

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

Schizophrenie versus Affektive Störung
Ein Vergleich bezüglich Krankheitsverlauf, Psychopathologie und Lebensqualität
(Fünf-Jahres-Katamnese)

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

vorgelegt von
Monica Feicht

aus
München

2007

Mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät
der Universität München

Berichterstatter: Prof. Dr. Dr. Margot Albus

Mitberichterstatter: Priv. Doz. Dr. E.M. Meisenzahl

Dekan: Prof. Dr. Dietrich Reinhardt

Tag der mündlichen Prüfung: 06.12.2007

Schizophrenie versus Affektive Störung
Ein Vergleich bezüglich Krankheitsverlauf, Psychopathologie und Lebensqualität
(Fünf-Jahres-Katamnese)

Danksagung

Frau Prof. Dr. Dr. Margot Albus danke ich für die gute und geduldige Unterstützung, die sie mir während der Erstellung dieser Dissertation gewährt hat.

Bei Herrn Dr. W. Hubmann bedanke ich mich für die Hilfe beim Lösen statistischer Probleme.

Mein besonderer Dank gilt den Patienten, ohne deren Mithilfe diese Arbeit nicht möglich gewesen wäre.

Vielen Dank auch meinen Eltern, die mir durch ihre finanzielle Unterstützung das Studium und diese Promotion ermöglichten.

Bei meinem Mann Michael und meinen Kindern Anton und Linus, bedanke ich mich für die Geduld die sie mir entgegenbrachten.

Inhaltsverzeichnis

	Seite	
1	Einleitung	1
1.1	Schizophrenie	1
1.1.1	Epidemiologie	1
1.1.2	Ätiopathogenese	2
1.1.2.1	Genetische Faktoren	2
1.1.2.2	Biochemische und neuropathologische Befunde	2
1.1.2.3	Psychosoziale Faktoren	4
1.1.3	Symptomatik	4
1.1.4	Verlauf und Prognose	6
1.2	Affektive Störung	10
1.2.1	Epidemiologie	10
1.2.2	Ätiopathogenese	10
1.2.2.1	Genetische Faktoren	11
1.2.2.2	Biochemische und neuropathologische Befunde	11
1.2.2.3	Psychosoziale Faktoren	12
1.2.3	Symptomatik	12
1.2.4	Verlauf und Prognose	13
1.3	Lebensqualität bei psychiatrischen Erkrankungen	17
1.4	Fragestellung der Arbeit	18
2	Material und Methodik	19
2.1	Gesamtkollektiv	19
2.1.1	Schizophrenie vs Affektive Störung	19
2.1.2	Unipolare vs Bipolare Störung	19
2.1.3	Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik	19

2.2	Vergleichspunkte	19
2.2.1	Krankheitsverlauf	19
2.2.2	Psychopathologie	20
2.2.3	Lebensqualität	20
2.2.3.1	Objektive Lebensqualität	20
2.2.3.2	Subjektive Lebensqualität	20
2.3	Standardisierte Erhebungsinstrumente	21
2.3.1	SKID (Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV)	21
2.3.2	Auswertungsbogen	21
2.3.3	Fünf-Jahres Katamneseblatt	22
2.3.4	Strauss–Carpenter–Skala	22
2.3.5	BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale)	23
2.3.6	GAF (Global Assessment of Functioning Scale)	23
2.3.7	CGI (Clinical Global Impressions)	24
2.3.8	SDS (Schedule for the Deficit Syndrome)	24
2.3.9	MLDL–GI (Münchener Lebensqualität-Dimensionen-Liste/ Giessener Modifikation)	24
2.4	Praktische Durchführung der Untersuchung	26
2.5	Statistische Methoden	27
3	Ergebnisse	28
3.1	Demographische Daten	28
3.2	Krankheitsverlauf	31
3.2.1	Strauss-Carpenter Skala	34
3.3	Psychopathologie	37
3.3.1	BPRS	37
3.3.2	GAF/CGI	39
3.3.3	SDS	41
3.4	Lebensqualität	43
3.4.1	Objektive Lebensqualität	43
3.4.1.1	Psychosoziale Hilfen	43

3.4.1.2	Arbeit	45
3.4.1.2.1	Quantität der Arbeit	45
3.4.1.2.2	Qualität der Arbeit	47
3.4.1.3	Wohnen	48
3.4.2	Subjektive Lebensqualität	51
4	Diskussion	55
4.1	Demographische Daten	55
4.2	Krankheitsverlauf	57
4.3	Psychopathologie	60
4.4	Lebensqualität	64
4.4.1	Objektive Lebensqualität	64
4.4.2	Subjektive Lebensqualität	67
5	Zusammenfassung	70
6	Literaturverzeichnis	73
7	Anhang	85

1 Einleitung

1.1 Schizophrenie

Die Schizophrenie wurde erstmals von Emil Kraepelin 1896 beschrieben. Er verwendete den Begriff der Dementia praecox, für solche Geisteskrankheiten, die akut oder chronisch zu einem schweren Residuum führen und sich dadurch vom manisch-depressiven Irrsinn abgrenzen. Seit dieser Zeit wurden viele wissenschaftliche Abhandlungen über den Verlauf und die Symptomatik der Erkrankung verfasst. Emil Kraepelin (1896), Eugen Bleuler (1911) und Kurt Schneider (1939) widmeten sich vor allem der Beschreibung der Symptomatik und der Klassifikation der Erkrankung, die zum Teil noch heute Gültigkeit hat. Als wesentlicher Fortschritt galt die Entdeckung des ersten Neuroleptikums durch Delay und Deniker 1952. Hierdurch wurde eine erstmals medikamentöse Behandlung der Schizophrenie ermöglicht.

In den 90 Jahren die von dem damaligen US Präsidenten George Bush zur „Decade of Brain“ ausgerufen wurde, brachten Neuerungen von Untersuchungsmethoden wie die Single-Photon-Emissions-Computertomographie (SPECT), die Positronen-Emissions-Tomographie (PET) und die funktionelle Kernspinresonanzspektroskopie (fMRI), wesentlich detailliertere Erkenntnisse (Roth, Prinz 1996; Kandel, Schwartz, Jessell 1995).

1.1.1 Epidemiologie

Die Prävalenz der Schizophrenie wird weltweit in der Größenordnung von 0,5–1% angegeben. Die jährliche Inzidenzrate liegt bei 1:10.000. Die Wahrscheinlichkeit, im Laufe des Lebens an einer Schizophrenie zu erkranken, liegt in der Durchschnittsbevölkerung etwa bei 0,6–1%. Männer und Frauen sind gleich häufig betroffen. Die Prävalenzzahlen sind in verschiedenen Ländern der Welt mit unterschiedlichem soziokulturellem Hintergrund etwa gleich (Häfner 1993). In früheren Arbeiten wurde auf eine überproportionale Häufigkeit der Schizophrenie in niedrigen sozialen Schichten hingewiesen. Ein Befund, der in späteren Nachuntersuchungen damit erklärt wurde, dass Schizophrene im Verlauf ihrer Erkrankung häufig sozial absteigen.

Das durchschnittliche Prädilektionsalter für den Ausbruch der Erkrankung liegt bei Männern im Alter von 21 Jahren, bei Frauen etwa 5 Jahre später (Häfner et al. 1991).

1.1.2 Ätiopathogenese

Bei der schizophrenen Erkrankung kann man von einer multifaktoriellen Ätiopathogenese ausgehen.

1.1.2.1 Genetische Faktoren

Eine sehr frühe Erkenntnis der Schizophrenieforschung ist die familiäre Häufung, welche offensichtlich genetischen Mechanismen zugrunde liegt (Häfner 1993).

Bei zunehmendem Verwandtschaftsgrad mit einem Schizophrenen, steigt das Risiko ebenfalls zu erkranken. Unterschiede sah man insbesondere im Vergleich der Erkrankungsraten von zweieiigen und eineiigen Zwillingen. Dies haben zahlreiche Familien-, Zwillings und Adoptionsstudien gezeigt.

Die Erkrankungswahrscheinlichkeit steigt auf 2-4 % bei Verwandten zweiten Grades von schizophrenen Patienten. Für Kinder von zwei schizophrenen Elternteilen, wird das Morbiditätsrisiko mit etwa 46% angegeben. Nachkommen von nur einem schizophrenen Elternteil, haben ein statistisches Erkrankungsrisiko von 5-10%. Die Konkordanzrate für eineiige Zwillinge beträgt mindestens 65%, die für zweieiige Zwillinge 12%.

Bei 81% der Schizophrenen sind weder Eltern noch Geschwister erkrankt (Braff 1995).

Diese Daten zeigen, dass für die Schizophrenie ein komplexes Vererbungsmuster vorliegen muss, mit dem sich die heutige Molekulargenetik ausführlich beschäftigt. Darüber hinaus weisen sie auf die Bedeutung nicht genetischer Faktoren der Krankheitsmanifestation hin.

Maier et al. (1999) beschreiben die Wahrscheinlichkeit einer polygenetischen Transmission.

1.1.2.2 Biochemische und neuropathologische Befunde

Morphologische oder strukturelle Hirnschädigungen stehen ebenfalls im großen Interesse der Schizophrenieforschung. Durch die neuen bildgebenden Verfahren kann die Lücke früherer In-vivo Untersuchungen geschlossen werden (Bogerts 1995).

Bei computertomographischen und magnetresonanztomographischen Untersuchungen, fielen bei einigen Schizophrenen strukturelle Veränderungen des Gehirns auf. Insbesondere eine Erweiterung der Hirnventrikel und Verlust der grauen Substanz mit Atrophien, die bereits bei Krankheitsbeginn nachweisbar waren (Illowsky et al. 1988; Michels et al. 1993). In Verlaufsstudien zeigten diese Veränderungen keine Progressionstendenz.

In Studien am Sektionsgut schizophrener Patienten konnte eine gestörte Cytoarchitektur und eine Hypoplasie temporo- limbischer Strukturen nachgewiesen werden (Jeste et al. 1989, Beckmann und Jakob 1994).

Die Dopaminhypothese ist eine der zentralen Hypothesen in der Schizophrenieforschung. Ausgehend von der Tatsache, dass Dopaminagonisten (z.B. Amphetamine) schizophrenieähnliche Psychosen hervorrufen können und Dopaminantagonisten wie Neuroleptika, stark antipsychotische Wirkung haben, geht man von einem Zusammenhang der Aktivität des dopaminergen Systems mit der Erkrankung aus.

In ihrer ursprünglichen Form postuliert die Dopaminhypothese eine allgemeine Überfunktion dopaminerger Strukturen (Davis et al. 1991). Es wird von einer Hypersensibilität von Dopamin-D2-Rezeptoren ausgegangen. Diese sind auch zentraler antipsychotischer Wirkort zahlreicher klassischer Neuroleptika. Von den 3 dopaminergen Systemen im Gehirn, werden nicht nur die dopaminergen Bahnen des limbischen Systems, als für die Krankheit relevant angesehen. Bei einer mesolimbisch-mesokortikalen Dysbalance, kommt es zu einer frontalen dopaminergen Hypoaktivität. Diese Hypoaktivität erklärt die krankheitstypische Negativsymptomatik, wohingegen eine mesolimbische dopaminerge Hyperaktivität, die Positivsymptomatik der Schizophrenie erklärt. Die Metabolismusunterschiede können gut mit einem PET (Positronen-Emissions Tomografen) nachgewiesen werden (Mizrahi et al. 2007), wobei diese jedoch keine Diagnosekriterien sind. Laruelle et al. (1999) fanden in ihrer Studie heraus, dass ein Überangebot an Dopamin zwar während eines akuten Schubes oder einem späteren Rückfall, der Schizophrenieerkrankung existiert, nicht aber während Phasen der Remission. Diese Aussage bewirkt eine wichtige Konsequenz für neue Behandlungskonzepte während der Remissionsphasen.

Eine weitere Theorie geht von der Annahme aus, dass eine Virusinfektion während der Fetalperiode eine wichtige Voraussetzung für die spätere Entwicklung einer Schizophrenie darstellen könnte, wobei eine Virämie im 2. Schwangerschaftstrimenon zu einer Schädigung der Neuronenmigration führen könnte (Mednick et al. 1988).

1.1.2.3 Psychosoziale Faktoren

Vor Ausbruch einer Schizophrenie und auch bei Exazerbation finden sich vermehrt belastende Veränderungen des alltäglichen Lebens sogenannte Life-Events. Auch „high expressed emotion“- Familien können durch ihren häufigen intensiven Austausch von Gefühlen, eine Krankheitsauslösung begünstigen. Umgekehrt kann eine psychosoziale Unterstimulation, z.B.: ein reizarmes Krankenhausmilieu, eine akute Exazerbation der Erkrankung bewirken.

Es sind wohl manche Menschen aufgrund ihrer Persönlichkeit, ihrer Emotionalität, ihrer sozialen Fertigkeit und vor allem aufgrund ihrer kognitiven Fähigkeiten anfälliger für die spätere Entwicklung einer Schizophrenie. Ein allgemein akzeptiertes Erklärungsmodell hierfür gibt es allerdings nicht.

1.1.3 Symptomatik

Die schizophrene Erkrankung bietet eine Vielfalt an Symptomen, die jedoch nicht pathognomonisch für diese Erkrankung sind. Dazu gehören Wahn, Halluzinationen, Ich-Störungen, formale Denkstörungen, affektive Störungen und katatone Störungen. Die Ausprägung der unterschiedlichen Symptomatik ist dabei individuell verschieden. Die Symptome der Schizophrenie werden auch in Positiv- und Negativsymptomatik eingeteilt (Zubin 1985). E. Bleuler und K. Schneider haben jeweils Konzepte verfasst, die die diagnostischen Merkmale der Schizophrenie festlegen.

Bleuler Kriterien

Grundsymptome (die 4 A´s)	Akzessorische Symptome
Assoziative Lockerung	Wahrnehmungsstörung
Affektstörung	Wahnphänomene
Ambivalenz	Katatone Symptome
Autismus	Neologismen
	Mutismus
	Echophänomene

Tabelle 1: Diagnostische Merkmale der Schizophrenie nach Bleuler (Fritze,1995)

In den 60igern und 70igern gewannen Kurt Schneider's (Schneider 1957) „Symptome ersten Ranges“ bei Schizophrenen, mehr an Bedeutung (Marneros 1984). Die Klassifikation nach Bleuler trat dadurch zunehmend in den Hintergrund.

Schneider Kriterien

Symptome ersten Ranges	Symptome zweiten Ranges
Ich Störungen Gedankeneingebung Gedankenentzug Gedankenausbreitung Gedankenlautwerden Körperliche Fremdbeeinflussungserlebnisse Spezifische Halluzinationen Dialogische Stimmen Kommentierende Stimmen Wahnwahrnehmungen Erleben des Gemachten	Alle übrigen Sinnestäuschungen Einschließlich Coenästhesien Einfache Eigenbeziehungssetzung Wahneinfall Ratlosigkeit Depressive und euphorische Verstimmung Erlebte Gefühlsverarmung

Tabelle 2: Diagnostische Merkmale der Schizophrenie nach Schneider (Fritze, 1995)

Mittlerweile gründen die meisten Forschungsvorhaben und Publikationen auf dem DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder) der American Psychiatric Association (APA 1994). Dieses Manual umfasst eine multiaxiale Beurteilung des Patienten in 5 Achsen und orientiert sich bei der Definition der Krankheitsbilder an klinischen Kriterien.

Als Hauptmerkmale der Schizophrenie werden im DSM-IV folgende Punkte aufgeführt:

- Auftreten charakteristischer psychotischer Symptome während der floriden Phase der Erkrankung
- erniedrigtes Leistungsniveau, das unter dem höchsten des früher erreichten liegt (bei Kindern oder Adoleszenten wird der zu erwartende soziale Entwicklungsstand nicht erreicht)
- eine Dauer von mindestens sechs Monaten, wobei charakteristische Prodromal- und Residualsymptome miteinbezogen sein können (DSM-IV 1994).

Einen ähnlichen Ansatz verfolgt auch die neueste Version der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (International Classification of Diseases, ICD-10), die von der Weltgesundheitsorganisation herausgegeben wurde (WHO 1999). Sie orientiert sich in den diagnostischen Leitlinien an der Einteilung der Symptome des 1. und 2. Ranges nach Kurt Schneider (1957).

1.1.4 Verlauf und Prognose

Vom perakuten bis hin zum chronisch-schleichenden Beginn wird das gesamte Spektrum möglicher Manifestationen beobachtet. Meistens geht der akuten Erkrankung mit ausgeprägter produktiver Symptomatik, eine mehr oder weniger lange Prodromalphase voraus. Der akuten Krankheitsphase schließt sich eine Phase mit mehr oder weniger stark ausgeprägter Residualsymptomatik an, deren klinisches Bild dem der Prodromalphase ähnelt. Vom einfachen, progredient in schwere oder leichtere chronische Zustände mündenden, bis hin zum wellenförmigen, zwischenzeitlich mehr oder weniger remittierenden Verlauf lassen sich sämtliche Krankheitsfortgänge beobachten. Am häufigsten findet sich ein Verlauf mit wiederholten akut psychotischen Exazerbationen und zwischenzeitlich imponierenden Defektsymptomen. Die Suizidrate schizophrener Patienten wird mit 10% angegeben (Winokur et al.1975). Gegenüber der Allgemeinbevölkerung ist die Lebenserwartung dieser Menschen aber auch aufgrund anderer Todesursachen, die zum Teil als Folge der körperlichen Vernachlässigung zu sehen sind, reduziert.

Bralet et al. (2000) fanden in ihrer prospektiven Studie heraus, dass Erkrankte mit positiver Symptomatik ein höheres Sterberisiko haben als Patienten mit überwiegend negativer Symptomatik. Lauronen et al. (2007) fanden in ihrer Kohortenstudie einen akuten Krankheitsbeginn, ein spätes Ersterkrankungsalter, das Vorhandensein von Auslösefaktoren, das Bestehen einer ausgeprägten Bewusstseinstörung sowie das Vorhandensein einer affektiven Symptomatik im Rahmen der akuten Psychose, als günstige Prognosekriterien.

Tabelle 3 zeigt die von E. Bleuler 1983 definierte Verlaufstypologie der Schizophrenie.

Einfache Verläufe Akut zu schweren chronischen Zuständen <1% Chronisch zu schweren chronischen Zuständen 5–10% Akut zu leichteren chronischen Zuständen 5% Chronisch zu leichteren chronischen Zuständen 15–25%
Wellenförmige Verläufe Wellenförmig zu schweren chronischen Zuständen 5% Wellenförmig zu leichteren chronischen Zuständen 20–25% Heilung nach wellenförmigen Verlauf 35–40% Andere Verläufe 5%

Tabelle 3: Verlaufstypologie der Schizophrenie nach Bleuler (Bleuler, 1983)

Für wenige Fächer der Medizin hat prospektive Verlaufsforschung einen ähnlich hohen Stellenwert wie für die psychiatrische Disziplin. Durch längsschnittorientierte Beobachtungen kann die Entstehung und Entwicklung psychopathologischer Symptome verfolgt werden, und Kenntnisse über den Spontanverlauf psychiatrischer Krankheiten gewonnen werden (chronisch, periodisch, remittierend).

Neben dem Schweregrad der Symptomatik spielen auch der Grad der Beeinträchtigung und das Ausmaß an sozialer Unterstützung eine Rolle. Von wesentlicher Bedeutung für die korrekte Durchführung von Katamnesestudien, ist die Anwendung operationalisierter Diagnostikmethoden.

In zahlreichen empirischen Studien konnte gezeigt werden, dass sich durch Operationalisierung psychischer Störungen insbesondere im Hinblick auf die Interraterreliabilität, deutliche Verbesserungen erzielen lassen, die die Kommunizierbarkeit diagnostischer Einschätzungen erleichtern und wissenschaftlich relevante Stichprobenvergleiche präziser machen (Freyberger et al. 1990, 1995). Das operationale psychiatrische Diagnostiksystem ist eine Kombination aus klinischer Tradition, gesichertem Lehrbuchwissen und gegenwärtigen Forschungsergebnissen (Saß 1990).

Im Folgenden werden ausgewählte Forschungsarbeiten zu Verlauf und Outcome von Schizophrenen und affektiven Störungen dargestellt. Die Studien unterscheiden sich zum Teil in ihrem methodologischen Ansatz, sollen hier jedoch ergebnisorientiert betrachtet werden.

Studie	Stichprobe	Methoden	Ergebnisse
Harrison et al. (2001) Recovery from psychotic illness: a 15- and 25 year international follow-up study. British Journal of Psychiatry. 178:506-17.	1005 Psychosen. 644 Schizophrenie, 361 anderer Psychosen außer Schizophrenie	Psychopathologie: SANS (Schedule for the Assessment of Negative Symptoms) Gegenwärtiges Funktionieren: Global Assessment of Functioning Disability and Symptoms scales (GAF-D GAF-S) Krankheitsverlauf: LCS (Life Chart Schedule) Klinischer Status: Bleuler Kriterien	50% von behandelten Schizophrenen haben einen günstigen Verlauf. Es gibt geographische Unterschiede. Soziokulturelle Bedingungen beeinflussen den Langzeitverlauf. Frühe therapeutische Interventionsprogramme begünstigen den Verlauf der Erkrankten.
Jäger et al. (2004) Fifteen-year follow-up of ICD-10 schizoaffective disorders compared with schizophrenia and affective disorders. Acta Psychiatr Scand. 109:30-7.	155 Erstaufnahme Patienten, mit 64 Schizophrenie, 30 schizoaffectiven 61 affektiven Störungen 15-jahres Follow-up Studie	Psychopathologie: AMDP (Arbeitsgemeinschaft für Methodik und Datenverarbeitung in der Psychiatrie) Globales Funktionieren: GAF Soziale Situation: operationalisiertes Dokumentationssystem.	schizoaffectiv Erkrankte verhalten sich ähnlich den affektiv Erkrankten, jedoch sehr unterschiedlich zu den Schizophrenen
Benabarre et al. (2001) Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. Eur Psychiatry. 16:167-72.	138 ambulante Patienten. 67 bipolare I 34 schizoaffective 37 Schizophrenie 3-jahres Follow-up Studie	Befragung: Epidemiologie Klinik Prognose	Schizoaffective haben ein ähnliches klinisches Muster wie Schizophrenie, ihr Langzeitverlauf ähnelt eher der bipolaren Störung.

Tabelle 4: Literaturüberblick: Schizophrenie vs Affektive Störung

Eine bedeutende Arbeit in der Schizophrenieforschung lieferten Harrison et al. (2001). Die Daten der Studie basieren auf der International study of Schizophrenia (IsoS), ein von der WHO gefördertes Projekt. In 18 Zentren in 14 verschiedenen Ländern wurden Verlauf und Outcome von schweren psychischen Erkrankungen in unterschiedlichen Kulturen erforscht. Im internationalen Sprachgebrauch wird das Ergebnis das durch eine medizinische Therapie erzielt wird als Outcome bezeichnet. Die Verläufe wurden über 15 und 25 Jahre

beobachtet. Es wurden insgesamt 1005 Patienten rekrutiert. 644 mit der Diagnose einer Schizophrenie und 361 mit einer anderen Art von Psychose. Die Krankheitsverläufe, Symptome, sozialen Defizite, sowie die Nutzung von externen Hilfen sind bei der schizophrenen Gruppe signifikant ausgeprägter als bei den restlich psychotischen Störungen. Umweltbedingungen bzw. kulturelle Bedingungen spielen eine große Rolle in Bezug auf soziale Defizite und Krankheitsausprägung.

Jäger et al. (2004) verglichen die schizoaffective Erkrankung in einer 15 Jahres Katamnese mit der Schizophrenie und der affektiven Erkrankung und kamem zu dem Schluss, dass die schizoaffectiven Erkrankungen eher zu den affektiven Erkrankungen als zu den schizophrenen Erkrankungen gerechnet werden sollten. Sie untersuchten 155 Erstaufnahmepatienten, davon 64 Schizophrene, 61 affektiv Erkrankte und 30 schizoaffectiv erkrankte Patienten. Es wurde der Global Outcome mittels GAF ermittelt. Psychopathologisch wurde nach paranoid-halluzinatorischen, manischen, depressiven und negativen Symptomen gefragt. Das soziale Umfeld wurde in den Punkten Partnerschaft und Beschäftigungsverhältnis erfragt.

Aus den Daten dieser Arbeit kann auch ein Vergleich zwischen den affektiven Störungen und der Schizophrenie gezogen werden.

Eine dritte interessante Studie stammt von Benabarre et al. (2001). Es handelt sich um eine 3-Jahre Follow-up Studie mit 138 ambulanten Patienten, 67 bipolaren, 34 schizoaffectiven und 37 schizophrenen Patienten. Unterschiede in der Epidemiologie, Klinik und Prognose wurden herausgearbeitet.

Das Ergebnis der Studie stellt die schizoaffective Erkrankung in Mittelposition zwischen der bipolar I Erkrankung und der Schizophrenie.

Daten, die aus diesen Krankheitsbildern hervorgehen, werden als Diskussionsgrundlage unserer Arbeit dienen.

1.2 Affektive Störung

Die affektive Störung, früher manisch-depressives Irrsein (Kraepelin 1899), ist eine krankhafte Veränderung von Gefühl, Stimmung und Antrieb. Sie kann sich in polar entgegengesetzten Formen äußern, als Depression oder als Manie, die in zeitlich abgesetzten Phasen auftreten und in der Regel vollständig remittieren. In diesen gesunden Intervallen bleiben keine Persönlichkeitsveränderungen - ein deutliches Unterscheidungsmerkmal zur Schizophrenie. Zu den affektiven Störungen zählen die unipolare Depression, die bipolare Störung, die Manie und anhaltende affektive Störung wie die Dysthymia oder Zykllothymia. Bei der Klassifikation der affektiven Störungen bilden die Patienten mit psychotischer Symptomatik eine eigene Untergruppe. Sie werden nicht zur Schizophrenie gerechnet sondern gehören zu den affektiven Psychosen (Price et al. 1984, Winokur et al. 1985).

1.2.1 Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz an einer Depression zu erkranken beträgt derzeit 8-20%. Die Lebenszeitprävalenz von bipolaren Störungen liegt bei 0,4%. Das Morbiditätsrisiko affektiver Psychosen beträgt etwa 1%. Dabei verlaufen etwa 65% der Psychosen unipolar, und 30% der Fälle bipolar, und bei ca. 5% kommt es zu rein manischen Episoden. Die Prävalenz einer Depression ist bei Frauen zweimal häufiger als bei Männern, wohingegen keine geschlechtlichen Unterschiede bei bipolaren Störungen zu finden sind. Das durchschnittliche Erkrankungsalter liegt bei unipolaren Depressionen zwischen 40 und 45 Jahren, bei bipolaren Erkrankungen etwa zehn Jahre niedriger. Als Altersdepression wird die Depression bei den über 65jährigen genannt und ist die häufigste psychische Erkrankung in dieser Altersklasse. Winokur et al. (1973) ermittelten für ältere unipolar-depressive Frauen eine Tendenz zu chronischen Verläufen. Die Mortalität bei affektiv Erkrankten ist aufgrund des erhöhten Suizidrisikos in den depressiven Phasen (10-15%) deutlich erhöht.

1.2.2 Ätiopathogenese

Die Entstehung affektiver Erkrankungen ist ebenfalls als multifaktoriell anzusehen. Integriert werden genetische, neuropathologische und psychosoziale Faktoren. Die individuelle Disposition des Erkrankten spielt zudem eine große Rolle. Zerssen (1988) drückt dies in seinem Vulnerabilitätskonzept, der anlagebedingten Verletzlichkeit aus.

1.2.2.1 Genetische Faktoren

Anhand von Zwillings-, Familien- und Adoptionsstudien konnte vor allem für bipolare affektive Psychosen eine deutlich genetische Disposition nachgewiesen werden.

