

Aus dem Isar-Amper Klinikum, Klinikum München Ost
Akademisches Lehrkrankenhaus der Ludwig-Maximilians-Universität München
Ärztliche Direktion: Prof. Dr. Dr. M. Albus

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

Dissertation
zum Erwerb des Doktorgrades der Medizin
an der Medizinischen Fakultät
der Ludwig-Maximilians-Universität zu München

Vorgelegt von
Anna-Maria Laurent

aus
Bukarest

2014

**Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München**

Berichterstatter: Frau Professor Dr. Dr. M. Albus, M. Sc.

Mitberichterstatter: Herr Professor Dr. R. Holle

Mitbetreuung durch den
Promovierten Mitarbeiter:

Dekan: Herr Professor Dr. med. Dr. h.c. Maximilian
Reiser, FACR, FRCR

Tag der mündlichen Prüfung: 20.02.2014

*Meinem Mann,
meinen drei Kindern
und
meinen Eltern gewidmet*

Inhaltsverzeichnis

1.	Einleitung	1
1.1.	Soziotherapie	1
1.1.1.	Charakteristika der Soziotherapiestation im Isar-Amper-Klinikum München-Ost (IAK-KMO)	4
1.2.	Krankheitsbilder der behandelten Patienten	7
1.2.1.	Schizophrenie (schwerpunktmäßig paranoid-halluzinatorische Schizophrenie)	7
1.2.1.1.	Soziodemographische Daten und Epidemiologie	7
1.2.1.2.	Psychosoziale Faktoren	8
1.2.1.3.	Symptomatik	9
1.2.1.4.	Verlauf und Prognose	10
1.2.2.	Affektive Störungen (schwerpunktmäßig Depressionen und schizoaffektive Störungen)	11
1.2.2.1.	Soziodemographische Daten und Epidemiologie	12
1.2.2.2.	Psychosoziale Faktoren	13
1.2.2.3.	Symptomatik	13
1.2.2.4.	Verlauf und Prognose	14
1.2.3.	Persönlichkeitsstörungen (schwerpunktmäßig instabile Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ)	16
1.2.3.1.	Soziodemographische Daten und Epidemiologie	16
1.2.3.2.	Psychosoziale Faktoren	17
1.2.3.3.	Symptomatik	17
1.2.3.4.	Verlauf und Prognose	17
1.2.4.	Komorbidität	18
1.2.4.1.	Schizophrenie und Komorbidität	18
1.2.4.2.	Major Depression und Komorbidität	18
1.2.4.3.	Bipolare Störungen und Komorbidität	20
1.2.4.4.	Borderline Persönlichkeitsstörung und Komorbidität	20
2.	Fragestellung der Arbeit	21
3.	Material und Methode	21
3.1.	Gesamtkollektiv	22
3.2.	Variablen	22
3.2.1.	Soziodemographische Daten	22
3.2.2.	Klinische Variablen	22
3.2.3.	Krankheitsverlauf während der stationären Behandlung	22
3.2.4.	Befinden bei Entlassung	22
3.2.5.	Krankheitsverlauf in der Katamnese (Befragung nach dem stationären Aufenthalt)	23

3.3.	Standardisierte Erhebungsinstrumente	23
3.3.1.	Auswertungsbogen	23
3.3.2.	2-Jahres-Katamnesebogen	23
3.3.3.	GAF (Global Assessment of Functioning Scale)	23
3.3.4.	CGI (Clinical Global Impression)	24
3.4.	Praktische Durchführung der Untersuchung	24
3.5.	Statistische Methoden	25
3.5.1.	Regressionsanalyse	25
3.5.2.	Das Poisson-Modell	26
3.5.3.	Akaikes Informationskriterium (AIC)	26
3.5.4.	Logit-Modell	26
4.	Ergebnisse	27
4.1.	Ergebnisse der Deskriptiven Analyse	27
4.1.1.	Soziodemographische Daten	27
4.1.1.1.	Altersverteilung	27
4.1.1.2.	Krankheitsdauer und Dauer des Indexaufenthaltes	27
4.1.1.3.	Wohnsituation	28
4.1.1.4.	Beschäftigungssituation bei der Aufnahme	29
4.1.1.5.	Schul- und Berufsausbildung	30
4.1.2.	Klinische Variablen	31
4.1.2.1.	Klinische Syndrome in der Vergangenheit	31
4.1.2.2.	Alkohol und Drogenmissbrauch	33
4.1.2.3.	Krankheitsbilder der Patienten nach ICD 10	34
4.1.2.4.	CGI und GAF	36
4.1.2.5.	Krankheitsverlauf im Katamnesezeitraum	39
4.1.3.	Soziales Umfeld	46
4.1.4.	Medikation in der Katamnese	47
4.1.5.	CGI-Verlauf für männliche Patienten in der Katamnese	50
4.1.6.	CGI-Verlauf für weibliche Patienten in der Katamnese	50
4.1.7.	GAF-Verlauf für männliche Probanden	51
4.1.8.	GAF-Verlauf für weibliche Patienten	51
4.1.9.	Anzahl der Rückfälle nach dem Indexaufenthalt	52
4.2.	Ergebnisse der Regressionsanalyse	53
4.2.1.	Anzahl der Rückfälle	53
4.2.1.1.	Potenzielle Prädiktoren: Syndrome bei der Aufnahme	53
4.2.1.2.	Potenzielle Prädiktoren: Residualsymptome, Geschlecht, Betreuung, Alter, Krankheitsdauer in Jahre, Schwere der Residualsymptome	53
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	54

4.2.1.4.	Potenzielle Prädiktoren: Soziodemographische Daten wie Alter, Geschlecht, Beschäftigungssituation, Kind, Partner, Lebensqualität, Schulausbildung	54
4.2.1.5.	Potenzielle Prädiktoren: Süchte, Alkohol, Cannabis, Opiate, Benzodiazepine, andere Süchte.	55
4.2.1.6.	Potenzielle Prädiktoren: Krankheitsbilder aus der Erstdiagnose	55
4.2.2.	GAF in der Katamnese	55
4.2.2.1.	Potenzielle Prädiktoren: Syndrome bei der Aufnahme wie Wahn, Sinnestäuschungen, Ich-Störungen, Antrieb- und psychomotorische Störungen usw.	55
4.2.2.2.	Potenzielle Prädiktoren: Süchte	55
4.2.3.	CGI in der Katamnese	56
4.2.3.1.	Potenzielle Prädiktoren: Syndrome bei Aufnahme	56
4.2.3.2.	Potenzielle Prädiktoren: Soziodemographische Variablen wie Schulausbildung, Beschäftigungssituation, Alter, Geschlecht, Lebensqualität, Kind, Partner	56
4.2.3.3.	Potenzielle Prädiktoren: Süchte nach Geschlechtszugehörigkeit getrennt.	56
4.2.4.	Remissionsstatus	57
4.2.4.1.	Potenzielle Prädiktoren: Syndrome bei Aufnahme	57
4.2.4.2.	Potenzielle Prädiktoren: soziodemographische Daten	57
5.	Diskussion	58
5.1.	Deskriptive Analyse	58
5.1.1.	Soziodemographische Daten	58
5.1.2.	Situation während des Klinikaufenthalts	59
5.1.2.1.	Diagnosen, Dauer des Indexaufenthaltes, Erkrankungsdauer	59
5.1.2.2.	Klinische Syndrome in der Vergangenheit	60
5.1.2.3.	CGI und GAF im Erfassungsbogen	61
5.1.2.4.	CGI und GAF-Verlauf	61
5.1.3.	Situation in der Katamnese	63
5.1.3.1.	Anzahl der Rückfälle, Medikation, Suchtverhalten	63
5.1.3.2.	Wohnsituation, Beschäftigungssituation, soziales Umfeld	64
5.1.3.3.	GAF und CGI-Verlauf zusammenfassend, von der Entlassung aus der Klinik bis zum Katamnesezeitpunkt	66
5.2.	Regressionsanalyse	67
5.2.1.	Anzahl der Rückfälle	67
5.2.2.	GAF und CGI in der Katamnese	72
5.2.3.	Lebensqualität in der Katamnese	73
5.2.4.	Variable „Schwierigkeiten im interpersonellen Bereich“	73
5.2.5.	Variable „Schulausbildung“	74
6	Zusammenfassung	75
7	Literaturangaben	78

8	Anhang	88
9	Danksagung	95
10	Lebenslauf	97
	Eidesstattliche Versicherung	99

1. Einleitung

1.1. Soziotherapie

Definition: Trotz umfassender Literaturrecherche konnte keine einheitliche und allgemeingültige Definition des Begriffs „Soziotherapie“ gefunden werden.

Nach Becker ist „Soziotherapie“ neben Pharmakotherapie und Psychotherapie die dritte Säule in der Behandlung psychiatrischer Erkrankungen, die meistens in Kombination mit ersten beiden benutzt wird. (Becker Th., Reker Th., Weig W., 2005)

Die gleichen Autoren führen zudem aus, dass der Begriff „Soziotherapie“, teilweise mit dem Begriff „Sozialtherapie“ gleichgesetzt, nur noch im deutschsprachigen Sprachraum benutzt wird, im angloamerikanischen ist der Terminus „Psychosoziale Therapie“ („psychosocial Intervention“) am ehesten Synonym. Soziotherapie ist nach Becker „therapeutische Beeinflussung psychischer Störungen durch Interventionen im sozialen Umfeld der Patienten beziehungsweise Maßnahmen, die auf Veränderungen der Interaktionen zwischen den Patienten und ihrer Umgebung abzielen“. Unter Soziotherapie werden psychosoziale Therapieansätze wie Ergotherapie, arbeitsrehabilitative Maßnahmen, Skills Training, psychoedukative Maßnahmen, Familieninterventionen oder Case Management sowie die Milieutherapie zusammengefasst. Außerdem gibt es die ambulante Soziotherapie (§37 a des Sozialgesetzbuches) als eigenständige Leistung im Rahmen der gesetzlichen Krankenversicherung. (Becker Th., Reker Th., Weig W., 2005)

Nach anderen Autoren (Wancata J., Kapfhammer H-P., Schüssler G. und Fleischhacker W., 2007) beschäftigt sich die Sozialpsychiatrie mit der Bedeutung von Umgebungsfaktoren im weitesten Sinne für seelische Krankheiten. Neben der Beschäftigung mit der Epidemiologie, der Versorgung und der sozialen Folgen psychischer Erkrankungen (z.B. Behinderungen, Stigma) gehören auch soziotherapeutische Interventionen (z.B. Angehörigenarbeit, Aktivierung, Case Management) zu den Themenschwerpunkte der Sozialpsychiatrie. Die Wirksamkeit derartiger soziotherapeutischer Methoden wurde mittlerweile in zahlreichen wissenschaftlichen Studien bestätigt.

Sozialpsychiatrie hat daher, genauso wie die biologische und die psychologisch-psychotherapeutische Psychiatrie, in der Forschung und in der Lehre eine unverzichtbare Aufgabe, ohne die eine umfassende Behandlung und Betreuung psychisch Kranker nicht gelingen kann.

In Deutschland ist „Soziotherapie“ seit 2002 im § 37a SGB verankert als eine „definierte ambulante Versorgungsleistung für Patienten mit schweren psychischen Störungen, die sie in die Lage versetzen soll, andere medizinische Behandlungen in Anspruch zu nehmen“. Soziotherapie in diesem Zusammenhang umfasst „Trainings- und Motivationsmethoden sowie Koordinationsmaßnahmen und wird von ambulant zugelassenen Personen erbracht“. Gesetzliche Grundlage ist § 37 SGB V. „Soziotherapie“ ist seit 2002 verordnungsfähig aufgrund „individueller medizinischer Notwendigkeit, Diagnose, Schweregrad und Dauer der Erkrankung, sowie krankheitsspezifischen Funktionsstörungen“. (Grawe K., 2004)

Zur geschichtlichen Vergangenheit der Soziotherapie ein kleiner Überblick:

Wilhelm Griesinger (1817-1868) war einer der ersten deutschen Psychiater, der im Jahr 1862 zum ersten Mal „psychosoziale Ursachen“ in einen Zusammenhang mit „psychiatrischen Erkrankungen“ stellte. Er sah therapeutische Beschäftigung und Unterricht „als brauchbare Behandlungsmethoden“ und „musische Fächer“ als „sinnvolle Ergänzung“ an. (Rössler W, 1992) Den Terminus Sozialpsychiatrie führte Georg Illberg 1904 ein, er wurde aber erst 1950 fester Bestandteil der psychiatrischen Forschung und Praxis. (Schott H., Tölle R., 2006) Georg Illberg (1904) beschrieb „Sozialpsychiatrie“ als „die Lehre von den sozialen Umständen, die für die geistige Gesundheit verderblich sind“. (Schott H., Tölle R., 2006)

Max Fischer (1919) sah die „soziale Psychiatrie“ im Rahmen einer sozialen Hygiene und allgemeinen Wohlfahrtspflege. (Schott H., Tölle R., 2006)

Eugen Bleuler lässt in seiner „Schizophrenielehre“ (1911) und darüber hinaus in seinem „Lehrbuch der Psychiatrie“ (1916) eine sozialpsychiatrische Orientierung erkennen, ohne diesen Terminus zu benutzen. (Schott H., Tölle R., 2006)

Dieses „soziale“ Denken hat seinen Ursprung in sozialhygienischen und sozialphilosophischen Ansätzen des 19. Jahrhunderts, das den Schlüssel zur Verbesserung der gesundheitlichen Situation in „Verständnis und Veränderung sozialer Missstände“ sah. (Möller H-J., Laux G., Kapfhammer H., 2005)

Eine der ersten Einrichtungen, in der soziotherapeutische Elemente Bestandteil der Behandlung waren, war die 1811 bei Dresden gegründete „Anstalt Sonnenstein“. „Gemeinsame Beschäftigung“, „Bewegung“, „Sport und Brettspiele“ sollten die Patienten „zu Ruhe und geordnetem Tun führen“. (Böhm B., 2011).

Älter als der Begriff „Soziotherapie“ ist aber die sozialpsychiatrische Orientierung. Bereits in den Anfängen der französischen Schule der Psychiatrie war für Pinel und Esquirol „das soziale Umfeld in seiner Bedeutung für die Entstehung und Behandlung psychischer Krankheiten“ zu beachten. (Schott H., Tölle R.: Geschichte der Psychiatrie).

Auch in angelsächsischen Ländern gab es bereits zu Beginn des 19. Jahrhunderts Reformbewegungen, die auf die Verbesserung der Lebensbedingungen von psychisch Kranken sowie bereits auf soziotherapeutische Interventionen abzielten. Die englischen Psychiater Connolly (1830) und Hill (1839) hatten bereits damals „die ungünstigen Wechselwirkungen von gestörtem Umfeld (Zwangmaßnahmen) und Verhalten der Kranken“ hergestellt. (Schott H. und Tölle R., 2006).

Eine in Amerika zu Beginn des 20. Jahrhunderts bekannte Behandlungsform, die aus Europa stammte, das „moral treatment“, beruht auf der Annahme, dass eine humane Behandlung der Kranken, zur Stabilisierung der psychischen Erkrankung führen kann. (Bach O., Reuster Th., 2002)

Hermann Simon (1867-1947), Pionier und „Altvater der Arbeitstherapie“, prägte solche Begriffe wie „Erziehung des Kranken zur Sozialarbeit durch Arbeit“. Ab 1914 entwickelte er in Gütersloh und Warstein sein Konzept der „aktiven Krankenhausbehandlung“ (darunter war Arbeitstherapie zu verstehen), wobei im Vordergrund die Beschäftigung aller Patienten stand. (Schott H. und Tölle R., 2006) Diese Behandlungsansätze wurden allerdings nach dem ersten Weltkrieg in den meisten psychiatrischen Kliniken nicht mehr durchgeführt. (Bach O., Reuster Th., 2002)

In Deutschland kam eine Kritik an den unhaltbaren Zuständen in den psychiatrischen Anstalten erst Mitte bis Ende der 60er Jahre des vergangenen Jahrhunderts auf. 1970 wies der Mannheimer Psychiater H. Häfner auf gravierende Mängel der psychiatrischen Versorgung hin. Im Ergebnis entstand die „Enquete der 200“ (benannt nach der Anzahl der Experten, die daran teilnahmen), welche 1975 publiziert wurde und den Anstoß für einen Reformprozess der Psychiatrie in Deutschland gab. (Möller H-J., Laux G. und Kapfhammer H., 2005)

„Soziotherapie“ nach heutigem Verständnis kann man als Teilbereich in einem komplextherapeutischen Ansatz verstehen, zu dem auch psychopharmakologische Behandlungsmaßnahmen und Psychotherapie im „klassischen Sinne“ dazugehören. (Knoll A., 2000)

Das „Soziotherapie“-Konzept basiert dabei auf unterschiedlichen Theorieansätzen. Sie beinhalten lerntheoretische, gruppenspezifische, edukative und pädagogische Ansätze. (Knoll A., 2000)

Der Begriff „Soziotherapie“ kann nicht allgemeingültig definiert werden und ist in der psychiatrischen Fachwelt zum Teil umstritten (Reumschüssel-Wienert Ch., 2002) .

Als Terminus wird „Soziotherapie“ nur noch von deutschen bzw. deutschsprachigen Autoren benutzt, während er im angloamerikanischen Raum durch „psychosocial therapy“, also „psychosoziale Therapie“ ersetzt worden ist.

Soziotherapie ist weniger störungsspezifisch wie z.B. die biologischen und psychotherapeutischen Ansätze, sie geht viel mehr von der sozialen Situation und individuell und situativ festgelegten Defiziten und Ressourcen des Patienten aus. (Becker Th., Reker Th., 2005)

Eine einheitliche, allgemeingültige Definition des Soziotherapiebegriffs ist problematisch, da eine „wissenschaftliche Begründung der soziotherapeutischen Methodik“ fehlt. Es fehlen „genaue Analysen der therapeutischen Situation und der darin wirksamen Faktoren sowie der Einflüsse des Umfeldes. (Knoll A., 2000)

Weitere Definitionsversuche:

Die Abgrenzung zur Psychotherapie erklärt Zimmermann et al. (1979) dadurch, dass „Soziotherapie eine spezifizierte professionelle Hilfeform darstellt, die in Abgrenzung zur Psychotherapie lebensorientiert ist und sich auf die Realitätsbewältigung im „Hier und Jetzt“ hauptsächlich konzentriert. (Knoll A., 2000)

Nach Dörner regeln Patienten in der Psychotherapie ihre „Innenpolitik“ und in der Soziotherapie ihre „Außenpolitik“. (Dörner K., Plogg U., 2000)

Soziotherapie im stationären Bereich findet schon seit Jahrzehnten in der Psychiatrie Anwendung, wobei der rechtliche Rahmen erst durch die Psychiatriepersonalverordnung im Jahre 1991 geschaffen wurde. Innerhalb dieser Verordnung wird Soziotherapie definiert als „handlungsorientierte Einflussnahmen auf die Wechselwirkungen zwischen der Erkrankung des Patienten und seinem sozialen Umfeld“. (Reumschüssel-Wienert Ch., 2002)

Nach Rennschüssel-Wienert sind Ziele der soziotherapeutischen Interventionen im stationären Bereich vor allem das Erkennen von Informationsdefiziten und problematischen Einstellungen hinsichtlich des sozialen und beruflichen Lebens und die Anregung einer konstruktiven Lebensplanung und -führung.

Zusammenfassend kann man unter Soziotherapie alle Verfahren subsumieren, die durch Einbeziehung der Angehörigen im Rahmen des therapeutischen Prozesses, durch Psychoedukation, Vernetzung von Arbeit- und Wohnungssicherung, sowie über Tagesstruktur und soziale Kontakte zu einer günstigen Beeinflussung der Erkrankung führen können. „Eine „Sonderform der Soziotherapie“ ist die „Milieuthherapie“, bei der durch Veränderungen in der Umgebung des Patienten ein günstiger Verlauf der Erkrankung postuliert wird.

1.1.1. Charakteristika der Soziotherapiestation im Isar-Amper-Klinikum München-Ost (IAK-KMO)

Stationskonzept der Soziotherapiestation IAK-KMO

Stationsmerkmale:

Offene Station mit 20 Betten des Fachbereichs Allgemeinpsychiatrie West. Die Patienten kamen schwerpunktmäßig aus dem Versorgungssektor (damals West), in kleinerer Zahl auch aus den übrigen Sektoren und über den Einzugsbereich des KMO hinausgehend. Die PatientInnen wurden überwiegend von den Akutstationen verlegt, aber auch direkt aufgenommen.

Zielgruppe:

Als Zielgruppe wurden jüngere PatientInnen (18-50 Jahre) mit Psychosen oder Persönlichkeitsstörungen in komplexen psychosozialen Problemlagen genannt, die mit den üblichen allgemeinpsychiatrischen Behandlungsstandards der stationären, teilstationären und ambulanten regionalen Einrichtungen nicht oder nicht ausreichend behandelt werden konnten.

Konzept:

Das multiprofessionelle Team arbeitete tiefenpsychologisch orientiert auf der Grundlage eines psychodynamischen Krankheitsverständnisses. Die Gestaltung von Beziehungen war für alle Berufsgruppen zentraler Arbeitsinhalt.

Mit der jeweiligen Beziehungsdynamik eines Patienten, die sich im Alltag und in den therapeutischen Kontakten herstellte, wurde gearbeitet. Gemeinsam mit dem Patienten wurde versucht, die entstandenen Probleme zu erkennen und zu klären, um neue Beziehungserfahrungen zu ermöglichen. Damit strebte man an, Bewältigungsmechanismen wie Frustrations- und Stressintoleranz sowie soziale Kompetenz vermitteln und Beziehungs- und Kontaktfähigkeit verbessern zu können. Wohlwollender Respekt, einfühlsames Verständnis wie das Ernstnehmen der Wünsche der PatientInnen sowie der MitarbeiterInnen und der Anforderungen der Realität waren die Grundlagen eines haltgebenden wie die Entwicklung fördernden Therapieansatzes. Ein besonderer Schwerpunkt der Behandlung lag in der Erschließung bestehender Ressourcen der PatientInnen unter der Einbeziehung der Angehörigen und des sozialen Umfeldes.

