

Aus der Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie  
der Universität Würzburg  
Direktor: Professor Dr. med. J. Deckert

**Krankheitsverlauf, soziale Funktion und subjektive  
Lebensqualität bei Patienten mit affektvoller Paraphrenie**

Inaugural-Dissertation  
zur Erlangung der Doktorwürde der  
Medizinischen Fakultät  
der  
Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von  
Helga Dommerich geb. Dinkel  
aus Würzburg

Würzburg, Juni 2008

Referent: Priv.-Doz. Dr. med. Burkhard Jabs  
Koreferent: Prof. Dr. med. Dr. phil. Hermann Faller

Dekan: Prof. Dr. med. Matthias Frosch

Tag der mündlichen Prüfung : 06.08.2008

– Die Promovendin ist Ärztin –

# **INHALTSVERZEICHNIS**

<b>1.</b>	<b>Einleitung .....</b>	<b>1</b>
1.1	Nosologie der schizophrenen Psychosen.....	1
1.2	Definitionen und diagnostische Einteilung .....	3
1.2.1	Einteilung nach ICD-10/DSM-IV und Karl Leonhard.....	3
1.2.2	Abgrenzung der unsystematischen von den systematischen Schizophrenien nach Leonhard .....	4
1.2.3	Psychopathologisches Bild und Verlaufsformen der affektvollen Paraphrenie.....	6
1.2.4	Ätiologie der affektvollen Paraphrenie .....	8
1.2.5	Das Konstrukt der Lebensqualität.....	10
1.2.5.1	Geschichte des Konstruktes der Lebensqualität.....	10
1.2.5.2	Definition .....	11
1.3	Thema und Fragestellung der Arbeit .....	13
<b>2.</b>	<b>Studienkollektiv und Methodik.....</b>	<b>15</b>
2.1	Untersuchungskollektiv.....	15
2.2	Datenerhebung und Instrumente .....	16
2.2.1	Eingesetzte Fragebögen .....	16
2.2.2	„Berliner Lebensqualitätsprofil“ (BeLP).....	16
2.2.3	Strauss-Carpenter Outcome Scale (SCS) .....	17
2.2.4	Global Assessment of Function Scale (GAF) [57] .....	17
2.2.5	Psychopharmakologische Behandlung der Patienten .....	18
2.3	Datenauswertung .....	18
<b>3.</b>	<b>Ergebnisse .....</b>	<b>19</b>
3.1	Soziodemographische Befunde bei allen Studienprobanden .....	19
3.1.1	Geschlecht .....	19
3.1.2	Alter .....	19
3.1.3	Schulbildung.....	19
3.1.4	Berufsausbildung.....	20
3.1.4.1	Erlerner Beruf .....	20

3.1.4.2	Höchste erreichte berufliche Tätigkeit .....	21
3.1.4.3	Berufliche Tätigkeit nach letztem Aktenstand .....	22
3.1.4.4	Art der Erwerbstätigkeit .....	22
3.1.5	Partnerschaft .....	23
3.1.6	Wohnsituation.....	23
3.1.7	Familienanamnese .....	24
3.1.8	Krankheitsverlauf.....	24
3.1.8.1	„Knick in der Lebenslinie“ .....	24
3.1.8.2	Alter bei erster Symptomatik und Krankheitsdauer.....	25
3.1.8.3	Alter bei erster ambulanter bzw. stationärer Behandlung .....	25
3.1.9	Hirnorganik .....	26
3.1.10	Stationäre Aufenthalte .....	26
3.1.11	Medikation bei den einzelnen stationären Aufenthalten .....	27
3.1.12	Betreuung.....	27
3.1.13	Suizidversuch .....	27
3.2	Daten zur objektiven und subjektiven Lebensqualität nach persönlicher Befragung der Probanden.....	28
3.2.1	Allgemeine subjektive Lebenszufriedenheit.....	28
3.2.2	Tätigkeit und Verdienst.....	29
3.2.3	Freizeitgestaltung bezogen auf die letzten vier Wochen vor der Befragung.....	30
3.2.4	Religionszugehörigkeit und religiöse Aktivitäten.....	31
3.2.5	Einkünfte und Vermögen .....	32
3.2.6	Wohnsituation.....	33
3.2.7	Kriminalität.....	36
3.2.8	Soziale Beziehungen und Freundschaften .....	37
3.2.8.1	Familienstand .....	37
3.2.8.2	Kinder .....	38
3.2.8.3	Sonstige Familie und Verwandte .....	38
3.2.8.4	Freunde und Bekannte .....	38
3.2.9	Körperliche Leiden.....	40
3.2.10	Seelische Leiden .....	40



3.3	Fremdbeurteilungsskalen .....	41
3.4	Zusammenfassung: Subjektive Lebensqualität in verschiedenen Bereichen .....	43
3.5	Auswirkungen verschiedener Faktoren auf die allgemeine subjektive Lebensqualität .....	44
3.5.1	Berufliche Tätigkeit und finanzielle Mittel.....	44
3.5.2	Freizeitgestaltung .....	44
3.5.3	Wohnsituation.....	45
3.5.4	Soziale Beziehungen, Freundschaften und Lebensalter .....	45
3.5.5	Körperliche und seelische Leiden.....	45
3.5.6	Erkrankungsdauer, Hospitalisierungen und Medikation.....	46
3.5.7	Fremdbeurteilungsskalen .....	46
<b>4.</b>	<b>Diskussion .....</b>	<b>47</b>
4.1	Einschränkung der Aussagekraft.....	47
4.2	Krankheitsverlauf.....	47
4.2.1	Erste Symptome und psychiatrische Behandlung .....	47
4.2.2	Hospitalisierung und Medikation.....	48
4.2.3	Ergebnisse der Fremdbeurteilungsskalen .....	49
4.3	Geschlechtsspezifische Unterschiede .....	50
4.4	Subjektive und objektive Lebensqualität in verschiedenen Bereichen.....	52
4.4.1	Allgemeine Lebenszufriedenheit.....	52
4.4.2	Lebenspartner und soziale Kontakte .....	53
4.4.3	Wohnsituation.....	54
4.4.4	Arbeit und finanzielle Mittel.....	55
<b>5.</b>	<b>Zusammenfassung.....</b>	<b>57</b>
<b>6.</b>	<b>Anhang .....</b>	<b>59</b>
6.1	Dokumentations- und Fragebögen .....	59
6.1.1	Dokumentationsbogen zur Erfassung von Basisdaten, Krankheitsverlauf und Diagnosebegründung.....	59
6.1.2	Berliner Lebensqualitätsprofil [55] .....	63

6.1.3	Skala zur Erfassung des globalen Funktionsniveaus (GAF Skala) [57] .....	71
6.1.4	Strauss-Carpenter-Outcome Scale [65].....	73
6.1.5	Stammbaum .....	74
6.1.6	Familienübersicht .....	75
6.2	Formulare .....	76
6.2.1	Melderegisterauskunft .....	76
<b>7.</b>	<b>Literaturverzeichnis .....</b>	<b>77</b>

# 1. Einleitung

## 1.1 Nosologie der schizophrenen Psychosen

Die Erscheinungsbilder der Schizophrenie sind schon lange bekannt, wurden allerdings früher unter verschiedenen Namen beschrieben.

**Emil Kraepelin** (1856 – 1925) fasste 1898 diese Erscheinungsbilder unter dem Namen der Dementia praecox [„vorzeitige Verblödung“] zusammen und wollte auf diese Weise den ungünstigen Verlauf der Erkrankung im Sinne einer schweren Persönlichkeitsveränderung deutlich machen und diese von der manisch-depressiven Erkrankung mit einer günstigeren Prognose abgrenzen. Somit teilte er die Gruppe der endogenen Psychosen in nur zwei Hauptgruppen auf. Er beschrieb allerdings neun verschiedene Endzustände der Dementia praecox, die von schweren Krankheitsbildern mit abgeflachtem Affekt, halluzinatorischen Symptomen oder systematisierten Wahnvorstellungen bis zu milden, unspezifischen Beeinträchtigungen oder vollständigen Remissionen reichen [3,41].

**Eugen Bleuler** (1857 – 1939), der 1911 die Erkrankung als „Schizophrenie“ bezeichnete, übernahm das Konzept Kraepelins, ließ aber die prognostischen Aspekte außer acht. So mischte er auch einen großen Teil der Psychosen, die Kraepelin den manisch-depressiven Psychosen zugeordnet hatte, in den Kreis der von ihm nun Schizophrenien genannten Erkrankungen. Er hat sich mit diesem Begriff stärker auf das psychopathologische Querschnittsbild bezogen, das unter anderem durch eine Abspaltung bzw. Dysfunktionen gewisser psychischer Funktionen gekennzeichnet ist. Er war sich allerdings bewusst, dass es sich um eine Gruppe von Erkrankungen handelt und nicht um eine einzige nosologische Entität. Trotzdem suchte er sein Leben lang vergeblich nach sogenannten „Basisstörungen“ der Schizophrenie [50]. Er benutzte diese Bezeichnung Schizophrenie so weit gefasst, dass 43,2% aller Patienten seiner Züricher Universitätsklinik im Jahre 1925 als schizophren diagnostiziert waren. Im selben Jahr traf dies auch für ca. ein viertel der neu aufgenommenen

Patienten der Frankfurter Uniklinik, ein Drittel in Kiel und die Hälfte der Patienten in München zu [3,25].

**Kurt Schneider** (1887 - 1967) stellte im weiteren Verlauf mit seiner Lehre von den Symptomen ersten und zweiten Ranges einen ersten Versuch der Operationalisierung der Diagnostik der Schizophrenien dar.

Das Konzept der Schizophrenie in den modernen Klassifikationssystemen ICD-10 und DSM IV basiert im Wesentlichen auf diesen traditionellen Wurzeln, insbesondere auf den Ansätzen Kraepelins und Schneiders. Allerdings wurden die ursprünglichen Konzepte modifiziert durch internationale Konsensusfindung, Einbeziehung moderner empirischer Untersuchungsergebnisse und durch das vorrangige Ziel einer hohen Reliabilität, die eine weitgehende Operationalisierung erforderlich macht.

**Carl Wernicke** (1848 – 1905 ) arbeitete zur gleichen Zeit wie Kraepelin sowohl auf dem Gebiet der zentralen Neurologie (Aphasie-Lehre) als auch auf dem Gebiet der deskriptiven Psychiatrie. Er entwickelte dabei die „Sejunktionstheorie“. Darunter verstand er eine Unterbrechung der Verbindungen zwischen neuralen Systemen, die entweder zu einem Verlust von Funktionen, einer Über- oder einer Parafunktion führen und somit die psychopathologischen Befunde erklären könnten. Sein Verdienst bestand aber auch in der präzisen Herausarbeitung und Schilderung von Einzelfällen und Einzelbildern aus der Vielzahl der endogenen Psychosen sowohl im Querschnitt als auch im Längsverlauf. Einer seiner Schüler war

**Karl Kleist** (1879 – 1960), der nach dem frühen Tod Wernickes dessen Beobachtungen durch weitere Studien vertiefte und erweiterte [50]. Auch er ergänzte durch seine Erkenntnisse die von Kraepelin postulierte grobe Zweiteilung der endogenen Psychosen durch eine weitere Entität. So entwickelte er Wernickes Konzept der zykliden Psychosen weiter, die er als „Randpsychosen“ von den manisch-depressiven Erkrankungen und den schizophrenen Psychosen unterschied.

**Karl Leonhard** (1904 - 1988) war wiederum Kleists Schüler. Er habilitierte sich an der Universität Frankfurt am Main mit dem Konzept der „defektschizophrenen Krankheitsbilder“ ganz im Sinne Kleists. Beide sahen in

ihnen „Systemerkrankungen“ des Gehirns, da sie wie neurologische Systemerkrankungen eine sehr gleichförmige typische Symptomatik aufweisen und einen schweren Verlauf haben. Auf die unsystematischen Schizophrenien im Sinne Karl Leonhards werde ich im nachfolgenden Kapitel näher eingehen.

## **1.2 Definitionen und diagnostische Einteilung**

### **1.2.1 Einteilung nach ICD-10/DSM-IV und Karl Leonhard**

Während in den gegenwärtigen Klassifikationsschemata (ICD-10 und DSM-IV) die Diagnosesicherung merkmalsorientiert über polythetische Kriterienkataloge erfolgt [1], beschreibt die Leonhard-Klassifikation im Gegensatz dazu phänomenologisch zusammengehörende Syndrome in ihrem typischen Verlauf und zeichnet somit Krankheitsbilder nach.