Konkordanzzahlen für eineiige Zwillinge liegen bei 65% für zweieiige Zwillinge bei 20%. (Souery et al. 1997). Bei bipolaren Verlaufsformen erscheint die familiäre Belastung größer zu sein als bei unipolaren. Es handelt sich bei affektiven Psychosen um einen dominanten Erbgang mit unterschiedlicher Penetranz. Die genetische Disposition kann jedoch die Ätiologie dieser Erkrankung nicht gänzlich klären (Tölle 1996. S.364).

1.2.2.2 Biochemische und neuropathologische Befunde

Bei einer Vielzahl von medizinischen Krankheitsfaktoren können affektive Symptome auftreten. Hierzu zählen vor allem degenerative neurologische und cerebrovaskuläre Erkrankungen. Auch Stoffwechselstörungen, Autoimmunerkrankungen, Infektionskrankheiten und onkologische Erkrankungen können sich mit den Symptomen einer affektiven Störung äußern. Ebenfalls werden neurobiologische Faktoren als Pathomechanismus affektiver Störungen herangezogen.

Depressive Erkrankungen gehen mit einer Verminderung der Neurotransmitter Noradrenalin und Serotonin einher (Maes & Meltzer 1995, Trivedi 2006).

So stellen noradrenerge Effekte einen wichtigen Wirkmechanismus der Antidepressiva dar (Anand u. Charney 1997). Cannon et al. (2006) fanden erstmalig in einer PET Untersuchung das Patienten mit einer bipolaren Störung eine Verminderung der Aktivität an muskarinen Typ 2 Rezeptoren aufweisen. Dies geht entweder mit einem Mangel an Typ 2 Rezeptoren im zentralen muskarinen-cholinergen System oder mit einer Erhöhung von endogenen Acetylcholin einher. Die Aktivität an den Typ 2 Rezeptoren ist somit verantwortlich für die Stimmungsinstabilität bei der bipolaren Störung. Bei zyklischen Stimmungsschwankungen geht man von einer Serotoninverarmung aus (Janovsky, Overstreet 1998).

1.2.2.3 Psychosoziale Faktoren

Schwere psychische Belastungssituationen und Konflikte können zum Ausbruch einer melancholischen oder manischen Phase beitragen. Allerdings erkrankt nur ein kleiner Teil der Patienten aufgrund psychoreaktiver Auslöser. Die meisten affektiven Störungen beginnen und verlaufen relativ unabhängig von Umwelteinflüssen (Tölle 1996, S.252). Offenbar ist die Bedeutung von kritischen Lebensereignissen, sog. Life Events, für die Auslösung von Depressionen bei den ersten beiden Episoden der Erkrankung größer als bei späteren (Ghaziuddin et al. 1990).

1.2.3 Symptomatik

Das klinische Bild der Depression kann sehr vielgestaltig sein.

Man unterteilt die Symptome in psychische, psychomotorische und psychosomatisch - vegetative. Patienten in einer depressiven Episode sind deprimiert, antriebsgehemmt, denkverlangsamt oder gehemmt. Schuld- und Insuffizienzgefühle können sich in hypochondrischen Befürchtungen und devoter Glaubenshaltung äußern. Der Appetit kann vermindert sein, mit Gewichtsabnahme oder vermehrt mit Heißhungerattacken und Gewichtszunahme. Viele Patienten denken an den Tod und Suizid, wobei der Antrieb zu dessen Durchführung oftmals zu stark gemindert ist. Die Symptomenkonstellation der Depression ist im DSM-IV klar definiert. Entscheidend ist, dass die Symptome mindestens über einen Zeitraum von zwei Wochen andauern und dass eine deutliche Änderung gegenüber der vorher bestehenden Leistungsfähigkeit vorliegt.

Bei dem Erkrankungsbild der bipolaren Störung weist der Patient, je nach vorliegender Phase die Symptome einer Depression, Manie oder Hypomanie auf. Bei der ausgeprägten Manie sind die Patienten, unabhängig von Situationen oder dem Anlass, euphorisch oder dysphorisch. Die anfänglich heitere übermütige Stimmung kann schnell in aggressives und zorniges Verhalten umschlagen. Patienten in einer manischen Phase sind außerdem antriebsgesteigert, mit ständig wechselnden, neuen meist unrealistischen Zielen und Plänen. Durch vermehrte Geldausgaben kann es zu hohen Verschuldungen kommen. In den manischen Schüben kennt der Betroffene keine Grenzen, es kommt zur sozialen und auch zur sexuellen Enthemmung. Größenideen, ein übersteigerter Optimismus und ein starkes Selbstbewusstsein, nehmen dem Patienten jegliche Krankheitseinsicht, was die Compliance zu einer adäquaten Therapie sehr erschweren kann.

Bipolare Störungen werden aufgeteilt in Bipolar I und Bipolar II. Als Bipolar I wird eine 7-14 Tage oder seltener auch länger andauernde manische Episode bezeichnet, gefolgt von mindestens einer depressiven Episode. Die häufiger diagnostizierte Bipolar II Störung beinhaltet eine mindestens 14 Tage andauernde depressive Episode, gefolgt von mindestens einer Hypomanie.

Die Diagnosekriterien nach DSM-IV entsprechen den diagnostischen Leitlinien der depressiven bzw. manischen Episode; zusätzlich muss das Kriterium einer analogen depressiven, manischen oder hypomanen Episode, im Krankheitsverlauf erfüllt sein. Sowohl im unipolar depressiven als auch im bipolaren Verlauf der affektiven Störungen, können Episoden mit psychotischer Symptomatik auftreten. Dieses Phänomen wird in der Literatur als prognostisch ungünstig angesehen (Faedda et al. 1993).

1.2.4 Verlauf und Prognose

Der Beginn depressiver Phasen kann sowohl schleichend als auch plötzlich einsetzen. Etwa 25% der Depressionen treten nur einmalig auf, 75% der Erkrankungen rezidivieren. Bei unipolaren Depressionen muss man im Mittel mit vier, bei bipolaren mit sechs Episoden im Laufe eines Lebens rechnen. Die Dauer der einzelnen depressiven Episoden ist unterschiedlich und kann von wenigen Tagen bis zu mehreren Jahren andauern. Es wird vermutet dass die meisten depressiven Episoden sich innerhalb von 6 Monaten zurückbilden (Coryell et al. 1990). Nach jeder Krankheitsphase kommt es in der Regel zur Vollremission. Etwa 15% mit einer Major Depression nehmen einen chronischen Verlauf. Komplikationen sind zum einen der Suizid oder Schwierigkeiten im privaten, beruflichen und sozialen Bereich. Ein erhöhter Missbrauch an psychotropen Substanzen ist ebenfalls zu verzeichnen. Kennzeichnend für die bipolare Störung ist der phasenhafte Verlauf von depressiven und manischen Episoden. Im Gegensatz zur Depression setzen manische Phasen häufig rasch ein, sie können jedoch auch aus einer wochenlangen hypomanen Vorphase entstehen. Häufig klingt die typische Manie über eine hypomane Nachphase ab. Es kommen jedoch auch Phasen mit abruptem Ende oder raschem Übergang in eine depressive Episode vor. Die Dauer der einzelnen Episoden ist sehr unterschiedlich. Meist handelt es sich um einige Wochen bis Monate (Zerssen, Möller 1988). Die Phasen klingen meist ohne Residuen ab und der Patient erlangt Vollremission. Soziale Probleme, verursacht durch Verschuldungen und exzessive Lebensweise, sowie fehlende

Krankheitseinsicht und provozierendes überaktives Verhalten in der Krankheitsphase führen nicht selten zu Straftaten.

Auch für diese Diagnosegruppen werden aktuelle Forschungsergebnisse zu Verlauf und Outcome dargestellt. Es fanden sich Studien die sich mit einem Vergleich von uni- und bipolaren Patienten, sowie mit affektiv Erkrankten mit psychotischer Symptomatik und affektiv Erkrankten ohne psychotische Symptomatik beschäftigten.

Studie	Stichprobe	Methoden	Ergebnisse
Benazzi et al. (2003) Clinical differences between bipolar II depression and unipolar major depressive disorder: lack of an effect of age J Affect Disord. 75:191-5.	126 unipolare Patienten (MDE) 187 Bipolare II 2-Jahres Follow-up	SCID GAF Klinisches Interview Family History screen Hypomania Interview Guide	Signifikante klinische Unterschiede bei Bipolar II Patienten und unipolaren Patienten. In Bezug auf: -Alter -Symptomatik -Familienanamnese -Rückfallrate
Angst et al. (2003) Recurrence of bipolar disorder and major depression. A life-long perspective. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 253:236-40.	160 Bipolar I 60 Bipolar II 186 Depressive 40- Jahre Follow up Studie in 5-Jahres Intervallen.	Rückfallrisiko wurde durch das multiplicative intensity model (Aalen et al. 1980) ermittelt. GAF	Die Rückfallrate von bipolaren Patienten ist zweimal so hoch wie die der Depressiven. Es gibt keine signifikanten Geschlechtsunterschiede
Cusin et al. (2000) Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders Psychiatry Res. 97:217-227.	426 stationäre Patienten 182 Depressive 244 Bipolare	Befragung	Signifikant schlechteres Outcome für bipolare im Vergleich zu depressiven Patienten. Bipolare Patienten haben eine höhere Anzahl an Krankheitsepisoden.

Tabelle 5: Literaturüberblick: Unipolare vs Bipolare Störung

Bei einem Vergleich zwischen bipolaren und unipolaren Patienten ist die Arbeit von Benazzi et al. (2003) zu nennen. In dieser Studie wurden 126 unipolare Patienten mit einer MDE mit 187 bipolar II Patienten bzgl. Psychopathologie, Verlauf und Alter unterschieden. Sie fanden heraus, dass Bipolar II Patienten signifikant jünger als MDE Patienten sind, das Alter bei Erstmanifestation war ebenfalls geringer. Bipolar II Patienten haben atypischere Krankheitsverläufe und mehr hypomane Symptome. Ebenso fanden andere Autoren, dass Bipolar II Patienten eine positive Familienanamnese für MDE, Bipolar II Erkrankungen und Stimmungsauffälligkeiten gegenüber den unipolaren Patienten haben. Angst et al. (2003) beschäftigten sich in ihrer Studie mit dem Rückfallrisiko von bipolaren und unipolaren Patienten. Hierzu untersuchten die Autoren

160 Bipolare I, 60 Bipolare II Patienten und 186 depressive Patienten in einer 40-jährigen Follow-up Studie. Die Studie beschreibt dadurch eine lebenslange Perspektive. Es wird ebenfalls ein niedrigeres Alter bei Erstmanifestation bei bipolaren Störungen gegenüber der unipolar affektiven Störung beschrieben. Der Krankheitsverlauf der bipolaren variierte deutlich von den depressiven Patienten. Bipolare haben viel mehr aber dafür kürzere Krankheitsepisoden. Insgesamt wird gefolgert, dass das Rückfallrisiko für bipolare Patienten doppelt so hoch ist wie für depressive Patienten. Ein signifikant schlechteres Outcome für bipolare Patienten im Gegensatz zu depressiven Patienten belegen Cusin et al. (2000). Sie betrachteten den Einfluss klinischer Variablen auf den Krankheitsverlauf psychischer Erkrankungen. Hierbei wurden 182 depressive und 244 bipolar Erkrankte, stationäre Patienten untersucht. Es wurde die Anzahl der Krankheitsepisoden dezidiert erfragt, sowie die krankheitsfreien Intervalle und die Familienanamnese. Für beide Diagnosegruppen gilt, dass das Rückfallrisiko proportional zur Anzahl der vorangegangenen Krankheitsepisoden ansteigt.

Wie sich eine zusätzlich psychotische Symptomatik auf das Krankheitsbild der affektiven Störung auswirkt, wird in folgenden Studien beschrieben.

Studie	Stichprobe	Methoden	Ergebnisse
Thakur et al. (1999) Clinical, demographic and social characteristics of psychotic depression Psychiatry Res. 86:99-106.	674 depressive Patienten. 189 Depressive mit psychot. Symptomatik 485 Depressive ohne psychot. Symptomatik Fall-Kontroll-Studie	Diagnostic interview schedule (DIS) Duke Depression Evaluation schedule (DDES)	Psychotische Depression tritt gehäuft in jüngeren Jahren auf. Häufigeres Auftreten von psychomotorischer Retardierung mit psychot. Depression.
Benazzi et al. (1999) Psychotic versus nonpsychotic bipolar outpatient depression Eur Psychiatry. 14:458-61.	59 psychotische bipolare Depressive 176 nichtpsychotische bipolare Depressive Ambulante Patienten 2-Jahres-Follow-up Studie	SCID Montgomery and Asberg Depression Rating Scale (MADRS)	Psychotische bipolar Depressive sind: -schwerer erkrankt -haben höhere Chronifizierungsrate -weniger atypische Krankheitsverläufe.
Serretti et al. (1999) Clinical and demographic features of psychotic and nonpsychotic depression Compr Psychiatry. 40:358-62.	288 depressive Patienten 139 mit psychot. Symptomatik 149 ohne psychot. Symptomatik	Schedule for Affective Disorders and Schizophrenia (SADS) HAMD Delusional Experience Rating Scale	Keine signifikanten Unterschiede der beiden Gruppen in klinischen und demographischen Variablen. Neigung der psychotischen Depressiven zu Persönlichkeitsstörungen.

Tabelle 6: Literaturüberblick: Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

Zunächst ist die Arbeit von Thakur et al. (1999) zu nennen. In der Fall-Kontroll-Studie wurden 674 depressive Patienten evaluiert, aufgeteilt in 189 Depressive mit psychotischer Symptomatik und 485 Depressive ohne psychotische Symptomatik. Die psychotische Symptomatik wird beschrieben als Auftreten von Wahn und Halluzinationen zusätzlich zur depressiven Erkrankung. Thakur et al. (1999) fanden, dass das Alter einen signifikanten Unterschied zwischen den Gruppen der psychotischen und nicht psychotischen Depression darstellt. Eine psychotische Depression tritt vor allem bei jüngeren Patienten auf. Des Weiteren fanden sie bei diesen Patienten eine höhere Rate an psychomotorischer Retardierung sowie eine Assoziation zur bipolaren Erkrankung. Benazzi et al. (1999) verglichen 59 psychotisch bipolare Depressive mit 176 nicht psychotisch bipolar Depressiven in einer 2-Jahres Follow-up Studie. Auch sie fanden deutliche Unterschiede zwischen diesen beiden Krankheitsgruppen heraus. Psychotisch bipolar Depressive sind schwerer erkrankt, haben eine höhere Chronifizierungsrate, zeigen aber weniger atypische Verläufe (mit psychotischer Manie). Serretti et al. (1999) untersuchten Unterschiede in klinischen und demographischen Variablen von 139 Depressiven mit psychotischer Symptomatik und 149 Depressiven ohne psychotische Symptomatik. Sie fanden heraus, dass es keine signifikanten Unterschiede zwischen der psychotischen und nicht psychotischen Depression in Bezug auf klinische und demographische Variablen gibt. Jedoch zeigten Depressive mit psychotischer Symptomatik eine höhere Rate an Persönlichkeitsstörung der Gruppe A, also sonderbar exzentrisch mit paranoiden, schizoiden oder schizotypischen Elementen. Des Weiteren weisen sie einen niedrigeren Bildungsstand auf.

1.3 Lebensqualität bei psychiatrischen Erkrankungen

Der Begriff der Lebensqualität hat sich seit einiger Zeit in der somatischen und psychiatrischen Medizin etabliert. Die Lebensqualität hat etwas mit grundlegenden Bedürfnissen des Einzelnen zu tun. Krankheiten beeinträchtigen diese grundlegenden Bedürfnisse (Katschnik 1994). Folglich ist die Erfassung der Lebensqualität ein essentieller und hoch interessanter Bereich in der Verlaufsforschung von Krankheiten. Gerade bei psychiatrischen Erkrankungen spielen soziale Isolation, gesellschaftliche Diskriminierung aber auch Hospitalismussymptome durch lange Krankenhausaufenthalte oder psychopharmaka-induzierte Behinderungen wie Dyskinesien oder Gewichtszunahmen eine entscheidende Rolle. Erst seit einigen Jahren wird die subjektive Wirkung von Neuroleptika in Bezug auf die Lebensqualität berücksichtigt (Awad et al. 1995). Dass all diese Faktoren die Lebensqualität beeinträchtigen, steht außer Zweifel. Weitere Einflussfaktoren der Lebensqualität werden von Mayring (1991) beschrieben. Er zählt hierzu gesellschaftliche Voraussetzungen (z.B.: gesellschaftliche Normen und die Definition von subjektivem Wohlbefinden), biographische Voraussetzungen (z.B.: Persönlichkeit, Lebensstil), objektive Lebensbedingungen (z.B.: sozioökonomischer Status, soziales Netzwerk), kognitive Moderatoren (z.B.: subjektive Situationseinschätzung, sozialer Vergleich), emotionale Moderatoren (Stimmung), Umweltauseinandersetzung (z.B.: Bewältigungs-techniken) und schließlich das subjektive Wohlbefinden mit seinen Komponenten Zufriedenheit, Freude und Glück. Entscheidend ist, dass die Lebensqualität mehrdimensional zu sehen ist. Es steht jedoch fest, dass sie sich aus objektiven und subjektiven Komponenten zusammensetzt. Die subjektive Lebensqualität kann oft von der objektiven Lebensqualität abweichen. Subjektives Wohlbefinden besteht nach Mayring (1991) in einer negativen Komponente (Freiheit von subjektiven Belastungen), einer positiven (Freude, Glück), einer kognitiven (Zufriedenheit) und einer affektiven Komponente (Gefühl des Wohlbefindens). Kemmler (1991 S.192) versteht unter Lebensqualität körperliche Befindlichkeit, materielles Wohlergehen und soziale Kontakte. Katschnik (1994) unterteilt den Begriff Lebensqualität nach den Bereichen materieller Ressourcen, objektiven Funktionierens und subjektiven Erlebens.

Die Erfassung der Lebensqualität ist mittlerweile zu einem wichtigen Forschungsinstrument geworden. Sie dient der Qualitätskontrolle, Evaluierung der Therapie und Gesundheitsverbesserung innerhalb der Gesellschaft (Bullinger 2006). Es stehen zahlreiche Messinstrumente zur Verfügung (Bullinger 2005).

1.4 Fragestellung der Arbeit

Die Erfassung von Parallelen und signifikanten Unterschieden schizophrener und affektiver Patienten bezüglich Krankheitsverlauf, Psychopathologie sowie objektiver und subjektiver Lebensqualität ist die Hauptfragestellung dieser Katamnesearbeit.

Zusätzlich von Interesse sind Unterschiede in Verlauf und Outcome von unipolar affektiv und bipolar affektiv erkrankten Patienten, sowie der Einfluss psychotischer Symptomatik auf die affektive Störung.

Der Krankheitsverlauf wurde katamnestisch Monat für Monat eruiert. Betrachtet wurden zum Beispiel die stationäre Behandlungslänge, sowie die Anzahl der Rückfälle. Auch der Verlauf der Remission und das Vorkommen akut psychotischer Symptomatik während des fünfjährigen Katamnesezeitraumes stellten wichtige Vergleichskriterien dar.

Bezüglich der Psychopathologie wurden vor allem die Schwere des psychopathologischen Zustandsbildes und das aktuelle Funktionsniveau bei Katamneseerhebung sowie die Ausprägung der Psychopathologie und Mangelsymptomatik der Patienten während des fünfjährigen Katamnesezeitraumes betrachtet. Auch in diesem Punkt wurden die verschiedenen Diagnosegruppen miteinander verglichen. Um reliable Ergebnisse zu erlangen, wurden zur Erfassung der Psychopathologie, standardisierte Skalen verwendet.

In einem letzten Vergleich wurde der Einfluss der psychiatrischen Diagnose auf die Lebensqualität des Einzelnen betrachtet. Da die Lebensqualität einen entscheidenden Parameter zur Erfassung des Therapieerfolges darstellt, ist sie als Zielkriterium von enormer Wichtigkeit. Gerade psychiatrische Patienten besitzen eine Vielfalt an Lebensqualität beeinflussender Faktoren. Ziel war es die aktuelle Lebensqualität der Betroffenen zu erfassen und in den Kontext mit dem Krankheitsverlauf und der Psychopathologie zu bringen. Die Lebensqualität wurde eingeteilt in subjektive Lebenszufriedenheit und objektive Lebensbedingungen (Arbeit, Wohnen, Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen).

Alle Befunde wurden im Rahmen einer prospektiven 5-Jahres Katamnese ersterkrankter Patienten, mit stationärer Erstaufnahme 1998 und 1999, am Isar Amper Klinikum, Klinikum München Ost in Haar bei München erhoben.

2 Material und Methodik

2.1 Gesamtkollektiv

2.1.1 Schizophrenie vs Affektive Störung

Das Gesamtkollektiv der Studie beinhaltete 114 Patienten.

72 Patienten mit Schizophrenie, standen 42 Patienten mit einer affektiven Störung gegenüber. Signifikante Unterschiede bezüglich Krankheitsverlauf, Psychopathologie und Lebensqualität wurden herausgearbeitet.

2.1.2 Unipolare vs Bipolare Störung

Innerhalb der affektiven Störungen wurde ein Vergleich zwischen der Major Depression (MDE) und der bipolaren Störung gezogen. Von den 42 affektiv Erkrankten, litten 26 Patienten an einer MDE und 16 Personen an einer bipolaren Störung.

2.1.3 Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

Ob das psychotische Erleben affektiv Erkrankter auf deren Krankheitsverlauf, die Psychopathologie sowie die Lebensqualität, Einfluss hat, wurde mit diesem dritten Vergleich ermittelt. 18 affektiv erkrankte Patienten mit psychotischer Symptomatik wurden 24 affektiv Erkrankten ohne psychotische Symptomatik gegenübergestellt.

2.2 Vergleichspunkte

2.2.1 Krankheitsverlauf

Zum Krankheitsverlauf wurden in dieser Studie mehrere Faktoren berücksichtigt. Die Anzahl der stationären Behandlungstage, sowie die Anzahl der Rückfälle, hartes Kriterium, d.h. mit stationärer Aufnahme. Ebenso waren der Verlauf der Remission und das Vorkommen von Episoden mit akut psychotischer Symptomatik während des Katamnesezeitraumes von immenser Wichtigkeit. Als Verlaufs- und Prognoseskala wurde die Strauss-Carpenter-Skala (siehe 2.3.4) eingesetzt. Somit konnte auch die Chronifizierungsrate der psychiatrischen Erkrankungen angegeben werden.

2.2.2 Psychopathologie

Um psychopathologische Befunde darstellen und vergleichen zu können, wurden nur standardisierte Skalen eingesetzt.

Als Beurteilungsskalen für den psychopathologischen Befund dienten: die BPRS (Brief Psychiatric Rating Scale) zur Ermittlung von psychopathologischen Symptomenkomplexen, die GAF (Global Assessment of Functioning Scale) zur Ermittlung des derzeitigen Funktionsniveaus, die CGI (Clinical Global Impressions) zur Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung, und die SDS (Schedule for the Deficit Syndrome) um Mangelsymptomatik nachweisen zu können.

2.2.3 Lebensqualität

2.2.3.1 Objektive Lebensqualität

Die objektive Lebensqualität wurde durch die Bereiche Arbeit, unterteilt in Quantität und Qualität der Arbeit, und Wohnen beurteilt. Des Weiteren war die Inanspruchnahme von psychosozialen Hilfen von Interesse. Demographische Daten wie Schulbildung und soziale Schichtzugehörigkeit wurden ebenfalls berücksichtigt.

2.2.3.2 Subjektive Lebensqualität

Die Zufriedenheitsskala MLDL-GI (Münchener Lebensqualität- Dimensionsliste Giessener Modifikation) diente zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität der Patienten zum Untersuchungszeitpunkt. Hierbei handelt es sich um ein Verfahren hinsichtlich psychosozialer Aspekte. Durch den Inhalt der Items weist die Skala eine hohe Affinität zum Konzept der Lebensqualität auf (Bullinger et al. 2000).

2.3 Standardisierte Erhebungsinstrumente

Standardisierte psychiatrische Skalen und Interviews, die für die vorliegende Untersuchung ausgewählt wurden, werden im Folgenden kurz beschrieben.

2.3.1 Strukturiertes klinisches Interview für DSM-IV (SKID) (Wittchen 1997)

Das strukturierte klinische Interview ist ein ökonomisches, effizientes und reliables Verfahren zur Diagnostik psychischer Störungen nach DSM-IV.

Das SKID-Interview beginnt mit einer kurzen Instruktion für den Interviewer und allgemeinen Informationen zum Patienten. Daran schließt sich ein einfacher Explorationsleitfaden an, der dazu dient, sich einen Überblick über die derzeitigen Hauptprobleme zu verschaffen und somit die im Verlauf der nachfolgenden Sektionen erhaltenen Informationen besser bewerten und kodieren zu können. Dieser Überblick soll relativ kurz gehalten werden, um den darauffolgenden Detailfragen in den einzelnen diagnostischen Sektionen nicht vorzugreifen. Wenn die Screening-Fragen für die einzelnen Sektionen im Anschluss an den Explorationsleitfaden verneint werden, können die entsprechenden Sektionen übersprungen werden. Auf die Screening-Fragen folgt das eigentliche SKID-Interview mit den Sektionen A (Affektive Syndrome) bis J (optionale Störungen). Am Ende des Interviews befindet sich die SKID-Diagnosekodierung, die nach Abschluss des Interviews auszufüllen ist und ermöglicht die DSM-IV Diagnosestellung.

2.3.2 Auswertungsbogen

Dieser speziell für Langzeitkatamnesen erstellte Auswertungsbogen beinhaltet folgende Punkte: Krankheitszustand und Behandlung, Rückfälle, Medikation, Behandlung während des 5-Jahres-Katamnesezeitraums, Behandlungsstatus zum Zeitpunkt der 5-Jahres-Katamnese, Arbeitssituation zum Zeitpunkt der 5-Jahres-Katamnese, Wohnverhältnisse und Lebenssituation, Gesamtbeurteilung des Krankheitsverlaufes, soziales Funktionsniveau (GAF, CGI), zwischenmenschliche Beziehungen, Freizeit und Erholung, Zufriedenheit, Partnerbeziehung und Familienstand, besondere Lebensereignisse und Drogenkonsum.

2.3.3 Fünf-Jahres Katamneseblatt

Das Katamneseblatt wurde in Anlehnung an die „Follow-up History and Socio-Demographic Description“ der WHO (Weltgesundheitsorganisation 1980) entwickelt. Auf diesem Fragebogen können für jeden Patienten gesondert die nachstehenden Fragekomplexe übersichtlich im gesamten Katamnesezeitraum verfolgt werden: Psychiatrische Behandlung, Psychopathologie, soziale Situation, Partnerschaft und Life-Events. Die Daten können Monat für Monat im Katamnesezeitraum exakt verfolgt und vermerkt werden.

2.3.4 Strauss-Carpenter-Skala (Strauss, Carpenter 1972, 1974)

Für die vorliegende Untersuchung wurde die nach Strauss und Carpenter revidierte Version der Prognoseskala von 1974 verwendet. Sie ist eine mehrdimensionale Prognoseskala, die Prädiktoren aus verschiedenen Merkmalsbereichen (Psychopathologie, soziale Adaptation und Krankheitsanamnese) als Beurteilungskriterien einbezieht.

Der Vorteil dieser Prognoseskala ist der multidimensionale Ansatz, da eine Prognose psychiatrischer Erkrankungen auf der Basis eines einzelnen Prädiktors in nur beschränktem Maße möglich ist.

