

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie der  
Ludwigs-Maximilians-Universität München  
Direktor: Prof. Dr. med. H.-J. Möller

**Akute Vorübergehende Psychotische Störungen:**  
eine Follow-up Studie

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

vorgelegt von

Marcus Hintermayr  
aus Augsburg

2006

Mit der Genehmigung der Medizinischen Fakultät  
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. med. H.-J. Möller

Mitberichterstatter: Prof. Dr. W. Bender

Mitbeteiligung durch den  
promovierten Mitarbeiter: Dr. med. M. Jäger

Dekan: Prof. Dr. med. D. Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 14.12.2006

meiner lieben Claudia und meinen lieben Kindern  
Luana und Lennard

# Akute Vorübergehende Psychotische Störungen: eine Follow-up Studie

## Inhaltsverzeichnis:

<b>1.</b>	<b>Einleitung</b> .....	<b>1</b>
<b>2.</b>	<b>Fragestellung</b> .....	<b>3</b>
<b>3.</b>	<b>Datengewinnung und Methodik</b> .....	<b>4</b>
3.1	Studiendesign.....	4
3.2	Patientenkollektiv .....	5
3.3	ICD-10 .....	6
3.4	Die akuten vorübergehenden psychotischen Störungen – AVPS (ICD-10: F23) .....	7
3.5	Datengewinnung für die Indexperiode.....	8
3.5.1	Basisdokumentation, BADO.....	9
3.5.2	Das AMDP-System .....	10
3.5.3	Strauss-Carpenter-Scale.....	11
3.6	Datengewinnung für die Follow-up Untersuchung mittels Telefoninterview .....	12
3.6.1	Global Assessment Scale, GAS.....	12
3.6.2	Short Disability Assessment Schedule, DAS-S.....	13
3.7	Auswertung und statistische Verfahren.....	15
<b>4.</b>	<b>Ergebnisse</b> .....	<b>16</b>
4.1	Patientenkollektiv .....	16
4.1.1	Alters und Geschlechtsverteilung.....	17
4.1.2	Verteilung auf die diagnostischen Untergruppen .....	18
4.2	Rezidive.....	20
4.2.1	Ergebnisse der Follow-up Untersuchung .....	20
4.2.2	Zusammenhänge zwischen ausgewählten soziodemographischen und psychopathologischen Parametern bei Ersthospitalisation und Rezidiven .....	21
4.2.2.1	Alter und Rezidive .....	22
4.2.2.2	Geschlecht und Rezidive.....	22
4.2.2.3	Diagnostische Untergruppen und Rezidive .....	24
4.2.2.4	Aufenthaltsdauer und Rezidive .....	25
4.2.2.5	GAS und Rezidive .....	25
4.2.2.6	Gesamtscore der Strauss-Carpenter-Scale und Rezidive .....	26
4.2.2.7	Psychopathologische Symptomatik (AMDP-Syndrome) und Rezidive .....	26

4.3	Globales Funktionsniveau (GAS) .....	28
4.3.1	Ergebnisse der Follow-up Untersuchung .....	28
4.3.1.1	Höchster GAS im Jahr vor der Follow-up Untersuchung .....	29
4.3.1.2	Niedrigster GAS im Jahr vor der Follow-up Untersuchung .....	30
4.3.2	Zusammenhänge zwischen ausgewählten soziodemographischen und psychopathologischen Parametern bei Ersthospitalisation und dem globalen Funktionsniveau (GAS) .....	31
4.3.2.1	Alter und globales Funktionsniveau (GAS) .....	31
4.3.2.2	Geschlecht und globales Funktionsniveau (GAS).....	32
4.3.2.3	Diagnostische Untergruppen und globales Funktionsniveau .....	33
4.3.2.4	Aufenthaltsdauer und globales Funktionsniveau (GAS).....	36
4.3.2.5	Globales Funktionsniveau (GAS) der Indexperiode im Vergleich zum Jahr vor der Follow-up Untersuchung .....	36
4.3.2.6	Gesamtscore der Strauss-Carpenter-Scale und globales Funktionsniveau (GAS).....	37
4.3.2.7	Psychopathologische Symptomatik (AMDP-Syndrome) und globales Funktionsniveau (GAS) .....	38
4.4	Soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) .....	40
4.4.1	Ergebnisse der Follow-up Untersuchung .....	41
4.4.1.1	Soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) im Gesamtkollektiv .....	41
4.4.1.2	Soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) bei Patienten mit Rezidiven.....	42
4.4.1.3	Soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) bei Patienten ohne Rezidiv .....	44
4.4.2	Zusammenhänge zwischen ausgewählten soziodemographischen und psychopathologischen Parametern bei Ersthospitalisation und sozialer Funktionseinschränkung (DAS-S) bei der Follow-up Untersuchung .....	45
4.4.2.1	Alter und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) .....	46
4.4.2.2	Geschlecht und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) .....	46
4.4.2.3	Diagnostische Untergruppen und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) .....	47
4.4.2.4	Hospitalisationsdauer und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) .....	48
4.4.2.5	GAS bei Ersthospitalisation und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) .....	48
4.4.2.6	Gesamtscore der Strauss-Carpenter-Scale und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) .....	49
4.4.2.7	Psychopathologische Symptomatik (AMDP-Syndrome) und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) .....	50
<b>5.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>52</b>
5.1	Methodische Probleme der Untersuchung .....	52
5.1.1	Studiendesign.....	52
5.1.2	Instrumente zur Datenerhebung.....	54
5.1.3	Follow-up Untersuchung .....	56
5.2	Häufigkeit der Diagnose und demographische Verteilung .....	58
5.2.1	Häufigkeit der Diagnose AVPS .....	58
5.2.2	Untergruppen der AVPS.....	59
5.2.3	Alters- und Geschlechtsverteilung.....	60
5.3	Verlauf .....	62
5.3.1	Rezidive.....	62
5.3.2	Globales Funktionsniveau bei der Follow-up Untersuchung .....	63
5.3.3	Funktionseinschränkung bei der Follow-up Untersuchung .....	65

5.4	Möglichkeiten der Verlaufsprädiktion .....	66
5.4.1	Prognostischer Wert des Erkrankungsalters .....	67
5.4.2	Prognostischer Wert der Geschlechtszugehörigkeit .....	68
5.4.3	Prognostischer Wert der diagnostischen Untergruppen der AVPS.....	68
5.4.4	Prognostischer Wert der Ersthospitalisationsdauer .....	70
5.4.5	Prognostischer Wert des globalen Funktionsniveaus bei der Ersthospitalisation .....	71
5.4.6	Prognostischer Wert der Strauss-Carpenter-Scale .....	72
5.4.7	Prognostischer Wert der psychopathologischen Symptomatik (AMDP-Syndrome) .....	74
5.5	Schlussfolgerung.....	76
<b>6.</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>79</b>
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>81</b>
<b>8.</b>	<b>Danksagung .....</b>	<b>87</b>
<b>9.</b>	<b>Lebenslauf .....</b>	<b>88</b>

## 1. Einleitung

Das aktuelle diagnostische System der funktionellen Psychosen der WHO geht im Wesentlichen auf das Werk von E. Kraepelin zurück, der die nichtorganischen Psychosen in die beiden großen diagnostischen Gruppen "Dementia praecox" mit einer ungünstigen Prognose und "manisch-depressives Irresein" mit einer günstigen Prognose einteilte (Kraepelin, 1899). Das Problem an dieser dichotomen Systematik war jedoch, dass es auch Krankheitsbilder mit einer für "Dementia praecox" typischen Symptomatik gab, aber mit einer günstigen Prognose, was wiederum typisch für "manisch-depressives Irresein" war. Diese konnten also weder der einen noch der anderen Kategorie eindeutig zugewiesen werden. Bereits E. Kraepelin musste sich diese Problematik in seinem Spätwerk eingestehen (Kraepelin, 1920). Zur Erfassung dieser besonderen Form von Erkrankungen wurde daher die Systematik der funktionellen Psychosen im Laufe der Geschichte der Psychiatrie seit E. Kraepelin immer wieder um weitere Konzepte wie die "reaktiven Psychosen" (Stromgren, 1987; Wimmer A, 1916), die "schizoaffektiven Psychosen" (Kasanin, 1994), die "schizophreniformen Psychosen" (Langfeld, 1939) oder die "zykloiden Psychosen" (Leonhard, 1957) erweitert. Trotz unterschiedlicher Schwerpunkte war den genannten Konzepten gemeinsam, dass es sich um psychische Störungen handelte, die meist akut auftraten, sich durch einen günstigen Verlauf mit einmaligen Episoden oder Vollremission bei rezidivierenden Verläufen ohne Residualzustände auszeichneten und häufig mit einer vorausgehenden psychosozialen Belastungssituation verbunden waren (Jablensky, 2001; Menuck et al., 1989).

Diese Konzepte flossen auch mit in das internationale Diagnosesystem ICD der WHO ein. So gab es in den Versionen ICD-8 und ICD-9 abgeleitet vor dem skandinavischen Diagnosekonzept der o. g. "reaktiven Psychose" zunächst die Diagnosekategorie "andere nichtorganische Psychose". Die "schizoaffektive Psychose" war als Untergruppe der Schizophrenie enthalten (WHO, 1977). Die Kategorie der "akuten vorübergehenden psychotischen Störung" wurde dann 1992 von der WHO mit der zehnten Revision in die „internationale Klassifikation der Erkrankungen“ (ICD-10) eingeführt und ersetzte die Kategorie "andere nichtorganische Psychose" der ICD-9 (WHO, 1992). Aus Gründen der Übersicht und zur Erleichterung des Lesers wird der Terminus technicus "akute vorübergehende psychotische Störungen" in dieser Arbeit mit "AVPS" abgekürzt.

Die AVPS werden in der ICD-10 als eine heterogene Diagnosegruppe dargestellt, die aus sechs Untergruppen besteht (WHO, 1992): Dabei werden die Kriterien und Rahmenbedingungen der Diagnose AVPS, insbesondere für jede Untergruppe in

operationalisierter Form festgelegt. Die entscheidenden diagnostischen Kriterien der gesamten Gruppe der AVPS sind ein akuter Beginn der psychotischen Symptomatik innerhalb von zwei Wochen oder kürzer und eine Vollremission innerhalb von ein bis drei Monaten, je nach Untergruppe der Störung. Ferner müssen typische Syndrome auftreten wie zum einen ein "polymorphes", d.h. schnell wechselndes und unterschiedliches Erscheinungsbild und zum anderen "typische schizophrene Symptome". Eine akute psychische Belastungssituation ist nicht obligatorisch, sollte jedoch dokumentiert werden (WHO, 1992).

Doch in einer Auflage der ICD-10 von 1999 heißt es aber zu den AVPS, dass systematisches, klinisches Wissen zur Klassifikation der akuten vorübergehenden psychotischen Störungen bisher fehle und dass die nur unzureichenden Kenntnisse und klinischen Erfahrungen keine Darstellung eindeutig definierter und untereinander abgrenzbarer Konzepte erlaubten. Außerdem sei die Nomenklatur dieser akuten Störungen ebenso unsicher wie ihre nosologische Stellung. Zudem gesteht die WHO in der ICD-10, dass manche Patienten mit AVPS langfristig doch einen chronischen Verlauf mit andauernden Störungen und Residuen zeigten und für diesen kleinen Teil von Patienten leider noch keine frühe Prognosestellung möglich sei (WHO, 1999).

Die diagnostische Validität der neuen Kategorie der AVPS als F23 in der ICD-10 ist also möglicherweise nicht ausreichend hoch, besonders wenn man berücksichtigt, dass die Kategorie AVPS geschaffen wurde, um kurzzeitige, vollremittierende psychotische Störungen von chronischen oder nur teilweise remittierenden psychotischen Erkrankungen mit späteren Residuen wie beispielsweise der Kategorie der Schizophrenien (ICD-10: F20) abzugrenzen. Wie umstritten die neue Kategorie F23 ist, zeigt sich bei Marneros und Pillmann in einem Vorwort zu deren Studie über AVPS. Sie bemerken darin, dass diese neu eingeführte diagnostische Kategorie nicht auf solider Forschung basiere und aufgrund des wenigen Wissens über Klinik, Auslöser und Prognose sowie Ätiologie, Biologie und Genetik wohl damit zu rechnen sei, dass die gegenwärtigen diagnostischen Algorithmen der akuten vorübergehenden psychotischen Störungen in der ICD noch verändert würden (Marneros and Pillmann, 2004).



## **2. Fragestellung**

Das operationalisierte ICD-10 Konzept der akuten vorübergehenden psychotischen Störungen ist also relativ neu, das Wissen darüber unvollständig, und es gibt noch wenige Studien zum Verlauf und Outcome insbesondere von Patienten, die im klinischen Alltag, d.h. außerhalb von Studienbedingungen, die Diagnose "akute vorübergehende psychotische Störungen" (AVPS) erhalten haben.

Daher wurde die vorliegende Follow-Up Studie zum Verlauf und Outcome ersthospitalisierter Patienten mit akuten vorübergehenden psychotischen Störungen (ICD-10: F23) durchgeführt. Ziel der Studie war es zu ermitteln, wie häufig sich bei den Patienten mit AVPS seit ihrer ersten Hospitalisierung Rückfälle ereignet hatten und wie hoch das globale Funktionsniveau der Patienten und deren soziale Beeinträchtigung am Ende eines mittelfristigen Zeitraums seit der Ersthospitalisation waren.

Für den Fall, dass sich wie in der ICD-10 beschrieben, auch in der vorliegenden Studie neben AVPS Patienten mit günstigem Verlauf solche mit ausgesprochen ungünstigem Verläufen finden würden, sollte dann in einem weiteren Schritt untersucht werden, ob es bereits bei der Ersthospitalisation soziodemographische oder psychopathologische Parameter mit einem prädiktiven Wert für Rückfälle oder ein längerfristig günstiges oder ungünstiges globales und soziales Funktionsniveau der Patienten gab.

### **3. Datengewinnung und Methodik**

#### **3.1 Studiendesign**

Das Studienkollektiv wurde aus dem Krankenblattarchiv der psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München rekrutiert. Es bestand aus der Gesamtheit aller ersthospitalisierten Patienten die zwischen dem 1.1.1995 und dem 31.12.1999 die Diagnose AVPS, also F23 gemäß ICD-10, erhalten hatten. Anschließend wurden die ehemaligen Patienten anhand der persönlichen Daten aus den archivierten Unterlagen und mit Hilfe des lokalen Einwohnermeldeamtes schriftlich zu einem telephonischen Interview eingeladen.

Mit dem persönlichen Einverständnis der Patienten wurde dann zwischen dem 1. Juli und 30. September 2002 in einem halbstandardisierten Telefoninterview, also drei bis sieben Jahre nach deren Ersthospitalisation, erfragt, wie häufig sich zwischenzeitlich Rückfälle ereignet hatten und wie oft die Patienten in einer psychiatrischen Klinik rehospitalisiert werden mussten.

Zur Erfassung von charakteristischen Outcomekriterien, wurde des Weiteren im Gespräch ermittelt, wie hoch das globale Funktionsniveau und die soziale Beeinträchtigung der Patienten im letzten Jahr vor dem Interview war. Dazu wurde das maximale und das minimale globale Funktionsniveau der Patienten im letzten Katamnesejahr jeweils entsprechend der Global Assessment Scale (GAS) erhoben. Außerdem wurde mit Hilfe der Short Disability Assessment Schedule (DAS-S) die soziale Funktionsbeschränkung der AVPS Patienten für das letzte Jahr vor dem Interview ermittelt.

Anschließend wurden soziodemographische und psychopathologische Daten, die bereits im Zeitraum der Ersthospitalisation des Patientenkollektivs erhoben worden waren, dem Krankenblattarchiv entnommen und daraufhin untersucht, ob mit deren Hilfe schon bei der Ersthospitalisation eine Prognose bezüglich zu erwartender Rezidive und Outcome, gemessen am globalen und sozialen Funktionsniveau, GAS und DAS-S, möglich gewesen wäre. Untersucht wurde dabei das Alter bei Ersthospitalisation, die Geschlechtszugehörigkeit, die Zugehörigkeit zu den einzelnen diagnostischen Untergruppen, die stationäre Aufenthaltsdauer, der Gesamtscore der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter, sowie das jeweilige globale Funktionsniveau gemessen im GAS zu Beginn und am Ende der Ersthospitalisation. Außerdem wurde noch die psychopathologische Symptomatik in Form des paranoid-halluzinatorischen Syndroms, des Negativsyndroms, des depressiven

Syndroms und des manischen Syndroms, also ausgewählter Syndrome des AMDP Systems, auf deren prognostischen Wert für Verlauf und Outcome hin untersucht.

Die vorliegende Follow-up Studie wurde im Rahmen der Münchner Katamnesestudie von der zuständigen Ethikkommission genehmigt und mit dem Einverständnis der teilnehmenden Patienten durchgeführt.

### **3.2 Patientenkollektiv**

Das Patientenkollektiv setzte sich aus allen ersthospitalisierten Patienten der psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München aus dem Zeitraum vom 1.1.1995 bis 31.12.1999 zusammen, die mit der Diagnose „akute vorübergehende psychotische Störung“ (F23) entlassen wurden. Diese erfüllten folgende Kriterien:

- I. Es handelte sich im Zeitraum von 1995 bis 1999 um eine stationäre Erstaufnahme. Dabei war für die Rekrutierung unerheblich, ob der Patient bereits zu einem früheren Zeitpunkt ambulant behandelt wurde.
- II. Es lag keine organische Gehirnerkrankung (F0) oder schwere, das ZNS betreffende, metabolische Erkrankung vor.
- III. Es bestand zum Indexzeitpunkt keine Alkohol-, Drogen-, und Medikamentenabhängigkeit oder eine organische Psychose. Gelegentlicher Missbrauch psychotroper Substanzen war jedoch kein Ausschlusskriterium.

Alle Patienten stammten aus München und Umgebung. Die Diagnosen wurden gemäß den diagnostischen Richtlinien der ICD-10 von erfahrenen Fachärzten gestellt, wobei diese am regelmäßigen Ratertraining der Klinik teilnahmen. Die Diagnosestellung erfolgte im Rahmen des klinischen Alltags und nicht anhand von Forschungskriterien.

Das Patientenkollektiv wurde aus dem Krankenblattarchiv der Psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München anhand des Verzeichnisses für Aufnahmen und Diagnosen rekrutiert. In diesem Archiv waren alle konsekutiv stationär aufgenommenen Patienten der Klinik zu finden und entsprechend konnte auch die Häufigkeit der AVPS im Bezug auf alle anderen funktionellen Psychosen bzw. die Gesamtheit aller psychiatrischen Diagnosen beurteilt werden.

### 3.3 ICD-10

Nach der Gründung der WHO im Jahre 1948 wurde die internationale Klassifikation der Krankheiten (ICD) aus der seit 1893 bestehenden Internationalen Klassifikation der Todesursachen entwickelt. Die Basis für den psychiatrischen Teil bildete im Wesentlichen das nosologische System des deutschen Psychiaters Emil Kraepelin.

Als ICD-6 bzw. ICD-7 waren diese zwar die offiziellen Klassifikationssysteme der WHO-Mitgliedstaaten, wurden aber von den Psychiatern insgesamt wenig angenommen. "Die Psychiater der meisten Länder verwendeten ihr eigenes Klassifikationssystem weiter. Häufig gab es sogar mehrere Klassifikationssysteme innerhalb eines Landes", bemerkt dazu ein Autor (Stromgren, 1994).

Das Problem lag aber nicht nur an der Tradition der jeweiligen gewohnten nationalen Systematik sondern, dass die ersten Versionen der ICD bis zur 1965 erschienenen ICD-8 lediglich aus einer Auflistung der verschiedenen psychiatrischen Erkrankungen bestanden. Es gab darin zu den einzelnen Krankheitsbildern keinen näheren Kommentar und schon gar keine operationalisierten Kriterien für die jeweiligen Kategorien. Erst 1975 erschien dann die ICD-9 mit einem Glossar zum psychiatrischen Teil (Stromgren, 1994).

Die zehnte Revision der ICD wurde in die WHO-Mitgliedstaaten 1991 eingeführt mit einem gegenüber den vorherigen Versionen völlig umstrukturierten und erweiterten psychiatrischen Teil unter der Kategorie „F“. Darin waren neben klinischen Beschreibungen erstmals auch diagnostische Leitlinien zur Diagnosestellung enthalten (Dilling et al., 1994).

In der ICD-10 findet sich ein offenes alphanummerisches System, in dem ein großer lateinischer Buchstabe für jedes Fachgebiet steht. Für die psychiatrischen Erkrankungen in Kapitel V steht der Buchstabe „F“, dann codiert eine folgende arabische Ziffer die größeren und eine weitere die jeweils untergeordneten kleineren Diagnosegruppen. Zusätzlich gibt es noch zwei, mit einem Punkt abgetrennte, weitere Untergruppierungen wieder als arabische Ziffern. Die Ziffernfolge ist dabei hierarchisch geordnet. Seit dem Jahr 2000 ist dieser in Deutschland verbindlich.

### 3.4 Akute vorübergehende psychotische Störungen – AVPS (ICD-10: F23)

Die Diagnosekategorie „Akute Vorübergehende Psychotischen Störung“ (AVPS) wurde erst 1992 mit der ICD-10 in das offizielle Diagnosesystem der WHO eingeführt (WHO, 1992). Die AVPS finden sich in der ICD-10 als diagnostische Gruppe F 23 in der Hauptkategorie von F 2 mit der Bezeichnung „Schizophrenie, schizotype und wahnhaftige Störungen“. In der ICD-10 werden die AVPS in folgende Untergruppen aufgeteilt:

- F23.0 akute polymorphe psychotische Störung ohne die Symptome einer Schizophrenie
- F23.1 akute polymorphe psychotische Störung mit den Symptomen einer Schizophrenie
- F23.2 akute schizophreniforme psychotische Störung
- F23.3 sonstige akute vorwiegend wahnhaftige psychotische Störung
- F23.8 sonstige akute vorübergehende psychotische Störung
- F23.9 nicht näher bezeichnete akute vorübergehende psychotische Störung

Es folgt eine kurze Zusammenfassung der diagnostischen Leitlinien der AVPS im ICD-10: Als konstituierenden Kriterien der ICD-10 für die gesamten Gruppe der AVPS sind ein akuter Beginn der psychotischen Symptomatik innerhalb von maximal zwei Wochen und eine vollständige Besserung nach ein bis maximal drei Monaten, je nach Untergruppe, festgelegt. Die charakteristischen Syndrome sind einerseits ein "polymorphes" Erscheinungsbild mit sehr unterschiedlich ausgeprägten, rasch wechselnden Symptomen wie Halluzinationen, Wahnphänomenen und Wahrnehmungsstörungen, die häufig begleitet sind von emotionaler Aufgewühltheit, intensiven flüchtigen Glücksgefühlen und Ekstase oder Angst und Reizbarkeit. Andererseits wird auch eine typisch schizophrene Symptomatik in der ICD-10 als charakteristisch aufgeführt, die zeitgleich mit den polymorphen Symptomen oder allein auftreten kann. Die vollständige Remission muss bei AVPS-Patienten mit "schizophrener Symptomatik" innerhalb eines Monats erfolgen. Darin unterscheiden sich die Untergruppen mit einer "akuten polymorphen psychotischen Störung mit den Symptomen einer

Schizophrenie" oder einer "akuten schizophreniformen psychotischen Störungen" von den anderen Untergruppen. Bei den anderen Untergruppen darf die Remissionsdauer laut ICD-10 höchstens drei Monate dauern. Für die gesamte Gruppe der AVPS gilt außerdem, dass durch das klinische Bild nicht die Kriterien einer manischen Episode (F30, F31) oder depressiven Episode (F32, F33) trotz wechselnder und teilweise dominanter affektiver Symptome erfüllt sein dürfen. Des Weiteren sollen akute Belastungen, also solche die in einem Zeitrahmen von zwei Wochen dem Erkrankungsbeginn vorangingen an fünfter Stelle der alphanumerischen Kodierung der ICD-10 dokumentiert werden. Außerdem wird eine zusätzliche Dokumentation eines akuten Beginns der Symptomatik, d.h. Symptombeginn innerhalb von 2 Wochen, im Gegensatz zu einem "abrupten" Beginn, d.h. Symptombeginn innerhalb von 48 Stunden empfohlen, ohne dass jedoch eine Kodieranweisung dafür angegeben wurde.

Die Abgrenzung der AVPS zu der Kategorie Schizophrenie (F20) bzw. den anhaltenden wahnhaften Störungen (F22) seitens der AVPS erfolgt nicht anhand einer spezifischen klinischen Symptomatik, sondern aufgrund des akuten Beginns (höchstens innerhalb von zwei Wochen) und der zeitlichen Begrenzung von ein bzw. drei Monaten.

Für die einzelnen Untergruppen werden in der ICD-10 jeweils detaillierte Kriterien zur Diagnostik und Differentialdiagnostik genannt, die hier im Einzelnen aber nicht aufgeführt werden. Zu den Untergruppen der Kategorie "sonstige akute vorübergehenden psychotischen Störungen" (F23.8) sei noch bemerkt, dass hierunter kurze, aber eindeutig psychotische Störungen mit Wahnphänomenen oder Halluzinationen oder undifferenzierte Erregungszustände fallen, die in keine andere Kategorie der F23 passen. Im Übrigen wird die Untergruppe F23.9, also die "nicht näher bezeichneten akute vorübergehenden psychotischen Störungen" in der ICD-10 nicht weiter operationalisiert.

### **3.5 Datengewinnung für die Indexperiode**

Nach der Rekrutierung des Patientenkollektivs aus dem Krankenblattarchiv wurde zunächst nochmals anhand der Patientenakten untersucht, ob die Einschlusskriterien, also Ersthospitalisation im definierten Zeitraum, Abwesenheit einer schweren metabolischen oder hirnorganischen Erkrankung sowie Abwesenheit einer Substanzabhängigkeit, erfüllt waren und ob eine manische, depressive oder rezidivierende depressive Erkrankung entsprechend F30, F32 und F33 ausgeschlossen war.

Im Basisdokumentationsystem (BADO) der psychiatrischen Klinik und Poliklinik der Ludwig-Maximilians-Universität München waren routinemäßig soziodemographische Merkmale aller stationären Patienten erfasst worden, so dass die wichtigen Eckdaten für diese Follow-up Studie wie Ersterkrankungsalter, Geschlechtszugehörigkeit, Ersthospitalisationsdauer leicht zu erheben waren. Außerdem waren für alle stationären Patienten der Klinik Daten in Form gängiger Scores, wie zum Beispiel der Gesamtscore der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter, sowie das globale Funktionsniveau gemessen als GAS entsprechend der Global Assessment Scale zu Beginn und am Ende der Ersthospitalisation, sowie die psychopathologische Symptomatik mit Hilfe des AMDP Systems zu Beginn und am Ende der Ersthospitalisation erfasst worden.

### **3.5.1 Basisdokumentation, BADO**

Die von der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN) entwickelte Basisdokumentation (BADO) ist ein bundeseinheitliches Instrument zur Qualitätssicherung für stationäre und teilstationäre psychiatrische Einrichtungen in Deutschland (Cording C., 1998). Aber das modulare BADO-System ist nicht nur die Informationsgrundlage für systematische Qualitätssicherung, sondern kann ebenso für Routinestatistiken, retro- und prospektive Identifikation bestimmter Patientengruppen genutzt werden. Der eine Teil der BADO Daten liefert Informationen über die soziodemographische, biographische und psychiatrisch-anamnestische Patientenstruktur, der andere Teil bezieht sich auf diagnostische und therapeutische Prozesse sowie die Behandlungsergebnisse. Außerdem ist das System entsprechend den Anforderungen der jeweiligen Institutionen und Kliniken beliebig erweiterbar.

Die in der psychiatrischen Klinik der Ludwig-Maximilians-Universität München verwandte BADO Version besteht aus einem Aufnahme- und einem Entlassungsbogen, der von den behandelnden Ärzten auszufüllen ist.

