



Relevante Outcome-Kriterien bei Schizophrenie und bipolaren Störungen

Georg Juckel

Klinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Präventivmedizin

Ruhr-Universität Bochum

LWL-Universitätsklinikum Bochum

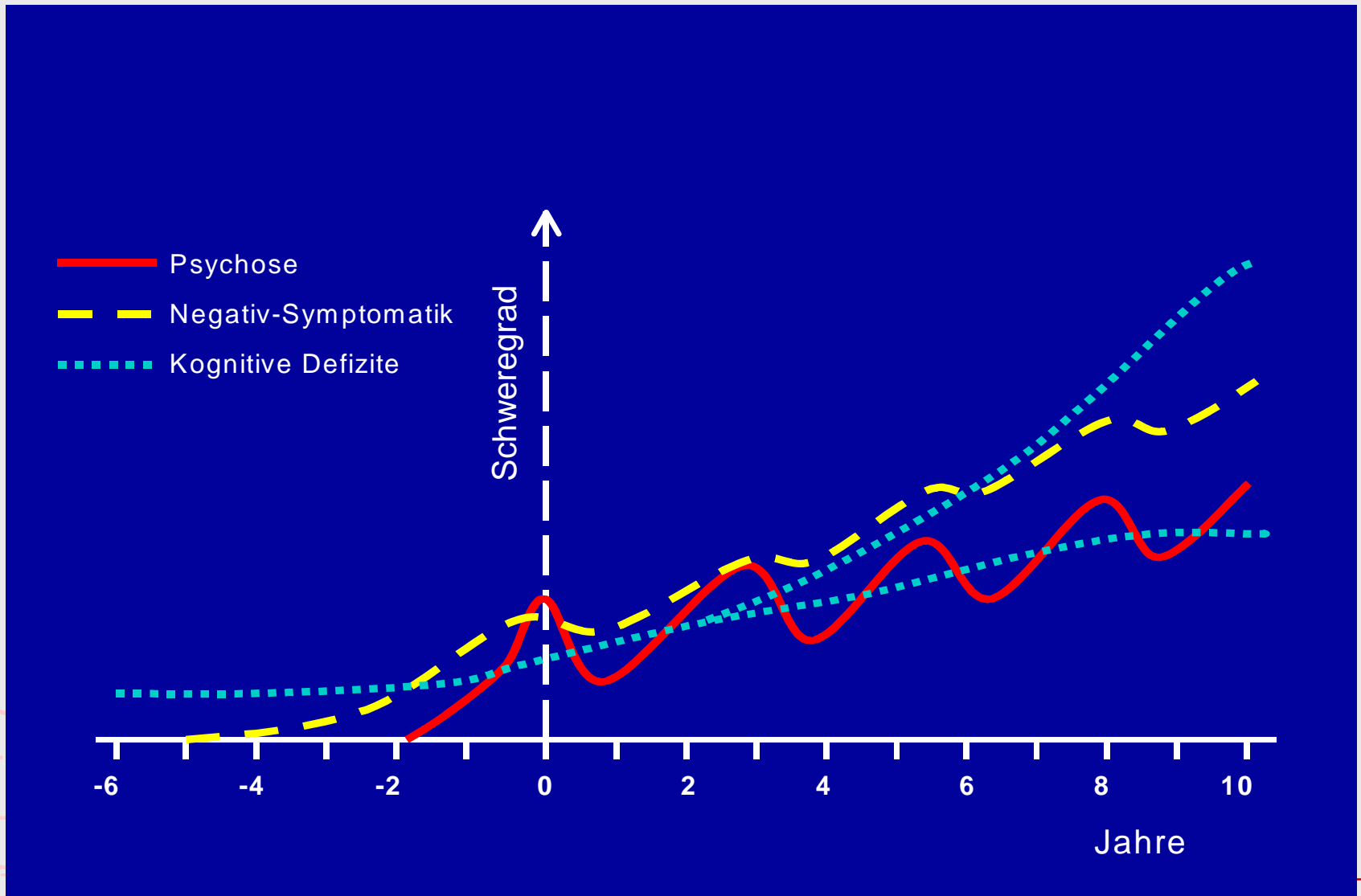


Schizophrenie:

Epidemiologische Basisdaten

- **Inzidenz: ca. 17 Ersterkrankungen pro 100.000 Einwohner pro Jahr (Berlin: ca. 510 / Jahr)**
- **Lebenszeitprävalenz: ca. 1 % (BRD: 800.000)**
- **Chronischer Verlauf: mindestens ein Drittel; 80% gar nicht oder nur teilweise beschäftigt, viele keine Partnerschaft oder Kinder, 6000 Frühverrentungen jährlich**
- **Typisches Ersterkrankungsalter: 16 - 35 Jahre (Männer im Mittel 5 Jahre früher als Frauen)**
- **Hohe direkte und indirekte Kosten (BRD: ca. 10 Mrd €/Jahr)**
- **10% versterben an Suizid in den ersten 10 Jahren**
- **Global Burden of Disease Study WHO: Platz 5**

Verlaufsbestimmend: Die kontinuierliche Zunahme von kognitiven Defiziten und Negativsymptomatik

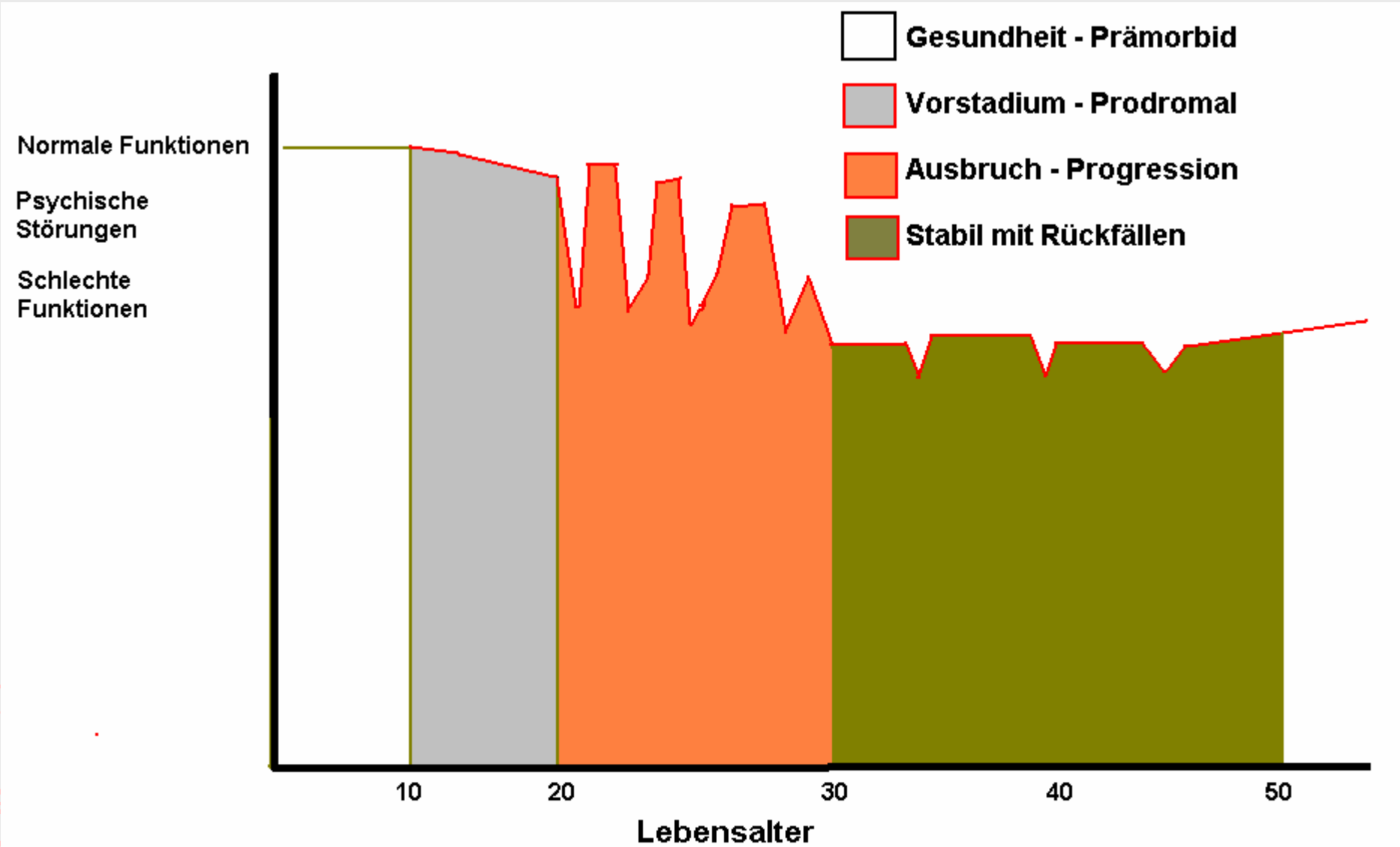


Verzögerter Behandlungsbeginn korreliert mit

- **verzögerter und unvollständiger Remission der Symptomatik (Johnstone et al. 1986; Loebel et al. 1992; Birchwood & McMillan 1993; Mc Gorry et al. 1996; Loebel et al. 1996)**
- **längerer stationärer Behandlungsbedürftigkeit und höherem Rückfallrisiko (Helgason 1990)**
- **geringerer Compliance, höherer Belastung der Familie und höherem “Expressed Emotion”-Niveau (Stirling et al. 1991)**
- **einem erhöhten Depressions- und Suizidrisiko**
- **größerer Belastung der Arbeits- und Ausbildungssituation**
- **erhöhtem Substanzmißbrauch und delinquentem Verhalten**
- **deutlich höheren Behandlungskosten (McGorry & Edwards 1997)**