Die Skala besteht aus 11 Einzelitems. (1. *Ausmaß an nützlicher Arbeit im letzten Jahr.* 2. *Überwiegende Qualität nützlicher Arbeit im letzten Jahr.* 3. *Soziale Klassenzugehörigkeit.* 4. *Anzahl von Sozialkontakten im letzten Jahr.* 5. *Qualität sozialer Kontakte.* 6. *Übliche heterosexuelle Beziehungen im letzten Jahr.* 7. *Vorkommen von Denkstörungen, Wahn oder Halluzinationen im letzten Jahr.* 8. *Vorkommen von Depression, Hypomanie oder Manie im letzten Jahr.* 9. *Angabe über das Ausmaß subjektiver Gequältheit im letzten Monat.* 10. *Übliche Fähigkeit im letzten Jahr, vitale Bedürfnisse selbst zu befriedigen.* 11. *Übliche Lebensfülle im letzten Jahr).*

Der Summenscore ergibt sich durch Addition der innerhalb der Einzelitems vergebenen Punktescores, wobei ein durch ein Item repräsentiertes Merkmal, je nach seinem Ausprägungsgrad fünf-stufig (von 0-4) gewichtet wird. Die erreichbaren Summenscores liegen demnach zwischen minimal 14 und maximal 70 Punkten. Ein hoher Summenscore spricht eher für einen günstigen Krankheitsverlauf, ein niedrigerer eher für ein chronifiziertes Krankheitsbild.

Der prognostische Wert der Items, sowie die Inter-Rater-Reliabilität dieser Skala haben sich in verschiedenen Studien als hoch erwiesen.

2.3.5 Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) (Overall, Gorham 1976)

Folgende Symptomkomplexe werden nach der Stärke ihres Vorhandenseins auf einer Skala von 1–7 eingeschätzt (1 nicht vorhanden bis 7 sehr stark vorhanden):

BPRS-1 Körperbezogenheit, BPRS-2 Angst, BPRS-3 Depressivität, BPRS-4 Schuldgefühle, BPRS-5 Feindseligkeit, BPRS-6 Misstrauen, BPRS-7 Ungewöhnliche Denkinhalte, BPRS-8 Größenideen, BPRS-9 Halluzinationen, BPRS-10 Desorientierung, BPRS-11 Zerfall der Denkprozesse, BPRS-12 Erregung, BPRS-13 Motorische Verlangsamung, BPRS-14 Affektverflachung, BPRS-15 Gespanntheit, BPRS-16 Manieriertheit, Positur, BPRS-17 Unkooperatives Verhalten, BPRS-18 Emotionaler Rückzug, BPRS-19 Suizidalität, BPRS-20 Äußere Vernachlässigung, BPRS-21 Bizarres Verhalten, BPRS-22 Euphorie, BPRS-23 Motorische Überaktivität, BPRS-24 Ablenkbarkeit

Der Gesamt-Rohwert kann als Ausmaß der psychischen Gestörtheit interpretiert werden. Die Autoren identifizierten folgende Faktorenstruktur: Angst/Depression, Anergie, Denkstörung, Aktivierung, Feindseligkeit/ Misstrauen.

2.3.6 Global Assessment of Functioning Scale (GAF) (Endicott, Spitzer 1976)

Hierbei handelt es sich um ein geeignetes Instrument zur zusammenfassenden Beurteilung von psychopathologischen Störungen und Störungen der sozialen Adaptation zu verschiedenen Zeitpunkten im Krankheitsverlauf. Diese Skala, die zur Globalbeurteilung des Funktionsniveaus dient, stellt ein hypothetisches Kontinuum zwischen seelischer Gesundheit (90) und Krankheit (bis 1) dar. Die Zuordnung zu einem dieser Bereiche erfolgt unter Berücksichtigung der Krankheitssymptomatik und der Adaptationsdefizite in verschiedenen Bereichen. Innerhalb der beiden höchsten Skalenintervalle (100 bis 81) sollen Individuen repräsentiert sein, die sozial optimal adaptiert sind und denen eine relevante Psychopathologie fehlt; das „globale Funktionsniveau“ dieser Patienten zeigt keine oder allenfalls minimale Beeinträchtigung.

Innerhalb des nachfolgenden Skalenintervalls (80 bis 71) werden Personen eingestuft, die keine oder nur eine geringgradig ausgeprägte Psychopathologie zeigen, die aber nicht über die gleichen positiven Merkmale geistiger Gesundheit verfügen, wie die ranghöher eingestuften Patienten. Als positive Merkmale geistiger Gesundheit werden hierbei Eigenschaften wie Interessenvielfalt, Integrität, die Erfüllung einer führenden Tätigkeit im beruflichen oder privaten Bereich und soziales Wirken verstanden. Die Skalen werden mit steigender Psychopathologie und zunehmender sozialer Inkompetenz abgestuft. Das

Skalenintervall (10 bis 1) umfasst Patienten mit ständiger Gefahr der Fremd- und Selbstgefährdung, mit Vollzug eines ernsthaften Selbstmordversuchs mit eindeutiger Suizidabsicht oder der anhaltenden Unfähigkeit, eine minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten. Der GAF hat sich in mehreren Untersuchungen als sehr reliabel und valide erwiesen und bietet die Möglichkeit einer einfachen, aber informationsreichen Beschreibung des IST- Zustandes des Patienten (Möller 1986).

2.3.7 Clinical Global Impressions (CGI) (National Institute of Mental Health 1970, 1976)

Diese Skala dient der Absicherung der Trennung zwischen den schwer und leichter erkrankten Patienten und bezieht sich in ihrem ersten Item auf den Zeitpunkt der Katamneseuntersuchung und in ihrem zweiten Item auf den gesamten bisherigen Verlauf.

2.3.8 Schedule for the Deficit Syndrome (SDS) (Strauss, Carpenter 1974)

Diese Skala stellt einen Beurteilungsbogen für Defizitsymptomatik dar.

Aufgrund dieser Interviewdaten wird das Vorhandensein einer Defizitsymptomatik beurteilt. Zusätzlich kann sich der Beurteiler aus dem Eindruck, der durch das Interview gewonnen wird eine Gesamteinschätzung über die Schwere der Defizitsymptomatik auf einer Skala von 0–4 machen. Folgende Bereiche der Defizitsymptomatik werden dann beurteilt: *SDS-1 Verminderter Affekt, SDS-2 Einengung der Vielfalt emotionaler Erfahrung, SDS-3 Sprachverarmung, SDS-4 Einschränkung der Interessen, SDS-5 Vermindertes Gefühl der Sinnhaftigkeit und Zielorientierung, SDS-6 Verminderter sozialer Antrieb.*

2.3.9 Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste (Giessener Modifikation) (MLDL-GI) (Franz, Plüddeman 1996)

Bei der MLDL-GI handelt es sich um ein standardisiertes Interview, zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität. Sie erfasst den Zufriedenheitsaspekt subjektiver Lebensqualität (sLQ). Die Liste basiert auf subjektiven Theorien von Normalprobanden zur Lebensqualität. Ein Vergleich mit den subjektiven Theorien Schizophrener ergab, dass die MLDL zentrale Bereiche der sLQ schizophrener Menschen erfasst (Franz 1997). Die MLDL-GI hat sich sensitiv für zeitlich umschriebene Veränderungen bzw. Störungen der sLQ und Unterschiede der sLQ unter verschiedenen Neuroleptika (Franz et al. 1996)

erwiesen. Gefragt wird nach der Zufriedenheit in 19 wichtigen Lebensbereichen. Die Antwort erfolgt mittels einer 7-stufigen Skalierung (von 0-6), die den Patienten vorgelegt wird.

Bis auf das Untersuchungsinstrument SKID sind alle Skalen als Anhang zur Veranschaulichung dieser Arbeit beigefügt. (ab Seite 85)

2.4 Praktische Durchführung der Untersuchung

Die Patienten wurden während ihres ersten stationären Aufenthaltes konsekutiv erfasst und gefragt, ob sie an einer von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Katamnese studie teilnehmen wollen. Ihre Einwilligung erfolgte nach einer ausführlichen mündlichen und schriftlichen Aufklärung über die Teilnahmebedingungen. Alle Patienten waren zum Zeitpunkt der Indexepisode erstmals stationär in Behandlung und waren maximal 3 Monate vor der stationären Aufnahme ambulant psychopharmakologisch vorbehandelt. Ausschlusskriterien waren eine manifeste Suchterkrankung oder eine hirnorganische Störung, sowie das Nichtbeherrschen der deutschen Sprache.

Alle Studienpatienten wurden zum Zeitpunkt der Erstaufnahme 1998 /1999, durch erfahrene Rater nach DSM-IV unter Zuhilfenahme des Klinischen Interviews für das DSM-IV (SKID 1997) diagnostiziert.

Bei der eigentlichen Katamneseerhebung nach fünf Jahren, wurde mit den Patienten ein ausführliches Katamnesegespräch geführt. Der Zeitraum von der Erstaufnahme bis zur Katamneseerhebung wurde konsekutiv Monat für Monat erfasst.

Unter Verwendung standardisierter Erhebungsinstrumente (siehe S.21) wurden demographische Daten, Krankheitsverlauf, Psychopathologie sowie objektive und subjektive Lebensqualität erfasst.

Mit dem Strukturierten Klinischen Interview für das DSM-IV (1994), (SKID I und II 1997) wurde eine erneute exakte Diagnosestellung erhoben und die zum Indexzeitpunkt erstellte Diagnose überprüft und gegebenenfalls geändert.

Zur Teilnahme an der vollständigen Katamnese erklärten sich 114 Patienten einverstanden. Der überwiegende Teil der Patienten kam zum Gespräch in die Klinik, die anderen wurden zuhause aufgesucht. Bei einem Patienten war eine Katamneseerhebung nur telefonisch möglich und 3 Patienten waren zum Katamnesezeitpunkt in stationärer Behandlung.

2.5 Statistische Methoden

Zur statistischen Auswertung der Daten kam das SPSS – Programm zur Anwendung.

Die Ergebnisse wurden als Mittelwert und deren Standardabweichung angegeben.

Häufigkeiten wurden in Anzahl Prozent beschrieben.

Für Daten auf Nominalskalenniveau wurde der Chi-Quadrat-Test für Vierfeldertafeln verwendet (z.B.: Geschlechterverteilung, Vorhandensein eines Schulabschlusses, Aufnahmeart). Hierbei handelt es sich um nicht stetige Merkmale in unabhängigen Stichproben, für die dieser Test herangezogen wurde.

Der Student-t-Test fand Anwendung bei der Auswertung von Daten auf dem Intervallskalenniveau (z.B.: Alter bei Indexhospitalisation, Anzahl stationärer Behandlungstage). Voraussetzung für diesen Test war, dass die Varianz in den untersuchten Kollektiven gleich war und die Daten normalverteilt waren.

3 Ergebnisse

3.1 Demographische Daten

Zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung

Schizophrenie vs Affektive Störung

	Schizophrenie N=72 MW (SD)/ Anzahl (%)	Affektive Störung N=42 MW (SD)/ Anzahl (%)	Chi-(χ^2) Quadrat-Test (Pearson)/ T-Test (t)	p-Wert
Alter	29.7 (9.1)	40.1 (10.9)	t = -5.465	.00
Geschlecht			$\chi^2= 0.967$	.33
- männlich	36 (50.0%)	17 (40.5%)		
- weiblich	36 (50.0%)	25 (59.5%)		
Höchstes erreichtes Ausbildungsniveau			$\chi^2= 11.162$	.00
- Hauptschule	24 (33.3%)	13 (31.0%)		
- Realschule	13 (18.1%)	19 (45.2%)		
- Gymnasium	35 (48.6%)	10 (23.8%)		
Soziale Schicht			$\chi^2= 2.937$	.56
- Untere Unterschicht	5 (6.9%)	1 (2.4%)		
- Obere Unterschicht	17 (23.6%)	14 (33.3%)		
- Untere Mittelschicht	28 (38.9%)	17 (40.5%)		
- Mittlere Mittelschicht	18 (25.0%)	7 (16.7%)		
- Oberschicht	4 (5.6%)	3 (7.1%)		
Familienstand			$\chi^2= 24.454$	.00
- verheiratet	10 (13.9%)	18 (42.9%)		
- ledig	53 (73.6%)	11 (26.2%)		
- geschieden	8 (11.1%)	11 (26.2%)		
- verwitwet	1 (1.4%)	2 (4.8%)		
Feste Beziehung			$\chi^2= 0.382$	.53
- nein	63 (87.5%)	35 (83.3%)		
- ja	9 (12.5%)	7 (16.7%)		

Tabelle 7: Demographische Daten: Schizophrenie vs Affektive Störung

Die Geschlechtsverteilung der schizophrenen Patienten war homogen. Bei den affektiven Patienten überwog der Frauenanteil um fast zwanzig Prozent. Zum Katamnesezeitpunkt waren die affektiven Patienten mit 40.1 Jahren um 10 Jahre signifikant älter ($p < .00$) als die schizophrenen Patienten. Im Bereich der Schulbildung zeichnete sich eine deutliche Mehrzahl der schizophrenen Patienten mit Abitur oder Fachabitur ab (48.6%). Bei den affektiven Patienten war die mittlere Reife der häufigste Schulabschluss ($p < .00$). Ebenfalls signifikant unterschiedlich waren Angaben zu Familienstand und Partnerschaft zwischen den beiden erfassten Patientengruppen. Während 13.9% der Schizophrenen verheiratet waren, gaben 42.9% der affektiv Erkrankten ein Eheverhältnis an. 73.6% Schizophrene aber nur 26.2% Affektive waren ledig. Die Scheidungsrate war jedoch bei den affektiv

Erkrankten mehr als doppelt so hoch als bei den schizophrenen Patienten. Als weitere demographische Daten wurde die soziale Schicht der Herkunftsfamilie nach Kleining und Moore (Kleining et al.1968) beurteilt. Gemäß der Berufszugehörigkeit der Eltern wurden die Patienten der Oberschicht, der mittleren Mittelschicht, der unteren Mittelschicht, der oberen Unterschicht sowie der unteren Unterschicht zugeordnet. Dieser Vergleich ergab keinen signifikanten Unterschied (siehe *Tabelle 7*).

Unipolare vs Bipolare Störung

	MDE N=26 MW (SD)/ Anzahl (%)	Bipolare Störung N=16 MW (SD)/ Anzahl (%)	Chi-(χ^2) Quadrat-Test (Pearson)/ T-Test (t)	p-Wert
Alter	41.6 (11.8)	37.6 (9.0)	t = 1.164	.25
Geschlecht			$\chi^2= 0.095$	.75
- männlich	11 (42.3%)	6 (37.5%)		
- weiblich	15 (57.7%)	10 (62.5%)		
Höchstes erreichtes Ausbildungsniveau			$\chi^2= 0.029$	.98
- Hauptschule	8 (30.8%)	5 (31.3%)		
- Realschule	12 (46.2%)	7 (43.8%)		
- Gymnasium	6 (23.1%)	4 (25.0%)		
Soziale Schicht			$\chi^2= 5.446$	.24
- Untere Unterschicht	0	1 (6.3%)		
- Obere Unterschicht	11 (42.3%)	3 (18.8%)		
- Untere Mittelschicht	11 (42.3%)	6 (37.5%)		
- Mittlere Mittelschicht	3 (11.5%)	4 (25.0%)		
- Oberschicht	1 (3.8%)	2 (12.5%)		
Familienstand			$\chi^2= 5.871$	.11
- verheiratet	13 (50.0%)	5 (31.3%)		
- ledig	5 (19.2%)	6 (37.5%)		
- geschieden	8 (30.8%)	3 (18.8%)		
- verwitwet	0	2 (12.5%)		
Feste Beziehung			$\chi^2= 3.958$	.06
- nein	24 (92.3%)	11 (68.8%)		
- ja	2 (7.7%)	5 (31.3%)		

Tabelle 8: Demographische Daten: Unipolare vs Bipolare Störung

Die Geschlechteraufteilung und das Alter der Patienten war bei beiden Krankheitsgruppen annähernd gleich. Der mittlere Altersdurchschnitt zum Untersuchungszeitpunkt, lag bei den unipolaren bei 41,6 Jahren und bei den bipolaren Patienten bei 37.6 Jahren. Bei Familienstand und Partnerschaft ergaben sich für die uni- und bipolar affektiv Erkrankten folgende Daten. Die Hälfte der an MDE Erkrankten waren verheiratet, 19.2% ledig und 30.8% geschieden. Bei den bipolaren Patienten gab es 31.3% verheiratete, 37.5% Ledige und 18.8% der Patienten waren geschieden. In einer festen Beziehung zu sein gaben jedoch

nur 7.7% der an MDE Erkrankten und 31.3% der an der bipolaren Störung Leidenden an. Keine statistisch signifikanten Unterschiede waren im Bereich der Schulbildung und soziale Schichtzugehörigkeit zu verzeichnen (siehe *Tabelle 8*).

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

	Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik N=18 MW (SD)/ Anzahl (%)	Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik N=24 MW (SD)/ Anzahl (%)	Chi-(χ^2) Quadrat-Test (Pearson)/ T-Test (t)	p-Wert
Alter	41.37 (11.6)	39.08 (10.4)	t = 0.672	.50
Geschlecht			$\chi^2= 5.567$	.01
- männlich	11 (61.1%)	6 (25.0%)		
- weiblich	7 (38.9%)	18 (75.0%)		
Höchstes erreichtes Ausbildungsniveau			$\chi^2= 0.315$	.85
- Hauptschule	5 (27.8%)	8 (33.3%)		
- Realschule	8 (44.4%)	11 (45.8%)		
- Gymnasium	5 (27.8%)	5 (20.8%)		
Soziale Schicht			$\chi^2= 5.908$	.20
- Untere Unterschicht	1 (5.6%)	0		
- Obere Unterschicht	5 (27.8%)	9 (37.5%)		
- Untere Mittelschicht	5 (27.8%)	12 (50.0%)		
- Mittlere Mittelschicht	5 (27.8%)	2 (8.2%)		
- Oberschicht	2 (11.1%)	1 (4.2%)		
Familienstand			$\chi^2= 4.487$	.21
- verheiratet	7 (38.9%)	11 (45.8%)		
- ledig	6 (33.3%)	5 (20.8%)		
- geschieden	3 (16.7%)	8 (33.3%)		
- verwitwet	2 (11.1%)	0		
Feste Beziehung			$\chi^2= 0.700$	.40
- nein	14 (77.8%)	21 (87.5%)		
- ja	4 (22.2%)	3 (12.5%)		

Tabelle 9: Demographische Daten: Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

Die Geschlechterverteilung zeigte bei diesen beiden Diagnosegruppen signifikante Unterschiede. 61.1% Männer und 38.9% Frauen mit psychotischer Symptomatik standen 25% Männer und 75% Frauen ohne psychotische Symptomatik gegenüber ($p < .01$). Bezüglich des Alters, des Schulabschlusses, der sozialen Schichtzugehörigkeit, des Familienstandes und der Partnerschaft, ergaben sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen diesen beiden Diagnosegruppen (siehe *Tabelle 9*).

3.2 Krankheitsverlauf

Schizophrenie vs Affektive Störung

	Schizophrenie N=72 MW (SD)/ Anzahl (%)	Affektive Störung N=42 MW (SD)/ Anzahl (%)	Chi-(χ^2) Quadrat-Test (Pearson)/ T-Test (t)	p-Wert
Stationäre Behandlungstage kumuliert (vollstationär)	208.31 (260.7)	36.95 (67.5)	t = 5.282	.00
Anzahl Rückfälle	1.69 (1.7)	0.67 (1.0)	t = 3.985	.00
Verlauf Remission			$\chi^2= 17.509$	.00
- Remission	21 (29.2%)	27 (64.3%)		
- Teilremission	20 (27.8%)	11 (26.2%)		
- chronisch	31 (43.1%)	4 (9.5%)		
Krankheitsverlauf			$\chi^2= 27.023$	.00
- vollständige Remission	7 (9.7%)	19 (45.2%)		
- 1 Episode + vollständige Remission	2 (2.8%)	2 (4.8%)		
- 1 Episode + inkomplette Remission	4 (5.6%)	3 (7.1%)		
- >1 Episode + vollständige Remission	12 (16.7%)	6 (14.3%)		
- >1 Episode vollst.+ inkomplette Remission	9 (12.5%)	2 (4.8%)		
- >1 Episode+ inkomplette Remission	7 (9.7%)	6 (14.3%)		
- kontinuierliche chronisch	24 (33.3%)	3 (7.1%)		
- kontinuierlich chronisch + Verschlechterung	7 (9.7%)	1 (2.4%)		

Tabelle 10: Krankheitsverlauf: Schizophrenie vs Affektive Störung

Für die Beurteilung des Krankheitsverlaufs, der zum Indexzeitpunkt bzw. zum 5-Jahres-Katamnesezeitpunkt diagnostizierten psychiatrischen Erkrankung, sind mehrere Faktoren von Bedeutung. Zunächst betrachten wir die stationären Behandlungstage im Untersuchungszeitraum. Hierbei fällt auf, dass die Patienten, bei denen die Diagnose einer Schizophrenie gestellt wurde, mit über 170 Tagen, einen signifikant längeren stationären Aufenthalt aufwiesen, als Patienten mit einer affektiven Erkrankung. Auch bei der Anzahl der Rückfälle unterschieden sich die beiden Gruppen statistisch signifikant. Es wurde nur das harte Kriterium betrachtet, also Rückfälle die mit einem stationären oder zumindest teilstationären Aufenthalt einhergingen. Innerhalb des 5 Jahres-Katamnesezeitraums, kam es bei den Schizophrenen im Mittel zu 1.69, bei den Affektiven zu 0.67 Rückfällen. Die Art der Remission divergierte ebenfalls sehr stark. 29.2% Schizophrene befanden sich zum Untersuchungszeitpunkt in einer vollständigen Remission, 27.8% in Teilremission und bei

43.1% musste man von einem chronischen Zustand der Erkrankung ausgehen. Bei den affektiv Erkrankten befanden sich mehr als doppelt soviel Patienten in vollständiger Remission und etwa gleich viele in Teilremission. Bei nur 9.5% der affektiven Patienten musste ein chronischer Zustand der Erkrankung festgestellt werden. Der Krankheitsverlauf wurde bei den Patienten detailliert erfragt, nach Vorkommen von Episoden akut psychotischer Symptomatik und der daran anschließenden Remissionsart. Diese Episoden, die von vielen Patienten geschildert wurden, führten jedoch nur selten zu stationären Aufenthalten. Die Anzahl vollständiger Remissionen bei den Schizophrenen lag signifikant niedriger, als bei den affektiven Störungen. Die Anzahl der Episoden akut psychotischer Symptomatik mit anschließend inkompletten Remissionen häufte sich dagegen bei den Schizophrenen signifikant. Ebenso konnte bei den Schizophrenen eine signifikant höhere Chronifizierungsrate der Erkrankung erkannt werden (siehe *Tabelle 10*).

Unipolare vs Bipolare Störung

	MDE N=26 MW (SD)/ Anzahl (%)	Bipolare Störung N=16 MW (SD)/ Anzahl (%)	Chi- (χ^2) Quadrat-Test (Pearson)/ T-Test (t)	p-Wert
Stationäre Behandlungstage	24.58 (37.7)	57.06 (96.8)	t = -1.283	.21
Anzahl Rückfälle	0.62 (1.0)	0.75 (1.0)	t = -0.418	.67
Verlauf Remission - Remission - Teilremission - chronisch	15 (57.7%) 7 (26.9%) 4 (15.4%)	12 (75.0%) 4 (25.0%) 0	$\chi^2= 2.937$	.23
Krankheitsverlauf - vollständige Remission - 1 Episode + vollständige Remission - 1 Episode + inkomplette Remission - >1 Episode + vollständige Remission - >1 Episode vollst.+ inkomplette Remission - >1 Episode+ inkomplette Remission - kontinuierliche chronisch - kontinuierlich chronisch + Verschlechterung	10 (38.5%) 2 (7.7%) 2 (7.7%) 3 (11.5%) 1 (3.8%) 4 (15.4%) 3 (11.5%) 1 (3.8%)	9 (56.3%) 0 1 (6.3%) 3 (18.8%) 1 (6.3%) 2 (12.5%) 0 0	$\chi^2= 4.952$	.66

Tabelle 11: Krankheitsverlauf: Unipolare vs Bipolare Störung

Tabelle 11 zeigt die Daten der unipolaren und bipolaren affektiven Störung bezüglich des Krankheitsverlaufes. Bei der Anzahl der stationären Behandlungstage, der Anzahl der

Rückfälle sowie der Art der Remission, ließen sich keine signifikanten Unterschiede der beiden Vergleichsgruppen verzeichnen.

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

	Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik N=18 MW (SD)/ Anzahl (%)	Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik N=24 MW (SD)/ Anzahl (%)	Chi-(χ^2) Quadrat-Test (Pearson)/ T-Test (t)	p-Wert
Stationäre Behandlungstage	27.89 (57.6)	43.75 (74.5)	t = -0.749	.45
Anzahl Rückfälle	0.33 (0.5)	0.92 (1.2)	t = -2.139	.04
Verlauf Remission - Remission - Teilremission - chronisch	14 (77.8%) 4 (22.2%) 0	13 (54.2%) 7 (29.2%) 4 (16.7%)	$\chi^2= 4.081$	.13
Krankheitsverlauf - vollständige Remission - 1 Episode + vollständige Remission - 1 Episode + inkomplette Remission - >1 Episode + vollständige Remission - >1 Episode vollst.+ inkomplette Remission - >1 Episode+ inkomplette Remission - kontinuierliche chronisch - kontinuierlich chronisch + Verschlechterung	11 (61.1%) 1 (5.6%) 1 (5.6%) 2 (11.1%) 0 3 (16.7%) 0 0	8 (33.3%) 1 (4.2%) 2 (8.3%) 4 (16.7%) 2 (8.3%) 3 (12.5%) 3 (12.5%) 1 (4.2%)	$\chi^2= 6.754$	.45

Tabelle 12: Krankheitsverlauf: Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik.

Zuletzt wird der Krankheitsverlauf bei den affektiv Erkrankten mit psychotischer Symptomatik und den affektiv Erkrankten ohne psychotische Symptomatik untersucht. Signifikante Unterschiede konnten bei der Anzahl der Krankheitsrückfälle erhoben werden. So erlitten affektive Patienten mit psychotischer Symptomatik nur etwa ein Drittel der Rückfälle als affektive Patienten ohne psychotische Symptomatik. Bei den stationären Behandlungstagen, sowie der Art der Remission ergaben sich keine signifikant unterschiedlichen Werte.

3.2.1 Strauss-Carpenter Skala

Schizophrenie vs Affektive Störung

	Schizophrenie N=72 MW(SD)	Affektive Störung N=42 MW (SD)	T-Test (t)	p-Wert
Anzahl von Sozialkontakten	2.97 (1.2)	3.38 (0.8)	t= -2.105	.03
Qualität sozialer Kontakte	2.42 (1.2)	3.52 (0.8)	t= -5.866	.00
Sexuelle Beziehungen	1.43 (1.6)	3.05 (1.5)	t= -5.162	.00
Vorkommen von Denkstörungen , Wahn, Halluzinationen	2.35 (1.3)	3.64 (1.0)	t= -5.79 0	.00
Selbstständigkeit bei vitalen Bedürfnissen	3.25 (0.9)	3.71 (0.5)	t= -3.275	.00
Übliche „Lebensfülle“	2.72 (0.7)	3.24 (0.7)	t= -3.359	.00
Strauss-Carpenter Summe	25.51 (7.4)	33.11 (5.9)	t= -5.958	.00

Tabelle 13: Strauss-Carpenter Skala: Schizophrenie vs Affektive Störung.