Behandlungsziele:

- Gestaltung und Vorbereitung einer möglichst eigenverantwortlichen Lebensführung in den Bereichen Wohnen, Arbeit, soziale Kontakte und Freizeit. Dabei wurden die Möglichkeiten des ambulant-komplementären Bereichs mit Eingliederungshilfen und insbesondere auch intensiv betreuten Maßnahmen genutzt und so frühzeitig wie möglich in die Entlassungsplanung miteinbezogen.
- Planung und Einleitung einer regelmäßigen ambulanten psychiatrischen Behandlung.
- Vermittlung sinnvoller professioneller Hilfen wie ambulante Psychotherapie, sozialpsychiatrische Behandlung, Kontakt zu Selbsthilfeorganisationen.

Behandlungsinhalte:

Die Behandlung gliederte sich in 3 Phasen:

1. Kontaktaufnahme und Beziehungsaufbau
2. Bearbeitung der Symptomatik, insbesondere der Beziehungsstörung im Einzel-, Gruppen- und soziotherapeutischen Setting
3. Entlassvorbereitung und Planung der ambulanten Weiterbehandlung

Mit jedem Patienten wurde ein individueller Therapieplan erarbeitet. Besonderer Wert wurde auf eine kontinuierliche Therapieteilnahme gelegt.

Das psychotherapeutische Angebot umfasst: 1 mal wöchentlich Einzelgespräche (45 Minuten), 2 mal wöchentlich Gruppengespräche (jeweils 60 Minuten) sowie zusätzlich Angehörigen – und Familienberatung nach Bedarf.

Die Psychotherapie orientierte sich am beziehungsanalytischen Konzept und an der Gruppentheorie von I.D. Yalom. Es wurde ein verbindlicher Rahmen geschaffen durch festgelegte Zeiten, geschützten Raum und Schweigeregeln. In der Gruppentherapie bestand die Aufgabe der Therapeuten darin, die oft verdeckte Gefühlsebene der Patienten anzusprechen und auf den ablaufenden Gruppenvorgang zu beziehen.

Das Sozio- und psychotherapeutische Angebot umfasst: Bezugspersonenpflege, sozialpädagogische Beratung und Begleitung, tägliche Morgenrunde und wöchentliches Meeting, Interaktionsgruppe, Entlassungsvorbereitungsgruppe, Beschäftigungs- und Arbeitstherapie, Kunsttherapie, Musiktherapie, Sport- und Bewegungstherapie, therapeutisches Reiten, pädagogisches Haushaltstraining sowie berufliche Rehabilitationsberatung.

Zusammenarbeit im multiprofessionellen Team:

- Spezifische Qualifikationen und kontinuierliche Fortbildung aller Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams
- Wöchentliche Verlaufsbesprechungen mit Erstellung eines Behandlungsfokus für jeden Patienten, der auf der Grundlage psychodynamischer Zusammenhänge gemeinsam erarbeitet und fortgeschrieben wurde, dabei sollten sich unterschiedliche Therapieangebote sinnvoll ergänzen und konkrete Ziele erreicht werden.
- Regelmäßige Intervision und externe Supervision, an der alle Berufsgruppen des multiprofessionellen Teams teilnehmen.

Behandlungsfokussierung:

Die Entwicklung eines psychodynamischen Verständnisses der Erkrankung und Einschätzung der psychosozialen Situation mit Festlegung realisierbarer Ziele für den stationären Aufenthalt stand im Vordergrund. Dazu wurde innerhalb der ersten zwei Wochen nach der Übernahme eines Patienten in der Verlaufsbesprechung, an der alle Berufsgruppen beteiligt waren, eine Zielkonferenz abgehalten. Dort wurden für Alle verbindliche Behandlungsziele formuliert.

Regelmäßige Überprüfung des Behandlungsverlaufs:

In den 14-tägigen Verlaufsbesprechungen wurden die in der Zielkonferenz gemeinsam festgelegten Ziele regelmäßig überprüft und gegebenenfalls angepasst.

Fazit:

In der Soziotherapiestation, ehemaliges Haus 15 des Isar-Amper-Klinikum München-Ost, lagen die Schwerpunkte der Behandlung auf Multiprofessionalität und einer Kombination aus soziotherapeutischen Interventionen und psychotherapeutischer Behandlung, um eine möglichst eigenverantwortliche Lebensführung in den Bereichen Wohnen, Arbeit, soziale Kontakte und Freizeit sowie Planung und Einleitung ambulanter psychiatrischer Weiterbehandlung zu ermöglichen.

1.2. Krankheitsbilder der behandelten Patienten

1.2.1. Schizophrenie (schwerpunktmäßig paranoid-halluzinatorische Schizophrenie)

Die schizophrenen Psychosen bilden eine der Hauptgruppen der so genannten „endogenen Psychosen“. In ihrem Erscheinungsbild sind sie sehr „vielgestaltig“ und es bleibt offen, ob „alle dazu gezählten Erscheinungsbilder wirklich zu derselben Krankheitseinheit“ gehören. Deshalb wird im klinischen Bereich und in „vorsichtigen Formulierungen“ häufig auch von „Psychosen aus dem schizophrenen Formenkreis“ gesprochen. (Möller H-J., 1994)

Kraepelin (1893) prägte den Begriff „Dementia praecox“ wegen des frühen Beginns und des ungünstigen Verlaufs der Erkrankung. (Schneider F., Weber S., 2010)

Nach E. Bleuler (1911) stellen die „Grundsymptome“ die Kernstörung dieser Erkrankung dar, die er allesamt als „Ausdruck einer Spaltung der Persönlichkeit“ ansah und entsprechend für den Terminus Schizophrenie plädierte. (Bleuler M., 1983)

Wesentliche Kriterien des in ICD 10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) und DSM-IV verwendeten Schizophreniebegriffs leiten sich von den Konzepten Kraepelins und E. Bleulers ab, ergänzt durch Kurt Schneiders „Erstrangsymptome der Schizophrenie“.

1.2.1.1. Soziodemographische Daten und Epidemiologie

Schizophrenie kommt in jeder Population vor. Dabei gibt es sehr unterschiedliche Studien zu den Prävalenzzahlen von Schizophrenie (Brugger-Deutschland -1931, Strömgen -1938, Bojholm und Stromgen-1989, Dänemark, Lemikan et al. -1943, USA, Lin et al. - 1989, Taiwan, Rotstein-1977, frühere UdSSR). (Berger, 2004)

Bei der Mehrheit der aufgeführten Studien fanden sich Prävalenzraten zwischen 1,4 und 3,9/1000, was in Anbetracht der Unterschiede bei der Erhebung psychopathologischer Befunde und unterschiedlich verwendeter Diagnosesysteme eine relativ geringe Varianz darstellt (Berger, 2004). In den von der WHO durchgeführten Studien zum Outcome of severe Mental Disorders (Sartorius et al., 1986; Jablensky et al. 1992) in zehn verschiedenen Ländern auf vier Kontinenten wurde, bei Verwendung einer auf die Kernschizophrenie mit Erstrangsymptomen Kurt Schneiders beschränkten Symptomatik, für alle Zentren eine ähnliche Inzidenzrate von 0,1/1000 gefunden.

Die Erkrankung tritt bevorzugt zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr auf und zählt zu den zehn am häufigsten zur Behinderung („Disability Adjusted Life Years“) führenden Erkrankungen in diesem Alter. (Wobrock Th., Pajonk F.G., Falkai P., 2004)

Die Schizophrenie lässt sich am Besten in ihrer Komplexität durch das „Vulnerabilitäts-Stress-Bewältigungs-Modell“ erklären, wonach auf dem Boden einer genetischen Vulnerabilität (Disposition) endogene und exogene Faktoren biologischer und psychosozialer Natur (Auslöser), bei gleichzeitig reduziertem Verarbeitungsmodus und nicht ausreichenden Bewältigungsstrategien (Coping), zu einer akuten psychotischen Symptomatik führen. (Schneider F., Weber S., 2010)

Es lässt sich „kein Geschlechterunterschied feststellen“. Männer und Frauen erkranken gleich häufig an Schizophrenie, wobei Männer im Durchschnitt signifikant früher erkranken, nämlich im Alter zwischen 15 und 25 Jahren, Frauen dagegen im Alter zwischen 25 und 30 Jahren, weshalb Männer im Allgemeinen auch früher behandelt werden. Nach Häfner et al. (1992) liegt das „durchschnittliche Prädeliktionsalter für den Ausbruch der Erkrankung der Männer bei 21 Jahren und der Frauen bei 26 Jahren“. Das Morbiditätsrisiko ist höher in städtischen Gebieten, bei Migrationshintergrund, bei Personen, die während der Wintermonate geboren wurden, bei Alleinstehenden, bei niedrigerem sozioökonomischen Status („Drift-Hypothese“). (Schneider F., Weber S., 2010)

Sowohl für die nördliche als auch für die südliche Hemisphäre, wenn auch in Letzterer weniger ausgeprägt, wurde ein Überschuss von ca. 10% der an Schizophrenie Erkrankten im Winter geboren, weswegen der „Einfluss von Umweltfaktoren“ diskutiert wurde, wie etwa Infektionen im 2. Trimenon der Schwangerschaft. (Berger, 2004)

1.2.1.2. Psychosoziale Faktoren

Neuere Studien zeigen, dass kritische Lebensereignisse bzw. „high expressed emotion“ und schizophrene Prodromalsymptomatik im Sinne eines sich „wechselseitig verstärkenden Teufelskreises“ zur manifesten Erkrankung führen. (Berger, 2004)

Dem „Vulnerabilitäts-Stress-Modell“ (Disposition plus bestimmte Stressoren – „life events“, HEE-Muster/High Expressed Emotions) kommt insgesamt, wie bereits oben erwähnt, eine bedeutsame Rolle zu, da es nicht nur „verschiedene ätiopathogenetische Modelle vereint, sondern auch eine individuelle Planung psychosozialer Interventionsmaßnahmen zur Verminderung von Rückfällen“ zulässt. (Berger, 2004)

Die Selektions- oder Drifthythese von Yesavage (1983) besagt, dass psychiatrische Patienten allgemein im Verlauf ihrer Erkrankung einen sozialen, gesellschaftlichen und wirtschaftlichen Abstieg durchlaufen und häufiger in niedrigeren sozialen Schichten als die Herkunftsfamilie zu finden sind. Es wird kontrovers diskutiert, ob dies auf soziale Mitverursachung oder sozialen Abstieg der Betroffenen zurück zu führen ist. (Schneider F., Weber S.2010)

1.2.1.3. Symptomatik

Die schizophrenen Erkrankungen zeigen eine klinische Vielfalt an Symptomen, die jedoch nicht pathognomisch für diese Erkrankung sind. Zu den häufigsten Symptomen gehören Wahrnehmungsstörungen, inhaltliche und formale Denkstörungen, Ich-Störungen, Störungen des Affektes, der Psychomotorik, des Antriebs, der Konzentration und teilweise des Gedächtnisses. Die Ausprägung der Symptome ist je nach Schizophrenie-Typ (paranoid-halluzinatorisch, hebephren, kataton usw.) unterschiedlich stark. Bei akuten Schizophrenien dominieren vor allem „positive Symptome“, bei chronischen Schizophrenien eher die „negativen Symptome“.

Nach ICD 10 (International Classification of Diseases, 2011), die von der WHO (Weltgesundheitsorganisation) herausgegeben wird, orientieren sich die diagnostischen Leitlinien an den Symptomen 1. und 2. Ranges von Kurt Schneider (1957).

1. Gedankenlautwerden, Gedankeneingebung oder Gedankenentzug, Gedankenausbreitung.
2. Kontrollwahn, Beeinflussungswahn, Gefühl des Gemachten, deutlich bezogen auf Körper- oder Gliederbewegungen.
3. Kommentierende oder dialogische Stimmen, die über den Patienten und sein Verhalten sprechen...
4. Anhaltender, kulturell unangemessener oder völlig unrealistischer (bizarrer) Wahn, wie der, eine religiöse oder politische Persönlichkeit zu sein, übermenschliche Kräfte und Fähigkeiten zu besitzen...
5. Anhaltende Halluzinationen jeder Sinnesmodalität, begleitet von flüchtigen oder undeutlich ausgebildeten Wahngedanken...
6. Gedankenabreißen oder Einschlebung in den Gedankenfluss...
7. Katatone Symptome wie Erregung, Haltungstereotypien oder wächserne Biegsamkeit...
8. Negative Symptome wie auffällige Apathie, Sprachverarmung, verflachte oder inadäquate Affekte, zumeist mit sozialem Rückzug und verminderter sozialer Leistungsfähigkeit.
9. Eine eindeutige und durchgängige Veränderung bestimmter umfassender Aspekte des Verhaltens der betreffenden Person, die sich in Ziellosigkeit, Trägheit, einer in sich selbst verlorenen Haltung und sozialem Rückzug manifestiert. (ICD 10, Dilling H., Mombour W., Schmidt M.H., 2011)

1.2.1.4. Verlauf und Prognose

Der Verlauf der Schizophrenie kann sehr unterschiedlich sein, vom perakuten bis zum chronisch schleichenden Beginn wird alles beobachtet. Bleuler (1983) beschrieb elf verschiedene Verlaufstypen, von einfachen zu wellenförmigen Verläufen. In der „ICD 10“ werden 8 verschiedene Verlaufsbilder beschrieben:

- kontinuierlich
- episodisch, mit zunehmenden Residuum
- episodisch, mit stabilem Residuum
- episodisch remittierend
- unvollständige Remission
- vollständige Remission
- sonstige
- Beobachtungszeitraum weniger als ein Jahr

Für die Praxis vereinfachend hat sich die Einteilung in 3 Phasen bewährt, eine Prodromalphase, eine aktive Erkrankungs- und eine Residualphase (Berger, 2004). In der Prodromalphase sind vor allem „negative Symptome“ kennzeichnend, die der aktiven Erkrankungsphase meist vorausgehen. Erstmanifestation florider psychotischer Symptome steht häufig am Anfang der aktiven Erkrankungsphase, die als häufigster Verlaufstyp einen Wechsel von psychotischen Symptomen und (partieller) Remission zeigt.

Die hohe Mortalitätsrate bei schizophren Erkrankten ist in mehrfachen Untersuchungen belegt. In der Untersuchung von Jablensky (1995) fand sich eine relative jährliche Mortalitätsrate von 21/1000 für männliche und von 15/1000 für weibliche Patienten. Hauptsächlich verantwortlich für die hohe Mortalitätsrate sind Suizide und Unfälle. Gegenüber der Allgemeinbevölkerung ist die Lebenserwartung schizophrener Erkrankter deutlich reduziert auch aufgrund anderer Erkrankungen, die z.B. als Folge von körperlicher Vernachlässigung zu sehen sind. Nach der Studie von Bralet et al. (2000), hatten Patienten mit positiven Symptomen ein höheres Sterberisiko als diejenigen mit hauptsächlich negativen Symptomen.

In der Bonner Langzeitstudie (Berger, 2004) wiesen 22 % der Patienten eine Vollremission auf und nur bei 35 % bestand ein Residuum (entgegen des von Kraepelin postulierten negativen Verlaufs der Schizophrenie). 56 % der Patienten waren voll, 19 % der Patienten begrenzt erwerbsfähig. Nach Berger (2004) kann man „Aussagen über den Verlauf der Schizophrenie nur über kurz- und mittelfristige (ca. 5 Jahren) Zeiträume“ machen, wobei auch diese nur von „mäßiger Treffsicherheit“ sind.

„Positive Prädiktoren“ für einen günstigeren Verlauf sind Ehe und weibliches Geschlecht, akuter und später Krankheitsbeginn, wenige und kurze Krankheitsepisoden, gute Verträglichkeit der Behandlung, Behandlung mit einem atypischen Antipsychotikum, wenig Negativsymptome, wenig depressive Symptome, frühes Ansprechen auf Behandlung, Arbeitstätigkeit, gutes prämorbidestes Leistungsniveau, Zufriedenheit mit der Behandlung, gute Therapietreue. (Riedel M., Spellmann I., Musil R., Seemüller T., Möller H-J., 2010)

Nach Wobrock et al. (2004) ist der Verlauf der Schizophrenie mit einer „hohen inter- und intraindividuellen Variabilität verbunden, wobei ca. 40% der Patienten als deutlich gebessert einzuschätzen sind und eine vollständige Remission bei 7 - 30 % der Patienten zu erreichen ist. Eine niedrige Ausprägung der Negativsymptome und wenig ausgeprägte kognitive Störungen sind mit einem günstigen Verlauf verbunden.

Laut anderen Autoren ist mangelnde Compliance einer der Hauptrisikofaktoren für ein Rezidiv. Ohne medikamentöse Prophylaxe liegt die Rückfallquote im ersten Jahr bei 75%, im zweiten Jahr bei 80% gegenüber 30% bzw. 50% unter antipsychotischer Behandlung. Zudem verlängert sich mit jedem Rückfall die Zeitspanne bis zur Remission und wächst die Gefahr von Residualsymptomen. (Berger, 2004)

Ursache für mangelnde Compliance sind Nebenwirkungen bzw. die Angst davor, die Diskrepanz zwischen Krankheitsvorstellung und Therapiererwartung. Durch Psychoedukation kann man nachweislich die Anzahl der Rückfälle reduzieren. Die Langzeitergebnisse der PIP (Psychose-Informations-Projekt München) ergaben, dass nach 7 Jahren Patienten ohne Psychoedukation im Durchschnitt dreimal so viele Tage in psychiatrischen Kliniken (225 Tage) wie Patienten mit Psychoedukation (75 Tage) verbrachten. (Recker K., 2011)

1.2.2. Affektive Störungen (schwerpunktmäßig Depressionen und schizoaffektive Störungen)

Affektive Erkrankungen sind bereits seit der Antike bekannt und wurden von Hippokrates im 4. Jahrhundert vor Chr. als „Melancholie“ und „Manie“ bezeichnet und präzise beschrieben. „Kahlbauer“ führte 1880 den Begriff der Zykllothymie ein, um die beiden Pole, Manie und Melancholie, als unterschiedliche Zustände zu verdeutlichen, die ein einziges Krankheitsbild darstellen. (Berger, 2004)

Kraepelin prägte den Begriff des „manisch-depressiven Irresein“ und postulierte, dass auch „unipolare Depressionen“ unter dieser Krankheit zu subsumieren seien. (Berger, 2004)

Eugen Bleuler (1911) nannte die manisch-depressive Erkrankungen „Affekt-Psychosen“ und zwar unabhängig von ihrem Schweregrad. (Bleuler M., 1983). Familien und Verlaufsstudien aus den 60-er Jahren besagen zum ersten Mal, dass unipolare Depressionen doch von den bipolaren Erkrankungen abzugrenzen seien.

Laut ICD 10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen) werden affektive Störungen wie folgt eingeteilt:

- F30 manische Episode
- F31 bipolare affektive Störungen
- F32 depressive Episode
- F33 rezidivierende depressive Störungen
- F34 anhaltende affektive Störungen
- F38 andere affektive Störungen und
- F39 nicht näher bezeichnete affektive Störungen unterteilt.

Nach folgenden Kriterien werden die Subgruppen weiter charakterisiert:

- nach ihrer Schwere
- nach dem Auftreten psychotischer typischer Symptommuster
- nach ihrem Verlauf (voll oder partiell remittierend)
- nach einer saisonalen Bindung
- bezüglich der Frequenz wiederkehrender Erkrankungsphasen

1.2.2.1. Soziodemographische Daten und Epidemiologie

Die Angabe exakter Zahlen zur Inzidenz und Prävalenz depressiver Störungen ist dadurch erschwert, dass in vielen Studien unterschiedliche Diagnosekriterien, wie ICD-8, ICD-9 oder ICD-10, DSM-III, DSM-III-R oder DSM-IV angewendet wurden. Depressionen sind neben Angststörungen die häufigsten psychiatrischen Erkrankungen. (Rentrop M., Müller R., Bäuml J., 2009)

Weltweit erleiden 16 - 20% der Menschen zumindest einmal im Leben eine klinisch relevante depressive Störung (Härtner M., 2007). Die Lebenszeitprävalenz an einer Depression zu erkranken liegt weltweit bei 16 - 20%. In epidemiologischen Studien, die in Europa durchgeführt wurden, erbrachte die Major Depression/depressive Episode Punktprävalenzen zwischen 3% und 7% und für die Dysthymie, Werte zwischen 1 und 2 %. Für Major Depression wird ein Lebenszeitrisiko von 15 - 18% angenommen, für die Dysthymie zwischen 6% und 8%. Etwa 10% der Bevölkerung entwickeln im Verlauf ihres Lebens eine leichte depressive Störung (Minor Depression). (Berger, 2004)

Zahlreiche internationale Studien zu Punkt oder Lebenszeitprävalenz bestätigen die Tatsache, dass Frauen doppelt so häufig erkranken wie Männer. Als Risikofaktoren gelten neben weiblichem Geschlecht ein schwaches soziales Netz und sozioökonomische Faktoren wie Arbeitslosigkeit und schlechte Schulbildung (Schneider F., Weber S., 2010).

Die Lebenszeitprävalenz von bipolaren Störungen liegt bei 0,4%. Das Morbiditätsrisiko affektiver Psychosen beträgt etwa 1%. Dabei verlaufen ca. 65% der Psychosen unipolar und 30% der Fälle bipolar. Nur bei ca. 5% kommt es zu rein manischen Episoden (Berger, 2004). Nach einer Untersuchung von Jules Angst (Kohortenstudie 1998) leiden möglicherweise bis zu 12 % der Bevölkerung an einer bipolaren Störung. Realistischere Einschätzungen gehen von 3 - 4 % aus, d.h. drei- bis viermal häufiger als schizophrene Erkrankungen. (aus Falkai P., Pajonk F.G., 2003)

Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei unipolaren Depressionen zwischen 40 und 45 Jahren, bei bipolaren Erkrankungen etwa zehn Jahre früher. Im Gegensatz zu unipolaren bestehen bei bipolaren Störungen keine Unterschiede in der Erkrankungshäufigkeit (Berger, 2004). Als „Alterdepression“ wird die Depression bei den über 65 jährigen bezeichnet. Sie ist die häufigste psychische Erkrankung in dieser Altersklasse. Die Mortalitätsrate ist wegen des verstärkten Suizidrisikos in den depressiven Phasen mit 10-15 % deutlich erhöht. (Schneider F., Weber S., 2010)

Für Dysthymien gibt es neuere Studien (Berger, 2004), die entgegen früherer Annahmen, dass beide Geschlechter gleich häufig betroffen seien, nunmehr belegen, dass Frauen im Verlauf ihres Lebens doppelt so häufig erkranken, aber keine höheren Morbiditätsraten aufweisen. Bei früherem Beginn der Erkrankung kommt es häufig im Verlauf zur Entwicklung einer Major Depression. In der prospektiven Studie von Klein et al. (2001) entwickelten 74% der Patienten in einem Zeitraum von 5 Jahren eine Major Depression, die einen chronischen Verlauf nahm.

