

Übersichten

Nervenarzt 2006 · 77:538–548
DOI 10.1007/s00115-005-2036-0
Online publiziert: 20. Januar 2006
© Springer Medizin Verlag 2006

K. Rabovsky · G. Stoppe

Bereich Allgemeine Psychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik, Basel

Die Rolle der Psychoedukation in der stationären Behandlung psychisch Kranker

Eine kritische Übersicht

Trotz beeindruckender Therapieerfolge und -fortschritte vor allem der psychopharmakologischen Behandlungsstrategien zeigen die Entwicklungen der letzten Jahre Grenzen bei schweren psychischen Erkrankungen auf. Eine wesentliche Rolle hierbei spielen die mangelnde Behandlungseinsicht und Kooperation der Patienten: Bei einer durchschnittlichen Medikamentencompliance ein Jahr nach Klinikaufenthalt von z. B. 50% bei schizophren Erkrankten ist ein wesentlicher Anteil der Rückfälle auf schlechte Behandlungsmitarbeit zurückzuführen [32], wobei anzumerken ist, dass die Rate ähnlich ist wie bei anderen Erkrankungen mit häufig langwierigem Verlauf. Die Notwendigkeit des zusätzlichen Einsatzes von Interventionen vor allem zur Verbesserung der Compliance und zur Weiterentwicklung von Copingstrategien tritt wieder mehr in das Bewusstsein der Kliniker und Institutionen. Insbesondere die „Psychoedukation“ erweist sich als effiziente Methode bzgl. Rückfallhäufigkeit und Rehospitalisierungsrates bei schizophrenen Patienten [30]. Untersuchungen zeigen aber, dass der Einsatz des Verfahrens in der stationären Routineversorgung trotz zunehmender Orientierung an evidenzbasierten Leitlinien weit hinter den Erfordernissen zurückbleibt [8, 21, 22]. Die Frage, was die Umsetzung der Empfehlungen behindert, ist mithin von großer praktischer Bedeutung. Es gilt z. B. zu eruieren, ob möglicherweise an Formen von Psychoedukation festgehalten wird, die zunächst zu deren Entwicklung und Verbreitung beitra-

gen konnten, inzwischen aber den in vieler Hinsicht veränderten Versorgungsstrukturen und -bedingungen psychisch Kranker nicht mehr optimal angemessen sind.

Der folgende Beitrag gibt einen Überblick über die Geschichte der Psychoedukation und fasst den derzeitigen Kenntnis- und Entwicklungsstand zusammen. Offene Fragen, Erklärungshypothesen und Lösungsmodelle im Hinblick auf eine breitere Anwendung vor allem in der stationären Versorgung werden formuliert. Im Mittelpunkt der Erörterungen steht dabei die bislang übliche Diagnosespezifität bei der Anwendung dieses traditionell in der Schizophreniebehandlung eingesetzten Verfahrens. Des Weiteren werden auch Erfahrungen mit der Kombination verschiedener psychotherapeutischer Techniken bzw. „Module“ bei der Gestaltung psychoedukativer Gruppen diskutiert.

Methoden

Methodisch liegt der Arbeit eine gründliche und systematische Literaturrecherche zugrunde, in deren Rahmen die Medline-Datenbank (1966–2005) auf die relevanten Schlüsselbegriffe und Begriffskombinationen hin (schizophrenia; psychoeducation; inpatient; psychosocial interventions; compliance) durchsucht wurde. Darüber hinaus wurden die Literaturverzeichnisse der Übersichtsarbeiten, sowie zahlreiche Handbücher und Monographien hinzugezogen und bzgl. der genannten Stichwörter bzw. Themen aus-

föhrlich analysiert, wobei generell nur deutsch- und englischsprachige Veröffentlichungen berücksichtigt wurden. Eine vollständige Auflistung der recherchierten Literatur im Rahmen des Artikels war aber auch bei großzügigster Auslegung der Autoreninstruktionen nicht möglich, weshalb wir uns auf aussagekräftige Übersichten und Metaanalysen beschränkt haben. (Weitere Literatur kann bei den Autorinnen erfragt werden.)

Historische Entwicklung des Begriffs

Der Begriff „psychoeducation“ wurde in den frühen 80er Jahren des letzten Jahrhunderts durch Anderson eingeführt und umfasste die professionelle Aufklärung von Patienten mit einer Schizophrenie und ihren Familienangehörigen über die Krankheit und Medikamente, verbunden mit einem Programm zum Training von basalen sozialen und kommunikativen Fertigkeiten sowie Problemlösungsstrategien [1]. Heute versteht man unter „Psychoedukation“ „...systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen..., die dazu geeignet sind, Patienten und Angehörige über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis und den selbstverantwortlichen Umgang mit der Krankheit zu fördern und sie bei der Krankheitsbewältigung zu unterstützen“ [5].

Neben einer Verbesserung des Wissensstandes der Patienten bzgl. Diagnose und Behandlungsmöglichkeiten mit dem

Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



Hier steht eine Anzeige.



Aufbau eines funktionalen Krankheitskonzeptes werden eine emotionale Entlastung der Patienten sowie eine Förderung der langfristigen Behandlungsbereitschaft und (Weiter-)Entwicklung von Krisenbewältigungsstrategien angestrebt. Damit sind Verhaltensaspekte und das Training von Fertigkeiten im Vergleich zur ursprünglichen Begriffsverwendung in den Hintergrund getreten.

Berichte über Vorläufer der Behandlungsform „Psychoedukation“ finden sich bereits in den 1970er Jahren, wobei die initial rein didaktische Patientenschulung damals weitgehend Pflegekräften oblag [29]. Wahrscheinlich im Zusammenhang mit der zunehmenden „Psychotherapeutisierung“ liegen Konzipierung, Durchführung und Evaluierung inzwischen federführend in den Händen von Ärzten und Psychologen [5]. Dabei bleibt letztlich offen, ob nicht gerade die Übernahme durch akademisches Personal seit Mitte/Ende der 80er Jahre zu einer Aufwertung von Psychoedukation zu einer Methode mit psychotherapeutischem Anspruch und wissenschaftlicher Fundierung geführt hat.