Leonhard beklagte zeit seines Lebens, dass es in der Psychiatrie an Bestrebungen zur weiteren Differenzierung der endogenen Psychosen mangelt. Vielmehr begnüge man sich immer noch mit der bereits durch Kraepelin postulierten groben Unterteilung in zwei große Subgruppen: der Schizophrenie und den manisch-depressiven Erkrankungen. Da somit aber eine Vielzahl von Krankheiten zusammengefasst werden, lässt sich dafür keine einheitliche Ätiologie finden. Die Kenntnis darüber ist aber für die Voraussagbarkeit der Prognose und eine mögliche Differenzialtherapie von immenser Bedeutung. Karl Leonhard teilte die endogenen Psychosen in fünf Untergruppen auf, deren jede, wie er sagt, „doch wenigstens eine lockere Einheit zu bilden scheint“ [50, S.2]

- Monopolare phasische Psychosen
- Manisch-depressive Krankheit (bipolare phasische Psychosen)
- Zyклоide Psychosen
- Unsystematische Schizophrenien
- Systematische Schizophrenien

## 1.2.2 Abgrenzung der unsystematischen von den systematischen Schizophrenien nach Leonhard

„Systematische und unsystematische Schizophrenien haben in ihrem Wesen nichts miteinander zu tun. Der gemeinsame Name lässt sich nur aus der Tradition rechtfertigen, da man sich seit Kraepelin und Bleuler daran gewöhnt hat, alle endogenen Psychosen, die zu einem Defekt führen, unter dem Begriff der Schizophrenie zusammenzufassen. Die inneren Beziehungen der unsystematischen Schizophrenie laufen in viel höherem Grade zu den zykliden Psychosen hin als zu den systematischen Schizophrenien“ [50, S.86] Dies wird durch die Beobachtung betont, dass jeder dieser heilbaren zykliden Psychosen einer unsystematischen Schizophrenie entspricht. So steht die Angst-Glücks-Psychose in Beziehung mit der affektvollen Paraphrenie, die Motilitätspsychose mit der periodischen Katatonie, die Verwirrtheitspsychose mit der Kataphasie.

Leonhard stellte hierzu fest:

„Die Psychosen, die man unter dem Begriff der Schizophrenie vereint, umfassen zwei grundsätzlich verschiedene Gruppen“ [49, S.14], deren Unterscheidung vor allem für die Prognose zweifellos von Wichtigkeit ist. Er schrieb: „Ob eine systematische oder eine unsystematische Schizophrenie vorliegt, lässt sich meist schon im *Beginn* entscheiden, da die ersteren schleichend, die letzteren akut einzusetzen pflegen“ [49, S.15].

Die eine Gruppe wird also durch die **systematischen Schizophrenien** repräsentiert, die von Kleist und Leonhard als Systemerkrankungen dargestellt wurden, also ätiologisch basierend auf einer „entweder konstitutionell erbbedingt oder umweltverursachten Systemschwäche“. In einer Befragung [64] wurde nachgewiesen, dass Mütter von systematisch-schizophren Erkrankten häufiger von Infektionserkrankungen im zweiten Trimenon berichten als Mütter des gesunden Vergleichskollektivs. Dies deutet darauf hin, dass eine hirnorganische Reifungsstörung in utero bei der Entstehung einer systematischen Schizophrenie durchaus wegweisend für die Erforschung der Ätiologie dieser Erkrankung ist.

Karl Leonhard teilt die systematischen Schizophrenien in drei Untergruppen auf: Zum einen die primär wahnbildenden bzw. halluzinatorischen Formen der systematischen Paraphrenien, für die, da sie auf einer primären Denkstörung basieren, Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen und formalgedankliche Auffälligkeiten typisch sind. Sie lassen sich weiter in sechs verschiedene Subgruppen differenzieren: Die hypochondrische, phonemische, inkohärente, phantastische, konfabulatorische und expansive Paraphrenie. Er beobachtete, dass Personen, die an einer systematischen Paraphrenie erkrankt waren, oft erst nach mehreren Monaten oder Jahren einen Arzt oder eine Klinik aufsuchten. Es kam zwar auch vor, dass der Prozess bei einem leichten Defekt stehen blieb, er beobachtete auch Remissionen, aber die Tendenz war doch eindeutig progredient [45]. Die Krankheit schreite meist unaufhaltsam fort bis ein schweres, stabiles Defektsyndrom erreicht ist, das häufig eine dauerhafte Heimunterbringung erforderlich mache und weitgehend unbeeinflusst von modernen Behandlungsstrategien bliebe [50].

Zum anderen grenzte Leonhard die Hebephrenien ab, die primär auf einer Störung des Affekts beruhen. Sie unterteilt er weiter je nach Erscheinungsbild in den läppischen, verschrobenen, flachen und autistischen Subtyp.

Die dritte Gruppe der systematischen Schizophrenien bilden die systematischen Katatonien, welche primär durch eine Störung der Psychomotorik charakterisiert sind. Auch sie lassen sich weiter in sechs Subgruppen unterteilen: In die parakinetische, manierierte, proskinetische, negativistische, sprechbereite und sprachträge Katatonie.

Diesen gegenüber stehen die sogenannten **unsystematischen Schizophrenien**, die sich wiederum in die drei Krankheitsbilder der affektvollen Paraphrenie, der Kataphasie und der periodischen Katatonie einteilen lassen. Allen gemeinsam ist die im Vergleich zu den systematischen Schizophrenien günstigere Langzeitprognose. Es werden häufiger Remissionen beobachtet und die Neuroleptikatherapie spricht sehr gut an. Sie kürzt die akuten Krankheitsattacken ab und verhütet auf diese Weise oft das Auftreten tiefergreifender Defekte [45]. Die unsystematischen Paraphrenien verlaufen meist schubförmig, mit Teilremissionen, die systematischen Paraphrenien

dagegen schleichend progredient mit ungünstiger Prognose. Sie gehen meist kontinuierlich in einen charakteristischen Residualzustand über [50].

### **1.2.3 Psychopathologisches Bild und Verlaufsformen der affektvollen Paraphrenie**

Im Folgenden soll die affektvolle Paraphrenie, die das Thema der vorliegenden Arbeit darstellt, in Bezug auf die Diagnosefindung, die Ätiologie, den Verlauf, die Therapiemöglichkeiten und die Prognose vorgestellt werden.

Wenn Patienten an einer affektvollen Schizophrenie erkranken, geschieht dies meist sehr akut, oft stürmisch, ohne dass es klare Vorboten gibt [45]. Dagegen führen sie in vielen Fällen noch ein recht „normales“ Leben, d.h. sie leben z.B. mit ihrem Partner in der eigenen Wohnung und/oder gehen einer geregelten Arbeit nach. Dies liegt darin begründet, dass die Patienten im Allgemeinen einen besser erhaltenen Affekt haben und der Persönlichkeitsverlust geringer ausgeprägt ist. Außerdem verläuft diese Erkrankung meist schubweise, und nach Abklingen der meist mit recht heftigen affektiven Ausbrüchen verbundenen Schübe, kommt es nicht selten (besonders unter Neuroleptikatherapie) zur weitgehenden Remission. Hieran und auch an den Stimmungsschwankungen depressiver oder euphorischer Art, die nicht selten bei einer affektvollen Paraphrenie in Erscheinung treten, erkennt man die Beziehung zu den zykliden Psychosen.

Nach Leonhard gelingt eine Abgrenzung gegenüber der Angstpsychose, die der affektvollen Paraphrenie im Erkrankungsbeginn ähnelt, wenn man die Abnormität der Ideenbildung in Relation zur begleitenden Angst betrachtet. Je größer die Angst ist, desto größere Abnormität kann man erwarten, ist sie jedoch trotz verhältnismäßig geringer Angst erheblich, liegt keine Angstpsychose mehr vor, sondern eine affektvolle Paraphrenie. Hierfür spricht auch, wenn die Patienten der Ansicht sind, es würden von außen her Einflüsse in ihren Körper hineingetragen werden.

Die Erkrankung kann jedoch auch mit einem ekstatischen Zustand beginnen und damit der Angst-Glückspsychose ähneln. Wenn die Sinnestäuschungen



wie z.B. göttliche Erscheinungen ihre Beziehung zur Ekstase verlieren und die Beziehungsideen unlogische Formen annehmen, spricht dies wiederum für eine affektvolle Paraphrenie und gegen eine Glückspsychose [50].

Für Leonhard steht fest, dass der pathologische Affekt, der die Wahnbildung und –erhaltung begleitet, ausschlaggebend ist für die Diagnose einer affektvollen Paraphrenie. Die Erkrankung wird im Beginn durch eine meist erhebliche Angst, die mit Wahnhalten verbunden sein kann, bestimmt. So sind es häufig Beziehungsideen und Sinnestäuschungen (meist Phoneme), die der Angst einen Inhalt geben und schwere affektive Entgleisungen hervorrufen. Diese Phoneme haben eine mannigfaltige Ausprägung (Charakter). Sie können Bedrohliches, Peinliches oder Erniedrigendes beinhalten, ebenso jedoch kommt es vor, dass diese Stimmen nur das Tun und Handeln des Patienten kommentieren oder sich untereinander über Nichtigkeiten unterhalten.

Im Laufe der Erkrankung wandelt sich jedoch das ängstliche Beziehungssyndrom hin zu einer feindselig gereizten Umdeutung der Vorgänge der Umgebung. Vor allem auf Kritik z.B. in Bezug auf ihr Wahngelbilde, reagieren diese Patienten sehr gereizt, so Leonhard [50].

Leonhard beobachtete in seinen Studien: War der Affekt anfangs ekstatisch, dann kann er auch weiter diese Richtung beibehalten, doch sinkt seine Tiefe ab, während die Ideenbildung zunimmt. Es kann jedoch auch, wie bei einer Angst-Glückspsychose, vorkommen, dass beide Affektpole abwechseln, dann mischen sich entsprechend auch ekstatische Ideen oder Größenideen mit denen eines ängstlich-gereizten Beziehungssyndroms.

Leonhard stellte jedoch fest, dass die anfängliche Richtung der Affektlage für den weiteren Verlauf der Erkrankung unwesentlich ist. Es herrscht zwar meist eine unlustig-gereizte oder freudig-gehobene Stimmungslage vor, jedoch werden in diesen fortgeschrittenen Stadien die krankhaften Inhalte hier wie dort phantastisch. Es kommt zu Personenverkennungen in dem Sinne, dass die Personen der Umgebung meist als hochgestellte Persönlichkeiten oder Berühmtheiten verkannt werden, ohne dass sie mit jenen irgendeine Ähnlichkeit

oder Beziehung hätten. Hinzu kommen Größenideen und Erinnerungsverfälschungen. Die logische Denkfähigkeit wird also mehr und mehr beeinträchtigt. Der Grad des Defekts hängt davon ab, in welchem Stadium der Erkrankung sie stehen bleibt. Die schweren Grade des Defekts sind bei Frauen wesentlich häufiger als bei Männern. Die affektvolle Paraphrenie ist überhaupt bei Frauen häufiger. Karl Leonhard konnte in seinen Untersuchungen zeigen, dass 69 Prozent der an affektvoller Paraphrenie Erkrankten weiblich waren [50]. Die phantastische Symptomgestaltung wird ungefähr bei einem Drittel der Erkrankungsfälle erreicht, in einem zweiten Drittel der Fälle kommt die Krankheitsentwicklung am Übergang vom Beziehungssyndrom zum phantastischen Bild zum Stillstand. In einem letzten Drittel schließlich kommt die affektvolle Paraphrenie im Stadium eines einfachen paranoiden Bildes zum Stillstand. Bleibt die Erkrankung noch früher stehen, kann ein Verfolgungswahn oder Größenwahn mit systematisiertem Aufbau im Sinne einer Paranoia in Kraepelinschem Sinne entstehen [50].

Der Verlauf der affektvollen Paraphrenie kann sowohl chronisch als auch remittierend sein.

#### **1.2.4 Ätiologie der affektvollen Paraphrenie**

Leonhard und von Trostorff sowie später auch Franzek und Beckmann kamen in ihren Untersuchungen zu der Annahme, dass die unsystematischen Formen der Schizophrenien im Gegensatz zu den systematischen eine erbliche Grundlage haben [20,43,44,46,47,48,67,68]. Während für die systematischen Schizophrenien keine genetische Komponente gefunden werden konnte, sondern die Ursache der Erkrankung wohl in prae- sowie peri- und postnatalen Schädigungen zu finden ist [64], wurde von Leonhard für die affektvolle Paraphrenie ein autosomal rezessiver Erbgang angenommen.