Die Strauss-Carpenter-Skala beinhaltet Kriterien zum Verlauf und zur Psychopathologie. Beim Vergleich zwischen Schizophrenen und affektiv Erkrankten werden hochsignifikante Unterschiede in folgenden Items ermittelt: *Anzahl von Sozialkontakten, Qualität sozialer Kontakte, Sexuelle Beziehungen, Vorkommen von Denkstörungen, Wahn und Halluzinationen, Selbstständigkeit bei vitalen Bedürfnissen* und *übliche Lebensfülle*. Des Weiteren wurde der Strauss-Carpenter Summenscore angegeben. Die Korrelation wurde mit dem Student-T-Test errechnet. Die Schizophrenen gaben bei der Häufigkeit ihrer sozialen Kontakte „1x alle 14 Tage“ an; wohingegen die Affektiven weit häufigere soziale Kontakte hatten. Die Qualität der Sozialkontakte beschrieben Schizophrene mit „ein oder mehrere mäßig enge bis ziemlich enge Beziehungen“, während die Affektiven „ein oder mehrere ziemlich enge bis enge Beziehungen“ hatten. Auch die sexuellen Beziehungen wurden von den schizophrenen Patienten als weit weniger erfüllend angegeben ($p < .00$). Das Vorkommen von Denkstörungen, Wahn und Halluzinationen war bei den Schizophrenen signifikant höher als bei den affektiv Erkrankten. Bei der Selbstständigkeit bei vitalen Bedürfnissen benötigten die an Schizophrenie Erkrankten „etwas Hilfe“, wohingegen die affektiv Erkrankten annähernd „keine Hilfe“ benötigten ($p < .00$). Zur „üblichen Lebensfülle“ äußerten sich affektive Patienten mit einem erfüllteren Leben im Gegensatz zu den schizophrenen Patienten. Beim Strauss-Carpenter Summenscore schnitten die affektiven Patienten signifikant besser ab als die schizophrenen Patienten ($p < .00$) (siehe *Tabelle 13*). Die vollständige Strauss-Carpenter Skala ist dem Anhang beigefügt.

Unipolare vs Bipolare Störung

	MDE N=26 MW (SD)	Bipolare Störung N=16 MW (SD)	T-Test (t)	p-Wert
Anzahl von Sozialkontakten	3.23 (0.9)	3.63 (0.8)	t= -1.704	.09
Qualität sozialer Kontakte	3.42 (0.9)	3.69 (0.6)	t= -1.138	.26
Sexuelle Beziehungen	2.96 (1.6)	3.19 (1.3)	t= -0.460	.64
Vorkommen von Denkstörungen , Wahn, Halluzinationen	3.81 (0.6)	3.38 (1.3)	t= 1.365	.18
Selbstständigkeit bei vitalen Bedürfnissen	3.65 (0.6)	3.81 (0.4)	t= -0.834	.40
Übliche „Lebensfülle“	3.19 (0.8)	3.31 (0.6)	t= -0.474	.63
Strauss-Carpenter Summe	32.92 (6.8)	33.43 (4.4)	t= -0.267	.79

Tabelle 14: Strauss-Carpenter Skala: Unipolare vs Bipolare Störung.

Die Prognoseskala nach Strauss und Carpenter für die Gruppe der unipolaren und bipolaren Störung, ließ keine signifikanten Unterschiede erkennen. Eine Tendenz zu häufigeren Sozialkontakten hatten bipolare im Vergleich zu unipolaren Patienten ($p < .09$).

Die Werte der Einzelitems sind in der *Tabelle 14* zu sehen.

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

	Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik N=18 MW(SD)	Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik N=24 MW (SD)	T-Test (t)	p-Wert
Anzahl von Sozialkontakten	3.28 (0.8)	3.46 (0.8)	t= -0.673	.50
Qualität sozialer Kontakte	3.50 (0.7)	3.54 (0.8)	t= -0.164	.87
Sexuelle Beziehungen	3.11 (1.5)	3.00 (1.5)	t= 0.230	.81
Vorkommen von Denkstörungen , Wahn, Halluzinationen	3.61 (1.1)	3.67 (0.9)	t= -0.175	.86
Selbstständigkeit bei vitalen Bedürfnissen	4.00 (1.6)	3.50 (0.7)	t= 3.391	.00
Übliche „Lebensfülle“	3.50 (0.6)	3.04 (0.8)	t= 1.919	.06
Strauss-Carpenter Summe	34.05 (6.1)	30.29 (9.4)	t= -1.895	.06

Tabelle 15: Strauss-Carpenter Skala: Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik.

Ein signifikanter Unterschied beim Vergleich von affektiven Patienten mit psychotischer Symptomatik und affektiven Patienten ohne psychotische Symptomatik bei der Strauss-Carpenter-Skala, fiel nur im Item *Selbstständigkeit bei vitalen Bedürfnissen* auf.

So brauchten Patienten mit psychotischer Symptomatik keine Hilfe bei der Erledigung vitaler Bedürfnisse und Patienten ohne psychotische Symptomatik benötigten etwas Hilfe bei der Erledigung vitaler Bedürfnisse ($p < .00$).

Bei der üblichen Lebensfülle gaben Patienten mit psychotischer Symptomatik ein tendenziell erfüllteres Leben an, als affektive Patienten ohne psychotische Symptomatik ($p < .06$).

Der Summenscore aller Items war für Patienten mit psychotischer Symptomatik mit fast 4 Punkten, im Trend höher als bei den Patienten ohne psychotische Symptomatik ($p < .06$) (siehe *Tabelle 15*).

3.3 Psychopathologie

Das psychopathologische Zustandsbild der Patienten zum Katamnesezeitpunkt wurde mittels der BPRS (Brief psychiatric Rating Scale), der GAF (Global Assessment of Functioning Scale), der CGI (Clinical Global Impressions) und der SDS (Schedule for the Deficite Syndrome) ermittelt.

3.3.1 BPRS

Schizophrenie vs Affektive Störung

	Schizophrenie N=72 MW (SD)	Affektive Störung N=42 MW (SD)	T-test (t)	p-Wert
Angst/Depression	6.80 (3.8)	5.57 (2.7)	t= 1.838	.06
Anergie	7.37 (4.1)	4.69 (1.8)	t= 4.749	.00
Denkstörung	7.52 (4.9)	4.38 (1.1)	t= 5.184	.00
Aktivierung	3.61 (1.3)	3.57 (1.5)	t= 0.142	.88
Feindseligkeit/Misstrauen	3.95 (1.7)	3.64 (1.8)	t= 0.908	.36
BPRS gesamt-18 Items	29.27 (10.9)	21.85 (6.5)	t= 4.554	.00
BBRS gesamt-24 Items	37.37 (13.2)	28.52 (7.8)	t= 4.483	.00

Tabelle 16: BPRS: Schizophrenie vs Affektive Störung.

Es werden die errechneten Mittelwerte und Standardabweichungen, für die von den Autoren identifizierte Faktorenstruktur *Angst/ Depression, Anergie, Denkstörung, Aktivierung* und *Feindseligkeit/Misstrauen* dargestellt. Des Weiteren werden die Summenscores sowohl für 18 Items als auch für 24 Items angegeben. Signifikante Unterschiede zwischen den schizophrenen und den affektiven Störungen waren im Punkt der *Anergie* und der *Denkstörung* zu erkennen. Es zeigten sich bei den Schizophrenen in diesen Bereichen signifikant ausgeprägtere Symptome ($p < .00$).

Ebenso zeichnete sich bei den Schizophrenen ein Trend zur ausgeprägteren Symptomatik der *Angst/Depression* ab ($p < .06$).

Die psychopathologische Gesamtbeurteilung mit 18 und 24 Items fiel für die Schizophrenen Patienten signifikant schlechter aus als für die affektiven Störungen ($p < .00$). (siehe *Tabelle 16*).

Die vollständige BPRS ist dem Anhang zu entnehmen.

Unipolare vs Bipolare Störung

	MDE N=26 MW (SD)	Bipolare Störung N=16 MW (SD)	T-test (t)	p-Wert
Angst/Depression	6.15 (3.2)	4.62 (1.2)	t= 2.166	.03
Anergie	4.92 (2.2)	4.31 (1.0)	t= 1.015	.31
Denkstörung	4.46 (1.3)	4.25 (0.6)	t= 0.565	.57
Aktivierung	3.42 (1.2)	3.81 (1.9)	t= 0.805	.42
Feindseligkeit/Misstrauen	3.53 (1.3)	3.81 (2.5)	t= 0.450	.65
BPRS gesamt-18 Items	22.50 (7.2)	20.80 (4.8)	t= 0.819	.41
BPRS gesamt-24 Items	29.11 (8.7)	27.65 (6.2)	t= 0.617	.54

Tabelle 17: BPRS: Unipolare vs Bipolare Störung.

Das Symptom der *Angst/Depression* war für Patienten mit affektiv unipolarer Störung signifikant stärker ausgeprägt als für affektiv bipolare Patienten ($p < .03$). Die restlichen psychopathologischen Symptomenkomplexe der BPRS Skala, sowie der BPRS Summen-Score der beiden Vergleichsgruppen unterschieden sich nicht signifikant voneinander (siehe *Tabelle 17*).

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

	Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik N=18 MW (SD)	Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik N=24 MW (SD)	T-test (t)	p-Wert
Angst/Depression	4.33 (0.8)	6.50 (3.2)	t= 3.112	.00
Anergie	4.44 (1.0)	4.87 (2.3)	t= 0.725	.47
Denkstörung	4.11 (0.4)	4.58 (1.4)	t= 1.474	.15
Aktivierung	3.50 (1.4)	3.62 (1.5)	t= 0.261	.79
Feindseligkeit/Misstrauen	3.27 (0.8)	3.91 (2.3)	t= 1.081	.28
BPRS gesamt-18 Items	19.66 (3.0)	23.50 (7.8)	t= -2.196	.03
BPRS gesamt-24 Items	26.16 (4.3)	30.29 (9.4)	t= -1.895	.06

Tabelle 18: BPRS: Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik.

Nur der Symptomenkomplex *Angst/Depression* war bei den affektiv Erkrankten ohne psychotische Symptomatik signifikant ausgeprägter als bei den affektiv Erkrankten mit psychotischer Symptomatik ($p < .00$). Bei der Gesamtbeurteilung 18 Items zeigten sich signifikante Unterschiede zugunsten der affektiv Erkrankten mit psychotischer Symptomatik ($p < .03$); wobei diese Patienten im 24 Item Summenscore nur im Trend besser abschnitten als die Patienten ohne psychotische Symptomatik ($p < .06$) (s. *Tab. 18*).

3.3.2 GAF/CGI

Schizophrenie vs Affektive Störung

	Schizophrenie N=72 MW (SD)	Affektive Störung N=42 MW (SD)	T-Test (t)	p-Wert
GAF 1	60.26 (11.9)	72.93 (10.5)	t= -5.698	.00
GAF 2	59.39 (12.7)	71.86 (11.1)	t= -5.272	.00
CGI 1	4.17 (1.7)	2.79 (1.4)	t= 4.443	.00
CGI 2	2.44 (1.2)	1.86 (1.0)	t= 2.555	.01

Tabelle 19: GAF/CGI: Schizophrenie vs Affektive Störung.

Der GAF (Global Assessment of Functioning Scale) verdeutlicht die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit. In dieser Studie wurden zwei Zeitpunkte zu seiner Erhebung gewählt. GAF 1 zum Zeitpunkt des Katamnetermines und GAF 2 zur Beurteilung der letzten 6 Monate vor Katamneseerhebung.

Bei beiden GAF Werten wurden bei den schizophrenen Patienten signifikant schlechtere Resultate erzielt als bei den affektiven Störungen ($p < .00$). So hatten die Schizophrenen im Schnitt mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B.: wenig Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen). Bei den affektiven Störungen kamen höchstens leichte Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit vor. Wenn Symptome vorlagen, so waren diese vorübergehend oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z.B.: Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit) (DSM-II, APA, 1987).

Mittels des CGI (Global Clinical Impression) wurde, wie oben beschrieben, der Schweregrad und die Zustandsänderung der Erkrankung beurteilt. Bei dieser Skala wurden ebenfalls zwei verschiedene Zeitpunkte bewertet. CGI 1 gab Auskunft über den Schweregrad der Erkrankung zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung und CGI 2 bewertete den gesamten bisherigen Verlauf und somit eine Zustandsänderung zum Ausgangszustand der Erkrankung. Auch hier ergaben sich zwischen den beiden Vergleichsgruppen hochsignifikante Unterschiede. Zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung wurde für die Schizophrenen die Aussage „Patient ist nur mäßig krank“ erhoben ($p < .00$). Als Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung bewerteten die Schizophrenen Patienten ihren Zustand als „nur wenig besser“ ($p < .01$). Bei den affektiven Störungen konnte die Aussage „Patient ist nur leicht krank“ gemacht werden. Im Vergleich zur Indexuntersuchung bewerteten die affektiv Erkrankten ihren Zustand als „viel besser“ (siehe *Tabelle 19*).

Unipolare vs Bipolare Störung

	Unipolare Störung N=26 MW (SD)	Bipolare Störung N=16 MW (SD)	T-Test (t)	p-Wert
GAF 1	72.69 (11.6)	73.25 (8.8)	t= -0.165	.87
GAF 2	71.73 (11.6)	72.06 (10.6)	t= -0.093	.92
CGI 1	3.00 (1.5)	2.44 (1.3)	t= 1.237	.22
CGI 2	2.08 (1.0)	1.52 (0.8)	t= 1.819	.07

Tabelle 20: GAF/CGI: Unipolare vs Bipolare Störung.

Bei den GAF Werten lagen diese beiden Diagnosegruppen im selben Beurteilungsbereich und waren somit nicht signifikant unterschiedlich. Es bestanden also höchstens leichte Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit. Bei Symptomen handelte es sich um vorübergehende bzw. normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren.

Beim CGI 2 Wert konnte für die bipolaren Patienten ein Trend von einer „viel besseren Zustandsänderung“ zu einer „sehr viel besseren Zustandsänderung“ erkannt werden ($p < .07$) (siehe *Tabelle 20*).

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

	Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik N=18 MW (SD)	Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik N=24 MW (SD)	T-Test (t)	p-Wert
GAF 1	74.78 (9.3)	71.50 (11.3)	t= 0.998	.32
GAF 2	74.83 (9.3)	69.63 (12.0)	t= 1.524	.13
CGI 1	2.17 (1.2)	3.25 (1.4)	t= -2.572	.01
CGI 2	1.50 (0.8)	2.13 (1.1)	t= -2.129	.03

Tabelle 21: GAF/CGI: Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik.

Die GAF Werte dieser beiden Vergleichsgruppen unterschieden sich nicht signifikant voneinander. Somit fielen sie in denselben Beurteilungsbereich mit höchstens leichten Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.

Im CGI 1 Wert unterschieden sich die Diagnosegruppen statistisch signifikant. Bei Patienten mit psychotischer Symptomatik handelte es sich zum Katamnesezeitpunkt um „einen Grenzfall einer psychiatrischen Erkrankung“ wohingegen die Patienten ohne psychotische Symptomatik als „leicht krank“ eingestuft wurden ($p < .01$).

Bei der Beurteilung der Zustandsänderung im CGI 2 Wert, gab es ebenfalls signifikante Unterschiede. Patienten mit psychotischer Symptomatik beurteilten ihren Zustand als „sehr viel besser“ wohingegen Patienten ohne psychotische Symptomatik ihren Zustand als „viel besser“ beschrieben ($p < .03$) (siehe *Tabelle 21*).

3.3.3 SDS

Schizophrenie vs Affektive Störung

	Schizophrenie N=72 Anzahl (%)	Affektive Störung N=42 Anzahl (%)	Chi-(χ^2) Quadrat-Test /Pearson	p-Wert
Keine überdauernde Mangelsymptomatik	51 (70.8%)	41 (97.6%)	$\chi^2 = 12.220$	.00
Überdauernde Mangelsymptomatik	21 (29.2%)	1 (2.4%)		

Tabelle 22: SDS: Schizophrenie vs Affektive Störung.

Mit der SDS (Schedule for the Deficite Syndrome) Skala wurde, wie oben beschrieben, die Mangelsymptomatik der Erkrankten getestet. Die überdauernde Mangelsymptomatik wurde retrospektiv für die letzten 12 Monate betrachtet.

30% der schizophrenen Patienten zeigten eine überdauernde Mangelsymptomatik während der letzten zwölf Monate. Im Vergleich zu den affektiv Erkrankten, bei denen nur ein Patient über Mangelsymptomatik berichtetet, ist dieser Wert hochsignifikant ($p < .00$). (siehe *Tabelle 22*).

Unipolare vs Bipolare Störung

	Unipolare Störung N=26 Anzahl (%)	Bipolare Störung N=16 Anzahl (%)	Chi-(χ^2) Quadrat-Test (Pearson)	p-Wert
Keine überdauernde Mangelsymptomatik	25 (96.2%)	16 (100%)	$\chi^2 = 0.630$	.42
Überdauernde Mangelsymptomatik	1 (3.8%)	0		

Tabelle 23: SDS: Unipolare vs Bipolare Störung

Bezüglich der überdauernden Mangelsymptomatik innerhalb der letzten zwölf Monate ergaben sich bei den uni- und bipolaren Patienten keine signifikanten Unterschiede. Eine Mangelsymptomatik wurde von beiden Gruppen verneint ($p < .42$). (siehe *Tabelle 23*).

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

	Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik N=18 Anzahl (%)	Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik N=24 Anzahl (%)	Chi- (χ^2) Quadrat-Test (Pearson)	p-Wert
Keine überdauernde Mangelsymptomatik	18 (100%)	23 (95.8%)	$\chi^2= 0.768$	.38
Überdauernde Mangelsymptomatik	0	1 (4.2%)		

Tabelle 24: SDS: Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik.

Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede konnten bei den affektiven Patientengruppen mit und ohne psychotischer Symptomatik eruiert werden. Die Patienten empfanden keine überdauernde Mangelsymptomatik in den letzten 12 Monaten ($p < .45$) (siehe *Tabelle 24*).

3.4 Lebensqualität

3.4.1 Objektive Lebensqualität

3.4.1.1 Psychosoziale Hilfen

Schizophrenie vs Affektive Störung

	Schizophrenie N=72 Anzahl (%)	Affektive Störung N=42 Anzahl (%)	Chi (χ^2) Quadrat-Test (Pearson)	p-Wert
Psychosoziale Hilfen			$\chi^2= 10.987$	.02
- keine	41 (56.9%)	32 (76.2%)		
- SPDdi	5 (6.9%)	1 (2.4%)		
- Psychologe/ Psychotherapeut	9 (12.5%)	8 (19.0%)		
- betreutes Wohnen	13 (18.1%)	1 (2.4%)		
- betreutes Arbeiten	4 (5.6%)	0		

Tabelle 25: Psychosoziale Hilfen: Schizophrenie vs Affektive Störung.

Die Inanspruchnahme der Patienten von psychosozialen Hilfen spielt als Einflussfaktor zur objektiven Lebensqualität eine bedeutende Rolle. Bei den beiden Vergleichsgruppen konnten in diesem Bereich signifikante Unterschiede festgestellt werden. So waren bei den Schizophrenen fast die Hälfte auf psychosoziale Hilfen angewiesen, bei den affektiven Störungen nur etwa ein Viertel. Einige schizophrene Patienten wurden vom Sozial psychiatrischen Dienst (SPDi) betreut und fast ein Viertel der schizophrenen Patienten nutzte betreutes Wohnen oder Arbeiten. Bei den affektiv Erkrankten lag die Hauptunterstützung in der psychologischen Betreuung ($p<.02$).

Unipolare vs Bipolare Störung

	Unipolare Störung N=26 Anzahl (%)	Bipolare Störung N=16 Anzahl (%)	Chi (χ^2) Quadrat-Test (Pearson)	p-Wert
Psychosoziale Hilfen			$\chi^2= 2.246$	.52
- keine	20 (76.9%)	12 (75.0%)		
- SPDdi	0	1 (6.3%)		
- Psychologe/ Psychotherapeut	5 (19.2%)	3 (18.8%)		
- betreutes Wohnen	1 (3.8%)	0		

Tabelle 26: Psychosoziale Hilfen: Unipolare vs Bipolare Störung.

Die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen ergab bei den uni- und bipolaren Patienten keine statistisch signifikanten Unterschiede ($p < .52$). Jeweils dreiviertel von beiden Untersuchungsgruppen waren auf keinerlei Hilfe angewiesen.

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

	Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik N=18 Anzahl (%)	Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik N=24 Anzahl (%)	Chi (χ^2) Quadrat-Test (Pearson)	p-Wert
Psychosoziale Hilfen			$\chi^2 = 3.336$	.34
- keine	15 (83.3%)	17 (70.8%)		
- SPD	1 (5.6%)	0		
- Psychologe/ Psychotherapeut	2 (11.1%)	6 (25.0%)		
- betreutes Wohnen	0	1 (4.2%)		

Tabelle 27: Psychosoziale Hilfen: Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik.

Ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich waren die Ergebnisse der Patientengruppen der affektiven Störung mit und ohne psychotischer Symptomatik ($p < .34$). Wenn psychosoziale Hilfen in Anspruch genommen wurden dann hauptsächlich durch Psychologen.

3.4.1.2 Arbeit

3.4.1.2.1 Quantität der Arbeit

Schizophrenie vs Affektive Störung

	Schizophrenie N=72 Anzahl (%) MW (SD)	Affektive Störung N=42 Anzahl (%) MW (SD)	Chi (χ^2) Quadrat-Test (Pearson)/ T-Test (t)	p-Wert
Quantität Arbeit			$\chi^2= 8.090$	.04
- keine Arbeit	22 (30.6%)	9 (21.4%)		
- Geringfügig (<10h)	6 (8.3%)	0		
- Teilzeit	8 (11.1%)	2 (4.8%)		
- Vollzeit	36 (50.0%)	31 (73.8%)		
Monate Vollzeitarbeit (mit SV-Beiträgen)	22.85 (22.9)	41.43 (22.8)	t= -4.175	.00
Monate geringbeschäftigt (ohne SV- Beiträge)	1.32 (5.0)	0.05 (0.3)	t= 2.139	.03
Monate krankgeschrieben (>4 Wochen)	10.35 (11.5)	3.38 (5.2)	t= 4.414	.00
Monate Sozialhilfe	8.25 (18.9)	2.43 (11.1)	t= 2.068	.04
Qualität der Arbeit			$\chi^2= 19.556$	.01
- Keine Arbeit	10 (13.9%)	4 (9.5%)		
- Freier Arbeitsmarkt	22 (30.6%)	25 (59.5%)		
- Zweiter Arbeitsmarkt	3 (4.2%)	0		
- Arbeitstherapie, Tagesstrukturierung	8 (11.1%)	0		
- Hausfrau/-mann,	2 (2.8%)	4 (9.5%)		
- Ausbildung freier Arbeitsmarkt	8 (11.1%)	0		
- Universität/ Studium	4 (5.6%)	2 (4.8%)		
- Rehabilitation	3 (4.2%)	1 (2.4%)		
- Rentner	12 (16.7%)	6 (14.3%)		

Tabelle 28: *Quantität und Qualität der Arbeit: Schizophrenie vs Affektive Störung.*

In Bezug auf die Arbeitssituation zeigten sich für Schizophrene und affektiv Erkrankte signifikante Unterschiede. Zum Zeitpunkt der Katamneseerhebung waren 30,6% der schizophrenen Patienten ohne Arbeit, die Hälfte der Patienten ging einer Vollzeitbeschäftigung nach. Der Rest arbeitete Teilzeit oder war geringfügig beschäftigt. Bei den affektiv Erkrankten waren 73,8% Vollzeit beschäftigt und nur 21,4% waren ohne Arbeit (p<.04).

Im Durchschnitt haben Schizophrene im gesamten Katamnesezeitraum 22,85 Monate Vollzeit gearbeitet. Die Affektiven leisteten im gleichen Zeitraum 41,43 Monate Vollzeitarbeit mit Sozialversicherungsbeiträgen (p<.00). Geringfügig beschäftigt ohne

Sozialversicherungsbeiträge zu zahlen, waren die Schizophrenen im Mittel 1,32 Monate, die affektiv Erkrankten dagegen nur 0,05 Monate ($p < .03$).

Ein deutlicher Unterschied bestand auch bei der Dauer der Krankschreibungen. So wurden Schizophrene im Schnitt 7 Monate länger krankgeschrieben als ihre affektive Vergleichsgruppe ($p < .00$). Sozialhilfe wurde von Schizophrenen über durchschnittlich 8,25 Monate bezogen. Bei den Affektiven waren es nur 2,43 Monate ($p < .04$) (siehe *Tabelle 28*).

Unipolare vs Bipolare Störung

	Unipolare Störung N=26 Anzahl (%) MW (SD)	Bipolare Störung N=16 Anzahl (%) MW (SD)	Chi (χ^2) Quadrat-Test (Pearson)/ T-Test (t)	p-Wert
Quantität Arbeit			$\chi^2 = 2.849$	.24
- keine Arbeit	7 (26.9%)	2 (12.5%)		
- Teilzeit	2 (7.7%)	0		
- Vollzeit	17 (65.4%)	14 (87.5%)		
Monate Vollzeitarbeit (mit SV-Beiträgen)	37.62 (23.9)	47.63 (20.0)	t= -1.395	.17
Monate geringbeschäftigt (ohne SV- Beiträge)	0.08 (0.3)	0.00	t= 0.781	.44
Monate krankgeschrieben (>4 Wochen)	3.81 (5.7)	2.69 (4.2)	t= 0.671	.50
Monate Sozialhilfe	3.92 (14.0)	0.00	t= 1.420	.16
Qualität der Arbeit			$\chi^2 = 2.805$	.73
- keine Arbeit	3 (11.5%)	1 (6.3%)		
- Freier Arbeitsmarkt	14 (53.8%)	11 (68.8%)		
- Hausfrau/-mann,	2 (7.7%)	2 (12.5%)		
- Universität/ Studium	1 (3.8%)	1 (6.3%)		
- Rehabilitation	1 (3.8%)	0		
- Rentner	5 (19.2%)	1 (6.3%)		

Tabelle 29: Quantität und Qualität der Arbeit: Unipolare vs Bipolare Störung.

Im Bereich der Quantität der Arbeit, waren bei den unipolaren und bipolaren Patienten keine signifikanten Unterschiede zu verzeichnen (siehe *Tabelle 29*).

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

	Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik N=18 Anzahl (%) MW (SD)	Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik N=24 Anzahl (%) MW (SD)	Chi (χ^2) Quadrat-Test (Pearson)/ T-Test (t)	p-Wert
Quantität Arbeit - keine Arbeit - Teilzeit - Vollzeit	5 (27.8%) 1 (5.6%) 12 (66.7%)	4 (16.7%) 1 (4.2%) 19 (79.2%)	$\chi^2= 0.852$	.65
Monate Vollzeitarbeit (mit SV-Beiträgen)	40.78 (25.7)	41.92 (20.9)	t= -0.158	.87
Monate geringbeschäftigt (ohne SV- Beiträge)	0.00	0.08 (0.4)	t= -0.863	.39
Monate krankgeschrieben (>4 Wochen)	1.78 (3.5)	4.58 (5.9)	t= -1.896	.06
Monate Sozialhilfe	0.00	4.25 (14.6)	t= -1.422	.16
Qualität der Arbeit - keine Arbeit - Freier Arbeitsmarkt - Hausfrau/-mann, - Universität/ Studium - Rehabilitation - Rentner	0 11 (61.1%) 1 (5.6%) 2 (11.1%) 0 4 (22.2%)	4 (16.7%) 14 (58.3%) 3 (12.5%) 0 1 (4.2%) 2 (8.3%)	$\chi^2= 8.340$	.13

Tabelle 30: Quantität und Qualität der Arbeit: Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik.

Einziger Unterschied bei diesen beiden Vergleichsgruppen bezüglich der Quantität der Arbeit, lag bei den Krankschreibungen. So waren affektiv Erkrankte ohne psychotische Symptomatik im Schnitt mit 4,58 Monaten fast viermal so lang krankgeschrieben als die Patienten mit psychotischer Symptomatik ($p < .06$). Alle übrigen Vergleiche waren nicht signifikant unterschiedlich.