Von Psychoedukation im engeren Sinne werden traditionell kognitiv-behavioral konzipierte (gruppen-)therapeutische Interventionen mit dem Schwerpunkt des Trainings von sozialen Kompetenzen und Strategien zur Krankheitsbewältigung unterschieden (z. B. [23]). Jedoch wurde schon in der Frühzeit der Psychoedukation die Zweckmäßigkeit der Methodenkombination von auf dem Stress-Vulnerabilitäts-Coping-Modell fußenden psychologischen bzw. psychosozialen Therapieverfahren erkannt [2]. Diese Modelle entsprechen weitgehend dem umfassenderen Begriff der „patient education“ bzw. „Patientenschulung“ bei primär somatischen Krankheiten, die wesentlich stärker fertigkeitenorientiert ist [33, 34].

Aufgrund der entscheidenden Bedeutung von Compliance für den Verlauf von chronischen Krankheiten wurden auch spezifisch auf diesen Aspekt fokussierende Therapieansätze für psychisch Kranke, wie auch weitere Indikationsbereiche entwickelt. Bereits eingeführt und geprüft ist die individuelle „compliance therapy“ [19]. Derzeit werden im europäischen Raum zudem die „partizipative Ent-

deckungsfindung“ (aktive Einbeziehung des Patienten im Sinne eines „shared decision making“) und die „adherence therapy“ evaluiert. Letztere basiert auf o. g. „compliance therapy“ und dem Prinzip der „motivierenden Gesprächsführung“ und wird derzeit im Rahmen einer longitudinalen Multicenterstudie („QUATRO“) untersucht.

Wir werden den Begriff „Psychoedukation“ entsprechend der o. g. Definition und dem Konsensuspapier der Arbeitsgruppe Psychoedukation verwenden [5] und unter Berücksichtigung stärker fertigkeitenorientierter Konzepte (s. o.) neben pädagogischen Techniken und psychotherapeutischen Basisfertigkeiten behaviorale Elemente stärker integrieren. Psychoedukation wird damit als eine psychotherapeutische Interventionsform verstanden, die mit dem Ziel der krankheitsrelevanten Aufklärung und Schulung der Patienten und ihrer Angehörigen psychotherapeutische Techniken unterschiedlicher Provenienz kombiniert. Die Informationsvermittlung bleibt zentrales Anliegen, der Einsatz weiterer spezifischer Strategien mit dem Ziel der verhaltensorientierten Schulung kann aber Bestandteil sein. Der Gebrauch dieses umfassenderen Psychoedukationsbegriffs scheint uns gerechtfertigt, da die Integration verschiedener therapeutischer Elemente historisch und begriffsgeschichtlich charakteristisch für Psychoedukation und auch in der aktuellen internationalen Literatur explizit anerkannt ist (z. B. [7, 16, 27, 31]). Ziele von Psychoedukation sind die Erarbeitung von Informationen über die Krankheit und Behandlungsmöglichkeiten, der Erwerb krankheits- und behandlungsrelevanter Fertigkeiten und Bewältigungskompetenzen, sowie eine emotionalen Entlastung der Teilnehmer. Ein Kurrikulum spezifiziert den Ablauf des Programms, das für Patienten und Angehörige separat oder in gemeinsamen Sitzungen konzipiert sein kann.

Psychoedukative Konzepte sind bis anhin de facto weitgehend zur Behandlung von Patienten mit einer Erkrankung aus dem schizophrener Formenkreis (inkl. schizoaffektiver Störungen) umgesetzt worden. Mit der Einführung der Antipsychotika in den 50er Jahren des letzten Jahrhunderts hatten sich dramatische

Behandlungserfolge und konsekutiv wesentlich verkürzte Hospitalisationszeiten bei den bis dato als therapieresistent geltenden und häufig dauerhospitalisierten Patienten ergeben. Andererseits führten die auftretenden Medikamentennebenwirkungen in Verbindung mit einem allgemeinen Trend zu stärkerer Einbeziehung der Patienten in Entscheidungsprozesse und umfassenderen Patientenrechten zu neuen therapeutischen und ethischen Herausforderungen: Nach dem Ende der primär kustodialen Psychiatrie wurden die weitergehend symptomremittierten Patienten mündiger, konnten (und mussten) in die Entscheidung zwischen verschiedenen Behandlungsoptionen einbezogen werden und sahen sich durch die Möglichkeit der Entlassung aus den „Anstalten“ den Anforderungen eines selbständig(er)en Lebens in der Gemeinde gegenübergestellt. Hierdurch ergab sich neu das Problem der außerklinischen Behandlungscompliance. Die Angehörigen bzw. Familien der Kranken rückten aufgrund ihrer Betreuungsaufgaben mit der daraus resultierenden Belastung einerseits, andererseits ihrer postulierten Einflussnahme auf den Verlauf der Erkrankung („expressed-emotion-concept“) in den Blickpunkt [20]. Entsprechend wurden neben informationszentrierten Angehörigengruppen auch Konzepte für Familientherapie entwickelt [17].

Die Wirksamkeit der neu entwickelten psychologischen Methoden wurde in der Folge in zahlreichen Studien untersucht. Vergleiche und Metaanalysen erwiesen sich jedoch als schwierig, da sowohl die Interventionen, als auch die Zielvariablen bzw. die Messinstrumente sehr uneinheitlich, teils auch unzureichend beschrieben sind. Psychoedukative Programme werden einerseits unter verschiedenen Namen angeboten („family intervention“, „psychosocial intervention“, „Beratung“, „Rückfall-Präventions-Programm“ etc.), andererseits umfassen sie in variabler Gewichtung unterschiedliche „Module“ (Einbezug von Angehörigen, ggf. in unterschiedlicher Form, teilweise integrierte Trainingselemente zur Verbesserung sozialer Fertigkeiten, von Problemlösungsfertigkeiten etc.). Bei klinischen Studien erschweren nebst den uneinheitlichen Zielvariablen und Messinstrumenten auch

verschiedene, teils ungenau beschriebene „Standardbehandlungen“ der Kontrollgruppen und eine unterschiedliche Untersuchungsdauer (Follow-up-Zeitraume 4 Wochen bis 2 Jahre) die Vergleichbarkeit.

Zahlreiche Einzelstudien in verschiedenen Settings zeigen signifikant bessere Therapieergebnisse der Untersuchungsgruppe mit Psychoedukation gegenüber Kontrollgruppen mit Standardbehandlung oder unspezifischen „supportiven Therapien“ im Hinblick auf Psychopathologie, Rückfall- bzw. Rehospitalisierungsrate und soziale Anpassung (Überblick in [41]).

