würde. Ein Beispiel soll das verdeutlichen. Man hat davon auszugehen, dass Schizophrenie bei Standardbehandlung eine Rückfallrate von 50 Prozent hat (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002). Absolute Verminderung um 20 Prozent würde bedeuten, dass die Rückfallrate dann bei 30 Prozent läge. Einen einzelnen Patienten im Blick, reduziert sich dessen Rückfallwahrscheinlichkeit - das ist eine relative Größe - aber nicht um 20, sondern um $(20:50 = 40:100 =)$ 40 Prozent! Der Effekt, ausgedrückt in einem Maß, das in den Cochrane-Reviews üblich ist, dem *Relative Risk* (RR), läge somit bei einem RR von 0.6.

RRs wurden neben NNTs für die Bestimmung der klinischen Relevanz in den drei übrigen Sekundäranalysen ermittelt; damit einer Tradition folgend, wie sie zur Bestimmung der klinischen Relevanz eines bestimmten Treatments in der Medizin weit verbreitet ist und aus den *Cochrane*-Reviews bekannt sein dürfte. RR steht, um dies zu wiederholen, für *Relative Risk* und NNT für *Number Needed to Treat* (NNT). NNT nennt (hier) die Anzahl der Patienten, deren Familien

eine Familien-Psychoedukation erhalten haben müssen, um *einen* Rückfall auf einer bestimmten Zeitstrecke (etwa einem Jahr) zu vermeiden; ist NNT gleich 1 wirkt das Treatment bei jedem Patienten. RR markiert, bezogen auf eine bestimmte Zeitstrecke und auf ein Baseline-Risiko von 1, das relative Risiko eines Rückfalls; die Werte bewegen sich zwischen 0 und 1, wobei RR = 1 meint, dass das Rückfallrisiko so groß ist wie in der Vergleichsgruppe ohne Familien-Psychoedukation. Mit RR haben wir im Übrigen nur eine spezifische Bezeichnung dessen vor uns, was im Allgemeinen als *Odds Ratio* (OR) bezeichnet wird, und in der Sekundäranalyse von Pilling et al. (2002a) findet sich statt RR denn auch faktisch die Bezeichnung OR.

Womit wurde Familien-Psychoedukation verglichen?

Womit ein bestimmtes psychologisches Treatment im konkreten Fall verglichen wird, hängt von der jeweiligen Fragestellung ab, aus der sich eine bestimmte Evaluationsstrategie ergibt. Für die Einschätzung der Wirksamkeit eines Treatments sind zwei Strategien basal, die zur Abschätzung des absoluten Effekts (Vergleich mit Nicht-Behandlung, Minimalbehandlung, Placebo) und die zur Einschätzung des relativen Effekts (Vergleich mit Alternativbehandlung, dessen Wirkung gesichert ist oder vermutet wird). Der Effekt fällt im zweiten Fall erwartungsgemäß niedriger aus. In den Primärstudien wurden die beiden genannten Evaluationsstrategien neben weiteren bekannten (Kazdin, 1985) verfolgt, und in den vier im Blick stehenden Sekundäranalysen wurden Ergebnisse dieser Strategien zu bestimmten Ergebniskategorien zusammengefasst. Zwei davon finden sich in mehr als einer der vier betrachteten Sekundäranalysen und dienen nachfolgend zur Strukturierung der Darstellung von absoluter und relativer Wirksamkeit: 1. Vergleich mit Standardbehandlung (wie auch immer die im Einzelnen aussieht) und 2. Vergleich mit allen alternativen Treatments – einschließlich Standardbehandlung – zusammengenommen (Alternativbehandlung). Das ist bei einer Gesamtschau, wie sie hier unternommen wird, das Höchstmaß an Differenzierung, das die Datenlage erlaubt. Die genannte Differenzierung ist ohnehin nur eine Notlösung angesichts einer Situation bei den Primärstudien, die auch auf der Vergleichsseite von großer Heterogenität gekennzeichnet ist. Als würde die Heterogenität auf der Treatment-Seite nicht genügen! Was Heterogenität auf der Vergleichsseite bedeutet, kann man am besten demonstrieren, wenn man auf der Treatment-Seite für Homogenität sorgt. Ein einzelnes spezifisches Treatment, das man am besten als „behaviorale Familienintervention“ bezeichnet, wurde in drei Evaluationsstudien aus den Neunzigern des letzten Jahrhunderts mit so geringen Abweichungen zum Einsatz gebracht, dass man sagen kann, in allen drei Fällen sei das gleiche Treatment geprüft worden. Beurteilt am Maßstab der Rückfallverminderung, hat die Intervention im ersten Fall (Randolph et al., 1994) einen großen Erfolg, im zweiten (Linszen et al., 1996) und dritten (Schooler et al., 1997) hingegen keinen. Die Differenz im Effekt ist zumindest überwiegend zurückzuführen auf Unterschiede zwischen den Vergleichsbehandlungen: im ersten Fall gab es über Medikation und eventuel-

les Eingreifen im Krisenfall hinaus kein nennenswertes Hilfeangebot (Standardbehandlung), im zweiten ein bifokales, auf Patienten und auf Angehörige zugleich zielendes, psychosoziales Angebot (Alternativ-Treatment 1) und im dritten eine supportive Familienintervention (Alternativ-Treatment 2).

Die zentralen Ergebnisse

Die zentralen Ergebnisse aus den vier berücksichtigten Sekundäranalysen lassen sich summarisch zunächst einmal so zusammenfassen:

1. Familien-Psychoedukation senkt – einen Zeitraum von bis zu zwei Jahren im Blick – Rückfall im engeren wie im breiteren Sinne in statistisch signifikanter Weise und klinisch bedeutsamem Maße.
2. Erwartungsgemäß fällt der Effekt beim Vergleich mit Standardbehandlung größer aus als beim Vergleich mit Alternativbehandlung.
3. Der Effekt kann für Rückfall im engeren Sinne mit ungleich größerer Sicherheit als gegeben angesehen werden als für Rehospitalisierung.

