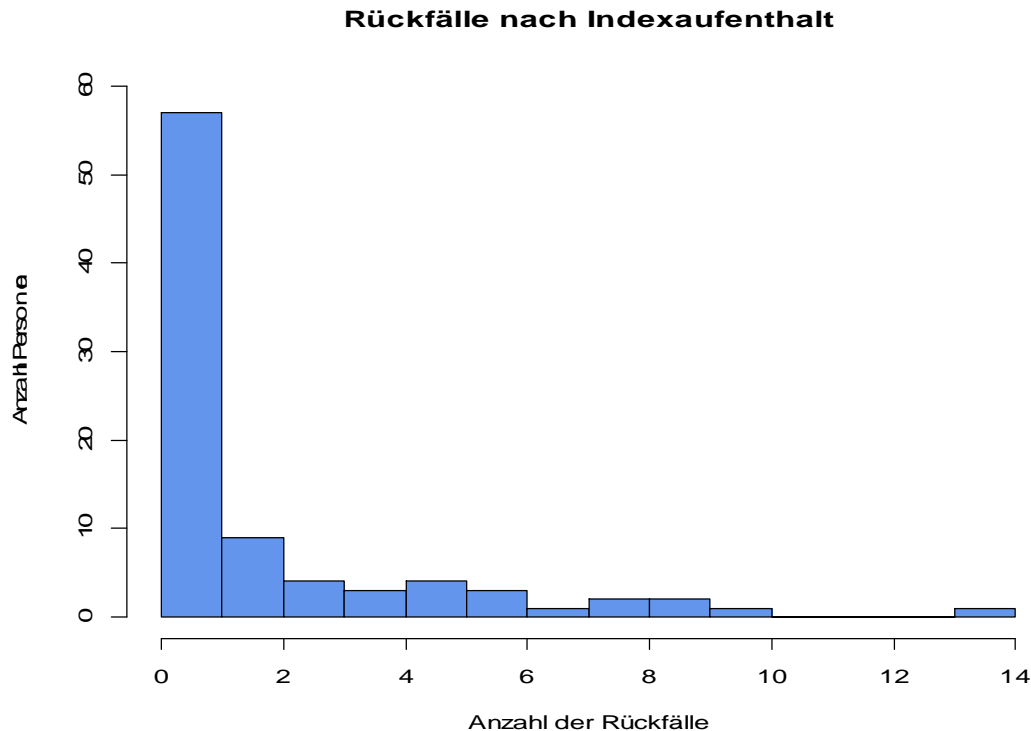


4.1.9. Anzahl der Rückfälle nach dem Indexaufenthalt

Untenstehendes Diagramm soll die Anzahl der Rückfälle nach dem Indexaufenthalt veranschaulichen:



Das Diagramm offenbart, dass die meisten Patienten (40 Probanden / 46,0 %) keine Rückfälle im Zeitraum nach dem Klinikaufenthalt hatten. „Ein“ Rückfall in dem 2 Jahres Zeitraum nach der Entlassung wurde von 17 der Probanden (19,5 %) angegeben. „Zwei“ Rückfälle erlitten 9 Patienten (10,3 %) nach dem Indexaufenthalt.

Für die höheren Rückfallzahlen (drei und mehr) ergeben sich zunehmend geringere Personenzahlen, wobei als Ausnahme eine Patientin angesehen werden muss, die in dem relevanten Zeitraum angabegemäß 14 Rückfälle erlitt: Bei dieser Patientin lag als Erstdiagnose eine Alkoholabhängigkeit (F 10.2) und als Zweitdiagnose eine Benzodiazepinabhängigkeit (F13.2). Nach der Konzeption der Station gehörte sie nicht zu der für die Soziotherapie indizierten Personengruppe, womit sich der statistische Ausreißer erklären lässt.

Als Ergebnis lässt sich festhalten, dass mehr als die Hälfte der Patienten (57 von insgesamt 87 / 65,5 %) „keinen“ oder maximal „einen“ Rückfall im 2-Jahres-Zeitraum nach dem Indexaufenthalt hatte.

Die Zahl derer „ohne Rückfall“ ist absolut gesehen nach dem Indexaufenthalt auf 40 (46,0 %) gestiegen von 31 Patienten (35,6 %) ohne Rückfall vor dem Indexaufenthalt).

4.2. Ergebnisse der Regressionsanalyse

4.2.1. Anzahl der Rückfälle:

Die Zielgröße „Anzahl der Rückfälle nach dem Indexaufenthalt“ ist als Zählvariable poissonverteilt und wurde mit Hilfe des Poissonmodells regressiert.

Wie bereits bei der deskriptiven Analyse beschrieben, hatte die Mehrzahl der Patienten keinen Rückfall, während demgegenüber ein einzelner Proband sogar 14 Rückfälle zeigte. Ziel der Regression war herauszufinden, welche anderen erklärenden Variablen einen Einfluss auf die durchschnittliche Anzahl der Rückfälle haben.

4.2.1.1. Potenzielle Prädiktoren:

Syndrome bei der Aufnahme (Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Depressionen, Manie, Antriebstörungen, formale Denkstörungen, Befürchtungen und Zwänge, sozialer Rückzug, Störungen der Affektivität).

Dabei handelt es sich ausschließlich um binäre Variablen.

Die Variablen „Depressionen“, „Manie“, „Befürchtungen und Zwänge“ sowie „Affektlabilität“, „Impulskontrollstörungen“ und „Schwierigkeiten im interpersonellen Kontakt“ sind signifikant zum 0,1%, 1% bzw. 5%-Niveau und haben somit Einfluss auf die durchschnittliche Anzahl der Rückfälle nach der Behandlung.

So hatten zum Beispiel Patienten; die ausschließlich unter Depressionen litten, durchschnittlich circa 1,2 Rückfälle, während Patienten mit Manien (negatives Vorzeichen) weniger Rückfälle hatten.

Um eine Variablenselektion durchzuführen, wurde zusätzlich das Akaike-Informationskriterium angewendet. Dabei gilt immer: Das Modell mit dem kleinsten AIC „gewinnt“. Dadurch sind „aggressives Verhalten“ und „Dissoziation“ zu einer signifikanten Variablen geworden, die zu einer Zunahme der Rückfallzahl führt.

4.2.1.2. Potenzielle Prädiktoren:

Residualsymptome, Geschlecht, Betreuung, Alter, Krankheitsdauer in Jahre, Schwere der Residualsymptome.

Als Ergebnis dieser Regression lässt sich festhalten, dass die Variable „Geschlecht“ nicht signifikant ist, das heißt, dass das Geschlecht keinen Einfluss auf die mittlere Anzahl der Rückfälle hat. Dies bestätigt auch die zugehörige Grafik der deskriptiven Analyse.

Die Variable „Betreuung“ dagegen ist signifikant zum 1%-Niveau, das heißt, wenn die Patienten eine Betreuung haben, nimmt die Anzahl der Rückfälle zu, was durch die Tatsache erklärbar ist, dass Patienten, die unter Betreuung stehen, meist deutlich kränker sind als solche ohne Betreuung.

Das Merkmal „Alter“ hat einen negativ signifikanten Zusammenhang zum 10 % Niveau. Das bedeutet, dass eine junge Patientin ohne Betreuung und ohne Residualsymptome eine Rückfallzahl von 0,43 hat. Wäre diese Person 40 Jahre alt, wäre die Prognose bei 0,25 Rückfällen.

Für „Residualsymptome“ besteht ein positiv hochsignifikanter Zusammenhang mit der „Anzahl der Rückfälle“. Hat ein Patient mittlere oder schwere Residualsymptome, versiebenfacht sich die durchschnittliche Anzahl der Rückfälle.

4.2.1.3. Potenzielle Prädiktoren:

Therapiebezogene Variablen wie Therapiemotivation, Therapieteilnahme, Krankheitseinsicht bei Entlassung, Zielüberprüfung bei Entlassung, Lebensqualität bei Entlassung, Bewertung des Therapieerfolg durch den behandelnden Arzt.

„Therapiemotivation“ hat einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg. Mit steigender Motivation nimmt die Anzahl der Rückfälle ab.

Die Variablen „Zielüberprüfung bei Entlassung“ und „Bewertung des Therapieerfolgs durch den Behandler“ vermindern ebenfalls die durchschnittliche Rückfallzahl.

4.2.1.4. Potenzielle Prädiktoren:

Soziodemographische Daten wie Alter, Geschlecht, Beschäftigungssituation, Kind, Partner, Lebensqualität, Schulausbildung.

Es soll analysiert werden, ob Einflussfaktoren im Umfeld des Patienten seine Prognose beeinflussen. Die Variablen Partner, Schulausbildung und Lebensqualität wurden in binären Variablen umgewandelt.

Die Variable „Geschlecht“ (Mann) ist signifikant zum 5%-Niveau und verringert die Anzahl an Rückfällen um den Faktor 0,675.

Die Variablen „Kind“ und „Partner“ mindern die Rückfallrate ebenfalls.

Bei „Schulausbildung“ ist das Vorzeichen positiv, was bedeutet, dass, wer mindestens die Realschule besucht hat, eine um den Faktor 1,5 höhere durchschnittliche Rückfallzahl hat.

- 4.2.1.5. Potenzielle Prädiktoren:
Süchte, Alkohol, Cannabis, Opiate, Benzodiazepine, andere Süchte.

Bei dieser Regression wurde der Geschlechtsunterschied mit eingerechnet:

Signifikant ist, dass Alkoholprobleme bei Männern zu einer Verdoppelung der durchschnittlichen Anzahl an Rückfällen führen, im Übrigen waren keine statistisch relevanten Ergebnisse zu finden.

- 4.2.1.6. Potenzielle Prädiktoren:
Krankheitsbilder aus der Erstdiagnose

Als abhängige Variablen wurden: „affektive Störungen“, „neurotische Störungen“, „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“, sowie „psychische Verhaltensstörungen“ durch psychotrope Substanzen“. Als Referenzkategorie wurde die Diagnose „Schizophrenie“ festgelegt.

Die Variablen „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ und „Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ sind signifikant zum 1%-Niveau.

Ein Patient mit einer Erstdiagnose in diesen beiden Kategorien hat im Durchschnitt circa 2,7 Mal höhere Rückfallzahlen als Patienten mit der Erstdiagnose Schizophrenie. Allerdings ist die Ausprägung dieser beiden Variablen gering, insgesamt waren nur 11 Probanden betroffen.

4.2.2. GAF in der Katamnese:

- 4.2.2.1. Potenzielle Prädiktoren:
Syndrome bei der Aufnahme wie Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Antrieb- und psychomotorische Störungen usw.

Keines der aufgeführten Symptome führt zu einer signifikanten Erhöhung oder Erniedrigung des GAF in der Katamnese.

Auch durch zusätzliche Anwendung des Akaike-Informationskriteriums ergibt sich kein relevantes Ergebnis.

- 4.2.2.2. Potenzielle Prädiktoren:
Süchte.

Nur die Variable „Benzodiazepine“ wirkt sich signifikant negativ auf den GAF aus. Da es sich dabei um ein lineares Modell handelt, kann der Wert von -7,459 direkt interpretiert werden: Konsumiert ein Patient Benzodiazepine, wird ihm ein um circa 7,5 Punkte verringerter GAF prognostiziert.

4.2.3. CGI in der Katamnese

Die Variable CGI ist ordinalskaliert und wurde in eine binäre Variable umgewandelt. Dabei wurden die Ausprägungen 2 und 3 zu „überhaupt nicht krank/Grenzfall“ zusammengefasst (Ausprägung 1). Die Kategorien 4 - 8 wurden unter zu „krank“ zusammengefasst (Ausprägung 0). Zur Modellierung wurde das Logit-Modell verwendet, welches die Chancen auf einen guten CGI schätzt.

4.2.3.1. Potenzielle Prädiktoren: Syndrome bei Aufnahme.

Nur die Variablen „Ich-Störung“ und „Störung der Affektivität“ üben einen signifikant negativen Einfluss auf die Chance eines guten CGI aus. Falls ein Proband „Ich-Störungen“ bei der Aufnahme hatte, verringerte sich die Chance auf Vollremission um den Faktor 0,1593.

Der Effekt von „Störung der Affektivität“ ist dagegen positiv und erhöht die Chance auf Vollremission um den Faktor 8,524.

4.2.3.2. Potenzielle Prädiktoren: Soziodemographische Variablen wie Schulausbildung, Beschäftigungssituation, Alter, Geschlecht, Lebensqualität, Kind, Partner

Die Werte wurden in binäre Variablen umgewandelt.

Auch bei der Regression mit dem CGI in der Katamnese ergibt sich, dass Männer gegenüber den Frauen einen besseren Heilungsprozess aufweisen.

Der β -Koeffizient für die Variable „Geschlecht“ ist signifikant und hat ein positives Vorzeichen. Der Effekt wird vom Modell auf $\exp(1,82052) = 6,175$ geschätzt. Das bedeutet, dass Männer eine circa 6-fach höhere Chance auf einen guten CGI als Frauen haben.

Auch die Variable „Lebensqualität“ in der Katamnese ist signifikant. Wenn sich die Lebensqualität verbessert hat, so hat der Patient eine circa 4-mal höhere Chance auf einen guten CGI.

4.2.3.3. Potenzielle Prädiktoren: Süchte nach Geschlechtszugehörigkeit getrennt.

Hier zeigt sich, dass das Geschlecht als einzige Variable auf 5%-Niveau signifikant ist.

Männer haben eine nahezu 6-fach höhere Chance auf einen guten CGI.

4.2.4. Remissionsstatus

Für die Regression eignete sich das Logit-Modell mit Ausprägung „1“ als Vollremission und „0“ als Teilremission.

4.2.4.1. Potenzielle Prädiktoren: Syndrome bei Aufnahme

Keine der Variablen erwies sich als signifikant. Mit Hilfe des AIC wurde dann herausgefiltert, welche Variablen den geringsten AIC haben und somit am ehesten Einfluss auf die Chance „Vollremission“ haben.

Die Syndrome „Störung der Affektivität“ und „Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich“ ergaben das Modell mit dem geringsten AIC. Eine Regression mit nur diesen beiden Variablen ergab folgendes: Nur die Variable „Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich“ zeigte sich signifikant auf 10%-Niveau.

Die Chance auf Vollremission verringert sich um den Faktor 0,43, wenn der Proband „Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich“ bei Aufnahme aufweist.

4.2.4.2. Potenzielle Prädiktoren: Soziodemographische Daten

Nur die Variable „Schulbildung“ zeigte sich als negativ signifikant auf „Vollremission“. Probanden, welche „Realschule“ oder „Gymnasium“ besucht haben, haben eine um den Faktor $\exp(-0,8364)=0,43326$ geringere Chance auf Vollremission.

5. Diskussion

5.1. Deskriptive Analyse

5.1.1. Soziodemographische Daten

Das Gesamtkollektiv umfasste 87 Patienten, davon 46 weibliche (52,9%) und 41 (47,1%) männliche. Der jüngste Patient war 19 Jahre alt, der älteste hatte ein Alter von 63 Jahren (der Median lag bei 34 Jahren).

Ein ähnliches Geschlechts- und Altersverhältnis findet man auch in der ANI-Studie, einer deutschen multizentrischen Studie aus 1998, in der die soziale Situation von 364 schizophrenen Patienten über einen 2-jährigen Nachuntersuchungszeitraum beobachtet und ausgewertet wurde. Diese Patienten standen entweder unter kontinuierlicher Prophylaxe oder wurden mit Intervallbehandlung therapiert. In der Studie waren 53,6% Frauen und 46,4 % Männer, das Durchschnittsalter lag bei 34,7 Jahren, ähnlich wie in unserer Untersuchung. Die Ergebnisse von Bernabarre et al. (2001) und Jäger et al. (2004) bestätigen ebenfalls, dass bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis ein ausgeglichenes Geschlechtsverhältnis herrscht, während bei affektiven Störungen ein Überwiegen des weiblichen Geschlechtes festzustellen ist.