Dafür spricht die große Zahl der Psychosen bei den Geschwistern (10,7%) und die geringe Zahl bei den Eltern (1,5%), sowie ein gehäuftes Auftreten bei Verwandtenehen [43]. Jedoch wäre bei einem rezessiven Erbgang und

gesunden Eltern 25% erkrankte Geschwister zu erwarten. Es müssen also weitere manifestationsfördernde Umstände hinzukommen, wenn die Krankheit entstehen soll. Eine konstitutionelle Voraussetzung, durch die die Manifestationswahrscheinlichkeit erhöht wird, könnte das Geschlecht sein: Leonhard fand in einer Studie unter den affektvollen Paraphrenen Probanden zum Beispiel 95 Frauen und nur 25 Männer. Auch unter den Angehörigen fanden sich mehr Frauen als Männer [50]. Leonhard führte die erhöhte Manifestationswahrscheinlichkeit bei den Frauen auf die weibliche Wesensart mit einer größeren affektiven Labilität, die eine stärkere Krankheitsbereitschaft erzeugt, zurück [47]. Ebenso scheint die Position der Erkrankten in der Geschwisterreihe eine wesentlich Bedeutung zu haben. So gaben die Patienten mehr ältere Geschwister als jüngere an. Leonhard erhielt ein Verhältnis von älteren zu jüngeren Geschwistern von 206:135. Die affektvollen Paraphrenen sind dementsprechend häufig die jüngsten in der Geschwisterreihe. Leonhard führte die erhöhte Krankheitsanfälligkeit der jüngeren Geschwister darauf zurück, dass jene in ihrer Kindheit häufig durch ältere Geschwister beherrscht und durch die Eltern nicht selten gegängelt werden und so in ihrer Ausreifung zurück bleiben. Die Folge ist, dass die kindliche Labilität im Gefühlsleben verspätet, vielleicht überhaupt unvollkommen abgelegt wird. Davon leitet sich die von Leonhard genannte Prophylaxe der Erkrankung ab. „Die Gefahr des Auftretens einer affektvollen Paraphrenie verringert sich trotz ihrer grundsätzlichen Erbbedingtheit, wenn man besorgt ist, dass sich das Kind rechtzeitig von den Eltern und den älteren Geschwistern loslöst und in die selbstständige Haltung des Erwachsenen hineinfindet“ [47,50].

## **1.2.5 Das Konstrukt der Lebensqualität**

### **1.2.5.1 Geschichte des Konstruktes der Lebensqualität**

Der Begriff Lebensqualität wurde erstmals 1920 von A.C. Pigou [53] in seiner Abhandlung mit dem Titel „Volkswirtschaft und Wohlergehen“ im Zusammenhang mit der Arbeitsumgebung verwendet. In Deutschland hielt der Begriff 1967 unter anderem durch Willy Brandt Einzug, der ihn als Ziel des Sozialstaates postulierte [16]. In seiner Regierungserklärung 1973 verkündete er: „Lebensqualität ist mehr als Lebensstandard. Sie heißt für uns: Freiheit, auch Freiheit von Angst und Not.“ (NDR, 2002). Der Begriff Lebensqualität beinhaltete für ihn und seine Partei auch die Bereiche Umwelt- und Naturschutz, Energieverbrauch sowie Ressourcenverschwendung.

So gewann die Lebensqualität in den 70er Jahren in Deutschland zunächst in der Soziologie als Konstrukt zur Beschreibung gesellschaftlicher Prozesse und Fakten nach beispielgebenden Arbeiten in den USA [11] zunehmend an Bedeutung [23,37].

Auch in der Medizin begann man Ende der 60er Jahre auf dieses Thema aufmerksam zu werden im Sinne einer speziell gesundheitsbezogenen Lebensqualität [17]. Schon 1948 hatte die WHO die Gesundheit nicht nur als Fehlen einer Erkrankung bzw. einer Gebrechlichkeit definiert, sondern auch das physische, mentale und soziale Wohlbefinden mitberücksichtigt. Es galt also zu begreifen, dass der Behandlungserfolg einer Erkrankung nicht allein an Überlebenszeiten oder Symptomfreiheit gemessen werden kann, wie es Debus später beispielhaft erläuterte: „das Problem des M. Crohn - Patienten sind seine quälenden Durchfälle, nicht sein endoskopischer Befund. Das Problem eines Magenkarzinom Patienten ist sein Gewichts- und Appetitverlust, nicht sein Lymphknotenstatus (...)“ [16].

So gewann das Thema Lebensqualität zunehmend an Bedeutung im Hinblick auf die Gesundheitserhaltung in der Praxis und Forschung. Eine Zunahme der Lebensqualität-Erhebung im Rahmen klinischer Untersuchungen setzte seit 1975 vor allem im Bereich der Onkologie ein, im weiteren zeitlichen Verlauf kam

es zu einem starken Anstieg der medizinischen Veröffentlichungen zu diesem Thema.

Anfang der 80er Jahre fand die Thematik dann auch Eingang in die psychiatrische Forschung [30]. Jedoch setzte man hier, anders als bisher in der Soziologie und Psychologie, die subjektive Lebensqualität gleich mit subjektiver Zufriedenheit. So basieren fast alle gängigen Erhebungsinstrumente für die subjektive Lebensqualität auf den Werten von Zufriedenheitsskalen [37,36,70]. Zunächst konzentrierte man sich auf die Analyse von Effekten der Enthospitalisierung auf die objektiv und subjektiv wahrgenommene Lebensqualität von ehemaligen stationären Langzeitpatienten. Im Zuge der daraufhin zunehmenden ambulanten Behandlung von psychiatrischen Langzeitpatienten wuchs das Interesse an subjektiven Evaluationskriterien weiterhin. Es wurden zahlreiche Erhebungsinstrumente entwickelt und gleichzeitig kritisch diskutiert [5,28,33,54,56,70].

### **1.2.5.2 Definition**

Wie nun der Begriff Lebensqualität zu definieren ist, darüber herrscht jedoch auch in Expertenkreisen noch immer kein allgemeiner Konsens [16,30]. Zu Beginn der Lebensqualitätsmessung ging man davon aus, dass es sich um ein eindimensionales Konstrukt handelt. Diese Einstellung spiegelt sich z.B. im Karnofsky-Index [38], der die gesamte Befindlichkeit des untersuchten Kollektivs Karzinom-Erkrankter Patienten in einer einzigen Maßzahl zusammenfasst, wider. Die aktuellen Erhebungsinstrumente berücksichtigen nun den unstrittigen multidimensionalen Charakter des Begriffes, für den es jedoch keine eindeutige Definition gibt [19]. Diese Problematik der nicht unmittelbaren Erfassbarkeit der Lebensqualitätsdimensionen drückt Bullinger mit der Definition „Konstrukt, das sich der direkten Beobachtung entzieht“ aus und stellt fest, dass „zu seiner Erfassung ein Konzept benötigt wird, das seine Komponenten identifiziert und operationalisiert“ [9]. Im Konsens mit anderen

Autoren [32,58] umfasst Lebensqualität demnach im wesentlichen folgende Komponenten:

- psychisches Befinden (z.B. Angst, Depressionen, Verhaltensstörungen),
- Funktions- und Leistungsfähigkeit in unterschiedlichen Bereichen des alltäglichen Lebens (z.B. Beruf, Haushalt, Freizeit),
- soziales Befinden (z.B. Partnerschaftsbeziehungen, Kontakte zu Mitmenschen),
- körperliche Verfassung (z.B. Gesundheitszustand, Beschwerden).

Fitzpatrick et al. [19] fügen zu diesen Dimensionen ergänzend noch folgende Punkte hinzu:

- Schmerz und
- Andere Symptome (z.B. Müdigkeit, Übelkeit, krankheitsspezifische Symptome)

Die WHO versteht unter Lebensqualität „an individual’s perception of his/her position in life in the context of the culture and value system in which he/she lives, and in relation to his/her goals, expectations, standards and concerns“ [69], während Katschnig [39] das Spektrum der Lebensqualität in drei Komponenten zerlegt: Materielle Ressourcen (“Lebensstandard”), objektives Funktionieren in sozialen Rollen und subjektives Wohlbefinden.

Demgegenüber steht die Ansicht einiger Wissenschaftler, Lebensqualität sei überhaupt nicht definierbar. Cella und Tulsky stellen in diesem Zusammenhang fest: „Quality of Life can not be validly measured, because it means so many different people“ [14].

Mittlerweile herrscht zumindest Konsens hinsichtlich der Identifikation und operationalen Definition des Konstruktes Lebensqualität [10] (s.o.). Ebenso ist es weitgehend akzeptiert, dass die gesundheitsbezogene Lebensqualität eine stark subjektiv geprägte Größe ist und deshalb auch im Selbstbericht zu erfassen ist [10]. Es hat sich nämlich gezeigt, dass objektive Situationen von

verschiedenen Personen in Abhängigkeit z.B. von ihrem Geschlecht unterschiedlich aufgenommen und bewertet werden [24]. Weiterhin beschreibt Faller [18], dass Fremdbeurteiler dazu neigen, „die Lebensqualität des Patienten als stärker beeinträchtigt zu beurteilen als dieser selbst“.

In einer Untersuchung von Holzinger und Angermeyer wurden 605 Psychiater in Deutschland befragt, die sich zu der Frage äußern sollten, was ihrer Meinung nach Lebensqualität für schizophrene Patienten bedeutet [31]. Sie waren überwiegend der Ansicht, dass sich die wichtigsten Aspekte für Lebensqualität unter der Rubrik „soziale Integration“ subsumieren lassen.

Aber auch das Vorhandensein und Ausmaß der Krankheitssymptome, unter denen die schizophrenen Patienten zu leiden haben, spielen für die Lebensqualität dieser Menschen eine wichtige Rolle, so die mehrheitliche Meinung der Befragten [31]. Wenig Bedeutung maßen sie allerdings den subjektiven Aspekten der Lebensqualität wie Wohlbefinden, Selbstwertgefühl oder Lebensfreude bei.

### ***1.3 Thema und Fragestellung der Arbeit***

Ziel dieser Arbeit ist es, den Krankheitsverlauf, die soziale Funktion sowie die subjektive Lebensqualität bei Patienten mit einer affektvollen Paraphrenie darzustellen.

Die vorliegende Studie gliedert sich hierfür in zwei Arme.

Zunächst wurden objektive Daten zum Krankheitsverlauf und sozialen Funktion der Patienten aus deren Krankenakten erfasst.

Zusätzlich wurde dann im persönlichen Gespräch mit einem Teil der Patienten, die sich dafür bereit erklärten, die subjektiv empfundene Lebensqualität in verschiedenen Lebensbereichen eruiert.

Es soll nun im Folgenden die affektvolle Paraphrenie nach Karl Leonhard, die im Bereich der paranoiden Schizophrenien nach ICD-10 eine eng

umschriebene nosologische Entität darstellt, diesen im Hinblick auf die Lebensqualität und soziale Funktion der Patienten sowie den Krankheitsverlauf vergleichend gegenübergestellt werden.



## **2. Studienkollektiv und Methodik**

### **2.1 Untersuchungskollektiv**

Die Untersuchungsgruppe bestand aus Patienten, die in den Jahren 1990-2003 in der Psychiatrischen Uniklinik Würzburg mit der Diagnose einer affektvollen Paraphrenie nach Karl Leonhard stationär behandelt wurden. Eingeschlossen wurden nur Patienten, deren Diagnose nochmals durch mit der Nosologie Leonhards sehr erfahrene Psychiater (BP, BJ) durch das Studium der Krankenakten bzw. persönliche Nachexploration eindeutig bestätigt wurde, was bei 15 von 22 der weiblichen und 14 von 18 der männlichen Patienten der Fall war. Die soziodemographischen Daten sowie Daten zur objektiven Lebensqualität aus den Krankenakten dieser 29 Patienten werden in Kapitel 3.1. dargestellt. Diese Probanden mit gesicherter Diagnose wurden dann schriftlich zu einem Gespräch über ihre Lebensqualität in verschiedenen Bereichen eingeladen, welches in der Universitätsklinik Würzburg stattfand. Bei nicht mehr aktuellen Adressen wurden die Einwohnermeldeämter der in den Krankenakten dokumentierten früheren Wohnorte um Hilfe ersucht.