Zur Veranschaulichung des Effekts sind nachstehend einige markante Einzelergebnisse genannt:

1. Im Vergleich mit Standardbehandlung zeigen sich nach Auskunft der Münchener Meta-Analyse (Pitschel-Walz et al., 2001) für Rückfall im breiteren Sinne Effektstärken in der Größe von 0.19 im ersten und 0.25 im zweiten Jahr. Nach der oben durchgeführten Beispielrechnung liegt der so ermittelte Effekt in der Größenordnung, der dem in anderen Sekundäranalysen in Form von RRs ermittelten entspricht.
2. Im Vergleich mit Standardbehandlung wurden für den 12-Monate-Zeitpunkt folgende RRs für Rückfall im engeren Sinne ermittelt: 0.37 (Pilling et al., 2002a) beziehungsweise 0.72 (Pharoah et al., 2003).
3. Im Vergleich mit Standardbehandlung wurden für den 12-Monate-Zeitpunkt folgende NNTs für Rückfall im engeren Sinne ermittelt: 6 (Pilling et al., 2002a) beziehungsweise 7 (Pharoah et al., 2003).
4. Im Vergleich mit Alternativbehandlung (einschließlich Standardbehandlung) zeigen sich für Rückfall im engeren Sinne in einem Beurteilungszeitraum von 4 - 15 Monaten folgende RRs: 0.67 (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002) beziehungsweise 0.63 (Pilling et al., 2002a).
5. Im Vergleich mit Alternativbehandlung (einschließlich Standardbehandlung) zeigt sich für Rückfall im engeren Sinne für den 12-Monate-Zeitpunkt ein NNT von 8 (Pilling et al., 2002a).

Differenzielle Effekte bei Familien-Psychoedukation

Welche differenziellen Effekte gibt es? Aus gut belegter Unterschied zeigt sich, dass längere Interventionen die Rückfallrate signifikant stärker absenken als kürzere (Barbato und D'Avanzo, 2000; National Collaborating Centre for Mental Health, 2002; Pitschel-Walz et al., 2001); die Grenzlinie zwischen „kürzer“ und „länger“ ist vorläufig – es bedarf hier näherer Klärung – für die Dauer bei drei bis sechs Monaten und/

oder für die Sitzungszahl bei fünf bis zehn anzusetzen. Ob Familien-Psychoedukation für kürzer als drei Monate oder weniger als für 5 Sitzungen Rückfall überhaupt absenkt, ist fraglich (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002; Pitschel-Walz et al., 2001). Anzumerken ist noch ein Befund, der nicht unmittelbar als Unterschied im Effekt, wohl aber als eine Differenz in der Beweislage des Effekts zu werten ist: Für den Fall, dass der Patient in die Familien-Psychoedukation eingeschlossen war, ist die Beweislage ungleich besser als für den Fall seines Ausschlusses (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002). Ob es eine Differenz gibt zwischen Rückfall im engeren Sinne und Rehospitalisierung – und zwar zugunsten von Rückfall im engeren Sinne – ist nicht klar zu entscheiden, da wie oben erwähnt die Beweislage für Rehospitalisierung nicht ausreichend ist für einen wirklich soliden Vergleich.

Kein Unterschied zeigt sich, wenn man die unter „Familien-Psychoedukation“ zusammengefassten unterschiedlichen Interventionstypen nach zwei Gruppen unterscheidet in „supportiv“ versus „behavioral“ (Baucom et al., 1998) beziehungsweise „psychoedukativ“ versus „therapeutisch“ (Pitschel-Walz et al., 2001). Insgesamt spricht wenig dafür, dass es einen konstanten und konsistenten Unterschied in der Reduktion des Rückfallrisikos zwischen den zwei Grundformaten von Familien-Psychoedukation, der Arbeit mit der einzelnen Familie beziehungsweise der Arbeit mit einer Multifamilien-Gruppe, gibt (Baucom, 1998; McFarlane et al., 2003; Pilling et al., 2002a; Pitschel-Walz et al., 2001).

Dazu aber dennoch eine Anmerkung. Bei bestimmten Einzelvergleichen steht das Einzelformat doch besser da (Pilling et al., 2002a). Das könnte vielleicht damit zusammenhängen, dass Familien im Gruppenformat die Behandlung früher verlassen (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002). Es könnte aber auch (noch) daher rühren, dass im Einzelformat der Patient häufiger eingeschlossen ist als im Gruppenformat (Pilling et al., 2002a). Familien-Psychoedukation im Gruppenformat und ohne den Patienten, was dessen gesonderte Behandlung ja nicht ausschließt und womit dann ein bifokaler Ansatz vorliegt, ist damit der Sache nach deckungsgleich mit „Psychoedukativen Gruppen für Angehörige“, wie sie etwa von der Münchener Arbeitsgruppe im Rahmen eines bifokalen Ansatzes angeboten werden (Darstellung: Bäuml und Pitschel-Walz, 2002); ein in Deutschland recht gut bekanntes Beispiel für eine Familien-Psychoedukation im Einzelformat mit Einschluss des Patienten ist das von Hahlweg verbreitete Falloon-Modell (Darstellung: Dürr, 2002)

Rückfall bei Patienten-Psychoedukation und anderen psychologischen Treatments

Für die Evaluation der Patienten-Psychoedukation gilt für die Punkte „Auswahlkriterien für die Primärstudien“, „Angemessene Medikation der Patienten vorausgesetzt“, „Definition von Rückfall“ und „Störungsspezifität“ das Gleiche wie für die Familien-Psychoedukation. Noch weniger gut gewährleistet als bei der Familien-Psychoedukation ist bei der Patienten-Psychoedukation aber die Treatment-Spezifität, die Anzahl der Primärstudien mit dem Effektkriterium

„Rückfall“ ist weitaus geringer und die Resultate sind wesentlich heterogener. Und wie steht es mit dem Effektnachweis? Im *Cochrane*-Review zur Patienten-Psychoedukation (Pekkala und Merinder, 2003) wird ein RR-Wert dargestellt, der in etwa in derselben Höhe wie der im *Cochrane*-Review zur Familien-Psychoedukation (Pharoah et al., 2003) ermittelte liegt. Und in der Münchener Meta-Analyse wurden vergleichbare Effektstärken für Patienten- und Familien-Psychoedukation ermittelt. Dem nahe liegenden Schluss, Patienten-Psychoedukation sei hinsichtlich Rückfallprophylaxe erwiesenermaßen so wirksam wie Familien-Psychoedukation, stehen aber zwei Hinderungsgründe im Wege.