Metaanalyse: Perkins et al 2005, Am J Psychiatry

Durchschnittlicher Spontanverlauf schizophrener Psychosen

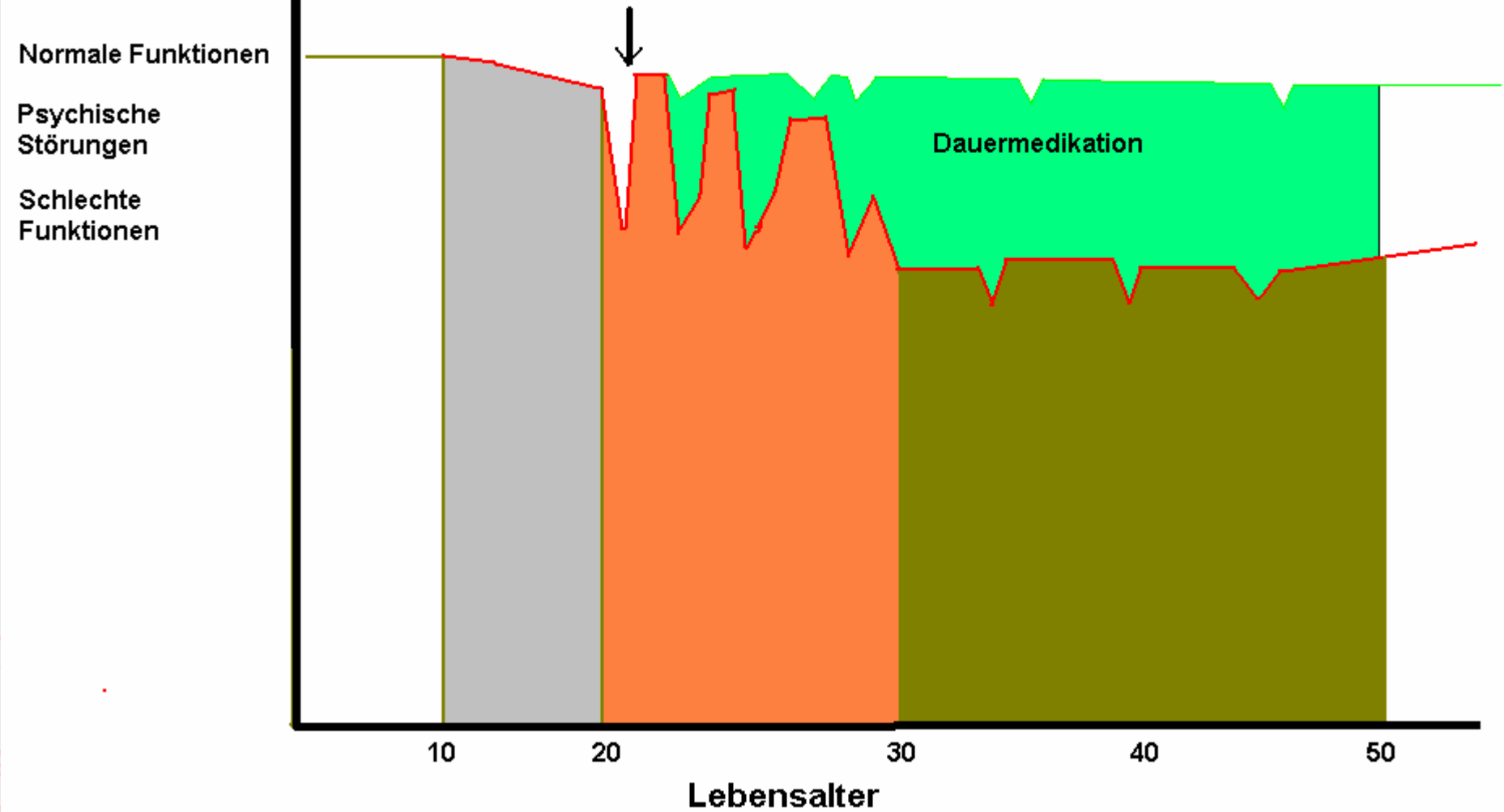


mod. nach Lieberman



Die Wichtigkeit von Dauermedikation und Compliance

Verlauf unter optimaler Behandlung und voller Kooperation des Betroffenen nach der 1. Erkrankung



Bipolare Störungen

Epidemiologische Basisdaten

- **Episodische Erkrankung mit hoher und lebenslanger Rezidivneigung (90%)**
- **Früher Beginn Adoleszenz – junges Erwachsenenalter (Männer=Frauen)**
- **mittlere Episodenzahl 10 > unipolare Depression**
- **Lebenszeitprävalenz ca. 1-2%**
- **Bipolares Spektrum 3-6%**
- **Hohe ökonomische Belastung**



Suizid-Risiko bei psychiatrischen Erkrankungen



Bipolar: 1/3 der Erkrankten unternimmt einen Suizidversuch, 10% bis 15% mit Erfolg

Erkrankung	Relatives Risiko	Lebenszeitprävalenz (%)
Bipolare Erkrankung	21.7	15.5
Unipolare Depression	20.4	14.6
Schizophrenie	8.5	6.0
Persönlichkeitsstörung	7.1	5.1
Alkoholmissbrauch	5.9	4.2
Allgemeinbevölkerung	1.0	0.7

Der bipolare Patient

hat eine verkürzte Lebenserwartung

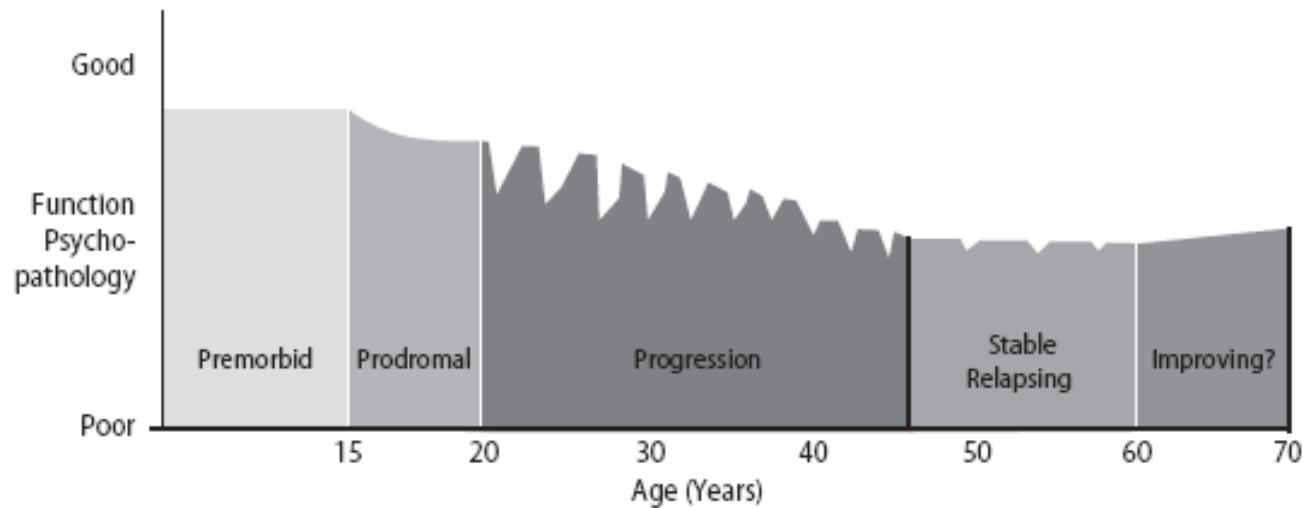
verliert viele Jahre normaler gesunder Lebenszeit

leidet fast die Hälfte seiner Lebenszeit an Symptomen
(depressiv > manisch)

wird erst nach Jahren richtig diagnostiziert (fast 10 Jahre
nach den ersten Symptomen)

ist in der Bevölkerung zu ca. 75% unerkannt und nicht
diagnostiziert





Warum ist eine möglichst frühe Erkennung und Behandlung von Risikofaktoren und Risikopersonen wichtig?

- Vermeidung eines rezidivierenden und chronischen Verlaufs
- Vermeidung des Ausbruchs akuter manisch-depressiver Syndrome
- Neurotoxizität der Erkrankung, körperliche Folgen
- Frühe unspezifische Symptome, aber auch Residualsymptome im sog. „Symptom-freien“ Intervall (kognitive Schwierigkeiten) führen zu Schwierigkeiten in Beruf und Privatleben

Weiterentwicklung der Antipsychotika - Entwicklung von Outcome-Kriterien -

Wunschziele:
Lebensqualität; Kognition;
Soziales Funktionsniveau;
Berufliche Rehabilitation
-> Remission/Recovery

ICD

Aggression und
Selbst-
verletzung
kontrollieren
Körperpflege
verbessern

Reduktion
Positivsymptome
Deinstitutionalisierung

Positivsymptome
minimieren
Rückfälle reduzieren

Nebenwirkungen
reduzieren
Negativsymptome
behandeln
Stabile Perioden
verlängern

Ende der 90er Jahre - heute
Verbesserung der Therapie
mit atypischen Antipsychotika

Ab 1990
Entwicklung
Atypischer Antipsychotika

1960- 1990
Optimierung der
Therapie mit
konvent. Antipsychotika
Entwicklung von Depots

Ab 1950
Antipsychotika-
entwicklung

ICF

Vor 1950
(Keine
Antipsychotika)



QoL und Psychopathologie

- Die meisten jüngeren Studien fanden keine signifikante Beziehung zwischen objektiver oder subjektiver Beurteilung der Lebensqualität und Positivsymptomatik
- Es fand sich ein mäßiger Zusammenhang mit Negativsymptomatik ($r = 0,3-0,4$)
- Die stärkste Korrelation fand sich mit depressiven Symptomen



Psychopathologie und deren Veränderungen unter antipsychotischer Behandlung waren nur mäßig verbunden mit „subjective well-being“

QoL: Fremdrating \neq Selbstrating?

230 schizophrene, klinisch stabile Patienten

Behandlung mit konventionellen AP, Olanzapin, Risperidon, Quetiapin und Clozapin
seit mind. 6 Monate

QoL im Selbstrating
(SIP = Sickness Impact
Profile)
signifikant besser unter
atypischen
Antipsychotika

QoL im Therapeutenrating
(QLS = QoL-Scale)
kein signifikanter
Unterschied zwischen
konventionellen und
atypischen Antipsychotika

QoL: Depressive vs. Negativsymptome

708 chronische Psychosekranke:
Binnen 2 Jahren 3malig getestet

Signifikanter Zusammenhang
zwischen Verbesserung der
QoL im Selbst-Rating und
Verbesserung der
depressiven Symptome

KEIN signifikanter Zusammenhang
zwischen Verbesserung der QoL
im Selbst-Rating und
Verbesserung der Negativ-
symptome

„...lässt vermuten, daß der Einfluss von Negativsymptomen subjektiv weniger beeinträchtigend ist als der von depressiven Symptomen, was kongruent ist mit früheren Forschungsergebnissen“

Einflüsse auf QoL

2 Studien mit 80 bzw. 60 ambulanten schizophrene Patienten mit einer Erkrankungsdauer > 1 Jahr bzw. > 2 J., Signifikante Ergebnisse (Multiple lineare Regressionsanalyse)