Bestandteile des Aufnahmebogens sind:

- Abschnitt A : Angaben zur Einweisung
- Abschnitt B : soziodemographische Daten
- Abschnitt C : Informationen über frühere Störungen des Patienten, die psychiatrische Familienanamnese, Angaben zum Alter bei Krankheits- bzw. Behandlungsbeginn

- Abschnitt D : Daten zum bisherigen Krankheits- und Behandlungsverlauf, bisherige Therapie, Fremd- oder Selbstgefährdung

Bestandteile des Entlassungsbogens sind:

- Abschnitt E : Informationen zu Diagnostik und Therapie während des aktuellen Aufenthalts, Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung (CGI-Skala)
- Abschnitt F : Angaben zu besonderen Vorkommnissen während des stationären Aufenthalts
- Abschnitt G : Informationen zur Entlassung, Weiterbehandlung, Betreuung oder Unterbringung und spezielle Risiken des Patienten

### **3.5.2 AMDP-System**

Die europäische Gesellschaft für Methodik und Dokumentation der Psychiatrie (AMDP) entwickelte das AMDP-System, um die Erfassung psychopathologischer Symptome zu standardisieren. Grundlage dafür war die traditionelle deskriptive Psychopathologie. Es erfasst alle möglichen psychopathologischen Ausprägungen der funktionalen Psychosen (Bobon, 1983) und deren Ausprägungsgrade numerisch in einer vier Punkte Skala von 0 bis 3. (Pietzcker et al., 1983) und errechnet daraus auf der Grundlage einer Funktionsanalyse einige psychopathologische Syndrome.

Für die vorliegende Studie wurden die Gesamtscores des paranoid-halluzinatorischen, des manischen, des depressiven Syndroms (Pietzcker et al., 1983) und des Negativsyndroms (Angst et al., 1989) für den Aufnahme- und Entlassungstag der Ersthospitalisation aus den Einzelitems des AMDP-Systems errechnet. Die Einzelitems des AMDP Systems waren bereits für die Ersthospitalisation im Rahmen der standardisierten Erfassung der psychopathologischen Symptomatik aller stationären Patienten der Klinik für deren Aufnahme- und Entlassungstag und damit prospektiv auch für die Studienstichprobe von den behandelnden Psychiatern ermittelt worden. Diese hatten sich dafür einem regelmäßigen psychopathologischen „Rater-Training“ unterzogen, um eine vergleichbare, hohe Reliabilität zu erreichen.



### 3.5.3 Strauss-Carpenter-Scale

In Prognoseskalen werden prognostisch relevante Einzelparameter mit einem geringeren prognostischen Wert zu Skalen zusammengefasst und durch Bildung eines Summenscores der prädiktive Wert der Einzelitems in der Summe deutlich gesteigert (Strauss and Carpenter, Jr., 1974). Die Prognoseskala nach Strauss-Carpenter (Strauss-Carpenter-Scale) hat sich bisher bei der Prognostik Schizophrener Erkrankungen in der Prädiktion des Outcome bewährt (Möller et al., 1986) und wurde daher auch in der vorliegenden Studie als Summenscore aus den Krankenakten der Ersthospitalisation bestimmt und anschließend auf deren prognostische Validität für Verlauf und Outcome der AVPS Patienten hin untersucht. Dabei wurde im Unterschied zur Originalversion der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter lediglich eine Umpolung der Skalierung in dem Sinne vorgenommen, so dass hohe Werte eine ungünstige Prognose anzeigten. Die hier verwendete Version der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter bestand aus folgenden 14 Einzelmerkmalen:

- Ausmaß an nützlicher Arbeit im letzten Jahr
- soziale Schicht
- Anzahl von sozialen Kontakten im letzten Jahr
- übliche Form heterosexueller Beziehungen im letzten Jahr
- personelle Ausstattung der derzeit benutzten Behandlungseinrichtung
- Familienanamnese psychiatrischer Krankenhausaufenthalte
- frühestes Auftreten psychischer Symptome
- Verhaltensauffälligkeiten seit dem 12. Lebensjahr
- verflachter oder verminderter emotionaler Ausdruck
- frühere Krankenhausaufenthalte
- Dauer einer vorstationären Prodromalphase mit psychotische Symptomen
- Vorkommen von Denkstörungen, Wahn oder Halluzinationen
- Vorkommen von Depressionen, Hypomanie / Manie
- Auslösende Ereignisse für jüngste psychische Dekompensationen

Für jedes Merkmal wurden Werte von 1 bis 5 vergeben und anschließend dann eine Gesamtsumme gebildet.

### **3.6 Datengewinnung für die Follow-up Untersuchung mittels Telefoninterview**

Im Jahr 2002, also drei bis sieben Jahre nach der Ersthospitalisation wurden in einem Telefoninterview der klinische Verlauf und das Outcome der Patienten ermittelt. In einem halbstandardisierten Katamnesegespräch wurden dabei Fragen nach der Häufigkeit von Rückfällen sowie Rehospitalisationen in psychiatrischen Krankenhäusern gestellt. Außerdem wurde nach sozialen Anpassungsstörungen in verschiedenen Lebensbereichen und der Funktionstüchtigkeit allgemein, sowie nach auftretenden Symptomen gefragt. Die Interviews dauerten durchschnittlich etwa eine halbe Stunde.

Zur Kontaktaufnahme mit den ehemaligen Patienten wurde dazu deren Postanschrift entweder dem Krankenblattarchiv entnommen und deren Aktualität anhand neuester Telefonregister kontrolliert oder auf dieser Basis mit Hilfe der zuständigen Einwohnermeldeämter weiterermittelt. Nach schriftlicher Einladung und dem informierten Einverständnis der Patienten, erfolgten die Telefoninterviews dann im Zeitraum zwischen Juli und September 2002.

Unklarheiten über Verlauf und Outcome der Erkrankung, die sich aus dem Interview ergaben, wurden bei Einverständnis der Patienten durch fremdanamnestische Angaben von Angehörigen und/oder den behandelnden Psychiatern und Therapeuten oder auch aus vorhandenen Krankenakten über weitere ambulante oder stationäre Behandlungen ergänzt.

#### **3.6.1 Global Assessment Scale, GAS**

Die Global Assessment Scale wurde dazu entwickelt, um das globale Funktionsniveau eines Individuums in seinem gesamten Lebenskontext während eines Zeitraums zu bestimmen. Sie besteht aus einer eindimensionalen Schätzskala über ein Kontinuum von 1 bis 100 und bezieht sich sowohl auf Symptome als auch auf Funktionseinschränkungen. Dabei steht 1 für das hypothetisch kränkste Individuum und 100 für das hypothetisch gesündeste. Die Skala ist eingeteilt in zehn gleiche Intervalle: Von 1 bis 10, von 11 bis 20 u. s. w. bis zu 81 bis 90 und 91 bis 100. Die untersuchten Personen werden gemessen an ihrem niedrigsten Funktionsniveau dem jeweiligen Intervall zugeordnet, wobei es nötig ist Zwischenstufen festzulegen (Endicott et al., 1976).

Die relativ einfache Anwendbarkeit, Reliabilität und Validität machten die Global Assessment Scale zu einem in der psychiatrischen Forschung weit verbreiteten Untersuchungsinstrument (Endicott et al., 1976). Daher kam auch in der vorliegenden Studie das globale Funktionsniveau der AVPS Patienten entsprechend der Global Assessment Scale zur Anwendung:

Zwei GAS Werte wurden im Follow-up für den Zeitraum des letzten Jahres vor dem Katamnese Interview bestimmt und zwar bezogen auf das höchste (GAS max) wie auch das niedrigste Niveau (GAS min). Außerdem wurden die zwei Werte für das globale Funktionsniveau, die routinemäßig bei allen stationären Patienten der Klinik am Aufnahme- und Entlassungstag der Ersthospitalisation bestimmt wurden, der BADO Datensammlung entnommen und auf deren prognostischen Aussagewert für spätere Rezidive und das bei Katamnese gemessene globale und soziale Funktionsniveau hin untersucht.

### **3.6.2 Short Disability Assessment Schedule, DAS-S**

Als weiteres Messinstrument zur Untersuchung des Outcome wurde die Short Disability Assessment Schedule (DAS-S) verwendet. Hierbei handelt es sich um ein Instrument, das im Rahmen des multiaxialen diagnostischen Systems der ICD-10 als Achse II zur Erfassung des Grades an Funktionsbeschränkungen durch eine psychiatrische Erkrankung entwickelt wurde. In der DAS-S werden vier große Lebensbereiche der Patienten beurteilt und für jeden der Grad der Funktionsbeschränkung in Zahlen von 0 bis 5 ausgedrückt. Dabei wird sowohl der Intensität als auch der zeitlichen Dauer der Funktionsbeschränkung Rechnung getragen. Der Grad 0 ist definiert als keine Funktionsbeschränkung zu keiner Zeit und der Grad 5 als eine ernste Funktionsbeschränkung, die ohne Unterbrechung vorhanden ist. Die anderen Gradzahlen liegen bezüglich Dauer und Intensität dazwischen:

- 0 = keine Funktionsbeschränkung zu keiner Zeit
- 1 = Normabweichung bei der Erfüllung von einer oder mehr Pflichten und Rollen des Patienten in seinem kulturellen Kontext
- 2 = auffallende Normabweichung und Funktionsverlust mit Einfluss auf die soziale Anpassung (leichter Ausprägungsgrad die gesamte Zeit über oder mäßiger Ausprägungsgrad manchmal)
- 3 = Normabweichung in den meisten der zu erfüllenden Aufgaben und Rollen
- 4 = Normabweichung in allen zu erfüllenden Aufgaben und Rollen
- 5 = Normabweichung erreicht einen Krisenpunkt (ernste Funktionsbeschränkung die gesamte Zeit über)

Der erste Beurteilungsbereich wird im Englischen als „personal care“ bezeichnet und mangels eines existierenden deutschen Substantivs mit dem Terminus "persönliche Pflege" umschrieben. Dieser umfasst die Bereiche der individuellen Körperhygiene, Kleidung sowie Ernährung der untersuchten Person. Der zweite große Funktionsbereich betrifft den Beruf, womit neben bezahlten Tätigkeiten auch berufsäquivalente Tätigkeiten wie Studium, eine schulische Ausbildung oder aber Tätigkeiten im Haushalt beurteilt werden. Drittens wird die Funktionseinschränkung im Bereich der Familie beurteilt. Darunter fällt die soziale Interaktion mit Partnern, Eltern, Kindern oder anderen Haushaltsmitgliedern. Der vierte Bereich steht für den weiteren sozialen Kontext des Patienten und erfasst die Funktionsbeschränkungen bei Aktivitäten in einer Gemeinschaft, Freizeitaktivitäten oder sonstigen sozialen Betätigungsfeldern.

Hier noch einmal alle Bereiche der DAS-S im Überblick:

- |                               |  |
|-------------------------------|--|
| 1.) persönliche Pflege        | - Hygiene, Kleidung und Ernährung                          |
| 2.) Beruf                     | - bezahlte Aktivitäten, Studium oder Hausarbeit            |
| 3.) Familie                   | - Beziehung zu Partnern, Eltern, Kindern oder Mitbewohnern |
| 4.) weiterer sozialer Kontext | - Gemeinde -, Freizeit- oder andere soziale Aktivitäten    |

Die Messung des Grades der Funktionsbeschränkung in der DAS-S hat sich in Feldstudien als benutzerfreundlich und verlässlich erwiesen und ist geeignet für die Anwendung in einem semistrukturierten Interview mit Patienten, Familienmitgliedern, behandelnden Ärzten oder Therapeuten, aber auch zur Erfassung von Daten aus Patientenakten. Die DAS-S kann durch Psychiater, klinische Psychologen sowie Allgemeinärzte oder Sozialarbeiter nach entsprechendem Training angewandt werden (Janca et al., 1996).

Für die vorliegende Katamnese studie wurde die DAS-S gewählt, da sie ein einfaches Messinstrument für das Ausmaß der sozialen Funktionsbeschränkung in den wichtigsten Lebensbereichen der Patientenstichprobe darstellte, das sich in einem halbstandardisierten Telefoninterview als weiteres Maß für das Outcome der AVPS gut anwenden ließ. Für die vorliegende Studie wurden die sechs Gradeinteilungen der Original DAS-S außerdem auf drei reduziert, um das soziale Funktionsniveau der untersuchten Patienten im DAS-S noch übersichtlicher darstellen zu können: Jeweils zwei Grade wurden dafür zusammengefasst zu folgenden Kategorien: gut (0,1), mittel (2,3) und schlecht (4,5).

### **3.7 Auswertung und statistische Verfahren**

Die statistische Auswertung der erhobenen Daten erfolgte mit der Software SPSS 7.5 unter dem Betriebssystem „Windows 98“.

Aufgrund von Abweichungen von der Normalverteilung wurden nichtparametrische Tests eingesetzt. Für die Errechnung der Gruppenunterschiede bei kategorialen Daten wurde der Chi-Quadrat-Test ( $\chi^2$ -test) verwendet. Zur Errechnung der Gruppenunterschiede stetiger Daten bei zwei Gruppen kam der Mann-Whitney-U-Test, bei mehr als zwei Gruppen der Kuskal-Wallis-Test zur Anwendung. Dabei wurde eine statistische Signifikanz ab einer Zufallswahrscheinlichkeit von unter 5 % ( $p < 0.05$ ) festgelegt.

Die Korrelation zweier kontinuierlicher Variablen wurde durch Bestimmung des Korrelationskoeffizienten nach Spearman errechnet. Alle statistischen Verfahren wurden im Sinne einer explorativen Datenanalyse eingesetzt.

## **4. Ergebnisse**

### **4.1 Patientenkollektiv**

In der psychiatrischen Universitätsklinik der LMU München waren im Zeitraum vom 1.1.1995 bis zum 31.12.1999 94 Patienten mit der Diagnose einer akuten vorübergehenden psychotischen Störung (F23, ICD-10) in erstmaliger stationärer psychiatrischer Behandlung. Die Diagnosen wurden routinemäßig im klinischen Alltag von den jeweils behandelnden Ärzten unter Supervision ihrer Oberärzte entsprechend den diagnostischen Leitlinien des ICD-10 gestellt. Insgesamt machten die Patienten mit einer AVPS 7,9% aller Patienten mit einer nicht-affektiven funktionellen Psychose (F2, ICD-10) aus, die zwischen 1. Januar 1995 und 31. Dezember 1999 in der psychiatrischen Universitätsklinik der LMU München behandelt wurden.

Alle 94 Patienten konnten in die Studie aufgenommen werden, da keiner die Ausschlusskriterien erfüllte. Es handelte sich also ausschließlich um Patienten mit erstmaligen psychiatrischen Krankenhausaufenthalten ohne organische Hirnerkrankungen (F0, ICD-10) oder schwere metabolische Erkrankungen, die im ZNS symptomatisch werden. Auch bestand zum Indexzeitpunkt keine Alkohol-, Drogen- und Medikamentenabhängigkeit und keiner der Patienten erfüllte die Kriterien für eine manische (F30, ICD-10), eine bipolar affektive (F31, ICD-10), eine depressive (F32, ICD-10), oder eine rezidivierende depressive Erkrankung (F33, ICD-10). Dies wurde für jeden Patienten retrospektiv mit Hilfe der Krankenakten überprüft.

Zwischen 1. Juli und 30. September 2002 konnten bei 73 Patienten und damit bei 78% der Patienten des Ausgangskollektivs telefonische Interviews durchgeführt und Katamnesedaten erhoben werden.

Die Daten von 16 Patienten wurden mit deren Einverständnis durch Auskünfte der jeweiligen behandelnden niedergelassenen Psychiater oder Hausärzte oder durch Einsicht von Krankenakten von stationären Folgeaufenthalten ergänzt, da sich beim Telefoninterview einzelne Fragen nicht genauer klären ließen.

Der mittlere Beobachtungszeitraum, das heißt der Zeitraum vom Tag der Erstaufnahme bis zum telefonischen Katamnesegespräch mit den Patienten, betrug durchschnittlich 58,9 Monate (Standardabweichung  $\pm 19,1$  Monate).

Bei insgesamt 21 Patienten (22%) konnten keine Katamnesedaten erhoben werden. Davon waren drei Patienten (3%) ins Ausland verzogen. Das ergab sich aus den Krankenakten. Weitere drei (3%) haben ein Interview nach telefonischer Kontaktaufnahme abgelehnt. Zwei Patienten (2%) verstarben durch Suizid. Der Verbleib einer Anzahl von 13 Patienten (14%) konnte nicht ermittelt werden. Von manchen kamen die schriftlichen Einladungen zum Katamnesegespräch auf dem Postweg mit dem Vermerk „unbekannt verzogen“ zurück und ein neuer Wohnort konnte auch mit Hilfe der Einwohnermeldeämter nicht in Erfahrung gebracht werden.

*Grundlage für die vorliegende Katamnese studie waren die in einem halbstandardisierten Telefoninterview ermittelten Daten von 73 nachuntersuchten Patienten mit einer AVPS (F23, ICD-10). Damit lagen Katamnesedaten für 78% der Patienten des Ausgangskollektivs vor (n=94).*

#### **4.1.1 Alters- und Geschlechtsverteilung**

Als nächstes soll die Alters- und Geschlechtsverteilung der Stichprobe erläutert werden, wobei es sich um das Patientenalter zum Aufnahmezeitpunkt der Ersthospitalisation handelte:

Das Patientenkollektiv bestand aus 94 Patienten. Davon waren 45 Frauen (48%) und 49 Männer (52%). Das mittlere Alter des Patientenkollektivs betrug zum Indexzeitpunkt 33,1 Jahre (Standardabweichung  $\pm 10,6$  Jahre). Der älteste Patient war 75 und der jüngste 16 Jahre alt. Betrachtet man die Altersverteilung der Patienten für Frauen und Männer getrennt, so ergab sich für die Frauen ein Durchschnittsalter von 34,9 Jahren (Standardabweichung  $\pm 11$  Jahre) und für die Männer ein Altersdurchschnitt von 31,5 Jahren (Standardabweichung  $\pm 10,3$  Jahre). Der Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant (Mann-Whitney-Test:  $p=0,130$ ). Das nachuntersuchte Patientenkollektiv ( $n=73$ ) unterschied sich hinsichtlich der Alters- und Geschlechtsverteilung statistisch nicht signifikant von der Gesamtstichprobe ( $n=94$ ), (Alter: Mann-Whitney-Test:  $p=0,597$ ; Geschlecht:  $\chi^2$ -test:  $p=0,339$ ).

*Es gab keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Geschlechtern für die Erkrankungshäufigkeit mit AVPS in dieser Stichprobe. Ebenso unterschieden sich Männer und Frauen statistisch nicht signifikant hinsichtlich ihres Ersterkrankungsalters, wenngleich die Frauen um durchschnittlich 3,4 Jahre älter waren.*

#### 4.1.2 Verteilung auf die diagnostischen Untergruppen

Im folgenden Abschnitt soll gezeigt werden, zu welchen Anteilen sich das Patientenkollektiv mit AVPS aus den jeweiligen diagnostischen Untergruppen von F23.0 bis F23.9 zusammensetzte. Auch diese Daten wurden dem Krankenblattarchiv entnommen.

Die 94 Patienten mit der Diagnose AVPS verteilten sich auf folgende Untergruppen (Tab.1): 21 Patienten erhielten die Diagnose „akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie“ (F23.0) und 28 Patienten die Diagnose „akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie“ (F23.1). Die größte Gruppe bildete mit 30 Patienten die „akuten schizophreniformen psychotischen Störungen“ (F23.2). Neun Patienten zeigten das Bild einer „sonstigen akuten vorwiegend wahnhaften psychotischen Störung“ (F23.3). Lediglich 5 bzw. 1 Patienten fielen in die beiden letzten Gruppen der „sonstigen akuten vorübergehenden psychotischen Störungen (F23.8)“ bzw. „nicht näher bezeichneten vorübergehenden psychotischen Störung (F23.9)“.

Wegen der geringen Fallzahl der beiden unspezifischen Kategorien F23.8 und F23.9 werden diese in den folgenden Kapiteln immer zusammengefasst dargestellt.

Bezüglich der Geschlechts- und Alterszusammensetzung zeigten sich im Patientenkollektiv zwischen den einzelnen Diagnosegruppen der AVPS keine statistisch signifikanten Unterschiede, wenn man diese nur für die Kategorien F23.0, F23.1 und F23.2 mit ausreichender Fallzahl betrachtet (geschlechtsbezogen:  $\chi^2$ -test:  $p=0,342$ ; altersbezogen: Kruskal-Wallis-Test:  $p=0,492$ ). Für die Kategorien F23.3, F23.8 und F23.9 wurden aufgrund der geringen Fallzahlen ( $n < 10$ ) dazu keine Aussagen gemacht.

Hinsichtlich der Zusammensetzung aus den einzelnen Diagnosegruppen zeigte sich beim nachuntersuchten Patientenkollektiv ( $n=73$ ) gegenüber dem Ausgangskollektiv ( $n=94$ ) kein Selektionsbias ( $\chi^2$ -test:  $p=0,183$ ).



Tab.1: Die diagnostischen Untergruppen des Ausgangskollektivs

ICD-10	Diagnose	Anzahl	Prozent
F 23.0	akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie	21	22,3%
F 23.1	akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie	28	29,8%
F 23.2	akute schizophreniforme psychotische Störung	30	31,9%
F 23.3	sonstige akute vorwiegend wahnhafte psychotische Störung	9	9,6%
F 23.8	sonstige akute vorübergehende psychotische Störung	5	5,3%
F 23.9	nicht näher bezeichnete akute vorübergehende psychotische Störung	1	1,1%

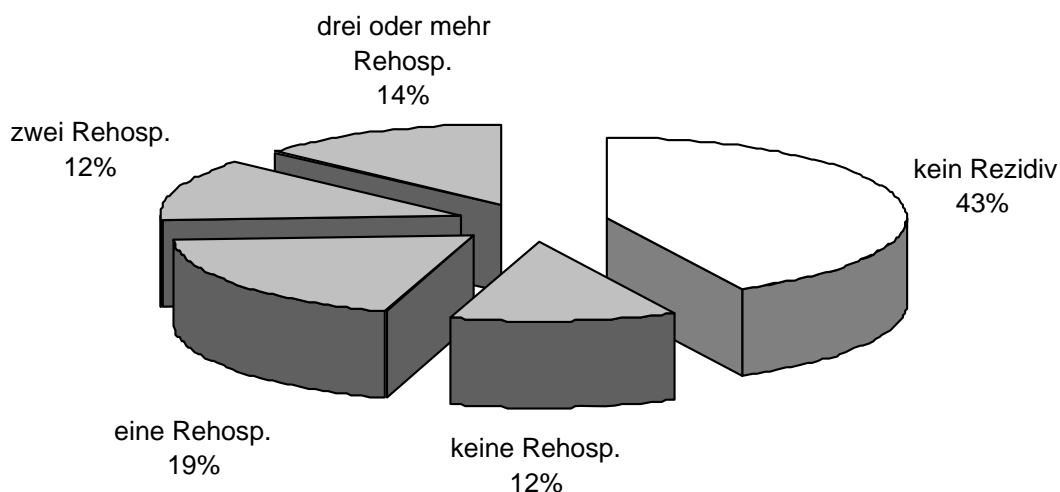
*Patienten mit den Diagnosen F23.1 (akute polymorphe psychotische Störung ohne Symptome einer Schizophrenie) und F23.2 (akute schizophreniforme psychotische Störung) stellten den größten Anteil des Kollektivs dar. Die drittgrößte Gruppe waren die Patienten der Kategorie F23.0 (akute polymorphe psychotische Störung mit Symptomen einer Schizophrenie) gefolgt von einem deutlich kleineren Teil an Patienten mit F23.3. (sonstige akute vorwiegend wahnhafte psychotische Störung). Relativ selten wurden die Diagnosen F23.8 und F23.9 (sonstige akute vorübergehende psychotische Störung und nicht näher bezeichnete akute vorübergehende psychotische Störung) gestellt.*

## 4.2 Rezidive

Im nächsten Abschnitt soll gezeigt werden, wie häufig sich bei der Stichprobe von AVPS-Patienten nach deren Ersthospitalisation Rezidive ereigneten. Wie in der „Halle Studie über kurze und akute psychotische Störungen“ von Marneros und Pillmann wurde auch in der vorliegenden Studie als Rezidiv definiert, wenn bei den Patienten eine weitere Episode mit affektiven oder psychotischen Symptomen auftrat, die zu einer erneuten ambulanten oder stationären Behandlung führte (Marneros und Pillmann 2004).

### 4.2.1 Ergebnisse der Follow-up Untersuchung

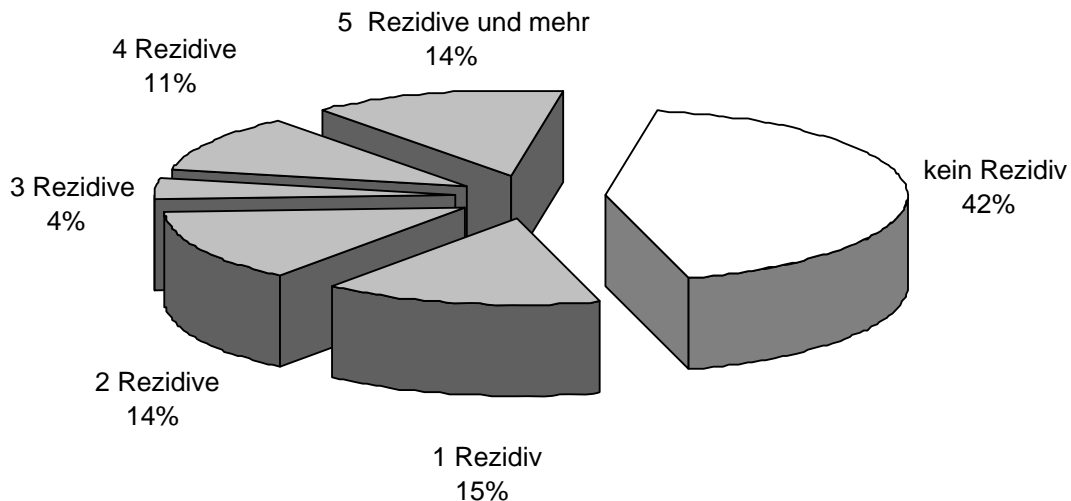
Abb.1: Rezidive und Rehospitalisationen



Wie Abb.1 zeigt, hatten im Beobachtungszeitraum insgesamt 58% der Patienten (n=42) ein Rezidiv und mussten sich in ambulante oder stationäre Behandlung begeben. Entsprechend hatte ein großer Anteil von 42% (n=31) der Patienten keinen Rückfall. Von den Patienten mit Rezidiv wurden 12% (n=9) ambulant ohne Rehospitalisation behandelt. Weitere 19% (n=14) der Patienten wurden einmal, 12% (n=9) zweimal und 14% (n=10) drei oder mehrere Male rehospitalisiert. Im Detail wurden sieben Patienten (10%) dreimal, einer (1,4%) viermal, einer (1,4%) fünfmal und einer sechsmal (1,4%) rehospitalisiert.

Die Häufigkeit der Rezidive ist aus der folgenden Graphik ersichtlich. Es wurde hierbei nicht zwischen Patienten mit ambulant oder stationär behandelten Rezidiven unterschieden.

Abb.2: Häufigkeit der Rezidive



Der Anteil der Patienten mit drei oder mehr Rezidiven lag demnach bei 29 %. Das ist darauf zurückzuführen, dass zu stationär behandelten Rezidiven eine oder mehrere weitere Krankheitsepisoden, die ambulant behandelt werden konnten, hinzukamen. Im Einzelnen hatten 4% der Patienten drei Rezidive, 11% vier und je 4% fünf, sechs und acht Rezidive. Ein Patient (1,4%) kam auf insgesamt 10 Rezidive.

*Zusammenfassend lässt sich also feststellen, dass während des Beobachtungszeitraumes 58% (n=42) der Patienten ein Rezidiv hatten.*

#### **4.2.2 Zusammenhänge zwischen ausgewählten soziodemographischen und psychopathologischen Parametern bei Ersthospitalisation und Rezidiven**

Im nächsten Schritt wurde untersucht, ob es schon bei der Indexperiode Merkmale gab, mit deren Hilfe sich Patienten mit späteren Rückfällen von solchen ohne Rückfälle unterscheiden lassen. Ebenso wie für die Variablen Geschlecht, Erkrankungsalter und die diagnostischen Untergruppen, konnten auch für die Variablen Aufenthaltsdauer, GAS, Gesamtscore der Strauss-Carpenter-Scale und die AMDP-Syndrome statistisch signifikante Unterschiede zwischen dem nachuntersuchten Patientenkollektiv und dem Ausgangskollektiv ausgeschlossen werden (Mann-Whitney Test:  $p > 0,05$ ).