Zu „erwiesenermaßen“ ist zu sagen, dass sich die bei den beiden oben genannten Sekundäranalysen jeweils zugrunde liegenden Primärstudien durch große Unterschiedlichkeit der Treatments sowie eine starke Heterogenität der Effekte auszeichnen; aus methodischen Gründen ist daher einige Skepsis angebracht. Hinzu kommt, dass man bei einigen der genannten Treatments ernsthafte Zweifel anmelden muss, ob und inwieweit sie überhaupt als „Patienten-Psychoedukation“ anzusehen sind. In der Sekundäranalyse des *National Collaborating Centre for Mental Health* (2002) des Vereinigten Königreichs wird aus diesem Grund bis zur Hälfte der Studien ausgeschieden. Auf der anderen Seite wurden neue Primärstudien hinzugenommen. Und auf dieser Basis kommt man dort zu dem Schluss, Patienten-Psychoedukation habe mit hoher Gewissheit keinen positiven Effekt auf Rückfall.

Hier wird noch einiges zu diskutieren und zu klären sowie vieles zu erforschen sein. Zu klären ist vor allem, was unter „Patienten-Psychoedukation“ – als einer besonderen Form der Patientenschulung (vgl. hierzu Faller und Petermann, 2005) – denn sinnvollerweise verstanden werden soll und darf. Es geht im Grunde um eine Abgrenzung in der Sache nach zwei Seiten: auf der einen Seite zu der als selbstverständlich anzusehenden qualifizierten ärztlichen Patienteninformation, die gerade bei Schizophrenie von eminenter Bedeutung ist (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002) und auf der anderen Seite zu patientenzentrierten Interventionen die als im engeren Sinne „psychotherapeutisch“ einzuschätzen sind wie etwa kognitiv-behaviorale Therapie. Es gibt Beispiele dafür, wie ein zwischen beiden Polen liegendes Treatment, das sich zu Recht Patienten-Psychoedukation nennt, aussehen kann – auch in Deutschland (etwa Bäuml et al., 2005; Hornung et al., 1998).

Folgt man hinsichtlich der Wirksamkeit von Patienten-Psychoedukation der Ansicht des *National Collaborating Centre for Mental Health* (2002), dann steht Familien-Psychoedukation da als einziges psychologisches Treatment, das im Falle von Schizophrenie erwiesenermaßen einen positiven Effekt auf Rückfall hat. Denn bei weiteren ist dies höchst zweifelhaft, wenn nicht gar mit Sicherheit auszuschließen: bei der kognitiv-behavioralen Therapie, bei Counseling-/supportiver Psychotherapie und bei der psychodynamischen Psychotherapie/Psychoanalyse (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002; Pilling et al., 2002a) sowie beim Training sozialer Fertigkeiten (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002; Pilling et al., 2002b); bei der Evaluation von kognitiver Remediation war Rückfall als Outcome-Größe

ße nicht ins Auge gefasst worden (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002; Pilling et al., 2002b).

Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz:

Unterschiedliche Effekt-Indikatoren

Bei den Primärstudien, die in die aufgeführten Sekundäranalysen eingingen, handelt es sich vom Untersuchungsdesign her um kontrollierte Gruppenstudien – zumeist mit Zufallszuteilung (Randomisierung), manchmal ersatzweise mit Parallelisierung der Gruppen; Studien des ersten Typs werden als *Randomized Clinical Trials* (RCTs) bezeichnet und gelten in der *Scientific Community* weitgehend als „Gold-Standard“. Im Bereich der Psychotherapie gibt es zurzeit eine heftige Diskussion um die angemessene Form der Evaluation, in der die RCTs und die damit gewonnenen Resultate im Mittelpunkt stehen; auf diese Diskussion kann hier nur verwiesen werden (Heekerens, 2005a; Heekerens und Ohling, 2005). Auf einen Punkt der Diskussion aber muss man hier näher eingehen: er betrifft die Unterscheidung von „Labor“- und „Feld“-Studien (Heekerens, 2005a) und damit die Differenz zwischen Wirksamkeit und Effektivität.

Berührt ist eine im Kontext von Evaluation im Gesundheitswesen alte Unterscheidung von, grob skizziert, Evaluation unter „Labor“-Bedingungen, die etwas über Wirksamkeit (*efficacy*) aussagt, und eine solche unter „Feld“-Bedingungen, mit der man Wissen über Effektivität (*effectiveness*) erhält. Werden Kosten-Nutzen-Gesichtspunkte – und dazu gehören auch Nebenwirkungen – ins Auge gefasst, kommen Gesichtspunkte der Effizienz (*efficiency*) ins Spiel. Was für die Evaluation psychotherapeutischer Treatments im Allgemeinen gilt, trifft auch bei der Evaluation von Familien-Psychoedukation zu: Wir wissen relativ viel über die Wirksamkeit – daher die Wortwahl im Titel dieser Arbeit - und sehr wenig über die Effektivität und Effizienz. Vernachlässigen wir an dieser Stelle den Punkt „Effizienz“, zu dem wir bei der Familien-Psychoedukation einfach noch zu wenig gesicherte und konsistente Ergebnisse haben (Bustillo et al., 2001; National Collaborating Centre for Mental Health, 2002) und konzentrieren wir uns auf die beiden anderen Effekt-Indikatoren.