Die größte Gruppe der erfassten Patienten in unserer Arbeit hatte einen Gymnasialabschluss (N=26 Patienten / 29,9%), die kleinste Anzahl der Patienten hatte einen Realschulabschluss (N=19 Patienten / 21,8%). Personen, die keinen Schulabschluss hatten bzw. solche mit qualifizierendem Hauptschulabschluss waren in etwa gleich häufig vertreten mit jeweils 21 Probanden (je 24,1%). Die Ergebnisse der ANI-Studie stehen auch bezüglich der Schulausbildung im Einklang mit den von uns ausgewerteten Daten.

Hinsichtlich der Berufsausbildung gaben knapp 50 % (N=41) der Patienten an, eine Lehre abgeschlossen zu haben. 28 Patienten (32,1%) hatten keine abgeschlossene Ausbildung und 18 Patienten (20,7%) hatten ein Studium abgeschlossen.

Für an Schizophrenie erkrankte Patienten wird in der Literatur ein signifikant häufigeres Vorkommen in niederen sozialen Schichten angegeben, was durch die Drift-Hypothese erklärt wird. Der soziale Status wird durch Merkmale wie Ausbildung, Beruf, Einkommen und Wohnsituation charakterisiert. Kleining und Moore (Sozialschichteneinteilung 1968) ordnen 39% der schizophren Erkrankten der unteren Mittelschicht und 37% der Unterschicht zu. Auch für affektive Störungen wird über vermehrtes Vorkommen in niederen Einkommensgruppen berichtet (Kessler et al., 1994), konkordant mit den Ergebnissen unserer Untersuchung.

42,5 % aller unseren Probanden (37 Probanden) lebte nach ihrer Entlassung aus der Klinik allein in eigener Wohnung. 24 Probanden (27,6%) gaben an, mit Angehörigen zu wohnen. In Wohngemeinschaften lebten knapp 20 % der Probanden. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die ANI- Studie (1998).

Die weit überwiegende Mehrzahl (81,6%) der Patienten (N=71) aus dem IAK-KMO gab an, bei der Aufnahme ohne Beschäftigung zu sein. Nur 16 Patienten (18,4%) hatten bei der Aufnahme eine Beschäftigung.

In der ANI-Studie wurden die Patienten erst nach dem stationären Aufenthalt hinsichtlich Berufstätigkeit befragt. Drei Monate nach der Krankenhausentlassung waren in der ANI-Studie nur 48,3 % der Patienten ohne jede berufliche Tätigkeit, also deutlich weniger als in unserer Untersuchung. Auch die Ergebnisse von Huber et al. (1979) bezüglich sozialer Langzeitprognose bei 500 schizophrenen Patienten sind deutlich günstiger als in unserer Studie, demnach waren nach ca. zwei Jahrzehnten nach Krankheitsausbruch 56% der Patienten voll und 19% begrenzt erwerbsfähig. Eine mögliche Erklärung für das abweichende Ergebnis der aktuellen Untersuchung könnte die niedrigere Fallzahl oder das im Allgemeinen eher langjährige (im Schnitt bereits mehr als acht Jahre erkrankt) und stärker chronifizierte Krankheitsbild unserer Patienten sein.

5.1.2. Situation während des Klinikaufenthalts

5.1.2.1. Diagnosen, Dauer des Indexaufenthaltes, Erkrankungsdauer

Am häufigsten, mit zusammen 57,5% (N=50), wurden bei den Probanden die Erstdiagnosen „Schizophrenie“ und „wahnhaftige Störungen“ gestellt (diagnostiziert nach ICD 10), sowie mit 20,7% die Diagnose „affektive Störung“ (N=18). Die häufigste Zweitdiagnose unserer Patienten war „Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“. Es stellt sich die Frage, ob es sich hierbei um zwei voneinander unabhängige Erkrankungen handelt oder eher um eine Komorbidität.

Die Annahme einer Komorbidität würde mit den Ergebnissen unterschiedlicher Studien übereinstimmen. Eine sehr bedeutende und umfangreiche Untersuchung zu diesem Thema, ist die „10-Länder-Studie“ der Weltgesundheitsorganisation (Sartorius et al., 1992), die auf vier Kontinenten durchgeführt wurde und Auftreten und Verlauf der Schizophrenie in bislang einmaliger Weise in 10 verschiedenen Ländern mit der gleichen methodischen Vorgehensweise untersuchte und bei der für Schizophrenie die höchste Komorbidität mit Suchterkrankungen bestätigt wurde. In dieser 10-Länder-Studie berichteten 57% der männlichen Patienten über Alkoholmissbrauch im Jahr vor ihrer Befragung. In drei der Studienzentren fand sich sogar bei 24 - 41% der Patienten ein Drogenmissbrauch.

Die Ergebnisse unserer Untersuchung stehen im Einklang mit den meisten Studien und Literaturangaben. Demnach hatten 14 unserer Patienten (=16,1%) eine Zweitdiagnose im Suchtbereich. Wenn man Erst-, Zweit- und Dritt-diagnose zusammen addiert kommt man sogar auf 26,5% (N=23) der Patienten mit diagnostizierten Suchterkrankungen. Nicht nur für die Schizophrenie sondern auch für die Major Depression beziehungsweise für affektive Erkrankungen besteht eine hohe Komorbidität mit Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit. Auch Berger (2004) bestätigt, dass nicht nur für Schizophrenie, sondern auch bei 30-40% der Patienten, die einen Alkoholismus aufweisen, die Diagnose einer Major Depression gestellt wird, somit diese Erkrankungen sehr häufig assoziiert vorkommen

Die zweithäufigste Zweitdiagnose unserer Patienten war „neurotische Störungen, Belastungs- und somatoforme Störungen“ sowie „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ mit jeweils rund 18 % (N=7 von 39 Patienten).

Diese Ergebnisse sind ebenfalls im Sinne einer Komorbidität zu verstehen und in Übereinstimmung mit Literaturangaben (Berger, 2004), wonach sehr häufig für die Major Depression eine Komorbidität mit Angst- und Panikerkrankungen besteht. Die Fälle mit Depressionen (ca. 20 – 30%), die durch ernsthafte Angst- und Panikerkrankungen kompliziert werden, zeigen einen deutlich höheren Grad von Therapieresistenz und Chronifizierung. Auch das Vorliegen einer begleitenden Persönlichkeitsstörung beeinträchtigt die Prognose.

Wenn man alle Diagnosen (Erst-, Zweit- und Drittdiagnose) unserer Arbeit zusammenfasst, sind mit einem Anteil von knapp 70% die Schizophrenie und Wahnhafte Störungen (ICD 10: 20-29) am häufigsten, am zweithäufigsten kommen die affektiven Störungen (ICD 10: 30-39) und schließlich die psychischen Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (ICD 10: 10-19) vor.

Für die Krankheitsdauer, angegeben in Jahren, wurde in der aktuellen Untersuchung ein Minimum von circa 4 Jahren und ein Maximum von circa 16 Jahren gefunden. Der Median betrug 8 Jahre. Das bedeutet, dass zum Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik die Probanden im Durchschnitt seit 8 Jahren erkrankt waren. Vergleichbare Ergebnisse fand man auch in der ANI-Studie (1998), in der die mittlere Krankheitsdauer 7,2 Jahre betrug. Hinsichtlich der Dauer der Klinikbehandlung, angegeben in Tagen, wurde für unsere untersuchten Probanden ein Minimum von circa 30 Tagen und ein Maximum von circa 140 Tagen angegeben, der Median lag bei circa 60 Tagen. Das bedeutet, dass die durchschnittliche Behandlungszeit während des Indexaufenthaltes in unserer Klinik ca. 60 Tage (entspricht 8,5 Wochen) betrug. Ähnliche Ergebnisse werden auch in anderen epidemiologischen Studien (Berger, 2004) angegeben. Demzufolge remittiert die Symptomatik bei rezidivierenden Depressionen unter Behandlung in etwa 50 % der Fälle innerhalb von acht Wochen, nach 16 Wochen beträgt die Remissionsrate etwa 75%.

5.1.2.2. Klinische Syndrome in der Vergangenheit

Die Mehrzahl der aktuell untersuchten Patienten gab an, unter affektiven Störungen (N=71 / 81,60%) und unter Antrieb und psychomotorische Störungen (N=79 / 90,80%) gelitten zu haben. Solche Symptome sind häufig im Rahmen von affektiven und schizophrenen Erkrankungen, aber auch bei Persönlichkeitsstörungen zu finden. Laut Berger (2004) besteht für Schizophrenie und depressive Verstimmungen für die akute Phase eine Häufigkeitsangabe von über 50% und für die chronische Erkrankungsphase von etwa 10%.

Ebenfalls sehr häufig mit 62,06% (N=54 Probanden) waren Patienten, die unter „Wahn“ gelitten haben.

Bei mehr als der Hälfte der Patienten waren „Sinnestäuschungen“, „formale Denkstörungen“, oder auch „Befürchtungen und Zwänge“ festzustellen, ebenfalls häufige Symptome bei Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis.

69% der Patienten gaben an, unter einer Suchterkrankung zu leiden, wobei hier die Kategorie „andere Süchte“ (insbesondere Nikotinsucht) mit 44% am stärksten vertreten war. Die statistische Auswertung der Ergebnisse für „klinische Syndrome in der Vergangenheit“ ist konkordant zu den häufigsten evaluierten „Aufnahmediagnosen“ unserer Patienten, die wie erwartet, Erkrankungen aus dem schizophrenen und affektiven Formenkreis in der Mehrzahl aufwiesen. Außerdem zeigte sich eine starke Assoziation mit Suchterkrankungen. Zudem lassen diese Ergebnisse den Schluss zu, dass die Symptome bzw. Erkrankungen bereits im Vorfeld des Indexaufenthaltes bestanden.

5.1.2.3. CGI und GAF im Erfassungsbogen

In unserer Untersuchung war der CGI-Verlauf für männliche Patienten bis zum Zeitpunkt der Entlassung „dreigeteilt“. Circa 1/3 der Patienten zeigte gegen Ende des Indexaufenthaltes eine Besserung, fast genauso viele im Gegenteil eine Verschlechterung und ein weiteres Drittel blieb unverändert. Erst nach der Entlassung, zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung, also 2 Jahre nach der stationären Behandlung, zeigten ausnahmslos alle männlichen Patienten eine Verbesserung ihres CGI.

Bei der „Behandlung der Frauen während des Indexaufenthaltes“ zeigte unsere Arbeit ebenfalls einen „dreigeteilten“ Verlauf ähnlich wie bei den Männern. Nach der Entlassung, also zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung, zeigten dagegen nur 35 von 45 Frauen eine Verbesserung des CGI.

Eher nicht geschlechtsspezifisch ist laut Berger (2004) das Risiko einer ungünstigen Prognose bei Depressionen, sondern es hängt vor allem mit einem frühen Krankheitsbeginn und einer unvollständigen Remission der ersten Episode zusammen. Für die Schizophrenie werden in verschiedenen Studien hinsichtlich der Prädiktoren gegenteilige Ergebnisse als die unserer Arbeit als prognostisch günstig eingestuft, so ist zum Beispiel nach Jablensky et al. (1995) „weibliches Geschlecht“ ein Prädiktor für eine gute Prognose.

Auch für schizoaffektive Störungen gibt es laut Berger (2004) keine geschlechtsspezifischen Prädiktoren, denn hier sei eher die Symptomatik für den Krankheitsverlauf entscheidend. Demnach wird dem „manischen Typus“ eine günstigere Langzeitprognose als dem „depressiven Typus“ vorausgesagt. Bei Manien kommt es in der Regel nach wenigen Wochen zu einer vollständigen Rückbildung der Symptomatik, während die schizodepressiven Episoden sich weniger abrupt und floride entwickeln, aber von längerer Dauer sind.

5.1.2.4. CGI und GAF-Verlauf

Bei der Beurteilung des Schweregrades sowie der Zustandsänderung der jeweiligen Erkrankung mittels CGI und des Schweregrades der Erkrankung, bezüglich psychischer, sozialer und beruflicher Leistungsfähigkeit mittels GAF, waren die Ergebnisse unserer Untersuchung sowohl für männliche als auch für weibliche Patienten in der deskriptiven Analyse recht eindeutig.

Alle männlichen Patienten zeigten im letzten Teil des Linienvverlaufs (von der Entlassung bis zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung) eine erhebliche Verbesserung des CGI, die sich in diesem 2-Jahres-Zeitraum entwickelte.

Für die Mehrzahl der weiblichen Patienten unserer Arbeit zeigte sich im letzten Drittel der Untersuchung ebenfalls eine Verbesserung des CGI.

Als Fazit lässt sich festhalten, dass männliche Patienten in unserer Untersuchung, zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung einen leicht besseren CGI präsentierten als die weiblichen Patienten.

Der GAF-Wert zeigte bei allen männlichen Patienten sogar noch eindeutigere Ergebnisse als der CGI, da vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Katamnese ein stetig positiver Verlauf erkennbar ist.

Für die weiblichen Patienten unserer Untersuchung war der GAF-Verlauf identisch zu den männlichen Probanden. Der einzige Unterschied zwischen männlichen und weiblichen Patienten war, dass der CGI zum Katamnesezeitpunkt bei allen Männern mit höchstens „leicht krank“ eingestuft wurde, wo hingegen die Frauen mit höchstens „deutlich krank“ etwas schlechter abschneiden.

Der GAF zeigte bei den Männern höchstens „mäßig ausgeprägte Störung“. Einzelne weibliche Patienten zeigten indessen auch nach zwei Jahren starke bzw. ernsthafte Symptome.

Das bedeutet dass die männlichen Patienten unserer Untersuchung zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung, also zwei Jahre nach dem Indexaufenthalt, sowohl was ihre Symptomatik als auch den psychischen, sozialen und beruflichen Funktionsbereich angeht, etwas besser abschnitten als die weiblichen Probanden. Insgesamt zeigten sowohl männliche als auch weibliche Patienten unserer Arbeit bezüglich des CGI und GAF Verlaufes eine eindeutige Besserung der Krankheitssymptome und des psychischen, sozialen und beruflichen Leistungsniveaus vom Zeitpunkt der Entlassung aus der Klinik bis zur Katamnesebefragung.

In der ANI-Studie (1998) wird erwähnt, dass günstige GAS-Werte (global assesment scale) einen positiven Einfluss auf das soziale Funktionsniveau der Patienten im 2-jährigen Nachuntersuchungszeitraum hatten. Außerdem waren für die Prognose in der ANI-Studie andere Prädiktoren als in unserer Untersuchung relevant, wie zum Beispiel das Ausmaß der Beschäftigung nach der Krankenhausentlassung und die sozialen Kontakte im zweijährigen Nachuntersuchungszeitraum. Im Gegensatz zu unserer Arbeit waren Geschlechtsunterschiede in dem Verlauf der Erkrankung nach der Entlassung nicht feststellbar. Nach der Studie von Jäger et al. (2004), die für schizophrene Patienten einen deutlich schlechteren GAF-Wert (45) als bei affektiven Erkrankungen (67) ermittelte, konnten wie in der ANI-Studie ebenfalls keine signifikanten Geschlechtsunterschiede festgestellt werden, die den Verlauf der Erkrankung beeinflussen. Zu ähnlichen Ergebnissen kam auch Harrison et al. (2001). Nach der Studie von Huber et al. (1994) zur sozialen und psychopathologischen Langzeitprognose bei 500 schizophren erkrankten Patienten werden nach ca. zwei Jahrzehnten nach dem Krankheitsausbruch 56,2% der Patienten als „sozial geheilt“ und 43,8% als „sozial nicht geheilt“ eingestuft, geschlechtsspezifische Faktoren werden ebenfalls nicht berichtet.