Mit 25 Patienten konnte bis zum Ende der Studie Kontakt aufgenommen werden. Zwei Patienten waren zum Zeitpunkt der Studie bereits verstorben. Eine weitere war wohnungslos und somit nicht auffindbar, da sie auch sowohl den Kontakt zu ihrer Betreuerin als auch zu ihrer Zwillingschwester, die ebenso an der Studie teilnahm, zu dieser Zeit abgebrochen hatte. Ein Patient war trotz intensiver Wohnortrecherche ebenfalls nicht mehr zu erreichen. Von den verbleibenden 25 Patienten waren 15 zu einem Gespräch bereit. Die Befragung wurde anhand des „Berliner Lebensqualitätsprofils“ (BeLP) durchgeführt und dauerte je nach Patient zwischen 30-90 Minuten, weiterhin wurden gezielte Fragen gestellt, die die Einordnung in die Strauss-Carpenter Skala [65] sowie die GAF [1] ermöglichten.

Die Untersuchungsgruppe bestand also letztendlich aus 15 Frauen und 14 Männern mit der gesicherten Diagnose einer affektvollen Paraphrenie nach Karl

Leonhard, von denen acht Patientinnen und sieben Patienten an einer persönlichen Befragung teilnahmen.

## **2.2 Datenerhebung und Instrumente**

### **2.2.1 Eingesetzte Fragebögen**

Der eigens für diese Studie entworfene Fragebogen (siehe Anhang) ist in drei Teile gegliedert. Teil eins dient der Erfassung der Basisdaten (Schulbildung, Beruf, Wohnsituation, Familienanamnese etc.). Im zweiten Teil wird auf den Krankheitsverlauf eingegangen („Knick in der Lebenslinie“, Alter bei Erstsymptomatik, ambulante und stationäre Behandlung, Hirnorganik, Hospitalisierungsdauer, Medikation etc.) und der dritte Teil enthält Fragen zur Diagnosebegründung, die zur Diagnosesicherung dienten und nicht statistisch ausgewertet wurden (siehe Anhang).

Die Eintragungen in den Erhebungsbogen wurden zum größten Teil aus den Krankengeschichten herausgearbeitet und eventuell nach dem persönlichen Gespräch mit den Patienten korrigiert oder ergänzt.

### **2.2.2 „Berliner Lebensqualitätsprofil“ (BeLP)**

Das BeLP [54] ist durch Übersetzung und Modifikation des „Lancashire Quality of Life Profile“ von Oliver et al. [52] entstanden. Es wurde in seiner deutschen Form von Priebe und Hoffmann an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin erarbeitet und dient als strukturiertes Interview zur Beurteilung der Lebensqualität psychisch kranker Menschen. Die hier verwendete korrigierte Version wurde unter Mitarbeit von Röder-Wanner, Kaiser und Hoffmann erstellt. Der Fragebogen erfordert objektive und subjektive Beurteilungen zu den folgenden Bereichen: Arbeit, Freizeit, Religion, Finanzen,

Wohnung, Gesetz und Sicherheit, Familie, Freunde und Bekannte und Gesundheit. Hierzu werden zum einen die Patienten gebeten, anhand einer sieben-Punkte- Skala, die von „völlig unzufrieden“ (=1) bis „völlig zufrieden“ (=7) reicht, ihre subjektive Zufriedenheit mit den verschiedenen Aspekten der Teilbereiche zu bewerten, zum anderen erfolgt eine Erhebung der objektiven Daten über die Lebensumstände der Patienten.

### **2.2.3 Strauss-Carpenter Outcome Scale (SCS)**

Die Strauss-Carpenter Skala ist eine Fremdbeurteilungsskala zur Erfassung des „Ausgangs“ (Outcome) und damit der Prognostik schizophrener Erkrankungen.

Sie beinhaltet folgende vier Hauptkriterien (siehe Anhang):

1. Zeitraum der Nicht-Hospitalisation
2. Soziale Kontakte
3. Beschäftigung und Berufstätigkeit
4. Abwesenheit psychiatrischer Symptomatik

In jedem dieser vier Bereiche kann eine Punktzahl von null bis vier vergeben werden, sodass ein maximaler Summenscore von 16 Punkten erreicht werden kann [65].

### **2.2.4 Global Assessment of Function Scale (GAF) [57]**

Die GAF (siehe Anhang) ist eine Fremdbeurteilungsskala, mit der die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen mit Hilfe eines hypothetischen Kontinuums von psychischer Gesundheit bis hin zu schwerster Krankheit, ermittelt werden. Dies wird in Zahlenwerten von 100 (hervorragende Leistungsfähigkeit) bis eins (ständige Gefahr sich oder andere schwer zu verletzen etc.) ausgedrückt. In jeweils 10-Punkte Schritten werden die

Beeinträchtigungen der Psyche und des täglichen Lebens definiert, wobei innerhalb dieser Blöcke jegliche Zahlenwerte vergeben werden können und sollen.

### **2.2.5 Psychopharmakologische Behandlung der Patienten**

Um die unterschiedlichen Dosierungen der verschiedenen Neuroleptika in Vergleichbarkeit gewährleistender Form zu quantifizieren, bedient man sich der Umrechnung in Chlorpromazinäquivalente. Hierzu entwarfen Jahn und Mussgay einen Algorithmus, welcher auf den in der medizinischen Literatur publizierten Dosierungsempfehlungen beruht, die im Rahmen einer systematisch durchgeführten Literaturrecherche für 28 der wichtigsten Neuroleptika erstmals zusammengetragen wurden. Die hier vorgeschlagene Bestimmung von Äquivalenzwerten orientiert sich sowohl an den mittleren als auch maximalen Dosierungen der antipsychotischen Medikamente [35].

### **2.3 Datenauswertung**

Die Datenauflistung und –auswertung erfolgte anhand des Statistikprogramms „SPSS“, Version 11.0. Alle Signifikanztestungen wurden als zweiseitige Tests mit einem Signifikanzniveau von  $p \leq 0,05\%$  durchgeführt. Der Vergleich der Mittelwerte zweier Stichproben wurde bei normalverteilten Variablen mit dem t-Test für unabhängige Stichproben durchgeführt. Für nicht normal-verteilte Variablen wurden nichtparametrische Tests eingesetzt. Für dichotome Werte wurde ein  $\chi^2$ -Test durchgeführt.

## **3. Ergebnisse**

### **3.1 Soziodemographische Befunde bei allen Studienprobanden**

#### **3.1.1 Geschlecht**

Die Auswertung der Krankenakten mittels des Fragebogens erfolgte bei n=29 Personen, von denen 15 (51,7%) weiblichen und 14 (48,3%) männlichen Geschlechts waren. Für die Erhebung der Lebensqualität anhand des BeLP, sowie die Ermittlung der Punktescores für die Strauss-Carpenter-Skala und die GAF standen 15 jener Personen zur Verfügung, von denen acht (53,3%) Frauen und sieben (46,7%) Männer waren.

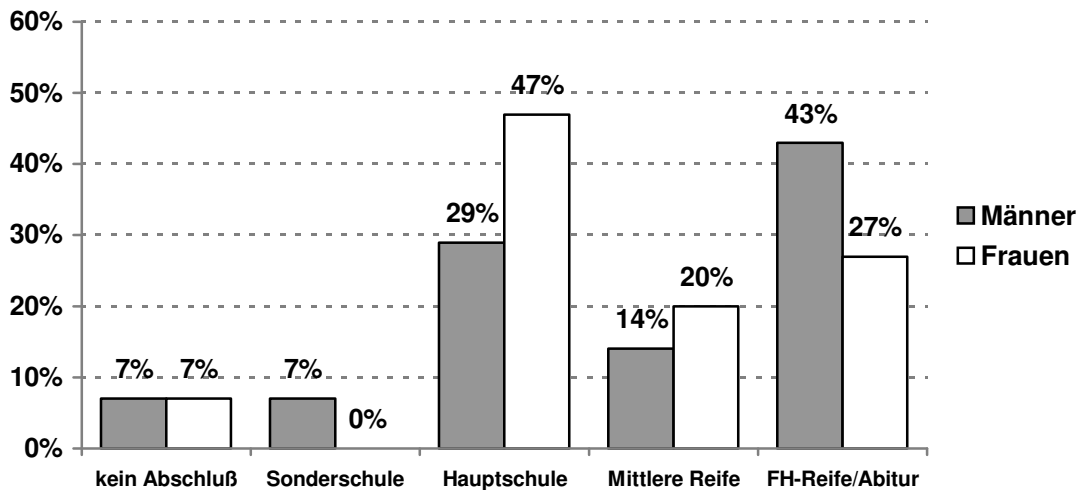
#### **3.1.2 Alter**

Bei Aktendurchsicht im Jahr 2002 waren die Patienten im Mittel 44,8 (Median: 42) Jahre alt mit einem Minimum von 26 und einem Maximum von 70 Jahren, wobei die Frauen im Schnitt mit 47,3 Jahren (Median: 44) etwas älter waren als die männlichen Teilnehmer der Studie mit 42,1 Jahren (Median: 40). Ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied war nicht zu erkennen ( $T = -1,225$ ;  $df = 27$ ;  $p = 0,231$ ).

#### **3.1.3 Schulbildung**

Bei der Analyse der Schulbildung zeigte sich eine Verteilung der Schultypen mit Schwerpunkt auf Hauptschule sowie Fachhochschulreife / Abitur (siehe Abbildung 1). Die zwei Patienten ohne Abschluss verließen vorzeitig die

Hauptschule. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Geschlechtern ließ sich nicht nachweisen ( $p=0,665$ ;  $\chi^2=2,387$ ;  $df=4$ )



**Abbildung 1:** Schulbildung

### 3.1.4 Berufsausbildung

#### 3.1.4.1 Erlerner Beruf

Der Großteil der Patienten ( $n=19$ , 65,5%, darunter 50% ( $n=7$ ) der Männer und 80% ( $n=12$ ) der Frauen) hat eine abgeschlossene Berufsausbildung bzw. eine Lehre absolviert. Vier der Untersuchten (13,8%, alle männlich) haben ein Hochschulstudium abgeschlossen und sechs (20,7%) haben nie einen Beruf erlernt. Unter diese sechs ungelerten Probanden fallen 20% ( $n=3$ ) der weiblichen und 21,4% ( $n=3$ ) der männlichen Patienten (Abbildung 2)

Ein signifikanter Unterschied der Geschlechter zwischen einer abgeschlossenen und einer nicht-abgeschlossenen Berufsausbildung ließ sich nicht erkennen ( $p=0,924$ ;  $df=1$ ;  $\chi^2=0,009$ ).

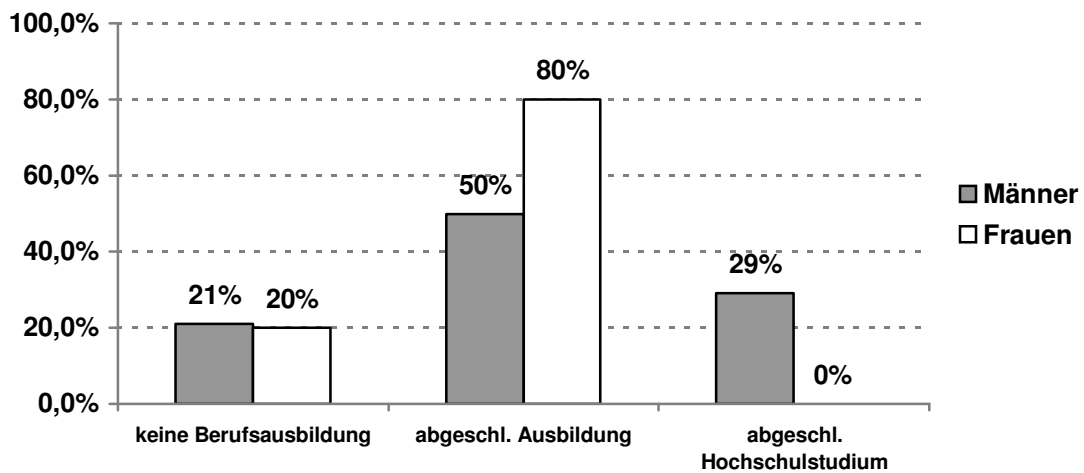


Abbildung 2: Berufsausbildung

### 3.1.4.2 Höchste erreichte berufliche Tätigkeit

Der Großteil der Patienten hat einmal im erlernten Beruf gearbeitet, wie aus Abbildung 3 ersichtlich wird.