Penn und Mueser finden in ihrer gründlichen Übersicht, in der „social skill training“, „family interventions“ (inkl. „psychoeducation“) und „cognitive therapy techniques“ separat untersucht werden, dass mit psychoedukativen Familieninterventionen bei schizophrenen Patienten eine Reduktion der Rückfallrate und eine Verbesserung des Outcomes (z. B. bzgl. des sozialen Funktionsniveaus) sowie eine Verminderung der Angehörigenbelastung erreicht wird [31]. Explizit weisen sie darauf hin, dass aufgrund der erheblichen Überlappung der bei Psychoedukation zur Anwendung kommenden Therapietechniken ein genaues Verständnis der Wirkmechanismen und eine Differenzierung der Wirkfaktoren (z. B. der integrierten Elemente zum Training sozialer Kompetenzen) bis anhin nicht gelungen sei (S. 612). Pitschel-Walz et al. untersuchen den Einfluss zusätzlicher Familieninterventionen auf die Rückfall- und Rehospitalisierungsrate bei – zumeist ambulant behandelten – schizophrenen Patienten und zeigen, dass diese um 20% reduziert werden kann, wobei die unterschiedlichen Settings (Einzel-Familien-Behandlung, Angehörigengruppe etc.) nicht separat evaluiert werden [37]. Die Cochrane-Analyse von Pharoah et al. bezieht neben psychoedukativen Ansätzen auch andere Therapieverfahren (CBT, supportive Techniken etc.) ein. Entscheidende Befunde sind die Reduktion der Rückfallrate und die Verbesserung der Compliance bei den Patienten, deren Familien in die Behandlung integriert wurden [35]. Puschner et al. finden in ihrer Übersicht, dass die Compliance mit kognitiv-behavioralen Verfah-

ren wesentlich besser als mit Psychoedukation zu steigern war, wobei letztere nur dann stabile Effekte zeigte, wenn sie direkt auf die Patientenkooperation fokussierte oder mit anderen Strategien kombiniert wurde [38].

In eine aktuelle Metaanalyse der Cochrane Library zur Psychoedukation bei Schizophrenie [30] konnten 10 randomisierte und kontrollierte Studien eingeschlossen werden. Bis auf 2 Untersuchungen beschränkten sie sich auf ambulant behandelte Patienten. Bzgl. der Erkrankungsdauer und des vorherigen Complianceniveaus findet sich ein weites Spektrum. Die Mehrzahl der eingeschlossenen Studien gestalteten die Psychoedukation als Gruppenintervention und schlossen eine Angehörigenschulung ein. Ausgeschlossen wurden Untersuchungen, bei denen der Anteil des verhaltenstherapeutischen Fertigkeitentrainings oder der Angehörigenarbeit die informationszentrierte Patientenbehandlung überwog. Gesamthaft ergibt sich für die Interventionsgruppen im Vergleich zur Standardbehandlung eine signifikante Verminderung von Rückfall- und Rehospitalisierungshäufigkeit. Eine der Studien [4] findet eine signifikante Verbesserung der Compliance, sonst werden diesbezüglich, wie auch hinsichtlich Wissenszuwachs, tendenzielle Vorteile für die Interventionsgruppen beschrieben. Bezüglich Verhaltensänderung, sozialer Anpassung der Patienten oder Verständnis, Zufriedenheit und Entlastung der Angehörigen waren die Daten inkonsistent oder unzureichend, wenn auch insgesamt „die Befunde mit der Möglichkeit vereinbar (waren), dass Psychoedukation einen positiven Effekt auf das Wohlbefinden einer Person hat“ (Zitat übersetzt durch Ref. aus [30]).

Weitere Formen und Elemente von Psychoedukation

Psychoedukation bei nichtschizophrenen Störungen

Publikationen über Psychoedukation mit Verwendung dieses spezifischen Begriffes sind bei psychischen Erkrankungen, die nicht dem schizophrenen Formenkreis zuzurechnen sind, außerordentlich rar,

relativ am häufigsten noch für Patienten mit affektiver Störung. Studien, die den (additiven) Einfluss der Intervention auf den Verlauf dieser Erkrankung untersuchen, zeigen günstige Ergebnisse [9, 11, 28]. Ganz vereinzelt finden sich Arbeiten zu Psychoedukation bei anderen psychischen Störungen, z. B. Essstörungen [10]. Hingegen sind die umfangliche Information der Patienten über das Störungsmodell und Transparenz im therapeutischen Prozess, wenn auch meistens nicht unter dem Namen „Psychoedukation“, Grundprinzipien der Verhaltenstherapie. So enthalten kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapieprogramme neben den praktisch-übenden meistens Module zur Aufklärung und Informationsvermittlung. Dies erfolgt teils über Patientenratgeber, teils als integraler Bestandteil der Einzel- bzw. Gruppentherapiesitzungen. So sind z. B. Erläuterungen zur Natur der Angst und graphisches Anschauungsmaterial in einem standardisierten Behandlungsprogramm die Basis für die weiterführende Desensibilisierung [25]. Entsprechende Elemente finden sich auch in einem Gruppentherapieprogramm zur Behandlung von Schlafstörungen; die Schulung und Unterstützung von Angehörigen Demenzkranker findet unter verschiedenen Bezeichnungen statt und wird häufig über Selbsthilfeorganisationen vermittelt [14].

Konzepte für Patientenschulungen („patient education“) liegen zudem für viele chronische oder chronisch rezidivierende nichtpsychiatrische Krankheiten wie z. B. Asthma bronchiale, Diabetes mellitus, Neurodermitis und entzündlich-rheumatische Erkrankungen vor. Sie werden nicht als „Psychoedukation“ bezeichnet, obwohl sie psychotherapeutische Elemente beinhalten. Dem Training zur Sensibilisierung bei der Symptomwahrnehmung, sowie dem Üben krankheits- und behandlungsrelevanter Fertigkeiten (bei Asthma z. B. Atem- und Inhalationstechniken) stehen Informationsmodule zur Seite, die von einmaligen „Arztvorträgen“ bis zu aufwendigen verhaltenstherapeutisch fundierten Gruppenprogrammen reichen. Insbesondere bei der Behandlung erkrankter Kinder ist der Einbezug der Familie essenziell [33, 34].