Das Lebenszeitrisko an einer bipolaren affektiven Störung zu erkranken liegt bei 1-2 %. (Rentrop M., Müller R., Bäuml J., 2009)

Für bipolare Erkrankungen gibt es keine Geschlechtsunterschiede; das Erkrankungsalter liegt deutlich früher als bei unipolaren Verläufen. Die erste Symptomatik tritt bereits im Mittel mit 15,5 Jahren auf, die Diagnosekriterien werden mit bereits 18 Jahren erfüllt und die erste Behandlung findet im Schnitt im Alter von 22 Jahren statt. (Berger, 2004)

1.2.2.2. Psychosoziale Faktoren

Für psychosoziale Belastungen steht beim Menschen der direkte Nachweis eines Einflusses auf das aminerge und cholinerge Transmittersystem bis heute noch aus. (Berger, 2004)

Nach Tölle beginnen und verlaufen die meisten affektiven Störungen relativ unabhängig von Umwelteinflüssen. Andererseits wurde ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Depression bei verwitweten, geschiedenen, sozial isolierten und arbeitslosen Personen sowie bei Personen in einkommensschwachen Schichten festgestellt. (Schneider F., Weber S., 2010)

Im Hinblick auf psychosoziale Stressoren gilt aber, dass Lerneffekte und soziale Unterstützung den depressiogenen Effekt von Stressoren abpuffern können.

Die so genannte Life-Event-Forschung ergab, dass Depressive im Vorfeld der Erkrankung mehr belastende Ereignisse zeigten (ca. 25 %) im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe (nur 5 %). Andererseits verdeutlichen diese Zahlen, dass nur ca. ein Viertel der Probanden in Zusammenhang mit belastenden Faktoren eine Depression entwickelten und, dass auch andere Faktoren (genetisch, neurobiologisch) prädisponierend wirken müssen. (Berger, 2004)

1.2.2.3. Symptomatik

Das klinische Bild der Depression kann sehr vielgestaltig sein. Bei einer Major Depression stehen depressive Verstimmung, Interessenverlust und Freudlosigkeit, Grübelneigung, Energielosigkeit und Ermüdbarkeit, Schlafstörungen, psychomotorische Störungen, Konzentrations- und Denkstörungen sowie das Gefühl von Wertlosigkeit und Schuld im Vordergrund. Außerdem können suizidale Gedanken sowie psychotische Symptome eine bedeutende Rolle spielen.

Bei larvierten Depressionen spielen vor allem unspezifische vegetative Symptome (Obstipation, Kopfschmerzen, Muskelkrämpfe, Herzbeschwerden, Ohrgeräusche usw.) eine bedeutende Rolle.

Entscheidend für die Diagnose ist, dass die Symptome mindestens 2 Wochen andauern und eine deutliche Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit vorliegt.

Nachdem bisher nicht nur im internationalen Vergleich, sondern sogar zwischen einzelnen Kliniken (Berger, 2004) gravierende Unterschiede in der Charakterisierung und Typisierung affektiver Erkrankungen bestanden, haben die weitgehend kongruenten Diagnosesysteme von ICD-10 und DSM-IV zu einer verbindlichen Beschreibung der Einzelsymptome geführt.

Eine bipolare Störung wird diagnostiziert, wenn innerhalb von zwei Jahren mehrere depressive und hypomane Stimmungsschwankungen auftreten.

Bei der ausgeprägten Manie steht im Mittelpunkt der Erkrankung eine gehobene expansive oder reizbare Stimmungslage, die schnell in ein aggressiv-zorniges Verhalten umschlagen kann. Gesteigertes Selbstwertgefühl oder Größenideen, vermindertes Schlafbedürfnis, Ideenflucht, Ablenkbarkeit, psychomotorische Unruhe sowie exzessive Beschäftigung mit angenehmen Aktivitäten (Geldausgaben, sexuelle Abenteuer, geschäftliche Investitionen) prägen das klinische Bild.

Bei den bipolaren Störungen werden Bipolar I Störungen mit einer 7 - 14-tägigen oder seltener auch länger andauernden manischen (oder gemischten) Episode sowie einer depressiven Episode (Major Depression) und die häufiger diagnostizierte Bipolar II Störung mit mindestens einer 14 Tage anhaltenden depressiven Episode, gefolgt von mindestens einer Hypomanie, unterschieden. In den aktuellen Diagnosesystemen werden leichtere, aber chronifizierte Formen einer depressiven Verstimmung als Dysthymien bezeichnet. (Falkai P., Pajonk F.G., 2003)

1.2.2.4. Verlauf und Prognose

Bei den meisten Patienten treten Depressionen als Episoden oder Phasen auf, d.h. sie sind selbstlimitierend und klingen auch ohne therapeutische Hilfe ab. Untersuchungen aus Zeiten vor der Psychopharmaka-Ära ergaben eine regelmäßige Episodendauer von 6 - 8 Monaten. Durch Behandlungsmaßnahmen (Psychopharmaka, Psychotherapie, EKT oder Schlafdeprivation) kann diese Dauer erheblich gekürzt werden.

Epidemiologischen Studien zufolge (Berger, 2004) remittieren die rezidivierenden Depressionen unter Behandlung in ca. 50 % der Fälle innerhalb von 8 Wochen; nach 16 Wochen beträgt die Remissionsrate ca. 75 %, wobei die Behandlung der ersten Phase etwas länger dauert als die nachfolgender Episoden.

Bei ca. 2/3 der depressiv Erkrankten kommt es zu einer vollständigen Remission, bei ca. 1/3 der Erkrankten tritt lediglich eine partielle Remission ein.

Etwa 25 % der Depressionen treten nur einmalig auf, bei 55 - 65 % der Erkrankten kommt es im weiteren Verlauf zu mindestens einem Rezidiv, wobei mit jedem Wiederauftreten der Erkrankung das erneute Erkrankungsrisiko um 16 % ansteigt. Ca. 10 % der Patienten entwickeln einen chronischen Verlauf. Jede depressive Episode ist mit einem steigenden Suizidrisiko verbunden. 40 - 70 % aller Suizide erfolgen im Rahmen einer Depression. (Berger, 2004)

Bipolare Erkrankungen sind in der Regel chronische Erkrankungen. Die Patienten erreichen in der Regel eine komplette Remission, die meisten erleiden aber innerhalb von 5 Jahren ein Rezidiv. (Falkai P., Pajonk F.G., 2003) Nach einer Erhebung von Kupfer et al. (2000) sprechen Manien recht rasch (innerhalb von 10 Wochen sind 50% der Patienten remittiert) auf eine Behandlung an. Dagegen dauert die Behandlung von bipolaren Depressionen erheblich länger. Komplikationen sind zu einem der Suizid und Schwierigkeiten im privaten, beruflichen und sozialen Bereich. Ebenfalls wird ein erhöhter Missbrauch psychotroper Substanzen registriert.

Kennzeichnend für die bipolaren Erkrankungen ist der phasenhafte Verlauf von depressiven und manischen Episoden. Im Gegensatz zu Depressionen, setzen manische Phasen oft plötzlich ein, können aber auch langsam aus hypomanen Vorphasen entstehen. Die Dauer der einzelnen Episoden ist sehr unterschiedlich (Berger, 2004). Im Mittel weisen die Lebenszeitverläufe acht manische bzw. depressive Episoden auf (Berger, 2004). Ca. 5 - 15 % der Patienten entwickeln im Laufe eines Jahres mindestens vier Episoden - „rapid cycling“ - und haben eine ungünstige Prognose. (Falkai P., Pajonk F.G., 2003)

In ca. 50 % der Fälle weisen bipolare Patienten psychotische Symptome auf.

Die Suizidhäufigkeit beträgt 15 - 30 % für bipolar Erkrankte und liegt somit höher als bei den unipolaren Depressionen (ca. 15 %). (Zerssen D., Möller H.J., 1988) Unipolare Manien treten, im Vergleich zu Depressionen, sehr selten auf (ca. 5 %). Die Dauer der einzelnen Episoden ist sehr unterschiedlich, von einigen Wochen bis Monaten. (Zerssen D., Möller H.J., 1988) Die Phasen klingen meist ohne Residuen ab und die Patienten erlangen Vollremission. Trotzdem weisen 20 - 30 % der unipolar manisch erkrankten Patienten auch im freien Intervall Störungen im Sinne einer Stimmungs labilität bzw. Beeinträchtigungen im interpersonellen oder beruflichen Bereich auf.

Bei Bipolaren Störungen, die durch ein frühes Erkrankungsalter gekennzeichnet sind (im Mittel erste Symptome mit 15,5 Jahren) kommen auch schulische und zwischenmenschliche Probleme zum Vorschein, die sich selbst nach Abklingen der akuten Krankheitsepisode in schwerwiegenden Anpassungsschwierigkeiten bemerkbar machen können. (Berger, 2004)

Für die Major Depression ist das Risiko einer ungünstigen Prognose vor allem mit einem frühen Krankheitsbeginn und einer unvollständigen Remission der ersten Episode verbunden.

Außerdem ist dieses Risiko erhöht bei Patienten, bei denen eine ausgeprägte familiäre genetische Belastung, fehlende soziale Unterstützung, vorbestehende Defizite der sozialen Anpassung sowie chronische zwischenmenschliche z.B. familiäre oder berufliche Probleme bestehen. (Berger, 2004)

In mehreren Studien wird insbesondere die Bedeutung kritischer Lebensereignisse hervorgehoben (Hammen, Ellicot u. Gitlin 1992, Hunt, Bruce-Jones u. Silverstone 1992) sowie die Qualität sozialer Beziehungen (Miklowitz et al. 1996: Priebe, Wildgrube u. Mueller-Oerlinghausen 1989) als Prädiktoren für einen Rückfall bei bipolaren Störungen diskutiert.

In der Studie von Johnson (1999) zu der Bedeutung zwischenmenschlicher Interaktionen auf den Verlauf von bipolaren Erkrankungen konnte nachgewiesen werden, dass Patienten, die eine zufriedenstellende soziale Unterstützung durch wichtige Bezugspersonen erhalten, kürzere Remissionsraten und niedrigere Rückfallzahlen für depressive Episoden hatten als eine Vergleichsgruppe.

Es ist unbestritten, dass ein Zusammenhang zwischen belastenden Lebensereignissen und der Rezidivneigung bei bipolaren Erkrankungen besteht. (Johnson S.L., Roberts J.E., 1995)

In der Studie von Angst et al. (2003) wurde das Rückfallrisiko von bipolaren und unipolaren Patienten untersucht. Dabei wurden 186 depressive Patienten sowie 160 Bipolar I und 60 Bipolar II Patienten in einer 40-jährigen Follow-up Studie untersucht. Diese Studie bestätigt, wie auch zahlreiche Literaturangaben, das gegenüber Depressiven frühere Erkrankungsalter bipolar Erkrankter bei der Erstmanifestation der Erkrankung. Ebenfalls literaturkonkordant ist die Anzahl der Krankheitsepisoden, wonach bipolare Patienten zwar kürzere, dafür aber häufigere Krankheitsepisoden aufweisen. Das Fazit dieser Studie ist, dass das Rückfallrisiko für bipolare Patienten doppelt so hoch wie für depressive Probanden ist.

Die Studie von Cusin et al. (2000), durchgeführt an 182 depressiven und 244 bipolar Erkrankten, ergab, dass das Rückfallrisiko proportional zur Anzahl der vorangegangenen Krankheitsepisoden ansteigt.

1.2.3. Persönlichkeitsstörungen (schwerpunktmäßig instabile Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ)

1.2.3.1. Soziodemographische Daten und Epidemiologie

Die Punktprävalenz der Borderline Störung wird mit Zahlen zwischen 0,8 und 2 % angegeben (Berger, 2004, Übersicht Stone, 2000). Eine aktuellere Studie aus Norwegen (Torgersen et al., 2001) erbrachte eine Punktprävalenz von 0,8 %. Von den untersuchten Personen waren mehr als 70% Frauen und die überwiegende Mehrzahl der Betroffenen (über 80 %) befand sich in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung. Diese Zahl ist allerdings insofern kritisch zu bewerten, als dass männliche Borderline-Patienten eher zu Impulsdurchbrüchen neigen, weshalb weniger dieser Personen in psychiatrisch-psychotherapeutischer Behandlung zu finden sind, dafür aber mehr wegen verschiedener Delinquenzen in Gefängnissen untergebracht sind.

1.2.3.2. Psychosoziale Faktoren

Psychosoziale Faktoren werden vor allem durch das neurobehaviorale Entstehungskonzept der BPS erklärt. Dieses Modell postuliert das Zusammenwirken genetisch bedingter neurobiologischer Faktoren wie Dissoziationsneigung, Störungen der Reizkontrolle und der Affektmodulation, mit psychosozialen Variablen wie sexuellem Missbrauch und emotionaler Vernachlässigung. Im Weiteren entwickelt sich ein dysfunktional kognitiv-emotionales Schema, das sich in Störungen der Identität, der Beziehungsregulation, der Affektregulation und der Handlungssteuerung manifestieren. (Berger, 2004)

1.2.3.3. Symptomatik

Typische Merkmale der BPS nach ICD 10 sind (internationale Klassifikation psychischer Störungen):

Mindestens drei der folgenden Eigenschaften oder Verhaltensweisen müssen vorliegen:

- deutliche Tendenz, unerwartet und ohne Berücksichtigung der Konsequenzen zu handeln.
- deutliche Tendenzen zu Streitereien und Konflikten mit anderen, vor allem dann, wenn impulsive Handlungen unterbunden und getadelt werden.
- Neigung zu Ausbrüchen von Wut oder Gewalt mit Unfähigkeit zur Kontrolle explosiven Verhaltens.
- Schwierigkeiten in der Beibehaltung von Handlungen, die nicht unmittelbar belohnt werden.
- unbeständige und unberechenbare Stimmung.

Zusätzlich müssen mindestens zwei der folgenden Eigenschaften und Verhaltensweisen vorliegen:

- Störungen und Unsicherheit bezüglich Selbstbild, Zielen und „inneren Präferenzen“ (einschließlich sexueller)
- Neigung, sich auf intensive, aber instabile Beziehungen einzulassen, oft mit der Folge von emotionalen Krisen.
- übertriebene Bemühungen das Verlassen werden zu vermeiden.
- wiederholt Drohungen oder Handlungen mit Selbstbeschädigung.
- anhaltende Gefühle von Leere.

1.2.3.4. Verlauf und Prognose

Die methodisch sorgfältigste Studie stammt von Zanarini et al. (1998), in der von 379 untersuchten Patienten mit einer diagnostizierten instabilen Persönlichkeitsstörung vom Borderline-Typ, bei 96 % die Diagnose einer depressiven Erkrankung gestellt wurde. 88,5 % litten zusätzlich an Angststörungen, 64 % an Substanzmissbrauch oder -abhängigkeit und 53 % an einer zusätzlichen Essstörung. Die Komorbidität mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis war dagegen sehr gering (1 %).

Außerdem ergab sich eine Komorbidität zu anderen Persönlichkeitsstörungen (PST) wie „dependente PST“ (50 %), „ängstlich vermeidende PST“ und „paranoide PST“ (jeweils 40 %) sowie „passiv-aggressive“ und „antisoziale“ PST mit jeweils ca. 25 %. Eine paranoide PST wurde deutlich häufiger bei Männern als bei Frauen diagnostiziert. (Berger, 2004)

1.2.4. Komorbidität

1.2.4.1. Schizophrenie und Komorbidität

Bei etwa 15 – 65 % aller schizophrenen Patienten liegt gleichzeitig ein komorbider Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit vor. Dabei ist Cannabis in der Regel die häufigste illegale Droge und damit nach Alkohol und Tabak (Prävalenzraten sehr divergierend zwischen 15 und 65 %) die häufigste missbrauchte Substanz. (Wobrock T. et al., 2005)

Bei 46 - 80 % der stationär und bei 20 - 43 % der ambulant behandelten an Schizophrenie erkrankten Patienten wurden in diversen Studien neben der psychischen eine gleichzeitige somatische Erkrankung diagnostiziert. In 46 % der Fälle verschlechterte diese Komorbidität die psychische Verfassung und in 7 % der Fälle war sie sogar lebensbedrohlich. (Berger, 2004) Dabei spielen Abhängigkeit von Alkohol, Psychostimulanzien, Benzodiazepine, Antiparkinsonmittel, Koffein und Nikotin eine Rolle.

In der „10-Länder-Studie zum Outcome of Severe Mental Disorders“ (Sartorius et al. 1992) der Weltgesundheitsorganisation berichteten 57 % der männlichen Patienten von Alkoholmissbrauch im Jahr vor der Befragung. In drei der Studienzentren fand sich bei 24 - 41 % der Patienten ein Drogenmissbrauch (vor allem Marihuana und Kokain). Für Nikotinabhängigkeit bei schizophrenen Psychosen wird eine Prävalenzrate von 68 – 94 % (Berger, 2004).

Die Komorbidität mit Suchterkrankungen ist ein bedeutsamer Faktor für Verlauf und Prognose der Schizophrenie.

Nach Schneider F. und Weber S. (2010) besteht eine hohe Komorbidität mit Suchterkrankungen (die höchste insgesamt unter psychiatrischen Erkrankungen), an erster Stelle mit Depressionen, gefolgt von Substanzmissbrauch und somatischen Erkrankungen (v.a. kardiovaskuläre, respiratorische und Infektionskrankheiten).

1.2.4.2. Major Depression und Komorbidität

Nach Burns et al. (2005) zeigt die Lebenszeitdiagnose „Depression“ keine negativen Effekte auf die Entstehung einer Suchterkrankung.

Depressionen gehören zu dem am häufigsten mit Suchterkrankungen assoziierten psychischen Störungen.

Als Erklärung ist unter anderem das „Selbstmedikationsprinzip“ bekannt, durch das Linderung depressiver Symptome wie Angst, Unruhe, Schlafstörungen mittels Konsum von Alkohol und psychotropen Substanzen angestrebt wird. Es entsteht ein „Teufelskreis“, bei dem Sucht und depressive Symptome sich gegenseitig verstärken.

Nach Davis et al. (2005) weisen 28 % der Patienten mit Depressionen gleichzeitig eine Suchterkrankung auf. Die Prävalenzraten depressiver Syndrome bei Abhängigkeitserkrankungen variieren in der Literatur mit Werten von 2 % bis 90 % sehr stark, wobei in der Mehrzahl der Studien die Prävalenzraten zwischen 30 % und 60 % betragen. (Daepfen et al., 2000)

Ca. 10 % der Patienten litten im Vorfeld an einer Dysthymie, bei hospitalisierten Patienten beträgt die Rate an so genannten doppelten Depressionen ein Vielfaches. (Berger, 2004)

Sehr häufig besteht eine Komorbidität mit Angst- und Panikerkrankungen, wobei es teilweise schwierig zu entscheiden ist, welche Erkrankung zuerst vorhanden war. Nach Literaturangaben ist es aber häufiger, dass sich zuerst eine Angststörung entwickelt hat. (Berger, 2004). Bei 20 - 39 % der Depressionen werden zusätzlich auch ausgeprägte Angst- und Panikstörungen diagnostiziert. Diese führen zu einem höheren Grad von Therapieresistenz und Chronifizierung. (Berger, 2004)

Einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf und die Prognose hat eine Komorbidität mit Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit, wobei Studien mit relevanten und zuverlässigen Daten hierzu fehlen.

Ebenfalls wird in der Literatur (allerdings ohne Angaben zur relativen Häufigkeit) Komorbidität mit begleitenden Persönlichkeitsstörungen vor allem vom narzisstischen, histrionischen und Borderline-Typ, mit Zwangserkrankungen oder Anorexie und Bulimia nervosa als prognostisch ungünstig angeführt. (Berger, 2004).

Für Essstörungen mit begleitender Depression wird eine erhöhte Chronifizierungs- und Suizidrate als für isolierte Essstörungen angegeben.

Prävalenzraten zwischen Depressionen und Rauchen liegen bei 20 - 49 %. (Berger, 2004) 30 - 60 % der alkoholabhängigen Frauen weisen in verschiedenen Studien depressive Syndrome und Angststörungen vor. (Berger, 2004)

Bei alkoholabhängigen Männern sind die Zahlen etwas niedriger, aber immer noch eindeutig (20-40 %). Allerdings ist es schwierig im Falle der Komorbidität zwischen Alkohol und Depressionen zu unterscheiden, da es häufig bei längerfristig erhöhtem Alkoholkonsum, aber auch während des Entzugs und kurz danach, zu ausgeprägten Angst und Depressionssymptomen kommen kann, die sich im weiteren Verlauf zurückbilden.

1.2.4.3. Bipolare Störungen und Komorbidität

Die Häufigkeit von komplizierenden Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeiten ist bei bipolaren affektiven Erkrankungen deutlich höher als bei unipolaren Erkrankungen. (Berger, 2004).

Nach einer Untersuchung von McElroy et al. (1998) weisen ca. 41 % der bipolaren Patienten eine Substanzabhängigkeit auf. Bei 44 % der bipolaren Patienten wird eine zusätzliche Angststörung diagnostiziert, bei 15 % werden die Kriterien einer Essstörung erfüllt und bei 10 % kann die Diagnose einer Essstörung gestellt werden. (Falkai P., Pajonk F.G., 2003)

1.2.4.4. Borderline Persönlichkeitsstörung und Komorbidität

Die Komorbidität zu anderen psychiatrischen Erkrankungen, vor allem zu Depressionen, zu Substanzmissbrauch bzw. -abhängigkeit sowie anderen Persönlichkeitsstörungen ist sehr groß. Bei der instabilen Persönlichkeitsstörung wird häufig auch eine Major Depression diagnostiziert. (Falkai P., Pajonk F-G., 2003). Hingegen ist die Komorbidität zu Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis sehr gering (weniger 1 %).