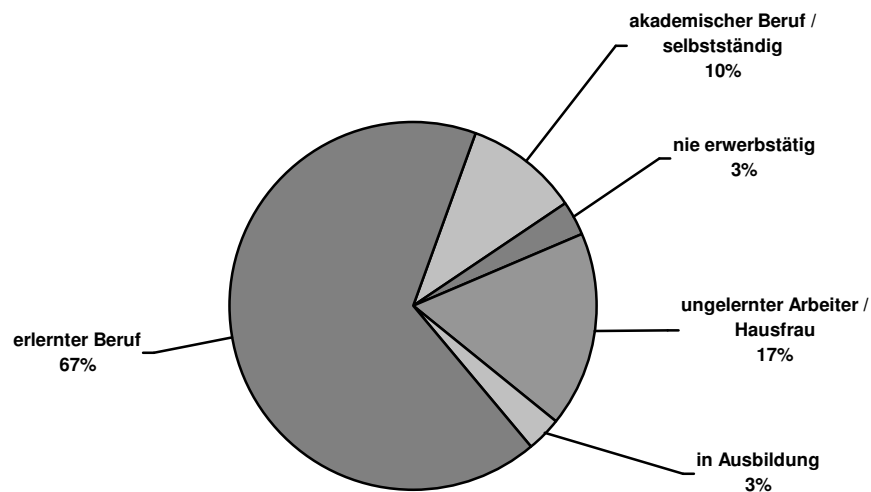


Abbildung 3: Höchste erreichte berufliche Tätigkeit

### **3.1.4.3 Berufliche Tätigkeit nach letztem Aktenstand**

Ungefähr die Hälfte (n=14, 48,3%) der Patienten waren zum Zeitpunkt der Datenerhebung nicht erwerbstätig. Darunter befanden sich 46,7% (n=7) der Frauen und 50% (n=7) der Männer. Zwölf (41,4%) hatten Beschäftigung als ungelernete Arbeiter oder gingen hausfraulichen Tätigkeiten nach. Dies trifft für 53,3% (n=8) der weiblichen und 28,6% (n=4) der männlichen Patienten zu. Ein Patient (3,4%, entsprechend 7,1% der Männer) befand sich in Ausbildung auf dem ersten Arbeitsmarkt und zwei (6,9%, entsprechend 14,3% der männlichen Studienteilnehmer) arbeiteten weiterhin im erlernten Beruf.

Ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied bezüglich der beruflichen Tätigkeit ließ sich nicht feststellen ( $p=0,23$ ;  $\chi^2=4,304$ ;  $df=3$ ).

### **3.1.4.4 Art der Erwerbstätigkeit**

Nur sechs Patienten (20,7%, entsprechend 35,7% der Männer und 6,7% der Frauen) fanden auf dem ersten Arbeitsmarkt Beschäftigung. Eine Patientin (3,4%, entsprechend 6,7% der weiblichen Studienteilnehmer) ging einer Bürotätigkeit auf dem beschützten Arbeitsmarkt nach, drei (10,3%, darunter 14,3 % der Männer und 6,7% der Frauen) besuchten eine Tagesstätte / Beschäftigungstherapie. Der überwiegende Teil jedoch (n=19; 65,5%, entsprechend 50% der Männer und 80% der Frauen) war nicht außerhäuslich tätig. Hierunter fallen auch die Hausfrauen oder Hausmänner.

Ein signifikanter Unterschied zwischen Männern und Frauen bezüglich einer außerhäuslichen im Gegensatz zu keiner außerhäuslichen Tätigkeit ließ sich nicht nachweisen ( $\chi^2=2,885$ ;  $df=1$ ;  $p=0,089$ ).



### 3.1.5 Partnerschaft

Von den 29 Patienten waren 16 (55,2%) ledig, vier (13,8%) getrennt bzw. geschieden und neun (31%) hatten einen festen (Ehe-) Partner. Während 53,3% der Frauen einen festen (Ehe-)Partner haben, ist dies nur bei 7,1% der Männer der Fall. Folglich lebt der Großteil der Männer alleine (78,6%), wohingegen nur 33,3% der weiblichen Patienten diese Lebensform wählten. Getrennt bzw. geschieden waren ungefähr zu gleichen Anteilen Männer (14,3%) und Frauen (13,3%). Es tritt ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied zutage, wenn man diejenigen Patienten, welche noch nie in ihrem Leben einen Partner oder Partnerin hatten, denjenigen gegenüberstellt, die aktuell in einer Partnerschaft oder Ehe leben oder getrennt bzw. geschieden sind ( $\chi^2=5,992$ ;  $df=1$ ;  $p=0,014$ ).

### 3.1.6 Wohnsituation

Bis auf einen Patienten leben all diejenigen, die eine Ehe oder feste Partnerschaft pflegen, auch mit ihrem (Ehe-) Partner im selben Haushalt (34,5%). Alleine wohnten elf (37,9 %) Patienten, wovon zehn männlich sind. Im Heim/betreuten Wohnen oder bei Eltern / Geschwistern waren zehn Patienten (34,5%) untergebracht. Dabei verhielt es sich bezogen auf die Geschlechtsverteilung folgendermaßen: Während 71,4% der Männer alleine lebten, war dies nur bei 6,7% der Frauen der Fall. Umgekehrt verhielt es sich folglich beim Zusammenleben mit einem Partner. 53,3% der weiblichen Patienten gaben an, mit ihrem Lebensgefährten zusammenzuleben, wohingegen keiner der männlichen Patienten diese Wohn-/ Lebensform wählte. 28,6 % der Männer im Vergleich zu 40% der Frauen lebten im Heim / betreuten Wohnen oder bei den Eltern.

Wenn man nun diejenigen Patienten, welche alleine lebten den übrigen vergleichend gegenüberstellt, zeigt sich ein höchst signifikanter Unterschied

zwischen den Geschlechtern. 71,4% der Männer lebten alleine im Vergleich zu 6,7 % der Frauen ( $\chi^2=12,9$ ;  $df=1$ ;  $p=0,000$ ).

### **3.1.7 Familienanamnese**

Da die Patienten größtenteils im Bezug auf weitere Erkrankungsfälle in der Familie keine Auskunft geben konnten bzw. wegen mangelndem Kontakt zu diesen gar nicht über deren Gesundheitszustand informiert waren, gestaltete sich die Erhebung der Familienanamnese in den meisten Fällen recht schwierig und kann somit nicht Anspruch auf Vollständigkeit erheben.

Insgesamt gaben 25 Prozent der Befragten an, einen erstgradig Verwandten zu haben, der bereits mit einer endogenen Psychose ambulant oder stationär behandelt wurde. Weiterhin berichteten dies drei Patienten (10,7%) über einen erkrankten Verwandten zweiten Grades väterlicherseits, wobei nur einer dieser Patienten auch einen erkrankten Verwandten ersten Grades angeben konnte.

### **3.1.8 Krankheitsverlauf**

#### **3.1.8.1 „Knick in der Lebenslinie“**

Einen Knick in der Lebenslinie z.B. im Sinne eines Leistungsabfalls konnte bei drei (10,34%) Patienten aus den Krankenakten ersichtlich werden und zwar im Alter von 19, 22 und 24 Jahren. Dies entspricht im Durchschnitt 1,66 Jahre vor Krankheitsausbruch.

### **3.1.8.2 Alter bei erster Symptomatik und Krankheitsdauer**

Die ersten Symptome der Erkrankung waren im Mittel im Alter von 29 (Median: 25) Jahren aufgetreten. Der jüngste Patient war dabei 16, der älteste 61 Jahre alt (n=28). Die Frauen hatten bei Krankheitsausbruch im Schnitt ein Alter von 29,4 Jahren erreicht, die Männer ein Alter von 28,5 Jahren.

Es konnte somit kein signifikanter Altersunterschied zwischen den Geschlechtern festgestellt werden ( $p=0,823$ ;  $T=0,226$ ;  $df=26$ ).

Die mittlere Krankheitsdauer, gemessen vom Auftreten der ersten Krankheitssymptome bis zum Untersuchungszeitraum 2003, beträgt 17,1 Jahre (n=28, Median: 17,5, Minimum: fünf, Maximum: 41 Jahre), wobei die Krankheitsdauer bei den männlichen Patienten mit durchschnittlich 15,08 Jahren im Vergleich zu den weiblichen Patienten mit 18,93 Jahren etwas geringer ausfiel. Ein signifikanter Unterschied konnte jedoch nicht nachgewiesen werden ( $T=1,21$ ;  $p=0,237$ ;  $df=26$ ).

### **3.1.8.3 Alter bei erster ambulanter bzw. stationärer Behandlung**

Die erste ambulante oder stationäre Behandlung war in diesem Patientenkollektiv im Durchschnitt im Alter von 31,3 Jahren (Median: 30, Minimum: 19, Maximum: 63, n=29) erforderlich. Die weiblichen Patienten erreichten bis dahin mit durchschnittlich 32,5 Jahren ein etwas höheres Alter als die Männer mit im Schnitt 30,1 Jahren. Der Unterschied ist nicht signifikant ( $T=0,606$ ;  $df=27$ ;  $p=0,549$ ). Zwischen dem erstmaligen Auftreten von Krankheitssymptomen und der ersten ambulanten oder stationären Behandlung lagen im Mittel 2,8 Jahre (Median: 1; Minimum: 0; Maximum: 11), wobei bei zehn Patienten (34,5%) gleichzeitig mit der Erstsymptomatik der Erkrankung eine Behandlung in ambulantem oder stationärem Rahmen erforderlich war. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied war nicht nachweisbar ( $T=0,353$ ;  $df=26$ ;  $p=0,727$ ).

### **3.1.9 Hirnorganik**

Drei (10,3%) Patientinnen berichteten in der Anamnese über eine hirnorganische Beeinträchtigung oder Schwangerschafts-/ Geburtskomplikationen. Im einzelnen waren dies bei einer Patientin eine commotio cerebri im Alter von 13 Jahren; eine weitere Patientin gab an mit 17 Jahren beim Sport auf den Kopf gestürzt zu sein, worauf eine längere Bewusstlosigkeit folgte. Anschließend beschrieb sie eine ständige Müdigkeit, die sie schließlich zwang, die erweiterte Oberschule abzubrechen.

Bei der dritten Patientin kam es zu einer milden frühkindlichen Hirnschädigung (fragliche intracerebrale Blutung) nach Forcepsgeburt mit Hydrocephalus.

### **3.1.10 Stationäre Aufenthalte**

Im Mittel verbrachten die Patienten 58,8 (Median: 44; Minimum: 7; Maximum: 333) Wochen ihres Lebens in stationärer Behandlung. Die Frauen wiesen hierbei eine etwas längere Aufenthaltsdauer (63,1 Wochen) als die Männer auf (54,3 Wochen), wobei der Unterschied nicht signifikant war ( $T=0,359$ ;  $df=27$ ;  $p=0,722$ ). Die Zahl der Hospitalisationen belief sich im Mittel auf 6,7 (Median: 4, Minimum: 1, Maximum: 22). Wiederum wiesen die Frauen eine höhere Anzahl (7,9) auf als die Männer (5,5). Dies war jedoch nicht signifikant ( $T=1,274$ ;  $df=27$ ;  $p=0,214$ ). Bezogen auf die Krankheitsjahre entsprach dies im Mittel einer Aufenthaltsdauer von 3,4 (Frauen: 3,3; Männer: 3,6) Wochen oder vergleichsweise 0,4 (Frauen: 0,4; Männer: 0,4) Aufenthalten in stationärer Behandlung pro Erkrankungsjahr.

### **3.1.11 Medikation bei den einzelnen stationären Aufenthalten**

Um die unterschiedlichen Dosierungen der verschiedenen Neuroleptika in Vergleichbarkeit gewährleistender Form zu quantifizieren, bedient man sich der Umrechnung in Chlorpromazinäquivalente nach Jahn und Mussgay [35].

Die tägliche Dosis an Neuroleptika belief sich danach im Schnitt auf 643 mg Chlorpromazin - Äquivalente. (Median: 288 mg, Minimum 25 mg, Maximum 2904 mg). Die weiblichen Patienten benötigten im Schnitt jedoch eine wesentlich geringere Neuroleptikadosis (274 mg) als die Männer (1039 mg). Hier zeigte sich ein signifikanter Unterschied ( $T = -3,48$ ;  $df = 27$ ;  $p = 0,002$ ).

### **3.1.12 Betreuung**

Eine Betreuung wurde bei acht (53,3%) der weiblichen und vier (28,6%) der männlichen Patienten eingerichtet, wobei der prozentuale Unterschied nicht signifikant war ( $\chi^2 = 1,83$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,176$ ). Diese Maßnahme war im Mittel im Alter von 33,6 Jahren bei den Frauen und 32,7 Jahren bei den Männern erforderlich. Ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied bestand nicht ( $T = 0,173$ ;  $df = 9$ ;  $p = 0,866$ ).