3.4.1.2.2 Qualität der Arbeit

Schizophrenie vs Affektive Störung

Vergleicht man die Schizophrenen mit den affektiv Erkrankten bezüglich der Arbeitsqualität, so konnten ebenfalls signifikante Unterschiede festgestellt werden ($p < .01$). Während sich 30.6% der Schizophrenen zum Untersuchungszeitpunkt am freien Arbeitsmarkt befanden, waren es bei den affektiv Erkrankten fast doppelt so viele. Am zweiten Arbeitsmarkt, in Arbeitstherapie sowie in Ausbildung zum freien Arbeitsmarkt, waren ausschließlich schizophrene Patienten zu finden. Als Hausfrau/-mann waren 2,8%

der Schizophrenen und 9,5% der affektiv Erkrankten tätig. Bei den restlichen Punkten zur Qualität der Arbeit waren sich die beiden Erkrankungsgruppen relativ ähnlich. (siehe *Tabelle 28*).

Unipolare vs Bipolare Störung

Bezüglich der Qualität der Arbeit ergaben sich für uni- und bipolare Patienten keine signifikanten Unterschiede ($p < .73$). (siehe *Tabelle 29*).

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

Ebenfalls keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Arbeitsqualität, ergaben sich bei den affektiven Patienten mit psychotischer Symptomatik, im Vergleich zu den affektiven Patienten ohne psychotische Symptomatik ($p < .13$). (siehe *Tabelle 30*).

3.4.1.3 Wohnen

Schizophrenie vs Affektive Störung

	Schizophrenie N=72 Anzahl (%)	Affektive Störung N=42 Anzahl (%)	Chi- (χ^2) Quadrat-Test (Pearson)	p-Wert
Wohnverhältnisse			$\chi^2 = 11.433$.01
-stationär	3 (4.2%)	0		
-komplementäre Einrichtung	16 (22.2%)	1 (2.4%)		
-selbst. Wohnen	52 (72.2%)	41 (97.6%)		
-ohne festen Wohnsitz	1 (1.4%)	0		
Wohnsituation			$\chi^2 = 24.396$.00
-alleine	26 (36.1%)	13 (31.0%)		
-bei Eltern/ Angehörigen	16 (22.2%)	6 (14.3%)		
-mit Partner	10 (13.9%)	22 (52.4%)		
-Wohngemeinschaft	17 (23.6%)	1 (2.4%)		
-Pat. in Klinik	3 (4.2%)	0		

Tabelle 31: Wohnen: Schizophrenie vs Affektive Störung

Ein weiterer Indikator für objektive Lebensqualität ist die jeweilige Wohnsituation der Patienten. Deshalb wurden die Patienten zum Katamnesezeitpunkt zu ihrem aktuellen Wohnverhältnis und ihrer Wohnsituation befragt. Hochsignifikant waren hier die Unterschiede zwischen den schizophrenen und affektiven Patientengruppen. Bei den Schizophrenen waren zum Zeitpunkt der Befragung 4.2% der Patienten stationär, in

komplementären Einrichtungen befanden sich 22.2% Schizophrene, jedoch nur ein affektiv Erkrankter. Selbständiges Wohnen gaben über siebzig Prozent der Schizophrenen und 97.6% der Affektiven an. Ohne festen Wohnsitz war nur 1 schizophrener Patient ($p < .01$). Bei der Frage nach der Wohnsituation gaben über zwanzig Prozent der Schizophrenen an, bei den Eltern zu wohnen, bei den affektiven Patienten waren es nur 14.3%. Auch die Zahl derer, die mit dem Partner zusammenlebten differierte signifikant. So gaben nur 13.9% der Schizophrenen an mit dem Partner zusammen zu leben, bei den affektiv Erkrankten waren es über fünfzig Prozent. Fast ein Viertel der Schizophrenen, und nur ein affektiver Patient lebte in einer therapeutischen Wohngemeinschaft ($p < .00$) (siehe *Tabelle 31*).

Unipolare vs Bipolare Störung

	Unipolare Störung N=26 Anzahl (%)	Bipolare Störung N=16 Anzahl (%)	Chi- (χ^2) Quadrat-Test (Pearson)	p-Wert
Wohnverhältnisse -komplementäre Einrichtung -selbständiges Wohnen	1 (3.8%) 25 (96.2%)	0 16 (100%)	$\chi^2 = 0.630$	.42
Wohnsituation -alleine -bei Eltern/ Angehörigen -mit Partner -Wohngemeinschaft	6 (23.1%) 2 (7.7%) 17 (65.4%) 1 (3.8%)	7 (43.8%) 4 (25.0%) 5 (31.3%) 0	$\chi^2 = 6.263$	.09

Tabelle 32: Wohnen: Unipolare vs Bipolare Störung.

Im Vergleich ergaben die Daten zu den Wohnverhältnissen und der Wohnsituation von Depressiven und bipolar Erkrankten keine signifikanten Unterschiede.

Zur Wohnsituation gaben 23.1% MDE Patienten an, alleine zu wohnen, bei den Bipolaren waren es fast doppelt so viel. 7.7% der MDE Patienten gaben an bei den Eltern oder Angehörigen zu wohnen, während bei den bipolaren Patienten mehr als dreimal so viel bei den Eltern oder Angehörigen wohnten. Auch mit dem Partner zusammen lebten doppelt so viel unipolare Patienten als bipolare ($p < .09$). Somit zeigte sich ein Trend zur besseren Wohnsituation von unipolar affektiven Patienten gegenüber den bipolar affektiven Patienten. (siehe *Tabelle 32*).

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

	Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik N=18 Anzahl (%)	Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik N=24 Anzahl (%)	Chi- (χ^2) Quadrat-Test (Pearson)	p-Wert
Wohnverhältnisse				
-komplementäre Einrichtung	0	1 (4.2%)	$\chi^2= 0.768$	.38
-selbst. Wohnen	18 (100%)	23 (95.8%)		
Wohnsituation				
-alleine	6 (33.3%)	7 (29.2%)	$\chi^2= 0.867$	.80
-bei Eltern/ Angehörigen	3 (16.7%)	3 (12.5%)		
-mit Partner	9 (50.0%)	13 (54.2%)		
-Wohngemeinschaft	0	1 (4.2%)		

Tabelle 33: Wohnen: Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik.

Keine signifikanten Unterschiede bezüglich den Wohnverhältnissen und der Wohnsituation, ergaben sich für die beiden Untergruppen der affektiven Störung.

3.4.2 Subjektive Lebensqualität

Die subjektive Lebensqualität wurde als Zufriedenheit (im Sinne der kognitiven Komponente von Lebensqualität), mit der MLDL-GI (Münchner Lebensqualitäts-Dimensionsliste, Giessener Modifikation) erfasst. Der Gesamtwert der Skala (Lebenszufriedenheit über alle Bereiche) wurde als Mittelwert der Einzelscores berechnet. Die Ausprägung der Zufriedenheit in den einzelnen Lebensbereichen ist als Mittelwert und Standardabweichung in den folgenden Tabellen dargestellt.

Schizophrenie vs Affektive Störung

	Schizophrenie N=72 MW (SD)	Affektive Störung N=42 MW (SD)	T-Test (t)	p-Wert
Gesundheit	3.57 (1.4)	4.05 (1.2)	t= -1.792	.07
Körperliche Leistungsfähigkeit	3.51 (1.2)	3.86 (1.2)	t= -1.383	.17
Geistige Leistungsfähigkeit	3.60 (1.2)	4.40 (1.0)	t= -3.577	.00
Persönliches Wohlbefinden	3.76 (1.4)	4.21 (1.2)	t= -1.727	.08
Selbstwertgefühl	3.39 (1.4)	3.90 (1.3)	t= -1.893	.06
Entspannungs- Fähigkeit	3.57 (1.4)	3.88 (1.4)	t= -1.091	.27
Erfolg und Anerkennung	3.46 (1.4)	4.05 (1.1)	t= -2.284	.02
Unterstützung und Geborgenheit durch Andere	3.85 (1.5)	4.05 (1.7)	t= -0.638	.52
Selbstständigkeit im Alltag	4.04 (1.3)	4.90 (1.1)	t= -3.521	.00
Ehe	2.99 (1.6)	3.88 (1.7)	t= -2.773	.00
Sexualität	2.74 (1.6)	3.05 (1.9)	t= -0.910	.36
Familie	3.92 (1.5)	4.17 (1.5)	t= -0.812	.41
Freundschaft	3.65 (1.6)	4.21 (1.4)	t= -1.851	.06
Beruf	3.22 (1.4)	4.36 (1.6)	t= -3.821	.00
Finanzen	3.33 (1.6)	4.02 (1.7)	t= -2.127	.03
Wohnsituation	3.88 (1.4)	4.79 (1.1)	t= -3.713	.00
Freizeit	4.01 (1.3)	4.31 (1.3)	t= -1.112	.26
Medizinische Behandlung	3.97 (1.5)	4.67 (1.2)	t= -2.457	.16
Umgang mit der eigenen Krankheit	3.94 (1.3)	4.50 (1.2)	t= -2.207	.02
Summenwert	68.40 (27.0)	79.71 (25.8)		
Gesamtbeurteilung	3.60 (0.8)	4.10 (0.8)	t= -3.329	.00

Tabelle 34: MLDL-GI: Schizophrenie vs Affektive Störung.

Patienten mit einer affektiven Störung gaben im Vergleich zu den schizophrenen Patienten, in folgenden Punkten eine signifikant höhere subjektive Lebensqualität an: *geistige*

Leistungsfähigkeit, Erfolg und Anerkennung, Selbstständigkeit im Alltag, Ehe, Beruf, finanzielle Situation, Wohnsituation sowie Umgang mit der eigenen Krankheit. Auch in der Gesamtbeurteilung aller Items, zeigte sich eine hochsignifikant bessere Lebensqualität für die affektiv Erkrankten. So bewerteten die Affektiven im Mittel alle Aussagen mit „eher zufrieden“, wohingegen die Schizophrenen alle Aussagen mit „weder/noch“ bewerteten ($p < .00$) (siehe *Tabelle 34*).

Unipolare vs Bipolare Störung

	MDE N=72 MW (SD)	Bipolare Störung N=42 MW (SD)	T-Test (t)	p-Wert
Gesundheit	3.85 (1.3)	4.38 (1.0)	t= -1.304	.20
Körperliche Leistungsfähigkeit	3.73 (1.1)	4.06 (1.4)	t= -0.825	.41
Geistige Leistungsfähigkeit	4.23 (0.8)	4.69 (1.2)	t= -1.402	.16
Persönliches Wohlbefinden	3.96 (1.3)	4.63 (0.9)	t= -1.754	.08
Selbstwertgefühl	3.65 (1.4)	4.31 (1.1)	t= -1.531	.13
Entspannungs-Fähigkeit	3.62 (1.5)	4.31 (1.1)	t= -1.518	.13
Erfolg und Anerkennung	3.85 (1.7)	4.38 (0.9)	t= -1.418	.16
Unterstützung und Geborgenheit durch Andere	3.96 (1.7)	4.19 (1.6)	t= -0.408	.68
Selbstständigkeit im Alltag	4.77 (1.3)	5.13 (0.8)	t= -0.943	.35
Ehe	3.92 (1.8)	3.81 (1.6)	t= -0.199	.84
Sexualität	2.85 (2.0)	3.38 (1.7)	t= -0.856	.39
Familie	4.00 (1.4)	4.40 (1.7)	t= -0.863	.39
Freundschaft	3.92 (1.6)	4.69 (0.8)	t= -0.731	.09
Beruf	4.23 (1.6)	4.56 (1.6)	t= -0.640	.52
Finanzen	3.96 (1.5)	4.13 (2.0)	t= -0.294	.77
Wohnsituation	4.73 (0.9)	4.88 (1.3)	t= -0.371	.71
Freizeit	4.27 (1.4)	4.38 (1.0)	t= -0.250	.80
Medizinische Behandlung	4.54 (1.1)	4.88 (1.3)	t= -0.878	.38
Umgang mit der eigenen Krankheit	4.46 (1.2)	4.56 (1.2)	t= -0.259	.79
Summenwert	76.50 (26.6)	83.75 (24.2)		
Gesamtbeurteilung	4.02 (0.9)	4.40 (0.7)	t= -1.419	.16

Tabelle 35: MLDL-GI: Unipolare vs Bipolare Störung.

Ein Trend zur besseren subjektiven Lebensqualität der bipolar affektiven Patienten bestand lediglich in den Punkten *persönliches Wohlbefinden* und *Freundschaft*. Bei der Gesamtbeurteilung aller 19 Items der MLDL-GI Zufriedenheitsskala gab es zwischen

diesen beiden Diagnosegruppen keine signifikanten Unterschiede ($p < .16$). Somit lagen beide im Schnitt bei der Aussage „eher zufrieden“ mit ihrer Lebensqualität.

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

	Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik N=18 MW (SD)	Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik N=24 MW (SD)	T-Test (t)	p-Wert
Gesundheit	4.28 (1.0)	3.88 (1.4)	t= -1.004	.32
Körperliche Leistungsfähigkeit	4.22 (1.3)	3.58 (1.1)	t= -1.660	.10
Geistige Leistungsfähigkeit	4.50 (1.2)	4.33 (0.9)	t= -0.511	.61
Persönliches Wohlbefinden	4.56 (1.1)	3.96 (1.1)	t= -1.599	.11
Selbstwertgefühl	4.33 (1.4)	3.85 (1.2)	t= -1.795	.08
Entspannungs-Fähigkeit	4.33 (1.2)	3.54 (1.5)	t= -1.774	.08
Erfolg und Anerkennung	4.44 (0.9)	3.75 (1.2)	t= -1.936	.06
Unterstützung und Geborgenheit durch Andere	4.28 (1.5)	3.88 (1.8)	t= -0.745	.46
Selbstständigkeit im Alltag	5.28 (1.0)	4.63 (1.2)	t= -1.815	.07
Ehe	3.83 (1.6)	3.92 (1.7)	t= -0.153	0.87
Sexualität	3.61 (1.8)	2.63 (1.9)	t= -1.667	0.10
Familie	4.61 (1.3)	3.83 (1.7)	t= -1.597	0.11
Freundschaft	4.61 (1.1)	3.92 (1.5)	t= -1.594	0.11
Beruf	4.67 (1.4)	4.13 (1.7)	t= -1.074	0.28
Finanzen	4.61 (1.6)	3.58 (0.9)	t= -1.969	0.05
Wohnsituation	5.06 (1.2)	4.58 (0.9)	t= -1.371	0.17
Freizeit	4.94 (0.9)	3.83 (1.3)	t= -3.114	0.00
Medizinische Behandlung	5.00 (1.2)	4.42 (1.2)	t= -1.583	0.12
Umgang mit der eigenen Krankheit	4.89 (1.2)	4.21 (1.1)	t= -1.849	0.12
Summenwert	86.05 (23.9)	69.87 (25.3)		
Gesamtbeurteilung	4.25 (0.7)	3.90 (0.8)	t= -2.485	0.01

Tabelle 36: MLDL-GI: Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik.

Die subjektive Lebensqualität bei diesen beiden Gruppen variierte in der Bewertung der Einzelitems, nur in dem Punkt *Freizeit* signifikant ($p < .00$). Hier waren die affektiv Erkrankten mit psychotischer Symptomatik „ziemlich zufrieden“, wohingegen die affektiv Erkrankten ohne psychotische Symptomatik „eher zufrieden“ mit ihrer Freizeit waren.

In den Punkten *Selbstwertgefühl, Entspannungsfähigkeit, Erfolg und Anerkennung, Selbstständigkeit im Alltag, Sexualität* sowie im Punkt *Finanzen*, zeigte sich durchgehend ein Trend zur stärkeren Zufriedenheit bei den affektiven Patienten mit psychotischer Symptomatik ($p < .11$).

Der Gesamtwert, also die Summe aller Einzelitems wurde von diesen Patienten mit mehr als zwanzig Punkten bewertet, und erschien statistisch signifikant höher als für affektive Patienten ohne psychotische Symptomatik. So bewerteten die affektiv Erkrankten mit psychotischer Symptomatik im Mittel alle Aussagen mit „ziemlich zufrieden“, wohingegen die affektiv Erkrankten ohne psychotische Symptomatik im Mittel alle Aussagen mit „eher zufrieden“ bewerteten ($p < .01$).

4 Diskussion

4.1 Demographische Daten

Schizophrenie vs Affektive Störung

Das Gesamtkollektiv der Schizophrenen und affektiv Erkrankten, welches nach den DSM-IV Kriterien diagnostiziert wurde, zeigte bereits in den demographischen Daten, statistisch signifikante Unterschiede. Der Altersdurchschnitt der Schizophrenen zum Katamnesezeitpunkt lag mit 29,7 Jahren um über 10 Jahre niedriger als der, der affektiven Störungen. Es wurde nicht das Alter bei Krankheitsbeginn ermittelt, sondern zum Katamnesezeitpunkt, also fünf Jahre nach Erstdiagnose. Längere Prodromalphasen vor Krankheitsbeginn, sind in den meisten Fällen anzunehmen. Unsere Studie geht somit mit Untersuchungen von Häfner et al. (1991) konform, die das durchschnittliche Prädilektionsalter für den Ausbruch der Schizophrenie bei 21 Jahren angeben. Während die Geschlechterverteilung in unserer Arbeit, bei den Schizophrenen ausgeglichen war, überwog bei den affektiven Störungen das weibliche Geschlecht mit fast 60%. Benabarre et al. (2001) und Jäger et al. (2004) fanden ähnliche Ergebnisse für die Geschlechterverteilung dieser beiden Krankheitsgruppen. Dass Frauen doppelt so häufig wie Männer an einer affektiven Störung erkranken, belegen auch Studien von Wittchen et al. (1992) und Angst (1997).

Einen signifikanten Unterschied stellte der Familienstand der Erkrankten dar. Die Anzahl verheirateter Paare war bei den affektiv Erkrankten dreimal so hoch wie bei den Schizophrenen. Dies steht in Übereinstimmung mit der Arbeit von Benabarre et al. (2001). Sie fanden heraus, dass affektiv Erkrankte doppelt so häufig verheiratet waren wie schizophrenen Patienten. Das partnerschaftliche Zusammenleben, ist ein guter Parameter für die soziale Situation und die Bindungsfähigkeit der Erkrankten. Es zeigte sich anhand unserer Zahlen eine signifikante Defizitsymptomatik im sozialen, speziell im partnerschaftlichen Bereich der schizophrenen Patienten gegenüber den Patienten mit einer affektiven Störung. Die Bedeutung einer stabilen partnerschaftlichen Beziehung untersuchten Fiedler et al. (1998) bei depressiven Patienten. Sie erkannten, dass Langzeitverläufe depressiver Erkrankungen offenbar in erheblichem Maße von der Qualität der ehelichen bzw. partnerschaftlichen Beziehung abhängen.

Bei der Schulbildung von schizophrenen und affektiven Patienten, zeigten unsere Daten ebenfalls statistisch signifikante Unterschiede auf. So gaben fast die Hälfte der befragten

Schizophrenen einen Gymnasialabschluss an, wohingegen nur knapp ein viertel der affektiv Erkrankten diesen Abschluss vorweisen konnte. Die Mehrzahl der affektiven Patienten gab die mittlere Reife als Schulabschluss an. Bleuler (1983) beschreibt die Gedächtnisleistungen Schizophrener, als meist so gut wie bei Gesunden. Er sagt „das Schulwissen bleibt den Schizophrenen erhalten.“ Bezüglich der sozialen Schichtzugehörigkeit konnte in unserer Studie bei den beiden Vergleichsgruppen kein signifikanter Unterschied erhoben werden. Kessler et al. (1994) beschreiben in ihrer Arbeit ein vermehrtes Vorkommen affektiver Störungen in der untersten Einkommensgruppe. Ob die soziale Schichtzugehörigkeit Ursache oder Folge der jeweiligen Erkrankung ist, ist unklar. Das Phänomen der „drift“- Hypothese von Faris und Dunham (1939), wonach Schizophrenie infolge ihrer Erkrankung im Laufe der Zeit in untere soziale Schichten abgleiten, konnte hier nicht gesehen werden.

Unipolare vs Bipolare Störung

Bezüglich der demographischen Daten fanden sich zwischen unipolar affektiv Erkrankten und bipolar affektiv Erkrankten keine signifikanten Unterschiede. Das in zahlreichen Studien belegte Erkrankungsalter affektiver Störungen (Wittchen et al. 1992; Angst 1997) konnte auch in unserer Arbeit belegt werden. Benazzi et al. (2003) fanden in ihrer Arbeit ein signifikant niedrigeres Lebensalter sowohl zum Untersuchungszeitpunkt als auch bei Krankheitsbeginn, bei Patienten mit einer bipolar affektiven Störung, im Vergleich zu Patienten mit einer unipolar affektiven Störung.

Die Geschlechterverteilung der Patienten in unserer Arbeit zeigte bei beiden Gruppen einen Frauenüberschuss mit ca. 60%. Dies entspricht ebenfalls den Aussagen anderer Studien, wie z.B. bei Angst et al. (2003) und Cusin et al. (2000). Auffallend war, dass mehr unipolare im Vergleich zu bipolaren Patienten, in einem Eheverhältnis standen. Im Gegensatz dazu lag die Scheidungsrate bei den Depressiven jedoch deutlich höher als bei den bipolaren Patienten.

Bei der Schulbildung sowie der sozialen Schichtzugehörigkeit konnten ebenfalls keine signifikant unterschiedlichen Ergebnisse ermittelt werden.

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

Bei dieser Patientengruppe konnte nur bei der Geschlechteraufteilung ein statistisch signifikanter Unterschied eruiert werden. Bei den affektiv Erkrankten mit psychotischer Symptomatik waren signifikant mehr Männer betroffen, als bei den affektiven Patienten ohne psychotische Symptomatik.

Serretti et al. (1999) evaluierten in ihrer Studie 288 Personen, davon waren 139 affektiv erkrankte Patienten mit psychotischer Symptomatik und 149 ohne psychotische Symptomatik. Bei beiden Gruppen fand er einen Männerüberschuss von über 60%. Im Gegensatz dazu fanden Thakur et al. (1999) in ihrer vergleichenden Studie bei affektiven Patienten mit und ohne psychotischer Symptomatik einen signifikanten Frauenüberschuss von mehr als 60%. Man kann somit annehmen, dass das Geschlecht bei der Ausprägung einer zusätzlichen psychotischen Symptomatik zur affektiven Störung keine einflussgebende Rolle spielt. Die Faktoren Schulbildung, soziale Schichtzugehörigkeit und Familienstand waren für diese Vergleichsgruppen nicht signifikant unterschiedlich (siehe *Tabelle 9*).

4.2 Krankheitsverlauf

Schizophrenie vs Affektive Störung

Bezüglich des Krankheitsverlaufes unterschieden sich schizophrene und affektive Patienten signifikant voneinander, was in zahlreichen Katamnesestudie bisher ebenfalls erkannt wurde. Harrison et al. (2001) fanden in ihrer Arbeit einen weniger günstigen Verlauf für Schizophrene im Vergleich zu anderen Psychosen. Marneros et al. (1991) ermittelten in ihrer vergleichenden Langzeitstudie, das zur Beurteilung des Krankheitsverlaufes viele Aspekte berücksichtigt werden müssen. Die Autoren fanden eine günstige Prognose für Schizophrene je nach Teilaspekt zwischen 7% - 41%. Bei den von ihnen untersuchten affektiv Erkrankten lag die Anzahl der günstigen Verläufe bei 64% - 93%. Möller et al. (1989), die den Verlauf von schizoaffektiven, schizophrenen und affektiven Störungen nach 5-8 Jahren verglichen, fanden ebenso einen günstigeren Verlauf der affektiven und schizoaffektiven Erkrankung, im Vergleich zur schizophrenen Erkrankung.

Im retrospektiven Verlauf unserer 5-Jahres-Follow-up Studie traten folgende Parameter eindeutig hervor. Die stationäre Behandlungszeit im Untersuchungszeitraum von schizophrenen Patienten war gegenüber den affektiven Störungen signifikant länger. Die

Langzeithospitalisierung schizophrener Patienten ist unter anderem auf die hohe Selbstgefährdung der akut Erkrankten zurückzuführen. Auch die deutlich höhere Chronifizierungsrate schizophrener Patienten führt zu einer erheblich längeren Behandlungszeit.

Ebenso zeigten Schizophrene eine signifikant höhere Rückfallrate mit stationärem Aufenthalt als affektiv Erkrankte. In der Literatur wird die Rückfallrate für affektive Störungen mit 30 - 90% beschrieben. Bei den Schizophrenen kann das ursprüngliche Rückfallrisiko von 70 - 80% durch entsprechende Pharmakotherapie auf 20% gesenkt werden. Entscheidend ist hierbei die Compliance der Patienten. In Phasen der subjektiven Befundbesserung werden Psychopharmaka häufig selbstständig abgesetzt.

Der Verlauf der Remission und die Chronifizierungsrate zeigten in dieser Arbeit ein zu erwartendes Ergebnis. Zum Untersuchungszeitpunkt befanden sich über sechzig Prozent der Affektiven in vollständiger Remission, wobei es bei den Schizophrenen nicht einmal die Hälfte waren. Bei fast der Hälfte aller untersuchten Schizophrenen musste ein chronischer Verlauf diagnostiziert werden. Die Chronifizierungsrate der affektiv Erkrankten belief sich auf knapp zehn Prozent. Die Literatur beschreibt eine Chronifizierungsrate von 1/3 aller an Schizophrenie erkrankten Personen, bei den Affektiven wird sie ebenfalls mit 10% angegeben (Thorncroft u. Sartorius 1993). Unter Verwendung der Strauss-Carpenter Prognoseskala wurden unsere bisherigen Aussagen zum Krankheitsverlauf bestätigt. Der Strauss-Carpenter Summenscore zeigte für Schizophrene ein signifikant ungünstigeres Verlaufsmuster als für affektiv Erkrankte. So sprechen schizophrene Patienten von einem weniger erfüllten Leben als affektive Patienten (siehe *Tabelle 13*). Die signifikant ausgeprägtere psychopathologische Symptomatik schizophrener Patienten, begründet zum Teil den deutlich schwereren Krankheitsverlauf.

Unipolare vs Bipolare Störung

Bei den ermittelten Daten zum Krankheitsverlauf von unipolaren und bipolaren Patienten, konnten keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden (siehe *Tabelle 11*). Weder bei der Ermittlung der stationären Behandlungstage, noch bei der Anzahl der Rückfälle gab es statistisch signifikante Abweichungen der beiden Diagnosegruppen. Unsere Erkenntnisse widersprechen somit den Aussagen von Kay et al. (1969) und Paykel et al. (1974), die bei bipolaren Patienten, einen signifikant längeren stationären Aufenthalt, und eine signifikant höhere Rückfallrate, im Vergleich zu unipolaren Patienten angeben.

Bezüglich der Rückfallrate von unipolar und bipolar affektiven Patienten, ist die Studie von Angst et al. (2003) zu nennen. Sie verglichen 186 unipolare MDE Patienten mit 220 bipolaren Patienten. Letztere hatten viel mehr, aber kürzere Krankheitsepisoden als die depressiven Patienten. Somit haben bipolare Patienten, nach Angst et al. (2003), ein doppelt so hohes Rückfallrisiko im Vergleich zu den depressiven Patienten. Kessing et al. (1999) und Solomon et al. (1995) sehen eine Progression der Krankheit mit zunehmender Anzahl der einzelnen Krankheitsepisoden.