#### 4.2.2.1 Alter und Rezidive

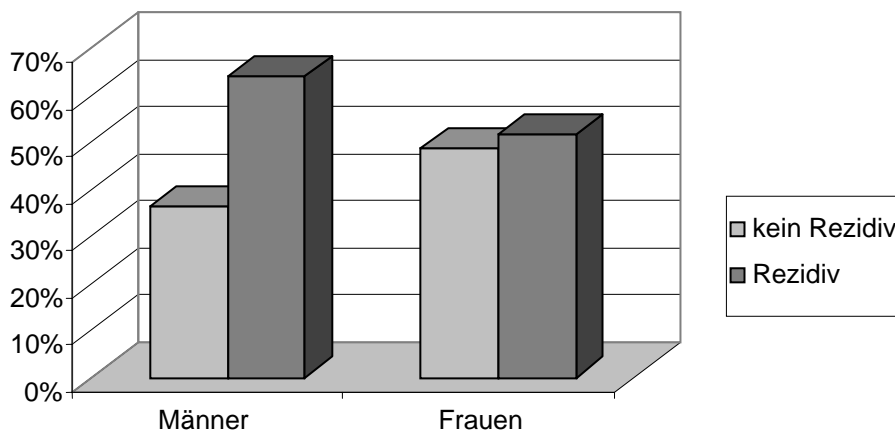
Zwischen den Patienten mit Rezidiv und ohne Rezidiv zeigte sich hinsichtlich des Durchschnittsalters bei der Ersthospitalisation kein signifikanter Unterschied (Mann-Whitney-Test:  $p=0,204$ ). Der Altersdurchschnitt von Patienten mit Rezidiv lag bei 33,0 Jahren (Standardabweichung  $\pm 16,7$ ) und bei den Patienten, die kein Rezidiv erlitten bei 30,1 Jahren (Standardabweichung  $\pm 11,2$ ).

*Es lag kein statistisch signifikanter Altersunterschied zwischen Patienten mit und ohne Rezidiv vor.*

#### 4.2.2.2 Geschlecht und Rezidive

Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich der Rezidivneigung sollen im folgenden Unterpunkt gezeigt werden:

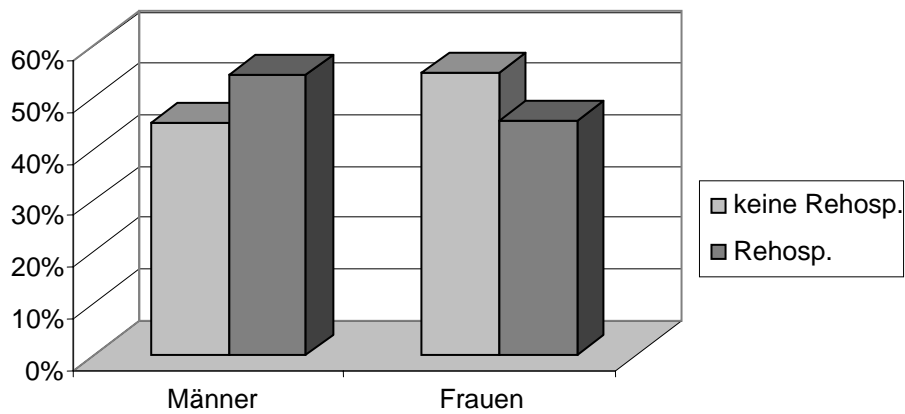
Abb.3: Rezidive geschlechtsspezifisch



Während die Frauen im Katamnesezeitraum etwa zur Hälfte mit 51% ( $n=19$ ) einen Rückfall erlitten, lag die Rückfallquote der Männer bei 64% ( $n=23$ ). Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren jedoch statistisch nicht signifikant ( $\chi^2$ -test,  $p=0,279$ ).

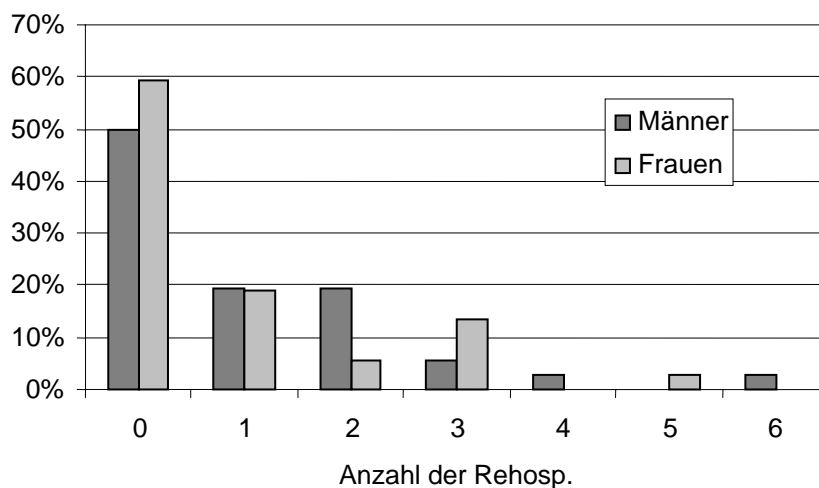
Betrachtet man die Geschlechterverteilung nur bezogen auf die Rehospitalisationen, so zeigte sich, dass 50% der Männer ( $n=18$ ) und nur 40% der Frauen ( $n=15$ ) erneut hospitalisiert wurden:

Abb.4: Rehospitalisationen geschlechtsspezifisch



Im Einzelnen wurden bei beiden Geschlechtern jeweils 19% (n=7) ein weiteres Mal stationär behandelt. Bei den Männern hatten weitere 19% zwei (n=7), 6% drei (n=2) und 3% (n=1) vier weitere Rezidive mit erneuten Klinikaufenthalten. Einer der männlichen Patienten hatte sogar sechs weitere stationär behandelte Rückfälle. Bei den Frauen hatten 5% (n=2) zwei weitere, 14 % (n=5) drei und 3% (n=1) fünf erneute Rehospitalisationen.

Abb.5: Geschlecht und Anzahl der Rehospitalisationen



Auch bezüglich der Rehospitalisationshäufigkeit zeigte sich zwischen den Geschlechtern kein statistisch signifikanter Unterschied ( $\chi^2$ -test;  $p=0,281$ ).

*Zusammenfassend lässt sich sagen, dass zwischen Männern und Frauen kein statistisch signifikanter Unterschied bezüglich der Rezidivneigung bestand. Trotzdem zeigten die Männer tendenziell eine häufigere Rezidivrate (64%) als die Frauen (51%).*

#### 4.2.2.3 Diagnostische Untergruppen und Rezidive

Von besonderem Interesse war, ob es signifikante Unterschiede zwischen den einzelnen diagnostischen Untergruppen der AVPS bezüglich ihrer Rezidivneigung im Beobachtungszeitraum gab. Die Ergebnisse sind im folgenden Abschnitt dargestellt:

Tab. 2: Diagnostische Untergruppen und Rückfälle

<b>Diagnostische Untergruppen</b>	<b>Rückfälle (n = 42 )</b>	<b>keine Rückfälle (n =31)</b>
<b>F23.0 (n,%)</b>	7 (50 %)	7 (50 %)
<b>F23.1 (n,%)</b>	12 (55 %)	10 (45 %)
<b>F23.2 (n,%)</b>	17 (65 %)	9 (35 %)
<b>F23.3 (n,%)</b>	3 (43 %)	4 (57 %)
<b>F23.8,9 (n,%)</b>	3 (75 %)	1 (25 %)

Es fiel auf, dass fast zwei Drittel (65%) der Patienten mit einer schizophreniformen AVPS (F23.2) Rückfälle erlitten hatten, während es bei Patienten mit der Diagnose AVPS mit und ohne Symptome einer Schizophrenie, also F23.1 und F23.0, nur zu 55% bzw. 50% zu einem Rückfall kam. Bei den Patienten mit vorwiegend wahnhaften AVPS (F23.3) und den beiden Gruppen mit sonstigen bzw. nicht näher bezeichneten AVPS (F23.8/9) erlitten je drei Rückfälle (43% bzw. 75%). Jedoch zeigte sich, dass die Unterschiede zwischen den einzelnen Untergruppen F23.0 bis F23.9 im Bezug auf die Rückfälle statistisch nicht signifikant waren ( $\chi^2$ -Test:  $p=0,703$ ).

*Hinsichtlich der Rückfälle im Beobachtungszeitraum zeigten die einzelnen diagnostischen Untergruppen der AVPS keine statistisch signifikanten Unterschiede.*

#### 4.2.2.4 Aufenthaltsdauer und Rezidive

Da in der Erkrankungsdauer ein entscheidendes Kriterium der AVPS liegt, stellte sich die Frage, ob Patienten mit einer kürzeren Dauer der Ersthospitalisation später weniger häufig zu Rezidiven neigten, als solche mit einer längeren Aufenthaltsdauer, oder ob eine kürzere Aufenthaltsdauer aber mit häufigeren Rezidiven assoziiert war:

Die Patienten mit Rezidiv waren im Mittel 28,2 Tage ( $\pm 17,9$ ) und die ohne Rezidiv 31,3 Tage ( $\pm 19,7$ ) bei ihrem ersten Aufenthalt in der Klinik. Patienten ohne Rezidiv waren im Durchschnitt also 3,1 Tage länger ersthospitalisiert als Patienten, die später Rezidive bekamen. Allerdings war der Unterschied nicht statistisch signifikant (Mann-Whitney-Test:  $p=0,376$ ).

*Zwischen Patienten mit und solchen ohne späteres Rezidiv ließ sich hinsichtlich der Aufenthaltsdauer bei Ersthospitalisation kein statistisch signifikanter Unterschied feststellen.*

#### 4.2.2.5 GAS und Rezidive

Als nächstes wurde untersucht, ob sich Patienten mit Rezidiv von solchen ohne Rezidiv anhand ihres globalen Funktionsniveaus zu Beginn bzw. am Ende ihres ersten stationären Aufenthaltes unterscheiden ließen. Das globale Funktionsniveau wurde zu Beginn und am Ende des stationären Erstaufenthaltes von den behandelnden Ärzten entsprechend der „Global Assessment Scale“ als „GAS – Wert“ bestimmt.

In Tabelle 3 sind die durchschnittlichen Mittelwerte des globalen Funktionsniveaus (GAS) zu Beginn und am Ende der Indexperiode für AVPS-Patienten mit und ohne Rezidiv dargestellt.

Tab.3: GAS bei Ersthospitalisation und Rezidive

	Rezidiv (n = 42)	kein Rezidiv ( n = 31)	Signifikanz (Mann-Whitney-Test)
GAS (Indexperiode) bei Aufnahme (MW, SA)	38,6 ( $\pm 11,8$ )	43,6 ( $\pm 18,9$ )	p = 0,464
GAS (Indexperiode) bei Entlassung (MW, SA)	73,6 ( $\pm 12,0$ )	75,2 ( $\pm 12,4$ )	p = 0,698

Die Unterschiede zwischen Patienten mit und ohne Rezidiv bezüglich der GAS-Werte am Anfang und Ende der Indexperiode waren statistisch nicht signifikant (Mann-Whitney-Test:  $p=0,464$  bzw.  $p=0,698$ ).

*Keinen statistisch signifikanten Unterschied zeigten Patienten mit Rezidiv und solche ohne Rezidiv in ihrem durchschnittlichen globalen Funktionsniveau zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt ihrer Ersthospitalisation.*

#### **4.2.2.6 Gesamtscore der Strauss-Carpenter-Scale und Rezidive**

Des Weiteren stellte sich die Frage, ob sich ein Zusammenhang zwischen den Werten der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter und dem Auftreten nachfolgender Rezidive bei den Patienten mit AVPS herstellen ließ. Der Gesamtscore der Strauss-Carpenter-Scale wurde ebenfalls bereits beim Indexaufenthalt im Rahmen der standardisierten Datenerhebung durch die behandelnden Ärzte ermittelt.

Der Mittelwert bei Patienten mit Rückfällen betrug im Gesamtscore 27,6 (Standardabweichung  $\pm 6,0$ ) und 26,6 (Standardabweichung  $\pm 5,8$ ) bei solchen ohne Rückfälle. Der Unterschied war statistisch nicht signifikant (Mann-Whitney-Test:  $p=0,424$ ).

*Der ermittelte Gesamtscore der Strauss-Carpenter-Scale bei Ersthospitalisation hatte bei den Patienten mit AVPS keinen statistisch signifikanten, prädiktiven Wert für folgende Rezidive.*

#### **4.2.2.7 Psychopathologische Symptomatik (AMDP-Syndrome) und Rezidive**

Auf der Suche nach psychopathologischen Merkmalen mit prädikativem Wert für den Krankheitsverlauf von AVPS Patienten, wurde untersucht, ob sich Patienten mit Rückfällen von Patienten ohne Rückfälle anhand des Ausprägungsgrades ausgewählter AMDP-Syndrome bei der Indexperiode unterscheiden ließen:



Tab.4 AMDP-Syndrome und Rezidive:

<b>AMDP-Syndrome bei Ersthospitalisation</b>	<b>Rezidiv (n=42)</b>	<b>kein Rezidiv (n=31)</b>	<b>Signifikanz Mann-Whitney Test</b>
<b>Paranoid-halluzinatorisches Syndrom</b>			
bei Aufnahme (MW, SA) bei Entlassung (MW, SA)	<b>10,2 (± 5,1)</b> 0,6 (± 1,6)	<b>7,4 (± 6,0 )</b> 0,6 (± 2,5)	<b>p = 0,023</b> p = 0,204
<b>Negativsyndrom</b>			
bei Aufnahme (MW, SA) bei Entlassung (MW, SA)	7,9 (± 3,9) 1,7 (± 2,0)	7,4 (± 5,2) 1,2 (±1,7)	p = 0,395 p = 0,365
<b>Depressives Syndrom</b>			
bei Aufnahme (MW, SA) bei Entlassung (MW, SA)	5,0 (± 4,3) 1,0 (± 1,7)	5,4 (± 5,0) 0,8 (± 2,6)	p = 0,850 p = 0,365
<b>Manisches Syndrom</b>			
bei Aufnahme (MW, SA) bei Entlassung (MW, SA)	3,2 (± 3,8) 1,7 (± 2,0)	2,4 (± 2,9) 1,2 (± 1,7)	p = 0,550 p = 0,760

MW= Mittelwert, SA= Standardabweichung

Wie aus Tab.4 hervorgeht, gab es hinsichtlich des Ausprägungsgrades im paranoid-halluzinatorischen Syndrom zum Erstaufnahmezeitpunkt signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit und denen ohne Rezidive. Allerdings galt das nicht für den Entlassungszeitpunkt. So lag der Mittelwert der paranoid-halluzinatorischen Syndrome bei Patienten mit Rezidiven zum Aufnahmezeitpunkt bei 10,2 (Standardabweichung ±5,1) und bei 7,4 (Standardabweichung ±6,0) bei solchen ohne Rezidiv. Der Unterschied war statistisch signifikant (Mann-Whitney-Test: p=0,023).

Hingegen zeigten sich in den durchschnittlichen Summenscores für das Negativsyndrom, das depressive Syndrom sowie das manische Syndrom zum Aufnahme- und Entlassungszeitpunkt keine signifikanten Unterschiede zwischen Patienten mit und solchen ohne Rezidiv (Mann-Whitney-Test:  $p > 0,05$ ).

*Der Summenscore für das paranoid-halluzinatorische Syndrom zu Beginn der Ersthospitalisation war bei den Patienten mit Rückfällen signifikant höher als bei Patienten ohne Rezidiv.*

### **4.3 Globales Funktionsniveau (GAS)**

Die dürftige Datenlage über den Verlauf und die Prognose der AVPS war der wichtigste Grund für die vorliegende Katamnesestudie. Es stellte sich die Frage, ob die Prognose der AVPS wie bei deren historischen Vorläuferkonzepten eher günstig oder aber ungünstig ist, und es sollte untersucht werden, inwieweit die AVPS über längere Zeit mit vollständiger Rekonvaleszenz oder aber auch mit zunehmenden Beeinträchtigungen bis hin zu dauerhaften Residualzuständen einhergehen.

#### **4.3.1 Ergebnisse der Follow-up Untersuchung**

Drei bis sieben Jahre nach der Ersthospitalisation wurde bei den AVPS Patienten mit Hilfe eines halbstandardisierten Telefoninterviews ein Wert für das höchste (GAS max) und ein Wert für das geringste globale Funktionsniveau (GAS min) für den Zeitraum des letzten Jahres vor dem Telefoninterview ermittelt. Durch die Erfassung eines höchsten sowie eines niedrigsten GAS Wertes für das letzte Jahr des Beobachtungszeitraumes sollte gewährleistet werden, dass durch zwei Messpunkte ein gleich bleibendes oder aber schwankendes globales Funktionsniveau der Patienten mit AVPS erfasst werden konnte. Es würden sich also Residualzustände aufgrund von chronisch oder intermittierenden, progredienten Verläufen in Form von relativ niedrigen GAS max und Gas min Werten ebenso zeigen wie ein stabiler Gesundheitszustand ohne Rückfall in Form von hohen Werten für GAS max und GAS min. Ein hoher GAS max Wert zusammen mit einem geringen GAS min im letzten Beobachtungsjahr spräche dann für einen erfassten Rückfall im letzten Jahr ohne Residualzustände.

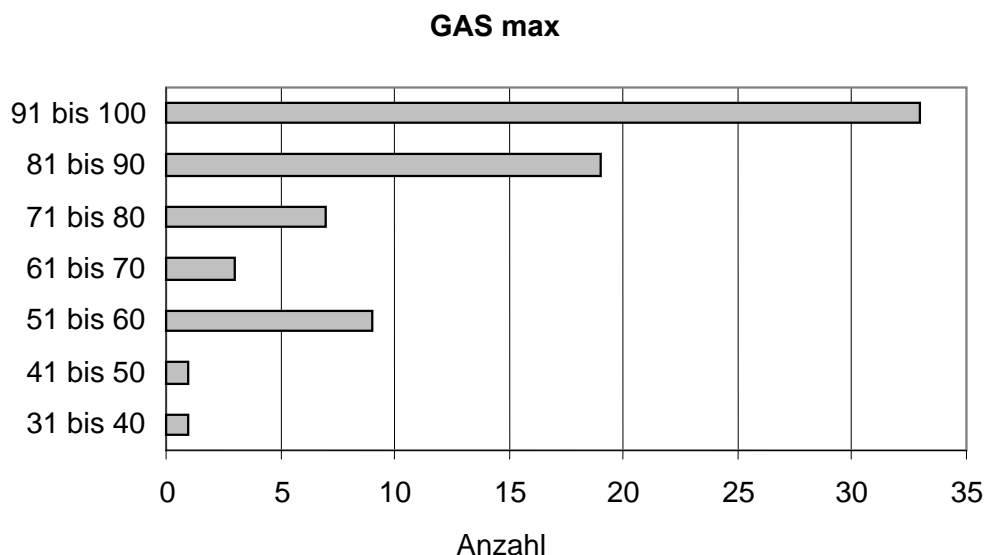
Die erreichten Werte für GAS max und GAS min wurden dabei in zehn gleich große Bereiche von 1 bis 10, von 11 bis 20 usw. bis zu 91 bis 100 in 10er Schritten jeweils zusammengefasst dargestellt. Auf diese Weise konnten die Ergebnisse übersichtlicher dargestellt werden. Zudem wurden die gleichen Bereiche für das globale Funktionsniveau der „Global Assessment Scale“ zusammengefasst beschrieben.

#### 4.3.1.1 Höchster GAS im Jahr vor der Follow-up Untersuchung

Es folgt nun die Darstellung des höchsten globalen Funktionsniveaus (GAS max), das bei den nachuntersuchten Patienten mit AVPS im letzten Jahr des Katamnesezeitraums ermittelt werden konnte:

Insgesamt lag der Mittelwert des höchsten erreichten globalen Funktionsniveaus der Patienten (GAS max) in der Global Assessment Scale bei einem Wert von 84 Punkten mit einer Standardabweichung von  $\pm 15$ , einem Maximum von 95 und einem Minimum von 35 Skalenpunkten. In der folgenden Graphik sind die Werte des GAS max im Detail dargestellt.

Abb.6: höchster GAS (GAS max ) im letzten Jahr des Katamnesezeitraums



In Abb. 6 wird deutlich, dass ein überwiegender Anteil von 71% (n=52) der nachuntersuchten Patienten ein sehr hohes globales Funktionsniveau hatte mit maximalen GAS Werten zwischen 81 und 100 im letzten Jahr des Katamnesezeitraums. Das heißt also, dass 71% der AVPS Patienten im letzten Katamnesejahr für eine bestimmte Zeit vollständig symptomfrei waren und mit den Anforderungen und Problemen des täglichen Lebens keine oder nur gelegentliche Schwierigkeiten hatten. Je nach dem ob der GAS min Wert dann

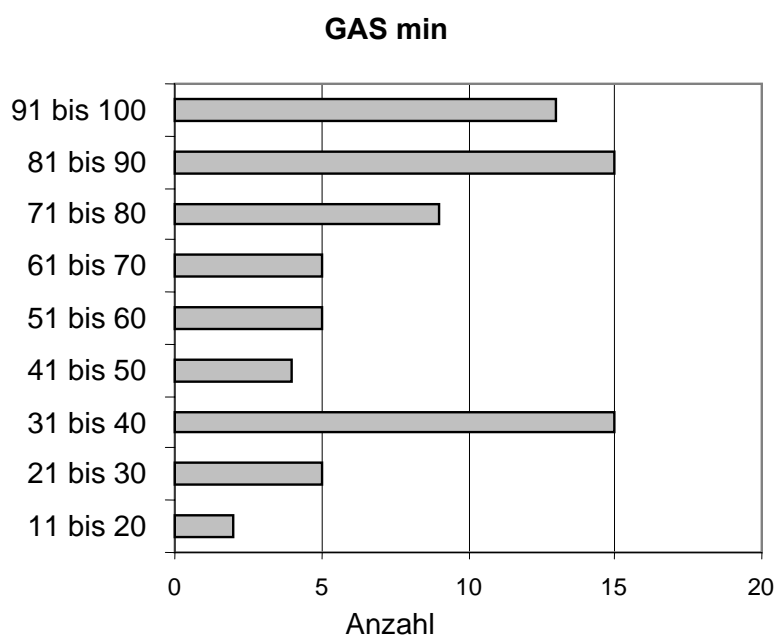
ebenso hoch oder aber geringer ausfiel, war das Funktionsniveau der Patienten im letzten Jahr konstant hoch, oder es gab Phasen größerer Beeinträchtigung beispielsweise im Rahmen von Rückfällen. Bei 10 Patienten (14%) lag der GAS max Wert zwischen 61 und 80, also in einem Bereich, der mit leichten Symptomen und Schwierigkeiten in bestimmten Leistungsbereichen verbunden war. Ein Anteil von 15% (n=11) lag aber unter einem Level von 61 im GAS max, das heißt es lagen eine zumindest eingeschränkte psychische und soziale Leistungsfähigkeit und mindestens mäßig ausgeprägte Symptome vor.

*Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im letzten Katamnesejahr ein überwiegender Teil der Patienten mit AVPS von 85% in ihrer besten Phase ein gutes bzw. mittleres globales Funktionsniveau besaßen, aber 15% der Patienten im GAS maximal 60 Skalenpunkte erreichten und damit nur eingeschränkt psychisch und sozial leistungsfähig waren.*

#### 4.3.1.2 Niedrigster GAS im Jahr vor der Follow-up Untersuchung

Was das niedrigste Funktionsniveau der Patienten im letzten Jahr vor dem Messzeitpunkt (GAS min) betrifft, so lag hier der Mittelwert bei 65 mit einer Standardabweichung von  $\pm 26$ , einem Maximum von 95 und einem Minimum von 15 Skalenpunkten.

Abb.7: geringster GAS Wert im letzten Jahr des Katamnesezeitraums



In Abbildung 7 wird im GAS min eine breite Streuung deutlich. So lag bei etwa 42 % der Patienten (n=31) der GAS min unter 61 Punkten. Bei diesen Patienten war es also im Jahr

der Katamneseuntersuchung zu irgendeinem Zeitpunkt zu psychopathologischen Symptomen mit Funktionsbeeinträchtigung gekommen.

*Zusammengefasst lässt sich aus den Ergebnissen des maximalen und minimalen globalen Funktionsniveaus schließen, dass 58% der nachuntersuchten Patienten ein konstant hohes globales Funktionsniveau über 60 Punkten hatten. Hingegen wiesen 15% ein konstant geringes globales Funktionsniveau unter 61 Punkten mit dauerhaften Funktionseinschränkungen auf. Die übrigen Patienten hatten zwar zeitweise einen hohen maximalen GAS Wert im letzten Jahr, aber andererseits einen minimalen GAS von unter 60 Punkten als Hinweis für zeitweise auftretende Beeinträchtigungen im Sinne von Rezidiven.*

#### **4.3.2 Zusammenhänge zwischen ausgewählten soziodemographischen und psychopathologischen Parametern bei Ersthospitalisation und dem globalen Funktionsniveau (GAS)**

Im Folgenden soll geprüft werden, ob bei den untersuchten Patienten mit einer AVPS bereits während der Indexperiode soziodemographische oder psychopathologische Parameter mit prognostischem Wert für ein günstiges oder eher ungünstiges soziales Funktionsniveau am Ende des Katamnesezeitraums zu finden waren.

##### **4.3.2.1 Alter und globales Funktionsniveau (GAS)**

Zunächst wurde untersucht, ob sich mit Hilfe des Ersterkrankungsalters Patienten mit einem höheren globalen Funktionsniveau von solchen mit einem eher geringeren, gemessen am GAS im letzten Katamnesejahr, unterscheiden lassen:

Sowohl für das höchste (GAS max) als auch das geringste globale Funktionsniveau der Patienten (GAS min) im letzten Jahr vor dem Interview ließ sich jedoch kein signifikanter statistischer Zusammenhang zum Ersterkrankungsalter herstellen. Der Korrelationskoeffizient nach Spearman lag bezogen auf GAS max bei  $r=0,14$  mit einer Signifikanz von  $p=0,238$  und für GAS min bei  $r=0,098$  mit einer Signifikanz von  $p=0,407$ .

*Hinsichtlich des Ersterkrankungsalters fand sich kein Zusammenhang zum globalen Funktionsniveau (GAS).*

#### 4.3.2.2 Geschlecht und globales Funktionsniveau (GAS)

Im folgenden Kapitel wird dargestellt, ob sich Männer und Frauen hinsichtlich des globalen Funktionsniveaus, gemessen im GAS max bzw. GAS min, im letzten Beobachtungsjahr unterscheiden lassen:

Während sich Männer und Frauen hinsichtlich des höchsten Funktionsniveaus (GAS max) des letzten Jahres statistisch nicht signifikant unterschieden (Mann-Whitney-Test:  $p=0,229$ ), lagen die Männer beim niedrigsten Funktionsniveau (GAS min) signifikant unterhalb dem Niveau der Frauen (Mann-Whitney-Test:  $p=0,035$ ). Dies ist als Hinweis für deutlich ausgeprägtere Funktionseinschränkungen bei einem Teil der Männer zu deuten.

Tab.5: Geschlechtsunterschiede im GAS max und GAS min

<b>Geschlecht</b>		<b>GAS max</b>	<b>GAS min</b>
<b>Männer</b> (n=36)	Mittelwert	81	58
	Standardabweichung	17	26
<b>Frauen</b> (n=37)	Mittelwert	87	71
	Standardabweichung	12	24
	p-Level	$p=0,229$	<b><math>p=0,035</math></b>

p= Signifikanz

Wie aus Tabelle 5 hervorgeht, zeigten die Geschlechter gemessen am geringsten Funktionsniveau im letzten Beobachtungsjahr im Mittel einen statistisch signifikanten Unterschied mit einem deutlich geringeren GAS min Wert von 58 der Männer im Gegensatz zu den Frauen mit 71.