Forschungspolitisch ist die Diskussion um Wirksamkeit und Effektivität seit Ende der Neunziger Jahre und ausgehend von den USA in ein neues Stadium getreten. Das *National Institute of Mental Health* (NIHM) propagiert ein *Public Health Model* der Interventionsforschung und fördert Evaluationen, die die Vorteile von Wirksamkeitsstudien (hohe interne Validität) mit denen von Effektivitätsuntersuchungen (hohe externe/ökologische Validität) gemeinsam in „hybriden“ Designs realisieren. Das gilt nicht nur für die Evaluation psychosozialer Treatments, sondern auch für die von Medikamenten. Was Evaluation nach dem NIHM-Modell für die Behandlung von Schizophrenie bedeutet, wird sehr deutlich, wenn man sich die 2003 im ersten Heft des *Schizophrenia Bulletin*s vorgelegten Entwürfe zum NIHM-Projekt *Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness* (CATIE) näher ansieht. Von der Diskussion um „Labor“-/„Feld“-Studien und Wirksamkeit/Effektivität spiegelt sich in den Sekundäranalysen zur Evaluation von Familien-Psychoedukation (zu) wenig wider.

Dort wird mit Blick auf Effekte nach verschiedenen Gesichtspunkten differenziert, und es werden verschiedene Moderator-Variablen auf möglichen Einfluss auf den Effekt betrachtet. Aber in keiner Sekundäranalyse werden die Effekte gesondert nach Wirksamkeit und Effektivität dargestellt, was vorausgesetzt hätte, dass die Primärstudien zuvor nach „Labor“- und „Feld“-Untersuchungen unterschieden worden wären. Das ist ein Schwachpunkt bei den vorliegenden Sekundäranalysen zu den Effekten von Familien-Psychoedukation.

In einigen wird der Unterschied von Wirksamkeit/Effektivität beziehungsweise „Labor“-/„Feld“-Studien immerhin thematisiert. In dreien davon werden die Abweichungen der „Labor“- von den „Feld“-Bedingungen hinsichtlich Setting, Behandler- und Klientenseite benannt (Barbato und D’Avanzo, 2000; Baucom et al., 1998; Bustillo et al., 2001). Als möglichen Grund für das weitgehende Fehlen von „Feld“-Studien führen Bustillo et al. (2001) an, Familien-Psychoedukation sei in der Alltagspraxis zu wenig verbreitet. „Labor“-Studien mangelt es an Situations- und Populationsvalidität, manchmal zusammenfassend als ökologische Validität bezeichnet (Heekerens, 2005a). Und was das heißt, kann am Beispiel der Familien-Psychoedukation gut illustriert werden. Was zunächst Behandlungs-Setting und Behandler anbelangt, ist zu konstatieren, dass die Mehrzahl der kontrollierten Studien durchgeführt wurde an mit Universitäten verbundenen psychiatrischen Kliniken durch klinisches Personal, das eigens für klinische Forschung angestellt und speziell trainiert worden war (Baucom et al., 1998). Von den Besonderheiten auf der Patientenseite seien nur drei genannt: Frauen sind stark unterrepräsentiert (Barbato und D’Avanzo, 2000; Baucom et al., 1998), die Patienten wurden zum geringsten Teil durch repräsentative Stichprobenziehungen, in der Regel hingegen aus In-Anspruchnahme-Populationen von Kliniken gewonnen (Barbato und D’Avanzo, 2000), und Patienten mit Komorbidität wurden in der Regel ausgeschlossen (Baucom et al., 1998).

Unberechtigter Pessimismus

In den Sekundäranalyse von Barbato und D’Avanzo (2000) und dem neuesten *Cochrane*-Review (Pharoah et al., 2003) wird eine doch recht pessimistische Gesamtbilanz der rückfallprophylaktischen Wirkung von Familien-Psychoedukation gezogen. Primärstudien neueren Datums, so die zentrale Argumentation, zeigten seltener positive Effekte, der Treatment-Effekt tendiere über die Zeit gegen Null (aufgegriffen von Adams, 2000; Adams et al., 2000). Eine Erklärung für diesen Sachverhalt, der hier erst einmal als gegeben unterstellt werden soll, weil er sich in abgeschwächter Form für viele psychosoziale Treatments sekundäranalytisch nachweisen lässt, ist die, dass psychosoziale Treatments in den Händen ihrer Pioniere potenter sind als in denen der Nachfolger. Ein solches Argument versteht sich gut im Kontext eines umfassenderen Erklärungskonzeptes, das unter dem Namen „Untersucherparteilichkeit“ (*researcher/investigator allegiance*) für ein Treatment bekannt und gut dokumentiert ist (Luborsky et al., 1999). Dass wir auch im Falle von psychosozialen Treatments bei Schizophrenie mit den Effekten von Untersucherparteilichkeit zu rechnen haben, soll gar nicht bestritten werden; Paley und Shapiro (2002) haben dafür eindrucksvolle Beispiele geliefert.