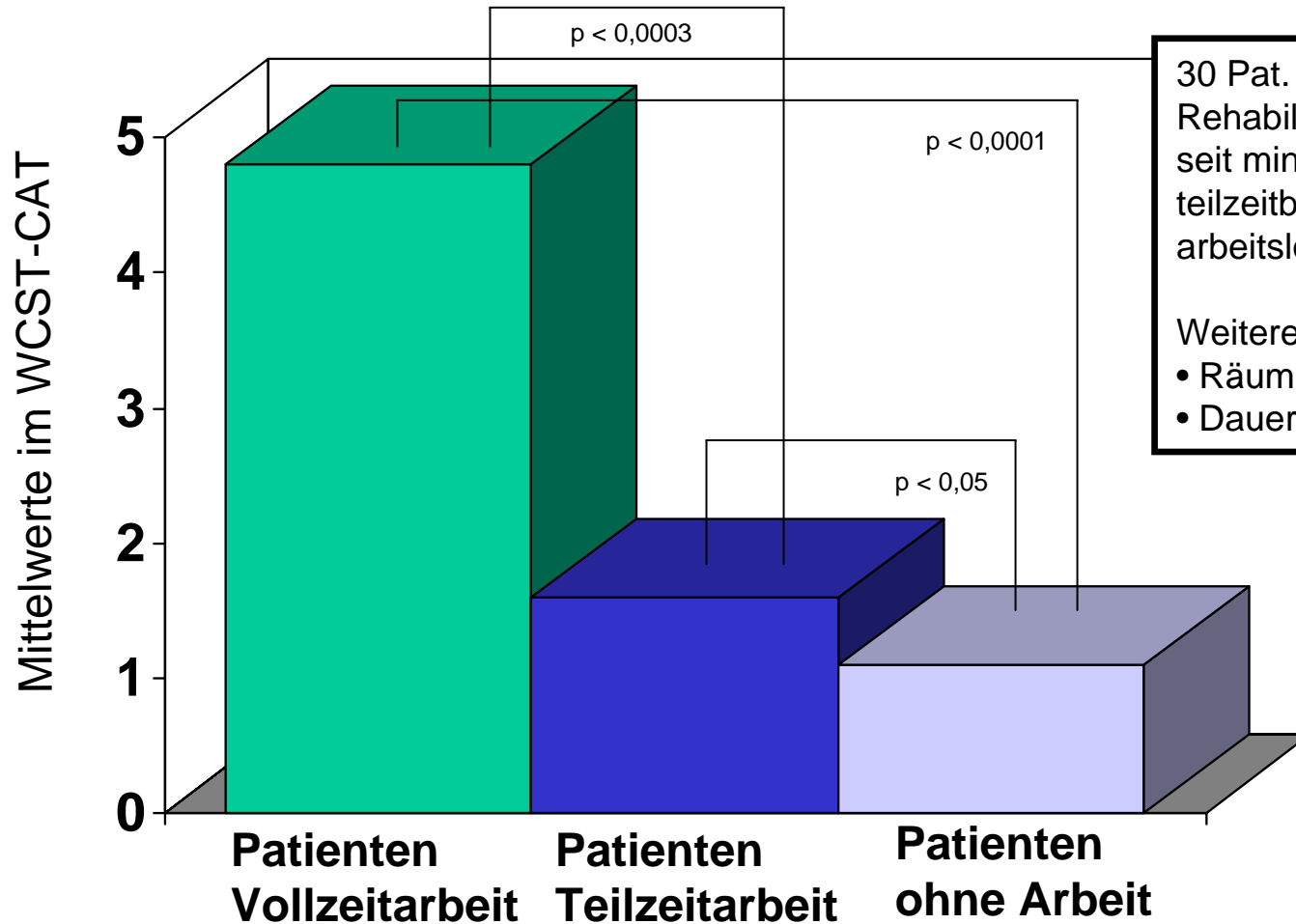
	Signifikant positiver Einfluß	Signifikant negativer Einfluß
Allgemeine Lebens-zufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> •Berufstätigkeit •PANSS Kognitive Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> •PANSS Depression/Angst •PANSS Erregung •Gedächtnisstörungen •Parkinsonismus
Psychische Lebens-zufriedenheit	<ul style="list-style-type: none"> •PANSS Kognitive Symptome 	<ul style="list-style-type: none"> •PANSS Depression/Angst •Negativsymptome
Lebens-zufriedenheit im sozialen Bereich		<ul style="list-style-type: none"> •Positivsymptome •Gedächtnisstörungen •Gewichtszunahme
Affekt	<ul style="list-style-type: none"> •Berufstätigkeit 	<ul style="list-style-type: none"> •DAI: Negative Reaktion
Selbstwert		<ul style="list-style-type: none"> •PANSS Depression/Angst •Parkinsonismus •DAI: Negative Reaktion

DAI – Drug Attitude Inventory

Exekutivfunktionen und Arbeitsfähigkeit



WCST-CAT (Wisconsin Card Sorting Test: Categories Correct)

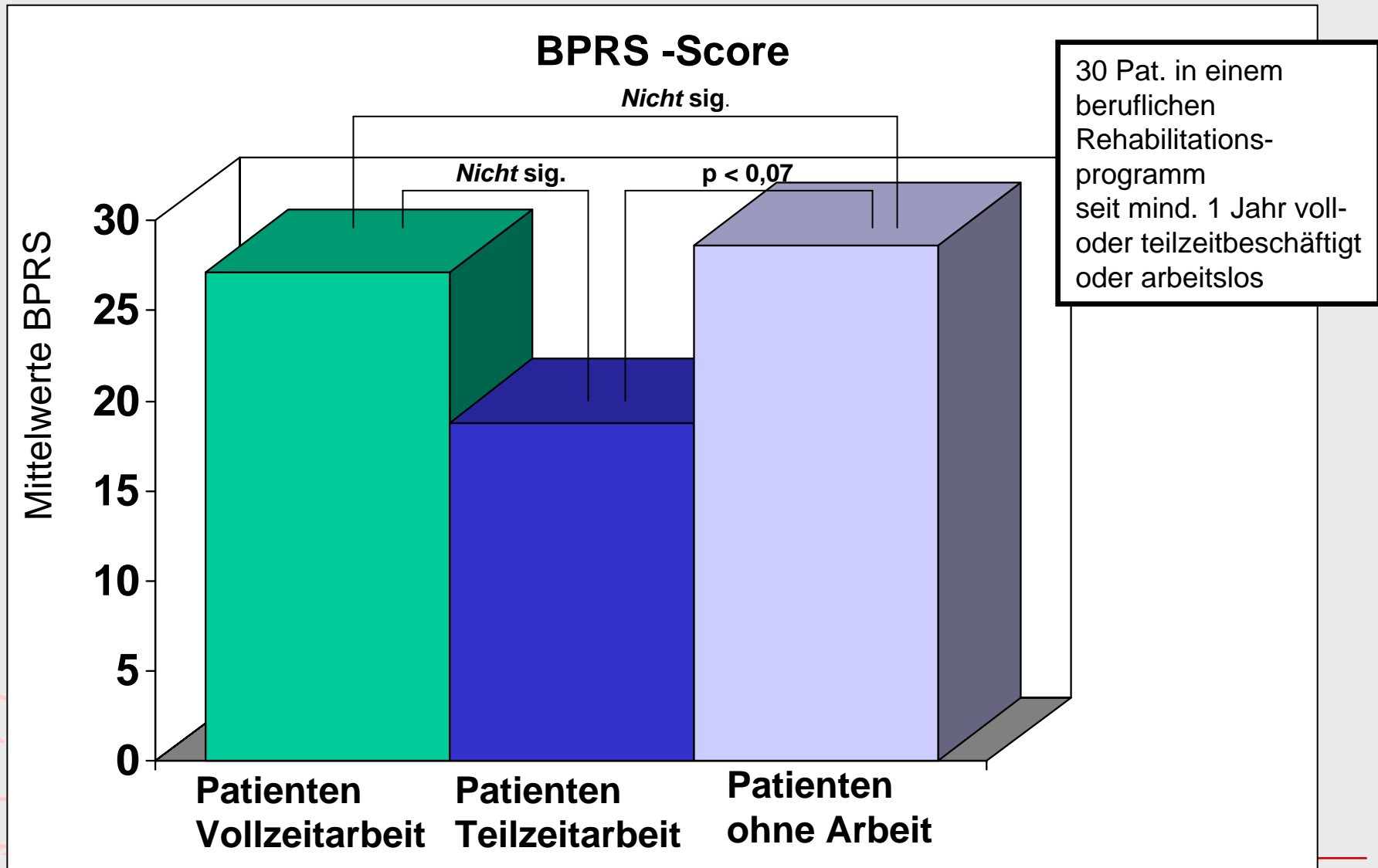


30 Pat. in einem beruflichen Rehabilitationsprogramm seit mind. 1 Jahr voll- oder teilzeitbeschäftigt oder arbeitslos

Weitere sig. Unterschiede im

- Räumlichen Gedächtnis
- Daueraufmerksamkeit

Psychopathologie und Arbeitsfähigkeit



Welche Outcome-Domänen messen?



Nasrallah HA et al 2005

(Consensus Conference of Schizophrenia Researchers to consider the components of clinical effectiveness in real-world community practice):

4 outcome -Bereiche

- **Symptoms of disease**
(Positiv- und Negativsymptome; Kognitive Dysfunktion; Affektive und Angst-Symptome),
- **Treatment burden**
- **Disease burden**
(Patient, Familie, Pflegekräfte, Gesundheitssysteme)
- **Health and Wellness**
(soziale, Ausbildungs- und berufliche Funktion; Körperliche Gesundheit)



Outcome-Domänen: Wie messen?



Symptoms of disease

- Positiv- und Negativsymptome: Standards (PANSS, BPRS etc.)
- Kognitive Dysfunktion: **Kein Konsens**, welches Meßinstrument bzw. welche Defizite fokussieren und wann im Krankheitsverlauf messen etc.
- Affektive und Angst-Symptome: **Kein Konsens** welches Meßinstrument
(Ist der Einsatz eines Schizophrenie-spezifischen Meßinstrumentes wichtig (CDRS)/Abgrenzung Negativsymptomatik?)

Treatment burden:

- Standards für EPMS (ESRS, Simpson & Angus-Scale usw.)
- **Kein Konsens** über weitere Meßinstrumente, insbesondere wie messen wir den Einfluß der Medikation auf Lebensqualität und Compliance
(z.B. DAI = Drug Attitude Inventory; MARS = Medication Adherence Rating)

Disease Burden

- Funktionsniveau: Einfache (z.B. GAF) und umfangreiche Meßinstrumente (z.B. LOF = Level of Functioning):
Kein Konsens
- **Rehabilitationsfähigkeit/Berufsfähigkeit:**
Welches Meßinstrument? (??ICD-10 F / ICF, Mini-ICF-P??)
- Für Messung der Belastung von Familie, Pflegekräfte usw. noch wenig Studien/validierte Skalen

Health and Wellness

- Z.B. QoL: **Kein Konsens**, insbesondere Diskussion Selbstrating (z.B. SQLS) vs. Fremdrating und schizophreniespezifische (z.B. QLS) vs. Allgemeine Meßinstrumente (WHO-QOL)



Von „maintenance“ zu „recovery“



Maintenance-Model

- Annahme: Ab einem bestimmten Punkt werden die Patienten sich nicht mehr verbessern; Stabilität sollte nicht riskiert werden
- Hauptziel: Erhalten des Erreichten bzw. keine erneute Verschlechterung

Aber:

- Patienten akzeptieren dieses Modell nicht
 - Patienten wollen weitere Symptomverbesserung und erwarten mehr von ihrem Leben (Patientenbefragung; Harris 2004)
- Forschungsergebnisse geben Anlaß zur Hoffnung, daß sich Symptome und Funktionsniveau weiter verbessern können