Behaviorale und kognitiv-behaviorale Elemente

Psychoedukation beinhaltet von Beginn an verhaltenstherapeutische Elemente. Die Konzepte kombinierten die theoretische Schulung der Patienten (oder Angehörigen) mit Trainingselementen zur Entwicklung bzw. Verbesserung von sozialen Fertigkeiten sowie Strategien zur Krankheitsbewältigung und Problemlösung [1]. Heute reicht das Spektrum von dem Erstellen eines individuellen Krisenplans im Rahmen der sonst rein informationsvermittelnden Psychoedukationsgruppe über den abwechselnden Einsatz didaktischer und verhaltenstherapeutischer Elemente bis zu einem „social skills-training“, das in das Programm integriert, aber organisatorisch eigenständig ist [2, 44]. Neben einer Mindestdauer bzw. -häufigkeit der Interventionen erwies sich jedenfalls die Integration behavioraler Elemente als wesentlich für die Wirksamkeit von Psychoedukation auf einige der Zielparameter, wie z. B. Compliance – „eine reine Informationsvermittlung reicht nicht aus“ [7, 14, 38, 45].

Supportive und psychodynamische Elemente

Patienten mit einer Schizophrenie (wie natürlich auch anderen schweren psychischen Erkrankungen) erleiden nebst den krankheitsspezifischen Symptomen fast immer nicht nur Gefühle von Insuffizienz, Scham und Angst, sondern auch reale Stigmatisierungserfahrungen und erhebliche soziale Nachteile, z. B. auf dem Wohnungs- und Arbeitsmarkt. Die schmerzhaft Einsicht, als psychisch Kranke(r) nun zu einer vormals möglicherweise sogar selbst geringgeschätzten Minderheit zu gehören, die Angst vor Langzeitmedikation, den Reaktionen der anderen und Zukunftssorgen führen häufig zu Widerstand gegen die Behandlung. Dieser mindert, z. B. infolge medikamentöser Malcompliance, die Besserungschancen weiter und schließt den Kreis zu einem Circulus vitiosus.

Prinzipien und Konzepte für (schizophreniespezifische) Therapien, die neben der sicher notwendigen strukturierenden und strukturierten Information und be-

Nervenarzt 2006 · 77:538–548 DOI 10.1007 / s00115-005-2036-0
© Springer Medizin Verlag 2006

K. Rabovsky · G. Stoppe

Die Rolle der Psychoedukation in der stationären Behandlung psychisch Kranker. Eine kritische Übersicht

Zusammenfassung

Psychoedukation ist ein nachweislich hocheffektives Verfahren zur Reduzierung von Rückfällen und Klinikeinweisungen bei schizophrenen Patienten. Ein günstiger Einfluss findet sich u. a. auch hinsichtlich Wissensstand und insbesondere Compliance, die wiederum eng mit dem klinischen Verlauf korreliert ist. Trotz der Wirksamkeitsnachweise und entsprechenden Empfehlungen in evidenzbasierten Leitlinien sind die therapeutischen Programme aber v. a. im stationären Behandlungssetting unterrepräsentiert. Wir fassen auf der Basis eines Literaturüberblicks den derzeitigen Kenntnis- und Entwicklungsstand zusammen und formulieren offene Fragen, Erklärungshypothesen und Lösungsmodelle

im Hinblick auf eine breitere Anwendung von Psychoedukation v. a. in der stationären Versorgung. Wesentliche Aspekte der Erörterung hinsichtlich zeitgemäßer und zielgruppengerechter Formen sind die bislang übliche Diagnosespezifität des traditionell in der Schizophreniebehandlung eingesetzten Verfahrens sowie eine methodenintegrierte Struktur der informationszentrierten Schulungsprogramme.

Schlüsselwörter

Schizophrenie · Psychoedukation · Psychosoziale Therapien · Stationäre Behandlung · Compliance

The role of psychoeducation in the treatment of psychiatric inpatients

Summary

Psychoeducation has proved to be a highly effective therapeutic method to reduce relapse and rehospitalization rates of schizophrenic patients. Education about their disease has good results on clinical course and especially on compliance. Despite evidence of effectiveness and the recommendations of evidence-based guidelines, psychoeducative programmes are underutilized in clinical practice. Based on a review of the literature, we summarize the development and current state of research on psychoeducation. With regard to its broader use in psychiatric inpa-

tient treatment, we examine potential barriers and possible improvements. Characteristics of a psychoeducational concept that meets the demands of the modern structure of psychiatric institutions are discussed. Essential issues are specificity in the traditional diagnosis of schizophrenia and applying integrative concepts to the mainly didactic method used today.

Keywords

Schizophrenia · Psychoeducation · Psychosocial interventions · Inpatient · Compliance

handlungsorientierten Verhaltensmodifikation noch Raum für die Entwicklung wirklicher innerer Einsicht, (Selbst-)Akzeptanz und auch Trauer lassen und die eine Identifizierung und Bearbeitung der psychodynamisch verständlichen, aber letztlich ja dysfunktionalen Abwehr der Krankheitseinsicht fördern, liegen zwar vor (z. B. [15]), harren aber einer breiten klinischen Installierung. Mit aufdeckenden psychoanalytisch orientierten Verfahren wurden in der Behandlung schizophrener Erkrankter keine günstigen Ergebnisse erzielt [14]. Der Einsatz psychodynamisch-verstehender und supportiver Behandlungselemente im Hinblick auf die originären Ziele der Psychoedukation (s. o.) aber kann dem Patienten vermitteln, dass er als Person mit vielschichtigen, teils widersprüchlichen und häufig ja nachfühlbaren Empfindungen und Tendenzen im schwierigen Umgang mit der Erkrankung wirklich wahr- und ernstgenommen wird. Ziel eines insofern auch konzeptionell um die individuelle und „subjektive“ Dimension erweiterten psychoedukativen Ansatzes sind eine gelungene Integration des Krankseins in ein als „eigen“ erlebtes und so weit wie möglich selbstbestimmtes Leben des Patienten mit einem Gefühl von Selbstwirksamkeit und Selbstverantwortlichkeit. Die Behandlungskooperation des Patienten z. B. hängt bekanntermaßen wesentlich von dessen Empfinden ab, dass ihm sein Therapeut mit Respekt und echtem Interesse begegnet [13], und es ist anzunehmen, dass Copingstrategien und Compliance als für den Krankheitsverlauf relevante Faktoren [32, 39] durch diesen personenbezogenen und – soweit möglich und sinnvoll – psychodynamischen Behandlungsaspekt auf ein höheres (bzw. gleichsam „tiefergehendes“) Niveau gehoben werden könnten.