Bestritten werden soll etwas ganz anderes, nämlich dass es eine Tendenz, die als „Trend gegen Null“ zu bewerten wäre, im Falle der Familien-Psychoedukation überhaupt gibt. Höchst wahrscheinlich liegt ein Artefakt vor (so auch Bustillo et al., 2001; Pilling et al., 2002a). Ausgangspunkt dieser (Gegen-)These ist, dass weder in der Sekundäranalyse von Barbato und D'Avanzo (2000) noch im Cochrane-Review (Pharoah et al., 2003) bei der Effektbeurteilung unterschieden wird nach Unterschieden in den jeweiligen Kontrollgruppen; anders formuliert: Vergleiche von Familien-Psychoedukation mit Standardbehandlung und mit Alternativbehandlung werden in einen Topf geworfen. Prüft man nach, auf welche Primärstudien sich Barbato und D'Avanzo (2000) und das Cochrane-Review (Pharoah et al., 2003) bei ihrer „Trend gegen Null“-These stützen, stellt man fest, dass für die Zeit bis 1994 fast ausschließlich Primärstudien über den Vergleich mit Standardbehandlung, für die Zeit ab 1995 aber überwiegend Primärstudien über den Vergleich mit Alternativbehandlung aufgeführt werden. Differenziert man nach unterschiedlichen Vergleichsbedingungen, zeigt sich über die Zeit kein Trend mehr.

Ein Blick auf die Prozessforschung

Wie es um die Wirksamkeit von Familien-Psychoedukation steht, wissen wir jetzt in etwa. Was aber wissen wir von der Wirkungsweise, also davon, *wie* sie wirkt. Eine erste Antwort ergibt sich beim Blick auf die Prozessforschung. Wie auch immer man die Ergebnisforschung zur Patienten- und Familien-Psychoedukation bei Schizophrenie der Quantität und Qualität nach beurteilen mag, im Vergleich zur Prozessforschung steht sie blendend da. Es gibt offensichtlich keine einzige nach üblichen wissenschaftlichen Standards durchgeführte Prozess-Ergebnis-Studie zur Familien-Psychoedukation, die uns aufklärte über positive Effekte zeitigende Wirkmechanismen, wirksame Ingredienzien einzelner Treatments und Mediatoren, die zwischen Input und Output vermitteln. Und wenn in Sekundäranalysen zur Ergebnisforschung der Familien-Psychoedukation bei Schizophrenie die Frage nach den „wirksamen Ingredienzien“ überhaupt gestellt wurde, so hieß die Antwort, dass darüber noch Unklarheit herrsche. Wozu uns die Ergebnisforschung allerdings befähigt und ermächtigt, ist, Fragen zu stellen, die informierter denn zuvor sind. Einige davon sollen hier vorgetragen werden.

Hat man mit einem „Dosiseffekt“ zu rechnen?

In der Meta-Analyse der Münchner Forschungsgruppe (Pitschel-Walz et al., 2001) zeigt sich am klarsten der Effekt, dass Familien-Psychoedukation ab einer bestimmten Mindestdosierung, die es wie ausgeführt empirisch noch näher zu bestimmen gilt, an eine Effektbergrenze stößt. Ab einer bestimmten Mindestdosis bringt mehr desselben offenbar (auch) bei Familien-Psychoedukation keinen Zugewinn (so auch Bustillo et al., 2001). Ist hier eine Gesetzmäßigkeit am Werk, die in der Psychotherapie als Dosis-Effekt-Modell diskutiert wird (Howard et al., 1986)? Zur Erläuterung: Nach dem Dosis-Effekt-Modell wird die mit einem bestimmten psychosozialen Treatment erzielte Verbesserung mit zunehmender Treatment-Dosis kontinuierlich geringer und nähert sich ab einer bestimmten Treatmentdosis asymptotisch dem Maximalwert.

Mitunter ist es nicht ein Mehr desselben, sondern ein Mehr an anderem, das offensichtlich keinen Zusatznutzen mehr erbringt. Eine erste Variante eines „Mehr an anderem“ liegt vor bei bifokalen Ansätzen, also bei Vorgehensweisen, in denen auf der einen Seite mit dem Patienten selbst (Patienten-Psychoedukation) und auf der anderen Seite mit dessen Familie (Familien-Psychoedukation) gearbeitet wird. Die Münchener Arbeitsgruppe, die ja selbst einen bifokalen Ansatz praktiziert (Bäumel und Pitschel-Walz, 2002), stellte in ihrer Sekundäranalyse fest, dass der bifokale Ansatz die Rückfallquote nicht stärker senkt als Familien-Psychoedukation allein. „Mehr an anderem“ liegt aber auch vor in der Form, dass Familien-Psychoedukation aus zwei distinkten Behandlungskomponenten besteht. Und auch hier kann es am Zusatznutzen mangeln. So hat sich gezeigt, dass ein umschriebenes Treatment, das man als behaviorale Familien-Intervention bezeichnen kann und das auf eine Erhöhung der familiären Kommunikations- und Problemlösefähigkeit abzielt, zumindest keinen (bedeutsamen) Zusatzeffekt hinsichtlich Rückfallprophylaxe erbringt, wenn es zusätzlich zu einem inhaltlich und zeitlich solide ausgestatteten supportiven Treatment hinzukommt; dieser Effekt zeigte sich sowohl in der Amsterdamer Untersuchung (Linszen et al., 1996) als auch in der multizentrisch angelegten US-amerikanischen TSS-Studie (Mueser et al., 2001; Schooler et al., 1997). Das Ergebnis kann nicht auf eine generelle Unwirksamkeit des behavioralen Treatments, das für seine Wirksamkeit ansonsten bekannt ist, zurückgeführt werden. Befunde aus zwei Studien, aus der TSS-Studie (Bellack et al., 2000; Mueser et al., 2001) und aus einer in South Wales durchgeführten (Budd und Hughes, 1997) regen dazu an, alternative Hypothesen über besagten „Fehlschlag“ zu generieren.