In den Studien zur BPS von Zanarini et al. (1998) sowie Zimmermann und Mattia (1999) waren affektive-, Angst- sowie Essstörungen im Vergleich zu der Kontrollgruppe häufiger anzutreffen. Substanzmissbrauch trat weniger häufig als bei der antisozialen Persönlichkeitsstörung auf, aber deutlich häufiger als bei anderen Persönlichkeitsstörungen. (Zanarini et al., 1989)

Männer zeigen mehr Substanzstörungen auf, Frauen eher Essstörungen und posttraumatische Belastungsstörung. (Zanarini et al., 1998)

2. Fragestellung der Arbeit

Ziel dieser Dissertationsarbeit war, mit Hilfe der erhobenen Daten, unter Anwendung statistischer Methoden (deskriptive und Regressions-Analyse) Prädiktoren zu finden, die den Therapieerfolg bei den auf der „Soziotherapiestation“ im IAK-KMO behandelten Patienten beeinflussen beziehungsweise vorhersagen können.

Außerdem wurde nach validen Prädiktoren gesucht, die signifikante Unterschiede oder Parallelen zwischen den unterschiedlichen Krankheitsverläufen der einzelnen Patienten erklären können.

3. Material und Methode

3.1. Gesamtkollektiv

Das Gesamtkollektiv der Studie umfasste ursprünglich 146 Patienten, die in den Jahren 2006 und 2007 auf der Soziotherapiestation im IAK-KMO behandelt wurden. Von diesen Patienten, konnten anschließend 133 methodisch erfasst werden (13 Patientenakten waren im Archiv oder auf den Stationen im IAK-KMO entweder nicht auffindbar oder nicht abgeschlossene Krankengeschichten und deswegen nicht verwertbar oder einsehbar).

Letztendlich konnten von den 146 Patienten, 87 katamnestisch befragt werden (1 Patient war verstorben, 5 Patienten im Ausland, 4 Patienten befanden sich in Langzeiteinrichtungen und nicht bereit an der Befragung teilzunehmen, 7 Patienten haben eine Teilnahme abgelehnt, die restlichen Patienten waren unbekannt verzogen, N=87).

Das Geschlechterverhältnis war relativ ausgewogen, 46 weibliche und 41 männliche Patienten im Alter zwischen 19 und 63 Jahre konnten interviewt werden.

Die Mehrzahl (über 57 %, N=50) der Patienten, die auf der Station behandelt wurden, litten unter einer Psychose aus dem schizophrenen Formenkreis. Die zweitgrößte Gruppe der behandelten Patienten litt unter affektiven Störungen (über 20 %, N=18). Eine Minderheit der Patienten (ca. 8 %, N=7) zeigte Persönlichkeitsstörungen (meist vom Borderline-Typ).

3.2. Variablen

3.2.1. Soziodemographische Daten

Folgende Variablen wurden erfasst:

Geschlecht, Alter, Bereuung, Schulausbildung, Berufsausbildung, Partnerschaft, Kinder, Beschäftigungssituation, Delinquenz, Schulden, familiäre Belastung mit Schizophrenie.

(Vollständige Auflistung mit Erfassungsdaten siehe Anhang)

3.2.2. Klinische Variablen

Folgende Variablen wurden erfasst:

Krankheitsdauer, Anzahl der bisherigen stationären Aufenthalte, schwere der Residualsymptome, Medikamentencompliance / Therapieadhärenz, Krankheitseinsicht, Klinische Syndrome in der Vorgeschichte, Essstörungen, schwere der Selbstverletzungen, Häufigkeit der Selbstverletzungen, Anzahl der Selbstmordversuche, Missbrauch in der Anamnese.

(Vollständige Auflistung mit Erfassungsdaten siehe Anhang)

3.2.3. Krankheitsverlauf während der stationären Behandlung

Folgende Variablen wurden erfasst:

Krankheitsbilder nach ICD 10, Klinische Syndrome/Aufnahmegrund, Dauer des Indexaufenthaltes, Einweiser, Häufigkeit der Selbstverletzungen während des Indexaufenthaltes, Schwere der Selbstverletzungen während des Indexaufenthaltes, Anzahl der notwendigen Verlegungen auf der Akutstation, Anzahl der Fixierungen auf der Akutstation, Notwendigkeit verstärkter Überwachung / Freiheitseinschränkung, Zielformulierung bei der Aufnahme, Therapiemotivation, Therapieteilnahme, Anzahl der Verletzungen des Therapievertrags/Stationsordnung, Verträglichkeit der Therapie

(Vollständige Auflistung mit Erfassungsdaten siehe Anhang)

3.2.4. Befinden bei Entlassung

Folgende Variablen wurden erfasst:

Zielüberprüfung bei der Entlassung, Krankheitseinsicht bei Entlassung, Lebensqualität bei Entlassung, Wohnform nach der Entlassung, Anbindung am SPDI / Tagesstätte, Arbeitssituation nach der Entlassung, Bewertung des Therapieerfolgs durch den Behandler, Art der Entlassung, Weiterbehandlung, GAF, CGI.

(Vollständige Auflistung mit Erfassungsdaten siehe Anhang)

3.2.5. Krankheitsverlauf in der Katamnese (Befragung nach dem stationären Aufenthalt)

Folgende Variablen wurden erfasst:

derzeitige akute Krankheitsepisode, Anzahl der Rückfälle, Medikation zum Zeitpunkt der 2-Jahres-Katamnese, Allgemeiner Behandlungsstatus

(Vollständige Auflistung mit Erfassungsdaten siehe Anhang)

3.3. **Standardisierte Erhebungsinstrumente**

3.3.1. Auswertungsbogen

Dieser, für die Erfassung der Patienten speziell erstellte Bogen, wurde mit Hilfe einer Excel-Tabelle erstellt. In den Spalten konnten maximal 5 Probanden erfasst werden. In den Zeilen wurden 64 Hauptmerkmale mit insgesamt 217 Auswahlmöglichkeiten erfasst. (1= zutreffend).

In dem Erfassungsbogen wurden persönliche Daten, Psychiatrische Anamnese, soziale / familiäre Situation und klinische Situation festgehalten. Details sind dem vollständigen Auswertungsbogen im Anhang zu entnehmen.

3.3.2. 2-Jahres-Katamnesebogen

In diesem für die Katamnese speziell erstellten Fragebogen, auf Grundlage einer Excel-Tabelle, konnten in den Spalten maximal 5 Probanden erfasst werden. In den Zeilen wurden 41 Hauptmerkmale mit insgesamt 152 Auswahlmöglichkeiten erfasst.

In dem Katamnesebogen wurden: soziodemographische Daten zum Zeitpunkt der 2-Jahres-Katamnese, Krankheitszustand und Behandlung, Anzahl der Rückfälle seit der Entlassung, Medikation zum Zeitpunkt der Befragung, Behandlungsstatus, Arbeitssituation, Wohnverhältnisse und Lebenssituation, soziales Funktionsniveau, zwischenmenschliche Beziehungen, Suchtverhalten zum 2-Jahres-Katamnese-Zeitpunkt erfasst. Außerdem wurden die Patienten zu ihrer Lebensqualität in den letzten 6 Monaten und gegenwärtig befragt. Details sind dem vollständigen Katamnesebogen im Anhang zu entnehmen.

3.3.3. GAF (Global Assessment of Functioning Scale)

Es handelt sich dabei um ein geeignetes Messinstrument zur zusammenfassenden Beurteilung von psychopathologischen Störungen und Störungen der sozialen Adaptation zu unterschiedlichen Zeitpunkten während des Krankheitsverlaufes.

Die Skala (APA DSM-IV-TR, 1994), die zur Globalbeurteilung des Funktionsniveaus dient, stellt ein hypothetisches Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit (90) und Krankheit (bis 1) dar.

Die Zuordnung zu einem dieser Bereiche erfolgt unter Berücksichtigung der Krankheitssymptomatik und der Adaptationsdefizite in verschiedenen Bereichen. Innerhalb der beiden höchsten Skalenintervalle (100 bis 81) sollen Individuen repräsentiert sein, die sozial optimal adaptiert sind und denen eine relevante Psychopathologie fehlt; das „globale Funktionsniveau“ dieser Patienten zeigt keine oder allenfalls minimale Beeinträchtigung.

Innerhalb des nachfolgenden Skalenintervalls (80 bis 71) werden Personen eingestuft, die keine oder nur eine geringgradig ausgeprägte Psychopathologie zeigen, die aber nicht über die gleichen positiven Merkmale geistiger Gesundheit verfügen wie die ranghöher eingestuften Patienten. Als positive Merkmale geistiger Gesundheit werden hierbei Eigenschaften wie Interessenvielfalt, Integrität, die Erfüllung einer führenden Tätigkeit im beruflichen oder privaten Bereich und soziales Wirken verstanden. Die Skalen werden mit steigender Psychopathologie und zunehmender sozialer Inkompetenz abgestuft. Das Skalenintervall (10 bis 1) umfasst Patienten mit ständiger Gefahr der Fremd- und Selbstgefährdung, mit Vollzug eines ernsthaften Selbstmordversuchs, mit eindeutiger Suizidabsicht oder der anhaltenden Unfähigkeit, eine minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten.

Nach Möller (1986) hat sich der GAF in mehreren Untersuchungen als sehr valide und reliabel erwiesen und bietet eine einfache und zuverlässige Beschreibung des Ist-Zustandes des Patienten.

3.3.4. CGI (Clinical Global Impression)

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.

Der Untersucher (meistens ein Arzt oder Psychologe) beurteilt dabei auf der Basis seiner Erfahrung in der Behandlung der entsprechenden Erkrankung die Patienten. Dabei bezieht sich die Beurteilung auf die Woche vor dem gegenwärtigen Zeitpunkt.

Die Skala besteht aus drei Items, die in einer Ausprägung von eins bis acht dargestellt werden, als Item 1 der Schweregrad der Erkrankung, als Item 2 die Beurteilung der Zustandsänderung und als Item 3 ein Wirksamkeitsindex der medikamentösen Therapie. Jedes Item wird separat ausgewertet und im Verlauf beurteilt.

Alle verwendeten Fragebögen und Skalen sind im Anhang beigelegt!

3.4. **Praktische Durchführung der Untersuchung**

Alle Krankengeschichten der Patienten, die in den Jahren 2006 und 2007 auf der Soziotherapiestation im IAK-KMO behandelt wurden, wurden aus dem Archiv des Krankenhauses angefordert und systematisch bearbeitet. Die erhobenen Daten wurden in den selbst entworfenen Erfassungsbogen eingetragen. Insgesamt konnten dadurch 133 Patienten erfasst werden.

Anschließend erfolgte eine systematische Kontaktaufnahme zu den Patienten, zunächst mittels Telefon, aber auch schriftlich, teilweise auch mittelbar über Angehörige und gesetzliche Betreuer.

Die meisten Patienten konnten telefonisch kontaktiert werden und erklärten sich, nach Information über Sinn und Zweck der Katamneseerhebung, bereit, auf diesem Wege Fragen zu beantworten. Nur wenige Patienten waren bereit, zu diesem Zwecke persönlich in die Klinik zu kommen oder befanden sich zum Zeitpunkt der Erhebung erneut stationär in IAK-KMO, so dass sie persönlich befragt werden konnten.

Die Patienten wurden informiert, dass die erhobenen Daten in Rahmen einer Dissertationsarbeit Verwendung finden und anonym behandelt werden. Erst nach der ausführlichen mündlichen Aufklärung und bei den ihr Einverständnis gebenden Patienten (7 Patienten lehnten direkt ab) wurde das Interview durchgeführt. Ein Patient war nach Angabe der kontaktierten Angehörigen einige Wochen vor der Befragung verstorben und vier weitere Patienten, die sich angabegemäß im Ausland befanden, konnten nicht erreicht werden.

Von den verbliebenen 121 Patienten konnten anschließend 87 befragt werden. Die restlichen 34 waren weder telefonisch noch auf schriftlichem Wege auffindbar.

Die erhobenen Daten wurden in elektronischer Form an unsere Projektpartner Prof. Dr. Friedrich Leisch (LMU, Statistisches Institut) und Studenten weitergeleitet, die die Daten statistisch ausgewertet haben.

3.5. Statistische Methoden

Die erhobenen Daten wurden mit Hilfe einer deskriptiven und einer Regressionsanalyse ausgewertet. Zur Auswertung des Datensatzes wurden verschiedene deskriptive Statistiken wie Mosaikplot, Kontingenztabellen, Box- und Parallelplots erstellt.

3.5.1. Regressionsanalyse

Der Datensatz wurde zusätzlich anhand geeigneter Regressionsmodelle analysiert, mit dem Ziel neue Erkenntnisse über aussagekräftige Zusammenhänge zwischen den Variablen zu finden.

Ebenfalls sollten damit die Ergebnisse der bisherigen deskriptiven Analysen unterstützt und untermauert werden.

Abhängige Variablen, auf die regressiert worden ist, waren:

- Anzahl der Rückfälle nach dem Indexaufenthalt in der Katamnese
- Residualsymptome
- Dauer des Indexaufenthaltes
- Krankheitsdauer
- Remissionsstatus in der Katamnese
- GAF Index in der Katamnese

„Erklärende“ Variablen, d.h. potentielle Prädiktoren , die eine mögliche Wirkung auf die jeweiligen abhängigen Variablen haben könnten (nach Vereinfachung des Datensatzes) waren:

- soziodemographische Variablen
- Süchte
- Syndrome bei der Aufnahme
- Krankheitsbilder

Die wichtigsten angewandeten Regressionsmodelle waren: Poisson-Modell, Akaike Informationskriterium und das Logit-Modell.

3.5.2. Das Poisson-Modell

Es handelt sich hierbei um eine diskrete Wahrscheinlichkeitsverteilung, die beim mehrmaligen Durchführen eines Bernoulli-Experiments (Zufallsexperiment), das nur zwei mögliche Ergebnisse besitzt (z.B. Erfolg und Misserfolg), entsteht.

Beispielsweise „erlaubt die Poisson-Verteilung zwar die Berechnung der Wahrscheinlichkeit, dass kein Blitz einschlägt, aber die Frage danach, wie oft der Blitz nicht einschlägt, ist wegen der kontinuierlichen Beobachtung sinnlos“. (Härtter E., 1974)

3.5.3. Akaikes Informationskriterium (AIC)

Akaikes Informationskriterium (AIC) ist ein Kriterium (nach Akaike, 1973) zur Auswahl eines Modells in der angewandten Statistik. Unter Verwendung der „minimalen Varianz der Residuen“ wird es auf ein klassisches Regressionsmodell mit „normalverteilten Fehlern“ angewandt. Das Informationskriterium nach AIC wird bei „großen Stichproben“, d. h. bei Modellen mit verhältnismäßig vielen Parametern vorteilhaft eingesetzt, weil es zu einer Verbesserung der „Log-Likelihood“ bzw. der „Residualvarianz“ bei großen Stichproben führt.

3.5.4. Logit-Modell

Mit Log-linearen Modellen werden „normalskalierte Daten“ analysiert. Durch „eine logarithmische Transformation kann man bei der Analyse mehrdimensionaler Häufigkeitstabellen das Problem meist anschaulicher darstellen, etwa in dem Sinn, dass Haupteffekte und Interaktionen einer mehrdimensionalen Häufigkeitstabelle sich linear zusammensetzen lassen“.

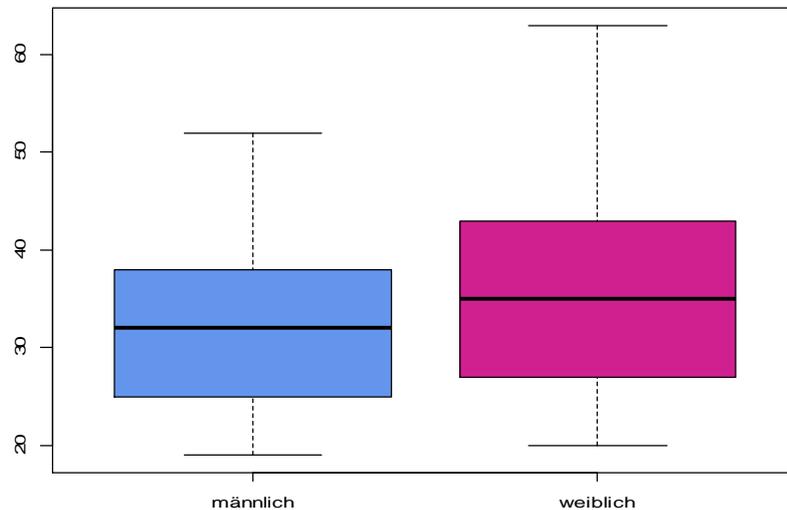
Logit-Modelle untersuchen „den gerichteten Zusammenhang zwischen einer abhängigen normalskalierten Variablen und anderen unabhängigen Variablen“. (Fahrmeier L., Hamerle A., Tutz G., 1996 und Everitt B., 1997)

4. Ergebnisse

4.1. Ergebnisse der Deskriptiven Analyse

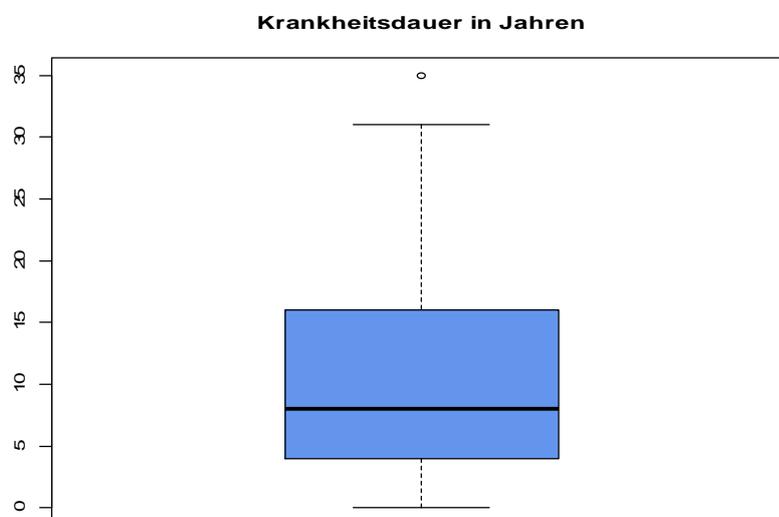
4.1.1. Soziodemographische Daten

4.1.1.1. Altersverteilung

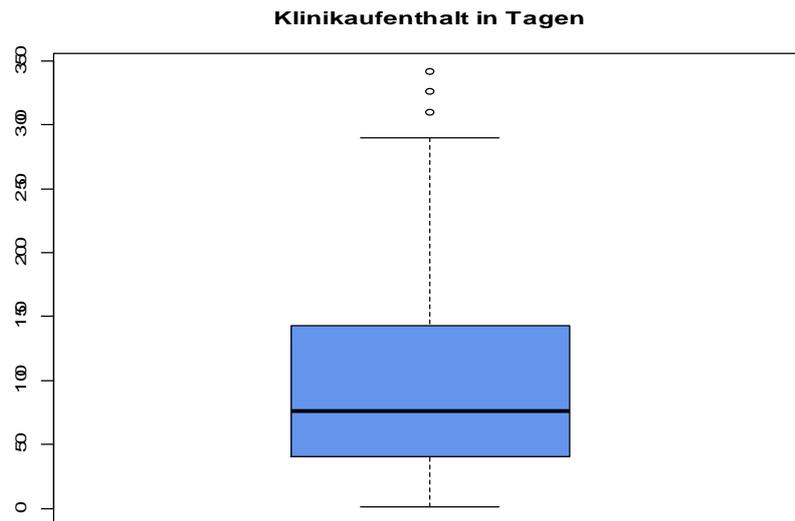


Von den insgesamt 87 Patienten waren 46 weiblich und 41 männlich. Der jüngste Patient war 19 Jahre alt, der älteste war 63 Jahre alt (Median lag bei 34 Jahren)

4.1.1.2. Krankheitsdauer und Dauer des Indexaufenthaltes

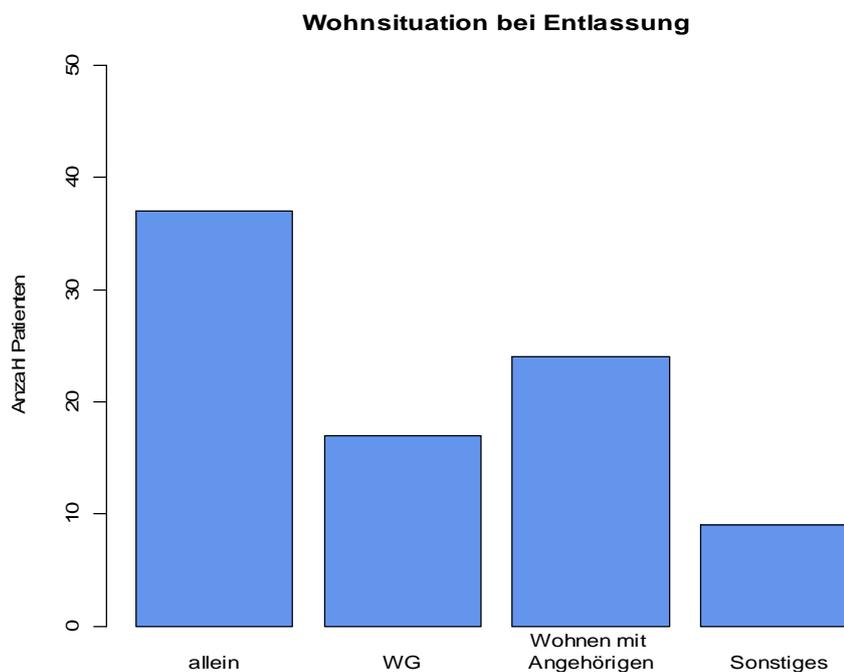


Das Boxplot zeigt ein Minimum bei 4, das Maximum bei 16 und den Median bei 8 zeigte. Die Patienten der Soziotherapiestation waren im Schnitt 8 Jahre erkrankt.