Multimodale Konzipierung

Schulungskonzepte für somatisch kranke Patienten sowie die Pädagogik gehen davon aus, dass die Berücksichtigung möglichst vieler „Lernkategorien“ (kognitiv, psychomotorisch, affektiv) den Lernerfolg v. a. für komplexe Aufgaben verbessern können [12, 34, 40]. Motivationale und affektive Komponenten sind von wesentlicher Bedeutung, wenn auch über

Einzelheiten ihrer Wirkungen und möglichen konkreten Nutzung im Bereich von Patientenschulungen noch wenig bekannt ist [33]. In der Pädagogik werden sie jedenfalls, lerntheoretisch begründet, in die Interventionsplanung integriert [43]. Die moderne Complianceforschung zeigt nun auch, dass die Qualität der Arzt-Patient-Beziehung wesentlichen Einfluss auf die Kooperationsbereitschaft der Patienten hat [13] und dass Psychoedukation hier nur dann zu einer Verbesserung führt, wenn sie speziell auf „adherence“ fokussiert oder „edukative, behaviorale und affektive Strategien“ kombiniert [38]. Dies impliziert letztlich ein Konzept, das sich wieder weitgehend den umfassenden (oder moderner: multimodalen, methodenintegrativen) Programmen aus der Entstehungs- und Frühzeit der Psychoedukation annähert, die nun in Form von „Therapiepaketen“ (re-)kombiniert werden.

Einsatz von Psychoedukation in der stationären Routineversorgung

Es fragt sich nun, warum eine erwiesenermaßen effiziente, kostengünstige und (im Gruppensetting) mit vergleichsweise wenig personellem und organisatorischem Aufwand realisierbare Methode in der stationären klinischen Patientenversorgung de facto so selten eingesetzt wird, obwohl die Bereitschaft der Patienten zur Teilnahme an einer Gruppe während der Hospitalisierung am größten ist und erst danach (massiv) abnimmt [4]. In dem umfassenden „Schizophrenia Patient Outcome Research Team“ Project (PORT), das von der amerikanischen Agency for Health Care Policy and Research und dem National Institute for Mental Health 1992 initiiert wurde, wird ausdrücklich betont, dass trotz einer Fülle von Untersuchungen und Publikationen zu diesem Thema, sowie deutlicher Evidenz für deren Wirksamkeit, die empfohlenen „packages“ psychosozialer Behandlungsmethoden für schizophrene Patienten in der klinischen Behandlungspraxis hochgradig unterrepräsentiert sind [21, 22].

Eine umfassende Statistik über die Anwendung dieser Therapiemethoden im deutschsprachigen oder europäischen Raum liegt unseres Wissens noch nicht

vor, jedoch ergab eine Befragung bzgl. stationärer Psychoedukation, die 1994/95 an psychiatrischen Kliniken in Süddeutschland durchgeführt wurde, dass zwei Drittel der antwortenden Kliniken (wiederum ca. zwei Drittel der angeschriebenen) innerhalb der der Untersuchung vorausgegangen 5 Jahre psychoedukative Gruppen durchgeführt hatten [8]. Das kann konkret heißen, dass in weniger als der Hälfte der angefragten Institutionen überhaupt jemals im Laufe von 5 Jahren Psychoedukation durchgeführt wurde, und dass – angesichts des breiten Zeitfensters – die Anwendungshäufigkeit zu einem definierten Zeitpunkt wahrscheinlich noch deutlich darunter liegt. Derzeit wird eine Umfrage zur aktuellen Versorgungssituation auf dem Gebiet der Psychoedukation an allen deutschsprachigen Kliniken durch das „Centrum for Disease Management“ der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie der TU München durchgeführt.

Die Literaturrecherche ergibt für (im Titel des Artikels so bezeichnete) Psychoedukation im stationären Setting vergleichsweise wenige Veröffentlichungen [30, 36, 37, 42]. In Pflegefachzeitschriften wurden einige Konzeptbeschreibungen veröffentlicht, jeweils ohne klinische Evaluation, mehrheitlich aus der Anfangszeit der Psychoedukation [29]. Vereinzelt wird über stationäre Psychoedukation in Einzelsitzungen berichtet [24].

Als Hinderungsgrund für die Durchführung psychoedukativer Gruppen in der stationären Behandlung wird häufig die Akuität der Symptomatik angeführt: z. B. floride produktiv-psychotische Symptomatik, psychomotorische Unruhe, Feindseligkeit etc. oder auch ausgeprägte formale Denkstörungen, wodurch Gruppenfähigkeit bzw. Auffassungsvermögen beeinträchtigt würden. Jedoch hat bereits Bäuml darauf hingewiesen, dass persistierende Produktivsymptomatik keine Kontraindikation darstellt, im Übrigen können Voraussetzungen für die Teilnahme klinisch abgeschätzt oder mittels eines Skalen-Schwellenwertes (z. B. nach der PANSS) festgelegt werden [4, 42]. Die Gegenargumente verlieren überdies an Bedeutung, wenn man Patienten mit hochakuten Zustandsbildern nicht als Zielgruppe anvisiert. Die referierten Erfahrungen

Hier steht eine Anzeige.



zeigen, dass Psychoedukationsgruppen mit Patienten auf offenen Aufnahme- oder Frührehabilitationsabteilungen prinzipiell gut durchführbar sind [42].

Ein weiterer die Durchführbarkeit im klinischen Alltag einschränkender Hintergrundgrund ist die Patientenrekrutierung für derartig hochspezialisierte Programme. Bei zunehmend kürzeren Hospitalisationszeiten und diagnosen- gemischt geführten Aufnahme- oder Rehabilitationsabteilungen ist die Implementierung erheblich erschwert. Exemplarisch mögen hier die von Brenner anschaulich beschriebenen Probleme bei der Einführung des Trainingsprogramms zum eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten nach Liberman genannt sein. Nachdem ein erster Implementierungsversuch an „Schwierigkeiten und Widerständen verschiedenster Art“ gescheitert war, konnten für die schlussendlich evaluierte Therapiegruppe nur 7 chronisch schizophrene Patienten rekrutiert werden [6].

Könnte störungsübergreifende Psychoedukation eine Lösung sein?

Es fragt sich nun, ob die oben beschriebene Form der Psychoedukation überhaupt noch ziel- und zeitgemäß gewählt ist. Eine den veränderten (Versorgungs-)Strukturen angepasste und bedarfs- und zielgruppengerecht modifizierte Praxis könnte ermöglichen, dass die Psychoedukation eine ihrer Wirksamkeit angemessene Rolle in der Behandlung schizophrener (bzw. überhaupt schwer psychisch) Kranker einnimmt.