Auch bei der Strauss-Carpenter-Prognoseskala unserer Arbeit, konnten keine statistisch signifikanten Unterschiede ermittelt werden. Als Verlaufsparemeter zeigte sie für beide Vergleichsgruppen eine gute Mittelposition an. Beide Diagnosegruppen zeigten jedoch einen signifikant günstigeren Krankheitsverlauf als schizophrene Patienten.

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

Was den Verlauf und die Chronifizierungsrate betrifft, schnitten in unserer Studie affektiv Erkrankte mit psychotischer Symptomatik tendenziell besser ab, als affektiv Erkrankte ohne psychotische Symptomatik. Dies steht im Gegensatz zu den Resultaten von bisher durchgeführten Langzeitstudien bezüglich des Krankheitsverlaufs dieser beiden Diagnosegruppen.

Bei der Anzahl der stationären Behandlungstage unterschieden sich die beiden Krankheitsgruppen nicht signifikant voneinander. Der in der Literatur beschriebenen Aussage, dass affektiv Erkrankte mit psychotischer Symptomatik längere Krankheitsepisoden aufweisen, konnten wir nicht bestätigen.

Signifikante Unterschiede ergaben sich bei der Anzahl der Rückfälle. So kam es zu häufigeren Rezidiven bei affektiven Patienten ohne psychotische Symptomatik, im Gegensatz zu Patienten mit psychotischer Symptomatik. Vielleicht erhöht das Vorliegen einer psychotischen Symptomatik bei affektiv erkrankten Patienten den Leidensdruck und damit die Krankheitseinsicht, und es wird schneller psychiatrische Hilfe in Anspruch genommen. Eine effektive, antipsychotische Therapie könnte frühzeitiger begonnen werden, und bei guter Compliance könnte die Rezidivrate verringert werden.

Chronische Verläufe wurden nur bei den affektiven Patienten ohne psychotische Symptomatik beobachtet. Es bestand zwar kein signifikanter Unterschied zu den affektiv Erkrankten mit psychotischer Symptomatik, bei einer entsprechenden Fallzahl könnte

jedoch ein Trend zur vermehrten Chronifizierung der affektiven Erkrankung ohne psychotischer Symptomatik erkannt werden.

Unsere Angaben widersprechen somit den Ergebnissen der Studie von Benazzi (1999). Er verglich 59 psychotisch bipolar Depressive mit 176 nicht psychotisch bipolar Depressiven und kam zu dem Schluss, dass psychotisch bipolar Depressive eine ernsthaftere Erkrankung mit höherer Chronifizierungsrate haben als nicht psychotisch bipolar Depressive. Er geht wie auch Schatzberg et al. (1992) davon aus, dass das Auftreten einer psychotischen Symptomatik, zusätzlich zur affektiven Störung, den Verlauf und Outcome der Erkrankung negativ beeinflusst.

Auch Thakur et al. (1999) gehen von einem schlechteren Verlauf von depressiven Patienten mit psychotischer Symptomatik im Vergleich zu depressiven Patienten ohne psychotische Symptomatik aus. Sie untersuchten klinische und demographische Gesichtspunkte von 189 Depressiven mit psychotischer Symptomatik und 485 depressiven Patienten ohne psychotische Symptomatik.

Unsere Ergebnisse bei der Strauss-Carpenter Prognoseskala zeigten einen Trend zu einem erfüllteren Leben bei den affektiven Patienten mit psychotischer Symptomatik. Auch beim Summenscore schnitten die affektiv Erkrankten mit psychotischer Symptomatik im Trend besser ab (siehe *Tabelle 15*). Eine dezidiertere Aussage könnte mit größeren Fallzahlen gemacht werden.

4.3 Psychopathologie

Schizophrenie vs Affektive Störung

Signifikant unterschiedliche Ergebnisse der verwendeten standardisierten Erhebungsinstrumente (BPRS, GAF, CGI und SDS) sollen nun im Einzelnen diskutiert werden.

Schizophrene waren bei den fünf untersuchten „Subscores“ *Angst/Depression, Anergie, Denkstörung, Aktivierung, Feindseligkeit/Misstrauen* der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) stets stärker beeinträchtigt als die Gruppe der affektiven Störungen. Signifikante Unterschiede ergaben sich jedoch nur für die Items *Anergie* und *Denkstörungen*. Der BPRS Gesamt Score sowohl für 18 Items als auch für 24 Items zeigte ebenfalls eine signifikant stärkere Beeinträchtigung der Schizophrenen gegenüber ihrer Vergleichsgruppe. Dass Schizophrene eine ausgeprägtere psychopathologische Symptomatik aufweisen, bestätigt auch Goldberg (1993) in seiner Studie. Neben einer Reihe neuropsychologischer Tests

wandte er auch die BPRS an. Dabei schnitten schizophrene Patienten jeweils signifikant schlechter ab als ihre affektive Vergleichsgruppe.

Das Maß an Mangelsymptomatik, ermittelt durch die Schedule for the deficit syndrome Scale (SDS), zeigte ebenfalls signifikante Unterschiede bei den beiden Krankheitsgruppen. Ein durchgehendes Defizit während der letzten zwölf Monate konnte bei fast dreißig Prozent der Schizophrenen erfragt werden, während nur ein Patient aus der affektiven Krankheitsgruppe, über Defizitsymptomatik klagte. Dieser Befund geht konform mit der allgemeinen Lehrbuchmeinung des chronifizierten Verlaufes einer schizophrenen Erkrankung, wie sie beispielsweise im DSM-IV (APA, 1996) beschrieben wird: Zunahme von Negativsymptomen wie Affektverflachung, Alogie, Antriebsstörung, Anhedonie und sozialer Rückzug.

Bei der Beurteilung des Schweregrades der Erkrankung durch die Global Assessment of Functioning Scale (GAF) bezüglich psychischer, sozialer und beruflicher Leistungsfähigkeit, konnten ebenfalls signifikante Unterschiede zwischen den beiden Krankheitsgruppen erkannt werden. Schizophrene hatten mit einem GAF Wert von 60 mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich sozialer, beruflicher, oder schulischer Leistungen. Sie hatten wenig Freunde und stets Konflikte mit Arbeitskollegen. Der GAF Wert der affektiv Erkrankten lag auf dem Kontinuum im Schnitt um mehr als zehn Punkte höher. Es kamen somit höchstens leichte Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit vor. Wenn Symptome vorlagen waren diese vorübergehend oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren.

Hier wird offensichtlich, dass die Erkrankung der Schizophrenie die Patienten deutlich stärker beeinträchtigt als dies durch eine affektive Störung der Fall ist. Und zwar sowohl in ihrer Leistungsfähigkeit, als auch in ihrer Fähigkeit zur Aufrechterhaltung sozialer Bindungen. Dabei spielte die zeitliche Erfassung der GAF Werte in unserer Studie, keine Rolle.

Harrison et al. (2001) und Jäger et al. (2004) fanden in ihren Studien ähnliche Werte unter Verwendung der Global Assessment of Functioning Scale heraus. Harrison et al. (2001) geben für Schizophrene im Mittel einen GAF von 55 an. Jäger et al. (2004) ermittelten für Schizophrene Patienten einen GAF von 45, affektive Störungen wiesen bei ihnen im Schnitt einen GAF von 67 Punkten vor.

Somit liegen die GAF Werte für schizophrene Patienten in unserer Studie im Vergleich zu den genannten höher.

Als Instrument zur Beurteilung des Schweregrades sowie der Zustandsänderung der jeweiligen Erkrankungen, bedienten wir uns der Clinical Global Impressions (CGI). Die Patienten wurden ebenfalls zu zwei verschiedenen Zeitpunkten beurteilt. Zum Katamnesezeitpunkt traf für Schizophrene die Aussage „Patient ist nur mäßig krank“ zu. Bei den Affektiven erschien die Aussage „Patient ist nur leicht krank“. Die Zustandsänderung beurteilten die Schizophrenen mit „Zustand ist nur wenig besser“; bei den Affektiven wurde die Aussage „Zustand ist viel besser“ getroffen. Die Clinical Global Impressions (CGI) verdeutlichte erneut, dass bei den schizophrenen Patienten nicht nur ein absolut gesehen schlechterer klinischer Gesamteindruck bestand, sondern auch die Verbesserung des Zustandes während des Aufenthaltes verglichen mit der Ausgangssituation, signifikant weniger deutlich war, als bei der Gruppe der affektiven Störungen.

Es zeigt sich wieder, dass schizophrene Patienten nicht nur an einer schwereren Erkrankung leiden als affektive Patienten, sondern wie auch von anderen Autoren z.B. Coryell et al. (1990) beschrieben, eine deutlich langsamere Remission aufweisen. Mitursächlich für den schlechteren psychopathologischen Zustand schizophrener Patienten, ist mit Sicherheit das Vorkommen von Symptomen wie Angst, Derealisation, Denkstörungen etc. mit ihren Folgen in sämtlichen Lebensbereichen.

Unipolare vs Bipolare Störung

Wie aus dem Ergebnisteil ersichtlich ergab die BPRS Skala für beide Gruppen kaum signifikante Unterschiede. Nur bei den Symptomen *Angst/Depression* kam es zu einer statistisch signifikanten Differenz. Hier gaben die Depressiven, was auch diagnostisch zuzuordnen ist, eine signifikant ausgeprägtere Symptomatik an. Im Übrigen kann das Fehlen eines zumindest zeitweise vorhandenen manischen oder hypomanen Hochgefühls bei unipolaren Patienten, dieses Ergebnis begründen. Zudem erleben unipolar affektive Patienten seltener eine Vollremission (siehe Krankheitsverlauf) als bipolar affektive Patienten. Sie kommen weniger oft in ihr prämorbidem Ausgangsniveau zurück und haften folglich länger an ihren Symptomen.

Bei den Kriterien für Mangelsymptomatik mittels der Schedule for the Deficit Syndrome Scale (SDS), unterschieden sich die beiden Krankheitsgruppen nicht signifikant voneinander.

Die Bewertung des Schweregrades der Erkrankung mit Hilfe der GAF Skala ergab bei beiden Gruppen im Schnitt einen GAF -Wert um 72; sie fielen somit in denselben Beurteilungsbereich mit höchstens leichten Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit. Wenn Symptome auftreten werden sie als vorübergehende bzw. normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren gewertet. Diese Aussage schließt sich den Ergebnissen der Studie von Benazzi et al. (2003) an. Sie fanden ebenfalls keine Unterschiede im Schweregrad der Erkrankung von unipolar und bipolaren Patienten. In ihrer 2-Jahres-Katamnese fanden sie einen GAF Wert der Befragten von 50. Ähnliche Ergebnisse fanden Benazzi et al. (1999) mit GAF Scores von 55 bei nichtchronisch bipolar Erkrankten und nichtchronisch unipolar Erkrankten. Angst et al. (2003) fanden dagegen bessere GAF Werte bei den Depressiven. Die bipolaren Störungen schnitten bei ihnen deutlich schlechter ab. Sie folgerten daraus ein besseres Outcome für unipolare Patienten im Vergleich zu bipolaren Patienten. Die Ergebnisse der Clinical Global Impressions (CGI) der beiden Gruppen, unterschieden sich ebenfalls nicht signifikant voneinander, und sind als überaus gut zu bewerten. Zusammenfassend kann für den Bereich der Psychopathologie unserer Studie gesagt werden, dass unipolar und bipolar affektive Patienten in ihrer Psychopathologie, d.h. im Erleben ihrer Mangelsymptomatik, im Schweregrad ihrer Erkrankung sowie in der Beurteilung ihres bisherigen Heilungsverlaufes, kaum differieren.

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

Bei den Werten der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS) gab es einen signifikanten Unterschied im Punkt *Angst/Depression*. Patienten mit psychotischer Symptomatik bewerteten diesen Unterpunkt signifikant geringer, als affektiv Erkrankte ohne psychotische Symptomatik. Durch das Fehlen an psychotischem Erleben können depressive Symptome bei diesen Patienten ausschließlich präsent sein. Dies ist eine mögliche Erklärung für die Divergenz der beiden Krankheitsuntergruppen in diesem Punkt. Bei dem BPRS Summenscore kam es bei den Patienten mit psychotischer Symptomatik im Trend zu einer geringeren Ausprägung ihrer Psychopathologie. Mangelsymptomatik mit Hilfe der SDS, konnte weder für affektive Störungen mit psychotischer Symptomatik noch für affektiv Erkrankte ohne psychotische Symptomatik ermittelt werden.

Die GAF Werte sowohl in ihrer Höhe als auch gemessen zu den verschiedenen Zeitpunkten unterschieden sich bei den beiden Diagnosegruppen nicht voneinander. Die psychische, soziale und berufliche Leistungsfähigkeit wurde mit höchstens leichten Beeinträchtigungen beschrieben.

Der Schweregrad der Erkrankung, ermittelt durch die CGI ist für affektiv Erkrankte ohne psychotische Symptomatik signifikant ausgeprägter als für Patienten mit psychotischer Symptomatik. Affektiv Erkrankte mit psychotischer Symptomatik werden als „Grenzfall psychiatrischer Erkrankung“ gesehen, wohingegen affektiv Erkrankte ohne psychotische Symptomatik als „leicht krank“ gesehen werden. Die Zustandsänderung der Erkrankung zur Indexuntersuchung, beschrieben Patienten mit psychotischer Symptomatik als „sehr viel besser“, Patienten ohne psychotische Symptomatik als „viel besser“.

Aus den Ergebnissen unserer Studie, könnte man schließen, dass affektive Patienten mit einer zusätzlichen psychotischen Symptomatik, einer weniger starken psychopathologischen Belastung ausgesetzt sind als affektiv Erkrankte ohne psychotische Symptomatik. Die Tatsache dass sich in der vorliegenden Stichprobe keine Probanden mit ausgeprägter und als belastend empfundener psychotischer Symptomatik befanden, könnte jedoch diese Ergebnisse erklären. Auch der Einfluss einer suffizienten medikamentösen Therapie ist hier sicherlich nicht außer Acht zu lassen.

4.4 Lebensqualität

4.4.1 Objektive Lebensqualität

Schizophrene vs Affektive Störung

Als objektive Kriterien der Lebensqualität sind, wie bereits erwähnt, neben Wohn- und Arbeitverhältnissen die Einbindung der Patienten in ein soziales Netzwerk zu nennen. Darunter fallen auch Gesichtspunkte die bereits bei den demographischen Daten diskutiert wurden, wie Familienstand und Partnerschaft. Die Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen stellt außerdem ein Maß für das Zurechtfinden im Alltag dar. In allen Bereichen, der in dieser Arbeit eruierten Umstände zur objektiven Lebensqualität, schnitten die schizophrenen Patienten signifikant schlechter ab als die Vergleichsgruppe mit einer affektiven Störung.

Betrachten wir zunächst die Inanspruchnahme der Patienten von psychosozialen Hilfen zum Katmanesezeitpunkt. Nur halb so viele affektive Patienten im Vergleich zu den Schizophrenen waren auf psychosoziale Hilfen angewiesen. Schizophrene Patienten

nutzten sowohl das Angebot für betreutes Wohnen und Arbeiten als auch psychotherapeutische Unterstützung. Die ausgeprägtere Psychopathologie sowie die erhöhte Chronifizierungsrate Schizophrener, schmälert die autonome Lebensfähigkeit und damit das „soziale Funktionieren“ und verstärkt die Hilfsbedürftigkeit.

Die Arbeitstätigkeit und Tagesstrukturierung der Katamnese Teilnehmer stellte sich für die beiden Krankheitsgruppen ebenfalls signifikant unterschiedlich dar. Die Arbeitslosigkeit der Schizophrenen im Vergleich zu den Affektiven war deutlich höher. Ebenso war die Anzahl der Schizophrenen mit Vollzeitbeschäftigung deutlich geringer. Schizophrene arbeiteten nur halb so viele Monate Vollzeit im Gegensatz zu den affektiv Erkrankten. Krankschreibungen im Katamnesezeitraum wiesen die Schizophrenen dreimal mehr vor als die affektive Vergleichsgruppe. Ähnlich verhielt es sich mit der Anzahl der Monaten an empfangener Sozialhilfe.

Auch bei der Qualität der Arbeit zeigten sich signifikante Unterschiede. Nur halb so viel Schizophrene arbeiteten im Vergleich zu den Affektiven am freien Arbeitsmarkt. Eine Arbeitstherapie erhielten 11,1% der schizophrenen Patienten.

Signifikant stärkere Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit der schizophrenen Patienten im Gegensatz zu affektiven Patienten, wurden bereits bei der Global assessment of Functioning Scale (GAF) beschrieben.

Hierzu ist die Arbeit von Srinivasa und Thara (1997) zu nennen. In einer Follow-up Studie an schizophrenen Männern in Indien wurde festgestellt, dass die Beschäftigung zum Großteil an Arbeitsstellen, die keine besondere Ausbildung erforderten gebunden ist.

Leary et al. (1991) stellten bei 342 stationären und tagklinischen, schizophrenen Patienten fest, dass weniger als 20% vollzeit arbeiten.

Auch Häfner et al. (1985) konnten mittels eines psychiatrischen Fallregisters zeigen, dass 60% der stationär behandelten Schizophrenen, 18 Monate nach der Krankenhausentlassung, arbeitslos waren. Bei den affektiven Störungen stellten die Autoren fest, dass die resultierenden Behinderungen mit der Anzahl der Episoden steigen. Dazu gehören zunehmende Arbeitslosigkeit und eine Abnahme der Lebensqualität.

Ein weiterer wichtiger Prädiktor zur objektiven Lebensqualität ist die Wohnsituation der Erkrankten. Die Mehrzahl der schizophrenen Patienten gab an, selbstständig zu wohnen wobei die Hälfte alleine oder mit dem Partner wohnte. Ein relativ hoher Anteil lebte bei den Eltern oder Angehörigen und über 20% in einer therapeutischen Wohngemeinschaft.

Defizite beim „sozialen Funktionieren“ schizophrener Patienten wirkten sich auch auf die Wohnsituation aus. Die betroffenen Patienten sind aufgrund ihrer Erkrankung häufig nicht in der Lage, sich eine individuelle Wohnsituation zu schaffen. Doch gerade die Rückzugsmöglichkeiten und eine daraus resultierende soziale Integration sind für den schizophrenen Patienten nahezu essentiell.

Die affektiven Patienten in unserer Studie zeigten ein nur leicht beeinträchtigtes Wohnverhalten. Auffallend war der relativ hohe Anteil (14,3%) an Patienten, die bei den Eltern oder Angehörigen wohnten. Offensichtlich haben einige affektiv Erkrankte Schwierigkeiten bzgl. einer autonomen Wohnsituation oder deren Finanzierung. Bei der Betrachtung dieser Ergebnisse können wir von einer signifikant eingeschränkteren objektiven Lebensqualität bei schizophrenen Patienten im Vergleich zu Patienten mit einer affektiven Störung ausgehen.

Unipolare vs Bipolare Störung

Wieder unterschieden sich die unipolar affektiven Störungen nicht signifikant von den bipolar affektiven Störungen.

Weder bei der Inanspruchnahme psychosozialer Hilfen, noch in Bezug auf die Arbeits- und Wohnsituation, konnten Differenzen gesehen werden. Insgesamt kann von einer relativ guten objektiven Lebensqualität der affektiv Erkrankten ausgegangen werden. Sie zeigt sicherlich im Vergleich zu Gesunden einige Einschränkungen, jedoch keine deutlichen Defizite. Diese Ergebnisse sprechen somit gegen die Aussage von Coryell et al. (1993). Sie gehen selbst zwei Jahre nach Remission noch von deutlichen Defiziten hinsichtlich Partnerschaft, Sexualleben, Freizeitverhalten und globaler Lebenszufriedenheit aus. Mintz et al. (1992) beschreiben für depressive Patienten eine soziale Anpassung erst nach 6 bis 8 monatiger Behandlung.

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

Ebenfalls nicht signifikant unterschiedlich sind unserer Ergebnisse bezüglich objektiver Lebensqualität, der affektiv Erkrankten mit und ohne psychotischer Symptomatik. Das Vorhandensein einer psychotischen Symptomatik bei einer affektiven Erkrankung, wirkt sich demnach nicht auf die objektive Lebensqualität und das daraus resultierende soziale Funktionieren aus. Wobei hier wiederum auf die niedrige Fallzahl sowie auf die allgemeine Symptomarmut dieser Patientengruppe hinzuweisen ist.

4.4.2 Subjektive Lebensqualität

Schizophrenie vs Affektive Störung

Die subjektive Selbsteinschätzung zur Lebenszufriedenheit zeigte bei den schizophrenen Patienten ein besseres Ergebnis als bei der Ermittlung der objektiven Lebensqualität. So schätzten schizophrene Patienten ihre individuelle Lebensqualität besser ein, als wie dies von Außen zu erwarten wäre. Dies widerspricht der Aussage von Vorungati et al. (1998). Sie fanden hohe Korrelationen zwischen der Selbstbeurteilung des Patienten und der Einschätzung des Psychiaters.

Die Beurteilung der Lebenszufriedenheit, erhoben mit der Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen- Liste, fiel insgesamt für die schizophrene Patientengruppe signifikant schlechter aus als für die affektiven Patienten. Die Gesamtbeurteilung aller abgefragten Lebensbereiche der Skala wurde von den Schizophrenen im Mittel mit „weder/noch zufrieden“ beurteilt. Die affektiv Erkrankten beschrieben ihre subjektive Lebenszufriedenheit gesamt mit „eher zufrieden“.

Subjektive Parameter sind im Vergleich zu objektiven wesentlich schwerer zu evaluieren, da sie unter anderem von der Psychopathologie stark beeinflusst werden.

Dies ist vermutlich der Grund, warum Schizophrene ihre Lebensqualität weiter unten platzieren als affektiv Erkrankte. Hierbei spielt auch die erhöhte Chronifizierungsrate sowie die langsamere Remission der Schizophrenen eine Rolle.

Unsere Ergebnisse widersprechen somit der Aussage von Koivumaa-Honkanen (1996). In seiner Studie wurden Patienten unterschiedlicher Diagnose bezüglich ihrer Lebensqualität verglichen, und festgestellt, dass Patienten mit einer Diagnose aus dem schizophrenen Formenkreis zufriedener waren als Patienten mit anderen Störungsbildern.

Huppert et al. (2001) untersuchten 63 stabile ambulante Patienten mit der Diagnose einer Schizophrenie oder schizoaffektiven Erkrankung, bezüglich ihrer Krankheitssymptome und deren Auswirkungen auf die subjektive Lebensqualität. Sie fanden heraus, dass Angst und Depression die beiden Symptome sind, die die subjektive Lebensqualität schizophrener Patienten am meisten beeinflussen; wohingegen Positiv- und Negativsymptomatik sowie desorganisierte Symptomatik die subjektive Lebensqualität weniger beeinflussen. Bei den schizophrenen Patienten unserer Studie, mit einem deutlich schwereren Krankheitsverlauf, signifikant ausgeprägterer Psychopathologie sowie mit deutlich eingeschränkten objektiven Lebensbedingungen, verwundert die subjektiv schlechter empfundene Lebensqualität, im Vergleich zu den Patienten mit einer affektiven Störung nicht.

Unipolare vs Bipolare Störung

In der Beantwortung zur subjektiven Lebensqualität ergaben sich für alle 19 Items der MLDL-GI Skala keine signifikant unterschiedlichen Werte. In der Gesamtwertung über alle Lebensbereiche hinweg, traf die Aussage „eher zufrieden“ für beide Diagnosegruppen zu (siehe *Tabelle 35*). Die subjektiv erhobenen Befunde passen somit gut zu den ermittelten Ergebnissen der objektiven Lebensqualität.

Dass die subjektive Lebensqualität affektiver Patienten hochsignifikant niedriger als bei Gesunden ist, bewiesen Brieger et al. (2004). Sie verglichen 103 unipolar affektive Störungen mit 51 bipolar affektiven Störungen sowie mit einer gesunden Kontrollgruppe. Ebenso fanden sie, im Gegensatz zu unserer Arbeit, dass Patienten in manischen oder gemischten Episoden ihr seelisches Befinden und ihre Umwelt relativ positiver bewerten, als Patienten in der Depression. Wohingegen soziale Beziehungen bei beiden Diagnosegruppen gleich stark beeinträchtigt sind.

Affektive Störung mit psychotischer Symptomatik vs Affektive Störung ohne psychotische Symptomatik

Bei diesen beiden Vergleichsgruppen waren die affektiven Patienten mit psychotischer Symptomatik signifikant zufriedener mit ihrem Leben als die Patienten ohne psychotische Symptomatik. Anhand der Gesamtbeurteilung der MLDL-GI, beschrieben die affektiven Patienten mit psychotischer Symptomatik ihre Lebenssituation mit „ziemlich zufrieden“, während die affektiv Erkrankten ohne psychotische Symptomatik mit ihrem Leben „eher zufrieden“ waren.

Es ist anzunehmen, dass Patienten die die stark belastende psychotische Symptomatik kennen, sich derzeit jedoch außerhalb einer psychotischen Phase befinden, ihre eigene Lebensqualität zum Untersuchungszeitpunkt besser bewerten, als Patienten die „nur“ durch ihre affektive Erkrankung belastet sind.

Die diskutierten Befunde und Ergebnisse, zeigen die Notwendigkeit und Wichtigkeit der Selbsteinschätzung von Lebensqualität bei psychiatrischen Patienten.

Die subjektiv empfundene Lebensqualität und Zufriedenheit der Patienten sollte im Vordergrund stehen und zu einer Therapieoptimierung animieren.

Becker (1991) spricht in seinem Konzept von Wohlbefinden, von der Fähigkeit des Menschen externe und interne Anforderungen in Einklang zu bringen. Sowohl bei psychisch Kranken als auch bei Gesunden ist interindividuell von einer Varianz dieser

Fähigkeit auszugehen. Es wäre wünschenswert, dass die Lebensqualitätsforschung einen Beitrag leisten kann, die subjektive Sichtweise des Betroffenen und die vermeintliche objektive Psychopathologie besser in Übereinstimmung zu bringen.

5 Zusammenfassung

In der vorliegenden prospektiven 5-Jahres-Katamnese studie wurden insgesamt 114 Erstaufnahmepatienten des Isar-Amper Klinikums, Klinikum München Ost, unterteilt in 72 Schizophrene und 42 affektive Störungen, bezüglich ihres Krankheitsverlaufes, ihrer Psychopathologie sowie ihrer objektiven und subjektiven Lebensqualität untersucht. Ein weiterer Vergleich wurde innerhalb der affektiven Störungen zwischen 26 unipolar und 16 bipolar verlaufenden affektiven Störung gezogen. Zusätzlich wurde der Einfluss psychotischer Symptomatik auf die affektive Erkrankung untersucht. 18 affektiv Erkrankte mit psychotischer Symptomatik wurden 24 affektiv Erkrankten ohne psychotischer Symptomatik gegenübergestellt.

Operationalisierte Diagnoseverfahren und standardisierte Erhebungsinstrumente erlaubten einen direkten Vergleich der verschiedenen Krankheitsgruppen.

Für den Krankheitsverlauf wurde das 5- Jahre Katamneseblatt verwendet, das eine monatliche Verlaufserfassung ermöglichte. Des Weiteren wurde die Verlaufs und Prognoseskala von Strauss und Carpenter (Strauss, Carpenter 1972,1974) angewandt. Um psychopathologische Befunde zu objektivieren bedienten wir uns der Brief Psychiatric Rating Scale (BPRS), (Overall, Gorham 1976), der Global Assessment of Functioning Scale (GAF), (Endicott, Spitzer 1976), der Clinical Global Impressions (CGI) (National Institute of Mental Health 1970, 1976), sowie der Schedule for the Deficit Syndrome (SDS) (Strauss, Carpenter 1974).

Die objektive Lebensqualität wurde anhand des 5-Jahres-Katmaneseblattes und des Auswertungsbogens ermittelt. Zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität verwendeten wir die Münchner Lebensqualitäts- Dimensionen- Liste (Giessener Modifikation) (MLDL-GI), (Franz, Plüddeman, Gruppe 1996).