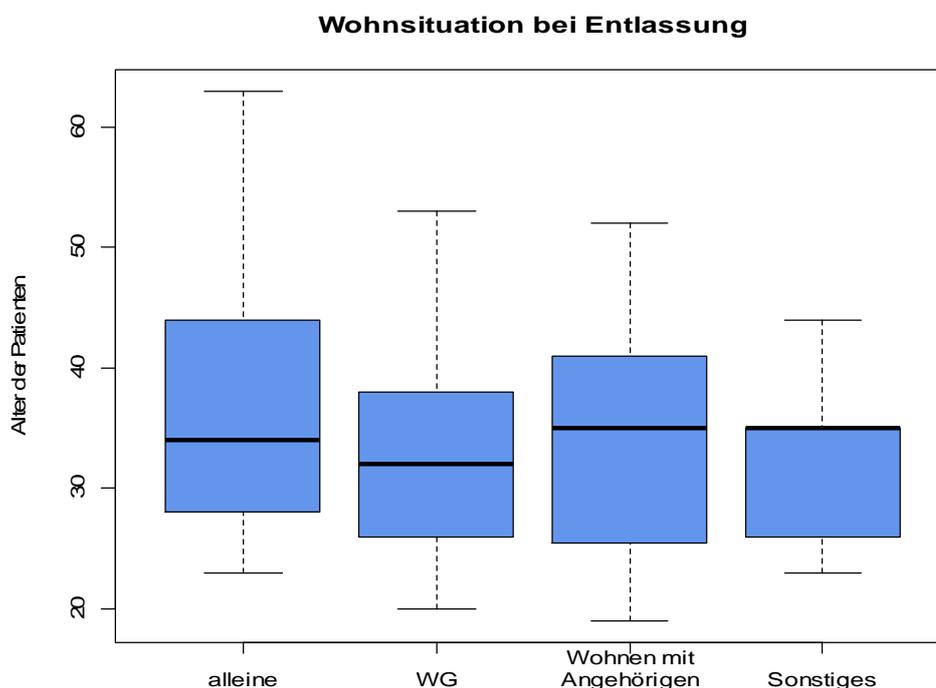
Die Grafik zur Dauer des Klinikaufenthalts in Tagen zeigte, dass ein Minimum bei 40, das Maximum bei 140 und der Median bei 60 lag. Das bedeutet, dass die Patienten im Durchschnitt ca. 60 Tage in der Klinik behandelt worden sind, wobei der kürzeste Aufenthalt 40 Tage und der längste 140 Tage betrug.

4.1.1.3. Wohnsituation



Es zeigte sich, dass etwas weniger als die Hälfte aller Patienten (37 Probanden / 42,5 %) nach der Entlassung allein in eigener Wohnung lebte. Am zweitstärksten war die Kategorie „Wohnen mit Angehörigen“ vertreten (24 Probanden / 27,6 %). In Wohngemeinschaften wohnten immerhin noch knapp 17 Patienten (19,5 %).

Zusätzlich wurde analysiert, ob den verschiedenen Wohnformen eine Abhängigkeit vom Alter der Patienten zugrunde liegt.



Die Grafik zeigt in diesem Punkt jedoch keine Auffälligkeiten. Der Altersmedian liegt für alle Ausprägungen ungefähr bei Mitte 30, die Spannweite ist vergleichbar. Lediglich bei „WG“ und „Wohnen mit Angehörigen“ sind die Minima etwas kleiner, da scheinbar vor allem jüngere Patienten diese Wohnform gewählt haben.

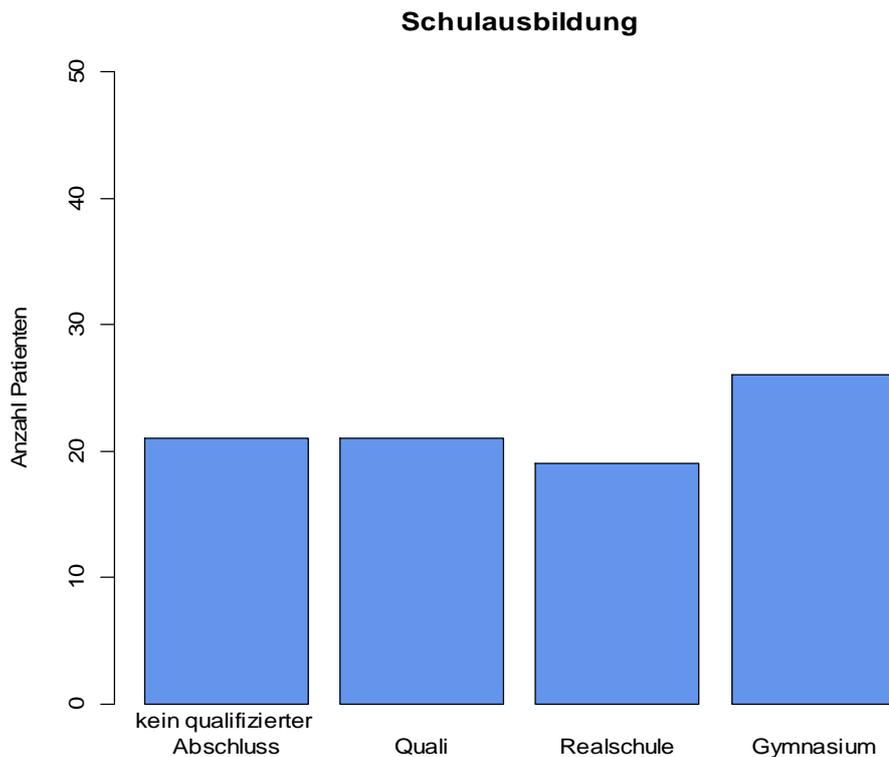
4.1.1.4. Beschäftigungssituation bei der Aufnahme

Eine Vereinfachung der Variablen im Erfassungs- und Katamnesebogen wurde durchgeführt. Es wurde auf die Merkmalausprägung „mit Beschäftigung“ und „ohne Beschäftigung“ reduziert.

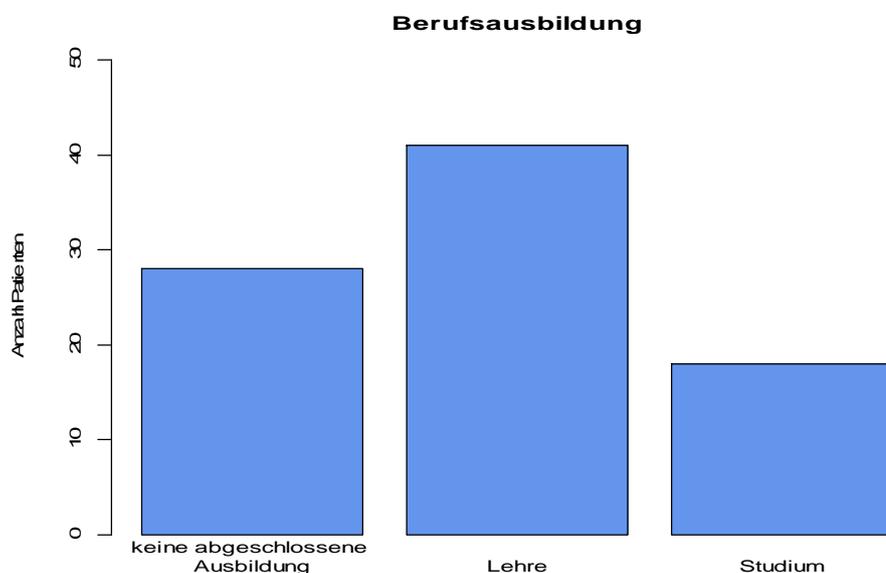
mit Beschäftigung	ohne Beschäftigung
16	71

Die Zahl der Patienten mit Beschäftigung bei der Aufnahme betrug 16 (18,4 %). Die Mehrzahl der Patienten (71 Probanden / 81,6 %) war ohne Beschäftigung.

4.1.1.5. Schul- und Berufsausbildung



Hier ist erkennbar, dass eine Mehrzahl der Patienten einen Gymnasialabschluss (26 Patienten / 29,9 %) hatte, die wenigsten waren Absolventen der Realschule (19 Patienten / 21,8 %). Kein qualifizierter Abschluss und qualifizierender Hauptschulabschluss waren gleich häufig vertreten (jeweils 21 Patienten / 24,1 %). Anhand der Grafik ist gut zu erkennen, dass die Patienten annähernd gleich auf die vier Kategorien verteilt sind.



Schulabschluss

		kein qualifizierter	Quali	Realschule	Gymnasium	
Berufs- ausbildung	keine abgeschl.	15	2	5	6	28
	Lehre	6	19	13	3	41
	Studium	0	0	1	17	18
		21	21	19	26	

Die die Berufsausbildung betreffenden Variablen wurden auf „keine qualifizierte Ausbildung“, „Lehre“ und „Studium“ vereinfacht. Mit knapp 50 % machen die Probanden den größten Teil aus, die eine Lehre abgeschlossen haben. 28 Patienten haben keine abgeschlossene Ausbildung und 18 Probanden haben studiert.

Von den Patienten, die keinen Schulabschluss (21 Patienten / 24,1 %) vorweisen können, haben 6 Patienten eine Lehre abgeschlossen.

Von den Patienten mit Realschulabschluss (19 Patienten / 21,8 %) hatte die Mehrzahl eine Lehre abgeschlossen (13 Patienten), ein weiterer hat ein Studium abgeschlossen.

Von den Patienten mit qualifiziertem Schulabschluss (21 Patienten / 24,1 %) hatte die Mehrzahl (19 Patienten) eine Lehre abgeschlossen.

Von den Patienten mit Gymnasialabschluss (26 Patienten / 29,9 %) hatten 17 Personen ein Studium abgeschlossen und 3 eine Lehre absolviert. 6 dieser Probanden hatten keine abgeschlossene Berufsausbildung.

Die Mehrzahl der Probanden hatte eine Lehre abgeschlossen (41 Patienten / 47,1 %), davon hatten die meisten einen qualifizierten Schulabschluss (19 Patienten) d.h. knapp die Hälfte. Von den 28 Patienten (32,2 %), die keine abgeschlossene Berufsausbildung vorweisen konnten, waren mehr als die Hälfte (15 Patienten) ohne qualifizierte Schulausbildung.

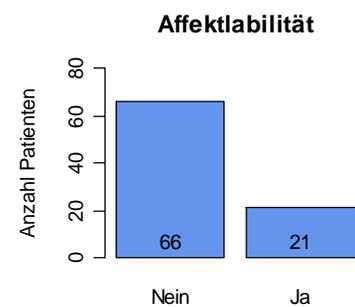
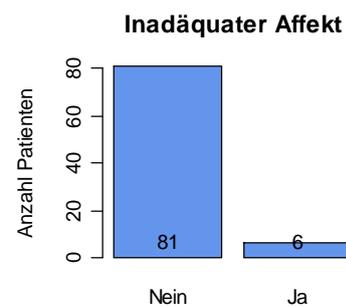
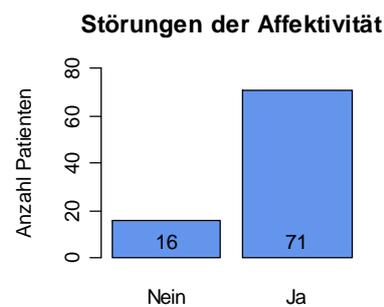
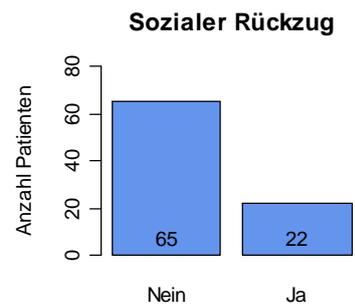
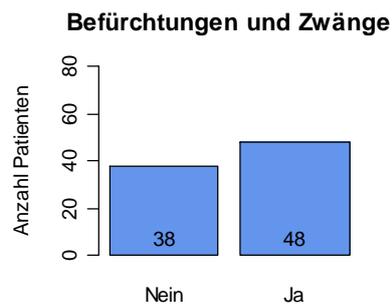
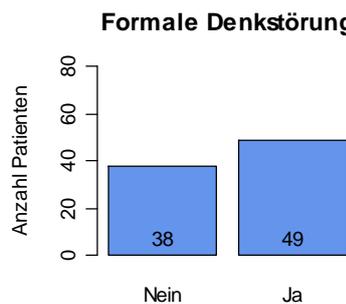
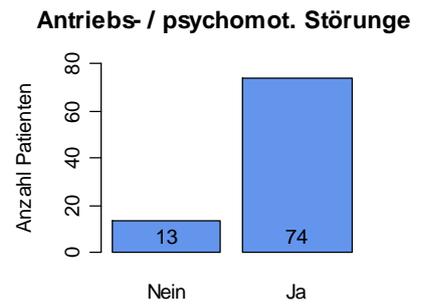
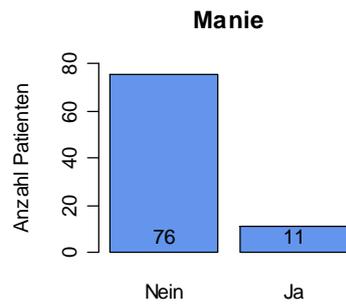
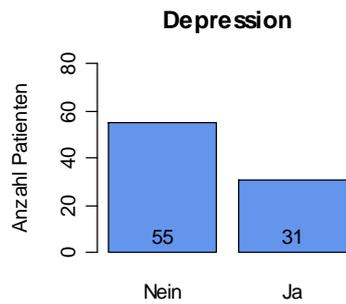
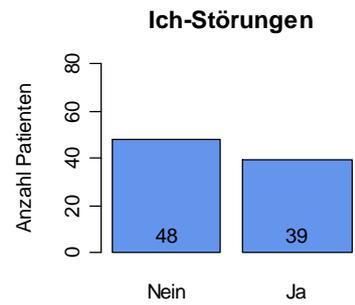
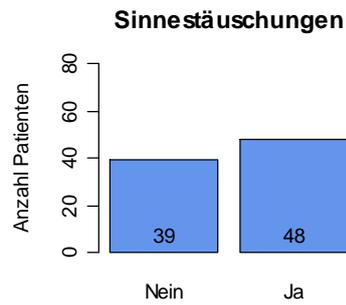
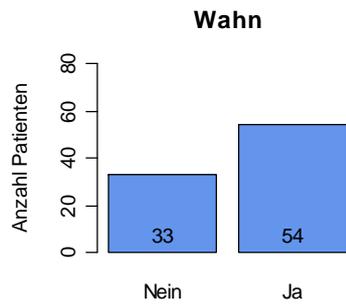
4.1.2. Klinische Variablen

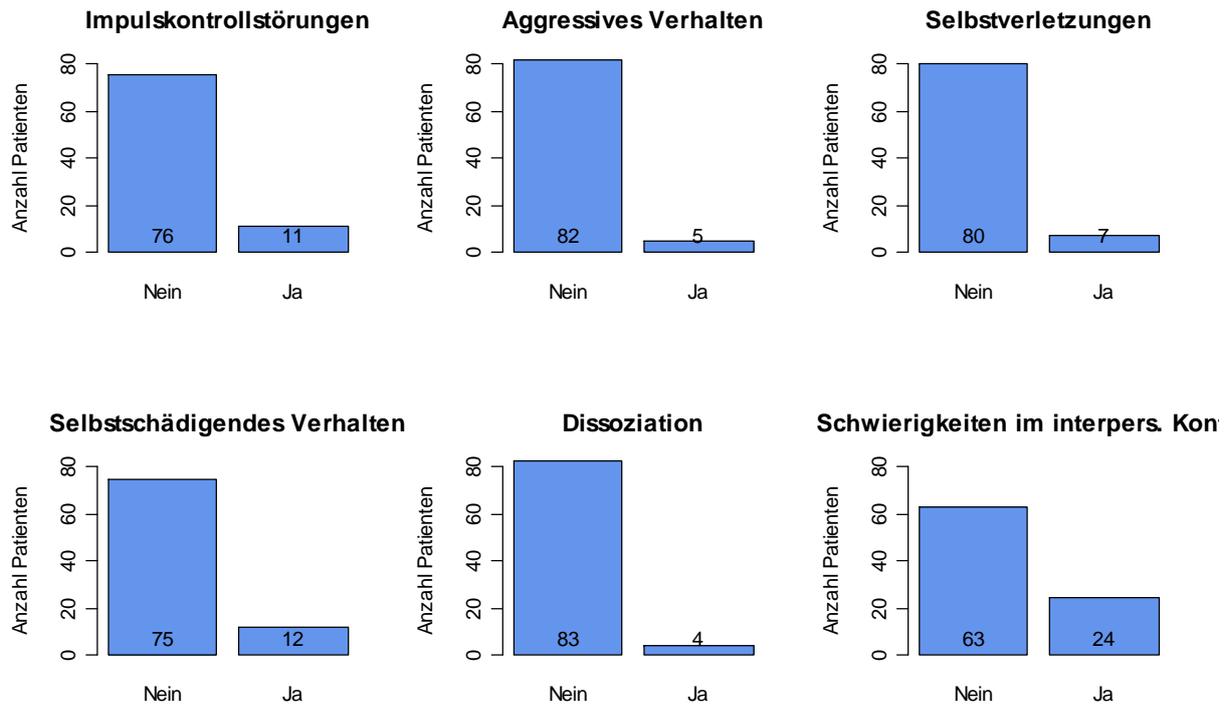
4.1.2.1. Klinische Syndrome in der Vergangenheit

54 der insgesamt 87 Patienten litten unter Wahn (62,1 %), 48 Probanden hatten Sinnestäuschungen (55,2 %), 39 Patienten litten unter Ich-Störungen (44,8 %), 31 Personen unter Depressionen (35,6 %). Nur 11 Patienten hatten eine Manie (12,6 %).

Die überwiegende Mehrzahl der Patienten (74 Patienten / 85,1 %) litt unter Antriebs/psychomotorischen Störungen. Ebenfalls zeigte die Mehrheit der Probanden (71 Patienten / 81,6 %) eine Störung der Affektivität.

Klinische Syndrome in der Vergangenheit





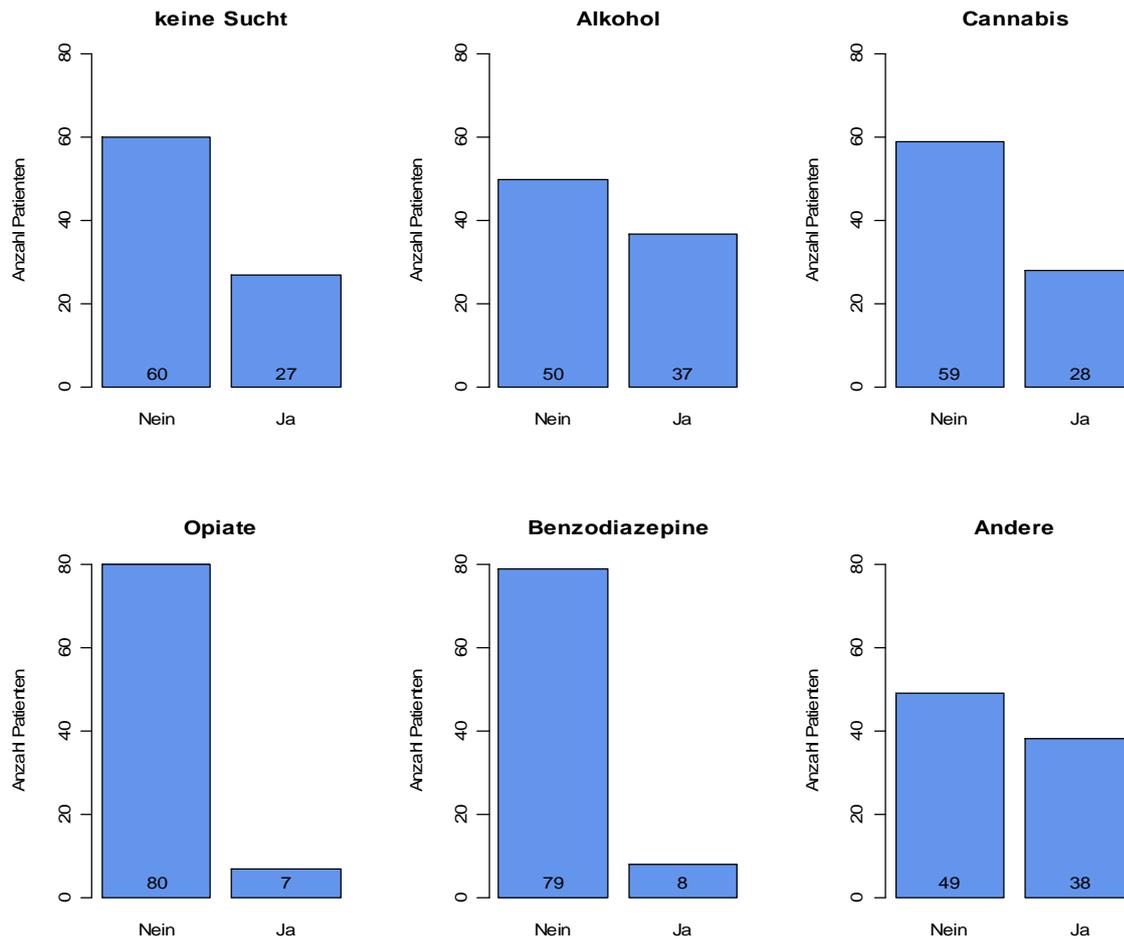
Manche Merkmale waren so selten vorhanden (z.B. Manie oder Selbstverletzungen, Pseudohalluzinationen, inadäquater Affekt), dass sie in der Auswertung nicht weiter berücksichtigt wurden.

4.1.2.2. Alkohol und Drogenmissbrauch

Bei den Variablen zur Suchtanamnese fiel auf, dass ca. 31 % der Probanden noch nie unter einer Sucht litten. Das bedeutet im Umkehrschluss, dass 69 % der Patienten unter einer Suchterkrankung litt, wobei die Kategorie „andere Süchte“ (unter der vor allem die Nikotin- und Koffeinsucht vertreten waren) mit 44 % am stärksten vertreten war.

In einer vergleichbaren Größenordnung wurde von ca. 43 % der Patienten angegeben, dass sie in ihrem Leben bereits Probleme mit Alkohol hatten, gefolgt von Cannabis mit 32 %.

Opiat- und Benzodiazepinsucht spielte im Gegensatz hierzu eine geringe Rolle (bei ca. 8 % bzw. 9 % der Probanden).