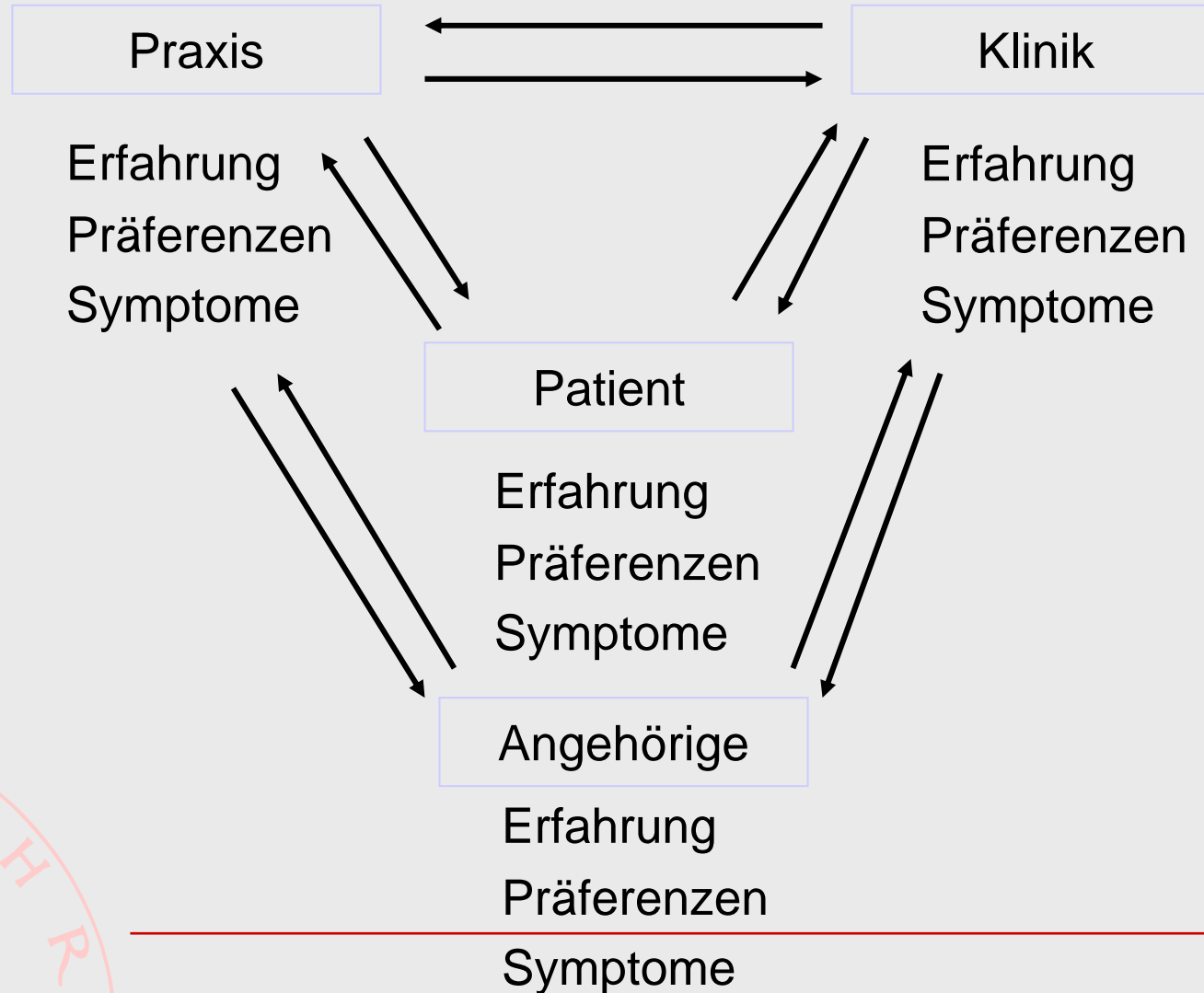


Erwartung der Patienten an eine medikamentöse Therapie

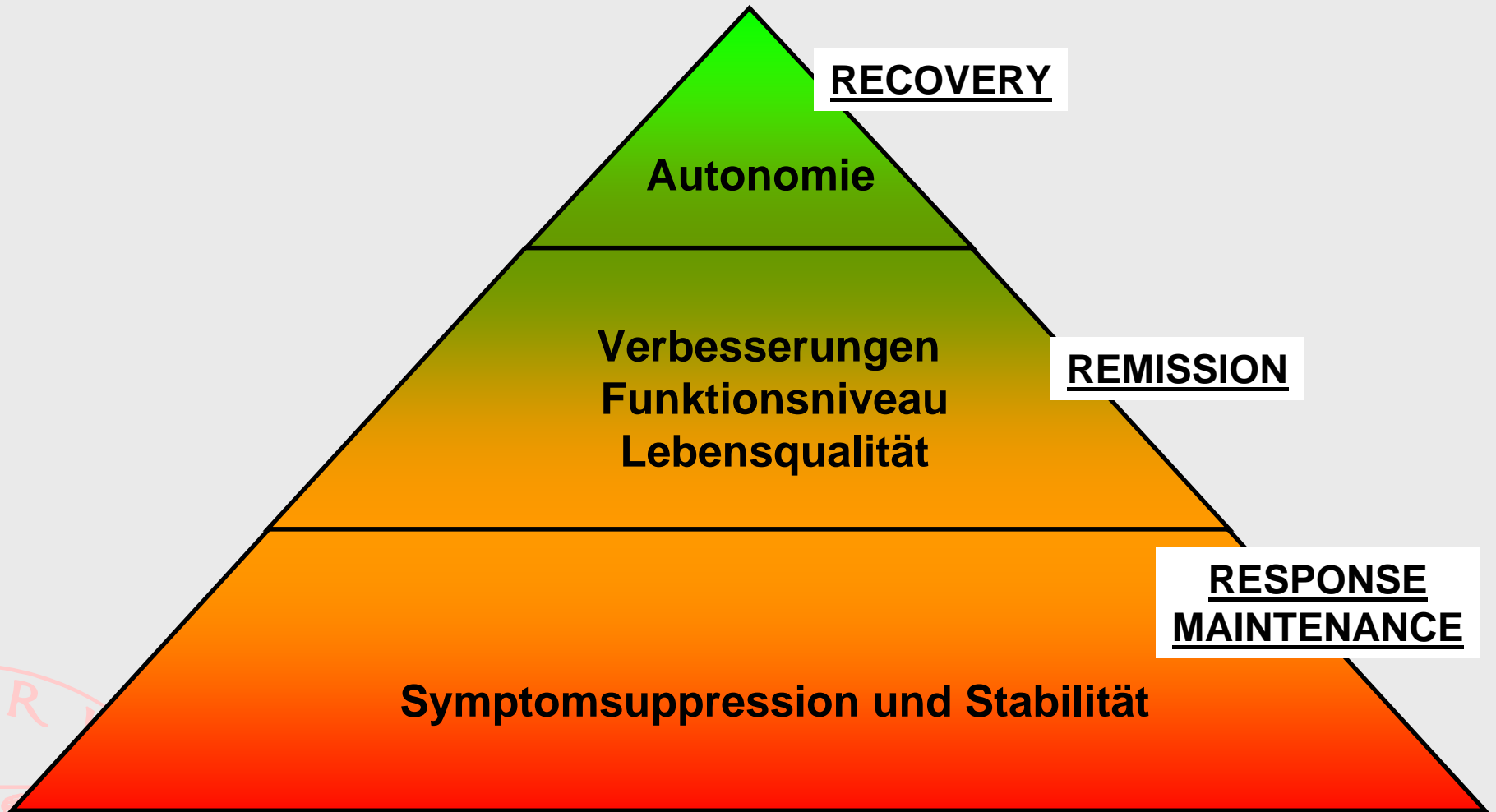
- › Positiver Einfluss auf die Krankheit / Reduzierung der Beschwerden
- › **Lebensqualität**
 - **Soziale Integration (soziale Kontakte, Familie, Arbeit, gesellschaftliche Akzeptanz, Freizeitaktivitäten)**
- › Möglichst geringe Nebenwirkungen
 - Extrapiramidalmotorische Nebenwirkungen, Spätdyskinesien
 - (Tages-)Müdigkeit
 - Gewichtszunahme
 - Affektive und kognitive Beeinträchtigungen
 - Sexuelle Funktionsstörungen
- › Einfaches Therapiehandling



Shared Decision Making



Stufenziele in der Behandlung



Remission (Schizophrenie)

**Score ≤ 3
nicht vorhanden,
minimal, leicht**

Auf 8 PANSS-Items

- P1 Wahn
- P2 Formale Denkstörung
- P3 Halluzinationen
- G 9 Ungewöhnliche Denkinhalte
- G5 Manierismen
- N1 Affektverflachung
- N4 Sozialer Rückzug
- N6 Mangel an Spontaneität und Flüssigkeit der Sprache

Für mindestens 6 Monate

Recovery



Liberman et al 2002

- BPRS-Score ≤ 4 in der Positiv- und Negativsymptomatik
- Mindestens 50%-ige Teilzeitarbeit oder entsprechende Schul/Ausbildungszeit
- Unabhängige Kontrolle über Finanzen und Medikation
- Mindestens einmal wöchentlich Treffen mit Freunden/Bekanntem
- Über 2 Jahre!!

- In verschiedenen Studien am besten validiert wurde das Konzept von Liberman

Bleibt ein hochgestecktes Ziel:

- Beispiel:
Verlaufsstudie mit 118 Patienten mit schizophrener Erstmanifestation
 - Nach 3 Jahren erfüllten 9,7% die Kriterien für Recovery nach Liberman
 - Nach vier Jahren 12,3%
 - Nach 5 Jahren 13,7%

ICD

Nebenwirkungen
reduzieren

Wunschziele:
Lebensqualität; Kognition;
Soziales Funktionsniveau;
Berufliche Rehabilitation
-> Remission/Recovery

Remission/Recovery: der neue zweite Outcome-Bereich

kontrollieren
Körperpflege
verbessern

Ab 1950
Antipsychotika-
entwicklung

Vor 1950
(Keine
Antipsychotika)

ICF

Wie soll/kann man „Functioning“ messen ?



(„Psychosoziales Funktionsniveau“ vs. „Lebensqualität“)

- Detaillierte, anerkannte, aber auch sehr aufwendige Meßinstrumente (Beispiele: LSP (Life Skills Profile); LOF (Levels of Functioning); HoNOS (Health of the Nations Outcome Scale); SFS (Social Functioning Scale) etc.)
- Setzen entweder sehr gute Kenntnis des Patienten und seiner aktuellen Lebensumstände voraus oder erfordern längeres Interview (bis zu 30 min.); z.T. auch vorher Rater-Training notwendig
- Erfahrung: „Die tägliche Praxis erlaubt nur einfache standardisierte Meßinstrumente“
- Jedoch GAF und SOFAS nur eingeschränkt benutzbar (geringe Konstruktvalidität)



Personal and Social Performance Scale (PSP)

Box. Personal and Social Performance (PSP) Scale

There are 4 main domains of functioning considered in this scale.

	Absent	Mild	Manifest	Marked	Severe	Very Severe
a) Socially useful activities, including work and study	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
b) Personal and social relationships	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
c) Self-care	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
d) Disturbing and aggressive behaviors	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Guidelines for PSP total score

71-100: These ratings reflect only mild difficulties.

91-100 Excellent functioning in all 4 main areas. He/she is held in high consideration for his/her good qualities, copes adequately with life problems, and is involved in a wide range of interests and activities

81-90 Good functioning in all 4 main areas; presence of only common problems and difficulties

71-80 Mild difficulties in areas a-c

31-70: These ratings reflect varying degrees of disability.

61-70 Manifest, but not marked, difficulties in 1 or more of areas a-c or mild difficulties in d

51-60 Marked difficulties in 1 of areas a-c, or manifest difficulties in d

41-50 Marked difficulties in 2 or more, or severe difficulties in 1 of areas a-c, with or without manifest difficulties in d

31-40 Severe difficulties in 1 and marked difficulties in at least 1 of areas a-c, or marked difficulties in d

1-30: These ratings reflect functioning so poor that the patient requires intensive support or supervision.