In der Studie aus South Wales (Budd und Hughes, 1997) hatten 20 Angehörige von schizophrenen Patienten eine Familien-Psychoedukation erhalten, bestehend aus zwei unterscheidbaren Komponenten, die nacheinander als Treatments angeboten wurden: zunächst ein im engeren Sinne psychoedukatives und danach eines, das als behaviorale Familien-Intervention zu bezeichnen ist und auf eine Erhöhung der familiären Kommunikations- und Problemlösefähigkeit abzielt. Nach Abschluss der Familien-Psychoedukation wurden von den Angehörigen über unabhängige und gegenüber der Behandlung „blinde“ Untersucher mit qualitativen Interviews Daten darüber gewonnen, was die Angehörigen an der Familien-Psychoedukation als hilfreich empfunden hatten. Und dabei zeigte sich im Wirkungsbild, dass für die behaviorale Treatment-Komponente spezifische Wirkungen wie Verhaltensänderung und Neuerwerb von Skills im Hintergrund standen, während in den Vordergrund eher unspezifische Aspekte wie emotionale Unterstützung, Ermutigung, Rückhalt und dergleichen mehr gerückt wurden. Die Autoren der South-Wales-Studie stellen diese Ergebnisse in den Kontext der Diskussion, die im Bereich der psychosozialen Interventionen im Allgemeinen und der Psychotherapie im Besonderen um den Themenkreis „gemeinsame Wirkfaktoren“/„unspezifische Wirkfaktoren“ geführt wird (Beutler, 2002; Chambless, 2002; Grawe, 2005; Luborsky et al., 2002; Messer und Wampold, 2002).

Spezifische oder unspezifische Wirkfaktoren?

Nun mag man zu dem Ergebnis der South-Wales-Studie sagen, dass es die Art der Datenerhebung war, die - in welchem Umfang auch immer - dazu beigetragen habe, dass die spezifischen Aspekte der behavioralen Treatment-Komponente nicht sichtbar wurden. Dieser Hinweis und mögliche Einwand wiegt freilich wenig, wie Ergebnisse aus der TSS-Studie zeigen. Dort war festgestellt worden, dass eine behaviorale Familien-Intervention als Treatment-Komponente zusätzlich zu einem supportiven Angebot für die Familie keinen Zusatzeffekt bei Verringerung der Rückfallquote erbringt (Schooler et al., 1997). Die behaviorale Familientherapie hat zudem weder einen positiven Effekt auf das soziale Funktionsniveau des Patienten noch auf die von der Familie empfundene Belastung, sondern nur auf die Familienatmosphäre: es gibt weniger familiäre Reibereien und geringere Ablehnung durch die Angehörigen (Mueser et al., 2001).

Diesen Befund kann man nun aber schwerlich als Beleg für einen spezifischen Effekt der behavioralen Treatment-Komponente ansehen. Bei einer Stichprobe von 77 Familien aus der TSS-Studie nach Abschluss des behavioralen Zusatz-Treatments, an dem der eine Teil der Familien teilgenommen hatte, der andere aber nicht, wurde mithilfe einer strukturierter Problemlösungsaufgabe für jede einzelne Familie (einschließlich Patient) geprüft, ob sich die beiden Gruppen unterscheiden; das taten sie entgegen der Erwartung nicht (Bellack et al., 2000). Der unbestreitbare Zusatzeffekt des behavioralen Treatments bei der Verbesserung der Familienatmosphäre dürften nach Ansicht der Autoren unspezifische Aspekte wie verstärkte Aufmerksamkeit und individuelle Zuwendung sein.

Fungieren die *Expressed Emotions* als Mediator?

Die TSS-Studie ist im vorliegenden Zusammenhang noch in einer anderen Hinsicht interessant, wartet sie doch mit dem Ergebnis auf, dass die behaviorale Treatment-Komponente zwar einen positiven Einfluss auf die Familienatmosphäre hat, dass dem aber ein solch positiver Effekt auf das soziale Funktionsniveau des Patienten oder auf sein Rückfallrisiko fehlt. Das wirft die Frage auf, welcher Zusammenhang denn zwischen der Income-Größe „Familien-Psychoedukation“, der Outcome-Größe „Rückfall“ und dem theoretischen Konstrukt *Expressed Emotions* (EE) besteht. Ist EE ein Mediator dergestalt, dass Familien-Psychoedukation EE reduziert und deshalb das Rückfallrisiko sinkt? Die Frage wird in der Literatur – übrigens auf weitgehend derselben Basis von Evaluationsstudien – uneinheitlich bis hin zum völligen Widerspruch beantwortet. Da wird auf der einen Seite von einer „Linearität des Effektes“ gesprochen (McFarlane et al., 2003), während auf der anderen Seite notiert wird, EE habe überhaupt keinen Mediatoren-Effekt (Baucom et al., 1998). Man muss sich also sein eigenes Urteil bilden, und es gibt eine Reihe von Forschungsergebnissen, die man dabei ins Auge fassen kann und sollte.

Zunächst einmal: Familien-Psychoedukation senkt die Rückfallrate auch bei Familien mit hohem EE-Level in signifikanter und klinisch bedeutsamer Weise, und zwar etwa in demselben Maße wie bei allen Familien zusammen (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002); als Beleg für

eine Mediatoren-Funktion von EE taugt das aber nicht. Zum Zweiten: Ob Familien-Psychoedukation überhaupt den Treatment-spezifischen Effekt hat, den EE-Level zu senken, ist höchst fraglich; beim Vergleich mit Standardbehandlung ist das unklar und beim Vergleich mit Alternativbehandlung zu verneinen (Barbato und D'Avanzo, 2000; National Collaborating Centre for Mental Health, 2002; Pharoah et al., 2003; Pilling et al., 2002a). Und nun zum Dritten. Es ist insbesondere eine Studie (so auch Bustillo et al., 2001), die die Annahme von EE als möglichem Mediator für Rückfallverminderung bei Familien-Psychoedukation erschüttert, die von Tarrrier et al. (1988). Die Arbeitsgruppe hatte die EE-Levels zu drei Zeitpunkten gemessen: als Baseline sowie viereinhalb und neun Monate nach Behandlungsbeginn. In der Behandlungsgruppe (Familien-Psychoedukation) reduzierte sich EE tatsächlich, in der Kontrollgruppe aber in vergleichbarem Maße!