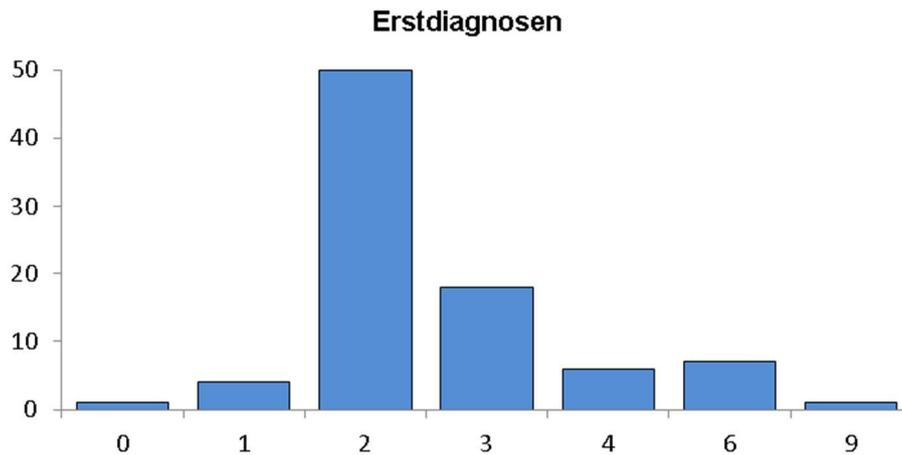


4.1.2.3. Krankheitsbilder der Patienten nach ICD 10

Übersicht der Krankheitsabstufungen nach ICD-10

00-09	Organische, einschließlich symptomatischer psychischer Störungen	0
10-19	Psychische Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen	1
20-29	Schizophrenie und wahnhaftige Störungen	2
30-39	Affektive Störungen	3
40-48	Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen	4
50-59	Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren	5
60-69	Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen	6
70-79	Intelligenzminderung	7
80-89	Entwicklungsstörungen	8
90-98	Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in Kindheit und Jugend	9

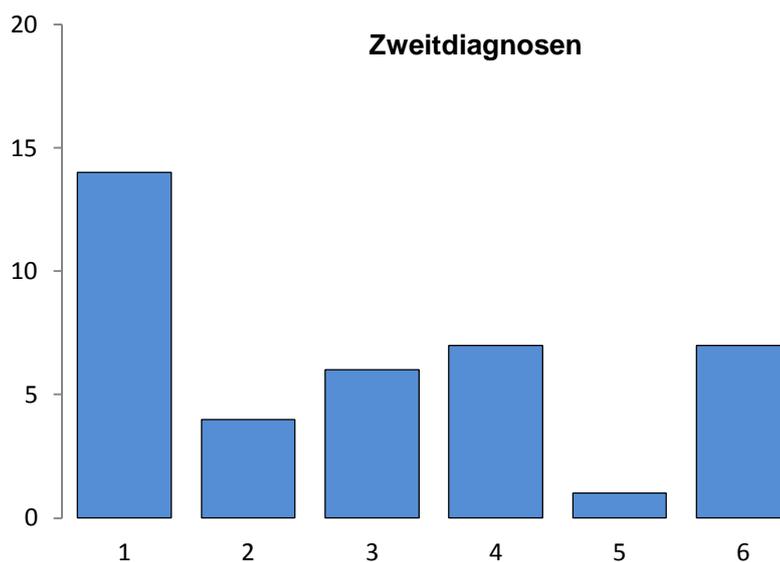
Erstdiagnose:



Am häufigsten wurden bei den Patienten die Krankheiten „Schizophrenie und wahnhafte Störungen“ mit über 50 % sowie „affektive Störungen“ mit ca. 20 % angegeben.

Keiner der Patienten, die auf der Soziotherapiestation behandelt wurden, litt unter einer Intelligenzminderung, einer Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Symptomen oder einer Entwicklungsstörung als Erstdiagnose.

Zweitdiagnose:



Die häufigste Zweitdiagnose war „Psychische und Verhaltensstörung durch psychotrope Substanzen“. Am zweithäufigsten wurde die Diagnose „Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen“ und „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ bei jeweils rund 18 % derjenigen Probanden, die überhaupt eine Zweitdiagnose hatten (insgesamt 39 Patienten / 44,8 %), gestellt.

Erwartungsgemäß zeigte auch hier keiner der Patienten eine Intelligenzminderung, Entwicklungsstörung oder Verhaltensauffälligkeit mit körperlichen Störungen.

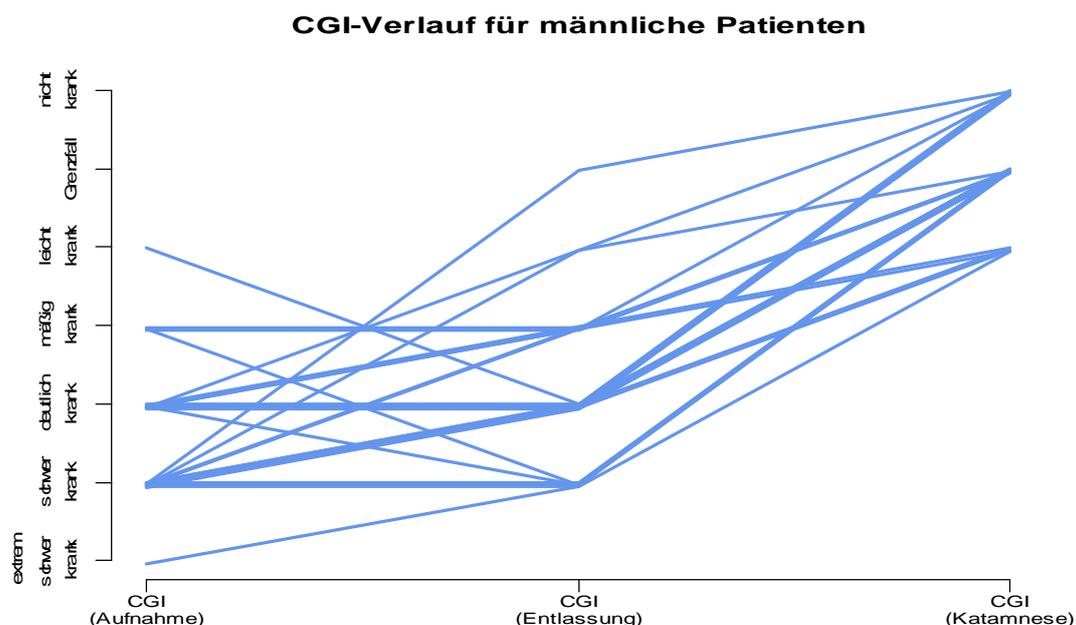
4.1.2.4. CGI und GAF

Um die Verläufe zu veranschaulichen wurden mehrere Parallelplots erstellt. Im Erfassungsbogen (bei der Aufnahme und der Entlassung) und in der Katamnese wurde nach Geschlecht der Probanden getrennt ein Parallelplot erstellt.

Auf der X- Achse wurde: „GAF-Aufnahme“, „GAF- Entlassung“, „GAF-Katamnese“, „CGI-Aufnahme“, „CGI-Entlassung“, „CGI-Katamnese“ erfasst.

Auf der Y-Achse: wurden verschiedene Abstufungen der Variablen „GAF“ (von „ständige Gefahr“ bis „optimale Funktion“) und „CGI“ (von „nicht krank“ bis „extrem schwer krank“).

CGI-Verlauf für männliche Patienten:

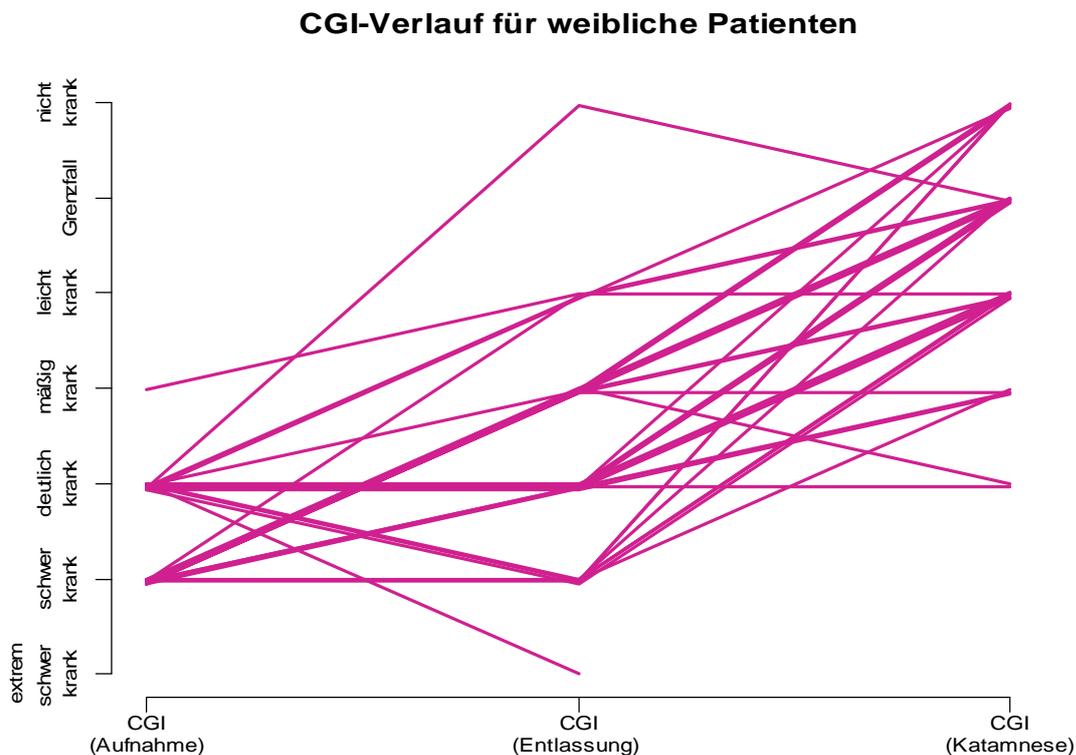


Die meisten männlichen Patienten hatten bei ihrer Aufnahme einen CGI, der sich in der oberen Hälfte des Schweregrades der Krankheit bewegte. Fast alle galten als mindestens „mäßig krank“. Bis zum Zeitpunkt der Entlassung zeigte sich ein dreigeteilter Verlauf: Einerseits gab es Patienten, die besonders gut auf die Therapie angesprochen haben, andererseits solche, die keine Besserung ihrer Erkrankung präsentierten; darüber hinaus gab es eine Anzahl von Patienten bei denen während der Behandlung die Schwere ihrer Erkrankung zugenommen hat.

Im zweiten Teil des Linienvverlaufs bis hin zur Katamnese, zeigt sich ein eindeutiges Bild.

Alle männlichen Patienten zeigten zu diesem Zeitpunkt (Katamnese) eine erhebliche Verbesserung ihrer CGI's, die sich besonders deutlich während der zwei Jahre von der Entlassung bis zur Katamnese ergeben hat.

CGI-Verlauf für weibliche Patienten:



Fast alle Patientinnen begannen die Therapie mit einem Erkrankungsstatus, der im oberen Drittel der Schwere lag, sie wurden als „deutlich“ krank (die Männer waren im Regelfall nur „mäßig“ krank) eingestuft.

Während der Behandlung zeigte sich wieder ein dreigeteilter Verlauf (Besserung, Verschlechterung und Stagnation der Erkrankung).

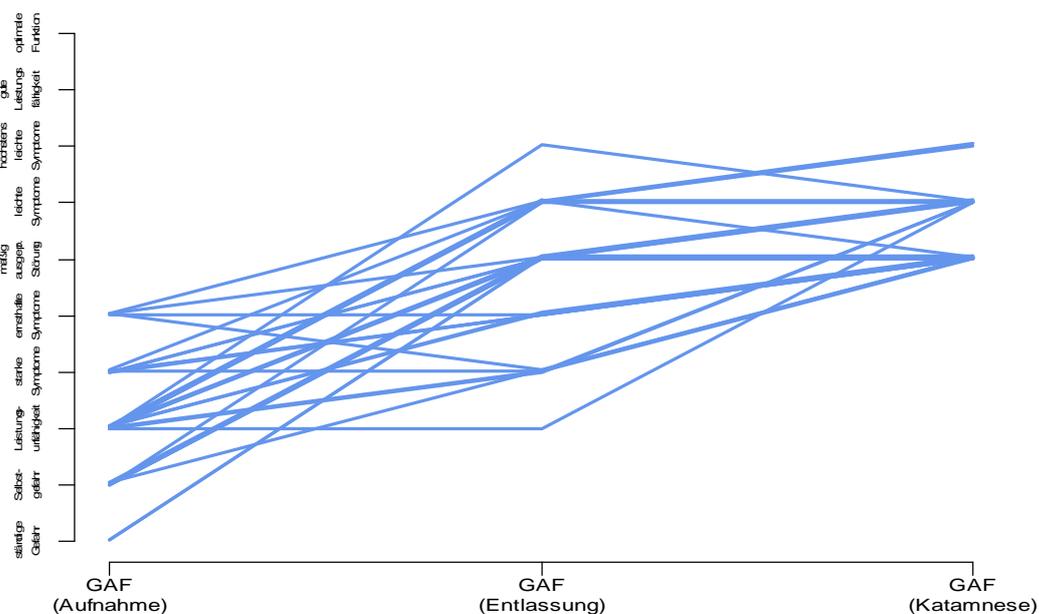
Im letzten Drittel der Untersuchung bis zum Zeitpunkt der Katamnese zeigten sich unterschiedliche Verläufe, wobei der Großteil der Frauen (allerdings nicht so eindeutig wie bei den Männern) noch einmal eine Verbesserung ihres CGI zeigte.

Insgesamt lässt sich festhalten, dass die männlichen Patienten im Vergleich zu den weiblichen Probanden einen leicht positiveren Verlauf des CGI aufwiesen. Zum Zeitpunkt der Katamnese waren alle Männer als höchstens „leicht krank“ eingestuft, wo hingegen bei den Frauen zum Zeitpunkt der Katamnese die höchsten Einstufungen „deutlich krank“ waren, d.h. im Durchschnitt waren sie etwas schwergradiger krank als die Männer.

Als Fazit lässt sich sagen, dass die männlichen Patienten zum Zeitpunkt der Katamnese im Durchschnitt einen leicht besseren CGI hatten als die weiblichen Probanden.

GAF-Verlauf für männliche Patienten:

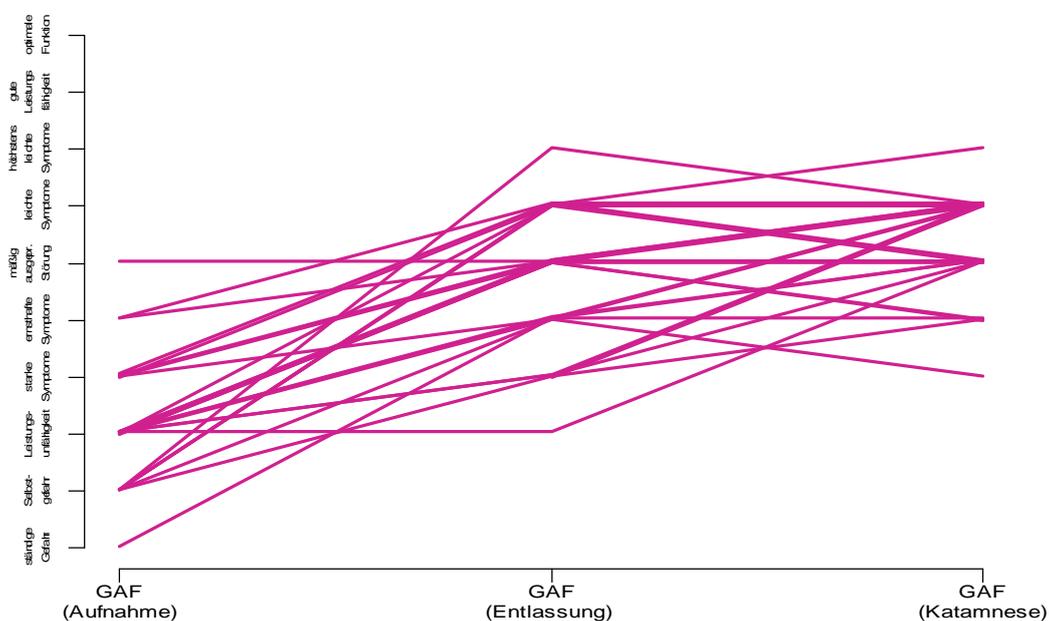
GAF-Verlauf für männliche Patienten



Fazit: bei allen männlichen Patienten zeigt sich ein positiver Verlauf des GAF vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Katamnese. Nur vereinzelt scheint sich der Krankheitsstatus durch die stationäre Behandlung nicht deutlich verbessert zu haben.

GAF-Verlauf für weibliche Patienten:

GAF-Verlauf für weibliche Patienten



Der GAF-Verlauf ist fast identisch zu den männlichen Patienten.

Als einzig auffallender Unterschied zeigt sich, dass Männer zum Zeitpunkt der Katamnese höchstens „mäßig ausgeprägte Störungen“ hatten, wo hingegen vereinzelte weibliche Patienten auch nach 2 Jahren starke bzw. ernsthafte Symptome zeigten.

Allgemein ist der Krankheitsverlauf (gemessen anhand des CGI und des GAF) bei den Frauen etwas schlechter als bei den männlichen Probanden, wobei sich auch bei den Frauen in der Mehrzahl der Fälle eine Verbesserung des Krankheitsbildes einstellte.

4.1.2.5. Krankheitsverlauf im Katamnesezeitraum

Anzahl der Rückfälle:

		Anzahl der Rückfälle vor dem Indexaufenthalt						
		0	1	2	3	4	5	6
Anzahl der Patienten		31	29	14	6	4	2	1

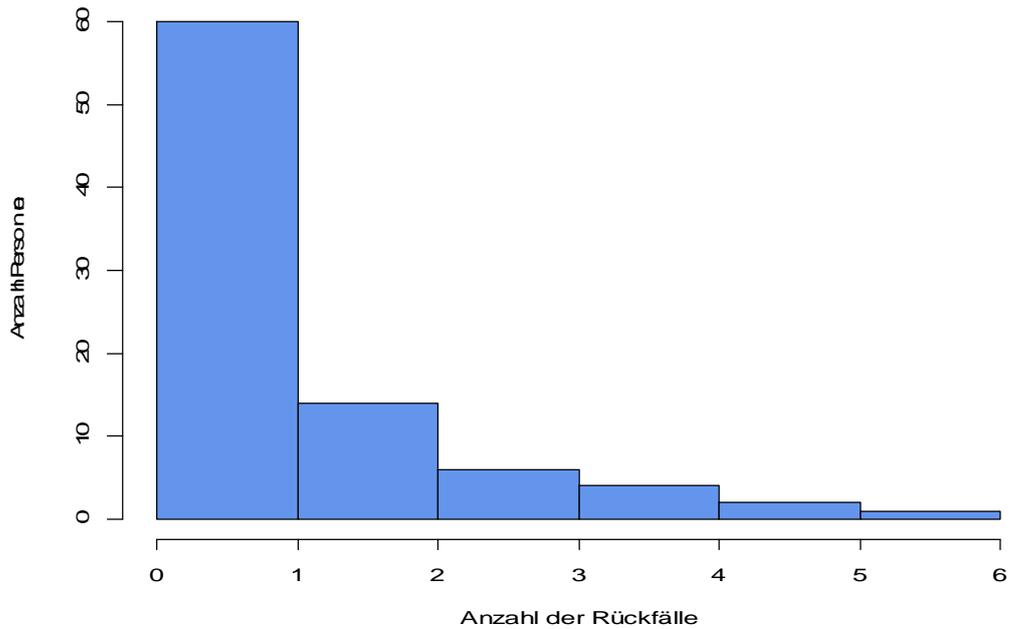
		Anzahl der Rückfälle nach dem Indexaufenthalt											
		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	14
Anzahl der Patienten		40	17	9	4	3	4	3	1	2	2	1	1

Bei einer ersten Analyse anhand von Kontingenztabelle zeigte sich, dass die maximale Anzahl an Rückfällen vor dem Indexaufenthalt in der Klinik den Wert 6 nicht überschritt.

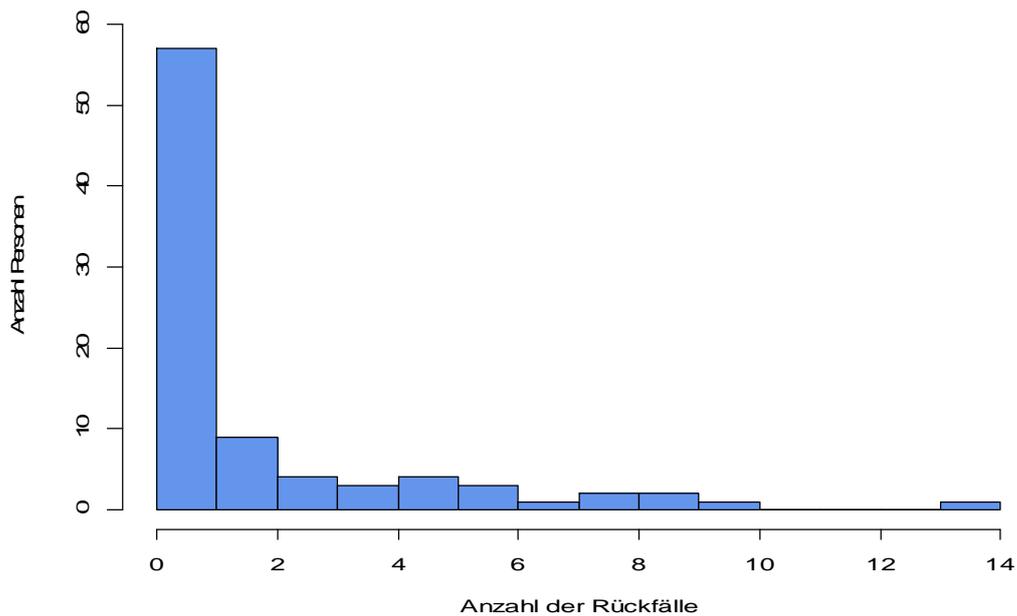
Nach dem Indexaufenthalt allerdings gab es weitaus mehr Rückfälle bei einigen Patienten (maximaler Wert: 14).

Als mögliche Erklärung für die vermehrte Rückfallquote einzelner Patienten bietet sich einerseits die Diagnose (instabile Persönlichkeitsstörung BPS; F 60.3) und andererseits die bei diesen Patienten vorliegende Komorbidität mit Süchten an.