21-30 Severe difficulties in 2 of areas a-c, or severe difficulties in d, with or without impairment in areas a-c

11-20 Severe difficulties in all areas a-d, or very severe difficulties in d, with or without impairment in general areas a-c

1-10 Lack of autonomy in basic functioning, with extreme behaviors, but without survival risk (ratings 6-10), or with survival risk (eg, death risk due to malnutrition, dehydration, infections, inability to recognize situations of manifest danger [ratings 1-5])



Persönliche und Soziale Leistungs(fähigkeits)-Skala (PSP)



	Nicht vorhande n	leicht	sichtbar	ausgeprä gt	schwer	Sehr schwer
a) sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen						
b) private und soziale Beziehungen						
c) Selbstpflege						
d) störendes und aggressives Verhalten						

Fragen zur Beurteilung des Bereichs „Sozial nützliche Aktivitäten, Arbeit und Studium eingeschlossen“

1. Wie ist Ihre berufliche/schulische Situation (arbeitsunfähig, arbeitslos, Studium schwierig, abgebrochen, erwerbsfähig ...)?
2. Wie ist die Atmosphäre bei der Arbeit/in der Schule/an der Uni etc.? Gibt es Schwierigkeiten, z. B. mit den Leuten (Chef, Kollegen ...)?
3. Haben Sie an irgendwelchen gemeinnützigen, freiwilligen Arbeiten teilgenommen? Wenn ja, wie oft?
4. Wer ist für den Haushalt zuständig (wer putzt, kocht, wäscht ...)?

Fragen zur Beurteilung des Bereichs „Persönliche und soziale Beziehungen“

1. Wie schätzen Sie Ihre familiäre Situation ein (glücklich, zufrieden, unglücklich, viele Streitereien, wer fängt Streit an ...)?
 - Wie verstehen Sie sich mit Vater, Mutter ...?
 - Wie glücklich sind Sie in Ihrer Partnerschaft?
 - Was für ein Verhältnis haben Sie zu Ihren Kindern?
 - Wie viel Zeit haben Sie alleine verbracht, wie viel Zeit mit Ihrer Familie (viele/wenige gemeinsame Unternehmungen ...)?
2. Haben Sie (enge) Freunde?
 - Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Freundschaften (zufrieden, viel Stress ...)?
 - Wie viel Zeit haben Sie allein verbracht, wie viel Zeit mit Ihren Freunden (viele/wenige gemeinsame Unternehmungen ...)?

Fragen zur Beurteilung des Bereichs „Selbstpflege“

1. Können Sie sich selber pflegen oder benötigen Sie Hilfe (anziehen, duschen ...)?
2. Wie beurteilen Sie selbst Ihr äußeres Erscheinungsbild?
 - Wie oft waschen Sie sich die Haare? Wie oft wechseln Sie Ihre Kleidung? Wie oft waschen Sie Ihre Wäsche? Wie oft duschen Sie oder nehmen Sie ein Bad? Wie oft putzen Sie sich die Zähne?
3. Haben Sie Schwierigkeiten, ordentlich und angemessen gekleidet aus dem Haus zu gehen?

Fragen zur Beurteilung des Bereichs „Störendes und aggressives Verhalten“

1. Fühlten Sie sich in letzter Zeit oft gereizt? Wenn ja, wer oder was hat Sie geärgert?
2. Haben Sie sich in einer Art und Weise verhalten, die andere Menschen als unangemessen empfanden, z. B. indem Sie fremde Menschen wie Freunde angesprochen haben, Personen immer wieder um Geld gebeten haben, zu laut gesprochen haben, zu laut Fernseh gesehen/Musik gehört haben ...?
3. Haben Sie in letzter Zeit etwas beschädigt oder kaputt gemacht? Haben Sie mit Gegenständen um sich geworfen?
4. Sind Sie in irgendwelche sprachlichen/körperlichen Auseinandersetzungen geraten, haben die Kontrolle verloren, jemanden angeschrien oder geschlagen?



Persönliche und Soziale Leistungs(fähigkeits)-Skala (PSP)



100- 91	Ausgezeichnetes Funktionsniveau in allen vier Hauptbereichen. Er/Sie hält hohes Ansehen aufgrund seiner/ihrer guten Qualitäten, bewältigt Lebensprobleme angemessen, ist eingebunden in eine große Auswahl von Interessen und Aktivitäten
90- 81	Gutes Funktionsniveau in allen vier Hauptbereichen, nur gewöhnliche Probleme oder Schwierigkeiten vorhanden
80- 71	Milde Schwierigkeiten in 1 oder mehreren Bereichen von a-c
70- 61	Offensichtliche, aber nicht ausgeprägte Schwierigkeiten in 1 oder mehreren Bereichen von a-c oder milde Schwierigkeiten in d
60- 51	Ausgeprägte Schwierigkeiten in 1 der Bereiche a-c, oder offensichtliche Schwierigkeiten in d
50- 41	Ausgeprägte Schwierigkeiten in 2 oder mehr, oder schwerwiegende Schwierigkeiten in 1 der Bereiche a-c, mit oder ohne offensichtliche Schwierigkeiten in d
40- 31	Schwerwiegende Schwierigkeiten in n1 und ausgeprägte Schwierigkeiten in wenigstens 1 der Bereiche a-c, oder ausgeprägte Schwierigkeiten in d
30- 21	Schwerwiegende Schwierigkeiten in 2 der Bereiche a-c, oder schwerwiegende Schwierigkeiten in d, mit oder ohne Beeinträchtigungen in Bereichen a-c
20- 11	Schwerwiegende Schwierigkeiten in allen Bereichen a-d oder sehr schwerwiegende in d mit oder ohne Beeinträchtigungen in den Bereichen a-c. Wenn die Person auf äußere Anregungen reagiert, liegt der Richtwert bei 20-16; wenn nicht, liegt der Richtwert bei 15-11
10- 1	Mangel an Autonomie in grundlegenden Funktionen mit extremem Verhalten, aber kein Überlebensrisiko (Rating 6-10); oder mit Überlebensrisiko, z.B. Sterberisiko aufgrund von Unterernährung, Dehydration, Infektionen, Unfähigkeit offensichtlich gefährliche Situationen zu erkennen (Rating 5-1)



Evaluation of the Personal and Social Performance Scale (PSP) in a larger sample of acutely ill patients with schizophrenia



Georg Juckel, Daniela Tegeler & Martin Brüne

LWL-Clinic and Department of Psychiatry - Psychotherapy - Psychosomatic Medicine - Preventive Medicine, Ruhr-University Bochum, Germany

Introduction

Outcome in treatments of patients with schizophrenia is tried to be defined broader than only response in terms of improvement of positive and negative symptomatology. Terms as "remission" and then "recovery" describe absence or reduction of psychopathological symptoms, but also successful psychosocial reintegration to live at home, to be in partnership or family, to be able for self care, to have work, etc. as major goals of efficient long-term treatment of patients with schizophrenia. Exact assessment of psychosocial functioning are needed to determine remission and recovery by a given treatment in the course of illness. The Global Assessment of Functioning (GAF) scale is widely used, but is limited by e.g. an overlap of psychopathological symptoms and psychosocial facts. Since this scale and the SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale) are only less operationalized, the PSP was developed (Mancoski et al. 2000) containing the 4 main areas of socially useful activities, personal and social relationships, self care, and disturbing and aggressive behaviors. In first studies, the scale shows high reliability and validity, but was not evaluated in larger cohorts of patients with schizophrenia or acutely ill patients in a naturalistic design yet.

Materials and Methods

62 in-patients (52 males, 10 females) diagnosed with schizophrenia (N = 41) or schizoaffective disorder (N = 21) according to ICD-10 criteria were included. All participants were recruited in the Centre for Psychiatry, Psychotherapy, Psychosomatic Medicine and Preventive Medicine in Bochum. Patients' mean age was 39.56 years, ranging from 20 to 65 years, PANSS sum score was 2.74 ± 0.82. Measurement was conducted at the beginning and at the end of in-patient treatment. The scale to be validated is an own German version of the Personal and Social Performance Scale (PSP) measuring the patients' social functioning value. On the one hand, the treating doctor rated the patients on the PSP, on the Social and Occupational Functioning Scale (SOFAS), the Global Assessment of Functioning Scale (GAF), and also on the Clinical Global Impression Scale (CGI) as well as the Positive and Negative Syndrome Scale (PANSS). On the other hand, the project psychologist evaluated the participants on basis of a self-made interview on PSP, SOFAS, GAF and the Mini-ICF-Rating for Mental Disorders (Mini-ICF-P) assessing occupational functioning.

Results

1. Reliability of PSP: At the first wave of measurement - at the beginning of the patients' clinical treatment - the reliability of PSP can be seen as satisfying with $\alpha = .84 - .80$. According to test-retest reliability, Cronbach's Alpha revealed even higher scores for the PSP rating at the end of the inpatient treatment with $\alpha = .75 - .84$.

2. Interrater reliability of PSP: Analysis with Cohen's Kappa showed that rater agreement for the PSP subscales and total score varied from non-agreement ($\kappa = .15, n.s.$) to significant interrater consistency ($\kappa = .55, p < .001$). Beyond, Pearson correlations for comparison of the different PSP ratings revealed significant ($p < .05$) to highly significant ($p < .01$) positive correlations of $r = .34 - .78$.

3. Correlations: Further correlational analysis brought evidence that for both times of measurement PSP and the older versions GAF and SOFAS were highly correlated in the way that the PSP total score showed significant positive correlations with GAF $r = .91^{**}$ ($p < .01$) and SOFAS $r = .90^{**}$ ($p < .01$), and the

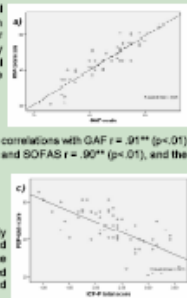


Fig. 1. Correlations of PSP total score with a) GAF, b) SOFAS and c) Mini-ICF-P.

4. Between-group differences: Regarding the classification of patients in more critically versus more lightly ill patients according to their scores on PANSS, it could be stated that in all cases of the positive and general factor of the PANSS, no significant differences between patients with high versus low scores were found. Concerning the negative factor of the PANSS, instead, more critically ill patients had a significantly lower PSP total score ($t = 3.20, p < .01$) and accordingly significantly higher scores on the PSP subscales than more lightly ill patients. This effect between psychopathology and PSP could also be found in the significant negative correlation ($r = -.40, p < .05$) between the negative factor of the PANSS and the total score of PSP at the beginning of treatment.

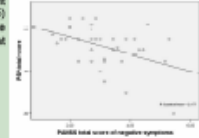


Fig. 2. Correlation of PSP total score with the negative symptom factor of PANSS (correlates between psychosocial functioning and psychopathology).

Conclusion

Using a naturalistic approach, we were able to demonstrate that the PSP scale is a reliable and valid instrument to assess psychosocial functioning in patients with schizophrenia. Thus, the PSP seems to be well suitable for the everyday clinical practice to monitor changes of psychosocial functioning by e.g. treatment interventions.