5.1.3. Situation in der Katamnese

5.1.3.1. Anzahl der Rückfälle, Medikation, Suchtverhalten

Für die Anzahl der Rückfälle zwei Jahre vor und zwei Jahre nach dem Indexaufenthalt ergab sich, dass weit mehr als die Hälfte (65,51%) der Patienten aus IAK-KKMO (N=57 von 87) „keinen“ oder maximal „einen“ Rückfall erlitten hat.

In der ANI-Studie (1998) waren es unter kontinuierlicher neuroleptischer „Langzeitmedikation“ im ersten Jahr 85% und im zweiten Jahr 77% der Patienten, die ohne Rezidiv blieben. Ähnlich wie in unserer Arbeit war in der ANI-Untersuchung unter „Intervalltherapie“ mit Frühintervention die Anzahl der Patienten ohne Rezidiv im ersten Jahr bei 65% und im zweiten Jahr sogar bei 51%. Die Ergebnisse unserer Studie bewegen sich im Mittelbereich der Ergebnisse der ANI-Studie, was bedeutet, dass sie etwas besser als die Ergebnisse der „Intervalltherapie“, aber schlechter als die bei „kontinuierlicher Behandlung“ waren.

In unserer Studie waren es vor dem Indexaufenthalt genau 68 % der Patienten, die „keinen“ oder maximal „einen“ Rückfall erlitten. Nach dem Indexaufenthalt waren es circa 65 % der Probanden, die „keinen“ oder maximal „einen“ Rückfall hatten, geringfügig mehr als in der ANI-Studie.

Die Zahl der Patienten, die ohne Rückfall in unserer Untersuchung blieben, ist absolut gesehen, vor dem Indexaufenthalt von 31 (=35,63%) auf 40 (=45,97%) nach dem Indexaufenthalt gestiegen. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied konnte weder vor noch nach dem Indexaufenthalt festgestellt werden.

Entscheidend für den Verlauf schizophrener Erkrankungen, wie es die ANI-Studie ebenfalls bestätigt, ist die Medikation: Ohne Gabe von Antipsychotika erleiden etwa 75 % der Patienten innerhalb eines Jahres ein Rezidiv, bei Einnahme von Antipsychotika sind es nur circa 15%. In anderen Verlaufsstudien, in denen nur Patienten mit einer schizophrenen Ersterkrankung einbezogen wurden, zeigte sich über einen 5-Jahres-Zeitraum ohne Medikamentengabe eine Rezidivrate von sogar 82 %. (Robinson et al., 1999)

In der vorliegenden Untersuchung nahm knapp ein Drittel der 87 untersuchten Patienten (N=27 / 31,03%) zum Zeitpunkt der Anamnese keine Neuroleptika ein. Die größte Gruppe der Patienten (N=34 / 39,08%) unserer Arbeit gaben an „andere atypische Neuroleptika“ einzunehmen. Von diesen Patienten litten mehr als die Hälfte unter Ich-Störungen, die vor allem in Rahmen schizophrener Erkrankungen, wahnhafter Störungen, schizoaffektiver Erkrankungen und schwerer depressiver Erkrankungen mit psychotischen Symptomen, die eine neuroleptische Behandlung erforderlich machen, vorkommen.

Keine Antidepressiva nahmen insgesamt 49 Patienten (=56,32%) ein. Aus der Gruppe der Patienten, die Antidepressiva verschrieben bekommen haben, gab eine Mehrzahl (N=23 / 26,43%) an, „neuere Antidepressiva“ einzunehmen, was auf eine moderne, nebenwirkungsarme Behandlung der Probanden schließen lässt.

Von den 19 Patienten, die bei der Katamnesebefragung angaben, „mood stabilizer“ einzunehmen, wies die Mehrzahl (N=17 / 89,47%) Antriebs- und psychomotorische Störungen auf. Mood stabilizer werden vor allem bei der Behandlung bipolarer affektiver Störungen und schizoaffektiver Störungen eingesetzt, bei denen häufig „Antriebs- und psychomotorische Störungen“ vorhanden sind.

Gemäß der Untersuchung von Viguera et al. (1998) gilt für unipolare Depressionen, dass ein Absetzen der Medikation während der Remissionszeit, das heißt vor dem Zeitpunkt der Genesung, bei bis zu 75 % der Patienten zu einem Rückfall führt.

Für bipolare Störungen ist das Vorgehen während der Erhaltungstherapie und der Rezidivprophylaxe weniger gut untersucht.

Laut Berger (2004) sind wichtige Voraussagefaktoren bei affektiven Störungen für zu erwartende gewichtige weitere Krankheitsepisoden die „Schwere der Erkrankung und die Zahl vorausgegangener Episoden“, aber insbesondere auch Suizidversuche, eine psychotische oder katatone Symptomatik und massive Beeinträchtigungen der Lebensführung. Zum Suchtverhalten befragt, gaben 58,6 % der Patienten in unserer Katamnese an, kein Drogenproblem zu haben. Allerdings bejahten 41,4% ein problematisches Suchtverhalten (darunter vor allem Nikotin, Alkohol und Cannabis) im Sinne einer Komorbidität.

5.1.3.2. Wohnsituation, Beschäftigungssituation, soziales Umfeld

Insgesamt hatte zum Zeitpunkt der Katamneserhebung die Anzahl derjenigen, die „alleine“ oder „mit Angehörigen“ zusammen wohnten, von 61 Probanden (bei der Entlassung aus der Klinik) auf 62 Probanden (zum Zeitpunkt der Katamnesebefragung) minimal zugenommen und die Anzahl derjenigen, die in Wohngemeinschaften wohnten war ebenfalls fast gleich geblieben (18 in der Katamnese, 17 bei der Entlassung).

Demnach hat sich in unserer Untersuchung bis zum Zeitpunkt der Katamneserhebung absolut gesehen die Wohnsituation kaum verändert. In der bereits erwähnten ANI-Studie waren es 38%, die alleine lebten, 17% wohnten mit den Eltern und 32% mit einem Partner, also insgesamt 87%, die alleine oder mit Angehörigen/Partner wohnten. In unserer Studie lebten mit nur 71% der Patienten deutlich weniger in solch „üblichen“ Wohnsituationen. Umgekehrt waren es in ANI-Studie nur 13 %, die in „sonstigen“ Einrichtungen wohnten, bei uns 20%. Diese Ergebnisse können dahingehend interpretiert werden, als dass die Patienten unserer Untersuchung etwas schwierigere und stärker chronifizierte Krankheitsbilder vorwiesen und deswegen häufiger in Einrichtungen untergebracht waren.

In unserer Untersuchung lässt sich zur Beschäftigungssituation folgendes feststellen:

Die meisten Patienten (N=51 / 58,62%) gingen sowohl bei der Aufnahme, als auch zum Zeitpunkt der Katamnesebefragung keiner Beschäftigung nach.

Es gab aber auch 19 Patienten (21,83%), die bei der Aufnahme noch ohne Beschäftigung waren, aber nach zwei Jahren eine Anstellung gefunden hatten; für diese 19 Patienten kam es zu einer eindeutigen Verbesserung der Beschäftigungssituation. Sieben Patienten (8,04%) dagegen, die bei Aufnahme noch eine Beschäftigung hatten, verloren diese bis zur Katamnesebefragung. Die Zahl der Patienten mit Beschäftigung ist somit absolut gesehen, von 16 Patienten (18,45%) bei der Aufnahme in der Klinik, auf 28 Patienten (32,18%) zum Zeitpunkt der Katamnesebefragung, gestiegen. Im Umkehrschluss ist damit die Zahl derjenigen „ohne Beschäftigung“ von 70 Probanden (80,45%) bei der Aufnahme auf 58 Probanden (66,66%) zum Zeitpunkt der Katamnesebefragung gesunken.

Obwohl die Mehrzahl der Patienten aus dem IAK-KMO 2 Jahre nach dem Klinikaufenthalt weiterhin „ohne Beschäftigung“ ist, lässt sich zu diesem Zeitpunkt im Vergleich zur Aufnahme eine deutlich messbare Verbesserung der Arbeitssituation feststellen.

Die Befunde für die soziale Langzeitprognose (nach Huber et al. 1994) ergaben, dass 56 % der Patienten circa zwei Jahrzehnte nach dem Krankheitsausbruch voll erwerbsfähig waren, davon 38 % auf und 18% unterhalb des früheren Niveaus. Von den übrigen, als „sozial nicht geheilt“ beurteilten, schizophren Erkrankten waren 17 % erwerbsfähig, 19 % begrenzt erwerbsfähig, und 8% arbeitsunfähig. Sozialer und psychopathologischer Langzeitverlauf korrelieren nach dieser Langzeitstudie hochsignifikant. Die Ergebnisse dieser Studie sind bezüglich der Erwerbsfähigkeit deutlich positiver als die in unserer Untersuchung.

Auch in der ANI-Studie (1998) werden bessere Resultate als im IAK-KMO konstatiert. In unserer Untersuchung waren es zwei Jahre nach dem Indexaufenthalt 33,4% der Patienten, die eine Beschäftigung hatten, wo hingegen in der ANI-Studie (1998) 42,7% in Beschäftigung waren, also fast 10% mehr. Hingegen präsentieren die älteren Studienergebnisse einen mit unserer Untersuchung vergleichbaren Summenquerschnitt, zum Beispiel Häfner et al. (1984) mit über 80% Arbeitsunfähigkeit, Möller et al. (1988) mit 74% Arbeitsunfähigkeit und Vogel et al. (1989) mit 60% Berufsunfähigkeit. Die vergleichsweise „schlechten“ Ergebnisse unserer Probanden zur Beschäftigungssituation könnten durch das Patientengut, das eher langjährig und schwer erkrankt war, erklärt werden. Andererseits ist auch durch die kleinere Fallzahl eine „negative“ Selektion möglich. Denkbare Ursache ist ebenfalls eine Veränderung der Rahmenbedingungen im Arbeitsmarkt.

Zum „sozialem Umfeld“ ergab sich als Ergebnis unserer Arbeit folgendes: Knapp die Hälfte aller Probanden (N=43 / 49,42%) hatten weder Lebenspartner noch Kinder. Diese Ergebnisse stehen in Übereinstimmung mit denen von T. Wobrock, nach denen allein stehende Personen eine größere Schizophrenieinzidenz aufweisen als solche, die verheiratet sind. Daraus wurde die Hypothese abgeleitet, dass bei Unverheirateten und Geschiedenen ein erhöhtes Risiko für diese Erkrankung vorliegt.

In der ANI-Studie (1998) sind die Ergebnisse sogar tendenziell etwas schlechter als in unserer Arbeit, von den dort untersuchten 364 Patienten waren nach dem Ende des Indexaufenthaltes 60% ledig (Männer sogar zu fast 73%), bei einem Durchschnittsalter von 35 Jahren.

Es gibt eine ganze Reihe von „Prädiktorenstudien“, die versuchen die erheblichen Unterschiede im Verlauf und Outcome der Schizophrenie zu erklären. Zusammenfassend kann man eine biologische Ebene aus hoher genetischer Belastung, frühem Krankheitsausbruch, morphologischen Abnormitäten des Gehirns und männlichem Geschlecht als ungünstige Prädiktoren und eine deskriptive Ebene mit schizoider Persönlichkeit, schlechter prä-morbider sozialer Anpassung, Unverheiratet Sein und schleichendem Beginn als Prädiktoren eines ungünstigen Verlaufs differenzieren. Allerdings würden diese Faktoren nur einen kleinen Teil der gesamten Outcome-Varianz erklären. (Möller H-J., Müller N., 1998)

Im Rückschluss, kann gefolgert werden, dass die schizophrenen Erkrankungen eheliche Bindungen eher verhindern und vermehrt zu Scheidungen führen, weswegen diese Patienten überdurchschnittlich häufig unverheiratet sind.

Insgesamt konnte in unserer Untersuchung lediglich bei der Variable „Beziehung zu Verwandten“ eine Verbesserung zum Zeitpunkt der Katamnesebefragung festgestellt werden, alle anderen Daten bezüglich „Beziehungen“ blieben nahezu unverändert.

5.1.3.3. GAF und CGI-Verlauf zusammenfassend, von der Entlassung aus der Klinik bis zum Katamnesezeitpunkt

In unserer Untersuchung zeigten alle männlichen Patienten eine erhebliche Verbesserung ihres CGI. Der Großteil der weiblichen Patienten zeigte ebenfalls eine weitere Verbesserung ihres CGI in dem 2-Jahres-Zeitraum nach Entlassung. Im Ergebnis zeigten demnach die männlichen Patienten unserer Studie im Durchschnitt zum Zeitpunkt der Katamnese einen leicht besseren CGI-Verlauf als die weiblichen Patienten.

Der GAF-Verlauf zeigte für männliche Patienten unserer Untersuchung sogar seit der Aufnahme bis zur Katamnese eine kontinuierliche Verbesserung an.

Analog präsentierte sich der GAF-Verlauf der Frauen mit einer kontinuierlichen, aber weniger stark ausgeprägten Verbesserung.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die Mehrzahl der Patienten unserer Untersuchung nicht nur während des stationären Aufenthalts bezüglich der Krankheit und des sozialen Niveaus profitierten, sondern dass der Therapieerfolg der stationären Behandlung zu einer über den reinen Behandlungszeitraum hinausgehenden Nachwirkung, mindestens bis zur Katamnesebefragung geführt hat. Diese Ergebnisse lassen sich bezüglich der Geschlechtsunterschiede und den leicht besseren Verlauf bei Männern dadurch erklären dass die Männer im Schnitt etwas weniger krank waren als die Frauen. Verlaufsstudien unter Verwendung von GAF wie diejenigen von Harrison et al. (2001) und Jäger et al. (2004), konstatieren zwar keinen Geschlechtsunterschied, aber einen schlechteren Verlauf für schizophrene Patienten als für solche mit affektiven Störungen.

Bezüglich langfristiger psychischer und sozialer Folgen der Schizophrenie gibt es in Westeuropa drei große Studien von Bleuler M. (1972), Ciompi und Müller (1976) und Huber et al. (1979). (Berger, 2004)

Hinsichtlich der psychischen Langzeitfolgen fand sich innerhalb oben genannten Studien bei 22% der Patienten eine Vollremission, bei 43% ein uncharakteristisches und bei 35% ein charakteristisches Residuum. Prädiktor für ein guten Verlauf war anders als bei uns eher das weibliche Geschlecht. Laut Berger (2004) erkranken Frauen doppelt so häufig wie Männer an Depressionen. Circa 10% der Patienten entwickeln danach einen chronischen Verlauf, wobei das Risiko eines ungünstigen Krankheitsverlaufes nicht geschlechtsspezifisch sei, sondern mit einem frühen Krankheitsbeginn und einer unvollständigen Remission der ersten Krankheitsepisode zusammenhängt.

5.2. Regressionsanalyse

5.2.1. Anzahl der Rückfälle

Ziel der Regression unserer erhobenen Daten war herauszufinden, welche potentiellen Prädiktoren einen Einfluss auf die durchschnittliche Anzahl der Rückfälle haben.