Die Diagnosen wurden mittels dem strukturierten klinischen Interview (SKID) für DSM-IV (Wittchen 1997) bei Erstaufnahme gestellt und zum Katamnese termin überprüft.

Wie in zahlreichen Studien belegt, konnte auch in dieser Arbeit ein signifikanter Unterschied der schizophrenen Patienten gegenüber den affektiv Erkrankten, in allen untersuchten Bereichen erkannt werden.

So fielen schizophrene Patienten durch einen schwerwiegenderen Krankheitsverlauf mit längerer stationärer Behandlung, deutlich mehr Rückfällen und einer höheren

Chronifizierungsrate auf. Bei der Strauss- Carpenter Prognoseskala schnitten die Schizophrenen im Vergleich zu den affektiven Störungen signifikant schlechter ab. Auffallend ist auch ein ausgeprägteres psychopathologisches Zustandsbild der schizophrenen Patienten. Bei den angewandten standardisierten Skalen und Interviews erlangten sie eine durchgehend schlechtere Beurteilung, als ihre affektive Vergleichsgruppe.

Dies spiegelte sich in der objektiven und subjektiven Lebensqualität der Patienten wider. Sowohl im Bereich Arbeit und Wohnen als auch bei der Erfassung der individuellen Lebenszufriedenheit, zeigten schizophrene Patienten signifikante Defizite im Gegensatz zu den Patienten mit einer affektiven Störung.

Bei dem Vergleich von unipolar und bipolar affektiv Erkrankten konnten in der vorliegenden Arbeit keine statistisch signifikanten Unterschiede festgestellt werden. Weder im Krankheitsverlauf noch bei der Beurteilung der Psychopathologie konnten Differenzen der beiden Diagnosegruppen erkannt werden. Lediglich bei der Erfassung der subjektiven Lebensqualität wurde ein im Trend besseres Ergebnis der bipolar affektiv Erkrankten erfasst.

Das Vorhandensein einer psychotischen Symptomatik zur affektiven Störung ergab in unserer Arbeit im Vergleich zu anderen Studien, eher kontroverse Ergebnisse. Affektive Patienten ohne psychotische Symptomatik zeigten einen schwereren Krankheitsverlauf mit mehr Rezidiven und einer höheren Chronifizierungsrate als affektiv Erkrankte mit psychotischer Symptomatik. Die Ergebnisse der Strauss-Carpenter Prognoseskala fielen für affektiv Erkrankte mit psychotischer Symptomatik zum Teil signifikant besser aus als für affektive Patienten ohne psychotische Symptomatik. Das psychopathologische Zustandsbild affektiv Erkrankter ohne psychotische Symptomatik, erwies sich vor allem bei der BPRS und der CGI als ausgeprägter. Im Bereich der subjektiven Lebensqualität gaben diese Patienten größere Einschränkungen an.

Nach den Ergebnissen dieser Studie bewirkt das Vorhandensein einer psychotischen Symptomatik bei affektiven Patienten keine Verschlechterung des Krankheitsverlaufes und der Psychopathologie. Auch die Lebensqualität wird dadurch nicht negativ beeinflusst. Weitere Studien mit größerer Fallzahl wären hier von Interesse.

6 Literaturverzeichnis

Aalen OO, Borgan O, Kleiding N, Thormann J. (1980): Interaction between life history events: nonparametric analysis for prospective and retrospective data in the presence of censoring. *Scand J Statistics*. 7: 161-171.

American Psychiatric Association. (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental disorders* (4th ed.). Washington DC : American Psychiatric Association. Deutsche Bearbeitung: Saß H, Wittchen HU, Zaudig M. (1998): *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hofgrefe.

Anand A, Charney DS. (1997): Catecholamines and depression. In: Honig A, Van Praag HM (eds): *Depression. Neurobiological, psychopathological and therapeutic advances*. S.147-178. Chichester: Wiley.

Angst J, Gamma A, Sellaro R, Lavori PW, Zhang H. (2003): Recurrence of bipolar disorders and major depression. A life-long perspective. *Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci*. 253: 236-40.

Angst J. (1997): Epidemiology of depression. In: Honig A, Van Praag HM (eds): *Depression. Neurobiological, psychopathological and therapeutic advances*. S.17-30. Chichester: Wiley.

Awad AG, Vorungati LNP, Heslegrave RJ. (1995): The aims of antipsychotic medication. What are the and are they being achieved? *CNS Drugs*. 4: 8-16.

Becker P. (1991): Theoretische Grundlagen. In: Abele A, Becker P (Hrsg.): *Wohlbefinden*. S. 13-50. Weinheim: Juventa.

Beckmann H, Jakob H. (1994): Prenatal developmental disorders of brain structures in schizophrenic psychoses. *Nervenarzt* 65:454-63.

Benabarre A, Vieta E, Colm F, Martinez-Aran A, Reinares M, Gasto C. (2001): Bipolar disorder, schizoaffective disorder and schizophrenia: epidemiologic, clinical and prognostic differences. *Eur Psychiatry*. 16: 167-72.

Benazzi F. (1999): Psychotic versus nonpsychotic bipolar outpatient depression. *Eur Psychiatry*. 14: 458-61.

Benazzi F. (1999): Bipolar II versus unipolar chronic depression: a 312-case study. *Compr Psychiatry*. 40: 418-21.

Benazzi F. (2003): Clinical differences between bipolar II depression and unipolar major depressive disorder: lack of an effect of age. *J Affect Disord*. 75: 191-5.

Bleuler E. (1983): *Lehrbuch der Psychiatrie*. 15. Aufl. Berlin: Springer.

Bleuler E. (1911): Dementia praecox oder die Gruppe der Schizophrenien. In: Aschaffenburg G (Hrsg.): *Handbuch der Psychiatrie*. Wien: Deutike.

Bogerts B. (1995): Hirnstrukturelle Untersuchungen an schizophrenen Patienten. In: Lieb K, Riemann D, Berger M (Hrsg): *Biologisch-psychiatrische Forschung. Ein Überblick*. S.123-144. Stuttgart, Jena: Fischer.

Braff DL. (1995): Schizophrene Störung. In: *Harrisons Innere Medizin*. 13. Auflage; deutsche Ausgabe, Schmailzl K. (Hrsg.). Berlin: Blackwell Wissenschaftsverlag.

Bralet MC, Yon V, Loas G, Noisette C. (2000): Cause of mortality in schizophrenic patients: prospective study of years of a cohort of 150 chronic schizophrenic patients. *Encephale*. 26: 32-41.

Brieger P, Röttig S, Marneros A. (2004): Lebensqualität bei unipolar depressiven und bipolar affektiven Patienten. *Psychiat Prax*. 31: 304-309.

Bullinger M. (2005): Quality of Life becomes measurable. What are the consequences for general practice. *MMW Fortschr Med.* 147: 34-5.

Bullinger M. (2006): Methodological basis and aspects of quality of life. *Dtsch Med Wochenschrift.* 131:5-7.

Bullinger M, Kirchberger I, v. Steinbüchel N. (2000): Die Münchner Lebensqualitäts Dimensionen Liste (MLDL) und der Fragebogen „Alltagsleben“. In: Ravens-Sieberer U & Cieza A (Hrsg.): *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie, Konzepte, Methoden, Anwendungen.* S.111-123. Landsberg: Ecomed.

Cannon DM, Carson RE, Nugent AC, Eckelman WC, Kiesewetter DO, Williams J, Rollis D, Drevets M, Gandhi S, Solorio G, Drevets WC. (2006): Reduced muscarinic type 2 receptor binding in subjects with bipolar disorder. *Arch Gen Psychiatry.* 63: 1208.

Coryell W, Keller M, Lavori P, Endicott J. (1990): Affective syndromes, psychotic features and prognosis. I Depression *Arch Gen Psychiatry.* 47: 651-657.

Coryell W, Scheftner W, Keller M et al. (1993): The enduring psychosocial consequences of mania and depression. *Am J Psychiatry.* 50: 85-94.

Cusin C, Serretti A, Lattuada E, Mandelli L, Smeraldi E. (2000): Impact of clinical variables on illness time course in mood disorders. *Psychiatry Res.* 97: 217-227.

Davis KL, Kahn RS, Ko G, Davidson M. (1991): Dopamine in schizophrenia: A review and reconceptualization. *American Journal of Psychiatry.* 148: 1474-1486.

Endicott J, Spitzer RL, Fleiss JL, Cohen J. (1976): The Global assessment scale. A procedure for measuring overall severity of psychiatric disturbance. *Arch Gen Psychiatry.* 33: 766-771.

Faedda GL, Tondo L, Baldesarini RJ. (1993): Outcome after rapid vs gradual discontinuation of lithium treatment in bipolar disorders. Arch Gen Psychiatry. 50: 448-455.

Faris REL, Dunham HW. (1939): Mental Disorders in Urban Areas. Chicago: University of Chicago Press.

Fiedler P, Backenstraß M, Kronmüller K et al. (1998): Eheliche Interaktion und das Rückfallrisiko depressiver Patienten - Eine Strukturanalyse ehelicher Beziehungsmuster mittels SASB. Verhaltenstherapie. 8: 4-13.

Franz M. (1998): Empirische Untersuchungen zur Lebensqualität schizophrener Patienten unter Neuroleptikabehandlung. In: Möller HJ, Müller N (Hrsg.): Schizophrenie - Moderne Konzepte zu Diagnostik, Pathogenese und Therapie. S.255-264. Wien: Springer.

Franz M, Plüddemann K, Gruppe H et al. (1996): Modifikation und Anwendung der Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste (MLDL-GI) bei schizophrenen Patienten. In: Möller HJ, Engel RR, Hoff P (Hrsg.): Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen. S.102-114. Wien: Springer.

Freyberger HJ, Dittmann V, Stieglitz RD, Dilling H. (1990): ICD-10 in der Erprobung: Ergebnisse in einer multizentrischen Feldstudie in den deutschsprachigen Ländern. Nervenarzt. 61: 271-275.

Freyberger HJ, Schneider W, Malchow CP. (1995): The assessment of co morbidity in the diagnosis of psychosomatic and neurotic disorders-results from the ICD-10 field trials with the Diagnostic Criteria for Research (DCR) in Germany. Psychother Psychosom. 63: 90-98.

Fritze J. (1995): Die Schizophrenien - Klinik der Schizophrenien. Management of Schizophrenia Letter. 1: 1-16.

Ghaziuddin M, Ghaziuddin N, Stein GS. (1990): Life events and the recurrence of depression. *Can J Psychiatry*. 35: 239-242.

Goldberg TE, Gold JM, Greenberg R, Griffin S, Schulz CH, Pickar D, Kleinmann JE, Weinberger DR. (1993): Contrasts between patients with schizophrenia on a neuropsychological test battery. *Am J Psychiatry*. 150: 1355-1362.

Harrison G, Hopper K, Craig T, Laska E, Siegel C, Wanderling J, Dube KC, Ganey K, Giel R, an der Heiden W, Holmberg SK, Janca A, Lee PW, Leon CA, Malhotra S, Marsella AJ, Nakane Y, Sartorius N, Shen Y, Skoda C, Thara R, Tsirkin SJ, Varma VK, Walsh D, Wiersma D. (2001): Recovery from psychotic illness: a 15- and 25-year international follow-up study. *British Journal of Psychiatry*. 178: 506-17.

Häfner H, Riecher A, Maurer K, Munk-Jørgensen P, Strömgen E. (1991): Geschlechtsunterschiede bei schizophrenen Erkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 59: 343-360.

Häfner H. (1993): What is schizophrenia? *Neurologie, Psychopharmacology and Brain Research*. 2: 36-52.

Häfner H, an der Heiden W. (1985): Schizophrenieforschung mit Hilfe psychiatrischer Fallregister. *Fortschr Neurol Psychiatr*. 53: 273-290.

Huppert JD, Weiss KA, Lim R, Pratt S, Smith TE. (2001): Quality of life in schizophrenia: contributions of anxiety and depression. *Schizophr Res*. 51: 171-80.

Illowsky BI, Juliano DB, Bigelow LB, Weinberger DR. (1988): Stability of CT scan findings in schizophrenia: results of an 8 year follow-up study. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*. 51: 209-213.

Jäger M, Bottlender R, Strauss A, Möller HJ. (2004): Fifteen-year follow-up of ICD-10 schizoaffective disorders compared with schizophrenia and affective disorders. *Acta Psychiatr Scand*. 109: 30-7.

Janowsky DS, Overstreet DH. (1998): Acetylcholine. In: Goodnick PJ (Hrsg.): Mania. Clinical and research perspectives. S.135-157. Washington/DC: American Psychiatric Press.

Jeste DV, Lohr JB. (1989): Hippocampal pathologic findings in Schizophrenia. A morphometric study. Arch Gen Psychiatry. 46: 1019-1024.

Kandel E, Schwartz JH, Jessell TM (Hrsg.) (1995): Neurowissenschaften: eine Einführung. Heidelberg: Spektrum.

Katschnik H. (1994): Lebensqualität. In: Katschnik H, König P. (Hrsg.): Schizophrenie und Lebensqualität. Wien: Springer.

Kay DWK, Garside RF, Roy JR, Beamish P. (1969): Endogenous and neurotic syndromes of depression: A 5-to 7-year follow-up of 204 cases. Br J Psychiatry. 115: 389-399.

Kemmler G. (1991): Lebensqualität als Beurteilungskriterium in Therapiestudien: einige kritische Anfragen. In: Ethik in der Medizin. 3: 190-198.

Kessing LV, Andersen PK. (2001): Recurrence of affective disorder: a case register study. J Affect Disord. 53: 225-231.

Kessler RC, Mc Gonagle KA, Zhao S, Nelson CB, Hughes M, Eshleman S, Wittchen HU, Kendler KS. (1994): Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States: Results from the National Comorbidity Survey. Archives of General Psychiatry. 51: 8-19.

Kleining G, Moore H. (1968): Soziale Selbsteinstufung (SSE). Kölner Zeitschrift für Soziologie und Sozialpsychologie. 20: 502-552.

Koivumaa-Honkanen HAT, Honkanen R, Antikainen R, Hintikka J, Viinamaki H. (1999): Self-reported life satisfaction and treatment factors in patients with schizophrenia, major depression and anxiety disorder. Acta Psychiatr Scand. 99: 377-84.

Kraepelin E. (1889): Psychiatrie. Ein kurzes Lehrbuch für Studierende und Ärzte. Leipzig: Abel.

Laruelle M, Abi-Dargham A, Gil R, Kegeles L, Innis R. (1999): Increased Dopamine Transmission in Schizophrenia: Relationship to Illness Phases. *Biol Psychiatry*. 46: 56-72.

Lauronen E, Miettunen J, Veijola J, Karhu M, Jones PB, Isohanni M. (2007): Outcome and its predictors in schizophrenia within the Northern Finland 1966 Birth Cohort. *Eur Psychiatry*. 22: 129-36

Leary J, Johnstone EC, Owens DGC. (1991): Social Outcome (II). *Br J of Psychiatry*. 159: 13-20.

Marneros A. (1984): Frequency of occurrence of Schneider's first rank symptoms in schizophrenia. *European Archives of Psychiatry and Neurology Science*. 234: 78-82.

Marneros A, Deister A, Rohde A. (1991): Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen. Eine vergleichende Langzeitstudie. Berlin Heidelberg New York Tokyo: Springer.

Maes M, Meltzer HYM. (1995): The serotonin hypothesis of major depression: A review. *Rev Neurosci*. 4: 407-416.

Maier W, Lichtermann D, Rietschel M, Held T, Falkai P, Wagner M, Schwalb S. (1999): Genetics of schizophrenic disorder. New concepts and findings. *Nervenarzt*. 70: 955-69.

Mayring P. (1991): Psychologie des Glücks. Stuttgart Berlin Köln: Kohlhammer.

Mednick SA, Machon RA, Huttunen MO, Bonnett D. (1988): Adult schizophrenia following prenatal exposure to an influenza epidemic. *Arch Gen Psychiatry*. 45: 189-192.

Michels R, Marzuk PM. (1993): Progress in Psychiatry. First of two Parts. *N Engl J Med*. 329: 552-560.

Mintz J, Mintz LI, Arruda MJ et al. (1992): Treatment of depression and the functional capacity to work. *Arch Gen Psychiatry*. 49: 761-768.

Mizrahi R, Rusjan P, Aqid O, Graff A, Mamo DC, Zipursky RB, Kapur S. (2007): Adverse subjective experience with antipsychotics and its relationship to striatal and extrastriatal D2 receptors: a PET study in schizophrenia. *Am J Psychiatry*. 164:630-7.

Möller HJ, v.Zerssen D. (1986): *Der Verlauf schizophrener Psychosen unter den gegenwärtigen Behandlungsbedingungen*. Berlin Heidelberg: Springer.

Möller HJ, Hohe-Schramme M, Cording-Tömmel C et al. (1989): The classification of functional psychoses and its implications for prognosis. *Br J Psychiatry*. 154: 467-472.

National Institute of Mental Health. (1970): Clinical Global Impressions. In: Guy W, Bonato R (Hrsg.): *Manual for the ECDEU Assessment*. 2. Rev. Ed. 12/1-12/6 Maryland: Chevy Chase.

National Institute of Mental Health. (1976): Clinical Global Impressions. In: Guy W. (Hrsg.): *ECDEU Assessment Manual for psychopharmacology*. Rev. Ed. S.217–222. Maryland: Rockville.

Overall JE, Gorham DR. (1976): Brief Psychiatric Rating Scale–BPRS. In: Guy W. (Hrsg.): *ECDEU Assessment manual for psychopharmacology*. Rev. Ed. S.157-169. Maryland: Rockville.

Paykel ES, Klermann GL, Prusoff BA. (1974): Prognosis of depression and the endogenous-neurotic distinction. *Psychol Med*. 4: 57-64.

Price LH, Craig NJ, Charney DS et al. (1984): Family history in delusional depression. *J Affective Disorders*. 6: 109-114.

Roth G, Prinz W. (Hrsg.). (1996): *Kopf-Arbeit: Gehirnfunktionen und kognitive Leistungen*. Heidelberg: Spektrum.

Saß H. (1990): Operationalisierte Diagnostik in der Psychiatrie. *Nervenarzt*. 61: 255-258.

Schatzberg AF, Rothschild AJ. (1992): Psychotic (delusional) major depression: should it be included as a distinct syndrome in DSM-IV? *Am J Psychiatry*. 149: 733-45.

Schneider K. (1939): *Klinische Psychopathologie*. Stuttgart: Thieme.

Schneider K. (1957): Primäre und sekundäre Symptome bei der Schizophrenie. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*. 25: 487-491.

Serretti A, Lattuada E, Cusin C, Gasperini M, Smeraldi E. (1999): Clinical and demographic features of psychotic and nonpsychotic depression. *Compr Psychiatry*. 40: 358-62.

Solomon DA, Keitner GI, Miller IW, Shea MT, Keller MB. (1995): Course of illness and maintenance treatments for patients with bipolar disorder. *J Clin Psychiatry*. 56: 5-13.

Souery D, Lipp O, Mahieu B et al. (1997): Advances in the genetics of depression. In: Honig A, Van Praag SM (Hrsg.): *Depression. Neurobiological, psychopathological and therapeutic advances*. S.297-310. Chichester: Wiley.

Srinivasa TN, Thara R. (1997): How do men with schizophrenia fare at work? A follow-up study from India. *Schizophrenia Res*. 25: 149-154.

Strauss JS, Carpenter WT. (1974): Schedule for the deficit syndrome (SDS). In: The relationship between predictor and outcome variables. *Archives of General Psychiatry*. 31: 37-42.

Strauss JS, Carpenter WT. (1974): The Prediction of Outcome in Schizophrenia. II. Relationship Between Predictor and Outcome Variables: A Report From the WHO International Pilot Study of Schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry*. 31: 37-42.

Strauss JS, Carpenter WT. (1972): The Prediction of Outcome in Schizophrenia. I. Characteristics of Outcome. Arch Gen Psychiatry. 27: 739-746.

Thakur M, Hays J, Ranga K, Krishnan R. (1999): Clinical, demographic and social characteristics of psychotic depression. Psychiatry Res. 86: 99-106.

Thornicroft G, Sartorius N. (1993): The course and outcome of depression in different cultures: 10-year follow-up of the WHO collaborative study on the assessment of depressive disorders. Psychol Med. 23: 1023-1032.

Tölle R. (1996): Psychiatrie. 11. Auflage. S.364. Berlin: Springer.

Trivedi MH. (2006): Major depressive disorder: remission of associated symptoms. J Clin Psychiatry. 6: 27-32.

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1999): Tenth Revision of the International Classification of Diseases V (F): Mental and Behavioural Disorders (including disorders of psychological development). Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines. Deutsche Bearbeitung: Dilling W, Mombour MH, Schmidt H (Hrsg.): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern. Göttingen Toronto Seattle: Hanss Huber.

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1973): Report of the International Pilot Study of Schizophrenia. Vol.1. Geneva.

Weltgesundheitsorganisation (WHO). (1980): Follow-up History and Socio-Demographic Description Schedule. Geneva.

Winokur G, Tsuang M. (1975): The Iowa 500: Suicide in Mania, Depression, and Schizophrenia. American Journal of Psychiatry. 132: 650-651.

Winokur G, Tsuang MT. (1973): The Iowa 500. Follow up of 225 depressives. British Journal of Psychiatry. 125: 543-548.

Winokur G, Scharfetter C, Angst J. (1985): A family study of psychotic symptomatology in schizophrenia, schizoaffective disorder, unipolar depression and bipolar disorder. Eur Arch Psychiatry Neurol Sci. 234: 295-298.

Wittchen HU, Zaudig M, Frydrich T. (1997): Strukturiertes Klinisches Interview für das DSM IV (SKID I und II). Göttingen: Hofgrefe.

Wittchen HU, Essau CA, v.Zerssen D et al. (1992): Lifetime and six-month prevalence of mental disorders in the Munich follow-up-study. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci. 241: 247-258.

Vorungati LNP, Heslegrave R, Awad A. (1998): Quality of life measurement in schizophrenia: reconciling the quest for subjectivity with the question of reliability. Psychological Med. 28: 165-172.

Zerssen D, Möller HJ (Hrsg.). (1988): Affektive Störungen. Diagnostische, epidemiologische, biologische und therapeutische Aspekte. Berlin: Springer.

Zubin J. (1985): Negative symptoms: are they indigenous to schizophrenia? Schizophr Bulletin. 11: 461-470.

7. Anhang

Untersuchungsinstrumente

Auswertungsbogen

5-Jahres-Katamnese und soziodemographische Datenerhebung

Kennziffer:

Datum der Katamnese- Untersuchung:

Datum der Index- Untersuchung:

Datum der Entlassung:

Beurteiler:

1. Krankheitszustand und Behandlung

1.1 Momentaner Krankheitszustand und Behandlung:

Befindet sich der Patient jetzt (5-Jahres- Katamnese- Zeitpunkt) in einer Episode akutpsychotischer Symptomatik?

0 = nein

1 = ja

2 = inkomplett remittiert

3 = fraglich prodromal

Beginn dieser Episode:

1.2 Beschreibung der einzelnen Rückfälle:

Rückfall 1

Datum Rückfall:

Datum Beginn der Episode:

Datum stationäre Aufnahme:

Datum Entlassung aus stationärer Behandlung:

Datum Teilremission:

Datum Vollremission:

Umstände vor Beginn der Episode:

Neuroleptikum abgesetzt:

Phase der NL- Reduktion:

Life- Event:

Alkohol:

Drogen:

Verhältnis von psychotischen und affektiven Symptomen:

1 = Kommen nicht gemeinsam vor

2 = Psychotische Symptome dominieren das klinische Bild obwohl auch affektive Symptome vorliegen

3 = Psychotische und affektive Symptome kommen fast im gleichen Maß vor, ohne das eine der beiden das klinische Bild dominiert

4 = Affektive Symptome dominieren das klinische Bild, psychotische liegen aber ebenfalls vor Rückfall 2 etc...

1.3 Behandlung während des 5-Jahres- Katamnesezeitraumes

Stationäre Behandlungsphasen: (Dauer in Tagen kumuliert)

1.4 Behandlungsstatus zum Zeitpunkt der 5- Jahres- Katamnese

Allgemeiner Behandlungsstatus:

0 = keine Behandlung

1 = stationär

2 = ambulant

3 = teilstationär

Behandlungsstatus ambulant:

0 = keine Behandlung

1 = Nervenarzt/ Psychiater

2 = Hausarzt/ FA andere Fachrichtung

Behandlungsstatus ambulant (psychosoziales Hilfsangebot):

- 0 = Keine
- 1 = SPDI
- 2 = Psychologe/ Psychotherapeut
- 3 = geschützte/ betreute Wohnsituation
- 4 = betreuter Arbeitsbereich

2. Arbeitssituation zum Zeitpunkt der 5- Jahres- Katamnese

Qualität der Arbeit

- 0 = Keine Arbeit
- 1 = Freier Arbeitsmarkt
- 2 = Zweiter Arbeitsmarkt
- 3 = Beschützter Arbeitsmarkt
- 4 = Arbeitstherapie, Tagesstrukturierung
- 5 = Hausfrau/Hausmann – erfüllte Anforderungen
- 6 = Ausbildung
- 7 = Universität
- 8 = Rentner
- 9 = Rehabilitation

2.1 Quantität der Arbeit (Wochenstunden)

- 3 = Vollzeit (auch Hausfrau/ Mutter)
- 2 = Teilzeit
- 1 = Geringfügig beschäftigt (< 10 Stunden)
- 0 = Keine Arbeit

2.2 Status der Arbeit (Beurteilung nach Moore/Kleining)

- 4 = Oberschicht, obere Mittelschicht
- 3 = Mittlere Mittelschicht
- 2 = Untere Mittelschicht
- 1 = Obere Unterschicht
- 0 = Untere Unterschicht (auch: Schüler, Rentner, Sozialhilfe, Arbeitslose)

2.3 Anzahl Verluste der Tätigkeit (5-Jahres-Katamnesezeitraum)

Dauer der Tätigkeit in Monaten:

Dauer Vollzeit:

Dauer Teilzeit:

Dauer geringfügige Beschäftigung:

2.4 Schulabschluss – Ausbildung zum Zeitpunkt 5- Jahres-Katamnese

- 0 = Kein Abschluss/ Sonderschule
- 1 = Hauptschule
- 2 = Realschule
- 3 = Gymnasium /Oberschule
- 4 = Hochschule

3. Wohnverhältnisse und Lebenssituation zum Zeitpunkt der 5-Jahres-Katamnese

- 1 = stationär
- 2 = sozialpsychiatrisch- komplementäre Einrichtung
- 3 = selbstständiges Wohnen
- 4 = kein fester Wohnsitz

3.1 Überwiegende Wohnsituation zum Zeitpunkt der 5-Jahres-Katamnese:

- 0 = allein
- 1 = bei Eltern/Angehörigen
- 2 = mit Lebensgefährten/ Partner
- 3 = Wohngemeinschaft
- 9 = nicht anwendbar, Pat. war in Klinik

4. Gesamtbeurteilung des Krankheitsverlaufes

Wähle den Code der am ehesten den Krankheitsverlauf über den 5-Jahres-Katamnesezeitraum seit der Erstuntersuchung beschreibt.

- 0 = vollständige Remission
- 1 = eine psychotische Episode mit anschließender vollständiger Remission
- 2 = eine psychotische Episode mit inkompletter Remission
- 3 = mehrere psychotische Episoden mit vollständiger Remission
- 4 = mehrere psychotische Episoden teils mit inkompletter, teils mit vollständiger Remission.
- 5 = mehrere psychotische Episoden mit inkompletter Remission
- 6 = kontinuierliche chronische Erkrankung
- 7 = kontinuierliche chronische Erkrankung mit Verschlechterung
- 9 = nicht beurteilbar.