### **3.1.13 Suizidversuch**

Einen Suizidversuch begingen nach Aktenlage fünf (17,2%) Patienten, bei 13 (44,8%) konnte dies ausgeschlossen werden und bei den verbliebenen elf (37,9%) war nichts über einen Suizidversuch bekannt, d.h. er konnte auch nicht ausgeschlossen werden.

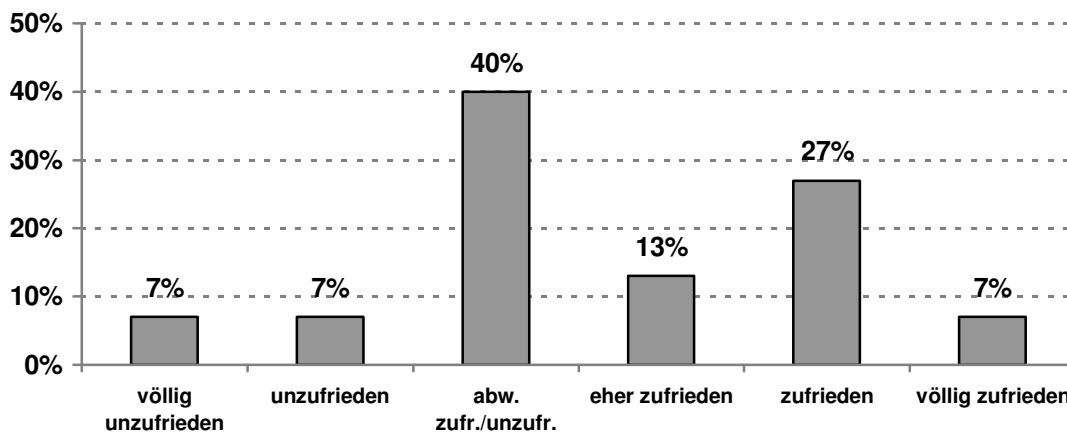
Ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied war nicht vorhanden ( $\chi^2 = 0,334$ ;  $df = 2$ ;  $p = 0,846$ ).

### ***3.2 Daten zur objektiven und subjektiven Lebensqualität nach persönlicher Befragung der Probanden***

An der Befragung zur Lebensqualität nahmen insgesamt 15 Patienten teil. Die Zufriedenheit mit bestimmten Lebensbereichen der Patienten beurteilten diese anhand einer Skala von eins bis sieben mit folgender Wertigkeit: 1=völlig unzufrieden, 2= unzufrieden, 3= eher unzufrieden, 4= abwechselnd zufrieden und unzufrieden, 5= eher zufrieden, 6= zufrieden, 7=völlig zufrieden.

#### **3.2.1 Allgemeine subjektive Lebenszufriedenheit**

Die Patienten bewerteten die Zufriedenheit mit ihrer Lebenssituation sehr unterschiedlich (siehe Abbildung 4) mit durchschnittlich 4,5 (Median: 4) Punkten. Diese Punktzahl entspricht einem Wert auf der Zufriedenheitsskala zwischen „abwechselnd zufrieden und unzufrieden“ und „eher zufrieden“. Es ist zu beachten, dass die weiblichen Studienteilnehmer etwas zufriedener mit ihrer allgemeinen Lebenssituation waren (Mittelwert: 4,9; Median: 5, entsprechend „eher zufrieden“) als die männlichen (Mittelwert: 4,1; Median:4, entsprechend „abwechselnd zufrieden und unzufrieden“). Dieser geschlechtsspezifische Unterschied war jedoch statistisch nicht signifikant ( $T=0,878$ ;  $df=13$ ;  $p=0,396$ ).



**Abbildung 4:** Allgemeine Lebenszufriedenheit

### 3.2.2 Tätigkeit und Verdienst

Von den 15 befragten Patienten gingen sieben (46,66%, drei Männer, vier Frauen) einer außerhäuslichen Arbeit / Tätigkeit nach. Ein männlicher und zwei weibliche Patienten davon arbeiteten in einer Tagesstätte (z.B. als Bürokraft), jeweils zwei Männer und zwei Frauen fanden eine Beschäftigung auf dem ersten Arbeitsmarkt (als LKW-Fahrer, Fahrradmechaniker, Haushaltshilfe in einer Bäckerei und als Bürokraft).

Im Mittel arbeiteten diese sieben Patienten 22,6 (Median: 17) Stunden pro Woche, die Frauen jedoch mit im Schnitt 10,3 Wochenstunden im Vergleich zu durchschnittlich 39 Stunden pro Woche bei den Männern, deutlich weniger.

Angaben zum Nettoverdienst pro Monat wollten nur vier (zwei Männer, zwei Frauen) der Befragten Patienten machen. Die weiblichen Patienten verdienten 300 bzw. 480 Euro im Monat, die männlichen mit 800 bzw. 980 Euro Monatsgehalt deutlich mehr. Über die Zufriedenheit mit ihrer Arbeit und der Bezahlung haben nur fünf Patienten Angaben gemacht, wovon vier (jeweils zwei Männer und zwei Frauen) zufrieden und ein Patient völlig zufrieden war

mit seiner Arbeit. Genauso verhielt es sich auch bei der Zufriedenheit mit der Bezahlung. Es ergab sich in beiden Fällen ein Mittelwert von 6,2 (Männer: 6,5; Frauen 6,0), welches auf der Zufriedenheitsskala „zufrieden“ entsprach (Median: 6).

Diejenigen Studienteilnehmer, die keiner außerhäuslichen Tätigkeit nachgingen, gaben ihre Zufriedenheit mit diesem Umstand ganz unterschiedlich an. Die Spanne reichte von „völlig unzufrieden“ bis „völlig zufrieden“. Der Mittelwert betrug 4,6 (Median:5). Die weiblichen Patienten waren im Schnitt mit diesem Lebensumstand zufriedener (Mittelwert: 5,0, entsprechend: „eher zufrieden“) als die Männer (Mittelwert: 4,2, entsprechend: „abwechselnd zufrieden und unzufrieden“). Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant ( $p=0,402$ ).

### **3.2.3 Freizeitgestaltung bezogen auf die letzten vier Wochen vor der Befragung**

Die überwiegende Mehrheit (66,7%, darunter 62,5% der Frauen und 71,4% der Männer;  $p=0,714$ ) gab an, dass sie, bezogen auf die letzten zwölf Monate, gerne mehr in ihrer Freizeit unternommen hätte, dies aber aus den verschiedensten Gründen nicht möglich war.

Bemerkenswert ist, dass zwei Drittel der Patienten angaben, mit ihren häuslichen und außerhäuslichen Aktivitäten „eher zufrieden“ bis „völlig zufrieden“ zu sein. Es zeigte sich im Vergleich der Geschlechter, dass die Frauen signifikant zufriedener damit waren ( $T=2,243$ ;  $df=13$ ;  $p=0,043$ ;  $T=2,861$ ;  $df=13$ ;  $p=0,013$ ).

Tabelle 1 zeigt die Freizeitaktivitäten bezogen auf die letzten vier Wochen vor der Befragung. Die Unterschiede zwischen den Geschlechtern waren alle nicht signifikant.



	<b>% insgesamt</b>	<b>% der Frauen</b>	<b>% der Männer</b>
<b>Sport</b>	60	75	43
<b>Restaurant / Kneipe</b>	53	63	43
<b>Kino / Theater / Museum</b>	27	38	14
<b>Einkaufen</b>	93	100	86
<b>Radio / Fernsehen</b>	100	100	100

**Tabelle 1:** Freizeitaktivitäten bezogen auf die letzten vier Wochen

### 3.2.4 Religionszugehörigkeit und religiöse Aktivitäten

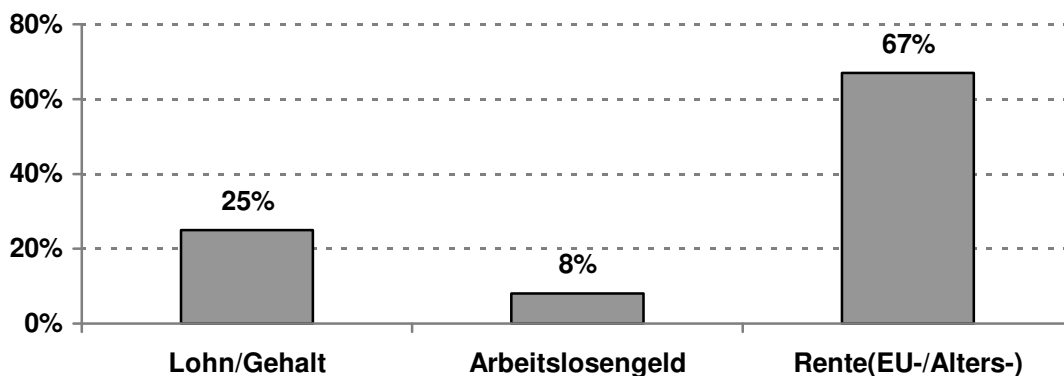
Drei (20%) Patienten, darunter 12,5% der Frauen und 42,6% der Männer, gaben an konfessionslos zu sein, während sieben (46,7%) Patienten, entsprechend 62,5% der weiblichen und 14,3% der männlichen Patienten katholischen und fünf (33,3%) evangelischen Glaubens sind, wobei dies für 25% der Frauen und 42,9% der Männer zutrifft.

Die Hälfte der Patienten berichtete, während der letzten vier Wochen vor der Befragung keinen Gottesdienst oder eine andere religiöse Veranstaltung besucht zu haben. Darunter befanden sich die drei konfessionslosen, drei evangelische und ein katholischer Patient(en). Jeweils zwei Personen (14,3%) waren ein- bzw. zweimal in dieser Zeit bei einem Gottesdienst und jeweils ein katholischer Patient (7,1%) besuchte im letzten Monat viermal, siebenmal bzw. zwölfmal eine religiöse Veranstaltung. Insgesamt hatten 75% der Frauen und nur 16,7% der Männer in den letzten vier Wochen eine religiöse Veranstaltung besucht, woraus sich ein signifikanter Unterschied ergibt ( $\chi^2=4,6$ ;  $df=1$ ;  $p=0,031$ ).

### 3.2.5 Einkünfte und Vermögen

Die monatlichen Netto-Einkünfte der Patienten beliefen sich im Mittel auf 675,7 Euro (Median: 690; SD: 602) mit einem Minimum von null und einem Maximum von 2500 Euro (n=14), wobei die Männer mit im Durchschnitt 852,9 Euro (SD: 797,42) über ein höheres Einkommen verfügten als die Frauen mit durchschnittlich 498,6 Euro (SD: 280,4) monatlichem Verdienst. Dieser Unterschied war jedoch nicht als signifikant zu werten (T= -1,109; df= 12; p= 0,289). Drei Patienten (21,4%), darunter zwei Frauen, gaben an, ein Vermögen von über 50000 Euro zu besitzen. Von der Familie wurden fünf der Befragten (33,3%), darunter drei Frauen, finanziell unterstützt, wobei dies für zwei von ihnen, ein Mann und eine Frau, das einzige Einkommen darstellte. Die anderen drei erhielten diese Geldzuwendungen durch die Familie zusätzlich zu ihrem Gehalt.

Abgesehen von diesen Einkünften / Vermögen stellte sich die Art der Einkünfte folgendermaßen dar:



**Abbildung 5:** Art der Einkünfte

Bezogen auf die geschlechtlichen Unterschiede stellte sich dies folgendermaßen dar: Zwei Frauen und ein Mann erhielten Lohn, eine Frau

erhielt Arbeitslosengeld und jeweils vier männliche und vier weibliche Patienten lebten von ihrem Renteneinkommen.

Das Netto-Einkommen aller im selben Haushalt mit den befragten Patienten zusammenlebenden Personen betrug im Durchschnitt 1653,1 Euro (Median: 1200; SD: 1348,6) pro Monat mit einem minimalen Betrag von 300 und maximalen Wert von 4900 Euro (n=13).

Von diesem Haushaltseinkommen wurden in sieben (53,8%) der Fälle ein Erwachsener, in vier (30,8 %) der Fälle zwei Erwachsene und in zwei (15,4%) der Fälle zwei Erwachsene und ein Kind über 18 Jahren unterhalten.