In unserer Arbeit hatte die Mehrzahl der Patienten „keinen“ oder maximal „einen“ Rückfall zwei Jahre vor und zwei Jahre nach dem Indexaufenthalt. Von klinischer Relevanz wäre die Klärung der Frage, ob eine Prognose bereits bei Erkrankungsbeginn allein aufgrund von anamnestischen und klinischen Daten machbar ist. Die drei großen europäischen Langzeitstudien (Bleuler 1972, Ciompi und Müller 1976, Huber et al., 1979), haben hierzu jedoch keine Befunde erbracht, die eine verlässliche Voraussage der Langzeiterfolge für den betroffenen Patienten gestatten. Dies dürfte neben methodischen Aspekten (retrospektiver Ansatz bei den Langzeitstudien) u. a. auch darauf zurückzuführen sein, dass auch während des Krankheitsverlaufs auftretende Faktoren den schlussendlichen Krankheitsausgang wesentlich beeinflussen.

Die in der Studie nach Jablensky (1995) enthaltenen Daten zur prognostischen Einschätzung basieren deshalb auf kurz- bis mittelfristigen Verlaufsuntersuchungen (ca. neun Monate bis fünf Jahre), die prospektiv angelegt waren und zudem Prädiktoren und Ausgangsvariablen wie Psychopathologie, soziale Kompetenz und Lebensqualität in der Regel standardisiert erfassten. Prädiktoren für eine schlechte Prognose für den Verlauf und Ausgang der Schizophrenie sind nach Jablensky: ledig, geschieden, getrennt, männlich, hohes EE, schizoide Persönlichkeit, soziale Isolation, häufigere und längere Dauer vorausgegangenen Krankheitsepisoden, schleichender Krankheitsbeginn, initiales klinisches Bild mit Negativsymptomatik, akustischen Halluzinationen, bizarres Wahn, abnormes NMR, kortikale Atrophie im CT, Drogenabusus (Cannabis). Eine gute Prognose nach Jablensky ist zu erwarten bei schizophrenen Patienten mit folgenden Eigenschaften: verheiratet, weiblich, niedriges EE, affektive Störungen in der Verwandtschaft, extrovertierte oder zylothyme Persönlichkeit, gute Anpassung im Arbeits- und Freizeitbereich, Stress oder „life events“ vor Krankheitsausbruch, seltenere und kürzere Dauer der Krankheitsepisoden, akuter Krankheitsbeginn, initial affektive Auffälligkeiten und gutes initiales Ansprechen auf Neuroleptika präsentieren.

In einer anderen Studie, der International Pilot Study of Schizophrenie (IPSS; WHO 1975), einer der am besten konzipierten Schizophrenieverlaufsstudien, ergab die Regressionsanalyse, dass von 47 möglichen Prädiktoren nur 18 (38 %) die 2-Jahres-Ausgangsvarianz erklärten. Als ein summarisches Ergebnis fand sich, dass circa 60 % der schizophren Erkrankten innerhalb von 2 Jahren nach der ersten Klinikaufnahme einen Rückfall erleiden. Laut oben genannter Studie sind Neuroleptika ein bedeutsamer modifizierender Faktor. Mehrere Verlaufsuntersuchungen über neun bis zwölf Monate unter kontinuierlicher Neuroleptikamedikation zeigten eine gegenüber Placebo (um durchschnittlich 50 %) signifikant niedrigere Rückfallrate.

In unserer Arbeit zeigten sich folgende potentielle Prädiktoren signifikant und hatten somit Einfluss auf die durchschnittliche Anzahl der Rückfälle: „Depression“, „Manie“, „Befürchtungen und Zwänge“, „Affektlabilität“, „Impulskontrollstörung“ und „Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich“. So hatten in unserer Untersuchung Patienten, die ausschließlich unter Depressionen litten, durchschnittlich ca. 1,2 Rückfälle, während Patienten mit Manien weniger Rückfälle hatten.

Die Ergebnisse stimmen somit nicht mit denen von Jamison et al (2007) und auch nicht mit Paykel et al. (1974) überein, die bei bipolaren Patienten eine signifikant höhere Rückfallrate im Vergleich zu unipolaren Patienten angaben. Bezüglich der Rückfallrate von unipolar und bipolar affektiven Patienten ist auch die Studie von Angst et al. (2003) zu anderen Ergebnissen gekommen, nämlich, dass bipolare Patienten im Vergleich zu depressiven Patienten ein doppelt so hohes Rückfallrisiko aufweisen.

Das gegenüber o. g. Studien abweichende Ergebnis hinsichtlich der Rückfallzahlen manisch erkrankter Probanden der hier vorliegenden Untersuchung ist mutmaßlich auf die geringe Anzahl an bipolaren Patienten unserer Arbeit zurückzuführen.

In unserer Arbeit scheinen „Affektlabilität“ und „Impulskontrollstörung“, wie sie zum Beispiel im Rahmen einer instabilen Persönlichkeitsstörung vorkommen, ebenfalls die Rückfallrate zu erhöhen, außerdem die Variable „Befürchtungen und Zwänge“. Diese Ergebnisse sind konkordant mit den einschlägigen Literaturangaben.

Nach herrschender Literaturmeinung erhöht die Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen das Risiko eines ungünstigen Krankheitsverlaufs deutlich. Beispielsweise zeigen die Fälle mit Depressionen, die durch eine gewichtige Angst- und Panikerkrankung kompliziert werden (etwa 20-30% der depressiven Personen), dass die Verläufe mehr Rückfälle sowie deutlich höhere Grade an Therapieresistenz und Chronifizierung aufweisen (Berger, 2004). Nach Berger führt auch das Vorliegen einer begleitenden Persönlichkeitsstörung, vor allem vom narzisstischen oder vom Borderline-Typ, zu einer Beeinträchtigung der Prognose und erhöht die Rückfallzahl, ebenso wie auch Komorbidität mit einer Zwangserkrankung.

In unserer Arbeit führen die Variablen „aggressives Verhalten“ und „Dissoziation“, wie sie häufig im Rahmen einer Persönlichkeitsstörung anzutreffen sind, ebenfalls zu einer Zunahme der Rückfallzahl.

Die Patienten mit neun und mehr Rückfällen nach dem Indexaufenthalt (eine männliche Person mit zehn Rückfällen und zwei Weibliche mit neun Rückfällen) hatten die Diagnose einer instabilen Persönlichkeitsstörung und zeigten sowohl „aggressives Verhalten“ als auch „Dissoziationen“.

Laut T. Wobrock (2005), sind Prädiktoren für eine schlechte Prognose und erhöhte Rückfallgefahr „männliches Geschlecht“, „ledig“, „geschieden“, „getrennt lebend“ und „höheres EE“ (Expressed Emotion), wobei das Geschlecht nicht als „robuster“ Prädiktor angesehen wird.

Im Umkehrschluss sind folgende Prädiktoren als valide für einen günstigen Krankheitsverlauf anzusehen: „Ehe“ und weniger robust „weibliches Geschlecht“. In unserer Untersuchung zeigte aber die Variable „Geschlecht“ keine Signifikanz, was bedeutet, dass das Geschlecht alleine keinen Einfluss auf die mittlere Anzahl der Rückfälle hatte.

In unserer Arbeit besteht aber ein positiv hochsignifikanter Zusammenhang zwischen „Residualsymptomen“ und der „Anzahl der Rückfälle“. Unsere Ergebnisse zeigen, dass Patienten mit mittleren oder schweren „Residualsymptomen“ eine durchschnittlich siebenfach höhere Anzahl an Rückfällen aufweisen als solche ohne bzw. mit nur leichten „Residualsymptomen“. Umgekehrt lässt sich die Aussage treffen, dass, je mehr „Rückfälle“ stattfinden, umso ausgeprägter die Residualsymptome sind. Andererseits finden sich ausgeprägte Residualsymptome eher bei den schwer medikamentös zu beeinflussenden Verläufen; somit sind sie weniger leicht therapierbar und erklären die Zunahme der „Anzahl der Rückfälle“.

In der Literatur sind die Rückfallraten für affektive Störungen in einer breiten Streuung mit 30 - 90% angegeben. In unserer Untersuchung zeigten auch die Variablen „Depression“ und „Manie“, wie sie im Rahmen affektiver Störungen anzutreffen sind, signifikant zum 0.1%-, 1%- und 5%-Niveau und haben somit ebenfalls, wie in der Literatur angegeben, Einfluss auf die durchschnittliche Anzahl der Rückfälle nach der Behandlung. Für die affektiven Störungen gibt es in der Literatur Angaben, dass die affektiv Erkrankten mit psychotischen Symptomen längere und schwierigere Krankheitsverläufe aufweisen. Man könnte daraus folgern, dass sie eher als die „rein“ affektiv Erkrankten zu ausgeprägteren Residualsymptomen tendieren und es dadurch zu höheren Rückfallraten kommt. (Berger, 2004)

Für bipolare Patienten gibt es nach Angst et al. (2003) ein doppelt so hohes Rückfallrisiko wie für depressive Patienten.

Kessing et al. (1999) und Salomon et al. (1995) sehen eine Progression der Krankheit mit zunehmender Anzahl der einzelnen Krankheitsepisoden, das heißt, sie kommen auf ähnliche Ergebnisse wie die hier vorliegende Untersuchung, nämlich: Desto mehr Rückfälle, desto ausgeprägter die Residualsymptome.

Ciampi und Müller (1976) präsentierten eine Langzeitstudie, bei der 49 % der Patienten entweder vollständig remittiert oder geringgradig beeinträchtigt waren, während 44 % einen mittelgradigen oder schweren „End-(Defekt)“-Zustand zeigten. Sie stellten zudem fest, dass eine Residualsymptomatik, die für länger als drei Jahre besteht, in der Regel nicht mehr rückbildungsfähig ist.

In Fällen fortschreitender Erkrankung geht die Symptomregression in der Regel nicht über das fünfte Krankheitsjahr hinaus. Nur bei etwa 5 % der Fälle kann es noch, zumeist im zweiten oder dritten Krankheitsjahrzehnt, zu einer Teilremission kommen.

In unserer Untersuchung zeigt die positive Bewertung der Variablen „Therapiemotivation“, „Zielüberprüfung bei Entlassung“ und „Bewertung des Therapieerfolgs durch den Behandler“ eine Verminderung der durchschnittlichen Rückfallzahl. Das bedeutet, dass Patienten, die eine „hohe Motivation“ aufweisen und bei denen konkrete Ziele während der Therapie verfolgt wurden und deren Behandlung auch durch den zuständigen Therapeuten abschließend als erfolgreich eingeschätzt wurden, weniger Rückfälle aufwiesen. Laut der Untersuchung von Riedel (2010) stellte sich heraus, dass ein hohes Maß an sozialen Aktivitäten, Lebensqualität und Zufriedenheit als günstige Prädiktoren zu werten sind.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommt auch die Studie von De Haan und Kollegen, die an 110 an Schizophrenie Erkrankten über einen 5-Jahres-Zeitraum durchgeführt wurde, und nach der eine frühe Verbesserung des Wohlbefindens, der Krankheitseinsicht und Therapiemotivation sowie eine positive Haltung gegenüber einer antipsychotischen Medikation einen günstigen Einfluss auf die Prognose haben.

In unserer Untersuchung zeigte sich bei den soziodemographischen Variablen, dass das Merkmal „Geschlecht“ (Mann) signifikant zum 5-%-Niveau war und die Anzahl der Rückfälle um den Faktor 0,675 verringerte. Das bedeutet, dass die männlichen Patienten die auf der Soziotherapiestation in Haar behandelt wurden, nach dem Indexaufenthalt weniger Rückfälle präsentierten als die weiblichen Patienten. Eine plausible Erklärung dieser Tatsache könnte durch den leichteren Erkrankungsgrad der männlichen Patienten geliefert werden, wie es auch durch den CGI Verlauf (Männer zeigten im Durchschnitt weniger stark ausgeprägte Krankheitssymptome) veranschaulicht wird. Die Ergebnisse unserer Untersuchung stehen allerdings im Widerspruch zu den meisten Literaturangaben. Laut Riedel (2010) berichten z. B. mehrere Autoren von einem schlechteren Verlauf bei schizophren ersterkrankten Männern im Vergleich zu prämenopausalen Frauen und erklären es mit antipsychotischen Effekten wie besserer Verträglichkeit und der protektiven Wirkung von Östrogen.

In der hier vorliegenden Untersuchung waren auch die Variablen „Partner“ und „Kind“ mit einer Minderung der Rückfallzahl verbunden, weshalb auch diese Größen als stabilisierende Faktoren zu werten sind.

In unserer Arbeit scheint das Merkmal „Alter“ einen negativ signifikanten Zusammenhang zum 10-%-Niveau zu haben. Zum Beispiel hat eine bei erstmaligem Auftreten der Krankheit junge, 20-jährige Patientin ohne Betreuung und ohne Residualsymptome eine Rückfallrate von 0,43. Wäre diese Patientin aber bei erstmaligem Auftreten der Krankheit schon 40 Jahre alt gewesen, ergäbe sich eine deutlich günstigere Prognose mit 0,25 Rückfällen. Diese Tatsache kann nur so gedeutet werden, als dass ein früher Krankheitsbeginn im Allgemeinen mit vermehrten Rückfällen und damit einer schlechteren Prognose verbunden ist. Ein später Erkrankungsbeginn hingegen führt zu weniger Rückfällen und einer günstigeren Prognose.

Diese Ergebnisse entsprechen zum Beispiel auch hinsichtlich der Prognoseangaben von affektiven Störungen den Literaturangaben (Berger, 2004) Auch hier ist das Risiko einer ungünstigen Prognose, insbesondere bei einem frühen Krankheitsbeginn und einer unvollständigen Remission der ersten Episode, bei genetischen Faktoren und bei fehlender sozialer Unterstützung, erhöht.

In unserer Untersuchung zeigten sich für die Variablen „Persönlichkeitsstörung“ und „Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“ signifikante Ergebnisse. So hatten die Patienten mit Erstdiagnose in einer dieser beiden Kategorien im Durchschnitt circa 2,7mal mehr Rückfälle als etwa Patienten mit der Erstdiagnose Schizophrenie. Dieses Ergebnis lässt sich dahingehend interpretieren, dass Patienten mit der Diagnose Schizophrenie mehr von der Behandlung auf der Soziotherapiestation profitierten als Patienten mit Persönlichkeitsstörungen. Für Patienten mit Persönlichkeitsstörungen (vor allem die hauptsächlich während der Untersuchung auf Station vertretene instabile Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ) scheint die Behandlung nicht so effektiv.

Zahlreiche klinische Studien und epidemiologische Untersuchungen weisen auf die zum Teil hohe Komorbidität der Persönlichkeitsstörungen mit anderen psychischen Störungen hin. Die höchste Überlappung mit circa 85 % findet sich bei Borderline-Persönlichkeitsstörungen, die niedrigste bei Schizophrenie.

Die stärksten spezifischen Zusammenhänge bestehen nach Tyrer et al. (1997) zwischen Cluster B Persönlichkeitsstörungen (antisoziale, Borderline-, histrionische oder narzisstische Persönlichkeitsstörung) und Alkohol- oder Drogenmissbrauch.

Einige Studien weisen zudem darauf hin, dass Patienten mit einer komorbiden Diagnose aus dem Bereich der Persönlichkeitsstörungen einen schwierigeren Behandlungsverlauf zeigen (unter anderem sind häufigere Komplikationen und Rückfälle zu verzeichnen) und oft einen geringeren Therapieerfolg haben.

Laut Shea et al. (1992) profitieren Patienten mit einer Depression und einer Persönlichkeitsstörung weniger von einer Behandlung als Patienten mit einer unkomplizierten Depression ohne Komorbidität. Patienten mit einer komorbiden Diagnose genesen oft langsamer und unvollständiger. Die Ergebnisse dieser Studie sind konkordant mit unserer Arbeit, wonach die Patienten mit Komorbidität (instabile PST und Sucht oder Depression) die höchsten Rückfallzahlen präsentierten.