Offene Frage: Auf welchem Wege wirkt Familien-Psychoedukation?

Aber wie, wenn nicht über die Reduktion von EE, hat man sich denn sonst zu erklären, dass Familien-Psychoedukation die Rückfallrate senkt? Einen Punkt, an dem eine mögliche Erklärung ansetzen könnte, ist mit einiger Sicherheit auszuschließen: dass sich am/im Patienten selbst etwas (Wesentliches) geändert habe. Weder für die Negativsymptomatik des Patienten noch für seine globale Anpassung und seine soziale Funktionsfähigkeit gibt es dafür gesicherte Belege (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002; Pharoah et al., 2003; Pilling et al., 2002a). Als recht gesichert hingegen ist anzusehen, dass Familien-Psychoedukation die Medikamenten-Compliance erhöht (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002; Pharoah et al., 2003; Pilling et al., 2002a), was diese als ein bedeutsames Glied in der Wirkungskette erscheinen lässt. Nur wissen wir nicht, auf welchem Wege Familien-Psychoedukation auf die Medikamenten-Compliance wirkt. Dass dies über Veränderungen beim Patienten selbst geschieht, ist nach den oben genannten Forschungsergebnissen unwahrscheinlich.

Aber ändert sich in der Familie selbst denn überhaupt nichts? Doch! Wir dürfen davon ausgehen, dass sich die Belastung, unter der die pflegenden Angehörigen stehen (*burden of care*) verringert (National Collaborating Centre for Mental Health, 2002; Pharoah et al., 2003; Pilling et al., 2002a). Können, so darf man doch in Frageform eine mögliche These zu einer Wirkungskette vorlegen, können entlastete Familienangehörige ihrer Funktion als Co-Therapeuten, wozu auch das Controlling der vorschriftsmäßigen Medikamenteneinnahme gehört, besser nachkommen? Hier können gezielte Einzelstudien, wie sie auch der klinische Praktiker leisten kann, weiterhelfen.

Literatur

- Adams C (2000): Psychosocial interventions for schizophrenia. *Eff Health Care* 6(3):1-8
 Adams C, Wilson P, Bagnall A-M (2000): Psychosocial interventions for schizophrenia. *Qual Health Care* 9:251-256
 Anderson CM, Hogarty G, Reiss DJ (1980): Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. *Schizophr Bull* 6:490-505