Ein Antrag auf staatliche Unterstützung wurde nur bei einem (6,7 %) der Patienten im Verlauf der letzten 12 Monate abgelehnt. Lediglich eine Patientin (6,7%) gab an, dass es im Laufe des letzten Jahres Zeiten gab, in denen sie zuwenig Geld hatte, um im Alltag zurecht zu kommen.

Die Zufriedenheit mit ihrer finanziellen Lage bewerteten die Patienten im Mittel mit 4,4 Punkten. Ein Wert also, der zwischen dem Beurteilungswert 4=„abwechselnd zufrieden und unzufrieden“ und 5=„eher zufrieden“ liegt. Bei den Frauen lag er mit 4,5 Punkten im Schnitt etwas höher als bei den Männern mit durchschnittlich 4,3 Punkten auf der Zufriedenheitsskala. Diese Differenz ist jedoch nicht als signifikant zu werten ( $T=0,251$ ;  $df=13$ ;  $p=0,806$ ).

### **3.2.6 Wohnsituation**

Tabelle 2 zeigt, dass nur zwei (13,3%) Patientinnen zur Zeit der Befragung im betreuten Wohnen lebten. Die übrigen 13 (86,7 %) Männer und Frauen lebten unabhängig von psychiatrischen Einrichtungen.

	Häufigkeit	Prozent
Wohnheim / therapeutische WG	2	13
Mietwohnung	5	33
Eigentumswohnung	4	27
Privathaus (als Eigentümer)	4	27

**Tabelle 2:** Wohnsituation

Im Schnitt lebten die Befragten dort seit 116,5 Monaten (Median: 20; SD: 201,4). Die minimale Wohnzeit betrug zwei Monate, die längste 624 Monate, entsprechend 52 Jahren. Die männlichen Patienten lebten im Durchschnitt bereits seit 232,4 Monaten in ihren derzeitigen Wohnungen, wohingegen die Frauen nur seit durchschnittlich 15,6 Monaten in ihrem aktuellen Domizil lebten. Es ergibt sich ein signifikanter geschlechtsspezifischer Unterschied ( $T = -2,415$ ;  $df = 13$ ;  $p = 0,031$ ).

Alleine lebten zum Zeitpunkt der Befragung fünf Patienten, vier (57,1%) Männer gegenüber einer (12,5%) Frau ( $\chi^2 = 3,348$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,067$ ). Drei von ihnen lebten in einer Mietwohnung, einer in einer Eigentumswohnung und einer besaß und bewohnte ein Eigentumshaus.

Mit ihrem (Ehe-) partner zusammen wohnten fünf (33,3%) der Befragten, wobei in zwei Fällen auch noch ein Kind über 18 Jahren im selben Haushalt lebte. Zu bemerken ist, dass 50% der Frauen, jedoch nur 14,3% der Männer mit einem (Ehe-) partner zusammen lebten. Dies stellt jedoch keinen signifikanten Unterschied dar ( $\chi^2 = 2,143$ ;  $df = 1$ ;  $p = 0,143$ ).

Zwei Patienten lebten mit einem Elternteil zusammen in einem Privathaus als Eigentümer bzw. einer Eigentumswohnung. Eine Patientin bewohnte mit ihren beiden Eltern ein Eigentumshaus .

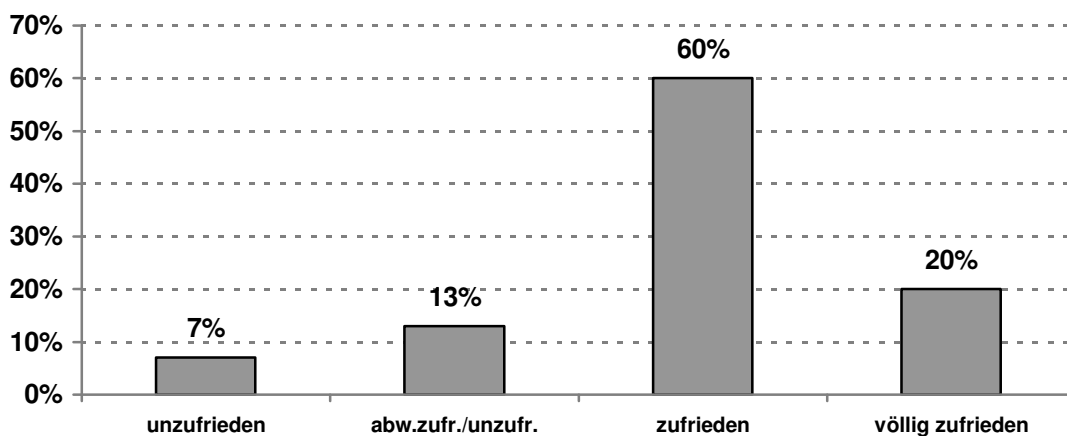
Im betreuten Wohnen lebten zwei Patienten mit zwei bzw. fünf Mitbewohnern.

Im Schnitt lebten die Patienten also mit 1,2 Personen zusammen in einem Haushalt.

Die Frage, ob es in den letzten zwölf Monaten Zeiten gegeben hätte, in denen sie gerne umgezogen wären, dies aber nicht möglich war, bejahten fünf

Patienten (33%), darunter 37,5% der Frauen und 28,6% der Männer, die restlichen zehn (66%) verneinten dies. Ein geschlechtsspezifischer Unterschied ließ sich in diesem Fall nicht nachweisen.

Die überwiegende Mehrheit war mit ihrer Wohnsituation zufrieden bis völlig zufrieden (Abbildung 6). Lediglich eine Patientin (7%), die mit ihrem Ehemann in einer Mietwohnung lebte, gab an, unzufrieden mit dieser Situation zu sein. Der Mittelwert betrug 5,7 (Median: 6)



**Abbildung 6:** Zufriedenheit mit der Wohnsituation

Die weiblichen Patienten waren mit einem Mittelwert von 5,8 Punkten auf der Zufriedenheitsskala nur unwesentlich zufriedener mit ihrer Wohnsituation als die männlichen Patienten, die einen Mittelwert von 5,6 Punkten erreichten ( $T=0,248$ ;  $df=13$ ;  $p=0,808$ ). Dies stellte jedoch keinen signifikanten Unterschied dar.

Auch das Zusammenleben mit den Mitbewohnern beschrieben die meisten Patienten als zufriedenstellend. Der Mittelwert betrug 5,4 Punkte (Median: 6). Dabei konnte kein wesentlicher Unterschied zwischen den weiblichen und männlichen Patienten bezüglich ihrer Zufriedenheit festgestellt werden. Bei den

Männern betrug der Mittelwert 5,5 Punkte, bei den Frauen 5,4 Punkte. Dies stellte keine signifikante Differenz dar ( $T=0,031$ ;  $df=10$ ;  $p=0,976$ ).

Die Privatsphäre war für den größten Teil der hierzu Befragten in ausreichendem Rahmen gewährleistet. 78% gaben an, damit „eher zufrieden“ bis „zufrieden“ zu sein bei einem Mittelwert von 5,3 (Median: 6) Punkten. Auch hier ergab sich bei einem Mittelwert von 5,1 bei den Frauen und 5,4 bei den Männern kein signifikanter Unterschied ( $T=-0,430$ ;  $df=12$ ;  $p=0,675$ ).

Erwartungsgemäß zeigten sich auch die meisten Patienten mit der Aussicht dort lange Zeit zu leben zufrieden (Mittelwert: 5,5; Median: 6). Wiederum unterschieden sich die Angaben der männlichen und weiblich Patienten nicht signifikant. Der Mittelwert bei den Männern betrug 5,7 Punkte, bei den Frauen 5,3 Punkte ( $T=-0,518$ ;  $df=13$ ;  $p=0,613$ ).

### **3.2.7 Kriminalität**

Gegen einen Patienten war wegen einer Straftat in den letzten 12 Monaten Anzeige erstattet worden. Die anderen 14 Befragten hatten sich in dieser Zeit nichts zuschulden kommen lassen

Opfer einer Gewalttat wurde keiner der Patienten im vergangenen Jahr.

Es zeigte sich auch die Mehrzahl mit der persönlichen Sicherheit in der Stadt, in der sie leben „eher zufrieden“, entsprechend einem Mittelwert von 5,3 Punkten (Median: 6,00) auf der Zufriedenheitsskala. Die Frauen hatten mit durchschnittlich 5,5 Punkten im Vergleich zu den Männern, die im Durchschnitt ihre persönliche Sicherheit mit 5,0 Punkten bewerteten, ein höheres Sicherheitsgefühl. Dieser Unterschied war jedoch als nicht signifikant zu werten ( $T=0,565$ ;  $p=0,582$ ;  $df=13$ ).

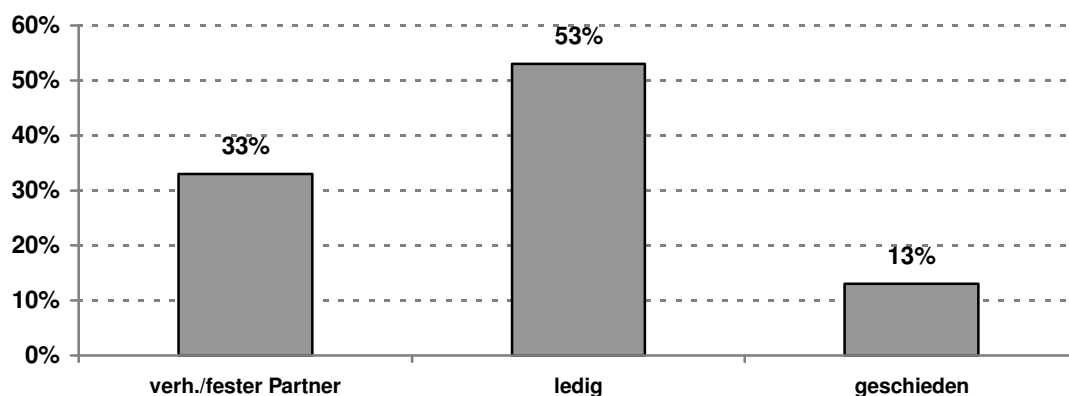
Vergleichsweise sicherer fühlten sich die Patienten meist noch in ihrem direkten Wohnumfeld. Der Mittelwert betrug 6,3 Punkte (Median: 6,00), welches auf der Zufriedenheitsskala „zufrieden“ entsprach. Auch hier gaben die weiblichen Patienten mit durchschnittlich 6,4 Punkten ein höheres Sicherheitsgefühl an als

die männlichen Befragten mit einem Mittelwert von 6,1 Punkten auf der Zufriedenheitsskala. Dies entsprach jedoch ebenfalls keinem signifikanten Unterschied ( $T=0,978$ ;  $df=13$ ;  $p=0,346$ ).

## 3.2.8 Soziale Beziehungen und Freundschaften

### 3.2.8.1 Familienstand

Die Häufigkeitsaufteilung des Familienstandes zeigt Abbildung 7.



**Abbildung 7:** Familienstand

Wenn man nun die alleine Lebenden denjenigen mit festem Partner gegenüber stellte, zeigte sich, dass die Hälfte der Frauen, jedoch nur 14,3 % der Männer in einer festen Beziehung lebten. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant ( $\chi^2=2,143$ ;  $df=1$ ;  $p=0,143$ ).

Von den Verheirateten oder fest Lierten zeigten sich mit ihrer Beziehung zwei (40%) „abwechselnd zufrieden und unzufrieden“, zwei (40%), darunter der eine in einer festen Beziehung lebende Mann „zufrieden“ und eine Person (20%) „völlig zufrieden“. Daraus ergab sich ein Mittelwert von 5,4 (Median: 6).

### **3.2.8.2 Kinder**

Die überwiegende Mehrheit der Patienten (n=11; 73,3%) hatte keine Kinder . Zwei Patientinnen (13,3%) hatten ein Kind und gaben die Zufriedenheit mit der Beziehung zu diesem Kind mit „zufrieden“ bzw. „völlig zufrieden“ an.

Wiederum zwei, ein geschiedener Mann und eine in Ehe lebende Frau (13,3%) hatten zwei Kinder. Sie waren mit der Beziehung zu ihren Kindern „abwechselnd zufrieden und unzufrieden“ bzw. zufrieden.

Für die Zufriedenheit mit der Beziehung zu ihren Kindern ergibt sich ein Mittelwert von 5,8 (Median: 6).

### **3.2.8.3 Sonstige Familie und Verwandte**

Den Kontakt mit Verwandten, die nicht im selben Haushalt mit den Patienten leben, suchten 73,3% (87,5% der Frauen und 57,1% der Männer) der Probanden wenigstens einmal wöchentlich / monatlich.