Eine Rolle dürfte dabei auch spielen, dass Persönlichkeitsstörungen psychopharmakologisch im Vergleich zu anderen psychischen Störungen bisher wenig differenziert behandelbar sind. Die meisten Berichte in der Literatur basieren auf Einzelfallbeobachtungen oder methodisch wenig aussagefähigen Studien, so dass zum gegenwärtigen Zeitpunkt keine allgemeingültige Empfehlung zur medikamentösen Behandlung von Persönlichkeitsstörungen gegeben werden kann.

5.2.2. GAF und CGI in der Katamnese

Im Rahmen der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung mittels der Global Assessment of Functioning Scale (GAF) bezüglich psychischer, sozialer und beruflicher Leistungsfähigkeit, zeigte in unserer Untersuchung bei der Variable „Süchte“ nur das Merkmal „Benzodiazepine“ einen signifikanten negativen Zusammenhang. So wird einem Patienten, der Benzodiazepine konsumierte, ein um circa 7,5 Punkte verringerter GAF vorhergesagt.

Dieses Ergebnis überrascht nicht, da Komorbidität mit Suchterkrankungen erfahrungsgemäß eine Verkomplizierung des Verlaufs psychischer Erkrankungen bedeutet und somit die Schwere der psychischen Erkrankung deutlich beeinflusst. Dass es in der aktuellen Untersuchung, speziell nur für „Benzodiazepine“ deutlich messbare Ergebnisse gab, liegt vor allem an den „Ausschlusskriterien“ der auf Haus 15 behandelten Patienten, wonach primäre und manifeste Suchterkrankungen (u.a. Alkohol, Cannabis, Kokain usw.) ausgeschlossen wurden und somit solche Suchtmittel nicht bzw. nur von wenigen Patienten konsumiert wurden. Im Gegensatz dazu werden Benzodiazepine teilweise auch in der (Akut-)Behandlung schizophrener Psychosen, sowie schwerer depressiver Erkrankungen relativ häufig eingesetzt.

In unserer Arbeit ergab der Schweregrad der Erkrankung, ermittelt durch CGI, dass die Variablen „Ich-Störung“ und „Störung der Affektivität“ einen signifikanten Einfluss auf diesen Wert ausüben. Falls demnach ein Proband bei der Aufnahme „Ich-Störungen“ hatte, verringerte sich seine Chance auf Vollremission um den Faktor 0,1593. Wenn eine „Störung der Affektivität“ bei der Aufnahme bestand, erhöhte sich dagegen die Chance auf Vollremission um den Faktor 8,529. Demnach hatten Patienten mit „Ich-Störungen“ bei der Aufnahme in unserer Untersuchung eine signifikant schlechtere Chance auf „Vollremission“ als solche, die nur „Störungen der Affektivität“ präsentierten.

„Ich Störungen“ kommen im Rahmen schizophrener, schizoaffektiver, bipolarer Erkrankungen, aber auch in Rahmen schwerer Depressionen und Persönlichkeitsstörungen (zum Beispiel bei instabilen Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ) vor.

Aus den Ergebnissen unserer Untersuchung kann man folgern, dass die Patienten, die unter „Ich-Störungen“ litten, nicht nur absolut gesehen einen schlechten klinischen Gesamteindruck zeigten, sondern dass die Verbesserung des Zustandes nach dem Indexaufenthalt beziehungsweise die Chance auf Vollremission deutlich schlechter war als bei Probanden, die nur „Störungen der Affektivität“ aufwiesen. Das bedeutet, dass Probanden, die „Ich Störungen“ aufwiesen, schwerere Verläufe mit einer schlechteren Chance auf Vollremission aufwiesen als solche die nur „affektive Störungen“ aufwiesen. Patienten, die im Vordergrund „affektive Störungen“ zeigten, hatten eine um das 8-fache erhöhte Chance auf Vollremission.

Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit den Resultaten internationaler Studien, wie zum Beispiel der von Coryell et al. (1990), die schizophrenen Patienten nicht nur attestiert, an einer schwereren Erkrankung zu leiden als affektive Patienten, sondern auch eine deutlich langsamere Remission voraussagt.

In der vorliegenden Untersuchung zeigt sich, dass bei der Regression mit dem CGI in der Katamnese Männer eine circa 6-mal so hohe Chance auf einen guten CGI als Frauen haben, sich also Männer auch nach der Entlassung aus der Klinik weiterhin bezüglich der Krankheitssymptome deutlich im Vergleich zu den Frauen besserten.

5.2.3. Lebensqualität in der Katamnese

In unserer Arbeit ergibt auch die Variable „Lebensqualität“ in der Katamnese signifikante Ergebnisse. Die Lebensqualität wurde subjektiv gemessen anhand der Variable „allgemeine Lebenszufriedenheit“. Zusätzlich wurden die Patienten auch zu anderen die Lebenszufriedenheit beeinflussenden Faktoren wie „Anzahl der Rückfälle“, „Medikation zum Katamnesezeitpunkt“, „allgemeiner Behandlungsstatus zum Katamnesezeitpunkt“, „Arbeitssituation zum Katamnesezeitpunkt“, „CGI“, „GAF“, „Wohnverhältnisse“, „Suchtverhalten“ und „Zwischenmenschliche Beziehungen“ befragt.

In unserer Untersuchung ergab eine verbesserte allgemeine Lebensqualität eine 4-mal höhere Chance auf einen guten Heilungsverlauf (CGI). Auch in der Untersuchung von W. Kaiser (1998), der die subjektive Lebensqualität bei chronisch schizophrenen Patienten untersuchte zeigte sich am deutlichsten ein Zusammenhang zwischen einer Verbesserung der psychopathologischen Bewertung und der subjektiven Lebensqualität gemessen anhand der Kriterien „allgemeine Lebenszufriedenheit“ und „Zufriedenheit mit der Wohnsituation“. Alle anderen Bereiche ergaben weniger signifikante Werte.

Vorungati et al. (1998) fanden eine hohe Korrelation zwischen der Selbstbeurteilung eines Patienten und der Einschätzung des behandelnden Psychiaters. In der aktuellen Untersuchung sind die Daten zur „Lebensqualität“, subjektiv von Patienten bewertet im Sinne einer Selbstbeurteilung und die CGI-Daten ist als objektiv anzusehen, da es sich um eine vom Therapeuten eingeschätzte Variable handelt. In diesem Punkt sind die Resultate der hier vorliegenden Untersuchung konkordant mit denen der Vorungati-Studie.

In der Studie von Koivumaa-Honkanen (1996) wurden Patienten unterschiedlicher Diagnosen bezüglich ihrer Lebensqualität verglichen und festgestellt, dass Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis zufriedener waren als Patienten mit anderen Störungsbildern. Die höchste Korrelation mit „Unzufriedenheit“ war bei Depressionen und „schlechte soziale Unterstützung“ feststellbar. Andere Faktoren, die mit einer hohen Unzufriedenheit korrelierten, waren „schlechte Gesundheit“ und „schlechte finanzielle Situation“.

5.2.4. Variable „Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich“

In unserer Arbeit ergab die Variable „Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich“ signifikante Ergebnisse; so verringerte sich die Chance auf „Vollremission“ um den Faktor 0,43, wenn ein Proband diese Merkmale bei der Aufnahme zeigte. Diese Ergebnisse stehen im Einklang mit zahlreichen internationalen Studien.

Nach den Untersuchungen von Brown et al. (1972) und auch Vaughn und Leff (1976) haben bestimmte Einstellungen der nächsten Angehörigen des Patienten einen entscheidenden Einfluss darauf, ob ein schizophrener Patient im Zeitraum bis neun Monate nach der Entlassung aus der stationären Behandlung rückfällig wird oder nicht. Sie entwickelten ein halbstrukturiertes Interview (Canberwell Family Interview), in dem die Häufigkeit kritischer Kommentare in der familiären Kommunikation sowie eine Einschätzung zur allgemeinen Feindseligkeit und entmündigenden Überbehütung „emotional overinvolvement“ untersucht wurde. (Schneider S., Margraf J., 2008)

Insgesamt zeigt sich sowohl in retrospektiven als auch in prospektiven Studien, dass ein hohes Maß an kritischen Kommentaren und feindseligen Einstellungen gegenüber dem schizophrenen Menschen sowie ein übertriebenes Maß an Einmischung in seine Belange das Wiedererkrankungsrisiko deutlich erhöhen, unabhängig vom Geschlecht. Dies gilt in gleichem Maße auch bei medizierten Patienten.

Das Rezidiv fördernde Risiko von high expressed emotion (feindselige Einstellung, Kritik der Angehörigen), wie es in manchen betroffenen Familien vorkommt, ist allerdings nicht schizophrenietypisch, sondern zeigte sich ebenfalls etwa bei psychosomatischen Erkrankungen. In 23 von 26 Verlaufsstudien, die über neun bis 24 Monate liefen, fand sich bei Patienten mit hohen EE (Expressed-Emotion-Indices für das emotionale Klima in der Familie psychisch Erkrankter) eine signifikant höhere Rückfallquote. So lagen für HEE und Schizophrenie die Rückfallzahlen bei 48%, für HEE und Depression bei 64% sowie für HEE und bipolar-manische Erkrankungen sogar bei 90%. (Schneider S., Margraf J., 2008).

Auch in der ANI-Studie (1998) findet man ähnliche Ergebnisse wie in unserer Arbeit; demnach sind Schwierigkeiten im „Sozialkontakt“ sowie die persönliche „Beschäftigungssituation“ für die Prognose nach der Entlassung entscheidend.

5.2.5. Variable „Schulbildung“

Zuletzt erfolgte in unserer Arbeit eine Regression der Variable „Schulbildung“ zur „Vollremission“ mit einem überraschenden Ergebnis: Je besser und höher die Schulbildung unserer Probanden, desto geringer die Chance auf Vollremission. Das Ergebnis ist nicht konkordant mit den meisten Studien und Literaturangaben. Nach der Drift-Hypothese, findet man Schizophrene eher in niederen sozialen Schichten. Nach den Ergebnissen der ANI-Studie besteht eine positive Korrelation zwischen Schulbildung und „Sozialkontaktverhalten“, „täglichen Arbeitsstunden“ und „Lebensunterhalt“.

In der Übersichtsarbeit von Fleischhacker et al. (2011) über die Therapieadhärenz bei schizophrenen Patienten wird ausgeführt, dass Veränderungen der sozialen Situation des Patienten, wie z.B. die Aufnahme einer beruflichen Tätigkeit oder eines Studiums einen Einfluss auf seine Haltung zu Medikamenten impliziert. Ein möglicher Rückschluss aus diesen Ergebnissen ist, dass besser Gebildete evtl. negative Folgen/Stigmatisierung in Studium und Beruf befürchten, möglicherweise deswegen Medikamente früher absetzen und dadurch eine Vollremission verhindern. Weitere Studien zu diesem Thema stehen noch aus.

6. Zusammenfassung

In der hier vorliegenden prospektiven Studie wurden insgesamt 133 Patienten, die in den Jahren 2006 und 2007 im IAK-KMO auf der Soziotherapiestation behandelt wurden, vorerst mittels eines umfassenden Erfassungsbogen bezüglich persönlicher Daten, psychiatrischer Anamnese, sozialer/familiärer Situation, Diagnose, Therapie und Verlauf, CGI, GAF und Weiterbehandlung anhand der Krankengeschichte erfasst.

Anschließend konnten 87 dieser Patienten bezüglich der Anzahl der Rückfälle, der Medikation, dem Behandlungsstatus, der Arbeitssituation, der Wohnverhältnisse, GAF, CGI, den zwischenmenschlichen Beziehungen, der Lebensqualität und zuletzt dem Suchtverhalten zum Katamnesezeitpunkt befragt.

Das Geschlechterverhältnis war relativ ausgeglichen mit 46 weiblichen und 41 männlichen Patienten. Der Altersmedian lag bei 34 Jahren.

Nach Zusammenrechnung aller Diagnosen (Erst-, Zweit- und Dritt diagnose) kam am häufigsten mit knapp 70 % die „Schizophrenie und wahnhaft e Störungen“ (Erkrankungen nach ICD 10: 20-29), am zweithäufigsten „affektive Störungen“ (ICD 10: 30-39) und schließlich „psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen“ vor (ICD 10: 10-19).

Anhand einer deskriptiven Analyse und einer Regressionsanalyse wurde nach potentiellen Prädiktoren gesucht, die vor allem den Krankheitsverlauf und die Prognose beeinflussen. Insbesondere die potentiellen Prädiktoren CGI, GAF, Anzahl der Rückfälle und Remissionsstatus wurden in diesem Zusammenhang in Augenmerk genommen. Operationalisierte Diagnoseverfahren und standardisierte Erhebungsinstrumente erlaubten einen direkten Vergleich der Probanden. Für die Erfassung der Daten wurde ein selbst entworfener Erfassungsbogen entwickelt und die Daten aus der Krankengeschichte des IAK-KMO systematisch erfasst.

Zur Darstellung des Krankheitsverlaufs wurde das 2-Jahres-Katamneseblatt verwendet. Des Weiteren wurde, um psychopathologische Befunde zu objektivieren, der Global Assessment of Functioning Scale (GAF, Endicott, Spitzer 1976) und der Clinical Global Impressions (CGI, National Institute of Mental Health 1970, 1976) benutzt. Die Diagnosen wurden nach ICD 10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Dilling H., Mombour W., Schmidt, M.H.) kodiert.

Bei der deskriptiven Analyse zeigten die Ergebnisse unserer Studie, dass der CGI Verlauf sowohl für männliche als auch für weibliche Patienten während des stationären Aufenthalts einen dreigeteilten Verlauf (Besserung, Verschlechterung, Status quo) nahm. Nach der Entlassung bis zum Zeitpunkt der Katamnesebefragung zeigten alle männlichen Patienten eine erhebliche Verbesserung ihres CGI.

Für die Frauen waren die Verläufe während des stationären Aufenthalts und nach der Entlassung aus der Klinik bis zur Katamneseerhebung ähnlich wie bei den Männern; sie zeigten bei dem Großteil der Patientinnen ebenfalls eine Verbesserung des CGI.

Das bedeutet, dass beide Geschlechter nach ihrer Entlassung aus der Soziotherapiestation eine deutliche Verbesserung bezüglich der Schwere der Erkrankung, gemessen anhand des CGI, erlebt haben, wobei Männer im Durchschnitt etwas stärker profitierten.

Der GAF Wert zeigte bei allen männlichen Patienten sogar ab dem Zeitpunkt der Aufnahme in der Klinik bis zur Katamneseerhebung einen kontinuierlichen positiven Verlauf. Das bedeutet, dass sich die psychischen, sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche der männlichen Patienten nicht nur während des stationären Aufenthaltes, sondern in gleichem Maße auch während des folgenden 2-Jahres-Zeitraums verbessert haben.

Für die weiblichen Patienten zeigte sich ein ähnlicher Verlauf.

Als Fazit lässt sich feststellen, dass sowohl männliche als auch weibliche Patienten im Durchschnitt eine eindeutige Besserung der Krankheitssymptome und der psychischen, sozialen oder beruflichen Leistungsniveaus vom Zeitpunkt der Entlassung bis zum Katamnesezeitpunkt erlebt haben.

In der Regressionsanalyse wurde versucht potentielle Prädiktoren zu finden, die den GAF und den CGI beeinflussen. So wurde eine Korrelation zwischen Konsum von Benzodiazepinen und Verschlechterung des GAF-Wertes um ca. 7,5 Punkte registriert. Das Vorhandensein von „Ich-Störungen“ bei der Aufnahme verringerte die Chance auf Vollremission. Wenn bei der Aufnahme nur „Störungen der Affektivität“ vorhanden waren, war die Chance auf Vollremission deutlich besser (um das 8,5 fache erhöht).