Bei der Betrachtung der Geschlechterverteilung über 70 Skalenpunkten und bis zu 70 im GAS, erreichte der Geschlechtsunterschied auch im GAS max und GAS min eine statistische Signifikanz ( $\chi^2$ -test: 0,01487; GAS max,  $\chi^2$ -test: 0,0140; GAS min), wie folgende Tabellen zeigen:

Tab.6: Geschlechtsunterschiede im GAS max bis und über 70

		<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
<b>GAS max bis 70</b>	Anzahl (%)	11 (31)	3 (8)
<b>GAS max über 70</b>	Anzahl (%)	25 (69)	34 (92)

p=0,01487 ( $\chi^2$ -test)

Tab.7: Geschlechtsunterschiede im GAS min bis und über 70

		<b>Männer</b>	<b>Frauen</b>
<b>GAS min bis 70</b>	Anzahl (%)	23 (64)	13 (35)
<b>GAS min über 70</b>	Anzahl (%)	13 (36)	24 (65)

p=0,0140 ( $\chi^2$ -test)

*Zusammenfassend zeigte sich also bezüglich des globalen Funktionsniveaus der Patienten im letzten Beobachtungsjahr, dass Frauen mit AVPS statistisch signifikant höhere Werte im GAS min und GAS max aufwiesen als die Männer.*

#### 4.3.2.3 Diagnostische Untergruppen und globales Funktionsniveau (GAS)

Von besonderem Interesse war natürlich auch, ob es Unterschiede gemessen am globalen Funktionsniveau im GAS max bzw. GAS min am Ende des Katamnesezeitraums im Verlauf der verschiedenen Untergruppen der AVPS gab.

Aber wie aus Tabelle 8 ersichtlich ist, zeigten sich bezüglich der jeweils höchsten bzw. geringsten GAS-Werte (GAS max bzw. GAS min) im letzten Beobachtungsjahr keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen diagnostischen Untergruppen der AVPS (Kruskal-Wallis-Test: p=0,873, Gas max. bzw. p=0,961, GAS min):

Tab.8: GAS Werte der diagnostischen Untergruppen der AVPS

<b>AVPS Untergruppen</b>		<b>GAS max</b>	<b>GAS min</b>
<b>F23.0 akut polymorph ohne Symptome einer Schizophrenie (n=14)</b>	<b>Mittelwert</b>	84,6	62,8
	<b>Standardabweichung</b>	13,3	27,2
<b>F23.1 akut polymorph mit Symptomen einer Schizophrenie (n=22)</b>	<b>Mittelwert</b>	84,3	61,9
	<b>Standardabweichung</b>	17,3	28,8
<b>F 23.2 schizophreniform (n=26)</b>	<b>Mittelwert</b>	83,1	66,6
	<b>Standardabweichung</b>	14,6	26,3
<b>F 23.3 wahnhaft (n=7)</b>	<b>Mittelwert</b>	83,0	71,3
	<b>Standardabweichung</b>	14,0	16,7
<b>F 23.8, F23.9 sonstige (n=4)</b>	<b>Mittelwert</b>	86,2	61,3
	<b>Standardabweichung</b>	17,5	22,9
<b>F 23 Insgesamt (n=73)</b>	<b>Mittelwert</b>	83,9	64,6
	<b>Standardabweichung</b>	14,9	25,8

Zuletzt folgt noch eine tabellarische Übersicht zur Verdeutlichung der gruppenspezifischen Unterschiede hinsichtlich eines dichotomisierten GAS max und Gas min bis 70 und über 70:



Tab 9: Gas max bis und über 70 bei den diagnostischen Untergruppen

ICD-10	AVPS Untergruppen	Anzahl (n)	GAS max ≤ 70 Anzahl (%)	GAS max > 70 Anzahl (%)
F 23.0	akut polymorph ohne Symptome einer Schizophrenie	14	3 (21)	11 (79)
F 23.1	akut polymorph mit Symptomen einer Schizophrenie	22	3 (14)	19 (86)
F 23.2	schizophreniform	26	6 (23)	20 (77)
F 23.3	wahnhaft	7	1 (14)	6 (86)
F23.8/9	sonstige	4	1 (25)	3 (75)

( $\chi^2$ -test: p=0,920)

Tab 10: Gas min bis und über 70 bei den diagnostischen Untergruppen

ICD 10	AVPS Untergruppen	Anzahl (n)	GAS min ≤ 70 Anzahl (%)	GAS min > 70 Anzahl (%)
F 23.0	akut polymorph ohne Symptome einer Schizophrenie	14	7 (50)	7 (50)
F 23.1	akut polymorph mit Symptomen einer Schizophrenie	22	11 (50)	11 (50)
F 23.2	schizophreniform	26	12 (46)	14 (54)
F 23.3	wahnhaft	7	3 (43)	4 (57)
F23.8/9	sonstige	4	3 (75)	1 (25)

( $\chi^2$ -test: p= 0,864)

Also auch in einer dichotomisierten Darstellung des globalen Funktionsniveaus bis und über 70 zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Untergruppen der AVPS im jeweiligen  $\chi^2$ -Test.

*Zusammenfassend konnte kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den einzelnen diagnostischen Untergruppen der AVPS Patienten hinsichtlich ihres höchsten bzw. geringsten globalen Funktionsniveaus (GAS max, GAS min) im letzten Jahr des Beobachtungszeitraums nachgewiesen werden.*

#### **4.3.2.4 Aufenthaltsdauer und globales Funktionsniveau (GAS)**

Im folgenden Kapitel soll untersucht werden, ob die Länge des stationären Aufenthalts bei der Indexperiode einen prädiktiven Wert für die Höhe des globalen Funktionsniveaus im letzten Jahr des Beobachtungszeitraums hatte. Diese Frage stellte sich, da die Abgrenzung der AVPS zu anderen psychotischen Erkrankungen nach den operationalisierten Diagnosekriterien der ICD 10 unter anderem durch die Erkrankungsdauer erfolgt. War also eine kurze Indexperiode mit einem besseren Funktionsniveau nach 3 bis 5 Jahren verbunden?

Die Länge des stationären Aufenthalts korrelierte nicht mit den höchsten oder niedrigsten erreichten GAS Mittelwerten der Patienten im letzten Jahr vor dem Interview. Das ergibt sich aus dem Korrelationskoeffizienten nach Spearman für diese Parameter. Der beträgt für den GAS max 0,053 und den GAS min 0,044 ( $p=0,658$  u.  $p=0,712$ ). Das heißt also, die Dauer des ersten stationären Aufenthalts ließ keinen Schluss auf das globale Funktionsniveau der Patienten im letzten Jahr vor dem Interview zu.

*Die Dauer der Indexperiode, gemessen an der stationären Aufenthaltsdauer, hatte keinen prädiktiven Wert für die Höhe des globalen Funktionsniveaus im letzten Jahr des Beobachtungszeitraums.*

#### **4.3.2.5 Globales Funktionsniveau (GAS) der Indexperiode im Vergleich zum Jahr vor der Follow-up Untersuchung**

Des Weiteren stellte sich die Frage, ob die Höhe des globalen Leistungsniveaus der Patienten mit einer AVPS während ihrer Indexperiode einen prädiktiven Wert für ein hohes oder niedriges globales Funktionsniveau nach 3 bis 7 Jahren hatte. Dazu wurde die Korrelation für die GAS Werte, die zu Beginn und am Ende der Indexperiode für alle AVPS Patienten als GASa und GASe erfasst worden waren, zum höchsten bzw. geringsten globalen Funktionsniveau (GAS max; GAS min) am Ende des Beobachtungszeitraums errechnet:

Die GAS Werte, die jeweils bei Aufnahme als GASa und bei Entlassung als GASe der Indexperiode ermittelt wurden, korrelierten nicht mit den höchsten bzw. niedrigsten erreichten GAS Werten (GAS max und GAS min) im letzten Jahr vor dem Interview. Der Korrelationskoeffizient nach Spearman lag für GAS max und GASa bzw. GASe bei 0,118

( $p=0,322$ ) und  $0,156$  ( $p=0,187$ ). Für GAS min und GASa bzw. GASe lag der Korrelationskoeffizient nach Spearman bei  $0,006$  ( $p=0,962$ ) und  $0,110$  ( $p=0,355$ ).

Die Patienten mit einem eher geringen globalen Funktionsniveau zu Beginn ihrer Indexperiode hatten nach einigen Jahren also kein geringeres globales Funktionsniveau als diejenigen, denen es bei Erstaufnahme besser ging. Ebenso ließ ein hoher GAS Wert zu Beginn der Ersterkrankung mit einer AVPS nicht auf ein besseres Funktionsniveau nach einigen Jahren schließen. Und auch zwischen dem globalen Funktionsniveau am Ende der Indexperiode und dem globalen Funktionsniveau nach durchschnittlich fünf Jahren zeigte sich kein korrelierender Zusammenhang.

*Die Höhe des globalen Funktionsniveaus der AVPS Patienten bei Aufnahme und Entlassung der Indexperiode ließ keine Schlüsse auf das globale Funktionsniveau nach 3 bis 7 Jahren zu.*

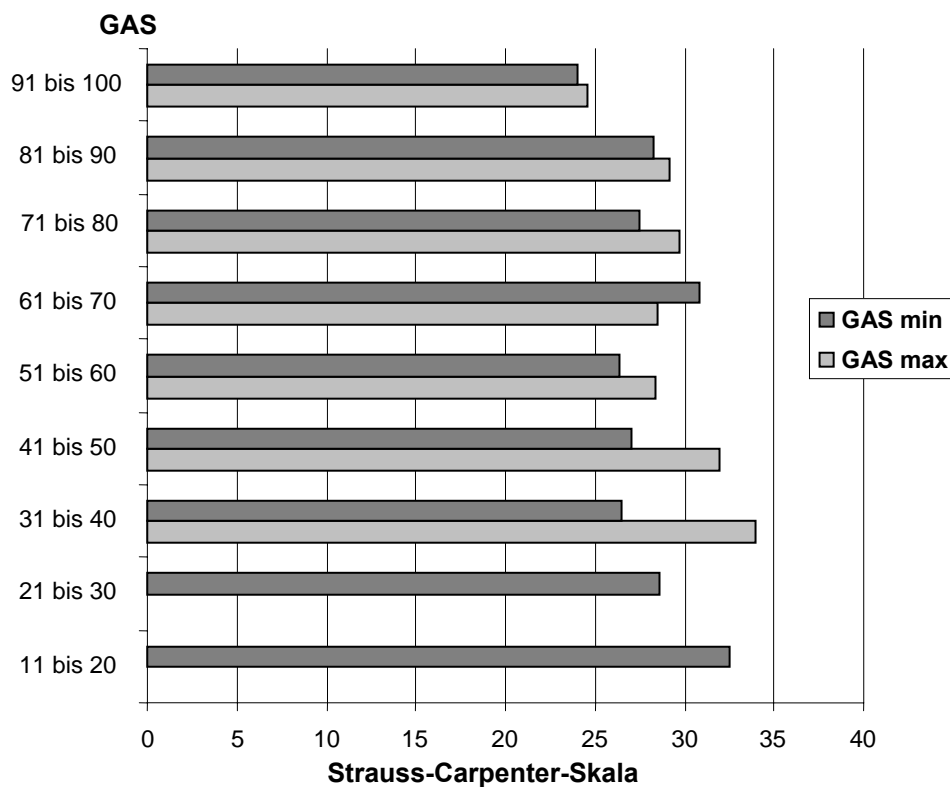
#### **4.3.2.6 Gesamtscore der Strauss-Carpenter-Scale und globales Funktionsniveau (GAS)**

Im folgenden Kapitel wird untersucht, inwieweit die Prognoseskala nach Strauss-Carpenter, die bereits für die erste Krankheitsepisode aller Patienten des Studienkollektivs erhoben wurde, mit dem maximalen (GAS max) beziehungsweise minimalen globalen Leistungsniveau (GAS min) der Patienten im letzten Katamnesejahr korrelierte:

Der Gesamtscore der Strauss-Carpenter-Scale wies eine schwach umgekehrte Korrelation zu den höchsten erreichten GAS Werten des letzten Jahres vor dem Interview auf. Das heißt, je höher der Wert auf dieser Skala war, umso geringer fiel tendenziell der höchste erreichte GAS Wert (GAS max) aus. Die Korrelation war mit einem Korrelationskoeffizienten nach Spearman von  $-0,348$  signifikant ( $p = 0,003$ ), bestand jedoch nicht zum geringsten erreichten GAS Wert (GAS min) des letzten Jahres vor dem Messzeitpunkt. Hier lag der Korrelationskoeffizient nach Spearman bei  $-0,148$  ( $p=0,218$ ).

In der folgenden Graphik ist diese umgekehrte Korrelation zwischen den ermittelten Strauss-Carpenter-Scale Werten der Indexperiode und GAS max bzw. GAS min dargestellt. Dafür wurden die Mittelwerte der Strauss-Carpenter-Scale in den jeweiligen 10 Punkte- Bereichen der GAS-Skala ermittelt:

Abb.8: Strauss-Carpenter-Scale und GAS max bzw. GAS min



Es ist zu erkennen, dass hohe GAS max Werte mit einem geringeren Level in der Strauss-Carpenter-Scale und geringe GAS max Werte mit einem hohen Level korrelierten. Hingegen zeigte sich diese Tendenz für den GAS min Wert nicht so deutlich.

*Es ließ sich also zeigen, dass bei den untersuchten Patienten mit AVPS eine umgekehrte Korrelation zwischen dem Wert auf der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter und der Höhe des maximalen globalen Funktionsniveaus im letzten Beobachtungsjahr bestand.*

#### **4.3.2.7 Psychopathologische Symptomatik (AMDP-Syndrome) und globales Funktionsniveau (GAS)**

Des Weiteren stellte sich auch die Frage, ob es psychopathologische Merkmale während der Ersthospitalisation der Patienten mit AVPS gab, die einen statistisch signifikanten Zusammenhang zum psychosozialen Leistungsniveau am Ende des Beobachtungszeitraums zeigten.

Die bei der Indexperiode der Patienten mit AVPS erhobenen Summenscores bestimmter AMDP Syndrome wurden dazu auf Ihre Korrelation zum höchsten bzw. geringsten

psychosozialen Leistungsniveau (GAS max und GAS min) im letzten Katamnesejahr hin untersucht. In der Tabelle 11 sind die Ergebnisse im Überblick dargestellt:

Tab.11: Korrelationen zwischen ausgewählten AMDP Syndromen und GAS max bzw. GAS min

<b>AMDP-Syndrome bei Ersthospitalisation</b>	<b>GAS max</b>	<b>GAS min</b>
<b>Paranoid-halluzinatorisches Syndrom</b>		
Aufnahme	r = -0,114 p = 0,340	<b>r = -0,277</b> <b>p = 0,019</b>
Entlassung	r = -0,124 p = 0,301	r = -0,216 p = 0,068
<b>Negativsyndrom</b>		
Aufnahme	r = -0,219 p = 0,064	r = -0,035 p = 0,770
Entlassung	<b>r = -0,327</b> <b>p = 0,005</b>	r = -0,174 p = 0,143
<b>Depressives Syndrom</b>		
Aufnahme	r = -0,069 p = 0,567	r = 0,107 p = 0,371
Entlassung	r = -0,216 p = 0,069	r = -0,155 p = 0,193
<b>Manisches Syndrom</b>		
Aufnahme	r = 0,075 p = 0,532	r = -0,027 p = 0,822
Entlassung	r = -0,171 p = 0,152	r = -0,110 p = 0,359

(r= Korrelationskoeffizient, p= statistische Signifikanz)

Wie aus Tab. 11 hervorgeht, korrelierten unter den AMDP-Syndromen der Summenscore des paranoid-halluzinatorischen Syndroms zu Beginn der Indexperiode bei Patienten mit AVPS schwach umgekehrt mit dem geringsten, globalen Funktionsniveau (GAS min) im letzten Jahr. Je ausgeprägter die Symptomatik im paranoid-halluzinatorischen Syndrom am Anfang der Ersthospitalisationsphase war, umso geringer ist das minimale globale Funktionsniveau (GAS min) der jeweiligen Patienten im letzten Beobachtungsjahr ausgefallen. Das betraf jedoch nicht das höchst mögliche globale Funktionsniveau. Auch für die anderen untersuchten AMDP-Syndrome der Ersthospitalisation ließ sich zum geringsten erreichten GAS-Wert im letzten Beobachtungsjahr keine signifikante Korrelation ermitteln.

Allerdings zeigte sich beim Negativsyndrom am Ende der Indexperiode zum höchsten erreichten globalen Funktionsniveau des letzten Jahres (GAS max) eine umgekehrte Korrelation (Korrelationskoeffizienten nach Spearman  $r = -0,327$ ; Signifikanz  $p = 0,005$ ). Das bedeutet, dass Patienten mit einer ausgeprägten Symptomatik im Negativsyndrom am Ende der Ersthospitalisationsphase eher zu einem geringeren maximalen globalen Funktionsniveau (GAS max) des letzten Beobachtungsjahres tendierten. Bei den restlichen ausgewählten AMDP-Syndromen der Indexperiode war zum GAS max keine Korrelation zu erkennen.

*Es lässt sich zusammenfassen, dass bei den AVPS Patienten für den Gesamtwert im paranoid-halluzinatorischen Syndrom zu Beginn der Indexperiode eine umgekehrte Korrelation zum geringsten, globalen Funktionsniveau (GAS min) im letzten Jahr bestand. Ebenso konnte für den Gesamtwert im Negativsyndrom eine umgekehrte Korrelation zum maximalen globalen Funktionsniveau (GAS max) im letzten Jahr nachgewiesen werden.*

#### **4.4 Soziale Funktionseinschränkung (DAS-S)**

Im Gegensatz zum GAS, womit die psychopathologische Symptomatik als globales Funktionsniveau gemessen wird, erfasst die Short Disability Assessment Schedule (DAS-S) den Grad der sozialen Funktionseinschränkung. DAS-S ist also ein Gradmesser dafür, was die Patienten krankheitsbedingt an sozialer Funktion eingebüßt haben und wurde in dieser Arbeit analog zum „globalen Funktionsniveau“ (GAS) meist mit dem Begriff „soziales Funktionsniveau“ umschrieben. Die DAS-S Werte wurden für das letzte Jahr des Katamnesezeitraums während des Interviews bestimmt. Dabei wurden 4 Einzelwerte bestimmt, die jeweils für einen der vier Bereiche „persönliche Pflege“, „Beruf“, „Familie“ und „sonstige Sozialkontakte“ stehen.

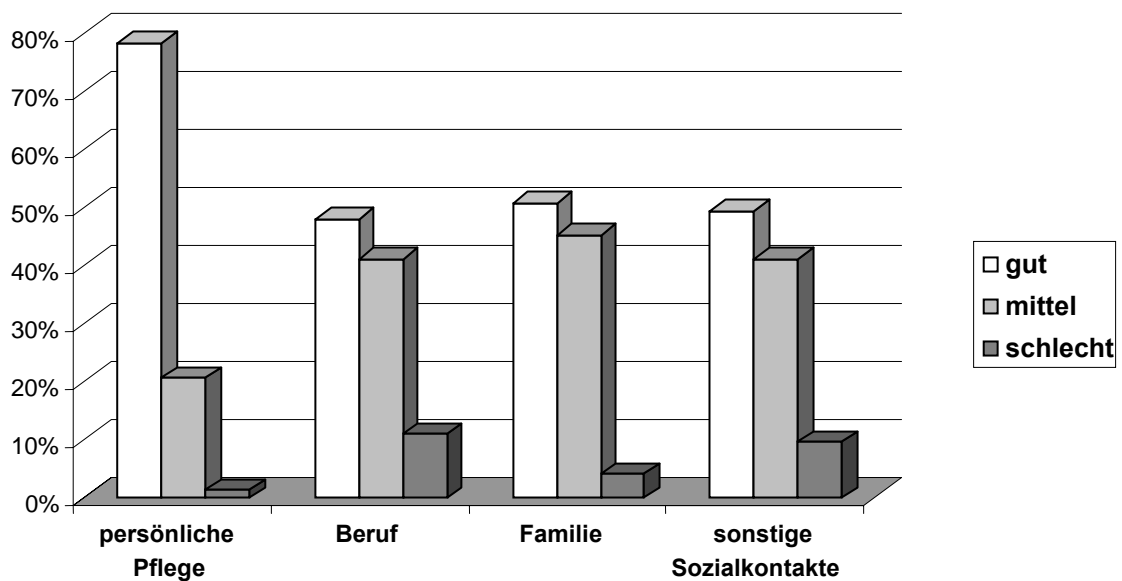
#### 4.4.1 Ergebnisse der Follow-up Untersuchung

Zunächst werden die Ergebnisse aller nachuntersuchten Patienten mit AVPS im DAS-S erläutert, bevor dann die jeweiligen Ergebnisse der Patienten mit späteren Rezidiven getrennt von denen ohne Rezidive dargestellt werden.

##### 4.4.1.1 Soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) im Gesamtkollektiv

Im folgenden Unterpunkt soll ein Überblick über die Ergebnisse aller interviewten AVPS Patienten im DAS-S gegeben werden. Für die nachuntersuchten AVPS Patienten ergab sich im DAS-S folgende Verteilung:

Abb.9: DAS-S im Überblick



Im Detail war das Funktionsniveau im Bereich der „persönlichen Pflege“, in 78% (n=57) gut. 21% der Patienten (n=15) hatten ein mittleres und nur 1% (n=1) ein schlechtes Funktionsniveau.

Was die beruflichen und berufsäquivalenten Tätigkeiten betraf, so lagen 48% (n=35) im DAS-S bei einem guten, 41% (n=30) bei einem mittleren und 11% (n=8) bei einem schlechten Funktionsniveau.

Im Funktionsbereich der Familie hatten 51% (n=37) ein gutes, 45% (n=33) ein mittleres und 4% (n=3) ein schlechtes soziales Funktionsniveau. Dieser Bereich fiel also etwas besser gegenüber dem berufsbezogenen Bereich aus.

Die Beurteilung des sozialen Funktionsniveaus bezüglich sonstiger Sozialkontakte in Gesellschaft und Freizeit, DAS-S 4, fiel bei 49% der Patienten (n=36) gut, bei 41% (n=30) mittel und bei 10% (n=7) schlecht aus. Die Verteilung war hier also wieder ähnlich wie im beruflichen Funktionsbereich. Insgesamt zeigte das Patientenkollektiv in den Funktionsbereichen „Beruf“, „Familie“ und „sonstige Sozialkontakte“ eine ähnliche Verteilung auf die drei Funktionsniveaus. Nur der Bereich der persönlichen Pflege fiel deutlich besser aus.

*Es lässt sich zusammenfassen, dass das Funktionsniveau aller nachuntersuchten Patienten mit AVPS im DAS-S zum überwiegenden Teil „gut“ oder „mittel“ war. Für die Bereiche „Beruf“, „Familie“ und „sonstige Sozialkontakte“ waren das zwischen 90% und 96%. Nur im Bereich „persönliche Pflege“ ist das Verteilungsmuster mit einem guten bzw. mittleren Funktionsniveau von 99% deutlich besser ausgefallen.*

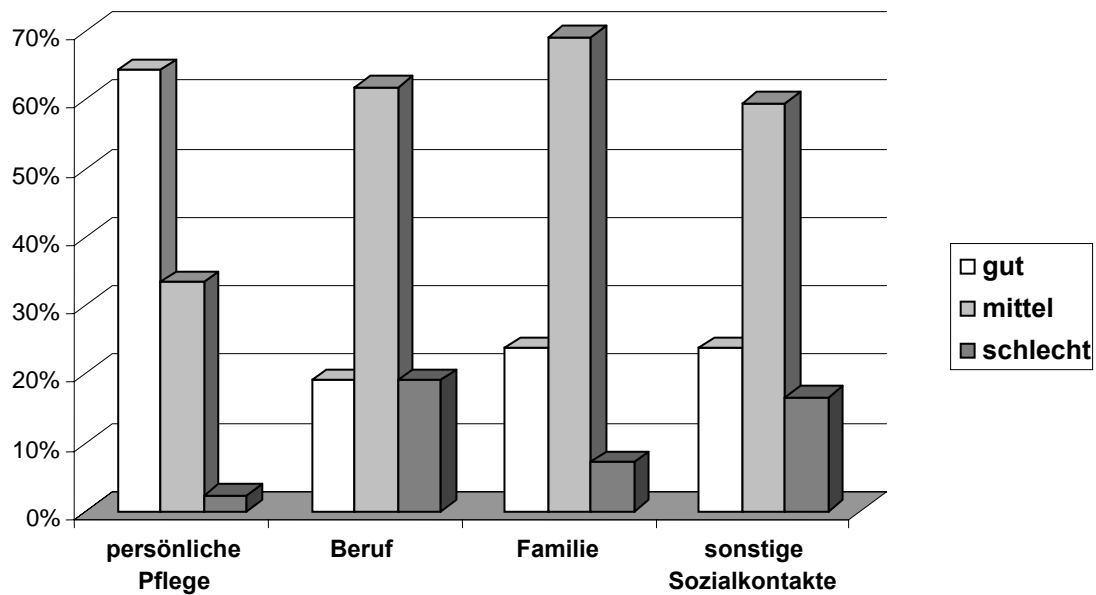
#### **4.4.1.2 Soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) bei Patienten mit Rezidiven**

Ein überwiegender Teil von 58% (n=42) der nachuntersuchten Patienten mit AVPS entwickelte im Laufe des Beobachtungszeitraums einmal oder öfter Rezidive. Es stellte sich auch hier die Frage, wie hoch das Funktionsniveau gemessen im DAS-S bei dieser Patientengruppe im letzten Katamnesejahr sein würde. Es folgt die Darstellung des DAS-S nur für die Patienten, die einen Rückfall nach der Ersthospitalisation erlitten haben:

In Abb.10 zeigt sich, dass in der Kategorie „persönliche Pflege“ der größte Anteil von 64,4% der Patienten (n=27) bei einem guten Funktionsniveau lag, während 33,3% (n=14) ein mittleres Level und 2,4% (n=1) ein schlechtes Niveau erreichten. In der zweiten, den Beruf betreffenden Kategorie, zeigten nur 19% (n=8) eine gute und ebenso viele eine schlechte Funktion. Am häufigsten waren mit 62% (n=26) die Patienten mit mittlerem Funktionsniveau zu finden. Im Funktionsbereich der Familie lag die Verteilung ähnlich. Der größte Prozentsatz der Patienten mit 69% (n=29) hatte ein mittleres, 23,8% (n=10) hatten ein gutes und nur 16,7% (n=3) ein schlechtes Funktionsniveau. Was sonstige soziale Kontakte betraf, hatten 59,5% (n=25) ein mittleres, 23,8% (n=10) ein gutes und 16,7% (n=7) ein schlechtes Funktionslevel.



Abb.10: DAS-S bei Patienten mit Rezidiv



Wie bei der Gesamtheit der nachuntersuchten Patienten zeigte die Kategorie „persönliche Pflege“ auch bei den AVPS Patienten mit Rezidiven gegenüber den anderen Kategorien eine deutlich andere Verteilung und fiel insgesamt besser aus. Die drei Bereiche „Familie“, „Beruf“ und „sonstige Sozialkontakte“ hatten ein relativ ähnliches Verteilungsmuster mit einem Hauptanteil von ca. zwei Dritteln im mittleren Funktionsniveau. Davon waren die DAS-S Werte für den Bereich der Familie vergleichsweise am besten ausgefallen mit mehr Patienten im mittleren Funktionsniveau und der geringsten Anzahl in der Kategorie „schlecht“. Im Funktionsbereich „Beruf“ fand sich mit acht Individuen der größte Anteil (19%) mit einem schlechten Funktionsniveau und auch der geringste Anteil an Patienten von 19% mit gutem Funktionsniveau (n=8).

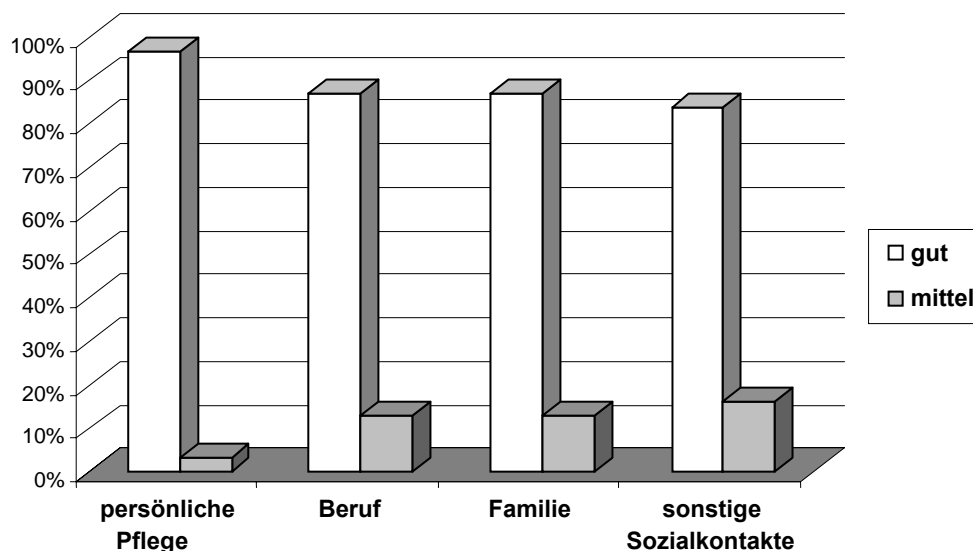
*Patients with relapse had in the functional areas work, family and other social contacts about two thirds a medium functional level in the last year of the observation period. A share of about 19% to 24% was on a good functional level. However, a share of 19% in at least one category had a poor functional level. In the area of „personal care“ the DAS-S values were strikingly better with almost two thirds better. Because almost two thirds had a good functional level and only one patient fell under the category „poor“.*

#### 4.4.1.3 Soziale Funktionseinschränkung (DAS-S) bei Patienten ohne Rezidiv

Ein großer Anteil von 42% (n=31) der nachuntersuchten Patienten mit AVPS hatte im Laufe des Katamnesezeitraums kein Rezidiv mehr. Aber wie hoch war das soziale Funktionsniveau im DAS-S bei dieser Gruppe? Gab es deutliche Unterschiede zwischen den AVPS Patienten mit Rezidiven und Patienten ohne Rezidive hinsichtlich ihrer Funktionseinbußen im letzten Jahr des Katamnesezeitraums.