Rückfälle vor Indexaufenthalt



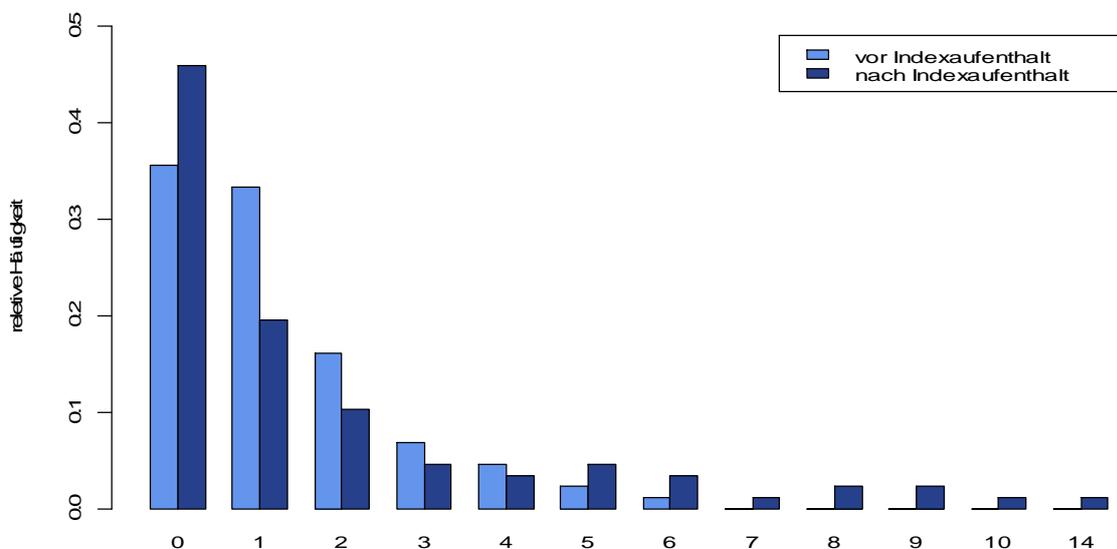
Rückfälle nach Indexaufenthalt



Bei beiden Kontingenztabelle und den dazu gehörigen Histogrammen ist auffällig, dass weit mehr als die Hälfte der Patienten keinen oder maximal einen Rückfall erlitten haben.

Innerhalb eines 2-Jahreszeitraums vor dem Indexaufenthalt sind es 60 Patienten (69,0 %), die keinen oder maximal einen Rückfall erlitten haben. Im Katamnesezeitraum von 2 Jahren sind es ca. 57 Probanden (65,5 %) die keinen oder maximal einen Rückfall erlitten haben.

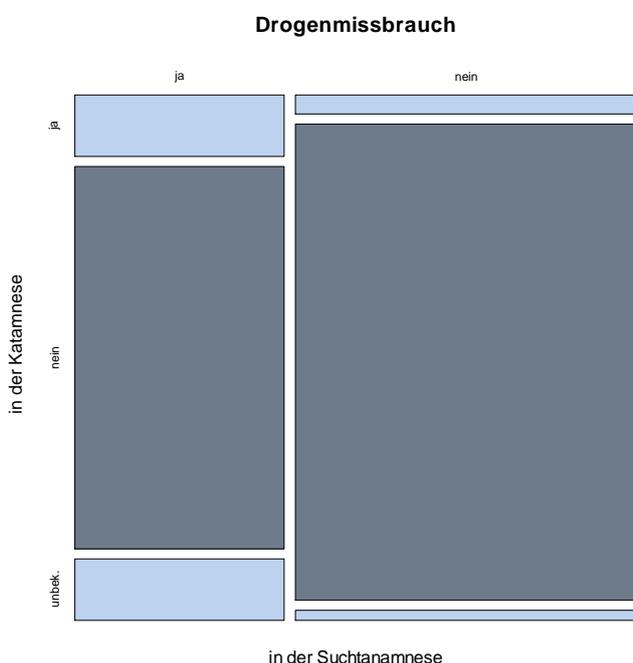
Die Zahl der Patienten ohne Rückfall ist absolut gesehen nach dem Indexaufenthalt von 31 (35,6 %) auf 40 (46,0 %) gestiegen, was auf einen positiven Einfluss auf den Krankheitsverlauf durch den Klinikaufenthalt hindeuten könnte.



Ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied bei den Rückfällen kann weder vor noch nach dem Indexaufenthalt festgestellt werden.

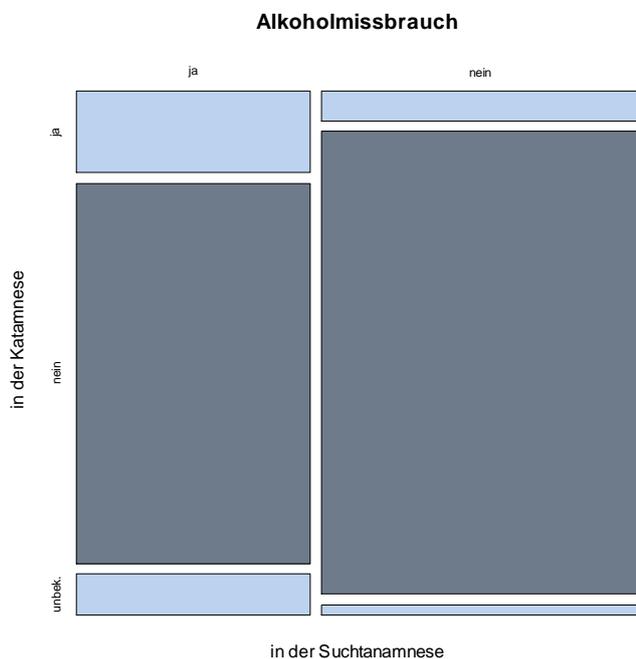
Suchtverhalten:

In der Katamnese wurde das Suchtverhalten zusammengefasst zu einer neuen Variablen „mindestens eine Droge“.



		Drogenmissbrauch		
		ja	nein	
		bei Aufnahme		
in der Kata- mnese	ja	4	2	6
	nein	25	51	76
Unbe- kannt		4	1	5
		33	54	

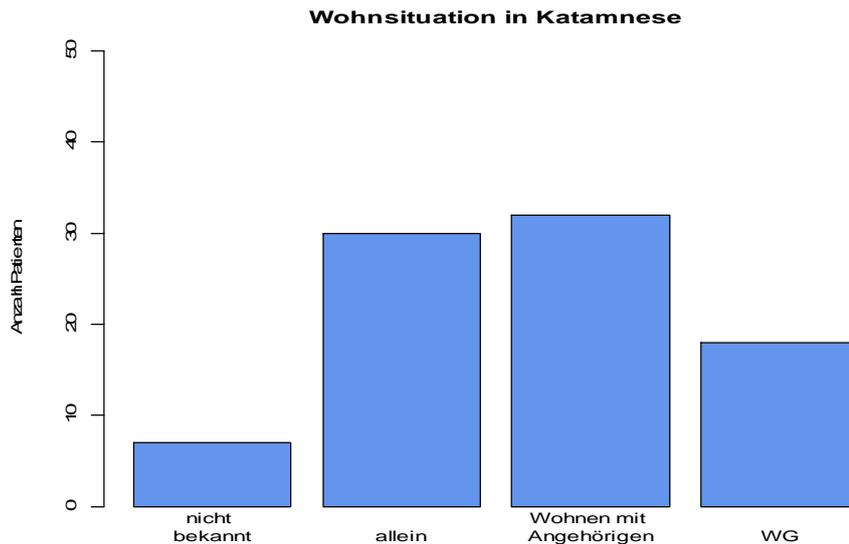
Die meisten Patienten (51 Probanden / 58,6 %) hatten in der Katamnese - wie zur Zeit der erstmaligen Erfassung - weiterhin kein Drogenproblem. Jedoch gab es auch zwei Personen, die erst zum Zeitpunkt der Katamnese ein Drogenproblem entwickelt hatten und vier Probanden waren bis zur Katamnese weiterhin nicht abstinent.



		Alkoholmissbrauch		
		ja	nein	
		bei Aufnahme		
in der Kata- mnese	ja	6	3	9
	nein	28	46	74
	Unbe- kannt	3	1	4
		37	50	

Der Mosaikplot zur Variable „Alkoholmissbrauch“ unterscheidet sich ebenfalls wenig vom Erfassungsbogen. Auch hier hatten die meisten Patienten nie ein Alkoholproblem (46 Patienten / 52,9 %). Drei Personen entwickelten in 2-Jahresraum erst eine manifeste Sucht, sechs weitere waren nach wie vor alkoholabhängig wie zum Zeitpunkt der Erfassung.

Wohnsituation in der Katamnese:



32 Patienten (36,8 %) gaben als Wohnform „Wohnen mit Angehörigen“ zum Zeitpunkt der Katamnesebefragung. Bei der Entlassung aus der Klinik waren es nur 24 Personen (27,6 %). Am zweithäufigsten mit 30 Personen (34,4 %) waren diejenigen die „alleine“ wohnten. Bei der Entlassung waren es mit 37 Patienten (42,5 %) deutlich mehr. Nur 18 Patienten (20,7 %) lebten in einer „Wohngemeinschaft“, fast genauso viele wie bei der Entlassung (17 Patienten / 19,5 %).

in der Katamnese

	Alleine	WG	mit Angehörigen	nicht bekannt	
Alleine	17	9	9	2	37
WG	5	6	3	3	17
mit Angehörigen	7	0	17	0	24
Sonstiges	1	3	3	2	9
	30	18	32	7	

Die Anzahl der Patienten, die „alleine Wohnen“ ist absolut gesehen von 37 auf 30 gesunken, während die Anzahl der Patienten die „Wohnen mit Angehörigen bzw. mit einem Partner“ angaben, von 24 auf 32 gestiegen ist.

Insgesamt ist die Anzahl derjenigen, die alleine oder mit Angehörigen zusammen wohnen von 61 (70,1 %) bei der Entlassung, auf 62 (71,3 %) zum Zeitpunkt der Katamnesebefragung nahezu konstant geblieben, genauso wie die Anzahl derjenigen, die in „Wohngemeinschaften“ lebten, fast gleich geblieben ist (17 bei Entlassung und 18 in der Katamnese).

Unter „Sonstiges“ waren diejenigen zusammengefasst, die entweder keine Angaben zu ihren Wohnverhältnissen gemacht haben oder „ohne festen Wohnsitz“ waren. Deren Zahl hat geringfügig von 9 Patienten zum Zeitpunkt der Entlassung auf 7 Probanden in der Katamnese abgenommen. Daraus kann man folgern, dass zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung keine wesentliche Verbesserung der Wohnsituation stattgefunden hat.

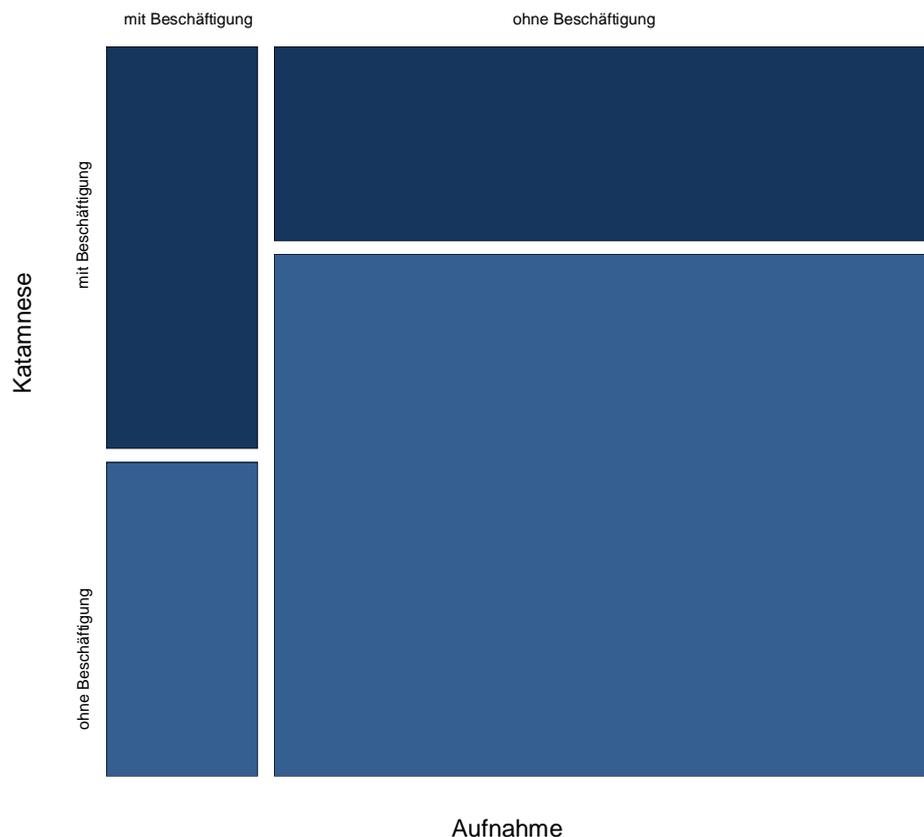
Beschäftigungssituation:

Um zu diesem Sachverhalt einen Vergleich zwischen Aufnahme und Katamnese ziehen zu können, wurde die Merkmalausprägung „mit Beschäftigung“ und „ohne Beschäftigung“ gewählt.

Folgender Mosaikplot veranschaulicht den Vergleich zwischen Arbeitssituation bei der Aufnahme und in der Katamnese:

Der Datensatz eines Patienten war bezüglich der Arbeitssituation unvollständig, so dass ein Vergleich der Beschäftigungssituation dieses Patienten bei Aufnahme und in der Katamnese nicht möglich ist. Demzufolge wurden 86 Patienten in die Auswertung einbezogen.

Arbeitssituation bei Aufnahme und in der Katamnese



Die Grafik zeigt rechts unten, dass die meisten Patienten sowohl bei der Aufnahme als auch in der Katamnese keiner Beschäftigung nachgingen (51 Patienten / 58,6 %). Das bedeutet, dass der Klinikaufenthalt bei der Mehrzahl der Patienten keine Veränderung der Beschäftigungssituation erbracht hat.

Die Grafik zeigt rechts oben, dass es auch Patienten gab, die zur Zeit der Aufnahme arbeitslos waren, bis zur Katamnese nach 2 Jahren jedoch eine Anstellung fanden (19 Patienten / 21,8 %). Für diese 19 Patienten ergibt sich demnach eine Verbesserung der Arbeitssituation.

		bei Aufnahme		
in der		mit Beschäftigung	ohne Beschäftigung	
Katamnese	mit Beschäftigung	9	19	28
	ohne Beschäftigung	7	51	58
		16	70	

Die Zahl der Patienten „mit Beschäftigung“ ist absolut gesehen von 16 (18,4 %) auf 28 (32,2 %) in der Katamnese gestiegen.

Analog ist die Zahl derjenigen „ohne Beschäftigung“ von 70 (80,5 %) bei der Aufnahme auf 58 (66,7 %) in der Katamneseerhebung gesunken. Somit lässt sich eine leichte Besserung der Arbeitssituation zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung im Vergleich zu der Aufnahme feststellen.

Allerdings finden sich auch 7 Patienten (8,7 %), die zum Zeitpunkt der Aufnahme noch einen Arbeitsplatz hatten, aber in der Katamnese zur Gruppe „ohne Beschäftigung“ gehörten, ihren Arbeitsplatz also nach dem Klinikaufenthalt verloren haben. Eine Indizsuche nach Alter, Geschlecht, Suchtverhalten, Diagnose ergab aber für diese Patienten keine einzelne große Gemeinsamkeit. Für diese Patientengruppe ist einzig feststellbar, dass sie ihre „Arbeitssituation“ in der Katamnese als „verschlechtert“ und somit realistisch einschätzten.

Auffällig ist, dass die Mehrzahl der Patienten entgegen einer objektiven Betrachtung angab, ihre Arbeitssituation zum Katamnesezeitpunkt habe sich verschlechtert (59 Patienten). 51 Patienten dieser Gruppe waren arbeitslos oder Rentner. Die Datenauswertung ergibt jedoch, dass bei der Aufnahme 70 Patienten „ohne Beschäftigung“ waren und nur 16 Personen angaben, einer Beschäftigung nachzugehen.

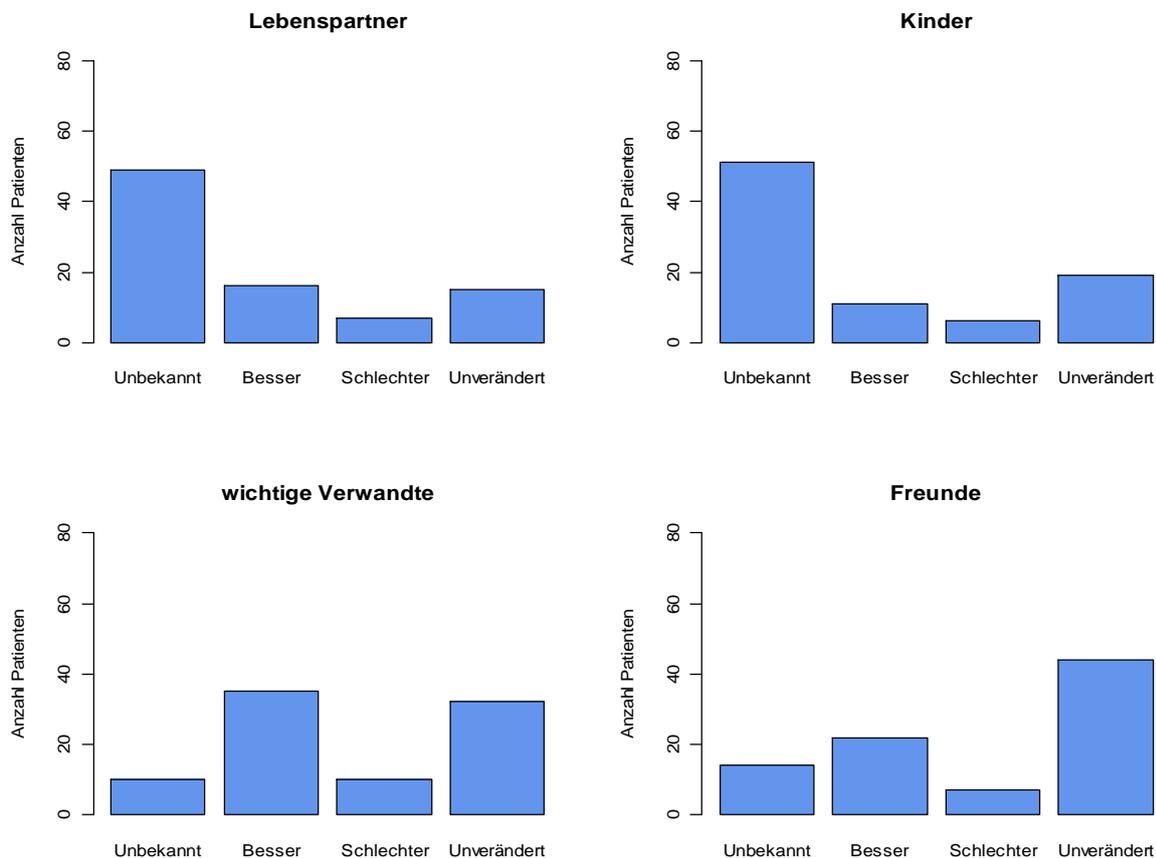
Zum Zeitpunkt der Katamnese hatten dagegen 28 Personen eine Beschäftigung und nur mehr 58 Patienten waren „ohne Beschäftigung“. Zur Frage, inwieweit hier die allgemeine konjunkturelle Rahmensituation bzw. finanzielle Einbußen z.B. durch Verrentung oder Hartz IV eine Rolle spielen, lässt sich im Rahmen dieser Arbeit keine Aussage treffen.

Das subjektive Empfinden der Patientengruppe zur Verbesserung bzw. Verschlechterung ihrer Arbeitssituation stimmt jedenfalls nicht uneingeschränkt überein mit den eher objektiven Daten zur Entwicklung ihrer Beschäftigungssituation.

4.1.3. Soziales Umfeld

Ein im Sinne der Zielsetzung dieser Arbeit wesentlicher Punkt war die Befragung der Patienten über die Veränderung ihres sozialen Umfeldes in Bezug auf Lebenspartner, Verwandte, Freunde und Kinder (soweit vorhanden) innerhalb der letzten zwei Jahre seit der Entlassung aus der Klinik.

Zur Auswertung dieser Fragestellung wurden folgende Balkendiagramme erstellt:



Bei den ersten beiden Grafiken zu Lebenspartner und Kindern sieht man, dass über 50 % der befragten Patienten bei der Frage nach der Veränderung der Beziehung ein „unbekannt“ angegeben haben. Die am zweitstärksten vertretene Kategorie ist „unverändert“. Nur sehr wenige Probanden gaben eine Verbesserung bzw. Verschlechterung der zwischenmenschlichen Beziehung an.

Der Grund für die vielen „Unbekannt“-Antworten war, dass die meisten Patienten keine Kinder bzw. Partnerschaft zur Zeit der Befragung hatten.