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass Erkrankungen, bei denen „Ich Störungen“ vorhanden waren, zu denen vor allem Erkrankungen aus dem schizophrenen und schizoaffektiven Formenkreis, oder schwere depressive Episoden mit psychotischen Störungen und ausgeprägte Persönlichkeitsstörungen gehören, eine geringere Chance auf Vollremission und damit eine schlechtere Prognose zeigten, was im Konsens zu den meisten Literaturangaben und Ergebnissen von nationalen und internationalen Studien steht.

Weitere Ergebnisse unserer Arbeit im Überblick:

- Eine verbesserte „Lebensqualität“ bei männlichen Patienten führte in der aktuellen Untersuchung zu einer Verbesserung des CGI.
- „Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich“ verringerten signifikant die Chance auf Vollremission.
- Die Anzahl der Rückfälle zwei Jahre vor und zwei Jahre nach dem Indexaufenthalt ergab, dass weit mehr als die Hälfte der Patienten (57 von 87) keinen oder maximal einen Rückfall erlitten haben.
- Die Zahl der Patienten, die ohne Rückfall geblieben sind, ist absolut gesehen nach dem Indexaufenthalt von 31 auf 40 gestiegen, eine Verbesserung von ca. 30 %. In diesem Punkt konnte kein geschlechtsspezifischer Unterschied festgestellt werden.

- In der Regressionsanalyse zeigten die potentielle Prädiktoren „Depression“, „Manie“, „Befürchtungen und Zwänge“, „Affektlabilität“, „Impulskontrollstörungen“ sowie „Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich“ signifikanten Einfluss auf die durchschnittliche Anzahl der Rückfälle.
- Das Merkmal „Alter“ zeigte einen negativ signifikanten Zusammenhang mit der Anzahl der Rückfälle.
- Es besteht ein positiv hochsignifikanter Zusammenhang zwischen dem Vorhandensein von Residualsymptomen (im Sinne eines schweren Verlaufs) und der Anzahl der Rückfälle.
- Gute Werte zu den Variablen „Therapiemotivation“, „Zielüberprüfung bei der Entlassung“ und „Bewertung des Therapieerfolgs durch den Behandler“ vermindern in der vorliegenden Untersuchung die durchschnittliche Anzahl an Rückfälle.
- Patienten mit einem höheren Schulabschluss (Realschule und Gymnasium) und männliche Patienten, die Alkohol konsumieren, haben ebenfalls höhere Rückfallraten.

Die meisten Ergebnisse der aktuellen Untersuchung sind übereinstimmend mit den Resultaten verschiedener Studien. Nur der Zusammenhang zwischen höherer Schulausbildung und zunehmender Rückfallrate ist kontrovers zu den gängigen Literatur- sowie Studienergebnisse.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass sich in der deskriptiven Analyse unserer Untersuchung vor allem für männliche Patienten eine kontinuierliche Verbesserung des CGI und des GAF im Zeitraum nach der Entlassung bis zur Katamnese nach zwei Jahren zeigte, diese somit von der Behandlung auf der Soziotherapiestation am meisten profitierten.

In der Regressionsanalyse unserer Arbeit konnten ebenfalls vor allem Geschlechtsunterschiede gefunden werden. Männer schienen auch hier einen besseren Behandlungsverlauf zu haben als Frauen. Ebenso spielte die subjektive Einschätzung der „Lebensqualität“ in der Katamnese eine bedeutende Rolle.

Unter den verschiedenen potentiellen Prädiktoren fiel auf, dass sich vor allem bei der „Anzahl der Rückfälle“ fünf Merkmale („Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich“, „Depressionen“, „Manie“, „Befürchtungen und Zwänge“ sowie „Impulskontrollstörungen“) mit einem signifikanten Einfluss fanden. Ganz anders sah es beim Remissionsstatus aus, wo sich nur zwei Variablen („Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich“ und „Ich-Störungen“) mit signifikantem Bereich zeigten.

7. Literaturangaben

- Akaike H. (1973): Information Theory and an Extension of the Maximum Likelihood Principle. In: Petrov B.N. and Caski F. (eds.) Originally published in Proceeding of the Second International Symposium on Information Theory, Akademiai Kiado, Budapest: 267-281
- APA American Psychiatric Association (1994): Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders (4th ed.). Washington DC: American Psychiatric Association. Deutsche Bearbeitung: Saß H., Wittchen HU, Zaudig M. (1998): Diagnostisches und statisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV-TR. Göttingen: Hofgreffe: 34
- Angst J. (1998): The emerging epidemiology of hypomania and bipolar II disorder. J Affect Disord.: 143-151 (PubMed-indexed for MEDLINE, PMID:9858074)
- Angst J., Gamma A., Sellaro R., Lavori P.W., Zhang H. (2003): Recurrence of bipolar disorders and major depression. A life-long perspective. Eur Arch Psychiatry Clin Neuroscience: 236-40 (PubMed-indexed for MEDLINE, PMID: 14504992)
- ANI-Studiengruppe der Psychiatrischen Universitätskliniken Berlin-Düsseldorf-Göttingen-München-(Basel-Leipzig), Müller P., Gaebel W., Bandelow B., Köpcke W., Linden M., Müller-Spahn F., 1998: Zur sozialen Situation schizophrener Patienten, Nervenarzt, Springer-Verlag: 204-209
- Bach O., Reuster T. (2002): Ergotherapie und Psychiatrie-Perspektiven aktueller Forschung, Thieme Verlag, Stuttgart: 5, 100-117
- Becker T., Reker T., Weig W. (2005): Psychosoziale Therapien, Handlungsleitlinien, Herausgeber DGPPN, Band 7; Steinkopff Darmstadt: 4-5, 109
- Becker R., Mulot R., Wolf M. (1997): Fachlexikon der sozialen Arbeit, Kohlhammer Verlag Stuttgart, Berlin: Köln
- Berger (2004), Psychische Erkrankungen, Klinik und Therapie, in Zusammenarbeit mit dem Deutschen Cochrane-Zentrum, Herausgegeben von Mathias Berger unter Mitarbeit von Hecht H., (Al-Shajlawi A., Angenendt J., Antes G., Becker T., Bengel J., Berger M., Berner M.M., Bohus M., Calker D.van, Calliess I.T., Caspar F., Diefenbacher A., Ebert D., Fichter M.M., Fiedler P., Förstl H., Freyberger H.J., Fritze J., Frommberger U., Gann H., Günthner A., Härtner M., Hecht H., Hesslinger B., Hiller W., Hohagen F., Hornyak M., Hüll M., Kindt H., Kockott G., Kordon A., Lanczik M.H., Lehmkühl G., Leucht S., Lieb K., Machleidt W., Mann K., Nyberg S., Olbrich H.M., Rief W., Riemann D., Rüther A., Saupe R., Stieglitz R., Vauth R., Voderholzer U., Voges B., Vollmann J., Walden J., Wolf R., Wolfersdorf M.: 405, 413, 456, 457, 477, 480, 487, 488, 499, 521-524, 542, 545, 546, 547, 548, 549, 565, 577, 581, 617-627, 917, 918, 919 S.

- Besag J.E., Clifford P. (1991): Sequential Monte Carlo p-Values. In : Biometrika Nr. 78, 301-304
- Bleuler E. (1911): Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G.(Hrsg.): Handbuch der Psychiatrie, Spezieller Teil, 4. Abteilung, Deutike, Leipzig-Wien.
- Bleuler E. (1972): Long-term course of schizophrenic illness: Bleulers` study reconsidered, von Modestin J., Huber A., Satirli E., Matti T., Hell D, American Journal Psychiatry 2003; 160 (12): 2202-8 ,(PubMed-indexed for MEDLINE)
- Bleuler E.(1983): Lehrbuch der Psychiatrie 15. Auflage. Berlin, Springer Verlag, bearbeitet von Manfred Bleuler: 407
- Böhm B. (2011): Die Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt Sonnenstein 1811-1939, ISBN 978-3-9813772-1-7
- Bogerts B. (1995): Hirnstrukturelle Untersuchungen an schizophrenen Patienten. In : Lieb K., Riemann D., Berger M. (Hrsg.): Biologisch-psychiatrische Forschung - Ein Überblick, Verlag Fischer, Stuttgart: 123-144.
- Bralet M.C., Yon V., Loas G., Noisette C. (2000): Cause of mortality in schizophrenic patients: prospective study of years of a cohort of 150 chronic schizophrenic patients. Encephale.26.: 32-41
- Brenner H.D., Hoffmann H., Heise H. (2000): Sozio- und Psychotherapie schizophrener Störungen, In: Helmchen H., Henn F., Lauter H., Sartorius N. (Hrsg.) Psychiatrie der Gegenwart, Band 5, Springer Berlin Heidelberg New York, 243-264
- Brown et al. (1972): Expressed Emotion and Relapse in Young Schizophrenia Outpatients , in Schizophrenia Bulletin, Vol. 25, No.2, 1999 , King S. and Dixon M.J., 377-386
- Buchheim A., Kernberg O.F., Stone M.H. (2006): Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie
- Ciompi L., Müller C. (1976): Lebensweg und Alter der Schizophrenen, Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium, Editorial Schizophrenia Bulletin , Vol 36, 437-439
- Coryell W., Keller M., Lavori P., Endicott J. (1990): Affective syndromes, psychotic features and prognosis. Arch Gen Psychiatry 47: 651-657
- Cusin C., Seretti A., Lattuada E., Mandelli L., Smeraldi E. (2000): Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. Psychiatry Res. 97: 217-227
- Dalichau G. (2009): SGB V Gesetzliche Krankenversicherung Kommentar: 1-9

- De Haan E.H., Kahn R.S., Aleman A., Hijman R. (1999): Memory impairment in schizophrenia a meta-analysis. Am J Psychiatry 156: 1358-1366
- Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H. (Hrsg), Weltgesundheitsorganisation, Schulte-Markwort E. (2004): ICD 10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen), Kapitel V (F): Klinisch-diagnostische Leitlinien. Hans-Huber-Verlag, 5. Auflage: 58-64
- Dörner K., Plog U. (2000): Lehrbuch der Psychiatrie, Psychiatrie-Verlag Bonn: 514
- Ebert D. unter Mitarbeit von Prof. Dr. Loew T. (2005): Psychiatrie systematisch. 6. Auflage, Uni-Med, Bremen
- Endicott J., Spitzer R.L., Fleiss J.L., Cohen J. (1976): The Global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. Arch Gen Psychiatry: 766-771.
- Everitt B. (1997): The Analysis of Contingency Tables (Logit Modell), New York: 80-107,
- Fahrmeir L., Hamerle A., Tutz G. (1996): Multivariate statistische Verfahren (Logit- Modell), 2. erweiterte Auflage, de Gruyter, Berlin: 257 - 261
- Falkai P., Pajonk F.G. (2003): Psychotische Störungen, Thieme Verlag: 65-66, 69-72
- Finzen A.(2001): Die häufigsten psychischen Krankheiten in „Mit psychisch Kranken leben“, Psychiatrie Verlag, Bonn : 29
- Fleischhacker W., Allen Ch., Erfurth A., Hofer A., Lehofer M., Marcksteiner J., Musalek M., Psota G., Rothenhäusler H.B., Schöny W., Stuppäck Ch. und Wancata J. (2011): Therapieadhärenz bei schizophrenen Patienten, Psychiatrie & Psychotherapie 7/3, Springer Verlag:98-109
- Frisboes R.M. (2003):Soziotherapie gemäß § 37a SGB V, Psychiatrische Indikation, Leistungsbeschreibung und sozialrechtlicher Hintergrund: 596-599
- Gaillard R., Ouanas A., Spadone C., Llorca P.M., Loo H, Bayle F.J. (2006): Benzodiazepines and schizophrenia, a review of the literature, Encephale 32 (6 Pt.1): 1003-10
- Grawe. K. (2004): Neuropsychotherapie, Hogrefe-Verlag
- Guy W. (1976): Clinical Global Impression (CGI). In: Guy W., ECDEU Assesment Manual for psychopharmacology: 217-222

- Häfner H., an der Heiden W. (1984): Evaluation von Veränderungen in einem psychiatrischen Versorgungssystem. In: Baumann U. (Hrsg) Psychotherapie: Makro-Mikroperspektive. Hogrefe, Göttingen: 52-72
- Häfner H., Mann A.H., Wood K., Cross P., Gurland B., Schieber P. (1984): Institutional care of the elderly: a comparison of the cities of New York, London and Mannheim. Soc Psychiatry 19: 97-102
- Häfner H., Maurer K., Löffler W., Fätkenheuer B. (1992): First onset and early symptomiological and neurobiological research into age and sex differences. Eur. Archiv. Psychiatry Clin. Neurosci. 242: 109-118
- Härtner M. (2007): Praxismanual Depression, Deutscher Ärzte Verlag
- Härtter E. (1974): Wahrscheinlichkeitsrechnung für Wirtschafts- und Naturwissenschaftler, Georg-August-Universität, Göttingen
- Hammen C., Ellicott A., Gitlin M. (1992): Stressors and sociotropy/autonomy: A longitudinal study of their relationship to the course of bipolar disorder, Cognitive Therapy and Research, 16,4: 409-418
- Harris T.O. und Brown G.W. (1978): A study of psychiatric disorder in women, ISBN 0422770000: 100, 117, 150
- Harrison G., Hopper K., Craig T., Laska E., Siegel C. , Wanderling J., Dube K.C., Ganev K., Giel R. an der Heiden W., Holmberg S.K., Janca A., Lee P.W., Leon C.A., Malhotra S., Marsella A.J., Nakane Y., Sartorius N., Shen Y., Skoda C., Thara R., Tsirkin S.J., Varma V.K., Walsh D., Wiersma D. (2001): Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow -up Study. British Journal of Psychiatry 178: 506-517
- Hawk A.B., Carpenter W.T.Jr, Strauss J.S. (1975): Diagnostic criteria and 5-year outcome in schizophrenia: areport from the International Pilot Study of Schizophrenia IPP
- Huber et al. (1979): Bonner Langzeitstudie, aus: Die prognostische Bedeutung von Basissymptomen, Vulnerabilität für affektive und schizophrene Erkrankungen, Springer Medizin, von Möller H.J., Deister A. (Hrsg), 1996: 59
- Huber G., Gross G., Schüttler R. (1979): Schizophrenie. Eine verlaufs- und sozialpsychiatrische Langzeitstudie. Springer, Berlin-Heidelberg-New York
- Huber G (1994): Psychiatrie, 5.Auflage Schattauer, Stuttgart-New York
- Hunt N., Bruce-Jones W., Silverstone T. (1992): Life events and relapse in bipolar affective disorder, Journal Affective Disorders, 25: 13-20
- IPP (International Pilot Study of Schizophrenia WHO (1975): Diagnostic criteria and 5-year outcome in schizophrenia: a report from the International Pilot Study of Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry: 32, 342-356