Correspondence address:

PSP Dr. Georg Juckel
LWL-Clinic and Department of Psychiatry, Psychotherapy,
Psychosomatic Medicine and Preventive Medicine
Clinic of the Ruhr-University Bochum
Altenhofstraße 1
44775 Bochum

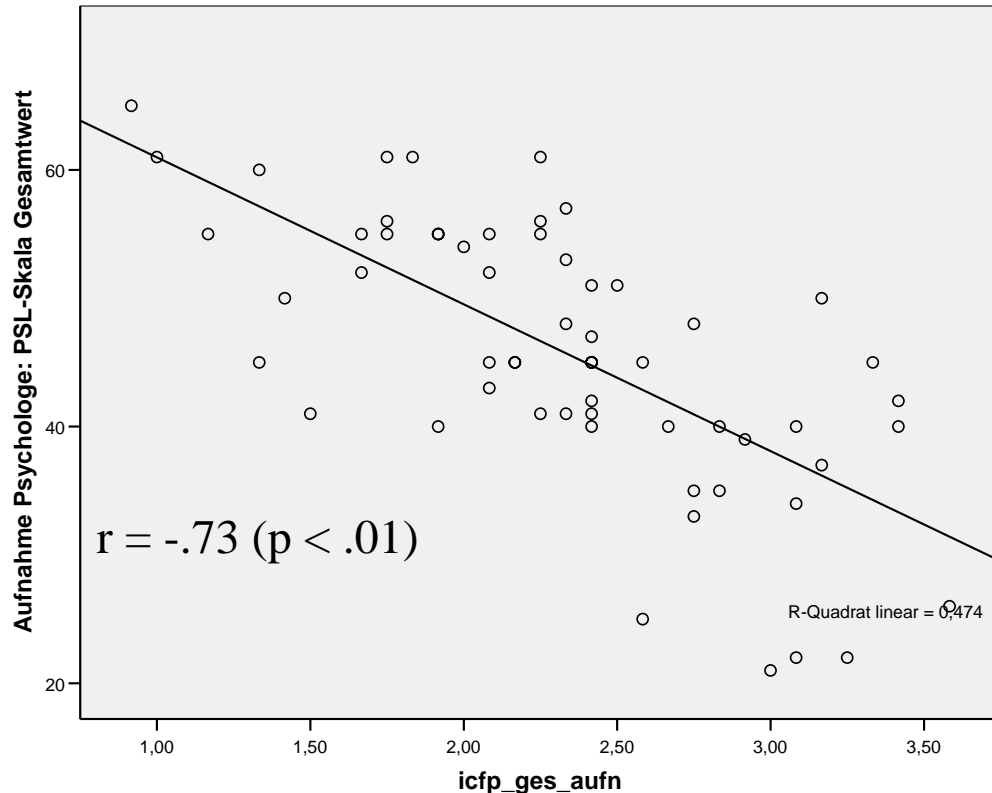
tel.: 0204-236-6373-231
e-mail: georg.juckel@pmp-net.org



Für Westfalen. Immer.
Für Westfalen. Immer.

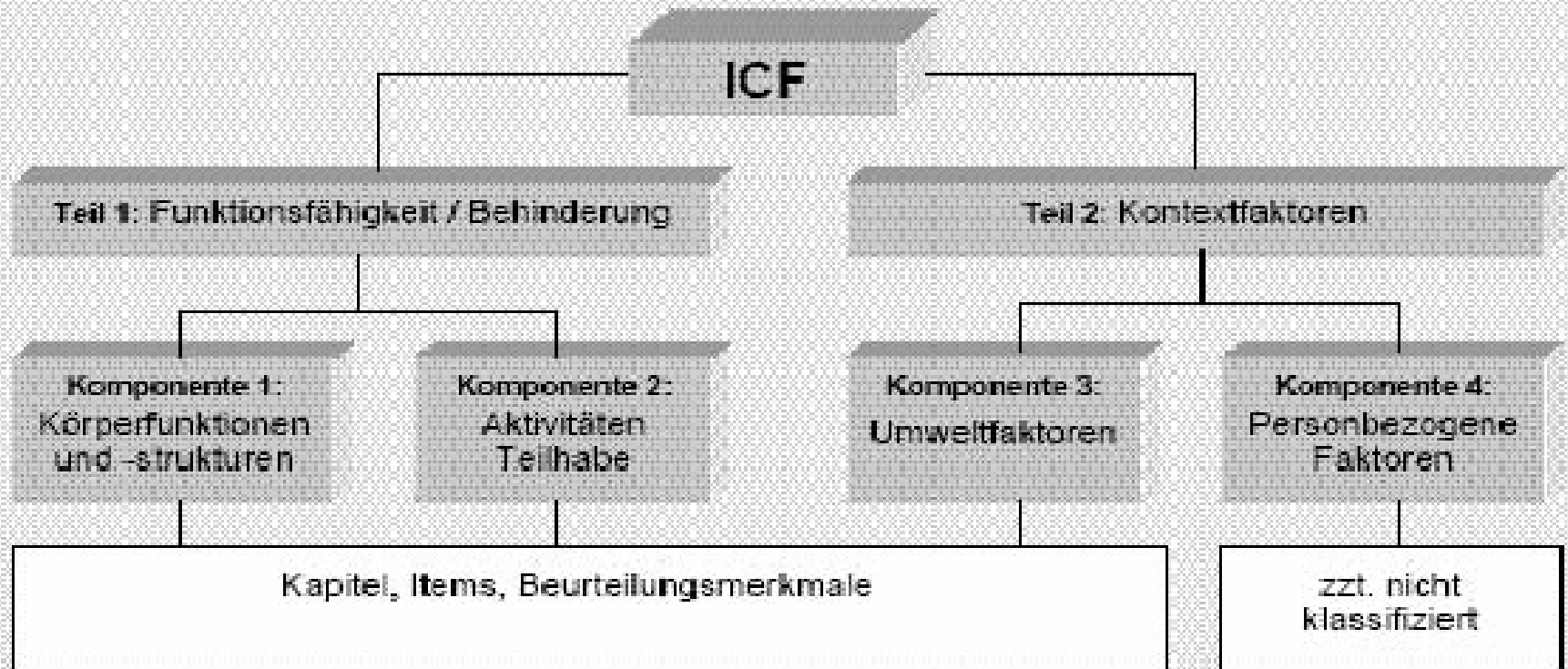
Zusammenhang von PSP und Mini-ICF-P bei chronisch schizophrenen Patienten

Juckel et al. 2008





Struktur der Klassifikation der ICF



Funktionsfähigkeit, Behinderung, Schädigung,
Aktivität, Umweltfaktoren, Partizipation (Teilhabe)





Mit der ICF liegt die Weiterentwicklung der ICDH von einem defizitorientierten Krankheits-Folgen-Modell hin zu einem interaktiven Modell der Komponenten der Gesundheit vor

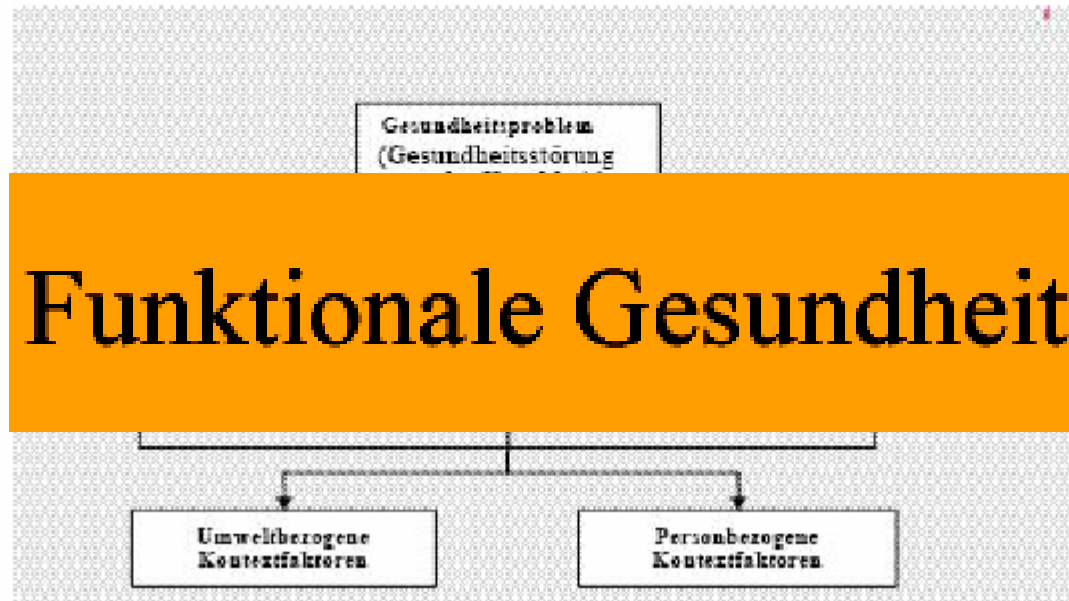
Bio-psycho-soziale Modell

Modell, das

- die Komponenten der Funktionsfähigkeit und
- die in der internationalen Klassifikation der Krankheiten (ICD) aufgeführten Gesundheitsprobleme in ihrer Wechselwirkung mit den Komponenten der Gesundheit berücksichtigt



Wechselwirkungen zwischen den Komponenten der ICF



Nutzen der ICF

Der wesentliche Nutzen der ICF besteht somit in der zu Grunde liegenden bio-psycho-sozialen Betrachtungsweise der Komponenten der „Funktionsfähigkeit“, deren Beeinträchtigungen i.S. von Krankheitsauswirkungen und in der Einführung von Kontextfaktoren



Das „Mini-ICF-Rating für psychische Störungen (Mini-ICF-P)“. Ein Kurzinstrument zur Beurteilung von Fähigkeitsstörungen bei psychischen Erkrankungen

M. Linden
S. Baron



The „Mini-ICF-Rating for Mental Disorders (Mini-ICF-P)“. A Short Instrument for the Assessment of Disabilities in Mental Disorders

Zusammenfassung

Die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegebene Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) ermöglicht in Ergänzung zur Beschreibung von Erkrankungen auf dem Symptomniveau, erstmals auch systematisch eine Beschreibung auf dem Niveau von Fähigkeits- und Partizipationsstörungen. Allerdings ist die ICF ihrer Struktur nach so komplex, dass sie für die klinische Anwendung nur bedingt nutzbar ist. Das Mini-ICF-Rating für Psychische Störungen (Mini-ICF-P) ist ein kurzes Fremdbeurteilungsinstrument, das es erlaubt, Fähigkeitsstörungen zu operationalisieren und zu quantifizieren. Solche Fähigkeitsstörungen können in Abhängigkeit der sozialen Rollen eines Patienten (z. B. Berufsrolle) zu Partizipationsstörungen und Behinderung führen. Eine erste empirische Überprüfung dieses Instruments an 125 Patienten einer psychosomatischen Rehabilitationsklinik ergab eine Paralleltestreliabilität von $r = 0,59$ für den Globalwert. Das Mini-ICF-P korrelierte mit Skalen, die kognitive und motivationale Faktoren erfassen, sowie mit der Länge von Krankheits- bzw. Arbeitsunfähigkeitszeiten. Das Mini-ICF-P erwies sich als ein kurzes Instrument zur Erfassung von Fähigkeitsstörungen, das für den Einsatz in der klinischen Routine und speziell der Rehabilitationsmedizin geeignet ist.