5. Soziales Funktionsniveau – Zwischenmenschliche Beziehungen

- GAF 1 zum 5-Jahres-Katamnesezeitpunkt
- GAF 2 letzte 6 Monate
- CGI 1 zum 5-Jahres-Katamnesezeitpunkt
- CGI 2 5- Jahres-Katamnesezeitraum

5.1 Zwischenmenschliche Beziehungen zum Zeitpunkt der 5-Jahres-Katamnese

zu Ehefrau/ Ehemann:

zu Kindern:

zu anderen wichtigen Verwandten:

zu Freunden und Bekannten:

- 1 = sehr gut
Empfindet seine Beziehungen als sehr gut, es treten nur vorübergehend Reibereien auf, die schnell behoben werden.
- 2 = gut
Streitet gelegentlich, aber die Streitigkeiten werden in der Regel in kurzer Zeit zufriedenstellend gelöst. Zieht es gelegentlich vor nicht mit ihnen zusammen zu sein oder arbeitet aktiv an der Verbesserung des Verhältnisses.
- 3 = mäßig
Streitet oft, braucht einige Zeit, um die Streitigkeiten beizulegen. Zieht sich aus Unzufriedenheit zurück. Denkt oft, dass das Verhältnis harmonischer oder gefühlsmäßig enger sein sollte.
- 4 = schlecht
Häufiger Streit, wenig Kontakt
- 5 = sehr schlecht
Wegen Auseinandersetzungen kein Kontakt mehr

5.2 Qualität der Beziehung zu Familie

Im Vergleich zum Zeitpunkt vor Beginn der Erkrankung:

Im Vergleich zur besten Zeit überhaupt seit dem 15. Lebensjahr:

5.3 Qualität der Beziehung zu Freunden und Bekannten

Im Vergleich zum Zeitpunkt vor Beginn der Erkrankung:

Im Vergleich zur besten Zeit überhaupt seit dem 15. Lebensjahr:

- 1 = viel besser
- 2 = etwas besser
- 3 = ungefähr gleich
- 4 = etwas schlechter
- 5 = viel schlechter

6. Freizeit und Erholung

In welchem Ausmaß war der Patient an Freizeitaktivitäten oder Hobbies beteiligt und konnte sich daran freuen:

In der letzten Woche (gegenwärtiges Niveau):

In den letzten 6 Monaten (durchschnittliches Niveau):

Qualität der Funktionsfähigkeit im Freizeit – und Erholungsbereich

Im Vergleich zum Zeitpunkt vor Beginn der Erkrankung:

Im Vergleich zur besten Zeit überhaupt seit dem 15. Lebensjahr

1 = viel besser

2 = etwas besser

3 = ungefähr gleich

4 = etwas schlechter

5 = viel schlechter

7. Zufriedenheit

7.1 Gesamtausmaß der Zufriedenheit mit jetziger Lebensqualität

Gegenwärtig:

In den letzten 6 Monaten:

7.2 Gesamtausmaß der Zufriedenheit mit jetziger Lebensqualität

Im Vergleich zum Zeitpunkt vor Beginn der Erkrankung

Im Vergleich zur besten Zeit überhaupt seit dem 15. Lebensjahr:

8. Partnerbeziehung und Familienstand:

Zum Zeitpunkt der 5-Jahres-Katamnese

Verheiratet/ eheähnlich ja= 1 nein= 2

feste Beziehung/ nicht zusammenlebend ja= 1 nein= 2

Familienstand:

1 = verheiratet

2 = ledig

3 = geschieden

4 = verwitwet

9. Besondere Lebensereignisse und Drogen

Faktor 1 ja= 1 nein= 2

Faktor 2 ja= 1 nein= 2

Faktor X ja= 1 nein= 2

9.1 Alkoholmissbrauch

Im 5-Jahres-Katamnesezeitraum

ja= 1 nein= 2

9.2 Drogen

Im 5-Jahres-Katamnesezeitraum

Nein= 1

Intermittierend= 2

Kontinuierlich= 3

Exzessiv= 4

10. Kumulation der Arbeitsverhältnisse im 5-Jahres- Katamnesezeitraum

Vollzeit (mit SV- Beiträgen) Anzahl der Monate

Teilzeit, 1/2 tags (mit SV- Beiträgen) Anzahl der Monate

Teilzeit, 1/2 tags (ohne SV-Beiträge) Anzahl der Monate

Geringbeschäftigt (ohne SV- Beiträge) Anzahl der Monate

Arbeitslos Anzahl der Monate

Krankgeschrieben (mehr als 4 Wochen) Anzahl der Monate

Sozialhilfe Anzahl der Monate

Rente Anzahl der Monate

Name.....
Kennziffer:.....
Monat/Jahr.....

Geb. Datum.....
Erstuntersuchung.....

Entlassdatum.....

Psychiatrische
Behandlung:
-stationär _____
-ambulant _____
-medikamentös _____
-sonstige Ther. _____

Psychopathologie:
-psychotische Sympt. _____
-affektive Sympt. _____
-Rückfall _____
-Remission komplett _____

Soziale Sit./Wohnung:
-Wohnsituation _____
-wichtige Veränderungen _____

Arbeit/Ausbildung:
-regelmäßige Arbeit _____
-arbeitsplatzbezogene
Ereignisse _____

Partnerbeziehung:
-feste Beziehung/Änderung _____

Bes. Ereignisse bei
Pat. od. Angeh.:
-Unfälle, Suizidalität _____
Alkohol/Drogen, Heirat _____
Geb. von Kind, gesetzl. _____
Konflikte, Trennung, Tod _____

Sonstige wichtige Ereignisse: _____

PROGNOSE SKALA (STRAUSS/CARPENTER 1974)

1. Ausmaß an nützlicher Arbeit im letzten Jahr

(einschließlich bezahlter Arbeit, Tätigkeit als Student oder Hausfrau. Auszuschließen: Zeit im Krankenhaus. Krankenhausaufenthalte im letzten Jahr führen zu keinem niedrigeren Score. Tätigkeit als Student für volles akademisches Jahr wird mit „4“ bewertet.)

Beschäftigung vollzeitig und kontinuierlich	4
Beschäftigung für 3/4 Arbeitsjahr (= 9 Monate vollzeitig)	3
Beschäftigung für 1/2 Arbeitsjahr (= halbjährig kontinuierlich oder 6 Monate voll)	2
Beschäftigung für 1/4 Arbeitsjahr (= halbjährig für 6 Monate)	1
Keine nützliche Arbeit	0

2. Überwiegende Qualität nützlicher Arbeit im letzten Jahr

(in Bezug auf Alter, Ausbildung, Training und verfügbare Möglichkeiten – aber ohne sie an der Psychopathologie zu messen und aufzuwerten. Gemeint ist das „Funktionieren“ im Arbeitsbereich gemessen an dem von ihm zu erwartenden Komplexitätsgrad und der ihm möglichen Kompetenz entsprechend den obengenannten Kriterien)

Sehr kompetent	4
Kompetent	3
Mäßig kompetent	2
Wenig kompetent	1
Inkompetent	0

3. Soziale Klassenzugehörigkeit (MOORE/KLEINING)

(zu beurteilen ist in jedem Falle das Elternhaus, auch wenn der Patient inzwischen alleine lebt.)

Oberschicht, obere Mittelschicht	4
Mittlere Mittelschicht	3
Untere Mittelschicht	2
Obere Unterschicht	1
Untere Unterschicht	0
Nicht zuzuordnen	9

4. Anzahl von Sozialkontakten im letzten Jahr

(Treffen mit Freunden oder Unternehmungen mit sozialen Gruppen, Bowling, Zusammenkünfte etc. Ausgenommen Verabredungen mit dem anderen Geschlecht oder ausschließlich sozialer Aktivitäten mit dem Ehepartner.)

Trifft sich mit Freunden durchschnittlich:

1 x pro Woche	4
1 x alle 14 Tage	3
1 x im Monat	2

Alle Bekannten eingeschlossen:

Trifft keine Freunde, außer „im Hausflur“ oder am Arbeitsplatz oder in der Schule.	1
Trifft Freunde unter keinen Umständen	0

5. Qualität sozialer Kontakte

(In den oben beschriebenen Beziehungen, was überwog im letzten Jahr?)

Eine oder mehrere enge Beziehungen	4
Eine oder mehrere ziemlich enge Beziehungen	3
Eine oder mehrere mäßig enge Beziehungen	2
Eine oder mehrere eher oberflächliche Beziehungen	1
Nur sehr oberflächliche Beziehungen (z.B.: nur Grußkontakte mit Nachbarn)	0

6. Übliche heterosexuelle Beziehungen im letzten Jahr

Verheiratet ohne Scheidung oder Trennung, oder regelmäßige Verabredungen	4
Verheiratet mit kurzer(n) konfliktbegründeter(n) Trennung(en), oder gelegentlich Verabredungen	3
Unverheiratet oder getrennt, unregelmäßige Verabredungen	2
Unverheiratet oder getrennt, seltene Verabredungen	1
Unverheiratet oder getrennt, keine Verabredungen	0

7. Vorkommen von Denkstörungen, Wahn oder Halluzinationen im letzten Jahr

Keines der obigen Symptome	4
Geringes Vorkommen eines oder aller Symptome	3
Mäßige Häufung eines oder aller Symptome	2
Relativ schweres und / oder ständiges Vorkommen eines oder aller Symptome	1
Schweres und / oder ständiges Vorkommen eines oder aller Symptome	0

8. Vorkommen von Depression, Hypomanie oder Manie im letzten Jahr.

Keines der obigen Symptome	4
Geringes Vorkommen eines oder aller Symptome	3
Mäßige Häufung eines oder aller Symptome	2
Relativ schweres und /oder ständiges Vorkommen eines oder aller Symptome	1
Schweres und / oder ständiges Vorkommen eines oder aller Symptome	0

9. Angaben über das Ausmaß subjektiver Gequältheit im letzten Monat.

Sehr stark	4
Stark	3
Mäßig stark	2
Schwach	1
Keine Gequältheit angegeben	0

10. Übliche Fähigkeit im letzten Jahr, vitale Bedürfnisse selbst zu befriedigen.

(ernährt sich selbst, hält sich sauber)

Braucht keine Hilfe dabei	4
Braucht etwas Hilfe dabei	3
Braucht manche Hilfe dabei	2
Braucht beträchtliche Hilfe dabei	1
Ist völlig auf Hilfe angewiesen	0

11. Übliche „Lebensfülle“ im letzten Jahr

Sehr erfülltes Leben	4
Erfülltes Leben	3
Mäßig erfülltes Leben	2
Relativ leeres Leben	1
Vegetative Existenz	0

Summenscore STRAUSS/CARPENTER

Kennziffer:.....
Datum:.....

Zentrum:.....
Beurteiler:.....

BPRS mit LUKOFF – Ankern

KODIERBLATT

Umkreisen Sie die Zahl, deren zugeordneter Begriff die momentane Verfassung des Patienten am besten beschreibt.

| ne	| 1	| 2	| 3	| 4	| 5	| 6	| 7	|
| nicht	| nicht	| sehr	| mild	| mittel	| mittel	| schwer	| extrem	|
| erfasst	| vorhanden	| mild	|	| schwer	| schwer	|	| schwer	|

BPRS- 1	Körperbezogenheit	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 2	Angst	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 3	Depressivität	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 4	Schuldgefühle	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 5	Feindseligkeit	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 6	Misstrauen	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 7	Ungewöhnliche Denkinhalte	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 8	Größenideen	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 9	Halluzinationen	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 10	Desorientierung	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 11	Zerfall der Denkprozesse	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 12	Erregung	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 13	Motorische Verlangsamung	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 14	Affektverflachung	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 15	Gespanntheit	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 16	Manieriertheit, Positur	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 17	Unkooperatives Verhalten	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 18	Emotionaler Rückzug	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 19	Suizidalität	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 20	Äußere Vernachlässigung	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 21	Bizarres Verhalten	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 22	Euphorie, manische Stimmung	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 23	Motorische Überaktivität	NE	1	2	3	4	5	6	7
BPRS- 24	Ablenkbarkeit	NE	1	2	3	4	5	6	7

GLOBAL ASSESSMENT OF FUNCTIONING SCALE (GAF-SKALA)

(Skala zur Beurteilung des Funktionsniveaus)

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

Code

- 90 – 81 Keine oder nur minimale Symptome (z.B. eine leichte Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im Allgemeinen zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder- Sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied.)
- 80 – 71 Wenn Symptome vorliegen, sind diese vorübergehende oder normale Reaktionen auf psychosoziale Stressoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigungen der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit.
- 70 – 61 Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leicht ausgeprägte Schlaflosigkeit) oder einige leichte Beeinträchtigungen hinsichtlich sozialer, beruflicher und schulischer Leistungsfähigkeit (z.B. gelegentliches Schuleschwänzen oder Diebstahl im Haushalt), aber im Allgemeinen relativ gute Leistungsfähigkeit, hat einige wichtige zwischenmenschliche Beziehungen.
- 60 – 51 Mäßig ausgeprägte Symptome (z.B. Affektverflachung, weitschweifige Sprache, gelegentliche Panikattacken) oder mäßig ausgeprägte Schwierigkeiten bezüglich der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. wenig Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen).
- 50 – 41 Ernsthafte Symptome (z.B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) oder jedwede ernste Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen oder schulischen Leistungsfähigkeit (z.B. keine Freunde, unfähig eine Arbeitsstelle zu behalten).
- 40 – 31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätswahrnehmung oder der Kommunikation (z.B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) oder starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z.B. Arbeit, Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder der Stimmung (z.B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; ein Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
- 30 – 21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahngedanken oder Halluzinationen beeinflusst oder ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt weitgehend inadäquat, ausgeprägte Beschäftigung mit Selbstmordgedanken) oder Beeinträchtigung der Leistungsfähigkeit in fast allen Bereichen (z.B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde)
- 20 – 11 Selbst- und Fremdgefährlichkeit (z.B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) oder ist manchmal nicht in der Lage, minimale persönliche Hygiene aufrecht zu erhalten (z.B. schmiert mit Kot) oder weitgehende Beeinträchtigung in Kommunikation (größtenteils inkohärent oder stumm).
- 10 – 1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu schädigen (z.B. wiederholte Gewaltanwendung) oder anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten oder ernsthafte Selbstmordversuche mit eindeutiger Todesabsicht.

CGI

Fragen 2 und 3 müssen bei Erstbewertung ausgeklammert werden, indem man 0 (nicht beurteilbar) ankreuzt.

1. Schweregrad der Krankheit

Ziehen Sie Ihren gesamten Erfahrungsschatz an dieser Art von Kranken in Betracht, und geben Sie an, wie hoch Sie den jetzigen Grad der seelischen Erkrankung des Patienten einschätzen.

- 0 – Nicht beurteilbar
- 1 – Patient ist überhaupt nicht krank
- 2 – Patient ist Grenzfall psychiatrischer Erkrankung.
- 3 – Patient ist nur leicht krank
- 4 – Patient ist nur mäßig krank
- 5 – Patient ist deutlich krank
- 6 – Patient ist schwer krank
- 7 – Patient gehört zu den extrem schwer Kranken.

2. Gesamtbeurteilung der Zustandsänderung

Beurteilen Sie dabei die Zustandsänderung insgesamt, also nicht nur das Ergebnis der Medikamentenbehandlung. Bitte vergleichen Sie den jetzigen Zustand des Patienten mit dem zu Beginn der Studie, und geben Sie an inwieweit sich das Krankheitsbild des Patienten geändert hat.

- 0 – Nicht beurteilbar
- 1 – Zustand ist sehr viel besser
- 2 – Zustand ist viel besser
- 3 – Zustand ist nur wenig besser
- 4 – Zustand ist unverändert
- 5 – Zustand ist etwas schlechter
- 6 – Zustand ist viel schlechter
- 7 – Zustand ist sehr viel schlechter

3. Wirksamkeitsindex

Bitte beurteilen Sie das Verhältnis von therapeutischem Effekt und auftretenden Nebenwirkungen.

3.1 Therapeutische Wirksamkeit (gewünschte Arzneiwirkungen)

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

3.2 Unerwünschte Wirkungen (Therapie-Risiken)

- 0 – Nicht beurteilbar
- 1 - Keine
- 2 – Beeinträchtigen den Patienten nicht wesentlich.
- 3 – Beeinträchtigen den Patienten wesentlich
- 4 – Überwiegen die therapeutische Wirksamkeit.

MLDL-GI – Münchner Lebensqualitäts-Dimensionen-Liste (Giessener Modifikation)

Standardisiertes Interview zur Erfassung der subjektiven Lebensqualität bei schizophrenen Patienten

Dieses Inventar erfasst den Zufriedenheitsaspekt subjektiver Lebensqualität (sLQ). Es basiert auf subjektiven Theorien von Normalprobanden zu Lebensqualität. Ein Vergleich mit den subjektiven Theorien Schizophrener ergab, dass die MLDL zentrale Bereiche der sLQ schizophrener Menschen erfasst (Franz 1997). Die MLDL-GI hat sich sensitiv für zeitlich umschriebene Veränderungen bzw. Störungen der sLQ (Franz et al., subm.) und Unterschiede der sLQ unter verschiedenen Neuroleptika (Franz et al. 1996) erwiesen.

Gefragt wird nach Zufriedenheit in 19 wichtigen Lebensbereichen. Die Antwortskalierung wurde gegenüber der ursprünglichen Form auf eine 7-stufige Likertskala reduziert, die aus Gründen der besseren Lesbarkeit vergrößert auf einem separaten Blatt dem Patienten/Klienten vorgelegt wird. Zuerst wird je Lebensbereich nur die Frage der Spalte „0“ gestellt („Wie zufrieden sind sie...?“). Es dürfen zunächst kein inhaltlichen Hilfen gegeben werden. Motivationshilfen (Frage wiederholen, unspezifisch zu einer Antwort ermuntern) können gegeben werden. Falls eine Antwort erfolgt, kann zur nächsten Frage übergegangen werden. Wird auf diese Weise keine Antwort des Patienten/Klienten möglich, oder ist die Frage offensichtlich nicht verstanden worden, kann sukzessive zu den spezifischeren Fragestellungen vorangegangen werden (Spalten 1-3). Das Ausmaß der Hilfe wird in der Spalte „Kod.-Nr.“ notiert.

Dauer

Ca. 5-10 Min.

Literatur

Franz M, Plüddemann K, Gruppe H & Gallhofer B (1996) Modifikation und Anwendung der Münchner Lebensqualitäts Dimensionen-Liste bei schizophrenen Patienten. In: Möller H-J, Engel RR, Hoff P (Hrsg.) Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen. Wien: Springer, 102-114.

Franz M, Lis S, Plüddemann K, Gallhofer B (1997) Conventional versus Atypical Neuroleptics: Subjektive Quality of Life in Schizophrenic Patients. *British Journal of Psychiatry* 170:422-425.

Franz M, Meyer T, Spitznagel A, Schmidt H, Wening K, Gallhofer B (submittes) Stability and variability of subjektiv quality of life in schizophrenic patients.

Heinisch M, Ludwig M & Bullinger M (1991) Psychometrische Testung der "Münchner Lebensqualitäts Dimensionen Liste (MLDL)". In: Bullinger M, Ludwig & von Steinbrüchel N (Hrsg.), *Lebensqualität bei kardiovaskulären Erkrankungen, Grundlagen, Messverfahren und Ergebnisse*, S. 73-90. Göttingen: Hofgrete.

MLDL-GI

Instruktionen für den Interviewer:

1. Es ist wichtig, dass der Patient offen sagt, wenn er etwas nicht versteht, z.B.: wenn er mit einem Item (Begriff) nichts anfangen kann. Er kann ruhig öfter darauf hingewiesen werden.
2. Bei den Items, die die Frage nach der Zufriedenheit/Wichtigkeit noch nicht ausdrücklich beinhalten, sollte nicht vergessen werden, die Frage „wie zufrieden sind Sie damit“ bzw. „wie wichtig ist Ihnen das“ anzuschließen.

Zufriedenheit

Im Folgenden geht es darum, wie zufrieden Sie mit verschiedenen Bereichen Ihres Lebens zum jetzigen Zeitpunkt sind. Ich lege Ihnen jetzt eine Skala vor. Zeigen Sie mit dem Finger auf den Punkt dieser Skala, der Ihrer Zufriedenheit am ehesten entspricht. Ich nenne Ihnen jetzt die Fragen:

0	1	2	3	Bew. Nr.	Kod. Nr.
Wie zufrieden sind Sie mit...	Unspezifische Hilfe:	Inhaltlich Hilfe:			
1. Gesundheitliche Verfassung	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Gesundheit?	Sind Sie oft krank oder sind Sie ein gesunder Mensch?	Es gibt ja Leute, die sehr häufig krank werden. Geht Ihnen das eigentlich auch so?		
2. Körperliche Leistungsfähigkeit	Wie zufrieden sind Sie mit dem, was Sie mit Ihrem Körper leisten können?	Können sie körperlich arbeiten?	Fühlen Sie sich körperlich stark (oder fit)?		
3. Geistige Leistungsfähigkeit	Wie zufrieden sind Sie mit dem, was Sie geistig leisten können?	Können sie geistig arbeiten?	Fühlen sie sich geistig fit? Wie ist es denn so mit Ihrem Gedächtnis, mit dem Lesen?		
4. Persönliches Wohlbefinden	Wie zufrieden sind Sie damit, wie Sie sich wohlfühlen können?	Fühlen Sie sich denn so allgemein wohl? Wenn Sie so einen ganz normalen Tag überdenken, geht es Ihnen dann meistens gut oder eher schlecht?	Fühlen Sie sich gut?		
5. Selbstwertgefühl	Wie zufrieden sind Sie mit dem Gefühl, selbst etwas wert zu sein?	Wenn Sie sich mit anderen Menschen vergleichen, glauben Sie, Sie sind genau so viel wert wie die anderen?	Mögen Sie sich selbst?		
6. Entspannungsfähigkeit	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Fähigkeit entspannen zu können?	Können Sie sich ausruhen?	Können Sie sich gut erholen nach Anstrengungen?		
7. Erfolg und Anerkennung	Wie zufrieden sind Sie damit, wie Sie bei anderen Menschen Erfolg haben und Anerkennung bekommen?	Glauben Sie, dass Sie bei anderen Menschen Ihren Mitbewohnern z.B.: beliebt sind? Können Sie Ihre Meinung anderen gegenüber verteidigen ohne gleich abgelehnt zu werden?	Mögen andere Menschen Sie?		

8. Unterstützung und Geborgenheit durch Andere	Wie zufrieden sind Sie damit, wie Sie durch andere Menschen unterstützt werden und Geborgenheit erfahren?	Haben Sie Menschen um sich, die Ihnen helfen, wenn Sie Hilfe brauchen?	Helfen andere Menschen Ihnen?		
9. Selbstständigkeit im Alltag	Wie zufrieden sind Sie mit dem Gefühl, selbstständig zu sein?	Können Sie alleine gut zu Recht?	Wie zufrieden sind Sie damit, -wie Sie im Leben ohne die Hilfe anderer zurechtkommen? -wie Sie Dinge selbst tun? Tun Sie etwas selbst, ohne dass Ihnen jedes Mal jemand vorschreibt, wie das zu machen ist? (Kochen, einkaufen, auf Station Aufgaben wahrnehmen)		
10. Ehe/Partnerschaft	Haben Sie eine/n Partner/in? Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem/r Partner/in bzw. damit keinen Partner zu haben?				
11. Sexualleben	Haben Sie ein Sexualleben? Wie zufrieden sind Sie damit bzw. damit kein Sexualleben zu haben?	Fühlen Sie sich sexuell erfüllt?			
12. Familienleben	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Familie?	Können Sie mit Ihrer Familie zurecht?	Dazu gehört Familie allgemein. Die Familie aus der Sie kommen (Eltern, Geschwister, aber auch das Leben mit Ihrem Partner/ eigene Kinder)		
13. Freundschaften/ Bekanntschaften	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Freunden/Bekannten?	Hätten Sie gerne mehr Freunde/ Bekannte oder sind Sie so zufrieden, wie es ist? Würden Sie an Ihrem Freundeskreis gerne etwas ändern?	Haben Sie Freunde?		
14. Berufliche Situation	Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer Situation im Beruf?	Haben Sie eine Arbeit? (Auch Bezug auf Arbeitstherapie/Arbeit auf Std. erlaubt)- wie zufrieden sind Sie mit diesem Zustand?	Arbeiten Sie gerne?		
15. Finanzielle Situation	Wie zufrieden sind Sie mit Ihren Finanzen?	Haben Sie genug Geld?	Wie geht es denn so mit dem Geld? Kommt es vor, dass Sie manchmal zu wenig haben oder kommen Sie gut zurecht?		

16. Wohnsituation	Wie zufrieden sind Sie mit der Situation, wie Sie hier wohnen?	Wohnen Sie so, wie Sie es möchten?	Wie finden Sie es denn, wie Sie hier eingerichtet sind? Finden Sie es gemütlich oder würden sie gerne etwas verändern?		
17. Freizeit	Wie zufrieden sind Sie hier mit Ihrer freien Zeit?	Können Sie hier in Ihrer freien Zeit tun, was Sie wollen? Langweilen Sie sich oft und hätten gerne mehr Beschäftigungsmöglichkeiten?	Fühlen Sie sich wohl in der Zeit, in der Sie nichts machen müssen (z.B.: keine Arbeits- u. Beschäftigungstherapie, Aufgaben auf Station haben)?		
18. Medizinische Behandlung	Wie zufrieden sind Sie damit, wie Sie hier medizinisch behandelt werden?	Haben sie einen guten Arzt?	Wie oft kommt ein Arzt zu Ihnen? Sind Sie zufrieden mit der Behandlung? Fühlen Sie sich durch Ihre Medikamente beeinträchtigt?		
19. Umgang mit Ihrer Krankheit	Wie zufrieden sind Sie damit, wie Sie mit Ihrer Krankheit umgehen?	Können Sie mit Krankheiten zurecht?	Wenn Sie mal krank sind (Grippe z.B.), wie kommen Sie damit klar?		

Erklärung

Ich versichere hiermit, dass ich die anliegende Arbeit mit dem Thema:

Schizophrenie versus Affektive Störung
Ein Vergleich bezüglich Krankheitsverlauf, Psychopathologie und Lebensqualität
(Fünf-Jahres-Katamnese)

Selbstständig verfasst und keine Hilfsmittel als die angegebenen benutzt habe.

Die Stellen, die anderen Werken dem Wortlaut oder dem Sinn nach entnommen sind, habe ich in jedem einzelnen Fall durch Angabe der Quelle, auch der benutzten Sekundärliteratur, als Entlehnung kenntlich gemacht.

München, den 22.08.2007

Monica Feicht

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Monica Feicht
Geburtsdatum: 04.07.1973
Geburtsort: München
Nationalität: deutsch
Anschrift: Floigerweg 13
83714 Miesbach
e-mail: monica.feicht@googlemail.com

Schulbildung:

1980-1984 Grundschule am Jagdfeldring, Haar
1984-1993 Edith-Stein-Gymnasium, München,
Allgemeine Hochschulreife

Hochschulbildung:

1993-1995 Studium der Biologie, Ludwig-Maximilians-Universität, München
Vordiplom
1995-2002 Studium der Humanmedizin, Ludwig-Maximilians-Universität,
München
III. Staatsexamen

Beruflicher Werdegang:

2002-2003 Ärztin im Praktikum am Klinikum Traunstein, Urologie,
Unfallchirurgie, Pädiatrie
Approbation
2003-2004 Elternzeit
2005-2006 Assistenzärztin am Klinikum Traunstein, Innere Medizin
2006-2007 Elternzeit
Ab 2007 Weiterbildungsassistentin für Allgemeinmedizin in der
Gemeinschaftspraxis G. Ahrens/ Dr. med. M. Weideler in Hausham