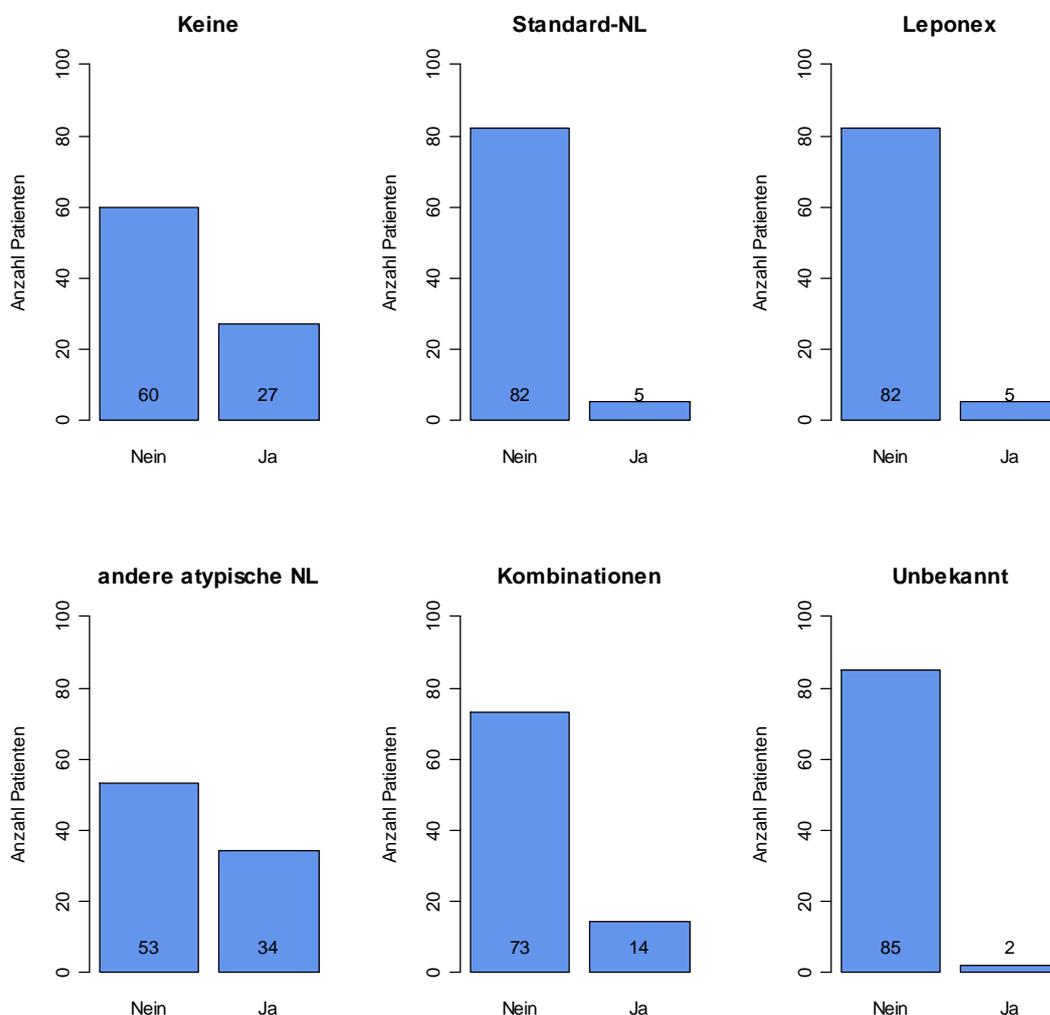
Die meisten Probanden gaben bei der Frage nach der Beziehung zu „wichtigen Verwandten“ eine „Besserung“ und zu den Freunden „unverändert“ an.

Bei der Frage nach Lebenspartner und Kindern (soweit vorhanden) wurde am häufigsten auch mit „unverändert“ geantwortet. Lediglich bei Beziehung zu „wichtigen Verwandten“ lässt sich im 2-Jahres-Zeitraum eine Besserung feststellen.

4.1.4. Medikation in der Katamnese

Im Bereich „Neuroleptika“ wurden sämtliche Variablen, die aus Präparatkombinationen bestanden, zu einer neuen Variablen „Kombinationen“ zusammengefasst. Die übrigen differenzierten Patientenangaben zur Neuroleptika-Medikation wurden unverändert beibehalten.

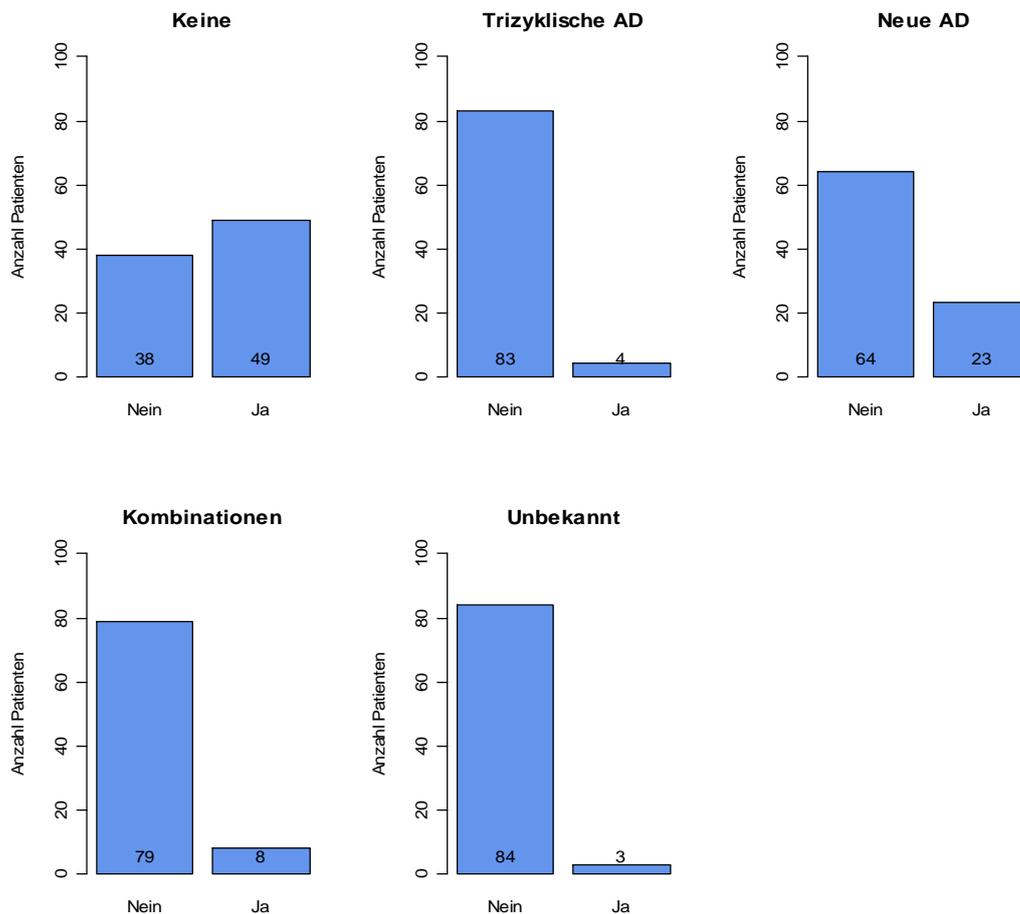
Nachfolgende Balkendiagramme ergeben sich bei Auswertung der diesbezüglichen Patientenangaben:



Ein Drittel aller Patienten, nämlich 27 Probanden (31,0 %), nahmen zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung keine Neuroleptika ein. Eine Mehrzahl der Patienten (34 Probanden / 39,1 %) nahmen „andere atypische Neuroleptika“, was auf eine moderne, nebenwirkungsarme Weiterbehandlung der Patienten hindeutet. Von diesen 34 Probanden litten mehr als die Hälfte unter „Ich-Störungen“.

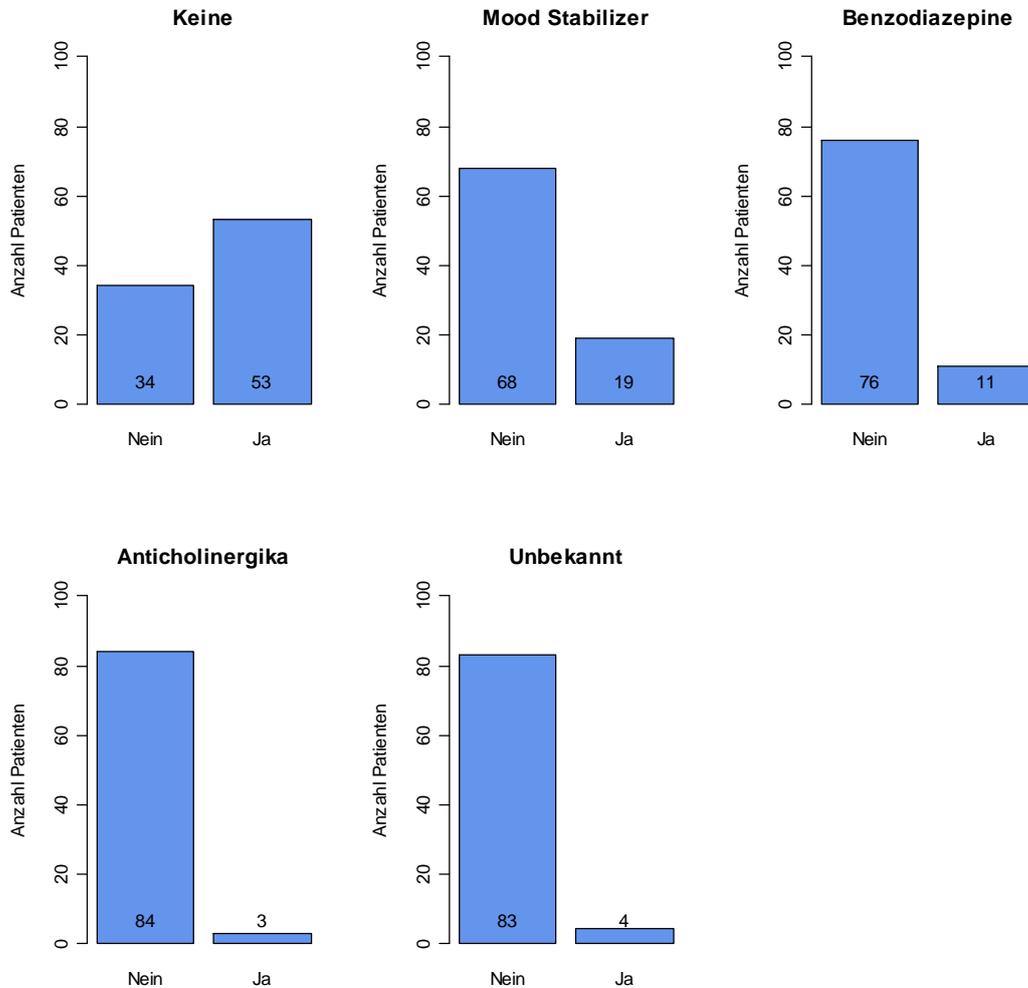
Für den Bereich „Antidepressiva“ wurden „SSRI“, „SNRI“, „NaSSA“ unter „neuere AD“ zusammengefasst, während die MAO-Hemmer außer Acht gelassen wurden, da sie von keinem der Probanden zum relevanten Zeitpunkt eingenommen wurden

Nachfolgend das Balkendiagramm zu „Antidepressiva“:



49 Patienten nahmen keine Antidepressiva. Von den 38 Probanden mit Antidepressiva-Einnahme wurden 23 Patienten (60,5 %) mit „neuere AD“ und 4 weitere Personen (10,5 %) mit „trizyklischen AD“ behandelt. 8 Probanden (21,1 %) nahmen „Kombinationen“ ein, bei 3 Patienten (7,9 %) liegen hierzu keine detaillierten Angaben vor.

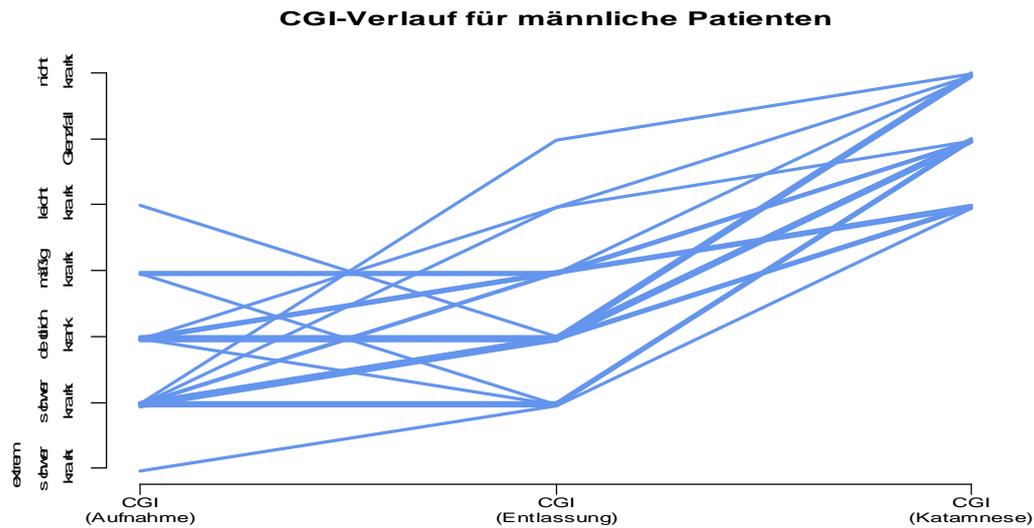
Folgende Balkendiagramme ergeben die Auswertung der Patientenangaben zu „mood stabilizer“ (Carbamazepin, Lithium, Valproinsäure, Lamotrigin), Benzodiazepine, Anticholinergika:



Wie man aus dem Schaubild ersehen kann, nahmen 53 Patienten (60,9 %) keine Präparate dieser Medikamentengruppe ein. Von den insgesamt 87 Patienten nahmen nur 19 (21,8 %) „mood stabilizer“ und 11 (12,6 %) Benzodiazepine ein. Von den 19 Patienten, die „mood stabilizer“ einnahmen, litten 17 Probanden an Antriebs- bzw., psychomotorischen Störungen.

4.1.5. CGI-Verlauf für männliche Patienten in der Katamnese

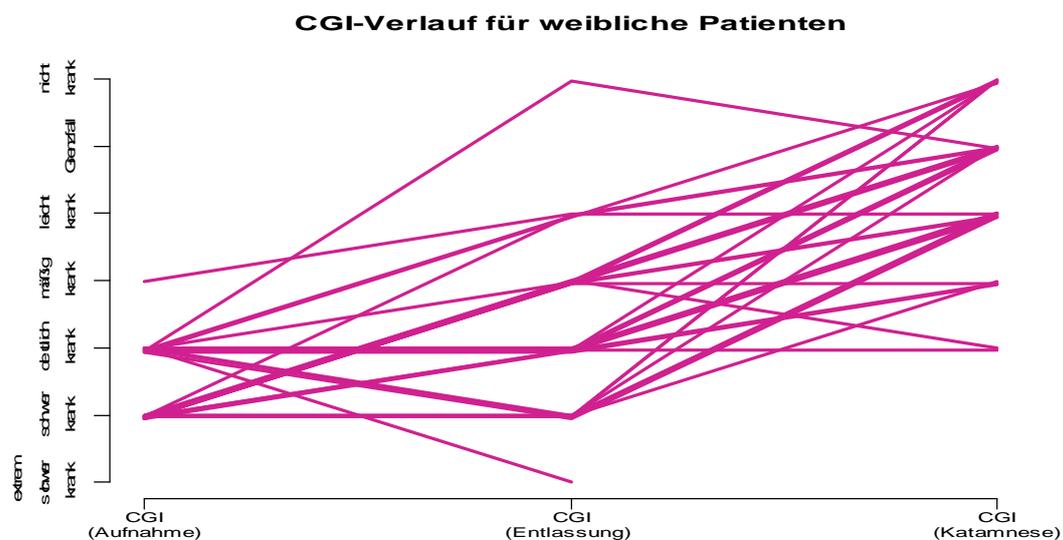
Folgendes Parallelplot veranschaulicht die Patientendaten:



Im zweiten Teil des Linienvverlaufs, dem Zeitraum zwischen Entlassung und Katamnese, zeigen die männlichen Patienten eine erhebliche Verbesserung ihrer CGI's.

4.1.6. CGI-Verlauf für weibliche Patienten in der Katamnese

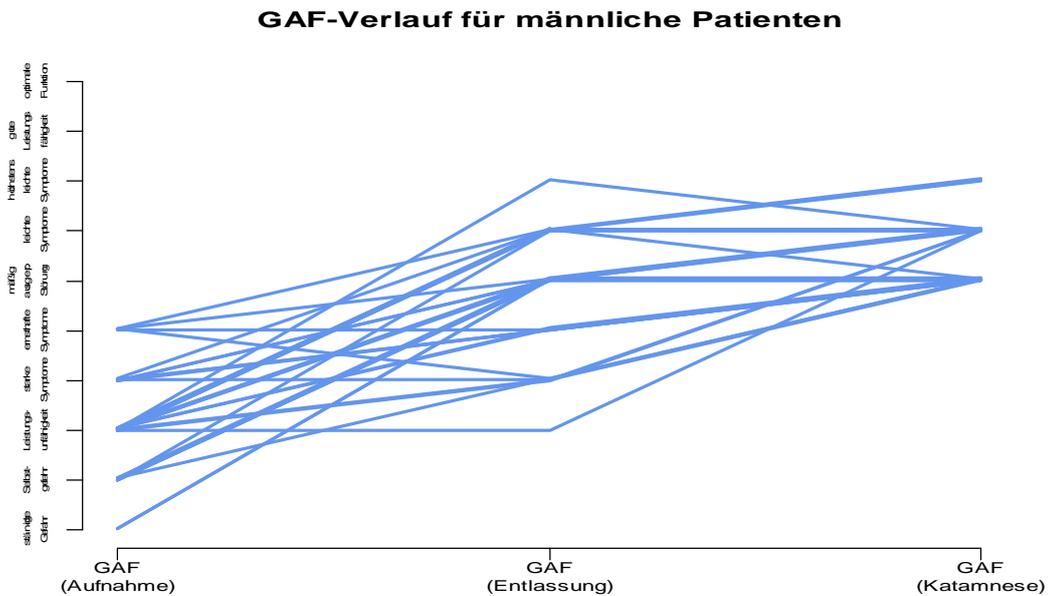
Folgendes Parallelplot zeigt den Verlauf:



Auch im Zeitraum zwischen Entlassung und Katamnese zeigen sich unterschiedliche Verläufe, wobei der Großteil der weiblichen Probanden hier, analog, aber weniger ausgeprägt als bei den männlichen Patienten, noch einmal eine Verbesserung ihres CGI's zeigte.

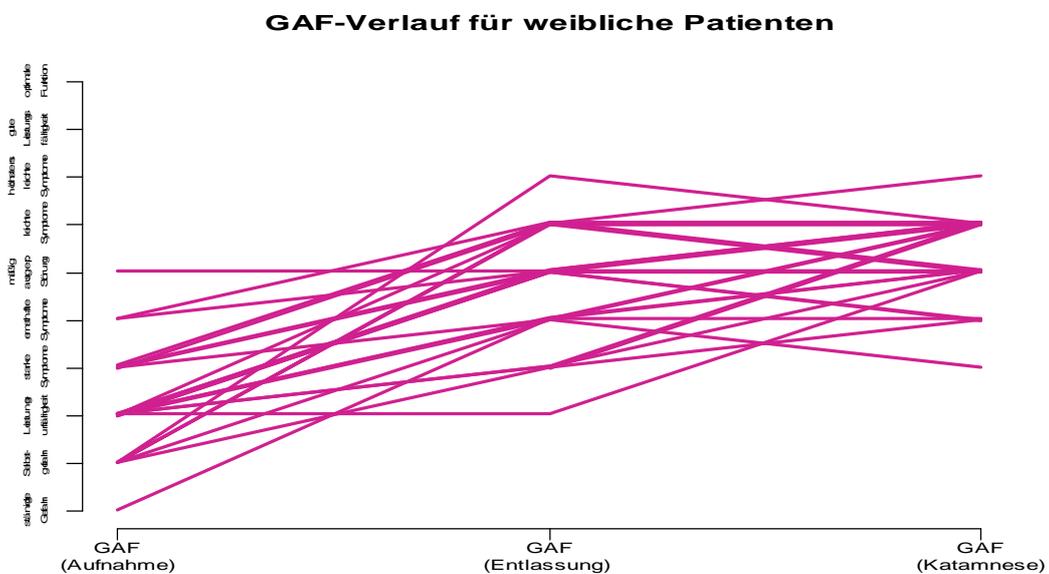
4.1.7. GAF-Verlauf für männliche Probanden

Siehe dazu folgenden Parallelplot:



Bei diesem Parallelplot lässt sich als Ergebnis festhalten, dass sich bei allen Patienten ein positiver Verlauf des GAF vom Zeitpunkt der Aufnahme bis zur Katamnese zeigt.

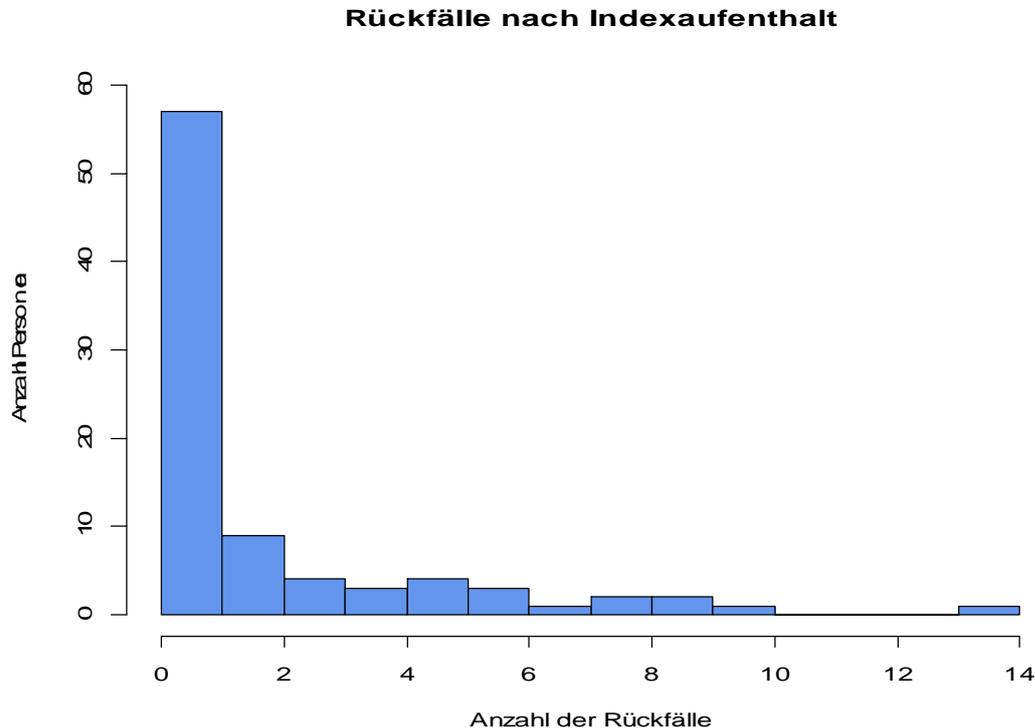
4.1.8. GAF-Verlauf für weibliche Patienten



Bei den weiblichen Patienten ist der GAF-Verlauf fast identisch zu dem der männlichen Probanden.

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 Drittdiagnose 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/Therapieadherence	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	
	Andere 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