Abstract

Supplementary to the description of diseases at symptom level, the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), edited by the WHO, for the first time enables a systematic description also at the level of disabilities and impairments. The Mini-ICF-Rating for Mental Disorders (Mini-ICF-P) is a short observer rating instrument for the assessment of disabilities, especially with regard to occupational functioning. The Mini-ICF-P was first evaluated empirically in 125 patients of a Department of Behavioural Medicine and Psychosomatics. Parallel-test reliability was $r = 0.59$. Correlates were found with cognitive and motivational variables and duration of sick leave from work. In summary, the Mini-ICF-P is a quick and practicable instrument.

Tab. 1 Zuordnung der Kapitel der ICF zu den Items des Mini-ICF-P-Ratings

<i>Mini-ICF-P</i>	<i>ICF – Aktivität und Störungen von Aktivitätsfunktionen</i>
1. Fähigkeit zur Anpassung an Regeln und Routinen	Kapitel 8: bedeutende Lebensbereiche
2. Fähigkeit zur Planung und Strukturierung von Aufgaben	Kapitel 2: allgemeine Aufgaben und Anforderungen
3. Flexibilität und Umstellungsfähigkeit	Kapitel 2: allgemeine Aufgaben und Anforderungen
4. Fachliche Kompetenz	Kapitel 2: allgemeine Aufgaben und Anforderungen
5. Durchhaltefähigkeit	Kapitel 8: bedeutende Lebensbereiche
6. Selbstbehauptungsfähigkeit	Kapitel 3: Kommunikation
7. Kontaktfähigkeit zu Dritten	Kapitel 7: interpersonelle Interaktionen und Beziehungen
8. Gruppenfähigkeit	Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben
9. Fähigkeit zu familiären bzw. Intimen Beziehungen	
10. Fähigkeit zu außerberuflichen Aktivitäten	Kapitel 6: häusliches Leben Kapitel 9: Gemeinschafts-, soziales und staatsbürgerliches Leben
11. Fähigkeit zur Selbstversorgung	Kapitel 5: Selbstversorgung
12. Wegefähigkeit	Kapitel 4: Mobilität

patient

PSP
Selfrating

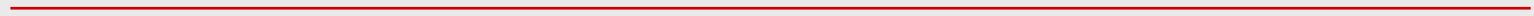
dialog

PSP
Relative
rating

PSP
Scale

relative

therapist



PSP

Selbstrating

	trifft voll und ganz zu	trifft ziemlich zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu
1. Mit meinem Schulabschluss kann/konnte ich etwas erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mit meiner beruflichen Situation bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Ich führe einen ordentlichen Haushalt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Ich verrichte meine täglichen Aufgaben regelmäßig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Ich habe Kontakt zu meiner Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mit meiner privaten Situation (mit oder ohne Partner/in) bin ich zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Auf meine Freunde kann ich mich verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Ich unternehme etwas mit meinen Freunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es fällt mir leicht, mich um meine Körperpflege zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Ich dusche/bade/wasche mich regelmäßig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Ich achte auf ein gepflegtes Äußeres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Ich lege Wert auf ordentliche, saubere Kleidung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Manche Personen finden mein Verhalten unhöflich oder unsensibel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Auch wenn mir Personen nicht so vertraut sind, rede ich gerne mit ihnen über private Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Es kommt vor, dass ich andere Personen beschimpfe.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wenn mich etwas stört, reagiere ich aggressiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



		PSP Selbstrating				Gesamt- wert
		sozial nützliche Aktivität	soziale Bezieh- ungen	Selbst- pflege	aggr. Verhalten	
PSP- Skala (Fremd- rating)	Aktivi- täten	.52**	.14	.04	.32	-.62**
	Bezieh- ungen	.31	-.09	-.05	-.09	-.13
	Selbst- pflege	.15	-.02	.22	.31	-.50**
	aggr. Verhalten	.33	-.02	.02	.33	-.30
	Gesamt- wert	-.49**	-.07	-.06	-.32	.60**

PSP-Angehörigenprojekt

- Erste gemeinsame Erfassung der PSP-Instrumente für die Triade Therapeut, Patient, Angehöriger
 - Instrumente:
 - vom Therapeuten auszufüllen:
 - PSP-Skala
 - Mini-ICF-P
 - PANSS
 - Vom Patienten auszufüllen:
 - Demographie
 - PSP-Selbstrating
 - vom Angehörigen auszufüllen:
 - Demographie
 - PSP-Angehörigenrating
 - Angehörigenfragebogen
 - Messzeitpunkte:
 - PSP-Skala, Selbstrating und Angehörigenrating einmal im Monat drei Monate in Folge
 - Mini-ICF-P, PANSS und Angehörigenfragebogen zwei Messungen (Beginn/Ende)
-



PSP

Angehörigen- rating

	trifft voll und ganz zu	trifft ziemlich zu	trifft eher zu	trifft eher nicht zu	trifft wenig zu	trifft gar nicht zu
1. Mit ihrem/seinem Schulabschluss kann/konnte sie/er etwas erreichen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Mit ihrer/seiner beruflichen Situation ist sie/er zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Sie/Er führt einen ordentlichen Haushalt.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Sie/Er verrichtet ihre/seine täglichen Aufgaben regelmäßig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Sie/Er hat Kontakt zu ihrer/seiner Familie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Mit ihrer/seiner privaten Situation (mit oder ohne Partner/in) ist sie/er zufrieden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Auf ihre/seine Freunde kann sie/er sich verlassen.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Sie/Er unternimmt etwas mit ihren/seinen Freunden.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Es fällt ihr/ihm leicht, sich um ihre/seine Körperpflege zu kümmern.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Sie/Er duscht/badet/wäscht sich regelmäßig.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Sie/Er achtet auf ein gepflegtes Äußeres.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. Sie/Er legt Wert auf ordentliche, saubere Kleidung.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Manche Personen finden ihr/sein Verhalten unhöflich oder unsensibel.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Auch wenn ihr/ihm Personen nicht so vertraut sind, redet sie/er gerne mit ihnen über private Dinge.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Es kommt vor, dass sie/er andere Personen beschimpft.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Wenn sie/ihn etwas stört, reagiert sie/er aggressiv.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



Angehörigen- fragebogen

A. Compliance

1. *Haben Sie generell den Eindruck, dass Ihr/e Angehörige/r sich mit seinem/ihrem Verhalten auf seine/ihre Krankheit einstellt, d.h.:*

- a) ausreichend schläft Ja Nein
b) wenig/kein Alkohol trinkt Ja Nein
c) eine geregelte Tagesstruktur hat Ja Nein
d) regelmäßig Medikamente einnimmt Ja Nein
e) regelmäßig ambulante Kontrollen hat Ja Nein
f) Sonstiges (bitte angeben):
_____ Ja Nein
g) _____ Ja Nein

2. *Haben Sie in den letzten vier Wochen den Eindruck, dass Ihr/e Angehörige/r sich mit seinem/ihrem Verhalten auf seine/ihre Krankheit einstellt?*

- a) ausreichend schläft Ja Nein
b) wenig/kein Alkohol trinkt Ja Nein
c) eine geregelte Tagesstruktur hat Ja Nein
d) regelmäßig Medikamente einnimmt Ja Nein
e) regelmäßig ambulante Kontrollen hat Ja Nein
f) Sonstiges (bitte angeben):
_____ Ja Nein
g) _____ Ja Nein

3. *Hält sich Ihr/e Angehörige/r generell an Anweisungen von folgenden Personen?*

- a) Betreuer Ja Nein
b) Sozial-Psychiatrischem Dienst Ja Nein
c) Arzt Ja Nein
d) Psychologe Ja Nein
e) Pflegedienst Ja Nein
f) Sonstige Personen (bitte angeben):
_____ Ja Nein
g) _____ Ja Nein

4. *Hat sich Ihr/e Angehörige/r in den letzten vier Wochen an Anweisungen von folgenden Personen gehalten?*

- a) Betreuer Ja Nein
b) Sozial-Psychiatrischem Dienst Ja Nein
c) Arzt Ja Nein
d) Psychologe Ja Nein
e) Pflegedienst Ja Nein
f) Sonstige Personen (bitte angeben):
_____ Ja Nein
g) _____ Ja Nein

B. Einsicht

1. *Spricht Ihr/e Angehörige/r generell über seine/ihre Erkrankung? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.)*

- a) nie
b) selten
c) manchmal
d) oft
e) sehr oft

2. *Hat Ihr/e Angehörige/r in den letzten vier Wochen über seine/ihre Erkrankung gesprochen? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.)*

- a) nie
b) selten
c) manchmal
d) oft
e) sehr oft

3. *Wie reagiert Ihr/e Angehörige/r, wenn Sie der Meinung sind, die Krankheitsanzeichen würden einen stationären Aufenthalt erfordern?*

- a) zustimmend
b) abweisend
c) verängstigt
d) wütend/aggressiv
e) ausweichend
f) lässt sich helfen
g) lässt sich nicht helfen
h) Sonstiges (bitte angeben):

i) _____

4. *Woran erkennen Sie, dass Ihr/e Angehörige/r zunehmend die Einsicht in den Zustand seiner/ihrer Krankheit verliert?*

- a) vernachlässigt den Körper
b) wirkt verwirrt/durcheinander
c) beschäftigt sich mit Wahn
d) beschäftigt sich mehr mit Religiösem
e) diskutiert über Medikamente
f) geht nicht zum Arzt
g) zieht sich zurück
h) Sonstiges (bitte angeben):

i) _____



Angehörigen- fragebogen

C. Verhalten in Interaktion

1. Woran erkennen Sie in seinem/ihrer Verhalten Ihnen gegenüber, dass Ihr/e Angehörige/r krank ist?

- a) launisch
- b) aggressiv
- c) ängstlich
- d) zieht sich zurück
- e) weint viel
- f) guckt misstrauisch
- g) erzählt nichts mehr
- h) erzählt verworrene Geschichten
- i) Krankheit ist an nichts erkennbar
- j) Sonstiges (bitte angeben):
- k) _____

2. Woran erkennt Ihr/e Angehörige/r selbst in seinem Verhalten Ihnen gegenüber, dass er/sie krank ist?

- a) launisch
- b) aggressiv
- c) ängstlich
- d) zieht sich zurück
- e) weint viel
- f) ist misstrauisch
- g) erzählt nichts mehr
- h) erzählt verworrene Geschichten
- i) erkennt Krankheit nicht selbst
- j) Sonstiges (bitte angeben):
- k) _____

3. Was tun Sie, wenn sie merken, dass der Zustand Ihres/r Angehörigen sich zunehmend verschlechtert?

- a) kümmern mich mehr um ihn/sie
- b) erinnere ihn/sie an Medikamente
- c) schicke ihn/sie zum Arzt/Therapeuten
- d) schicke ihn/sie zur Klinik
- e) gebe dem Arzt/Therapeuten bescheid
- f) gebe dem Betreuer bescheid
- g) lasse ihn/sie in Ruhe
- h) Sonstiges (bitte angeben):
- i) _____

4. Was tun Sie, wenn Ihr/e Angehörige/r Ihre Anregungen (z.B. zum Arzt oder in die Klinik zu gehen) nicht aufgreift?

- a) lasse ihn/sie nicht aus den Augen
- b) bringe ihn/sie zum Arzt/Therapeuten
- c) bringe ihn/sie zur Klinik
- d) rufe die Polizei
- e) lasse ihn/sie in Ruhe, dann muss er/sie es selbst wissen
- f) nichts, er/sie lässt sich dann nicht helfen
- g) Sonstiges (bitte angeben):
- h) _____

D. Frühwarnsymptome

1. Welche Frühwarnzeichen der Erkrankung machen sich bei Ihrem/r Angehörigen bemerkbar?

- a) Geräusch-/Lärmempfindlichkeit
- b) innere Unruhe, Nervosität
- c) kein oder kaum Schlaf
- d) schlechte Konzentrationsfähigkeit
- e) Ängstlichkeit
- f) Misstrauen
- g) Gereiztheit
- h) Verlust von Interesse an Hobbies
- i) Niedergeschlagenheit
- j) zunehmende Vernachlässigung der Hygiene
- k) Sonstiges (bitte angeben):
- l) _____

2. Wie gut schätzen Sie das Gespür Ihres/r Angehörigen für Frühwarnsymptome ein? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.)