Im folgenden Unterpunkt soll daher das Funktionsniveau der AVPS Patienten ohne weiteres Rezidiv nach der Indexperiode im DAS-S dargestellt werden:

Abb.11: DAS-S bei den AVPS Patienten ohne Rezidiv



Wie aus Abbildung 11 hervorgeht, hatten fast alle Patienten (97%; n=31) in der ersten Kategorie „persönliche Pflege“ eine gute Funktion, lediglich 3% (n=1) hatten ein mittleres Funktionslevel. In den beiden folgenden Kategorien „Beruf“ und „Familie“ war die Verteilung genau gleich: Die Mehrheit von 27 Patienten mit 87% hatten hier ein gutes soziales Funktionsniveau. Lediglich 13% (n=4) erreichten nur ein mittleres Niveau. Was den Bereich „sonstige Sozialkontakte“ betrifft, lagen 84% (n=26) bei einem guten und 16% (n=5) bei einem mittleren Level. Ein schlechtes soziales Funktionsniveau war in keinem Bereich zu finden. Damit lag das Funktionsniveau in allen vier Bereichen des DAS-S bei den AVPS Patienten ohne Rezidive deutlich über den AVPS Patienten mit Rezidiven.

*Bei den nachuntersuchten Patienten, die im Beobachtungszeitraum kein Rezidiv hatten, fiel das soziale Funktionsniveau deutlich besser aus, als bei den Patienten mit einer oder mehreren weiteren Krankheitsepisoden. Patienten mit einem schlechten Funktionslevel im letzten Katamnesejahr waren unter den AVPS Patienten ohne Rezidive nicht zu finden. Auch hier zeigte sich, dass die DAS-S Werte für den Bereich „persönliche Pflege“ gegenüber den drei anderen wieder deutlich besser ausfielen.*

#### **4.4.2 Zusammenhänge zwischen ausgewählten soziodemographischen und psychopathologischen Parametern bei Ersthospitalisation und sozialer Funktionseinschränkung (DAS-S) bei der Follow-up Untersuchung**

Der größte Teil der Patienten mit AVPS (90% - 96%) blieb einige Jahre nach ihrer ersten Krankheitsepisode auf einem relativ hohen Funktionsniveau gemessen am DAS-S im letzten Katamnesejahr, während nur ein kleiner Teil der Patienten (4%-10%) im sozialen Leistungsniveau abfiel.

Im kommenden Abschnitt soll nun geprüft werden, ob bereits während der Indexperiode soziodemographische oder psychopathologische Parameter mit prognostischem Wert für ein günstiges oder eher ungünstiges soziales Funktionsniveau am Ende des Katamnesezeitraums zu finden waren.

Um die Zusammenhänge zwischen soziodemographischen und psychopathologischen Parametern bei der Ersthospitalisation und dem Grad der sozialen Funktionseinschränkung im letzten Jahr des Katamnesezeitraums besser zeigen zu können, wurde das nachuntersuchte Patientenkollektiv in zwei Gruppen eingeteilt: In der ersten Gruppe wurden die Patienten mit einer guten bis mittleren sozialen Funktion zusammengefasst. Das waren solche, die im DAS-S einen Wert von null bis drei Punkten in allen Bereichen hatten und damit in die Kategorie "gut/mittel" bildeten. Diese machten einen Anteil von 88% der Patienten aus (n=64). Die zweite Gruppe bildeten die Patienten mit einer schlechten sozialen Funktion, also DAS-S Werten von vier oder fünf Punkten in mindestens einer der vier Kategorien. Das waren 12% (n=9) des nachuntersuchten Patientenkollektivs.

#### 4.4.2.1 Alter und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S)

Zunächst wurde untersucht, ob sich mit Hilfe des Ersterkrankungsalters Patienten mit einem besseren sozialen Funktionsniveau (n=64) von Patienten mit eher schlechterem Niveau (n=9) gemessen am dichotomisierten DAS-S im letzten Katamnesejahr unterscheiden lassen:

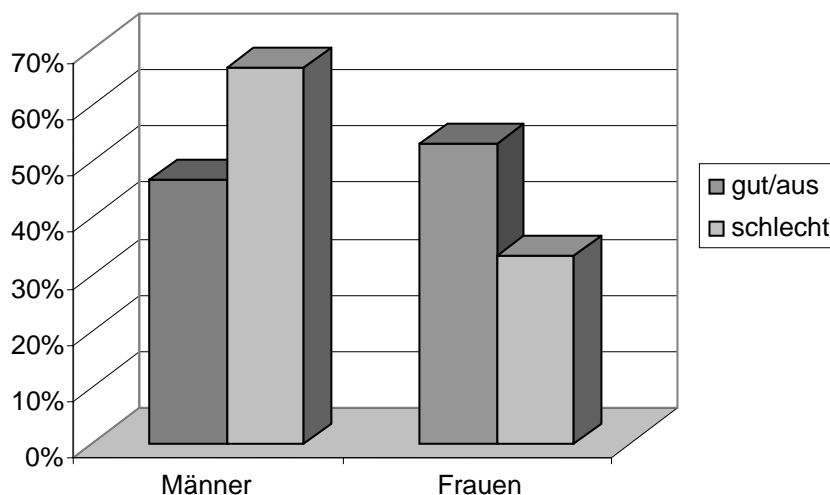
Der mittlere Altersunterschied zwischen Patienten mit gutem bzw. mittlerem sozialen Funktionsniveau und solchen mit schlechtem lag bei 9,2 Jahren, war aber nicht statistisch signifikant (Mann-Whitney-Test:  $p=0,088$ ). Dabei hatten die ersteren ein durchschnittliches Alter von 32,4 Jahren mit einer Standardabweichung von  $\pm 13,6$  Jahren bei ihrer Ersthospitalisation. Das durchschnittliche Alter bei den Patienten mit einer schlechten sozialen Funktion im letzten Beobachtungsjahr lag zurzeit deren Ersthospitalisation bei 23,2 Jahren im Mittel und die Standardabweichung betrug  $\pm 13,0$  Jahre.

*Der Altersdurchschnitt bei AVPS Patienten mit gutem bzw. mittlerem sozialen Funktionsniveau im DAS-S lag im Vergleich zu denen mit einem schlechten Niveau bei Ersthospitalisation um 9,2 Jahre höher. Der Unterschied war jedoch nicht statistisch signifikant.*

#### 4.4.2.2 Geschlecht und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S)

Im folgenden Kapitel wurde untersucht, ob sich Männer und Frauen hinsichtlich des sozialen Funktionsniveaus während des letzten Katamnesejahrs unterscheiden lassen:

Abb.12: Geschlechtsverteilung im DAS-S



Unter den Patienten mit gutem und mittlerem sozialen Funktionsniveau am Ende des Beobachtungszeitraums waren 47% (n=30) Männer zu finden und 53% (n=34) Frauen. Während unter den Patienten mit schlechtem sozialen Funktionsniveau Männer doppelt so häufig wie Frauen vertreten waren, also 66,6% zu 33,3% (n=6, n=3). Statistisch signifikant war der Unterschied aber nicht ( $\chi^2$ -test:  $p=2,66$ ).

*Bei den Patienten mit einem guten bzw. mittleren sozialen Funktionsniveau im DAS-S am Ende des Beobachtungszeitraums war das Geschlechterverhältnis ausgeglichen. Bei den Patienten mit einem schlechten sozialen Funktionsniveau im DAS-S waren Männer jedoch doppelt so häufig wie Frauen vertreten. Der Unterschied zeigte jedoch keine statistische Signifikanz.*

#### **4.4.2.3 Diagnostische Untergruppen und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S)**

Im nächsten Unterpunkt werden Unterschiede der verschiedenen Untergruppen der AVPS hinsichtlich ihrer sozialen Funktionseinschränkung dargestellt:

Die verschiedenen diagnostischen Untergruppen zeigten bezüglich des sozialen Funktionsniveaus im DAS-S des letzten Jahrs jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede ( $\chi^2$ -test:  $p=0,615$ ).

Tab.12: DAS-S bei den Diagnoseuntergruppen

<b>diagnostische Untergruppen</b>	<b>schlechtes soziales Funktionsniveau (n = 9 )</b>	<b>gutes/mittleres soziales Funktionsniveau (n =31)</b>
<b>F23.0 (n,%)</b>	1 (7%)	13 (93%)
<b>F23.1 (n,%)</b>	3 (14%)	19 (86%)
<b>F23.2 (n,%)</b>	3 (12%)	23 (88%)
<b>F23.3 (n,%)</b>	2 (29%)	5 (71%)
<b>F23.8,9 (n,%)</b>	0	4 (100%)

Aus Tab.12 ist ersichtlich, dass von den Patienten mit akut polymorphen AVPS ohne bzw. mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.0 bzw. F23.1) jeweils ein Anteil von 7% bzw. 14% ein schlechtes Funktionsniveau, gemessen im DAS-S, hatten. Bei den Patienten der akuten schizophreniformen psychotischen Störung (F23.2) waren es 12% und bei den akuten vorwiegend wahnhaften psychotischen Störungen (F23.3) 29%. Entsprechend hatte der Rest der jeweiligen Patientenuntergruppen aber ein günstiges soziales Funktionsniveau.

*Es lässt sich zusammenfassen, dass zwischen Patienten mit gutem bzw. mittlerem und denen mit schlechtem sozialen Funktionsniveau kein erkennbarer Unterschied bezüglich deren Zusammensetzung aus den verschiedenen diagnostischen Untergruppen der AVPS bestand.*

#### **4.4.2.4 Hospitalisationsdauer und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S)**

Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten bei deren Ersthospitalisation korrelierte nicht mit dem sozialen Funktionsniveau der Patienten im DAS-S am Ende des Katamnesezeitraums (Mann-Whitney-Test:  $p=0,785$ ). Dabei lagen die Mittelwerte der Patienten mit guter bzw. mittlerer Funktion bei 29,3 (Standardabweichung = 17,7 Tage). Die Patienten mit schlechter Sozialfunktion waren im Mittel 31 Tage und damit unmerklich länger in der Klinik (Standardabweichung = 25 Tage).

*Anhand der Hospitalisationsdauer der ersten Erkrankungsepisode ließen sich keine Aussagen zu einem künftigen sozialen Funktionsniveau der AVPS Patienten im DAS-S machen.*

#### **4.4.2.5 GAS bei Ersthospitalisation und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S)**

Bei der Frage nach dem prädiktiven Wert des globalen Funktionsniveaus gemessen als GAS zu Beginn und am Ende der Ersthospitalisation für das soziale Funktionsniveau der Patienten im Jahr vor dem Interview zeigte sich folgendes:

Während der Mittelwert bei der Gruppe mit gutem oder mittlerem Funktionsniveau bei 41 lag (Standardabweichung =16) war der GAS zu Beginn der Ersthospitalisation bei der Gruppe mit schlechter Funktion bei 38 (Standardabweichung =11). Dabei war der Unterschied statistisch nicht signifikant (Mann-Whitney-Test: $p=0.886$ ). Die später bessere Patientengruppe unterschied sich von der später schlechteren im GAS am Ende der

Ersthospitalisation mit einem Mittelwert von 75 (Standardabweichung =12) gegenüber einem Mittelwert von 69 (Standardabweichung =13). Der Unterschied war hier deutlicher, jedoch auch nicht statistisch signifikant (Mann-Whitney Test:  $p=0,187$ ).

*Das globale Funktionsniveau der Indexperiode ließ keine prognostischen Aussagen zum sozialen Funktionsniveau der untersuchten Patienten im letzten Jahr vor Katamnese zu.*

#### **4.4.2.6 Gesamtscore der Strauss-Carpenter-Scale bei Ersthospitalisation und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S)**

Im folgenden Kapitel wurde untersucht, inwieweit die Gesamtwerte in der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter der Indexperiode mit dem sozialen Leistungsniveau der untersuchten AVPS Patienten im letzten Katamnesejahr korrelierten und damit von prognostischem Wert waren:

Der Gesamtwert der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter zeigte, wie in Tab.13 dargestellt, einen hoch signifikanten Zusammenhang zum sozialen Funktionsniveau, gemessen im dichotomisierten DAS-S am Ende des Beobachtungszeitraums (Mann-Whitney-Test  $p=0,002$ ). Dabei war der Gesamtwert der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter für die Patienten mit einer schlechten Funktion mit 33,7 Punkten um 7,5 Punkte im Durchschnitt höher, als bei Patienten mit einem günstigem sozialen Funktionsniveau (Mittelwert: 26,2 Punkte). Das heißt also, dass mit zunehmender Höhe im Gesamtwert der Strauss-Carpenter Skala bei der Ersterkrankung der AVPS Patienten die Wahrscheinlichkeit für ein schlechtes soziales Funktionsniveau gemessen im DAS-S nach 5 bis 7 Jahren stieg.

Tab.13: Gesamtscore der Strauss-Carpenter-scale und DAS-S

	<b>schlechtes soziales Funktionsniveau (DAS-S)</b>	<b>gutes / mittleres soziales Funktionsniveau ( DAS-S )</b>	<b>Signifikanz</b>
<b>Strauss-Carpenter- scale Gesamtscore (MW/SA)</b>	33,7 (± 5,9)	26,2 (± 5,3)	<b>p = 0,002</b>

MW= Mittelwert, SA= Standardabweichung

*Der Gesamtwert der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter aus der Indexperiode ließ eine Prognose für das soziale Funktionsniveau der Patienten mit AVPS am Ende des Beobachtungszeitraums zu.*

#### **4.4.2.7 Psychopathologische Symptomatik (AMDP-Syndrome) und soziale Funktionseinschränkung (DAS-S)**

Zuletzt stellte sich noch die Frage, ob es schon bei der ersten Episode mit AVPS psychopathologische Merkmale mit prädiktivem Wert für das soziale Funktionsniveau gemessen im DAS-S gab. Im folgenden Abschnitt wird daher untersucht, ob es signifikante Unterschiede zwischen Patienten mit einem guten bzw. mittleren sozialen Funktionsniveau im DAS-S und solchen mit einem schlechten Funktionsniveau hinsichtlich des Ausprägungsgrades bestimmter AMDP-Syndrome zu Beginn und am Ende der Indexperiode gab.

Aus Tabelle 14 ist ersichtlich, dass die Ausprägung des depressiven Syndroms und des Negativsyndroms am Ende der Ersthospitalisation auf das soziale Funktionsniveau (DAS-S) nach einem Zeitraum von etwa 5 Jahren schließen ließ. So hatte die Gruppe mit einem schlechten Niveau ein noch ausgeprägteres Negativsyndrom von insgesamt 3,7 Punkte (Standardabweichung:  $\pm 3,0$ ) als die Patienten mit günstigem Funktionsniveau, bei denen dieses nur noch 1,2 Punkte maß (Standardabweichung:  $\pm 1,4$ ). Der Zusammenhang war statistisch signifikant (Mann-Whitney-Test:  $p=0,002$ ).

Auch hinsichtlich des depressiven Syndroms zum Entlassungszeitpunkt hatten Patienten mit einer später schlechteren sozialen Funktion eine signifikant ausgeprägtere Symptomatik von 2,1 Punkten (Standardabweichung:  $\pm 1,7$ ), als die mit einer später besseren Funktion von 0,8 Punkten (Standardabweichung:  $\pm 2$ ; Mann-Whitney Test:  $p=0,002$ ).

Aber es ist zu erkennen, dass sich bezüglich des depressiven Syndroms und Negativsyndroms auch zum Aufnahmezeitpunkt bei der Ersthospitalisation deutlichere Unterschiede zwischen Patienten mit einem später schlechten und solchen mit einem günstigen sozialen Funktionsniveau abzeichneten. Patienten mit später stärkeren Beeinträchtigungen hatten zu Beginn der ersten Episode ein ausgeprägteres depressives Syndrom von 7,9 Punkten im Mittel, während später in ihrer sozialen Funktion weniger beeinträchtigte Patienten 4,8 Punkte hatten.



Tab.14: AMDP-Syndrome und DAS-S

<b>AMDP-Syndrome bei Ersthospitalisation</b>	<b>schlechtes soziales Funktionsniveau (DAS-S)</b>	<b>gutes / mittleres soziales Funktionsniveau (DAS-S)</b>	<b>Signifikanz</b>
<b>Paranoid-halluzinatorisches Syndrom</b>			
Aufnahme (MW, SA )	10,8 (± 5,7)	8,8 (± 5,7 )	p = 0,198
Entlassung (MW, SA )	0,4 (± 1,9)	1,2 (± 2,9)	p = 0,168
<b>Negativsyndrom</b>			
Aufnahme (MW, SA )	9,4 (± 2,1)	7,4 (± 4,7)	p = 0,083
Entlassung (MW, SA )	<b>3,7 (± 3,0)</b>	<b>1,2 (±1,4)</b>	<b>p = 0,002</b>
<b>Depressives Syndrom</b>			
Aufnahme (MW, SA )	7,9 (± 5,7)	4,8 (± 4,3)	p = 0,062
Entlassung (MW, SA )	<b>2,1 (± 1,7)</b>	<b>0,8 (± 2,1)</b>	<b>p = 0,013</b>
<b>Manisches Syndrom</b>			
Aufnahme (MW, SA )	4,0 (± 4,3)	2,7 (± 3,6)	p = 0,415
Entlassung (MW, SA )	0,6 (± 1,3)	0,4 (± 1,1)	p = 0,237

MW= Mittelwert, SA= Standardabweichung

Der P-Level im Mann-Whitney Test betrug hier 0,062 und war damit zwar noch nicht signifikant, es ließ sich aber eine Tendenz erkennen. Nicht ganz so deutlich war der Unterschied beim Negativsyndrom, aber mit ähnlicher Tendenz (p=0,083). So hatten später stärker beeinträchtigte Patienten ein ausgeprägteres Negativsyndrom (9,4) als später weniger beeinträchtigte (7,4). Bei den restlichen AMDP-Syndromen fanden sich keine auffallenden Unterschiede.

*Es lässt sich feststellen, dass sich Patienten mit einem guten bzw. mittleren sozialen Funktionsniveau im DAS-S von solchen mit einem schlechten Funktionsniveau im letzten Katamnesejahr durch eine signifikant geringer ausgeprägte Symptomatik im Negativsyndrom und depressiven Syndrom am Ende der Indexperiode unterscheiden ließen.*

## **5. Diskussion**

### **5.1 Methodische Probleme der Untersuchung**

#### **5.1.1 Studiendesign**

In der vorliegenden Studie wurde bei Patienten mit der Erstdiagnose „akute vorübergehende psychotische Störung“ (AVPS) untersucht, wie häufig sich Rückfälle ereigneten und wie sich das globale sowie soziale Funktionsniveau der Patienten nach einigen Jahren entwickelte. Zudem wurde untersucht, ob es schon während der Ersthospitalisation Variablen gab, mit deren Hilfe prognostische Aussagen für einen jeweils günstigen oder ungünstigen Verlauf möglich waren.

Dazu wurden alle zwischen dem 1.1.1995 und dem 31.12.1999 ersthospitalisierten Patienten mit der Diagnose AVPS (ICD-10) aus dem Krankenblattarchiv der Klinik ermittelt und dann im Sommer 2002 zu einem telefonischen Gespräch über den Verlauf Ihrer zurückliegenden Erkrankung mit AVPS eingeladen. In diesem halbstandardisierten Telefoninterview wurde die Häufigkeit und Dauer von Rezidiven, die Beeinträchtigung des sozialen Funktionsniveaus sowie das maximale bzw. minimale globale Funktionsniveau im zurückliegenden Jahr ermittelt und wenn nötig durch fremdanamnestische Informationen von den behandelnden Psychiatern, Hausärzten, Angehörigen oder weiterer Krankengeschichten ergänzt. Zuletzt wurden soziodemographische und psychopathologische Merkmale der Patienten aus der ersten Erkrankungsphase daraufhin untersucht, ob diese einen prognostischen Wert hatten für einen günstigen oder ungünstigeren Verlauf nach durchschnittlich 5 Jahren. Als Maßstab dafür sollten die Rezidivhäufigkeit und das globale sowie soziale Funktionsniveau der Patienten am Ende des Beobachtungszeitraums dienen.

Bei der vorliegenden Arbeit handelt es sich um eine naturalistische Verlaufsstudie. Das Studienkollektiv bestand aus Patienten, welche die Diagnose AVPS unter klinischen Alltagsbedingungen von ihren behandelnden Ärzten unter der Aufsicht der zuständigen Oberärzte bekommen hatten. Zwar sind die Diagnosen von erfahrenen Psychiatern mit regelmäßigem „Rater-Training“ entsprechend den klinischen Leitlinien der ICD-10 gestellt worden (WHO, 1992), es handelte sich aber nicht um Diagnosen, die nach Forschungskriterien gestellt wurden wie beispielsweise in der „Halle Studie über Kurze und Akute Psychotische Störungen“ (Marneros et al., 2002; Pillmann et al., 2001).

Speziell wenn man an die Zuordnung einer Diagnose zu den einzelnen Untergruppen der AVPS denkt, könnte dabei die diagnostische Genauigkeit geringer sein als bei Forschungsdiagnosen. Der Vorteil des vorliegenden Designs könnte aber sein, dass sich Schwachpunkte in der praktischen Anwendbarkeit der diagnostischen Leitlinien des ICD-10 für die neue Kategorie F23 zeigen könnten, was angesichts der empirischen Basis dieser Leitlinien sinnvoll scheint.

Zur besseren Lesbarkeit soll mit der üblichen Abkürzung „HASBAP“ im folgenden die „Halle Studie über Kurze und Akute Psychotische Störungen“ von Marneros gemeint sein entsprechend dem englischen Titel dieser Studie (Marneros and Pillmann, 2004).

Außerdem wurde die Art und Dauer der Medikamenteneinnahme bei den nachuntersuchten Patienten mit AVPS in der Ergebniserörterung nicht berücksichtigt. Dadurch ist natürlich nicht auszuschließen, dass Outcome und Rezidivverhalten im Studienzeitraum durch die individuell verschiedenartige oder unterschiedlich dauernde Medikamenteneinnahme im Beobachtungszeitraum nicht unwesentlich beeinflusst wurden. Aber die gleiche Problematik findet sich in anderen bisherigen Studien über AVPS (Jorgensen et al., 1997; Sajith et al., 2002).

Ein anderes Problem bei der vorliegenden Studie ist, dass es zwischen den verschiedenen Individuen des Studienkollektivs Unterschiede im Beobachtungszeitraum von drei bis zu sieben Jahren gab, da das Katamnesegespräch mit allen Patienten zwischen Juli und September 2002, und damit in einem engen Zeitraum stattfand. Patienten mit unterschiedlicher Beobachtungsdauer nach der Ersterkrankung auf Rezidive bzw. Dauerschäden hin zu untersuchen, könnte daher unter Umständen zu einer Selektionsbias führen.

Dass unklare Informationen mit Hilfe von fremdanamnestischen Datenquellen wie behandelnden Ärzten, Angehörigen oder weiteren Krankengeschichten ergänzt wurden, bedeutet zwar, dass die Methodik zur Datengewinnung bei einzelnen Studienpatienten etwas variierte und damit nicht bei allen Patienten die exakt gleiche war, schien jedoch zur Verbesserung der Messgenauigkeit insgesamt legitim. Im Übrigen wurde dies auch in der HASBAP sowie der Verlaufsstudie aus Nottingham zur Erfassung von demographischen, soziobiographischen und klinischen Kriterien eines Studienkollektivs mit AVPS praktiziert (Marneros and Pillmann, 2004; Singh et al., 2004).

Weiterhin wurden in der vorliegenden Studie keine Kontrollgruppen mit anderen psychiatrischen Diagnosen des ICD-10 beispielsweise mit der Diagnosekategorie der

Schizophrenie (F20) oder eine psychiatrisch gesunde Kontrollgruppe untersucht zum Vergleich untereinander und zum Ausschluss von systematischen Studienfehlern, wie das in der HASBAP erfolgt war (Marneros and Pillmann, 2004).

### **5.1.2 Instrumente zur Datenerhebung**

Im Rahmen der Basisdokumentation (BADO) werden an der psychiatrischen Klinik der LMU München routinemäßig soziodemographische, biographische und psychiatrisch anamnestische Daten für alle Patienten erfasst. Für die AVPS Patienten dieser Studie lag also eine Fülle von Daten vor, die bereits während des Indexzeitraums erhoben worden waren.

Dazu gehörte auch das jeweilige globale Funktionsniveau der Patienten bei Aufnahme und bei deren Entlassung, gemessen in der Global Assessment Scale (GAS). Im GAS kann gleichzeitig das globale Leistungsniveau eines Patienten und allgemein der Ausprägungsgrad einer psychiatrischen Symptomatik zu einem Zeitpunkt erfasst werden. Die GAS stellt ein weit verbreitetes und leicht anwendbares Mittel zur Erfassung des globalen Funktionsniveaus eines Patienten dar (Endicott et al., 1976). So wurde auch in den bisherigen Studien über AVPS häufig die Global Assessment Scale angewandt (Jorgensen et al., 1997; Marneros et al., 2002; Sajith et al., 2002; Singh et al., 2004). Obwohl in der Literatur Verbesserungen eingefordert wurden (Goldman et al., 1992; Sartorius et al., 1995), wurde hier dennoch zur Vergleichbarkeit der Ergebnisse mit älteren Studien die deutsche Übersetzung der Originalversion benutzt.

Im GAS wird das globale Funktionsniveau eines Patienten zu einem bestimmten Zeitpunkt ausgedrückt. Daher schien es sinnvoll, um Aussagen über das globale Funktionsniveau im gesamten letzten Jahr des Katamnesezeitraums machen zu können, einen GAS Wert für ein jeweils maximales und einen für ein jeweils minimales Funktionsniveau des letzten Jahres zu bestimmen. Gleich bleibend hohe oder gleich bleibend niedrige GAS Werte bedeuten dann ein gleichmäßig gutes globales Funktionsniveau bzw. dauerhafte Funktionseinbußen im letzten Katamnesejahr. Ein weit divergierendes Wertepaar im GAS des letzten Jahres gibt jedoch einen Hinweis auf ein stark schwankendes globales Funktionsniveau zum Beispiel im Rahmen eines aufgetretenen Rezidivs.

Zur quantitativen Erfassung psychopathologischer Merkmale der Krankheitsbilder stationärer Patienten wurde außerdem der Ausprägungsgrad der Symptomatik im Rahmen spezifischer AMDP-Syndrome gemessen. Hier wurde wieder jeweils ein Wert zu Beginn und am Ende

des stationären Aufenthalts bestimmt und zwar für das paranoid-halluzinatorische, das manische und das depressive Syndrom sowie das Negativsyndrom (Angst et al., 1989; Pietzcker et al., 1983). Aufgrund der quantitativen Darstellung psychopathologischer Merkmale schienen die AMDP-Syndrome besonders als mögliche prognostische Parameter für Verlauf und Outcome der AVPS geeignet zu sein. Insbesondere wenn man in Betracht zieht, dass verschiedene Kategorien von funktionellen Psychosen mit Unterschieden im Verlauf und Outcome charakteristische Unterschiede im Ausprägungsgrad der einzelnen AMDP-Syndrome zeigen und dadurch auch unterscheidbar sind (Jäger et al., 2003b).