- Jablensky A., Sartorius A.N., Ernberg G., Anker M., Korton A., Cooper J. E., Day R., Bertelsen A. (1992): Schizophrenia: Manifestations, incidence and course in different cultures. A World Health Organization ten-country-study. Psychol. Med. (Monograph. Suppl. 20) Cambridge University
- Jablensky A. (1995): Schizophrenia, The epidemiological horizon. In: Hirsch S.R., Weinberger D.R. (eds) . Blackwell Science, Oxford: 206-252
- Jäger M., Bottlender R., Strauss A., Möller H.J. (2004): Fifteen-year follow-up of ICD-10 schizoaffective disorders compared with schizophrenia and affective disorders. Acta Psychiatr Scand. 109: 30-37
- Jamison K.R., Goodwin F.K. (2007): Manic-depressive illness: Bipolar disorders and recurrent depression, Band 1: 225-250, 335
- Johnson S.L. und Roberts J.E.(1995): Life events and bipolar disorders: Implication from biological theories Psychological Bulletin, Vol. 117 (3): 434-449
- Johnson S.L., Winett C.A., Meyer B., Greenhouse W.J., Miller I.(1999): Social Support and the course of bipolar disorder, Journal of Abnormal Psychology, Vol. 108(4): 558-566
- Juster M. in Sieper I., Orth I., Schuck W. (Hrsg.) (2007): Neue Wege Integrativer Therapie, Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit, Polyloge, Edition Sirius, Aisthesis Verlag, Bielefeld: 491-528
- Kaiser W., Priebe, S. (1998): Zur Messung von Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei chronisch schizophrenen Patienten, Nervenarzt Springer Verlag: 69, 219-277
- Kessing L.V. (2004): Course of illness in depressive and bipolar disorders , Naturalistic study 1994-1999, The British Journal of Psychiatry: 372-377
- Kessler R.C., Mc Gonagle K.A., Zhao S., Nelson C.B., Hughes M., Eshleman S., Wittchen H.U., Kendler K.S. (1994): Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry 51: 8-19
- Klein D.N., Schwartz J.E., Rose S., Leader J.B. (2001): Five year course and outcome of dysthymic disorder. A prospectiv, naturalistic follow-up study. Am. J. Psychiatry 157: 931-939
- Kleining G., Moore H. (1968): Soziale Selbsteinstufung (SSE). Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie: 502-552
- Knoll A. (2000): Sozialarbeit in der Psychiatrie-Von der Fürsorge zur Sozialtherapie, Leske und Budrich, Opladen : 63, 69

- Koivumaa-Honkanen H., Viinamäki H.T., Honkanen R., Transkanen A., Antikainen R., Niskanen L., Jääskeläinen J., Lehtonen J. (1996): Correlates of life satisfaction among psychiatric patients aus Acta Psychiatrica Scandinavica, Volume 94: 372-378
- Kraepelin E. (1889): Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig, Abel (Meixner)
- Kraepelin E. (1893): Psychiatrie 4. Auflage, Abel (Meixner), Leipzig
- Kupfer D.J., Franke E., Grochocinsky V.J., Luther J.F., Houck P.R., Swartz H.A., Mallinger A.G. (2000): Stabilization in the treatment of mania, depression and mixed states. Acta Neuropsychiatrica 2000; 12: 110-114
- Livesley W.J. (1998): Suggestions of a framework for an empirically based classification of personality disorders, Canadian Journal of Psychiatry, 43: 137-147
- Livesley W.J., Jang K.L., Jackson D.M., Vernon P.A. (1993): Genetic and environmental contributions to dimensions of Personality disorders. Am. J. Psychiatry 150: 1826-1831
- Malmberg L., Fenton M. (2001): Individualpsychodynamic psychotherapy and psychoanalysis for schizophrenia and severe mental illness, Cochrane Database of systematic Reviews 3
- Malzacher M, Merz J., Ebnöther D. (1981): Einschneidende Lebensereignisse im Vorfeld akuter schizophrener Episoden, Archiv psychiatrische Nervenheilkunde 230: 227-242
- Melchinger H., Wessels A., Haltenhof H. (2004): Soziotherapie Kapitel 11 in Machleidt W.: Schizophrenie, Behandlungspraxis zwischen speziellen Methoden und integrativen Konzepten: 99-109
- Melchinger H. (1999): Ambulante Soziotherapie, Nomos Verlagsgesellschaft, Baden-Baden
- Miklowitz D.J., Simoneau T.L., Sachs-Ericsson N., Warner R., Suddath R. (1996): Family risk indicators in the course of bipolar affective disorder. In Mundt, C., et al.: Interpersonal Factors in the Origin and Course of Affective Disorders: 204-217
- Modestin J., Huber A., Satili E., Malti T., Hell D. (2003): Long-term course of schizophrenic illness: Bleuler`s study reconsidered, American Journal of Psychiatry, 160: 2202-2208
- Möller, H.J., Müller N. (1998): Schizophrenie - Moderne Konzepte, zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie, Springer Verlag: 39
- Möller H.J., Laux G., Deister A. (1996): MLP, Duale Reihe, Psychiatrie, Hippokrates Verlag

- Möller, H.J., Laux G., Kapfhammer H. (2005): Psychiatrie und Psychotherapie, 2. Auflage, Springer Verlag: 208-209
- Möller, H.J., Schmid-Bode W., Cording-Tömmel C. et al (1988): Psychopathological and social outcome in schizophrenia versus affective/schizoaffective psychoses and prediction of poor outcome in schizophrenia. Acta Psychiatr. Scand. 77: 379-389
- Möller, H.J., Hohe-Schramme M., Cording-Tömmel C. et al. (1998): The classification of functional psychoses and implications for prognosis. Br J Psychiatry.: 467-472
- Möller H.J. (1994): Psychiatrie, Ein Leitfaden für Klinik und Praxis, 2. Auflage, Kohlhammer Verlag: 182
- Möller, H.J., v. Zerssen, D. (1986): Der Verlauf schizophrener Psychosen unter gegenwärtigen Behandlungsbedingungen: Springer Verlag
- Möller H.J., v. Zerssen D. (1995): Course and outcome of schizophrenia. In Hirsch S.R., Weinberger D.R. (eds): Schizophrenia Blackwell Science, Oxford: 106-127
- Pauls H., Mühlum A. (2004): Neuropsychotherapie, Hofgrefe. Göttingen, Klinische Kompetenzen, Eine Ortsbestimmung der Sektion Klinische Sozialarbeit: In „Sozialmagazin“: 22-27
- Paykel E.S., Weissmann M.M. (1974): The depressed woman. A study of social relationships
- Petzold H., Schay P., Ebert W. (2004): Integrative Suchttherapie, Theorie, Methoden, Praxis, Forschung
- Priebe S., Wildgrube C., Mueller-Oerlinghausen B. (1989): Lithiumprophylaxis and expressed emotion, British Journal of Psychiatry 154: 396-399
- Pschyrembel (2012): Klinisches Wörterbuch, 263. Auflage, de Gruyter
- Recker K. (2011): Projekt Schizophrenie, "Compliance Coach", Springer Verlag
- Reumschüssel-Wienert, Ch. (2002): Soziotherapie in Recht und Psychiatrie, Psychiatrie Verlag: 156-159
- Rentrop M., Müller R., Bäuml J.(2009): Klinikleitfaden Psychiatrie und Psychotherapie, 4. Auflage, Urban & Fischer, 2009: 324
- Reuster Th. (2006): Effektivität der Ergotherapie im psychiatrischen Krankenhaus, mit einer Synkope zur Geschichte, Stand und aktueller Entwicklung der psychiatrischen Ergotherapie, Monographien aus dem Gesamtgebiet der Psychiatrie, Herausgeber: Saß H.-Aachen, Sam H.-Jena, Müller-Spahn F.-Basel, Steinkopff Verlag: 18-26, 41,51

- Riedel M., Spellmann I., Musil R., Seemüller F., Möller H.J., Schennach-Wolff R. (2010): Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, LMU München, in ÄP, Neurologie Psychiatrie, "Prädiktoren ermöglichen individuelle Therapie": 25-27
- Robinson D., Woerner M.G., Alvir J.M., Bilder R., Goldman R., Geisler S., Koreen A., Sheitman B., Chakos M., Mayerhoff D., Lieberman J.A. (1999): Predictors of relapse following response from a first episode of schizophrenia or schizoaffective disorder. Arch Gen Psychiatry 56: 241-247
- Rössler W. (1992): Wilhelm Griesinger und gemeindenaher Versorgung, Nervenarzt 64: 257-261
- Schneider F., Weber-Papen S. (2010): Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Springer Verlag: 104, 105, 118
- Schneider K. (1939): Primäre und sekundäre Symptome der Schizophrenie. Fortschritte in der Neurologie und Psychiatrie: 487-491
- Schneider K. (2007): Klinische Psychopathologie, 14. Auflage. Thieme Verlag
- Schneider S., Margraf J. (2008): Lehrbuch der Verhaltenstherapie, Band 2, 3.Auflage, Springer Verlag: 414
- Schott H., Tölle R. (2006): Geschichte der Psychiatrie: Krankheitslehre, Irrwege, Behandlungsformen, Verlag C.H.Beck: 200-442
- Schulte H. (1970): Hermann Simon, Große Nervenärzte in Kolle K., Band 2, Thieme Verlag
- Shea M.T., Elkin I., Imber S.D., Sotsky S.M., Watkins J.T., Collins J.F., Pilkonis P.A., Beckham E., Glass D.R., Dolan R.T., Parloff M.B. (1992): Course of Depressive Symptoms over Follow-up. Findings from the NIMH Treatment of the Depression Collaborative Research Program, Archives of General Psychiatry/49(10): 782-787
- Sieper J., Orth I., Schuch W. (2007): Neue Wege Integrativer Therapie, Klinische Wissenschaft, Humantherapie, Kulturarbeit, Polyloge: 393-467
- Solomon D.A., Keitner G.I., Miller I.W., Shea M.T., Keller M.B. (1995): Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. J Clin Psychiatry 56: 5-13
- Soziotherapie gemäß § 37a SGB V, (2003): Psychiatrische Indikation, Leistungsbeschreibung und sozialrechtlicher Hintergrund, Nervenarzt, Springer Verlag : Seite 596-599
- Strauss J.S., Carpenter W.T. (1974): The prediction of Outcome in Schizophrenia II. Relationship between predictor and outcome variables: A Report from the WHO, International Pilot Study of Schizophrenia. Arch Gen Psychiatry: 37-42

- Thornicroft G., Sartorius N. (1993): The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO Collaborative Study of the Assessment of the Depressive Disorders *Psychologische Med.*: 1023-1032
- Tölle R. (1996): *Psychiatrie* 11. Auflage, Springer Verlag: 252, 364
- Torgersen S., Kringlen E., Cramer V. (2001): The prevalence of personality disorders in a community, *Arch. Gen. Psychiatry* 58: 590-596
- Torgersen S., Lygren S., Oien P.A., Skre I., Onstad S., Edvardsen J., Tambs K., Kringlen E. (2000): A twin study of personality disorders. *Compr. Psychiatry* 41: 416-426
- Tyrer P., Gunderson J., Lyons M., Tohen M. (1997): Special feature: Extent of comorbidity between mental state and personality, *J Pers. Disord.* 11: 242-259
- Vaughn C., Leff J. (1976): The Measurement of expressed emotion in the families of psychiatric patients, *Journal of social and clinical psychology*, 15: 157-165
- Vaughn C., Leff J. (1976): The influence of family and social factors on the course of psychiatric illness: A comparison of schizophrenic and depressive neurotic patients. *British Journal of Psychiatry* 129: 125-137
- Viguera A.C., Baldessarini R.J., Friedberg J. (1998): Discontinuing antidepressant treatment in major depression, *Harv Rev Psychiatry* Mar-Apr: 293-306
- Vogel R., Bell V., Blumenthal S., Neumann N.U., Schüttler R. (1989): Work and psychiatric illness: the significance of the posthospitalization occupational environment for the course of psychiatric illnesses. *Eur Arch Psychiatr Neurol Sci* 238: 213-219
- Vorungati L.N.P., Heslegrave R., Awad A. (1998): Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. *Psychological Med* 28: 165-172
- Wancata J., Kapfhammer H.P., Schüssler G., Fleischhacker W. (2007): *Psychiatrie und Psychotherapie*, Volume 3: 58-64
- Weinmann S., Becker T., Hoffmann H., Puschner B. (2008): *Versorgungsmodelle in Psychiatrie und Psychotherapie*, 1. Auflage, Kohlhammer Verlag
- Wobrock Th., Pajonk F.G., Falkai P. (2005): Longterm Therapy of Schizophrenia aus *Fortschritte Neurologie Psychiatrie*, 73(3): 161-174
- Wobrock Th., Pajonk F.G., D`Amelio R., Falkai P. (2005): Schizophrenie und Sucht, *PsychoNeuro* 31 (9): 433-440

- Zanarini M.C., Gunderson J.G., Frankenburg F.R., Chauncey D.L. (1989): The revised Diagnostic Interview for Borderlines: Discriminating BPD from other Axis II disorders, *Journal of personality disorders*: 10-18
- Zanarini M.C., Frankenburg F.R., Dubo E.D., Sickel A.E., Trikha A., Levin A., Reynolds V. (1998): The Axis II comorbidity of borderline personality disorder. *Comprehensive Psychiatry* 39: 296-305, 1733-1739
- Zerssen D. von. (1988): Definition und Klassifikation affektiver Störungen aus historischer Sicht. In: Zerssen D. von, Möller H.J. (Hrsg.): *Affektive Störungen: Diagnostische, epidemiologische, biologische und therapeutische Aspekte*, Springer-Verlag: 3-11
- Zimmerman M., Mattia J.L. (1999): Differences between clinical and research practices in diagnosing borderline personality disorder, *American Journal of Psychiatry*, No 156: 1570-1574

8. Anhang

CLINICAL GLOBAL IMPRESSION (CGI)

Die Clinical Global Impression (CGI, National Institut of Mental Health 1976) erlaubt den Schweregrad einer psychischen Erkrankung und die Zustandsänderung der Erkrankung eines Patienten zu beschreiben. Die Skala besteht aus drei Items:

Item 1: Schweregrad der Erkrankung

Ausprägung	Itemwert
Nicht beurteilbar	1
Pat. Ist überhaupt nicht krank	2
Pat. Ist Grenzfall psychiatrischer Erkrankung	3
Pat. Ist nur leicht krank	4
Pat. Ist mäßig krank	5
Pat. Ist deutlich krank	6
Pat. Ist schwer krank	7
Pat. Gehört zu den extrem schwer Kranken	8

Item 2: Beurteilung der Zustandsänderung

Ausprägung	Itemwert
Nicht beurteilbar	1
Zustand ist sehr viel besser	2
Zustand ist viel besser	3
Zustand ist nur wenig besser	4
Zustand ist unverändert	5
Zustand ist etwas schlechter	6
Zustand ist viel schlechter	7
Zustand ist extrem schlecht	8

Item 3: Wirksamkeitsindex der medikamentösen Therapie

3.1. Therapeutische Wirksamkeit (gewünschte Arzneiwirkung)

Ausprägung	Itemwert
Nicht beurteilbar	1
Sehr gut; umfassende Besserung. Vollständige oder fast vollständige Remission aller Symptome	2
Mäßig – Deutliche Besserung. Teilweise Remission der Symptome	3
Gering – Leichte Besserung. Teilweise Behandlung des Patienten ist dennoch nötig	4
Zustand ist unverändert oder schlechter	5

3.2. Unerwünschte Wirkungen (Therapierisiken)

Ausprägung	Itemwert
Nicht beurteilbar	1
Keine	2
Beeinträchtigen den Patienten nicht wesentlich	3
Beeinträchtigen den Patienten wesentlich	4
Überwiegen die therapeutische Wirksamkeit	5

Auswertung: Jedes Item wird separat ausgewertet und im Verlauf beurteilt.

GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING SCALE (GAF-SKALA)

(Skala zur Beurteilung des Funktionsniveaus)

Mit dieser Skala wird die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit des Patienten auf einem hypothetischen Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit (von 90) und Krankheit (bis 1) beurteilt. Jeder Zwischenwert ist verwendbar.