- a) Sehr gut
- b) Gut
- c) Eher gut
- d) Eher schlecht
- e) Schlecht
- f) Sehr schlecht

3. Was tut Ihr/e Angehörige/r, wenn er/sie Frühwarnsymptome bemerkt?

- a) gönnt sich Ruhe
- b) nimmt Medikamente
- c) spricht mit Freunden
- d) spricht mit Familie
- e) geht zum Arzt/Therapeuten
- f) lässt sich krank schreiben
- g) gar nichts, ignoriert sie
- h) bemerkt sie nicht
- i) Sonstiges (bitte angeben):
- j) _____

4. Haben Sie einen Krisenplan für Rückfälle? Ja Nein
Wenn ja, was beinhaltet der Krisenplan?

- a) Bedarfsmedikation nehmen (in vorheriger Absprache mit dem Arzt)
- b) die Situation gemeinsam besprechen
- c) Ruhe schaffen
- d) krank schreiben lassen
- e) zum Arzt gehen
- f) zum Psychologen gehen
- g) zum Betreuer gehen
- h) in die Klinik gehen
- i) Sonstiges (bitte angeben):
- j) _____

Wenn nein, wie wird mit Rückfällen umgegangen? (bitte formulieren)



Angehörigen- fragebogen

E. Belastungen

1. *Wie sehr belastet Sie die Erkrankung Ihres/r Angehörigen im Allgemeinen?*

(Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.)

- a) belastet mich überhaupt nicht
- b) belastet mich wenig
- c) belastet mich ziemlich
- d) belastet mich sehr stark

2. *Welche gesundheitlichen Belastungen bringt die Situation für Sie mit sich?*

- a) körperliche Beschwerden Ja Nein
- b) psychosomatische Beschwerden Ja Nein
- c) psychische Beschwerden Ja Nein
- d) mehr medizinische Leistungen in Anspruch genommen Ja Nein
- e) mehr rehabilitative Leistungen in Anspruch genommen Ja Nein
- f) Sonstiges (bitte angeben; auch spezielle Beschwerden, die Sie oben nicht einordnen können):
_____ Ja Nein
- g) _____ Ja Nein

3. *Welche Belastungen treten im Zusammenleben mit Ihrem/r erkrankten Angehörigen auf?*

- a) Meine Anforderungen als Mutter/Vater/PartnerIn/Geschwister/FreundIn sind gestiegen. Ja Nein
- b) Emotional/Gefühlsmäßig ist die Situation oft sehr angespannt. Ja Nein
- c) Wir leben mit einem Stigma. Ja Nein
- d) Es gibt mehr Konflikte. Ja Nein
- e) Miteinander reden ist schwierig geworden. Ja Nein
- f) Meine beruflichen Leistungen leiden unter der zeitlichen Einspannung. Ja Nein
- g) Meine sozialen Kontakte leiden unter der zeitlichen Einspannung. Ja Nein
- h) Sonstiges (bitte angeben):
_____ Ja Nein
- i) _____ Ja Nein

4. *Welche finanzielle Belastung bringt die Erkrankung Ihres/r Angehörigen für Sie mit sich? (Bitte kreuzen Sie nur eine Antwort an.)*

- a) Die zusätzlichen Kosten durch die Betreuung sind sehr hoch.
- b) Die zusätzlichen Kosten durch die Betreuung sind hoch, aber haltbar.
- c) Die zusätzlichen Kosten durch die Betreuung sind nicht so hoch.
- d) Die zusätzlichen Kosten durch die Betreuung sind niedrig.
- e) Es gibt keine zusätzlichen Kosten.

5. *Welche Erwartungen haben Sie an professionelle Unterstützung?*

- a) Symptomreduktion Ja Nein
- b) Medikamenteneinstellung Ja Nein
- c) Psychotherapie Ja Nein
- d) Gruppentherapie Ja Nein
- e) Sozialarbeiterische Hilfe Ja Nein
- f) Hilfe bei Tagesstruktur Ja Nein
- g) Mehr Informationen über die Erkrankung und Behandlungsmöglichkeiten Ja Nein
- h) Vermittlung von Bewältigungsstrategien für alltägliche Stresssituationen Ja Nein
- i) Möglichkeiten der Entlastung aufzeigen Ja Nein
- j) Hilfe bei Beziehungsproblemen bieten Ja Nein
- k) Krisenplan für Notsituationen aufstellen Ja Nein
- l) Sonstiges (bitte angeben):
_____ Ja Nein
- m) _____ Ja Nein



Schaub et al. 2010/2011

Cross-Section

Between therapist's and self-rating of psychosocial functioning, there are no significant correlations.

There are found highly significant positive correlations between PSP self- and relative-rating concerning three of the four subdimensions:

- personal and social relationships $r = .67^*$ ($p < .05$),
- self-care $r = .78^{**}$ ($p < .01$)
- disturbing and aggressive behaviour $r = .59^*$.



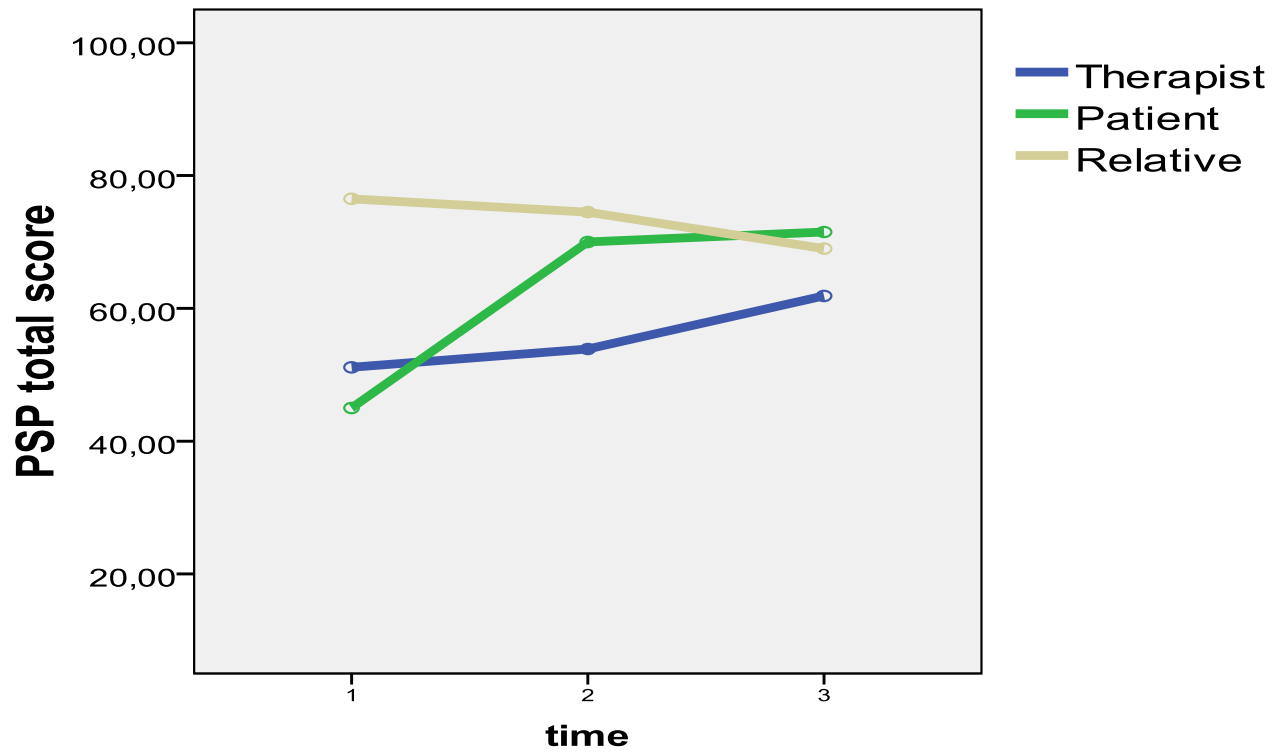


Longitudinal Section:

Over the three points of measurement in two months, patients rate a significant decline in the perception of their own disturbing and aggressive behaviour ($F = 7.27, p < .05$). For the relative's point of view, no significant changes can be stated, only a tendency towards amelioration in the patient's socially useful activities. Regarding the therapist's estimation, the PSP total score becomes significantly higher over the three time points ($F = 8.90, p < .01$). Insight, estimated by patient, relative, and therapist, displays no change over the two months.

Highly significant correlations of $r = .63^*-.81^{**}$ are found between the therapist's and the relative's scores.





Conclusion

Findings highlight the importance to distinguish between the different subjective perspectives. Interestingly, similarly to our previous pilot study, no correlations were found between therapist's and patient's self-rating; this strengthens the significance to focus on the patient's perspective for taking into account his/her perception of goal achievement regarding the aims of therapy in psychosocial aspects. Beyond, the relative's point of view seems to reflect the patient's perspective much better than the therapist's estimation – again one major reason to include the relative in the evaluation of the therapeutic progress, especially concerning psychosocial functioning!



Warum ist eine möglichst genaue Erfassung des psychosozialen Funktionsniveaus mit der PSP wichtig ?

- Einfaches und praktikables Monitoring des kurz-, mittel- und langfristigen Therapieverlaufs von schizophrenen und zukünftig auch bipolaren Patienten in Praxis und Klinik
- Das psychosoziale Funktionsniveau ist ebenso wie die Psychopathologie und ihre Erfassung eine wichtige Outcome-Variable für die Behandlung, insbesondere im ambulanten Bereich, aber auch z.B. für IV-Projekte, für Zulassungs- oder Evaluationsstudien und für die Bewertung von Behandlungsstrategien (z.B.: IQWiG)
- Zunehmende Bedeutung eines regelmäßigen Therapie-Monitoring auch gegenüber den Kostenträgern wie Krankenkassen z.B. bei strittigen Kostenzusagen, Regressforderungen, Off-Label- Anwendungen, u.ä.