Auf der Suche nach Variablen mit prädiktivem Wert für Verlauf und Outcome der AVPS bot sich des Weiteren die Prognosekala nach Strauss-Carpenter an, deren Werte ebenso routinemäßig für alle ersthospitalisierten Patienten der psychiatrischen Universitätsklinik der LMU München bereits berechnet wurden. Der prognostische Aussagewert dieser Prognosekala hatte sich bereits für Schizophrenien erwiesen (Möller et al., 1988) und ist möglicherweise für Patienten mit AVPS auch relevant. Dabei wurde die deutsche Übersetzung der Originalversion von 1974 benutzt (Strauss and Carpenter, Jr., 1974).

Die vereinfachte Form der Disability Assessment Schedule (DAS-S) der WHO ist ein Messinstrument für die soziale Funktionseinschränkung, und damit des sozialen Funktionsniveaus, als Teilaspekt für das Outcome einer psychiatrischen Erkrankung (Janca et al., 1996). Besonders im Rahmen eines Telefoninterviews schien es ein leicht zu ermittelnder und quantifizierbarer Parameter zu sein und wurde daher für die Katamneseuntersuchung als Methode gewählt. Zur Verdeutlichung der konträren Verlaufsformen bei Patienten mit AVPS mit einerseits einer sehr günstigen aber andererseits auch sehr ungünstigen Entwicklung hinsichtlich der sozialen Funktionsdefizite nach einigen Jahren, wurden jeweils zwei der sechs Ausprägungsgrade im DAS-S zusammengefasst. Auf diese Weise konnte die Gruppe der AVPS Patienten in die Kategorien „gut/mittel“ und „schlecht“ zur Untersuchung der Indexparameter auf ihren prognostischen Wert dichotomisiert werden. Eine derartige Modifikation der DAS-S Werte durch Zusammenfassung wurde bereits in der „Cantabria First- Episode Schizophrenia Study“ erfolgreich angewandt (Vazquez-Barquero et al., 1999). Wenn auch die Autoren selbst die Verfeinerung der DAS-S forderten (Janca et al., 1996), war sie ein geeignetes Werkzeug zur Erfassung der sozialen Funktionsbeschränkungen der AVPS Patienten mehrere Jahre nach der Ersterkrankung im Rahmen dieser Studie und damit zur Beurteilung des Outcome. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass es sich beim „DAS“ in der HASBAP um ein ähnliches aber trotzdem anderes Outcome Messinstrument handelte, das leider keine direkten Vergleiche der Ergebnisse zuließ (Marneros et al., 2003a).

### 5.1.3 Follow-up Untersuchung

Die Form des telefonischen Interviews zur Erhebung der Katamnesedaten mag kritisch gesehen werden. Natürlich fehlt bei einem solchen Gespräch ohne persönlichen Kontakt zwischen Arzt und Patient der visuelle diagnostische Aspekt, wodurch sich gerade bei der psychiatrischen Untersuchung wichtige Kriterien wie das Gesamterscheinungsbild eines Patienten durch Kleidung, Körpersprache, Haltung und Auftreten als indirekte Merkmale der psychosozialen Verfassung erfassen lassen. Ebenso fehlt dadurch ein allgemeiner körperlicher Untersuchungsstatus mit direkten Hinweisen auf den Ernährungszustand und die Körperpflege eines Patienten. Dadurch besteht in einem gewissen Rahmen natürlich die Gefahr der Dissimulierung beziehungsweise der Übertreibung seitens des Patienten bezüglich der im Gespräch erfragten psychosozialen Funktionskriterien bzw. Symptome.

Dennoch ist diese Methode üblich in der psychiatrischen Forschung (Carpenter, Jr. and Strauss, 1991; Rigatelli et al., 2001; Simon et al., 2001). So haben Carpenter und Strauss 1991 die Vergleichbarkeit zwischen Telefoninterviews und persönlichen Interviews in einer Katamnesestudie über das Outcome von Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie nach DSM-II nachgewiesen. Die Outcomeparameter der telefonisch interviewten Patienten fielen gegenüber denen der stationär interviewten nach einem Katamnesezeitraum von 11 Jahren lediglich geringgradig besser aus (Carpenter, Jr. and Strauss, 1991). Und auch in den bisherigen Katamnesestudien zu den AVPS wurden in einigen Fällen Katamnesedaten telefonisch erhoben (Jorgensen et al., 1997; Marneros et al., 2003a; Singh et al., 2004).

Zwar brachte das retrospektive Studiendesign unserer Arbeit das Problem mit sich, dass ein Kontakt zu den ehemaligen Patienten einige Jahre nach der Indexperiode schwieriger wiederherzustellen war als bei prospektiven Untersuchungen, für die man die Patienten beispielsweise noch während eines stationären Aufenthalts motivieren und gewinnen kann. Und so wurden anteilig am Ausgangskollektiv in der vorliegenden Studie zwar weniger Patienten mit AVPS nachuntersucht als beispielsweise bei Jorgensen (90%), in der HASBAP (91%) oder bei Singh (86%) (Jorgensen et al., 1997; Marneros and Pillmann, 2004; Singh et al., 2004). Dennoch konnten immerhin 78% des Ausgangskollektivs untersucht werden. Wenn man bedenkt, dass die persönlichen Kontakte zu den ehemaligen Patienten oftmals relativ lange zurücklagen und die Einladung zur Studie mit einem kurzen Einladungsschreiben in einer relativ anonymen Form erfolgte, war es überraschend, wie bereitwillig die ehemaligen Patienten an der Studie teilnahmen. Der Interviewer hatte den Eindruck, dass es dem größten Teil der Patienten ein großes Bedürfnis war, an die erstmalig betreuende psychiatrische Klinik eine Rückmeldung über ihre weitere Krankengeschichte geben zu können. Aber die telefonische Form der Nachuntersuchung hielt sich in einem

begrenzten zeitlichen Rahmen von etwa 30 Minuten und war mit keinem großen Aufwand für die Patienten verbunden im Vergleich zu einer persönlichen Untersuchung, was vermutlich auch zu der hohen Teilnehmerrate beitrug. So hatte die Methode des telefonischen Interviews sicherlich einen wichtigen Beitrag zur relativ hohen Akzeptanz der Nachuntersuchung durch die ehemaligen Patienten geleistet.

In der vorliegenden Studie verweigerten drei Prozent der Patienten persönlich am Telefon eine Nachuntersuchung, während es in der HASBAP knapp fünf und in der dänischen Verlaufsstudie etwa vier Prozent waren (Jorgensen et al., 1997; Marneros et al., 2003a). Man muss jedoch davon ausgehen, dass der Anteil der Patienten, die eine Nachuntersuchung ablehnten, größer war, denn einige reagierten nie auf die Versuche der telefonischen Kontaktaufnahme in Form von hinterlassenen Nachrichten auf Anrufbeantwortern, deren Ansagen offensichtlich von den Patienten selbst stammten. Nachweislich ins Ausland verzogen waren in dieser Studie drei Prozent der Patienten, bei Jorgensen vier Prozent und bei Marneros keiner (Jorgensen et al., 1997; Marneros et al., 2003a). Diese Informationen wurden in unserer Arbeit entweder durch Patientenakten oder sonstige fremdanamnestische Datenquellen gewonnen. Hier spiegelt sich aber vermutlich eher der Ausländeranteil, die geographische Lage und Größe der jeweiligen urbanen Region wieder, als ein spezifischer Unterschied des jeweiligen Studiendesigns.

Durch Suizid starben in der vorliegenden Studie nachweislich zwei (2%), in der HASBAP und der dänischen Studie jedoch kein Patient des Studienkollektivs, aber je einer aus anderen Gründen (Jorgensen et al., 1997; Marneros et al., 2003a). Es fällt auf, dass in einem fast gleich langen Beobachtungszeitraum im Münchner Studienkollektiv zwei Suizide auftraten, während es in der HASBAP keinen Suizid gab (Marneros and Pillmann, 2004). Ob sich da eine Tendenz abzeichnet, oder sich der Unterschied nur auf die deutlich unterschiedlichen Größen der Stichproben zurückführen lässt, ist allein schon deswegen schwer zu beantworten, da in der HASBAP nicht nur ersthospitalisierte Patienten, sondern zu 45% auch solche mit vorherigen psychiatrischen Krankheitsepisoden, zur Stichprobe gehörten (Marneros et al., 2003a). Damit lag der zeitliche Abstand zur ersten Episode im Durchschnitt bei 10,6 Jahren ( $\pm 7,6$ ). Auf diese Weise kam es möglicherweise zu einer Selektionsbias. Auch im dänischen und englischen Kollektiv gab es keine Suizide. Dabei wurde allerdings nur das erste Jahr bzw. die ersten drei Jahre nach der Ersterkrankung, also ein vergleichsweise kurzer Zeitraum untersucht (Jorgensen et al., 1997; Singh et al., 2004).

Abgesehen davon, lässt sich aber zwischen der vorliegenden Studie und den anderen Verlaufsstudien mit AVPS kein wesentlicher Unterschied für Ausfälle beim nachuntersuchten Patientenkollektiv erkennen. Der Grund für den geringeren Anteil liegt damit vermutlich im

retrospektiven Studiendesign, das eine Kontaktaufnahme zu ehemaligen Patienten erschwerte.

Man könnte nun aber einwenden, dass gerade der Anteil des Studienkollektivs, der für die Katamnese verloren ging, aus Patienten mit einem besonders ungünstigen Krankheitsverlauf bestehen könnte und sich gerade hinsichtlich der untersuchten Kriterien wie Rezidive und Outcome eine Selektionsbias zum untersuchten Anteil ergibt. Diesbezüglich wären konkretere Aussagen durch einen Vergleich mit Kontrollgruppen bestehend aus psychiatrisch gesunden Patienten und solchen aus anderen großen psychiatrischen Diagnosegruppen sicherlich sinnvoll gewesen (Marneros and Pillmann, 2004).

Widerlegt werden können obige Bedenken nur insofern, als es weder hinsichtlich der Zusammensetzung aus den einzelnen diagnostischen Untergruppen der AVPS (F23.0, F23.1, F23.2, F23.3, F23.8/9), noch bei den untersuchten soziodemographischen Variablen wie Alter und Geschlecht statistisch signifikante Unterschiede zwischen dem nachuntersuchten Patientenkollektiv und dem Gesamtkollektiv der Patienten mit AVPS gab, so dass hinsichtlich dieser Variablen ein systematischer Fehler unwahrscheinlich sein dürfte. Das Gleiche konnte für die Variablen nachgewiesen werden, die hinsichtlich ihres prognostischen Werts für spätere Rezidive bzw. das spätere psychosoziale Leistungsniveau bei den Patienten untersucht wurden, wie z.B. die Aufenthaltsdauer bei der Indexperiode, die GAS Werte bei Aufnahme und Entlassung der Indexperiode und die Werte in der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter oder die vier untersuchten AMDP Syndrome. Es ist also davon auszugehen, dass das nachuntersuchte Patientenkollektiv repräsentativ für die Ausgangskohorte war.

## **5.2 Häufigkeit der Diagnose AVPS und demographische Verteilung**

### **5.2.1 Häufigkeit der Diagnose AVPS**

Im Krankenblattarchiv der psychiatrischen Universitätsklinik der LMU München konnten 94 Patienten gefunden werden, die zwischen dem 1.1.1995 und dem 31.12.1999, also im einem Zeitraum vom fünf Jahren, die Diagnose AVPS (F23) entsprechend der ICD-10 bekommen hatten. Das waren 7,9% aller ersthospitalisierten Patienten der Klinik mit nicht-affektiven funktionellen Psychosen.

Damit lag der prozentuale Anteil dieser Patientenstichprobe mit AVPS an der Gesamtheit aller im obigen Zeitraum ersthospitalisierter Patienten mit einer nicht-affektiven funktionellen



Psychosen ähnlich hoch wie in anderen nationalen Studien von Marneros (8,5%) oder Lange (5,9%) (Lange et al., 2002; Marneros et al., 2002). Im zentralen Fallregister aller stationären Aufnahmen in Dänemark lag deren Anteil mit 11,8% oder mit 20,1% im Bezirkskrankenhaus in Nordwest Wales allerdings deutlich höher (Healy et al., 2001; Lange et al., 2002).

Ob diese Diskrepanz zwischen Deutschland und anderen europäischen Regionen daran liegen könnte, dass regional unterschiedliche ätiologische Faktoren wie im Fall der englischen Studien möglicherweise eine höhere Inzidenz für andere neuropsychiatrische Erkrankungen wie z.B. Multiple Sklerose dafür verantwortlich sein könnten, kann hier nur spekuliert werden. Denkbar wären angesichts der ähnlichen Häufigkeit an zwei deutschen Universitätskliniken und den genannten englischen Studien aber auch spezifische, nationale aber unbekannte Selektionsmechanismen, die aus den Publikationen nicht zu erkennen sind. Die Häufigkeit der AVPS unserer naturalistischen Studie an der diagnostischen Kategorie F2 der ICD-10 war jedenfalls vergleichbar mit der zweiten deutschen Studie zu AVPS von Marneros und scheint damit zumindest für die nationale Inzidenz dieser Diagnose repräsentativ zu sein, da es aufgrund des ausgeprägten klinischen Krankheitsbildes in der Regel zur stationären Aufnahme kommt (Marneros et al., 2002).

### **5.2.2 Untergruppen der AVPS**

Hinsichtlich der diagnostischen Untergruppen setzten sich die 94 untersuchten Patienten folgendermaßen zusammen: Die beiden Diagnosegruppen mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1 und F23.2) machten mit etwa je 30% der Patienten den größten Teil der AVPS aus, gefolgt von den akut polymorphen psychotischen Störungen ohne die Symptome einer Schizophrenie (F23,0) mit 22,3% und den wahnhaften AVPS (F23.3) und zuletzt den sonstigen oder nicht näher bezeichneten akuten vorübergehenden psychotischen Störungen (F23, 8 und F23,9) mit zusammen 6,4%.

Bei Marneros hingegen machten die beiden polymorphen Subgruppen F23.0 und F23.1 mit je 33,3% des Kollektivs die größten Untergruppen aus, gefolgt von den Patienten mit einer schizophreniformen AVPS F23.2 (Marneros et al., 2003a). Unter der „vorwiegend wahnhaften AVPS“, F23.3, und den „nicht weiter definierten AVPS F23.8/9“ fanden sich bei Marneros insgesamt nur 3 Patienten.

Bei Jorgensen et al. zeigte sich hingegen eine eindeutige Mehrheit von 55% bei den Patienten mit F23.0 während die restlichen Kategorien F23.1, F23.2 und F23.3 etwa zu je 15% auftraten. Die unspezifischen Kategorien F23.8 und F23.9 wurden dabei nicht

beschrieben (Jorgensen et al., 1997). In einer Indischen Studie bei „S.K. Das“ fanden sich auch zu etwa 50% Patienten mit F23.0, während sich die restlichen Kategorien bei  $10\% \pm 2.5\%$  bewegten (Das et al., 2001).

Es zeigte sich also unabhängig davon, ob es sich um Studiendiagnosen wie in der HASBAP oder um klinische Diagnosen wie in der vorliegenden Studie handelte, dass in den beiden Studien aus dem deutschen Sprachraum die drei Untergruppen F23.0, F23.1 und F23.2 die größten Gruppen ausmachten. In der Dänischen und Indischen Studie von Jorgensen bzw. „S.K. Das“ stellten Patienten mit F23.0 allein schon die Hälfte aller AVPS Patienten dar, während sich die restliche Hälfte auf die anderen Kategorien verteilte.

Im Gegensatz zu den genannten Arbeiten bestand in einer englischen Studienkohorte aus Nottingham mit ersthospitalisierten AVPS die Mehrheit mit 37% aus der Kategorie der vorwiegend wahnhaften AVPS (F23.3), gefolgt von der Untergruppe F23.0 mit 31% und dann von den Gruppen F23.2 mit 22% und F23.1 mit 9%, also einer insgesamt völlig anderen Zusammensetzung (Das et al., 2001).

Insgesamt handelte es sich bei den genannten Studien aber um relativ kleine Stichproben mit 42 Patienten in der Halle Studie (Marneros and Pillmann, 2004), 51 Patienten in der Studie von Jorgensen (Jorgensen et al., 1997), 43 Patienten in der Studie um „S.K. Das“ (Das et al., 1999) und 32 Patienten bei P. Singh et al. (Singh et al., 2004). Damit handelt es sich bei der vorliegenden Studie um das bisher größte Studienkollektiv mit 94 Patienten, das Aussagen zu den Untergruppen der AVPS zulässt.

Ob die unterschiedliche Zusammensetzung aus den diagnostischen Untergruppen in den verschiedensten Studienstichproben an den relativ kleinen Kollektiven liegt, oder ob dies einen Hinweis auf eine in der Praxis schwierige Differenzierung in die definierten Untergruppen gibt, darüber lassen sich gegenwärtig nur Mutmaßungen anstellen. Zusammenfassend lässt sich letztlich nur sagen dass in der Mehrheit der betrachteten Studien die polymorphen AVPS, F23.0 und F23.1 zusammen einen Anteil von etwa 50% ausmachten, womit auch die vorliegende Studie konform geht (52%).

### **5.2.3 Alters- und Geschlechtsverteilung**

Von den 94 Patienten unserer Stichprobe waren 48% Frauen (n=45) und 52% Männer (n=49). Das Geschlechterverhältnis lag also etwa bei 1:1. Dagegen bestand die große Mehrheit der Patienten mit AVPS in der HASBAP mit 78,6% aus Frauen bei einer

Gesamtstichprobe von 42 Patienten (Marneros et al., 2000). Ähnlich war das Geschlechterverhältnis bei einer Studie über Patienten mit AVPS bei Jorgensen mit 76,5% Frauen (Jorgensen et al., 1997) und in einer indischen Studie mit 60% (Das et al., 1999). Im Gegensatz dazu waren aber in der Studie aus Nottingham deutlich mehr Männer (65%) bei einer Gesamtheit von 32 ersthospitalisierten Patienten mit AVPS betroffen (Singh et al., 2004). Zusammen mit dieser Studie unterscheiden sich unsere Ergebnisse über das Geschlechterverhältnis der AVPS also deutlich von den bisherigen Studien.

Da sich das weibliche Geschlecht in der Nottingham Studie aber als statistisch relevanter prognostischer Faktor für einen günstigen Verlauf bei AVPS herausgestellt hat (Singh et al., 2004), ist aber dann umgekehrt auch die Frage, ob dann das Outcome in Studienkohorten von AVPS mit überwiegend Männern oder wie in unserem Fall mit einem ausgeglichenen Geschlechterverhältnis im weiteren Verlauf nicht auch durchschnittlich ungünstiger ausfallen müsste, als in solchen Studien, die aus mehrheitlichen weiblichen AVPS Patienten bestehen. Das hätte sich aber eigentlich beim Vergleich der Outcomeparameter dieser Studie mit solchen zeigen müssen, die überwiegend aus Frauen mit AVPS bestehen.

Das Durchschnittsalter im Patientenkollektiv betrug bei der Ersthospitalisation 33,1 Jahre und war damit fast exakt das gleiche wie bei dem Patientenkollektiv mit AVPS bei Jorgensen mit 33 Jahren im Durchschnitt, aber geringer als in der HASBAP mit 35,8 Jahren (Jorgensen et al., 1997; Marneros et al., 2002). Im Gegensatz dazu lag das Durchschnittsalter der Patienten mit AVPS bei deren Erstepisode in einer indischen Studie von „S.K. Das“ mit 25 Jahren deutlich darunter (Das et al., 2001).

Jorgensen beschrieb in seiner einjährigen Follow-up Studie bei Frauen ein höheres Durchschnittsalter von 39 Jahren im Gegensatz zu Männern mit 30 Jahren (Jorgensen et al., 1997) und auch in der Verlaufstudie zu AVPS aus Nottingham zeigten Frauen einen Trend zu einem höheren Erkrankungsalter (Singh et al., 2004). In der vorliegenden Studie lag der Altersdurchschnitt der Männer bei 31,5 Jahren, aber noch nicht statistisch signifikant niedriger als bei den Frauen mit 34,9 Jahren.

Das durchschnittliche Erkrankungsalter war in unserer Studie also etwa gleich hoch wie in den anderen europäischen Kollektiven von AVPS mit ebenso einer Tendenz bei Frauen, erst später zu erkranken. Dagegen erkrankten Patienten in einer indischen Studie offenbar deutlich früher.

## **5.3 Verlauf**

### **5.3.1 Rezidive**

Von unseren 73 nachuntersuchten Patienten mit einer AVPS hatten 58% (n = 42) ein Rezidiv während der nächsten 3 bis 7 Jahre nach der Ersterkrankung und damit mindestens eine Episode mit ausgeprägten affektiven oder psychotischen Symptomen, die zu einer erneuten ambulanten oder stationären Behandlung führten. Davon wurden 12% ambulant (n=9) behandelt, 19% der Patienten (n=14) mussten einmal, 12% (n=9) zweimal und 14% dreimal oder öfter (n=10) stationär behandelt werden. Entsprechend blieb aber ein großer Anteil von 42% der Patienten (n=31) ohne Rezidiv.

In der HASBAP hatte von den 42 AVPS Patienten über einen durchschnittlich ähnlich langen Beobachtungszeitraum von ebenso 5 Jahren ein Anteil von 77% (n=30) Rezidive (Marneros et al., 2003a). Die Häufigkeit wurde von Marneros dabei mit 1 bis 5 aber nur ungefähr und nicht detailliert angegeben. In diesem Fall lag die Rückfallquote also deutlich höher als bei der vorliegenden Studie.

Wie im Vergleich dazu die Rückfallquote von 33% bei Patienten mit AVPS in der Verlaufsstudie von Jorgensen einzuordnen ist, kann mit eindeutiger Sicherheit nicht beurteilt werden, da darin nur das erste Jahr nach der Ersterkrankung mit einer AVPS untersucht wurde (Jorgensen et al., 1997), vermutlich lag sie aber angesichts der 33% schon nach dem ersten Jahr höher. Gemessen an einer dreijährigen englischen Verlaufsstudie mit 32 Patienten über AVPS lag unsere Studie auch deutlich unter deren Rückfallquote, die nach drei Jahren mit 75 % schon darüber lag (Singh et al., 2004).

Man muss bei den Ergebnissen dieser Studie berücksichtigen, dass es sich bei den einzelnen nachuntersuchten Patienten um Beobachtungszeiträume handelt, die in ihrer Dauer von jeweils 3 bis 7 Jahren variierten und nur im Durchschnitt bei 4,9 Jahren lag. Daher ist ein Vergleich streng genommen nur mit der HASBAP möglich, allerdings auch wieder mit dem Vorbehalt, dass in jener Studie nicht nur ersterkrankte Patienten, sondern auch Patienten mit vorhergegangenen Krankheitsepisoden zum Studienkollektiv gehörten (Marneros et al., 2003a).

Zusammenfassend kommt die vorliegende Studie hinsichtlich der Rezidive bei den untersuchten Patienten also zu dem Ergebnis, dass bei einem deutlich geringeren Anteil der Patienten im selben Untersuchungszeitraum Rezidive aufgetreten waren, als in bisherigen Studien wie der HASBAP, sowie der Verlaufsstudie von Singh et al. über AVPS. Ob dieser

Unterschied am jeweils unterschiedlichen Studiendesign oder an einer unterschiedlichen Medikation liegt, oder aber andere Ursachen hat, dazu lassen sich im Vergleich mit den bisherigen Studien zu AVPS nur Vermutungen anstellen.

Möglicherweise zeigt sich darin aber auch die Tendenz der Patienten, im telefonischen Interview zu bagatellisieren und weniger Rückfälle zuzugeben, als tatsächlich erfolgt waren. Denn eine Kontrolle der telefonischen Angaben der nachuntersuchten Patienten durch behandelnde Hausärzte, Psychiater oder Angehörige war nicht erfolgt und da es weitere stationäre Behandlungsepisoden von Rezidiven auch in anderen Kliniken des Einzugsbereichs gegeben haben konnte, wurden diese in unserer Klinik möglicherweise auch auf Wunsch der Patienten nicht immer aktenkundig.

### **5.3.2 Globales Funktionsniveau bei der Follow-up Untersuchung**

In der vorliegenden Studie betragen die Mittelwerte des höchsten bzw. geringsten globalen Funktionsniveaus im letzten Jahr 84 bzw. 65 Punkte. Die nachuntersuchten Patienten hatten also phasenweise zumindest ein hohes globales Funktionsniveau frei von Symptomen und Funktionseinbußen, wie der maximal erreichte durchschnittliche Wert des letzten Jahres zeigte. Das um zwanzig Punkte geringere durchschnittliche Minimum zeigte jedoch, dass das Funktionsniveau im letzten Jahr nicht konstant hoch war, sondern es durchaus zu Rezidiven gekommen sein konnte.

Beim Vergleich dieser Ergebnisse lag das durchschnittliche globale Funktionsniveau bei den AVPS Patienten der Halle Studie mit 81 Punkten im GAS fast ähnlich hoch (Marneros et al., 2003a). Es wurde bei Marneros entsprechend der Originalversion der GAS mit diesem einen Wert aber nur die letzte Woche vor dem Messzeitpunkt erfasst (Endicott et al., 1976; Marneros et al., 2003a), jedoch zeigte sich ein im Durchschnitt vergleichbar hohes globales Funktionsniveau. Das maximale globale Funktionsniveau der AVPS Patienten vorliegender Studie bei der Follow-up Untersuchung wird also durch die Ergebnisse von Marneros bestätigt.

Bei Jorgensen dagegen erreichte das globale Funktionsniveau bei einem Teil der untersuchten Patienten ein Jahr nach einer Erstepisode mit AVPS einen Durchschnittswert von nur 70 auf einer GAF Skala, ebenso wie die Patienten in einer Verlaufsstudie zu AVPS aus Nottingham nach 3 Jahren (Jorgensen et al., 1997; Singh et al., 2004). Diese Werte lagen damit deutlich unter denen der vorliegenden Studie und der HASBAP, wie bereits

Marneros erwähnt (Marneros et al., 2003a). Die GAF Skala stellt aber eine überarbeitete und etwas modifizierte Form der GAS Skala mit derselben Einteilung dar (APA, 1987).

Jorgensen et al. schreiben aber, dass der ermittelte Wert nur einen Punkt unter dem Durchschnittswert dieser Patientengruppe für das beste ermittelte Niveau während des letzten Jahres vor der Indexperiode (GAF=71) lag und es handelte sich dabei ausschließlich um Ersterkrankungen ohne vorangehende Episoden ebenso wie bei Singh et al. (Jorgensen et al., 1997; Singh et al., 2004). Das heißt diese Patienten hatten diesen Level schon vorher in Zeiten psychischer Gesundheit. Die Werte der GAF Skala der genannten Studien scheinen daher nicht exakt den GAS Werten zu entsprechen und nicht direkt miteinander vergleichbar zu sein.

Es liegt also nahe, die fast gleich hohen GAF Werte von 70 bei den oben genannten Studien von Jorgensen et al. und Singh et al. dahingehend zu interpretieren, dass das globale Funktionsniveau über einen Zeitraum von ein und drei Jahren nach der Ersterkrankung völlig unbeeinträchtigt blieb, so wie in gesunden Zeiten vor Beginn der Erkrankung. Damit zeigten diese Patienten also eine ebenso günstige Entwicklung wie die in der vorliegenden Studie oder der HASBAP (Marneros et al., 2003a).

Einzelheiten über das globale Funktionsniveau der AVPS Patienten im Verlauf finden sich zum Vergleich bisher nur in der Halle Studie, in der die Ergebnisse der GAS Werte aber etwas anders zusammengefasst wurden. So wurde dort ein GAS-Wert von über 70 als Maßstab für eine Vollremission herangezogen: Demnach hatten 81% ein gutes globales Funktionsniveau von 71 bis 100, und das bedeutete, gemessen an den Kriterien von Pillmann und Marneros, eine Vollremission (Marneros et al., 2003a; Pillmann et al., 2002). In der vorliegenden Studie waren das ebenso 81%. Schwer beeinträchtigt mit einem globalen Funktionsniveau unter 30 waren in der vorliegenden Studie nur 3% der Patienten ähnlich wie bei Marneros mit 2,6%. Ein mittleres Funktionsniveau zwischen 51 und 70 hatten bei Marneros 13% der Patienten, ähnlich wie in unserer Studie (16%) (Marneros et al., 2003a).