Viele Psychotherapieformen erfordern aufgrund ihrer Zielsetzungen störungsspezifische Konzepte und Techniken. Beispiele hierfür sind das auf die kognitiven Defiziten bei schizophrenen Patienten fokussierende IPT nach Roder, die Verhaltenstherapie zur Behandlung spezifischer dysfunktionaler Kognitionen bei Depressionen nach Hautzinger und die u. a. auf die spannungsabhängigen Selbstverletzungstendenzen bei Borderline-Patienten ausgerichtete dialektisch-behaviorale Therapie nach Linehan [14]. Hingegen fokussiert die auf Information sowie Förderung von Compliance und Copingstrategien ausgerichtete Psycho-

edukation auf störungsübergreifend relevante Themen.

Das grundlegende biopsychosoziale Krankheitskonzept (biologisches Transmitter-Modell, Vulnerabilitäts-Stress-Konzept) ist übergreifend gültig, die eingesetzten Medikamente, deren Wirkungsmechanismus, -spektrum und Nebenwirkungsprofil sind für die Patienten diagnosenübergreifend von Interesse und Relevanz. Fragen des Umgangs mit Symptomen und der Krankheitsbewältigung, Erfahrungen wie Stigmatisierung, soziale Isolierung und praktische Probleme im sozialen Umfeld, z. B. bei der Wohnungs- und Arbeitssuche, werden von allen Patienten mit einer schweren psychiatrischen Erkrankung geteilt. Insbesondere bei der Behandlung von chronischen, chronisch-fluktuierenden oder Krankheitsverläufen mit therapieresistentem Residuum dominieren störungsübergreifende Therapieziele wie die Verbesserung oder Erhaltung der Behandlungscompliance und basaler sozialer Kompetenzen, die Entwicklung und Übung von Strategien im Umgang mit residuellen Symptomen und die Etablierung oder Neustrukturierung eines förderlichen sozialen Milieus mit z. B. angemessener Wohn- und Beschäftigungsmöglichkeit. Die Angehörigen von Patienten mit schweren psychischen Erkrankungen sind einerseits meistens erheblich belastet und suchen Unterstützung und Beratung, andererseits können sie durch die Bereitstellung eines günstigen oder ungünstigen familiären Klimas sowie Krankheitswissen Einfluss auf den Verlauf nehmen. Darüber hinaus zeigt die Querschnittssymptomatik z. B. affektiver Störungen, psychotischer (inkl. schizophrener) Erkrankungen und teilweise auch von Persönlichkeitsstörungen erhebliche Überlappungen, im Einzelfall bis zur differenzialdiagnostischen Unklarheit.

Auch wenn hier die nach wie vor kontrovers geführte Diskussion um die „Einheitspsychose“ bzw. Abgrenzbarkeit der großen psychiatrischen Krankheitsbilder oder die syndromale versus nosologisch orientierte Behandlung [26] nicht vertieft werden soll, drängt sich schon aus klinisch-therapeutischen Gründen eine störungsübergreifende Konzeptionierung der Psychoedukation, insbesondere im stationären Rahmen, auf. Die Zusam-

menstellung von Patienten- wie auch Angehörigengruppen wäre durch die wesentlich vereinfachte Teilnehmerrekrutierung sicher deutlich erleichtert. Es erscheint sehr wahrscheinlich, dass dies zu einem breiteren Einsatz dieser hochwirksamen Methode in den Kliniken führen würde.

Umso erstaunlicher ist es, dass Konzepte für eine diagnosenübergreifende psychoedukative Gruppentherapie bis anhin praktisch nicht beschrieben und entsprechend auch nicht evaluiert worden sind. Es liegt einzig ein Buchkapitel vor, das die Etablierung und Struktur einer Gruppe in der Abteilung für Psychiatrie und Psychotherapie eines Allgemeinkrankenhauses beschreibt, aber keine klinische Studie umfasst [18]. Zudem existieren einige wenige Studien über Psychoedukation, bei denen die Interventionsgruppe auch Patienten mit anderen Störungen umfasst. Jedoch wurde die Psychoedukation in diesen Fällen ausschließlich in Einzelsitzungen bzw. als Einzel-Familien-Intervention durchgeführt (z. B. [3, 37]), Daten zur Wirksamkeit diagnosenübergreifend geführter Therapiegruppen fehlen noch völlig.

Resümee und Schlussfolgerung

Es wurde eine kurze Darstellung von Entwicklungsgeschichte, klinischer Praxis und wissenschaftlicher Evaluation bzw. Wirksamkeit der bis anhin weitestgehend auf die Behandlung von Patienten mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis fokussierenden therapeutischen Methode „Psychoedukation“ geliefert. Einen Schwerpunkt der Übersicht stellen Befunde zu Theorie und Praxis der Integration verhaltenstherapeutischer, wie auch supportiver und psychodynamischer Elemente dar. Daten zum Stellenwert in der stationären Routinebehandlung leiten über zu theoretischen Überlegungen und einer Darstellung des Forschungsstandes bzgl. diagnosenübergreifender Konzipierung von Psychoedukation.

Unter Berücksichtigung des Erkenntnisstandes scheint es uns im Hinblick auf eine breitere Anwendbarkeit des ja erwiesenermaßen wirksamen psychoedukativen Therapieansatzes angezeigt, die aus unserer Sicht unbegründete Dominanz der isolierten Behandlung schizo-

phrener Patienten zugunsten einer Öffnung für eine diagnosenübergreifende Form so lange aufzugeben, bis sie durch vergleichende Untersuchungen auch begründet werden kann. Die empirischen Daten, wie auch lerntheoretisch-pädagogische Befunde und Erfahrungen sprechen dafür, dass eine multimodale Konzeption, die ausdrücklicher und stärker als bisher affektive und motorische bzw. Beziehungs- und Verhaltensaspekte in den psychoedukativen Prozess integriert, eine umfassendere und nachhaltigere günstige Beeinflussung von behandlungs- und krankheitsrelevanten Verhaltensweisen, und dabei insbesondere Compliance und Copingstrategien, fördert. Aussagekräftige empirische Untersuchungen zur Wirksamkeit entsprechend modifizierter Psychoedukationsformen fehlen zurzeit noch und sind vor einer entsprechenden Empfehlung unabdingbar. Eine von uns bereits konzipierte kontrollierte und randomisierte Studie zum Vergleich von störungsspezifisch und diagnosenübergreifend durchgeführten Psychoedukationsgruppen ist derzeit in Vorbereitung.