Code:

- 90 – 81: Keine oder nur minimale Symptome (z.B. eine leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder- Sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied.)
- 80 – 71: Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.
- 70 – 61: Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) oder einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
- 60 – 51: Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) oder mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenig Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen).
- 50 – 41: Ernsthafte Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) oder jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, unfähig eine Arbeitsstelle zu behalten).
- 40 – 31: Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) oder starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit, Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder der Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
- 30 – 21: Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst oder ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt weitgehend inadäquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
- 20 – 11: Selbst- und Fremdgefährlichkeit (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) oder ist manchmal nicht in der Lage, minimale persönliche Hygiene aufrecht zu erhalten (z.B. schmiert mit Kot) oder weitgehende Beeinträchtigung in Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
- 10 – 01: Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) oder anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten oder ernsthafte Selbstmordversuche mit eindeutiger Todesabsicht.

Erfassungsbogen

1= Zutreffend		Proband 1
Persönliche Daten		
Geschlecht	(1) = Männlich / (2) =Weiblich	
Betreuung	ja nein	
Alter (Jahre)		
Psychiatrische Anamnese		
Krankheitsdauer in Jahren)		
Anzahl bisheriger stat. Aufenthalte		
Schwere der Residualsymptome	keine leicht mittel schwer keine Angaben	
Medikamentencompliance/Therapieadhärenz	gut teilweise schlecht Keine Angaben	
Krankheitseinsicht	gut Teilweise schlecht Keine	
Klinische Syndrome in der Vorgeschichte	Keine Angaben Wahn Sinnestäuschungen Ich-Störungen Depression Manie Antriebs- und psychomotorische Störungen Formale Denkstörung Befürchtungen und Zwänge Sozialer Rückzug Störungen der Affektivität Inadäquater Affekt Affektibilität Impulskontrollstörungen Pseudohaluzinationen Aggressives Verhalten Selbstverletzungen Selbstschädigendes Verhalten Dissoziation Schwierigkeiten im interpers. Kontakt	
Suchtanamnese	Keine Alkohol Cannabis Opiate Benzodiazepine Andere	
Essstörungen	ja nein keine Angaben	
Schwere der Selbstverletzungen	Keine unbekannt Keine Indikation für ärztliche Intervention Notwendigkeit der ärztlichen Intervention Lebensgefährlich	
Häufigkeit der Selbstverletzungen	Keine unbekannt 1x/Monat oder weniger 1-5x/Mo. 5x/Mo. od. mehr	
Anzahl der Suizidversuche	Keine 1-2 3 und mehr	
Missbrauch in der Anamnese	ja nein keine Angaben	
Soziale/familiäre Situation		
Schulabschluss	Kein Schulabschluss Sonderschule Hauptschule ohne Quali Quali Realschule Gymnasium ohne Abitur	
Berufsausbildung	Abitur Keine abgeschlossene Lehre Studium ohne Abschluss Studium abgeschlossen	
Partnerschaft	Nie gehabt ledig/getrennt/geschieden Verh./in fester Partnerschaft	
Kinder	Ja Nein unbekannt	
Beschäftigungssituation	Nie berufstätig gewesen Ohne Beschäftigung: arbeitslos od. EU Rente Auf dem 2. Arbeitsmarkt beschäftigt Auf dem 1. Arbeitsmarkt teil- od. Vollzeit	

Delinquenz	Ja Nein unbekannt	
Schulden	Ja Nein unbekannt	
Familiäre Belastung mit Schizophrenie/Bipolarer Störung/Depression	Nein Unbekannt Bei Verw. 1. Grades Bei Verw. 2. Grades Entferntere Verw.	
Fam. Belastung mit Persönlichkeitsstörungen/Verhaltensstörungen	Nein Unbekannt Bei Verw. 1. Grades Bei Verw. 2. Grades Entferntere Verw.	
Suizid in der Familie	Nein Unbekannt Bei Verw. 1. Grades Bei Verw. 2. Grades Entferntere Verw.	
Somatische Komorbidität	Nein Unbekannt Chronische somat. Erkrankung Multimorbidität	
Klinische Situation Teil I		
Psychiatrische Erstdiagnose bei dem Indexaufenth. (ICD-10)		
Zweitdiagnose nach ICD-10		
Drittdiagnose nach ICD-10		
Klinisches Syndrom/Aufnahmegrund bei dem Indexaufenthalt	Wahn Sinnesstörungen Ich-Störungen Depression Manie Antriebs- und psychomotorische Störungen Formale Denkstörung Befürchtungen und Zwänge Sozialer Rückzug Störungen der Affektivität Inadäquater Affekt Affektibilität Impulskontrollstörungen Pseudohaluzinationen Aggressives Verhalten Selbstverletzungen Selbstschädigendes Verhalten Dissoziation Schwierigkeiten im interspers. Kontakt	
Dauer des Indexaufenthalts in Tagen		
Einweiser	Pat. Selbst Nicht ärztlich: Betreuer, Polizei, Angehörige Ärztlich, nicht psychiatrisch Niedergelassene Psychiater/Institutsambulanz Interne Verlegung Unterbringungsgesetz	
Häufigkeit der Selbstverletzungen während des Indexaufenthalts	Keine Unbekannt 1 x / Monat oder weniger 1 - 5 x / Monat 5 x / Monat oder mehr	
Schwere der Selbstverletzungen Indexaufenth.	Unbekannt Keine Indikation für ärztliche Intervention Notwendigkeit der ärztlichen Intervention Lebensgefährlich	
Medikamentöse Behandlung während des Indexaufenthalts	Keine Medikation erforderlich Reduktion der Anzahl der Medikamente / der Dosis Zunahme der Anzahl der Medikamente / der Dosis Absetzen der bisherigen Medikation Anzahl der Umstellungen der Medikation Medikation unverändert belassen	
Notwendigkeit verstärkter Überwachung / Freiheitseinschränkung	Ja Nein Keine Angaben	
Anzahl der notwendigen Verlegungen auf Akutstation		
Anzahl der Fixierungen auf der Akutstation		
Zielformulierung bei der Aufnahme	Ja Nein Keine Angaben	
Zielüberprüfung bei Entlassung	Ja Nein Keine Angaben	
Therapiemotivation	nicht beurteilbar/unbekannt überwiegend schlecht/problematisch ausreichend ausgesprochen gut	
Therapieaufnahme	Ja Nein Keine Angaben	
Krankheitseinsicht bei Entlassung	Ja Nein Keine Angaben	
Lebensqualität bei Entlassung	Erhalten Verbessert	

	Verschlechtert	
Wohnform nach der Entlassung	eigene Wohnung	
	Wohngemeinschaft	
	Langzeiteinrichtung	
	Betreutes Einzelwohnen	
	Wohnen mit Angehörigen / Lebenspartner	
	Sonstiges	
Anbindung an SPDI / Tagesstätte	Ja	
	Nein	
	Keine Angaben	
Arbeitssituation nach der Entlassung	1. Arbeitsmarkt	
	2. Arbeitsmarkt	
	Ohne Beschäftigung: Arbeitslos oder berentet	
	unbekannt	
GAF	Aufnahme	
	Entlassung	
CGI	Aufnahme	
	Entlassung	
Anzahl der Verletzungen des Therapievertrags/Stationsordnung		
Verträglichkeit der Therapie	Keine Komplikationen	
	UAW ohne Notwendigkeit einer Umstellung	
	UAW mit Notw. Einer Umstellung	
	Schwerwiegende bzw. lebensbedrohliche UAW	
Bewertung des Therapieerfolgs durch Behandler	Verschlechterung	
	Unverändert	
	zufriedenstellend	
	sehr gut	
Art der Entlassung	Regulär	
	Disziplinarisch	
	Vorzeitig gegen ärztlichen Rat	
	Therapieabbruch durch Patient	
Weiterbehandlung	Keine	
	Unbekannt	
	Niedergelassener Psychiater	
	Psychotherapeut	
	Tagklinik / Ambulanz im Hause	
	Hausarzt	
	Anderer Klinik	
Anzahl der Rückfälle	bis 2 Jahre vor Behandlung	
	bis 2 Jahre nach Behandlung	

Erfassungsbogen Katamnese

1= Zutreffend		Proband 1
2-Jahres-Katamnese und soziodemographische Datenerhebung		
Informationen beruhen auf Angaben von	Patient	
	Krankengeschichte	
	Datum der Untersuchung	
Krankheitszustand und Behandlung		
Derzeit akute Krankheitsepisode	Ja	
	Nein	
	Unbekannt	
	Inkomplett remittiert	
Beginn dieser Episode (ungefähres Datum)		
Anzahl der Rückfälle	bis 2 Jahre vor Behandlung	
	bis 2 Jahre nach Behandlung	
Rückfall I		
Behandlung	Stationär	
	Teilstationär	
Datum der (teil-)stationären Aufnahme		
Datum der Entlassung aus (teil-)stationärer Aufnahme		
Teilremission	Ja	
	Nein	
	Unbekannt	
Vollremission	Ja	
	Nein	
	Unbekannt	
Rückfall II		
Behandlung	Stationär	
	Teilstationär	
Datum der (teil-)stationären Aufnahme		
Datum der Entlassung aus (teil-)stationärer Aufnahme		
Teilremission	Ja	
	Nein	
	Unbekannt	
Vollremission	Ja	
	Nein	
	Unbekannt	
Rückfall III		
Behandlung	Stationär	
	Teilstationär	
Datum der (teil-)stationären Aufnahme		
Datum der Entlassung aus (teil-)stationärer Aufnahme		
Teilremission	Ja	
	Nein	
	Unbekannt	
Vollremission	Ja	
	Nein	
	Unbekannt	
Medikation: -Zeitpunkt 2-Jahres-Katamnese		
Art der Neuroleptika	Keine	
	Standard-NL	
	Leponex	
	andere atypische NL	
	Standard-NL & Leponex	
	Standard-NL & andere atypische NL	
	Leponex & andere atypische NL	
	Unbekannt	
Antidepressiva	Keine	
	Trizyklische AD	
	SSRI	
	SNRI	
	NaSSA	
	MAO-Hemmer	
	Kombinationen	
	Unbekannt	
weitere Medikation	Keine	
	Carbamazepin	
	Lithium	
	Valproinsäure	
	Benzodiazepine	
	Anticholinergika	
	Lamotrigin	
	Unbekannt	
Behandlungsstatus: -Zeitpunkt 2-Jahres-Katamnese		
Allgemeiner Behandlungsstatus	Keine Behandlung	
	Stationär	
	Ambulant	
	Teilstationär	
	Unbekannt	
Behandlungsstatus ambulant (medizinisch)	Keine Behandlung	
	Nervenarzt / Psychiater	
	Hausarzt / FA anderer Fachrichtung	
	Psychiatrische Institutsambulanz PIA	
	Unbekannt	
Behandlungsstatus ambulant (psychosoziale Hilfsangebote)	Keine Behandlung	
	SPDI	
	Psychologe / Psychotherapeut	
	Geschützte / Betreute Wohnsituation	
	Betreuter Arbeitsbereich	
	Unbekannt	
Arbeitssituation: -Zeitpunkt 2-Jahres-Katamnese		
Qualität der Arbeit	Keine Arbeit	
	Freier Arbeitsmarkt	

	Zweiter Arbeitsmarkt	
	Beschützter Arbeitsplatz	
	Arbeitstherapie / Tagesstrukturierung	
	Hausfrau / Hausmann	
	Ausbildung	
	Universität	
	Rentner	
	Rehabilitation	
	Unbekannt	
Quantität der Arbeit	Vollzeit (auch Hausfrau, Mutter)	
	Teilzeit	
	Geringfügig beschäftigt (< 10 h)	
	Keine Arbeit	
	Unbekannt	
Beurteilung der Arbeitssituation	Gebessert	
	Verschlechtert	
	Unverändert	
	Keine Angaben	
	Unbekannt	
Wohnverhältnisse und Lebenssituation: -Zeitpunkt 2-Jahres-Katamnese		
Wohnverhältnisse	Stationär / Teilstationär	
	Sozialpsychiat.-Komplementäre Einrichtung	
	Selbständiges Wohnen	
	TWG	
	Kein fester Wohnsitz	
	Unbekannt	
Überwiegende Wohnsituation	Allein	
	bei Eltern bzw. Angehörigen	
	mit Lebensgefährten / Ehepartner	
	Wohngemeinschaft	
	nicht anwendbar	
Beurteilung der Wohnsituation	Gebessert	
	Verschlechtert	
	Unverändert	
	Keine Angaben	
Soziales Funktionsniveau - Zwischenmenschliche Beziehungen: 2- Jahres-Katamnese Zeitpunkt		
GAF		
CGI 1		
Zwischenmenschliche Beziehungen: Ehe-/ Lebenspartner	Gebessert	
	Verschlechtert	
	Unverändert	
	Keine Angaben	
Zwischenmenschliche Beziehungen: Kinder	Gebessert	
	Verschlechtert	
	Unverändert	
	Keine Angaben	
Zwischenmenschliche Beziehungen: andere wichtige Verwandte	Gebessert	
	Verschlechtert	
	Unverändert	
	Keine Angaben	
Zwischenmenschliche Beziehungen: Freunde und Bekannte	Gebessert	
	Verschlechtert	
	Unverändert	
	Keine Angaben	
Lebensqualität:		
in den letzten sechs Monaten	Sehr Gut	
	Gut	
	Mäßig	
	Schlecht	
	Sehr Schlecht	
	Keine Angaben	
Gegenwärtig	Sehr Gut	
	Gut	
	Mäßig	
	Schlecht	
	Sehr Schlecht	
	Keine Angaben	
Suchtverhalten: 2- Jahres-Katamnese Zeitpunkt		
Alkoholmissbrauch bzw. -abhängigkeit	Ja	
	Nein	
	Keine Angaben	
Drogenmissbrauch bzw. -abhängigkeit	Ja	
	Nein	
	Keine Angaben	

9. Danksagung

Mein besonderer Dank gilt Frau Prof. Dr. Dr. Margot Albus für die Überlassung des Dissertationsthemas sowie die geduldige, hilfreiche und motivierende Unterstützung während der gesamten Dauer dieser Arbeit.

Bei den Patienten, ohne deren Mitarbeit diese Arbeit gar nicht möglich gewesen wäre, möchte ich mich ebenfalls bedanken.

Meinem Ehemann kann ich für seine konstruktive, geduldige und liebevolle Unterstützung gar nicht genug danken.

Ebenfalls möchte ich mich bei meinen Eltern, nicht zuletzt auch für die liebe- und aufopferungsvolle Betreuung ihrer Enkel, von Herzen bedanken, so dass ich überhaupt erst die Zeit gefunden habe mich ausreichend mit dieser Arbeit zu befassen.

Auch meine Schwiegereltern waren bei der Kinderbetreuung überaus hilfreich. Vielen Dank dafür.

Meine drei Kinder selbst mussten manches Mal gegenüber dieser Arbeit hintenanstehen. Für ihr zum Ausdruck gebrachtes Verständnis bedanke ich mich ebenfalls.

Zuletzt möchte ich meiner Freundin Maria meinen Dank aussprechen für Ihre Motivationsarbeit auch an den Tagen, an denen dies sicher nicht einfach war.

10. Lebenslauf

Eidesstattliche Versicherung

Laurent, Anna-Maria

Ich erkläre hiermit an Eides statt, dass ich die vorliegende Dissertation mit dem Thema

**2-Jahres-Katamnese bei Patienten einer Soziotherapiestation
Prädiktoren für den weiteren Krankheitsverlauf, demographische und
klinische Variablen, die den Outcome beeinflussen**

selbstständig verfasst, mich außer der angegebenen keiner weiteren Hilfsmittel bedient und alle Erkenntnisse, die aus dem Schrifttum ganz oder annähernd übernommen sind, als solche kenntlich gemacht und nach ihrer Herkunft unter Bezeichnung der Fundstelle einzeln nachgewiesen habe.

Ich erkläre des Weiteren, dass die hier vorliegende Dissertation nicht in gleicher oder in ähnlicher Form bei einer anderen Stelle zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht wurde.

München, 30.09.2013

Anna-Maria Laurent