Bezug nehmend auf die Einteilung von Marneros, der ein globales Funktionsniveau über 70 als gut, zwischen 51 und 70 als mäßig beeinträchtigt und unter 51 als ernsthaft beeinträchtigt bezeichnet (Marneros et al., 2003a), finden sich prozentual in der vorliegenden Studie nach durchschnittlich fünf Jahren ebenso viele Patienten mit einem guten, wenige mit einem mittleren und nur sehr wenige mit einem geringen Funktionsniveau. Auch im Detail werden die Ergebnisse unserer Studie zum globalen Funktionsniveau bei AVPS Patienten also durch die HASBAP bestätigt (Marneros et al., 2003a). Damit zeigte sich also keine Tendenz zu einem durchschnittlich ungünstigeren Outcome gemessen am globalen Funktionsniveau in

unserer Studie mit einem ausgeglichenen Geschlechterverhältnis gegenüber der Studie von Marneros mit einer Mehrheit an Frauen. Es muss allerdings berücksichtigt werden, dass die telefonisch ermittelten eigenanamnestischen Katamnesedaten durchschnittlich günstigere Outcome Werte ergeben haben könnten, was den oben erwogenen Effekt eines durchschnittlich schlechteren Verlaufs bei Männern wieder ausgeglichen haben könnte. Insgesamt zeigte sich also ein ähnlich günstiges Outcome bei den untersuchten Patienten der vorliegenden Studie wie in den bisher veröffentlichten Studien.

### **5.3.3 Soziale Funktionseinschränkung bei der Follow-up Untersuchung**

Der größte Teil aller 73 nachuntersuchten Patienten zeigte ein soziales Funktionsniveau der Kategorie „gut“ im DAS-S. Für die Bereiche „Beruf“, „Familie und Haushalt“ sowie „sonstige Sozialkontakte“ waren das durchschnittlich 49% der Patienten und ein mittelmäßiges soziales Funktionsniveau hatten durchschnittlich 42% der Patienten in diesen Bereichen. Dagegen zeigten jeweils 11%, 4% und 10% in diesen Bereichen aber eine schlechte Funktion. Auffallend besser sind die Ergebnisse im Bereich der „persönlichen Pflege“ ausgefallen, worin 78% ein gutes, 21% ein mittleres und nur 1% der Patienten ein schlechtes Funktionsniveau hatten. Das Phänomen war auch analog bei der isolierten Betrachtung der DAS-S Ergebnisse bei den Patienten mit und ohne Rezidiv zu sehen.

Hier zeigte sich vermutlich ein Schwachpunkt in der Methode des Telefoninterviews, da sich die Patienten hinsichtlich Kleidung, Körperpflege und der regelmäßigen Ernährung im persönlichen Gespräch mit einer körperlichen Untersuchung sicherlich besser beurteilen lassen. Es könnte sich besonders in diesem Funktionsbereich eine Dissimulierungstendenz zeigen, da die Schamgrenze bei telefonischer eigenanamnestischer Auskunft möglicherweise geringer sein könnte, als in anderen Bereichen. Eine weitere Erklärungsmöglichkeit wäre, dass die Funktionseinschränkung im Bereich „persönliche Fürsorge“ tatsächlich geringer ausgefallen war, da sich diese eventuell im Vergleich zu den anderen Bereichen langfristig erst als letzte verschlechtert, wenn es sich der Patient nicht gerade in einem akuten psychotischen Zustand befindet. Eine Bestätigung für letztere These könnte sein, dass sich beim Vergleich mit anderen diagnostischen Gruppen der Funktionsverlust bei den AVPS in der Kategorie „Persönliche Fürsorge“ im WHO/DAS mit 10% deutlich geringer war als bei schizophrenen Patienten (52%) (Marneros and Pillmann, 2004).

Patienten mit Rezidiven im Beobachtungszeitraum (n=42) zeigten ein ungünstigeres soziales Funktionsniveau gemessen im DAS-S. So hatten diese in den drei Bereichen „Beruf“,

„Familie und Haushalt“ sowie „sonstige Sozialkontakte“ des DAS-S etwa zu zwei Dritteln ein „mittleres“ Funktionsniveau, während der Anteil von Patienten mit guter Funktion geringer (19% bis 24%) und erwartungsgemäß der Anteil mit schlechter Funktion größer war (7% bis 19%). Dagegen fand sich bei den Patienten ohne Rezidiv kein einziger mit einer schlechten und wenige mit einer mittelmäßigen Funktion (13%, 13%, 16%). Der Rest hatte ausschließlich ein gutes soziales Funktionsniveau. Die untersuchten Patienten lassen sich also hinsichtlich ihres sozialen Funktionsniveaus gemessen im DAS-S in drei Gruppen einteilen:

Eine erste Gruppe von Patienten (42%) hatte keine Rezidive und ein gutes soziales Funktionsniveau, eine weitere hatte zwar Rezidive (46%), aber keine stark ausgeprägten Defizite. Ein kleiner Teil (12%) hatte allerdings Rezidive mit ernsthaften sozialen Funktionsstörungen entwickelt. Da sich die erhobenen DAS-S Werte auf das gesamte letzte Jahr vor dem Interview bezogen, schienen sich bei dieser kleineren Gruppe von Patienten dauerhafte Funktionsstörungen zu zeigen.

Dabei könnten diese Resultate zwar in den verschiedenen langen Follow-up Perioden dieser Studie liegen, da sich mit einem zunehmenden Zeitraum die Wahrscheinlichkeit eines Rückfalls oder einer dauerhaften sozialen Funktionseinschränkung vermutlich erhöht. Aber dennoch werden auch diese Ergebnisse durch die vergleichbare Studie von Marneros bestätigt, worin die Mehrzahl der Patienten auch einen derartig günstigen Verlauf hinsichtlich sozialer Funktionsbeschränkungen zeigten. Da in der HASBAP mit der etwas ausführlicheren „Disability Assessment Schedule“ der WHO im Gegensatz zur DAS-S unserer Studie zwar eine ähnliche, aber nicht das gleiche Messinstrument verwendet wurde, konnten die Absolutwerte der beiden Studien leider nicht direkt miteinander verglichen werden (Marneros et al., 2003a).

#### **5.4 Möglichkeit der Verlaufsprädiktion**

Die untersuchten Patienten mit AVPS zeigten zum überwiegenden Teil ein günstiges Outcome hinsichtlich ihres globalen und sozialen Funktionsniveaus gemessen im GAS und im DAS-S, wobei etwa die eine Hälfte davon Rezidive zeigten und die andere Hälfte nicht. Ein kleiner Teil der Patienten aber hatte nach ca. 5 Jahren einen dauerhaften und ausgeprägten psychosozialen Funktionsverlust entwickelt, was nicht mehr mit dem Konzept einer vorübergehenden psychotischen Störung vereinbar war. Daher wurde im Rahmen dieser Studie untersucht, ob es während der ersten Krankheitsepisode bereits sozio-demographische oder psychopathologische Parameter mit prädiktivem Wert für zukünftige Rückfälle oder einen zu erwartenden Verlust an psychosozialer Funktion gab. Der



prognostische Wert der einzelnen untersuchten Parameter für die Outcomeparameter wie DAS-S, GAS und für Rezidive wird im Folgenden jeweils zusammengefasst diskutiert:

#### **5.4.1 Prognostischer Wert des Erkrankungsalters**

In der Literatur zeigte sich bei Patienten mit AVPS ein deutlicher Unterschied zu anderen großen diagnostischen Kategorien unter den funktionellen Psychosen. So lag das Ersterkrankungsalter einer Stichprobe mit AVPS Patienten in einer vergleichenden Studie von Jorgensen beispielsweise bei 38 ( $\pm 10$ ) Jahren und damit signifikant höher als bei einer Gruppe von Patienten mit einer Schizophrenie mit einem Durchschnittsalter von 29 ( $\pm 10$ ) Jahren (Jorgensen, 1995).

Vor dem Hintergrund, dass es also Altersunterschiede der AVPS zu anderen funktionellen psychotischen Erkrankungen gab, die sich wiederum auch hinsichtlich ihres Verlaufs und Outcome unterscheiden, war die Überlegung, dass auch AVPS Patienten mit günstigen und solche mit ungünstigen Outcome- und Verlaufsparemtern Unterschiede im Ersterkrankungsalter zeigen könnten, wenn es bei dem Konzept der AVPS zu Überschneidungen mit anderen Diagnosegruppen mit einer ungünstigeren Prognose kam.

Aber zwischen den Patienten mit und denen ohne Rezidiv gab es keine statistisch signifikanten Unterschiede hinsichtlich des Ersterkrankungsalters. Auch zwischen Patienten mit einem günstigen sozialen Funktionsniveau im DAS-S und solchen mit einer eher ungünstigen Funktion im DAS-S waren die Unterschiede ohne statistische Signifikanz und das durchschnittliche Erkrankungsalter der Patienten zeigte keine Korrelation mit einem höheren oder geringeren globalen, maximalen oder minimalen Funktionsniveau im GAS des letzten Jahres vor dem Messzeitpunkt.

Zum Altersunterschied zwischen Patienten mit einer AVPS mit gutem und denen mit ungünstigem Outcome fanden sich in der gegenwärtigen Literatur zwar keine vergleichbaren Angaben, aber an vielen Literaturstellen ließ sich ein im Vergleich zum Ersterkrankungsalter der AVPS Patienten der vorliegenden Studie durchschnittlich wesentlich geringeres Ersterkrankungsalter für Schizophrenien (F20) finden (Häfner et al., 1998; Häfner and an der, 1997).

In der HASBAP zeigte sich durch „Matching“ der Vergleichsgruppe von Patienten mit einer Schizophrenie (F20) mit der Studiengruppe der F23 Patienten allerdings kein Altersunterschied zwischen F20 und F23 (Marneros and Pillmann, 2004).

#### **5.4.2 Prognostischer Wert der Geschlechtszugehörigkeit**

Bisher konnte gezeigt werden, dass Frauen mit einer Schizophrenie ein günstigeres Outcome zu erwarten hatten als Männer (Leung and Chue, 2000). Hatte die Geschlechtszugehörigkeit aber auch bei Patienten mit AVPS einen prädiktiven Wert hinsichtlich zu erwartender Rezidive und dem zu erwartenden globalen und sozialen Funktionsniveau nach etwa fünf Jahren?

Wie sich zeigte, hatten in unserer Studie Frauen mit AVPS die Tendenz zu einer günstigeren Prognose bezüglich der Rezidivneigung und im sozialem Funktionsniveau und sogar ein signifikant höheres globales Funktionsniveau im Jahr vor Katamnese. Auch in einer weiteren Verlaufsstudie über AVPS aus Nottingham konnte die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht bei Patienten mit AVPS als ein signifikanter prognostischer Faktor für einen günstigeren Verlauf identifiziert werden (Singh et al., 2004). Angesichts der Tatsache, dass in den meisten bisherigen Studien der Frauenanteil bei den AVPS im Gegensatz zu unserer Studie überwiegt, und die Männer in der vorliegenden Studie zu schlechteren Ergebnissen in den Outcomeparametern neigten, hätten die durchschnittlichen Ergebnisse hinsichtlich des globalen Funktionsniveaus aber eigentlich schlechter ausfallen müssen als beispielsweise in der HASBAP mit einer deutlichen Mehrheit an Frauen im Studienkollektiv. Dies bestätigte sich aber beim direkten Vergleich der GAS Ergebnisse und der Rezidivwahrscheinlichkeit so nicht (Marneros et al., 2003a). Hierfür könnte aber beispielsweise die Bagatellisierungstendenz der Patienten in unserer Studie aufgrund des Telefoninterviews oder andere im Studiendesign der beiden Studien begründeten Unterschiede verantwortlich sein. In unserer Studie scheint sich also zu bestätigen, dass die Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht bei Patienten mit AVPS einen günstigeren Verlauf prognostizieren lässt.

#### **5.4.3 Prognostischer Wert der diagnostischen Untergruppen der AVPS**

Ein Umstand, der einen Unterschied hinsichtlich Verlauf und Outcome der AVPS Subgruppen erwarten ließe, liegt in der Abgrenzung der diagnostischen Untergruppen F23.1 und F23.2 mit Symptomen einer Schizophrenie zu der großen diagnostischen Kategorie der Schizophrenien (F20) gemäß der ICD-10 nur nach der Dauer der schizophrenen Symptome: Dauern diese länger als einen Monat, sollte die Diagnose bereits in Schizophrenie (F20) geändert werden. So unterscheiden sich insbesondere die schizophreniformen AVPS (F23.2) nach den Kriterien im ICD-10 nur in dieser Hinsicht von einer Schizophrenie (F20, ICD-10). Sollten sich also in der Untergruppe F23.2 die Kategorie der F23 (AVPS) mit der

Kategorie F20 der Schizophrenien überschneiden, ließen sich hinsichtlich Verlauf und Outcome Ergebnisse bei dieser Subgruppe erwarten, die deutlich schlechter als die der anderen F23 Untergruppen ausfallen müssten. Denn dass Patienten mit Schizophrenien im Vergleich zu denen mit AVPS ein deutlich geringeres globales Funktionsniveau im Verlauf entwickelten, hatten Marneros und auch Jorgensen in bisherigen Studien zeigen können (Jorgensen, 1994; Marneros et al., 2003b).

Was den Verlauf angeht, erlitten von den 26 Patienten der vorliegenden Studie mit einer „schizophreniformen“ AVPS (F23.2) fast zwei Drittel (65%) im Fünfjahreszeitraum Rückfälle und damit deutlich mehr als die der anderen großen Gruppen F23.0 und F23.1 mit 55% bzw. 50%. Der Unterschied war zwar statistisch nicht signifikant, aber dennoch könnte dieses Ergebnis auf eine Tendenz hinweisen, dass sich bei den schizophreniformen AVPS (F23.2) häufiger Rezidive ereigneten als bei den anderen Untergruppen der AVPS. Gemessen an den Ergebnissen von Marneros hatten die Patienten der „schizophreniformen“ AVPS (F23.2) unserer Studie zwar noch eine geringe Rückfallrate mit 65% gegenüber 73% der F23.2 in dessen HASBAP bei einem Durchschnitt von 76% für alle AVPS insgesamt und lagen sogar noch deutlich unter der dortigen Vergleichsgruppe der Schizophrenien mit 76% (Marneros et al., 2003b). Bei Marneros unterscheidet sich damit die Rezidivrate der F23.2 im Gegensatz zu unserer Studie vom Gesamtdurchschnitt der AVPS und auch der Vergleichsgruppe mit Schizophrenien (F20) nicht wesentlich.

Ob dieser Unterschied im Studiendesign, den Patientenzahlen oder der unterschiedlichen Methodik der Datenerhebung beider Studien lag, kann nur gemutmaßt werden. Sonst fanden sich in den bisherigen Arbeiten über AVPS keine Darstellungen über die Rezidivraten der verschiedenen Subgruppen der AVPS, die einen Vergleich mit unseren Ergebnissen ermöglichten.

Es folgt die Erörterung der Subgruppenunterschiede der AVPS hinsichtlich der Outcomeparameter, globales und soziales Funktionsniveau: Die Durchschnittswerte sowohl im maximalen globalen Funktionsniveau als auch im minimalen globalen Funktionsniveau der einzelnen diagnostischen Untergruppen lagen ohne statistisch signifikante Unterschiede eng gestreut um den Durchschnittswert aller Patienten insgesamt. Und auch hier zeigte der Vergleich mit den durchschnittlichen Werten der Patienten mit AVPS in der HASBAP keine deutlichen Abweichungen (83,0 – 86,2 vs. 81,7) (Marneros et al., 2003a). Auffallend ist aber, dass die schizophreniformen AVPS innerhalb der drei größten Untergruppen das geringste globale Funktionsniveau erreichten, was auf die tendenzielle Nähe dieser Untergruppe zur Kategorie der Schizophrenien (F20) hinweisen könnte.

Was das soziale Funktionsniveau anging, so gab es hinsichtlich der Werte in der „short Disability Assessment Schedule“ (DAS-S) keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den diagnostischen Untergruppen der AVPS. Auch ein tendenziell ungünstiger Verlauf der schizophreniformen AVPS (F23.2) innerhalb der drei größten Untergruppen zeigte sich hier nicht, wie das beim globalen Funktionsniveau der Fall war. Der Vergleich des sozialen Funktionsniveaus der einzelnen AVPS Untergruppen in Form von DAS-S unserer Studie mit bisherigen Arbeiten war nicht möglich, da dieses Messinstrument dort nicht zur Anwendung kam.

Es zeigte sich also zwischen den diagnostischen Untergruppen der AVPS F23.0 bis F23.8/9 zwar kein statistisch signifikanter Unterschied hinsichtlich der Häufigkeit von Rückfällen im Fünfjahreszeitraum und dem globalen bzw. sozialen Funktionsniveau, jedoch deutete sich an, dass die Gruppe der schizophreniformen AVPS (F23.2) und der vorwiegend wahnhaften AVPS (F23.3) tendenziell einen ungünstigeren Verlauf als die anderen Untergruppen hinsichtlich Rezidiven und globalem Funktionsniveau zeigten und damit die Subgruppenzugehörigkeit prognostisch relevant sein könnte. Diese Hypothese wurde von den Ergebnissen der HASBAP Studie gestützt, in der für schizophreniforme AVPS (F23.2) auch ein schlechter ausfallendes globales und soziales Funktionsniveau als für die anderen Gruppen der AVPS gezeigt werden konnte (Marneros and Pillmann, 2004).

#### **5.4.4 Prognostischer Wert der Ersthospitalisationsdauer**

Im ICD-10 werden für einzelnen Untergruppen der AVPS genaue Angaben zur Höchstdauer der Symptomatik gemacht und so dürfen die schizophrenen Symptome der polymorphen AVPS mit Symptomen einer Schizophrenie (F23.1) und der schizophreniformen AVPS (F23.2) nur maximal einen Monat dauern, sonst muss die Diagnose in eine Schizophrenie (F20) geändert werden. Das gleiche gilt für die Abgrenzung der beiden Gruppen F23.0 und F23.3 zu den Kategorien F22 (anhaltende wahnhafte Störung) und F28 (andere nicht organische psychotische Störung), wenn deren Leitsymptome einen Zeitraum von drei Monaten überschreiten (WHO, 1992).

Die Abgrenzung einzelner Untergruppen der AVPS zu anderen großen diagnostischen Kategorien der ICD-10 erfolgt also seitens der AVPS allein nach der Dauer der Episode und entsprechend müsste die jeweilige Dauer einer Krankheitsepisode mit AVPS auch mit deren Outcomeparametern korrelieren, wenn man davon ausgeht, dass sich angrenzende diagnostische Kategorien, F20, F22, F28 hinsichtlich der Verlaufs- und Outcomeparameter von den AVPS unterscheiden. Bereits Marneros et al. und auch Jorgensen et al. konnten

zeigen, dass Patienten mit Schizophrenien (F20) bzw. anhaltenden wahnhaften Störungen (F22) im Vergleich zu AVPS Patienten ein deutlich schlechteres globales Funktionsniveau gemessen im GAF bzw. GAS nach etwa 8- bzw. 5- jährigem Verlauf erreichten (Jorgensen, 1994; Marneros and Pillmann, 2004).

Vor diesem Hintergrund wurde in unserer Studie die stationäre Aufenthaltsdauer auf ihre prädiktive Relevanz für Verlaufparameter (Rezidive) bzw. Outcomeparameter (DAS-S und GAS) hin untersucht: Aber es gab weder zwischen Patienten mit und solchen ohne Rezidiv im Beobachtungszeitraum noch zwischen Patienten mit günstigem sozialen Funktionsniveau und solchen mit ungünstigem Funktionsniveau zum Messzeitpunkt statistisch signifikante Unterschiede hinsichtlich der jeweiligen stationären Aufenthaltsdauer der Patienten während der Indexperiode.

Ebenso konnte auch keine Korrelation zwischen der Dauer des stationären Erstaufenthalts der Patienten und dem maximalen wie minimalen globalen Funktionsniveau (GAS) bei Katamnese gefunden werden. Dieses Ergebnis ist insofern überraschend, als eigentlich zu erwarten wäre, dass Patienten mit AVPS der Kategorie F23.1 und F23.2 und einer Dauer der Symptomatik am oberen Limit der definitionsgemäßen Dauer von 1 Monat, zumindest tendenziell ein ungünstigeres Outcome im GAS und DAS-S zeigen würden. Denn alleine beim Kriterium der zeitlichen Dauer zieht hier der ICD-10 die Grenze zur Kategorie der Schizophrenien und man könnte erwarten, dass zumindest einige Patienten mit Schizophrenie (F20) so in die diagnostische Kategorie F23 fallen und dann auch in den Outcomekriterien GAS und DAS-S in Richtung Schizophrenie weisen würden.

#### **5.4.5 Prognostischer Wert des globalen Funktionsniveaus bei der Ersthospitalisation**

Das globale Funktionsniveau der untersuchten Patienten ließ am Anfang und Ende der Ersthospitalisation keine prognostischen Aussagen zu späteren Rezidiven oder dem zu erwartenden sozialen und globalen Funktionsniveau der untersuchten AVPS Patienten bei Katamnese zu.

Dies war insofern nicht überraschend, als alle Patienten der Studie das zeitliche Kriterium der vollen Rekonvaleszenz innerhalb von ein bis drei Monaten für AVPS erfüllten, womit entsprechend hohe GAS Werte bei Entlassung nach ihrer ersten Hospitalisation entsprechend den operationalisierten Kriterien des ICD-10 verbunden waren (WHO, 1992). Auch der Schweregrad der Symptomatik und damit der Grad an globaler

Funktionseinschränkung zu Beginn der Erkrankung sagte möglicherweise nur etwas darüber aus, in welcher Phase der Erkrankung der Patient hospitalisiert wurde und dass die Symptomatik schwerwiegend genug war, um zu einer Hospitalisation zu führen, als über den zu erwartenden Verlauf oder die Prognose der Erkrankung.

#### **5.4.6 Prognostischer Wert der Strauss-Carpenter-Scale**

Mit der Strauss-Carpenter Prognoseskala ließen sich Patienten mit einer AVPS mit langfristig ungünstigem Verlauf schon bei der Indexperiode identifizieren und sie hatte damit einen prädiktiven Wert für den weiteren Verlauf der Erkrankung: Je höher der Gesamtwert dieser Skala bei der Indexperiode war, um so geringer fiel tendenziell der maximal erreichte GAS Wert aus.

Eine ähnliche Korrelation zwischen dem Gesamtscore der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter der Indexperiode und dem maximalen globalen Funktionsniveau gemessen im GAS nach 5 bis 8 Jahren zeigte sich auch in einer vergleichenden Outcomestudie bei Patienten mit Schizophrenie, affektiven und schizoaffektiven Störungen (Möller et al., 1988): Auch hier ließen sich mit Hilfe der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter Patienten mit Schizophrenien bereits bei deren Ersthospitalisation differenzieren in solche mit einer guten bzw. jene mit einer schlechten Prognose gemessen am globalen Funktionsniveau der Patienten 5 bis 8 Jahre später. Zwar handelte es sich in dieser Studie um Diagnosen der ICD-8, aber die Tatsache, dass sich in der genannten wie in der vorliegenden Studie Patienten mit einer ungünstigen Prognose durch die Prognoseskala nach Strauss-Carpenter identifizieren ließen, könnte einen Hinweis darauf geben, dass es sich dabei auch um die gleiche diagnostische Kategorie im Sinne einer Schizophrenie (F20) handelte.

Jäger et al. konnten bereits zeigen, dass in der ICD-10 gegenüber der ICD-9 durch Operationalisierung der Diagnostik die Kategorie F20 zwar insofern enger gefasst wurde, als dort nun mehr Patienten mit ungünstigem Krankheitsverlauf zu finden waren als im ICD-9 (Jäger et al., 2003a). Aber das könnte andererseits heißen, dass nun in den an die Schizophrenien (F20) angrenzenden diagnostischen Kategorien des ICD 10, wie den AVPS, wieder vermehrt Patienten mit ungünstigem Verlauf zu finden waren, die eher den Verlaufskriterien einer Schizophrenie entsprachen. Und diese Vermutung drängte sich angesichts des prädiktiven Wertes der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter in unserer Studie und der Vergleichsstudie von Möller et al. auf (Möller et al., 1988). Zudem spräche dafür die diagnostische Nähe, die sich durch die zeitlichen Kriterien der ICD-10 für F23 und F20 ergibt, worauf auch Susser et. al. hinweisen (Susser et al., 1998).

Einen prognostischen Wert hatte der Gesamtscore der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter auch für das spätere soziale Funktionsniveau gemessen in der DAS-S Skala, denn im Gesamtscore der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter unterschieden sich die Patienten mit einem schlechten sozialen Funktionsniveau nach dem Fünfjahreszeitraum von den Patienten mit einem günstigen sozialen Funktionsniveau statistisch hoch signifikant. Hierzu gab es aufgrund der seltenen Verwendung der Kurzform der DAS-S keine direkten Vergleichsmöglichkeiten mit der Literatur. Jedoch hat sich die Strauss-Carpenter Skala in bisherigen Studien als multidimensionales Messinstrument für das globale Funktionsniveau sowie andere Outcomeparameter als prognostisch aussagekräftig erwiesen (Möller et al., 1986; Möller et al., 1988) und so überraschte ihr prädiktiver Wert auch hinsichtlich des DAS-S in der vorliegenden Studie nicht.

Für das geringste globale Funktionsniveau (GAS min) konnte dagegen keine Korrelation nachgewiesen werden, was sich dadurch erklären würde, dass auch Patienten mit einem relativ geringem Gesamtscore in der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter bei der Indexperiode, also mit einer guten Prognose, im Rahmen eines Rezidiv vorübergehend ein geringes Funktionsniveau im letzten Jahr hatten und damit kurzfristig ein ebenso geringes oder vorübergehend sogar einen geringeren Wert im GAS aufwiesen, als Patienten mit einem dauerhaft geringen Funktionsniveau. Patienten mit einem dauerhaft schlechten globalen Funktionsniveau unterschieden sich also von solchen mit einem vorübergehend schlechten globalen Funktionsniveau im minimalen GAS des letzten Katamnesejahres nicht. Damit übereinstimmend war auch zwischen Patienten mit Rezidiven und solchen ohne Rezidive im Fünfjahreszeitraum nach der Indexperiode kein Unterschied hinsichtlich der Durchschnittswerte im Gesamtscore der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter zu finden, denn allein hinsichtlich des Kriteriums „Rezidiv“ unterschieden sich die untersuchten Patienten mit einem deutlich ungünstigen Langzeitverlauf auch nicht von solchen mit einem günstigen, da auch bei günstig verlaufenden AVPS Rezidive vorkamen.

Letztlich könnte die prognostische Relevanz der Prognose Skala nach Strauss-Carpenter in der vorliegenden Studie einen Hinweis dafür geben, dass ein kleiner Teil der AVPS eher Charakteristika einer Schizophrenie mit einem langfristig ungünstigen Verlauf und andauernden, schwerwiegenden Beeinträchtigungen des sozialen und globalen Funktionsniveaus zeigen.

#### **5.4.7 Prognostischer Wert der psychopathologischen Symptomatik (AMDP-Syndrome)**

Es konnte gezeigt werden, dass mit zunehmender Ausprägung des paranoid-halluzinatorischen Syndroms zu Beginn der Ersthospitalisation der untersuchten Patienten die Wahrscheinlichkeit für einen Rückfall während der folgenden fünf Jahre stieg. Dies wurde durch die schwach umgekehrte Korrelation des paranoid-halluzinatorischen Syndroms bei Aufnahme zum geringsten globalen Funktionsniveau im letzten Jahr vor Katamnese untermauert. Denn ein Rezidiv im letzten Jahr zeigte sich an einem geringen minimalen GAS Wert in Verbindung mit einem hohen maximalen GAS Wert.

Damit lag mit dem paranoid-halluzinatorischen Syndrom bei Ersthospitalisation möglicherweise ein prognostisches Mittel vor zur Vorhersage von Rezidiven im weiteren Verlauf bei Patienten mit der Diagnose AVPS. Hingegen ließ sich anhand des paranoid-halluzinatorischen Syndroms bei der Indexperiode zwischen Patienten mit einem später günstigen und solchen mit einem ungünstigen globalen und sozialen Funktionsniveau nicht unterscheiden. Dies mag zunächst vielleicht nicht ganz einleuchten, da ungünstigere Verläufe bezüglich des Outcome grundsätzlich auch mit Rückfällen verbunden waren und umgekehrt natürlich kein ungünstiges Outcome vorstellbar war ohne Rückfall nach Vollremission.