Die Konkretisierung und Evaluationsentsprechender klinisch gut realisierbarer Programme könnten entscheidend zur Verbesserung auch stationärer Behandlungsstrategien bei schizophrenen Störungen beitragen. Darüber hinaus scheint es uns wegen der bewegten Begriffsgeschichte von „Psychoedukation“ im Hinblick auf die Aussagekraft zukünftiger Studien und Analysen unverzichtbar, dass die einzelnen Elemente der untersuchten Konzepte klar deklariert werden. Dies würde eine Differenzierung einzelner Wirkfaktoren erleichtern und klären helfen, ob „weniger mehr“ oder aber „das Ganze mehr als seine Teile“ ist.

Korrespondierender Autor

Dr. K. Rabovsky

Bereich Allgemeine Psychiatrie, Psychiatrische Universitätsklinik
Wilhelm-Klein-Strasse 27, CH-4025 Basel
kristin.rabovsky@upkbs.ch

Interessenkonflikt. Es besteht kein Interessenkonflikt. Der korrespondierende Autor versichert, dass keine Verbindungen mit einer Firma, deren Produkt in dem Artikel genannt ist, oder einer Firma, die ein Konkurrenzprodukt vertreibt, bestehen. Die Präsentation des Themas ist unabhängig und die Darstellung der Inhalte produktneutral.

Literatur

- Anderson CM, Hogarty GE, Reiss DJ (1980) Family treatment of adult schizophrenic patients: a psychoeducational approach. *Schizophr Bull* 6: 490–515
- Atkinson JM, Coia DA, Gilmour WH et al. (1996) The impact of education groups for people with schizophrenia on social functioning and quality of life. *Br J Psychiatry* 168: 199–204
- Azrin NH, Teichner G (1998) Evaluation of an instructional program for improving medication compliance in chronically mentally ill outpatients. *Behav Res Ther* 36: 849–861
- Bäumli J, Kissling W, Pitschel-Walz G (1996) Psychoedukative Gruppen für schizophrene Patienten: Einfluss auf Wissensstand und Compliance. *Nervenheilkunde* 15: 145–150
- Bäumli J, Pitschel-Walz G (Hrsg) (2003) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart
- Brenner HD, Waldvogel D, Waeber M (1988) Therapieprogramm zum eigenverantwortlichen Umgang mit Medikamenten bei chronisch psychisch Kranken. *Swiss Med Wkly* 10: 15–20
- Buttner P (1996) Die Wirksamkeit psychoedukativer Verfahren in der Schizophreniebehandlung. In: Stark A (Hrsg) Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten. Dgvt-Verlag, Tübingen, S 193–206
- Buttner P, Kissling W (1996) Psychoedukative Gruppen in psychiatrischen Kliniken: Ergebnisse einer Befragung zu Häufigkeit und Art der Anwendung. In: Stark A (Hrsg) Verhaltenstherapeutische und psychoedukative Ansätze im Umgang mit schizophren Erkrankten. Dgvt-Verlag, Tübingen, S 207–216
- Colom F, Vieta E et al. (2003) A randomized trial for the efficacy of group psychoeducation in the prophylaxis of recurrences in bipolar patients whose disease is in remission. *Arch Gen Psychiatry* 60: 402–407
- Davis R, Olmsted MP, Rockert W (1992) Brief group psychoeducation for bulimia nervosa. II: prediction of clinical outcome. *Int J Eat Disord* 11: 205–211
- Dowrick C, Dunn G et al. (2000) Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial. *Outcomes of Depression International Network (ODIN) Group. Br Med J* 321: 1450–1454
- Falvo DR (2004) Effective patient education. A guide to increased compliance. Jones & Bartlett, Sudbury
- Fenton WS, Blyler CR, Heinsen RK (1997) Determinants of medication compliance in schizophrenia: empirical and clinical findings. *Schizophr Bull* 23: 637–651
- Gaebel W, Müller-Spahn F (Hrsg) (2002) Diagnostik und Therapie psychischer Störungen. Kohlhammer, Stuttgart
- Goldstein MJ (1992) Psychosocial strategies for maximizing the effects of psychotropic medications for schizophrenia and mood disorder. *Psychopharmacol Bull* 28: 237–240
- Goldstein MJ (1995) Psychoeducation and relapse prevention. *Int Clin Psychopharmacol* 9(Suppl 5): 59–69
- Hahlweg K, Dürr H, Müller U (1995) Familienbetreuung schizophrener Patienten. Ein verhaltenstherapeutischer Ansatz zur Rückfallprophylaxe: Konzepte, Handlungsanleitung, Materialien. Beltz, Weinheim
- Jensen M, Sadre Chirazi-Stark FM (2003) Diagnosenübergreifende psychoedukative Gruppen. In: Bäumli J, Pitschel-Walz G (Hrsg) Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen. Schattauer, Stuttgart, S 137–150
- Kemp R, Kirow G et al. (1998) Randomized controlled trial of compliance therapy: 18 month follow-up. *Br J Psychiatry* 172: 413–419
- Leff J, Vaughn C (1985) Expressed emotion in families: its significance for mental illness. Guilford Press, New York
- Lehmann AF, Buchanan RW et al. (2003) Evidence-based treatment for schizophrenia. *Psychiatr Clin North Am* 26: 939–954
- Lehmann AF, Steinwachs DM (2003) Evidence-based psychosocial treatment practices in schizophrenia: lessons from the patient outcome research team (PORT) project. *J Am Acad Psychoanal Dyn Psychiatry* 31: 14–54
- Lieberman RP et al. (1988) Social and independent living skills. The symptom management module. Trainer's manual and patient's handbook. Clinical Research Center for Schizophrenia and Psychiatric Rehabilitation, Los Angeles
- Mann NA, Tandon R et al. (1993) Psychosocial rehabilitation in schizophrenia: beginnings in acute hospitalization. *Arch Psychiatr Nurs* 7: 154–162
- Margraf J, Schneider S (2000) Paniksyndrom und Agoraphobie. In: Margraf J (Hrsg) Lehrbuch der Verhaltenstherapie, 2. Aufl., Bd. 2. Springer, Berlin Heidelberg New York
- Maziade M, Roy M-A et al. (1995) Negative, psychoticism, and disorganized dimensions in patients with familial schizophrenia or bipolar disorder: continuity and discontinuity between the major psychoses. *Am J Psychiatry* 152: 1458–1463
- McFarlane WR, Dixon L, Lukens E et al. (2003) Family psychoeducation and schizophrenia: a review of the literature. *J Marital Fam Ther* 29: 223–245
- Miklowitz DJ, George EL, Richards JA et al. (2003) A randomized study of family-focused psychoeducation and pharmacotherapy in the outpatient management of bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry* 60: 904–912
- O'Brien J (1979) Teaching psychiatric inpatients about their medications. *J Psychiatr Nurs Ment Health Serv* 17: 30–32
- Pekkala E, Merinder L (2004) Psychoeducation for schizophrenia (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 1. Wiley, Chichester
- Penn DL, Mueser KT (1996) Research update on the psychosocial treatment of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 153: 607–617
- Perkins DO (2002) Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia. *J Clin Psychiatry* 63: 1121–1128
- Petermann F (Hrsg) (1997) Patientenschulung und Patientenberatung, 2. Aufl. Hogrefe, Göttingen
- Petermann F, Ehlebracht-König I (Hrsg) (2004) Motivierung, Compliance und Krankheitsbewältigung. S. Roderer, Regensburg
- Pharoah FM, Rathbone J, Mari JJ et al. (2003) Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev* 4: CD 000088
- Picca ED, Fischer R (2000) Psychoedukation während stationärer Behandlung. *Psychiatr Prax* 27: 351–353
- Pitschel-Walz G, Leucht S, Bäumli J et al. (2001) The effect of family interventions on relapse and rehospitalization in schizophrenia—a meta-analysis. *Schizophr Bull* 27: 73–92