- Barbato A, D'Avanzo B (2000): Family interventions in schizophrenia and related disorders: a critical review of clinical trials. *Acta Psychiatr Scand* 102:81-97
- Baucom DH, Shoham V, Mueser KT, Daiuto KT, Stickle TR (1998): Empirically supported couple and family interventions for marital distress and adult mental health problems. *J Consult Clin Psychol* 66:53-88
- Bäumli J, Pitschel-Walz, G (2002): Psychoedukative Gruppen für Angehörige bei schizophrenen Psychosen. In: Sulz SKD, Heekerens H-P (Hrsg.): *Familien in Therapie*. München: CIP-Medien, S. 335-379
- Bäumli J, Pitschel-Walz Cr, Berger H, Grunia H, Heinz A, Juckel Cr (2005): *Arbeitsbuch Psychoedukation bei Schizophrenie (APES)*. Stuttgart, New York. Schattauer
- Beutler LE (2002): The Dodo bird is extinct. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9:30-34
- Bellack AS, Haas GL, Scholler NR, Flory JD (2000): Effects of behavioral family management on family communication and patient outcomes in schizophrenia. *Br J Psychiatry* 177:434-439
- Budd RJ, Hughes ICT (1997): What do relatives of people with schizophrenia find helpful about family intervention? *Schizophr Bull* 23:341-347
- Bustillo JR, Lauriello J, Horan WP, Keith SJ (2001): The psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 158:163-175
- Chambless DL (2002): Beware the Dodo bird: The dangers of overgeneralization. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9:13-16
- Dixon L, Lehman A (1995): Family interventions for schizophrenia. *Schizophr Bull* 1995; 21:631-643
- Dixon L, Adams C, Lucksted A: Update on family psychoeducation for schizophrenia. *Schizophr Bull* 26:5-20
- Dürr H (2002): Verhaltenstherapeutische Familienbetreuung schizophrener Patienten. In: Sulz SKD, Heekerens H-P (Hrsg.): *Familien in Therapie*. München: CIP-Medien, S. 307-333
- Faller H, Petermann F (2005): Patientenschulung. In: Petermann F, Reinecker H (Hrsg.): *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (Handbuch der Psychologie Bd. 1)*. Göttingen: Hogrefe, S. 412-418
- Fonagy P, Roth A (2004): Ein Überblick über die Ergebnisforschung anhand nosologischer Indikationen (T. 1). *Psychotherapeutenjournal* 3:204-218
- Goldstein MJ, Miklowitz DJ (1995): The effectiveness of psychoeducational family therapy in the treatment of schizophrenic disorders. *J Marital Fam Ther* 21:361-376
- Grawe K (2005): (Wie) kann Psychotherapie durch empirische Validierung wirksamer werden? *Psychotherapeutenjournal* 4:4-11
- Hahlweg K, Wiedemann G (1999): Principles and results of family therapy in schizophrenia. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosc* 249 (Suppl. 4):IV/108-IV115
- Heekerens H-P, Ohling M (2005): Therapieevaluation: eine Sach- und Beziehungsklärung. *Gesprächspsychotherapie und Personenzentrierte Beratung* 36:5-11
- Heekerens H-P (2005a): Vom Labor ins Feld: Die Psychotherapieevaluation geht neue Wege. *Psychotherapeut*
- Heekerens H-P (2005b): Familientherapie/Systemische Therapie. In: Petermann F, Reinecker H (Hrsg.): *Handbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie (Handbuch der Psychologie Bd. 1)*. Göttingen, Hogrefe, S. 708-716
- Heekerens H-P (2006): Wirksamkeit, Effektivität und Effizienz von Familientherapie (in diesem Heft)
- Hornung .WP, et al. (1998): *Psychoedukation und Psychopharmakotherapie. Zur Kooperation schizophrener Patienten*. Stuttgart, New York. Schattauer
- Howard KI, Kopta SH, Krause MS, Orlinskiy De (1986). The dose-effect relationship in psychotherapy. *American Psychologist* 41:159-164
- Kazdin AE (1985): Comparative outcome studies of psychotherapy. *J Consult Clin Psychol* 54:95-105
- Linszen D, Dingemans P, Van Der Does JW, Nugter A, Scholte P, Lenior R, Goldstein MJ (1996): Treatment, expressed emotion and relapse in recent onset schizophrenic disorders. *Psychol Med* 26:333-342
- Luborsky L, Diguier L, Seligman DA, Rosenthal R, Johnson S, Halperin G, Bishop M, Schweizer E (1999): The researcher's own therapy allegiance: A 'wild card' in comparisons of treatment efficacy. *Clin Psychol-Sc* 6:95-106
- Luborsky L, Rosenthal R, Diguier L, Andrusyna TP, Berman JS, Levitt, JT, Seligman DA, Krause ED (2002): The dodo bird is alive and well - mostly. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9:2-12
- Mari JJ, Streiner DL (1994): An overview of family interventions and relapse on schizophrenia: meta-analysis of research findings. *Psychol Med* 24:565-578
- McFarlane WR, Dixon, L, Lukens E, Lucksted A (2003): Family psychoeducation and schizophrenia: A review of the literature. *J Marital Fam Ther* 29:223-245
- Messer SB, Wampold BE (2002): Let's face facts: Common factors are more potent than specific therapy ingredients. *Clinical Psychology: Science and Practice* 9:21-25
- Mojtabai R, Nicholson RA, Carpenter BN (1998): Role of psychosocial treatments in management of schizophrenia: A meta-analytic review of controlled outcome studies. *Schizophr Bull* 24:569-587
- Mueser KT, Sengupta A, Schooler NR, Bellack AS, Xie H, Glick ID, Keith SJ (2001): Family treatment and medication dosage reduction in schizophrenia: Effects on patient social functioning, family attitudes, and burden. *J Consult Clin Psychol* 69:3-12
- National Collaborating Centre for Mental Health (commissioned by the National Institute for Mental Health) (2002): *Schizophrenia: Core interventions in the treatment and management of schizophrenia in primary and secondary care (Internet-Vollversion: <http://www.nice.org.uk>; S. 1-243; zuletzt aufgerufen am 13.12.2004)*
- Norcross JC (ed.) (2002): *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients needs*. New York: Oxford University Press
- Palay G, Shapiro DA (2002): Lessons from psychotherapy research for psychological interventions for people with schizophrenia. *Psychol Psychother-T* 75:5-17
- Pekkala E, Merinder L (2003): Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester: Wiley & Sons (Internetversion: <http://212.49.218.200/newgenMB/ASP/printDocument.asp>; 1-48, vom 22.11.2003)
- Pharoah FM, Ratbone J, Mari JJ, Streiner D (2003): Family intervention for schizophrenia (Cochrane Review). *The Cochrane Library, Issue 4*. Chichester: Wiley & Sons (Internetversion: <http://212.49.218.203/newgenMB/ASP/printDocument.asp?docNo=625>; 1-49, vom 22.11.2003)
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Orbach G, Morgan C (2002a): Psychological treatments in schizophrenia: I. Meta-analysis of family intervention and cognitive behaviour therapy. *Psychol Med* 32:763-782
- Pilling S, Bebbington P, Kuipers E, Garety P, Geddes J, Martindale B, Orbach G, Morgan C (2002b): Psychological treatments in schizophrenia: II. Meta-analyses of randomized controlled trials of social skills training and cognitive remediation. *Psychol Med* 32:783-791

- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäuml J, Kissling W, Engel RR (2001):
The effect of family interventions on relapse and rehospitalization
in schizophrenia: A meta-analysis. *Schizophr Bull* 27:73-92
- Randolph ET, Eth S, Glynn SM, Paz GG, Leong GB, Shaner L,
Strachan A, VanVort W, Escobar JI, Liberman RP (1994):
Behavioral family management in schizophrenia: Outcome of a
clinic-based intervention. *Br J Psychiatry* 164:501-506
- 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 (1997):
Relapse and rehospitalization during maintenance treatment of
schizophrenia. The effects of dose reduction and family treatment.
Arch Gen Psychiatry 5:453-463
- Sexton TL, Alexander JF, Leigh Mease A (2004): Levels of evidence
for the models and mechanisms of therapeutic change in family
and couple therapy. In: Lambert MJ (ed.): *Bergin and Garfield's
Handbook of psychotherapy and behavior change* (5th ed.). New
York: Wiley, pp. 590-646.
- Tarrier N, Barrowclough C, Vaughn C, Bamrah JS, Porceddu K, Watts
S, Freeman H (1988): The community management of schizo-
phrenia: a controlled trial of a behavioral intervention with
families to reduce relapse. *Br J Psychiatry*; 153: 532-542
- Wunderlich U, Wiedemann G, Buchkremer G (1996): Sind psycho-
soziale Interventionen bei schizophrenen Patienten wirksam?
Eine Metaanalyse. *Verhaltenstherapie* 6:4-13

Prof. Dr. Dr. Hans-Peter Heekerens

Fachhochschule München, Fachbereich Sozialwesen
Am Stadtpark 20, 81243 München
Tel: 089-12652312
E-Mail: heekerens@fhm.edu

Prof. Dr. Maria Ohling

Fachhochschule Landshut, Fachbereich Sozialwesen
Am Lurzenhof 1, 84036 Landshut
Tel. 0871-506437
E-Mail: maria.ohling@fh-landshut.de