Aber trotz fehlender direkter Vergleichsmöglichkeiten mit der gegenwärtigen Literatur korrelierten diese Ergebnisse mit einer bisherigen Studie vor dem Hintergrund der These, dass sich hinter den wenigen ungünstig verlaufenden AVPS doch eine Schizophrenie verbergen könnte: So zeigten Jäger et al., dass sich Patienten mit der Diagnose AVPS (F23) im Ausprägungsgrad des paranoid-halluzinatorischen Syndroms bei der stationären Aufnahme von den Patienten mit einer Schizophrenie (F20) oder einer anhaltenden wahnhaften Störung (F22) kaum unterschieden und darin also auch kein Unterscheidungsmerkmal für verschiedene psychotische Erkrankungen mit unterschiedlichem Outcome zu erwarten war (Jäger et al., 2003b).

Im Negativsyndrom wiederum zeigte sich ein deutlicher prädiktiver Wert für die untersuchten Outcomeparameter, DAS-S und GAS bei der Indexepisode unseres Kollektivs: Die Patienten mit einem stärker ausgeprägten Negativsyndrom am Ende Ihrer Ersthospitalisation, tendierten signifikant häufiger zu dauerhaften Einbußen in ihrem globalen und sozialen Funktionsniveau und damit zu einem schlechteren Langzeitverlauf. Selbst für den Wert bei Klinikaufnahme deutete sich diese Tendenz hinsichtlich des sozialen Funktionsniveaus an.



Angesichts der signifikanten Unterschiede im Negativsyndrom zwischen Patienten mit AVPS (F23) und Patienten mit einer Schizophrenie (F20) bei Aufnahme und Entlassung in einer Studie von Jäger et al. könnten die obigen Ergebnisse auch darauf hinweisen, dass es sich in der vorliegenden Studie bei den AVPS Patienten mit schlechtem Langzeitverlauf möglicherweise doch um eine psychotische Erkrankungen handelte, die typische Charakteristika einer Schizophrenie zeigten. Denn in der genannten Studie lagen die Durchschnittswerte im Negativsyndrom von Patienten der Kategorie F25 und F22 auf ähnlichem Niveau wie bei den AVPS (F23), allerdings signifikant unter dem der Schizophrenien (Jäger et al., 2003a). Aber auf vergleichbarem Niveau im Negativsyndrom wie die dort untersuchten Patienten mit einer Schizophrenie lagen unsere AVPS Patienten mit ungünstigem Verlauf.

Für die Nähe dieser ungünstig verlaufenden AVPS zu Schizophrenien spricht auch, dass in einer Langzeitstudie von Möller et al. eine ausgeprägte Negativsymptomatik allein für den Verlauf von Schizophrenien und nicht für schizoaffektive oder affektive Psychosen hinsichtlich des Outcomeparameter GAS nach 15 Jahren einen prognostischen Wert zeigte (Möller et al., 2000). Zwar handelte es sich in der genannten Arbeit um Diagnosen der ICD-9, aber wie sich in einer vergleichenden Untersuchung zwischen ICD-9 und ICD-10 zeigte, sind die diagnostischen Kategorien Schizophrenien und der affektiven Psychosen beider Systeme besonders hinsichtlich des Negativsyndroms (AMDP) sehr gut miteinander vergleichbar (Jäger et al., 2003b).

Ein weiterer prognostischer Wert für die untersuchten Outcomeparameter zeigte sich im depressiven Syndrom bei Ersthospitalisation des Kollektivs. Patienten, die besonders am Ende Ihrer Ersthospitalisation ein stärker ausgeprägtes depressives Syndrom zeigten, tendierten deutlich mehr zu einem dauerhaften Verlust an sozialem Funktionsniveau und damit zu einem schlechteren Langzeitverlauf, als AVPS Patienten mit einem geringer ausgeprägten depressiven Syndrom. Und auch für das soziale Funktionsniveau bei Aufnahme sowie das globale Funktionsniveau bei Entlassung deutete sich diese Tendenz an.

Zusammenfassend lässt sich sagen, dass im Negativsyndrom sowie im depressiven Syndrom des AMDP Systems für Patienten mit AVPS bereits während der Ersthospitalisation Parameter zur Verfügung stehen, die nicht nur eine Prognose zuzulassen scheinen bezüglich dem Verlauf und Outcome der Erkrankung, sondern möglicherweise auch Hinweise geben für einen nahe liegenden Diagnosewechsel zur Schizophrenie.

## 5.5 Schlussfolgerung

Die Beweiskraft dieser Studie ist zwar limitiert, da es sich um naturalistische Verläufe bei den untersuchten AVPS Patienten handelte, also nicht berücksichtigt wurde, ob und wie lange die Patienten unter psychopharmakologischer Medikation während des Index- oder im gesamten Follow-up Zeitraum waren. Damit wurde auch nicht erfasst, ob sich zum Beispiel Remissionen innerhalb des definitionsgemäßen Zeitrahmens für AVPS nach ICD-10 von 1 oder 3 Monaten mit oder ohne Medikation ereignet hatten oder inwieweit auch eine Dauermedikation oder zeitweilige Medikation mit Psychopharmaka einen Einfluss auf den jeweiligen Verlauf hatte. Außerdem erfolgte die Datenerhebung bei Katamnese nicht im Rahmen der persönlichen Begegnung mit dem Untersucher und letztlich gab es keine Vergleichsgruppen, was weitere Fehlerquellen bergen mag.

Die Ergebnisse dieser Studie sind also nicht ganz ohne Vorbehalt zu sehen, aber trotzdem zeigte sich in Übereinstimmung mit bisherigen Studien, dass es sich bei den untersuchten AVPS zum großen Teil um vollremittierende, vorübergehende psychotische Erkrankungen handelte, die trotz Rezidiven auch nach einem durchschnittlichen Fünfjahreszeitraum im Sinne der ICD-10 ein günstiges Outcome hatten. Dies wurde im hohen globalen und sozialen Funktionsniveau des letzten Beobachtungsjahres erkennbar.

Es gab aber andererseits eine kleine Gruppe von Patienten, die einen sehr ungünstigen Verlauf mit dauerhaften Beeinträchtigungen im globalen und sozialen Funktionsniveau durch anhaltende psychotische Symptome zeigten, wie das auch in der ICD-10 der WHO beschrieben wurde. Hier erreichten die operationalisierten Kriterien der ICD-10 für akute vorübergehende psychotische Störungen (F23) bei der Anwendung im klinischen Alltag also nicht ganz das Ziel, in der neu geschaffenen Kategorie ausschließlich Patienten mit günstiger Prognose im Sinne der historischen Vorläufer zu vereinen und diese zu diagnostischen Kategorien mit ungünstigem Verlauf und Outcome, insbesondere den Schizophrenien (F20), abzugrenzen.

Auch die prognostische Relevanz des Negativsyndroms, des depressiven Syndroms und der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter zur Erkennung dieser Gruppe von AVPS Patienten mit einem ungünstigen Verlauf schon bei der Indexperiode, wies auf deutliche Parallelen zu Erkrankungen der Kategorie „Schizophrenie“ (F20, ICD-10) vor dem Hintergrund der Ergebnisse der oben genannten Arbeiten hin. Dabei war die Tendenz eigentlich nicht so überraschend, angesichts der Tatsache, dass im ICD-10 im Falle der Untergruppen F23.1 und F23.2 allein die zeitliche Dauer der Symptomatik von einem Monat das einzige Kriterium für die Abgrenzung zur Schizophrenie (F20) darstellt.

Auch wenn aufgrund des Studiendesigns zum Diagnosewechsel unserer Patienten im weiteren Verlauf wegen der nur lückenhaften Informationen keine Aussagen gemacht werden konnten, ist aus obigen Gründen davon auszugehen, dass es besonders bei den Patienten mit einem ausgesprochen schlechten globalen und sozialen Funktionsniveau bei Katamnese zu einem Diagnosewechsel zur Schizophrenie gekommen war.

Im übrigen war ein Diagnosewechsel auch trotz eines im Verlauf anhaltend hohen globalen und sozialen Funktionsniveaus, das sicher nicht spezifisch für AVPS war, bei einem weiteren Teil der Patienten wahrscheinlich, denn auch in anderen Kategorien der funktionellen Psychosen waren diese auf vergleichbar hohem Level im Verlauf geblieben. Dies konnte in der HASBAP für die Vergleichsgruppe der bipolaren schizoaffektiven Psychosen oder bei Singh et. al für die Vergleichsgruppe einer „Affektiven Psychose“ gezeigt werden (Marneros and Pillmann, 2004; Singh et al., 2004). Außerdem wiesen viele der bisherigen Studien zu AVPS im Verlauf eine diagnostische Instabilität von mindestens 50% mit Diagnosewechseln zu den Schizophrenien, affektiven oder schizoaffektiven Psychosen nach (Amin et al., 1999; Jorgensen et al., 1997; Marneros and Pillmann, 2004; Singh et al., 2004).

Die AVPS scheinen also entsprechend unserer Studie einerseits eine Gruppe von psychotischen Erkrankungen zu erfassen, die durchaus zum Großteil eine günstige Prognose haben und auch zu einem bestimmten Teil AVPS im eigentlichen Sinn als eigene diagnostische Kategorie sind. Zu einem anderen Teil bestehen sie vermutlich aber auch aus einer heterogenen Gruppe von günstig verlaufenden anderen diagnostischen Kategorien, wie affektiven oder schizoaffektiven Psychosen.

Insgesamt erreicht die operationale Diagnostik der ICD-10 zu den AVPS ihr Ziel, kurze, vorübergehende psychotische Störungen mit günstigem Verlauf zu erfassen. Inwieweit sich dabei die Unterscheidung der AVPS in die bestehenden Untergruppen bewähren wird, werden noch weitere Studien zeigen müssen. In jedem Fall ließ sich in unserer Studie mit Diagnosen aus dem klinischen Alltag bis auf eine vage angedeutete Tendenz zu einer schlechteren Prognose bei den schizophreniformen AVPS (F23.2) kein Unterschied der verschiedenen diagnostischen Untergruppen hinsichtlich dem Verlauf oder Outcome erkennen. Und das bedeutet andererseits auch, dass die diagnostischen Leitlinien mit der Unterteilung in die Untergruppen dazu beitragen, obigen Zweck zu erfüllen.

Entscheidend, da für die Patienten besonders folgenschwer, dürfte aber sein, die Erkrankungen mit schlechter Prognose im weiteren Verlauf von den restlichen, mit einem günstigen Verlauf, abgrenzen zu können. Möglicherweise ließen sich dazu aus den 14 Kriterien der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter weitere operationalisierbare Kriterien

für eine modifizierte Version der Diagnostik im ICD-10, zur besseren Abgrenzung der AVPS gegenüber der Schizophrenie F20, destillieren. Oder aber die Prognoseskala wird grundsätzlich als differentialdiagnostisches Instrument bei ersthospitalisierten Patienten mit AVPS zur Abgrenzung von Schizophrenien angewandt. Dasselbe könnte mit dem prognostisch relevanten depressiven Syndrom und dem Negativsyndrom des AMDP Systems erreicht werden.

## 6. Zusammenfassung

Ziel der vorliegenden naturalistischen Follow-up Studie war es, Informationen über Outcome und Verlauf von akuten vorübergehenden psychotischen Störungen (AVPS), einer im ICD-10 als F23 neu geschaffenen Diagnosekategorie, zu bekommen. Über AVPS hatte es bisher nur wenige Verlaufsstudien gegeben.

Dazu wurden im Rahmen der Münchner Katamnesestudie alle zwischen dem 1.1.1995 und dem 31.12.1999 ersthospitalisierten Patienten mit der Diagnose AVPS (ICD-10) aus dem Krankenblattarchiv der Klinik ermittelt und dann zwischen Juli und September 2002 über den Verlauf ihrer zurückliegenden Erkrankung telefonisch interviewt. In einem halbstandardisierten Gespräch wurden die Häufigkeit und Dauer von Rezidiven, die Beeinträchtigung des sozialen Funktionsniveaus sowie das maximale bzw. minimale globale Funktionsniveau im zurückliegenden Jahr ermittelt. Dabei kamen die „Global Assessment Scale“ (GAS) und die kurze Version der „Disability Assessment Scale“ (DAS-S) zur Anwendung. Die Ergebnisse sollten Aufschluss darüber geben, ob die im ICD-10 neu geschaffene Diagnosegruppe tatsächlich ihr Ziel erfüllte, nämlich kurze psychotische Störungen mit günstigem Outcome zu erfassen.

Eine Anzahl von 94 Patienten waren mit AVPS (ICD-10: F23) im genannten Zeitraum ersthospitalisiert worden. Von diesen konnten 73 Patienten nachuntersucht werden. Damit lagen Katamnesedaten für 78% der Patienten des Ausgangskollektivs vor. Die 94 Patienten mit AVPS (F23, ICD-10) machten einen Anteil von 7,9% an allen ersthospitalisierten Patienten mit einer nicht-affektiven funktionellen Psychose aus.

Tatsächlich zeigte sich bei der überwiegenden Mehrheit der Patienten nach durchschnittlich 5 Jahren ein günstiger Verlauf mit nur geringer Beeinträchtigung des globalen und sozialen Funktionsniveaus und einer Rezidivrate von insgesamt 58% (n=42) im Beobachtungszeitraum.

Bei einigen Patienten (12%) nahm die Erkrankung aber einen sehr ungünstigen Verlauf mit dauerhaften Beeinträchtigungen, sowie das auch im ICD-10 eingeräumt wird. Dies zeigte sich an einem konstant geringen globalen Funktionsniveau (GAS < 60) bei 11 Patienten (15%) und an einer ausgeprägten sozialen Funktionsbeschränkung bei 8 Patienten (11%) im letzten Jahr vor der Follow-up Untersuchung.

Hier reichten die operationalisierten Kriterien des ICD-10 offensichtlich nicht ganz aus, um akute vorübergehende psychotische Störungen (ICD-10: F23) von anderen psychotischen Erkrankungen mit erheblich ungünstigerem Verlauf, wie beispielsweise den Schizophrenien (ICD-10: F20), abzugrenzen. Daher wurden anschließend soziodemographische und psychopathologische Merkmale der Patienten aus der ersten Erkrankungsphase daraufhin untersucht, ob diese einen prognostischen Wert für einen günstigen oder ungünstigen Verlauf gemessen an der Rezidivhäufigkeit insgesamt und dem globalen sowie sozialen Funktionsniveau hatten.

Als prognostisch relevant mit statistischer Signifikanz für einen ungünstigen Verlauf zeigten sich ein ausgeprägtes Negativsyndrom und ein ausgeprägtes depressives Syndrom des AMDP Systems am Ende der Ersthospitalisation, sowie ein erhöhter Gesamtscore in der Prognoseskala nach Strauss-Carpenter. Außerdem tendierten Männer eher zu einem ungünstigeren Verlauf als Frauen. Keinen prädiktiven Wert hatte jedoch die Zugehörigkeit zu einer der diagnostischen Untergruppen der AVPS.

Damit ließen sich im Literaturvergleich deutliche Parallelen zwischen den ungünstig verlaufenden AVPS und Erkrankungen der Kategorie der Schizophrenien (F20, ICD-10) ziehen und es bestätigte sich auch in der vorliegenden Studie die oft beschriebene Heterogenität der akuten vorübergehenden psychotischen Störungen in den wenigen bisherigen Verlaufsstudien.

Ein derartig divergierendes Spektrum an Verläufen impliziert letztlich die Forderung nach einer Modifikation der operationalisierten Kriterien im ICD-10, um eine bessere Eingrenzung der AVPS auf solche psychotische Störungen mit einem günstigen Verlauf zu erreichen.

## 7. Literaturverzeichnis

1. Amin S, Singh SP, Brewin J, Jones PB, Medley I and Harrison G (1999) Diagnostic stability of first-episode psychosis. Comparison of ICD-10 and DSM-III-R systems. *Br J Psychiatry* 175: 537-543.
2. Angst J, Stassen HH and Woggon B (1989) Effect of neuroleptics on positive and negative symptoms and the deficit state. *Psychopharmacology (Berl)* 99 Suppl: S41-S46.
3. APA (1987) *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, ed 3 revised (DSM-III-R)*. American Psychiatric Association, Washington.
4. Bobon D (1983) Foreign adaptations of the AMDP System. In: Bobon D., Baumann U., Angst J, Helmchen H., Hippus H. (Hrsg.): *AMDP System in Pharmacopsychiatrie*. Karger, Basel.
5. Carpenter WT, Jr. and Strauss JS (1991) The prediction of outcome in schizophrenia. IV: Eleven-year follow-up of the Washington IPSS cohort. *J Nerv Ment Dis* 179: 517-525.
6. Cording C (1998): Conceptual aspects in the development and implementation of basic psychiatric documentation. *Psychiatr Prax* 25: 175-178
7. Das SK, Malhotra S and Basu D (1999) Family study of acute and transient psychotic disorders: comparison with schizophrenia. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 34: 328-332.
8. Das SK, Malhotra S, Basu D and Malhotra R (2001) Testing the stress-vulnerability hypothesis in ICD-10-diagnosed acute and transient psychotic disorders. *Acta Psychiatr Scand* 104: 56-58.
9. Dilling H, Schulte-Markwort E and Freyberger HJ (1994) Von der ICD-9 zur ICD-10. Zur Einführung der operationalisierten Diagnosesysteme in den psychiatrischen Alltag. In: *Von der ICD-9 zur ICD-10: Neue Ansätze der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Jugendpsychiatrie*. 1. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern.

10. Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL and Cohen J (1976) The global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry* 33: 766-771.
11. Goldman HH, Skodol AE and Lave TR (1992) Revising axis V for DSM-IV: a review of measures of social functioning. *Am J Psychiatry* 149: 1148-1156.
12. Häfner H and an der HW (1997) Epidemiology of schizophrenia. *Can J Psychiatry* 42: 139-151.
13. Häfner H, an der HW, Behrens S, Gattaz WF, Hambrecht M, Loffler W, Maurer K, Munk-Jorgensen P, Nowotny B, Riecher-Rossler A and Stein A (1998) Causes and consequences of the gender difference in age at onset of schizophrenia. *Schizophr Bull* 24: 99-113.
14. Healy D, Savage M, Michael P, Harris M, Hirst D, Carter M, Cattell D, McMonagle T, Sohler N and Susser E (2001) Psychiatric bed utilization: 1896 and 1996 compared. *Psychol Med* 31: 779-790.
15. Jablensky A (2001) Classification of nonschizophrenic psychotic disorders: a historical perspective. *Curr Psychiatry Rep* 3: 326-331.
16. Jäger M, Bottlender R, Strauss A and Möller HJ (2003a) On the descriptive validity of ICD-10 schizophrenia: empirical analyses in the spectrum of non-affective functional psychoses. *Psychopathology* 36: 152-159.
17. Jäger M, Bottlender R, Wegner U, Strauss A and Möller HJ (2003b) [Diagnoseverschiebung der funktionellen Psychosen beim Übergang von der ICD-9 zur ICD-10]. *Nervenarzt* 74: 420-427.
18. Janca A, Kastrup M, Katschnig H, Lopez-Ibor JJ, Jr., Mezzich JE and Sartorius N (1996) The World Health Organization Short Disability Assessment Schedule (WHO DAS-S): a tool for the assessment of difficulties in selected areas of functioning of patients with mental disorders. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* 31: 349-354.
19. Jorgensen P (1994) Course and outcome in delusional disorders. *Psychopathology* 27: 79-88.



20. Jorgensen P (1995) Comparative outcome of first-admission patients with delusional beliefs. *Eur Psychiatry* 10: 276-281.
21. Jorgensen P, Bennedsen B, Christensen J and Hyllested A (1997) Acute and transient psychotic disorder: a 1-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 96: 150-154.
22. Kasanin J (1994) The acute schizoaffective psychoses. 1933. *Am J Psychiatry* 13: 97-126.
23. Kraepelin E (1899) *Psychiatrie. Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte*. Barth, 6. Aufl. Leipzig.
24. Kraepelin E (1920) Die Erscheinungsformen des Irreseins. *Z ges Neurol Psychiat* 51: 224-246.
25. Lange W, Munk-Jorgensen P, Bertelsen A, Schurmann A, Michels R, Malchow CP and Dilling H (2002) Comparison of psychiatric ICD-10 diagnoses in Denmark and Germany. *Psychopathology* 35: 36-47.
26. Langfeld G (1939) *The schizophreniform states*. Munksgaard, Copenhagen.
27. Leonhard K (1957) *Die Aufteilung der endogenen Psychosen*. Berlin.
28. Leung A and Chue P (2000) Sex differences in schizophrenia, a review of the literature. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 401: 3-38.
29. Marneros A and Pillmann F (2004) *Acute and Transient Psychosis*. Cambridge University Press, Cambridge.
30. Marneros A, Pillmann F, Haring A and Balzuweit S (2000) [Die akuten vorübergehenden psychotischen Störungen]. *Fortschr Neurol Psychiatr* 68 Suppl 1: S22-S25.
31. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S and Bloink R (2002) The relation of "acute and transient psychotic disorder" (ICD-10 F23) to bipolar schizoaffective disorder. *J Psychiatr Res* 36: 165-171.
32. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S and Bloink R (2003a) Features of acute and transient psychotic disorders. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci* 253: 167-174.

33. Marneros A, Pillmann F, Haring A, Balzuweit S and Bloink R (2003b) What is schizophrenic in acute and transient psychotic disorder? *Schizophr Bull* 29: 311-323.
34. Mennuck M, Legault S, Schmidt P and Remington G (1989) The nosologic status of the remitting atypical psychoses. *Compr Psychiatry* 30: 53-73.
35. Möller HJ, Bottlender R, Wegner U, Wittmann J and Strauss A (2000) Long-term course of schizophrenic, affective and schizoaffective psychosis: focus on negative symptoms and their impact on global indicators of outcome. *Acta Psychiatr Scand Suppl* 54-57.
36. Möller HJ, Schmid-Bode W, Cording-Tommel C, Wittchen HU, Zaudig M and von Zerssen D (1988) Psychopathological and social outcome in schizophrenia versus affective/schizoaffective psychoses and prediction of poor outcome in schizophrenia. Results from a 5-8 year follow-up. *Acta Psychiatr Scand* 77: 379-389.
37. Möller HJ, Schmid-Bode W and von Zerssen D (1986) Prediction of long-term outcome in schizophrenia by prognostic scales. *Schizophr Bull* 12: 225-234.
38. Pietzcker A, Gebhardt R, Strauss A, Stockel M, Langer C and Freudenthal K (1983) The syndrome scales in the AMDP-System. *Mod Probl Pharmacopsychiatry* 20: 88-99.
39. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Bloink R and Marneros A (2001) Concordance of acute and transient psychoses and cycloid psychoses. *Psychopathology* 34: 305-311.
40. Pillmann F, Haring A, Balzuweit S, Bloink R and Marneros A (2002) The concordance of ICD-10 acute and transient psychosis and DSM-IV brief psychotic disorder. *Psychol Med* 32: 525-533.
41. Rigatelli M, Casolari L, Massari I and Ferrari S (2001) A follow-up study of psychiatric consultations in the general hospital: What happens to patients after discharge? *Psychother Psychosom* 70: 276-282.
42. Sajith SG, Chandrasekaran R, Sadanandan Unni KE and Sahai A (2002) Acute polymorphic psychotic disorder: diagnostic stability over 3 years. *Acta Psychiatr Scand* 105: 104-109.

43. Sartorius N, Ustun TB, Korten A, Cooper JE and van Drimmelen J (1995) Progress toward achieving a common language in psychiatry, II: Results from the international field trials of the ICD-10 diagnostic criteria for research for mental and behavioral disorders. *Am J Psychiatry* 152: 1427-1437.
44. Simon GE, Katon WJ, VonKorff M, Unutzer J, Lin EH, Walker EA, Bush T, Rutter C and Ludman E (2001) Cost-effectiveness of a collaborative care program for primary care patients with persistent depression. *Am J Psychiatry* 158: 1638-1644.
45. Singh SP, Burns T, Amin S, Jones PB and Harrison G (2004) Acute and transient psychotic disorders: precursors, epidemiology, course and outcome. *Br J Psychiatry* 185: 452-459.
46. Strauss JS and Carpenter WT, Jr. (1974) The prediction of outcome in schizophrenia. II. Relationships between predictor and outcome variables: a report from the WHO international pilot study of schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 31: 37-42.
47. Stromgren E (1994) ICD-9, ICD-10, DSM-III, DSM-III-R und DSM-IV- Ansätze und Konzepte der modernen psychiatrischen Diagnostik. In: Dilling H., Schulte-Markwort E., Freiberger H.J. (Hrsg): *Von der ICD-9 zur ICD-10: Neue Ansätze der Diagnostik psychischer Störungen in der Psychiatrie, Psychosomatik und Jugendpsychiatrie*. 1. Auflage. Verlag Hans Huber, Bern.
48. Stromgren E (1987) The development of the concept of reactive psychoses. *Psychopathology* 20: 62-67.
49. Susser E, Varma VK, Mattoo SK, Finnerty M, Mojtabai R, Tripathi BM, Misra AK and Wig NN (1998) Long-term course of acute brief psychosis in a developing country setting. *Br J Psychiatry* 173: 226-230.
50. Vazquez-Barquero JL, Cuesta MJ, Herrera CS, Lastra I, Herran A and Dunn G (1999) Cantabria first-episode schizophrenia study: three-year follow-up. *Br J Psychiatry* 174: 141-149.
51. WHO (1977) *International classification of diseases. 9. Revision*. WHO, Geneva.
52. WHO (1992) *The ICD-10 classifications of mental and behavioural disorders: clinical descriptions and diagnostic guidelines*. WHO, Geneva.

53. WHO (1999) Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD 10, Kapitel V (F);  
Klinisch-diagnostische Leitlinien. Übers. und hrsg. von H Dilling unter Mitarbeit von E Schulte-  
Markwort. Huber, Bern.
  
54. Wimmer A (1916) Psykogene Sindssygdomsformer. In: Wimmer A (ed) St.Hans Hospital 1986  
-1915. Jubilaemsskrift. GEC Grad Publishers, Kopenhavn.

## 8. Danksagung

An dieser Stelle möchte ich Herrn Professor Dr. med. H.-J. Möller für die wohlwollende Überlassung des Themas danken.

Herrn Dr. med. M. Jäger danke ich für die gute Betreuung und die Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit und Herrn Dr. med. A. Strauss für seine Anregungen im praktischen Teil der Arbeit.

Mein besonderer Dank gilt meiner lieben Claudia, meinen Kindern, Luana und Lennard, meinen Eltern und meinem Bruder für die große Geduld und Unterstützung, die sie mir entgegenbrachten, diese Arbeit zu schreiben.

## 9. Lebenslauf

<b>Persönliche Daten</b>	Marcus Hintermayr geb.30.09.1968 in Augsburg in Lebensgemeinschaft eine Tochter (5), ein Sohn (1)
<b>Berufstätigkeit</b> seit 10/2005	Arzt in Weiterbildung, Diakoniewerk München Maxvorstadt
12/2004 - 06/2005	Assistenzarzt in Weiterbildung in der Praxis für Allgemeinmedizin Dr. med. Th. Müller, H. Silbernagl, Peschelanger 11, München
05/2004 -11/2004	Assistenzarzt in Weiterbildung in der Praxis für Allgemeinmedizin Dr. med. A. Nathrat, Arnulfstr. 216, München
04/2003 -11/2003	Assistenzarzt im Kreiskrankenhaus Aichach, Innere Medizin
09/2000 - 09/2001	Assistenzarzt im Belegkrankenhaus, Diakoniewerk München-Maxvorstadt, Innere Medizin, Chirurgie
03/1999 - 08/2000	AiP in der Klinik für Anästhesiologie und operative Intensivmedizin, Zentralklinikum Augsburg
<b>Berufliche Weiterbildung</b> 07/2005 08/2000	Facharzt für Allgemeinmedizin seit 27.7.2005 Fachkunde Rettungsdienst
<b>Studium</b> 10/1990 - 03/1991 04/1991 - 12/1998	Studium der Biologie, LMU München Studium der Humanmedizin, LMU München Abschluss mit der ärztlichen Prüfung am 3.12.1998
<b>Zivildienst</b> 01/1989 - 08/1989 09/1989 - 08/1990	Kinderklinik an der Lachnerstraße, München Seniorentagespflege, ASB, Anna-Hintermayr Stift, Augsburg
<b>Schulbildung</b> 1975 - 1979 1979 - 1988	Grundschule St. Anna, Augsburg Gymnasium St. Stephan, Augsburg, 1988 Abitur