38. Puschner B, Born A, Giessler A et al. (2005) Compliance-Interventionen in der medikamentösen Behandlung Schizophrenieerkrankter–Befunde aktueller Übersichtsarbeiten. *Psychiatr Prax* 32: 62–67
39. Rabovsky K, Stoppe G (2004) Compliance und Lebensqualität–spezielle Aspekte der Langzeitbehandlung. In: Pajonk FG, Falkai P (Hrsg) *Langzeittherapie der Schizophrenie*. UNI-MED, Bremen, S 132–142
40. Rankin SH, Stallings KD (1996) *Patient education: issues, principles, practices*. Lippincott-Raven, Philadelphia
41. Roder V, Zorn P, Andres K et al. (2002) *Praxishandbuch zur verhaltenstherapeutischen Behandlung schizophrener Erkrankter*. Huber, Bern
42. Schönell H (2003) Psychoedukation bei stationären Akutpatienten. In: Bäuml J, Pitschel-Walz G (Hrsg) *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen*. Schattauer, Stuttgart, S 67–73
43. Schulte-Körne G (2003) Lerntheoretisch begründete Therapieverfahren bei der Lese-Rechtschreib-Störung (LRS). In: von Suchdoltz W (Hrsg) *Therapie der Lese-Rechtschreib-Störung (LRS)*. Kohlhammer, Stuttgart
44. Wienberg G (Hrsg) (1997) *Schizophrenie zum Thema machen. Psychoedukative Gruppen mit schizophren und schizoauffektiv erkrankten Menschen. Grundlagen und Praxis*, 2. Aufl. Psychiatrie-Verlag, Bonn
45. Zygmont A, Olsson M et al. (2002) Interventions to improve medication adherence in schizophrenia. *Am J Psychiatry* 159: 1653–1664

Förderpreis der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie Deutsches Fellowship Programm

Die Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie vergibt im Rahmen eines Förderpreisprogrammes für junge deutsche Wissenschaftler, die auf dem Gebiet der biologischen Psychiatrie arbeiten, mehrere Förderpreise zur Teilnahme am 9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie in München (12. – 14. Oktober 2006). Die Auswahlkriterien für die Förderpreise sind:

1. Einreichung eines formlosen Antrags zusammen mit einem Empfehlungsschreiben des Direktors der/s Abteilung/Instituts/Klinik. Der Antrag muß bis 15. Juni 2006 eingegangen sein.
2. Alter unter 35 Jahre
3. Herausragender beruflicher und Ausbildungsstatus
4. Hohe wissenschaftliche Qualität des Kongreßbeitrags
5. Nachweis der Tätigkeit auf dem Gebiet der biologischen Psychiatrie mittels Publikationsliste oder einer Beschreibung anderer innovativer wissenschaftlicher Aktivitäten

Voraussetzung für die Teilnahme am Förderprogramm ist die Einsendung und Annahme eines wissenschaftlichen Beitrags des Antragstellers zum Kongreß, entweder als Poster oder als Vortrag.

Anträge können per e-mail (dgbp2006@cpohanser.de) an den Koordinator des Deutschen Fellowship Programms gesandt werden:

Prof. Dr. Norbert Müller, c/o CPO Hanser Service GmbH, Postfach 12 21, 22882 Barsbüttel.

Anträge und Abstrakte sollen in deutscher Sprache eingereicht werden. Das Komitee des Förderprogramms wird alle eingereichten Anträge sichten und beurteilen. Eine Entscheidung über eine Förderung im Rahmen des Deutschen Förderprogramms wird bis spätestens Ende Juli 2006 fallen. Die ausgewählten Antragsteller werden bis Mitte August benachrichtigt werden.

Das Deutsche Förderprogramm umfaßt: Übernahme der Registrierungsgebühr, Reisekostenübernahme von bis zu 300,– EUR, Einjährige kostenlose Mitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie einschließlich Erlass der Aufnahmegebühr und Abonnement der „European Archives of Psychiatry in Clinical Neuroscience“ für diese Zeit

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (www.DG-BP.de)

ORGANON-Forschungspreis für Biologische Psychiatrie

Der Preis dient der Förderung jüngerer Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die mit hervorragenden Leistungen auf dem Gebiet der biologischen Erforschung psychiatrischer Erkrankungen hervorgetreten sind. Der Gesamtpreis in Höhe von 10.000,– EUR kann ungeteilt oder an maximal drei Preisträger verliehen werden.

Um den Preis können sich in Deutschland ansässige Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die das 45. Lebensjahr noch nicht vollendet haben sollen, mit bis zu drei wissenschaftlichen Arbeiten aus den letzten drei Jahren oder mit einem Manuskript bewerben.

Die Bewerbung soll eine zweiseitige Zusammenfassung sowie einen kurzen wissenschaftlichen Lebenslauf enthalten.

Die Preisverleihung erfolgt auf dem 9. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Biologische Psychiatrie vom 12. bis 14. Oktober 2006.

Bewerbungen sind in sechsfacher Ausfertigung zu richten an:

Prof. Dr. N. Müller, Klinik u. Poliklinik f. Psychiatrie u. Psychotherapie der Universität München, Nussbaumstrasse 7, 80336 München.

Quelle: Deutsche Gesellschaft für Biologische Psychiatrie (München)