Dennoch sagten acht der Befragten (53,3%), entsprechend 71,4% der Männer und 37,5% der Frauen aus, dass es in den letzten zwölf Monaten Situationen gegeben hätte, in denen sie gerne engeren Kontakt zu diesen Verwandten gehabt hätten, dies aber nicht möglich war.

Schließlich zeigten sich alle im Schnitt „zufrieden“ mit der Beziehung zur sonstigen Familie (Mittelwert: 5; Median: 5).

Die Frauen waren jedoch im Schnitt mit 5,4 Punkten zufriedener als die Männer mit durchschnittlich 4,6 Punkten. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant. (T=1,418; df=13; p=0,18).

### **3.2.8.4 Freunde und Bekannte**

Einen guten Freund oder Freundin besaßen sieben (46,7%) Personen. Dies entsprach 37,5% der Frauen und 57,1% der Männer, wobei der Unterschied



nicht signifikant war ( $\chi^2=0,579$ ;  $df=1$ ;  $p=0,447$ ). Alle, bis auf eine weibliche Patientin bejahten auch, dass sie diesen Freund / Freundin um Hilfe bitten könnten, wenn sie denn welche benötigen sollten.

Dass sie auch gut ohne einen guten Freund / Freundin auskommen, gaben sechs der 15 befragten Patienten an. Dazu gehören 37,5% der weiblichen und 42,9 % der männlichen Patienten. Von diesen hatten jedoch vier die Frage nach einem guten Freund / Freundin mit „ja“ beantwortet.

Die meisten pflegen zu ihren guten Freunden und Bekannten einen relativ engen Kontakt mit häufigeren Besuchen oder Treffen während einer Woche. Im Mittel sahen sie ihre Freunde an 3,4 Tagen der Woche (Median: 2; SD: 3,1). Immerhin ein Drittel der Patienten sah die Freunde täglich.

Die Frauen hatten jedoch mit durchschnittlich 4,4 Tagen pro Woche deutlich häufiger Kontakt zu ihren Freunden und Bekannten als die Männer mit durchschnittlich 2,3 Tagen in der Woche. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant ( $T=1,355$ ;  $df=13$ ;  $p=0,198$ ).

Da viele psychiatrische Patienten in Mitpatienten während eines stationären Aufenthaltes gute Freunde finden, wurde noch mal explizit nach Kontakten zu Freunden / Bekannten, die nichts mit der Psychiatrie zu tun haben, gefragt. Die Situation stellte sich jedoch nicht viel anders dar. Der Mittelwert betrug 2,7 Tage (Median:1) und wiederum 33% der Patienten pflegte täglichen Kontakt zu Freunden und Bekannten. Auch hier hatten die Frauen mit 3,6 Tagen im Durchschnitt häufigere Kontakte als die Männer mit durchschnittlich 1,6 Tagen pro Woche. Auch dieser Unterschied ist nicht signifikant ( $T=1,257$ ;  $df=13$ ;  $p=0,231$ ).

Mit der Anzahl der Freunde und Bekannte war die Mehrheit der Patienten „zufrieden“ (Mittelwert: 5,13; Median: 6).

Die Frauen waren jedoch im Schnitt mit 5,8 Punkten etwas zufriedener als die Männer mit 4,4 Punkten. Es ergab sich jedoch kein signifikanter Unterschied ( $T=1,999$ ;  $df=13$ ;  $p=0,067$ ).

Überwiegend positiv äußerten sich die Patienten auch zu ihrer Zufriedenheit damit, wie sie mit anderen Menschen zurechtkommen. 80% der Befragten gab

an, damit „eher zufrieden bis „völlig zufrieden“ zu sein (Mittelwert: 5,3; Median: 6,0). Die Männer beurteilen ihre Zufriedenheit mit 5,6 Punkten auf der Skala etwas positiver als die Frauen mit durchschnittlich 5,0 Punkten. Auch hier zeigte sich kein signifikanter Unterschied ( $T=-0,817$ ;  $df=13$ ;  $p=0,428$ ).

### **3.2.9 Körperliche Leiden**

Wegen eines körperlichen Leidens befanden sich im Zeitraum des vergangenen Jahres elf Patienten (73,3%), darunter 75% der Frauen und 71,4% der Männer, in ambulanter oder stationärer ärztlicher Behandlung. Vier (26,7%) der Befragten, darunter 25% der weiblichen und 28,6% der männlichen Patienten, gaben an, körperliche Probleme zu haben, die ihre Bewegungsmöglichkeiten im vergangenen Jahr eingeschränkt haben oder immer noch einschränken.

Der Großteil der Patienten zeigte sich jedoch mit der körperlichen Gesundheit zufrieden. Der Mittelwert lag bei 5,3 (Median: 6) Punkten auf der Zufriedenheitsskala. Wenn man nun die beiden Geschlechter einander vergleichend gegenüberstellte, ergab sich bezüglich der Zufriedenheit ein signifikanter Mittelwertunterschied. Die Frauen gaben sich mit durchschnittlich 5,9 Punkten erheblich zufriedener mit ihrer gesundheitlichen Situation als die Männer mit einem Durchschnittswert von 4,6 Punkten auf der Zufriedenheitsskala. ( $T=2,23$ ;  $df=13$ ;  $p=0,044$ ).

### **3.2.10 Seelische Leiden**

Wegen ihres seelischen Leidens nahmen alle 15 Patienten in den vergangenen zwölf Monaten ambulante ärztliche Hilfe in Anspruch. Stationär behandelt wurden in diesem Zeitraum jedoch nur acht (53,3%) jener Personen.

Wegen ihrer seelischen Probleme waren 14 (93,3%) von ihnen auf regelmäßige Einnahme von Medikamenten angewiesen.

Bei ihrem ersten stationären psychiatrischen Krankenhausaufenthalt waren die Befragten im Schnitt 31,9 Jahre alt (Median: 30), wobei die Frauen mit durchschnittlich 30,4 Jahren etwas früher stationär behandelt wurden als die Männer, die im Durchschnitt mit 33,6 Jahren das erste mal in stationärer Behandlung waren. Dieser Unterschied war jedoch nicht signifikant ( $T=-0,438$ ;  $df=13$ ;  $p=0,669$ ). Der früheste Zeitpunkt für diese Maßnahme lag bei einem Patienten im Alter von zehn Jahren, der älteste war hierbei 63 Jahre.

Die Zufriedenheit mit ihrer seelischen Gesundheit beurteilten die Patienten mit einem Mittelwert von 4,3 Punkten (Median: 4), was auf der Zufriedenheitsskala „abwechselnd zufrieden und unzufrieden“ mit Tendenz zu „eher zufrieden“ entsprach. Die Frauen bewerteten ihre Zufriedenheit mit 4,1 Punkten im Durchschnitt etwas negativer als die Männer mit durchschnittlich 4,6 Punkten. Dieser Unterschied zeigte jedoch keine Signifikanz ( $T=-0,582$ ;  $df=13$ ;  $p=0,571$ ).

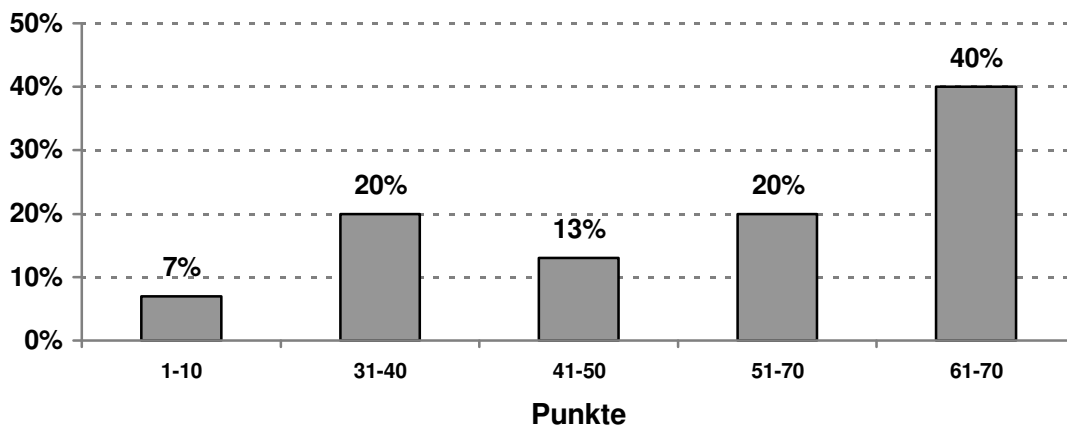
### **3.3 Fremdbeurteilungsskalen**

Bezüglich der sozialen Funktionsfähigkeit, gemessen anhand der GAF-Skala und der Strauss-Carpenter-Skala, erreichten die Patienten folgende Werte:

#### Global Assessment of Function Scale:

Es ergab sich ein Mittelwert von 50 Punkten (Median: 55; SD: 16,43) mit einem minimalen Wert von zehn und einem Maximum von 68 Punkten. Wie aus Abbildung 8 ersichtlich, erreichten 60% der Probanden einen Punktwert zwischen 51 und 70, was einer mäßig bis leicht ausgeprägten Krankheitssymptomatik entspricht oder auf leichte bis mäßige Probleme im sozialen und beruflichen Umfeld hinweist.

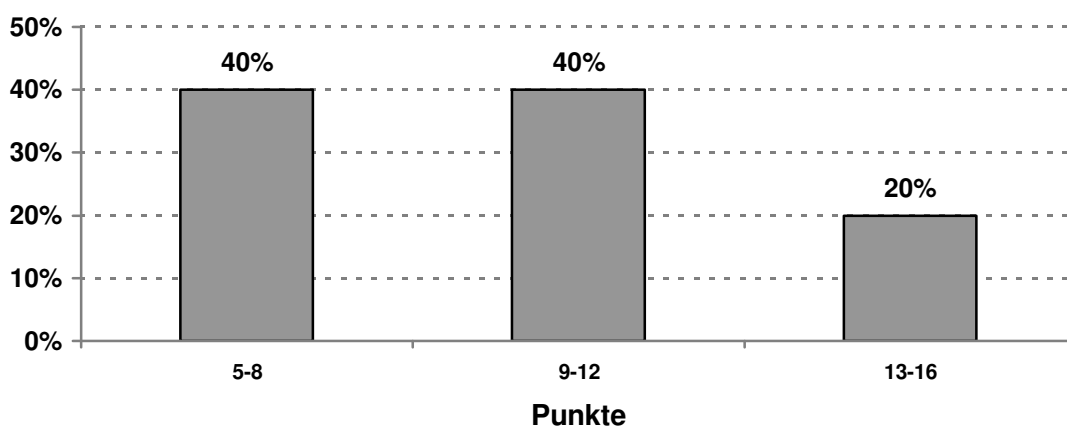
Die Frauen schnitten mit durchschnittlich 58,9 Punkten (SD: 7,8) signifikant besser ab als die männlichen Patienten mit einem Mittelwert von 39,9 Punkten (SD: 18,3) ( $T=2,69$ ;  $df=13$ ;  $p=0,019$ ).



**Abbildung 8:** GAF

Strauss-Carpenter Outcome Scale:

Im Mittel erreichten die Patienten eine Punktesumme von 9,5 (Median: 10; SD: 3,1). Die minimal erreichte Punktzahl war fünf, die höchste 14 von 16 möglichen Punkten. Wie in Abbildung 9 ersichtlich wird, erreichten 60% der Patienten einen Skalenwert über neun. Hervorzuheben ist die signifikant höhere mittlere Punktesumme der weiblichen Patienten (11,3; SD: 2,1) im Vergleich zu den männlichen Patienten, welche nur durchschnittlich 7,6 Punkte (SD: 2,9) erreichten (T=2,8; df=13; p=0,015).



**Abbildung 9:** Strauss-Carpenter Outcome Scale

### 3.4 Zusammenfassung: Subjektive Lebensqualität in verschiedenen Bereichen

In Tabelle 3 werden die subjektiven Bewertungen der Lebensqualität der Patienten in verschiedenen Lebensbereichen in einer Übersicht aufgeführt.

	Mittelwert	Median	Spanne
<b>Allgemeine Lebenszufriedenheit</b>	4,5	4,0	1-7
<b>1. Arbeit und Finanzen</b>	5,4	5,5	1-7
Arbeit	6,2	6,0	6-7
Bezahlung	6,2	6,0	6-7
Arbeitslosigkeit oder Berentung	4,6	5,0	1-7
Finanzielle Situation	4,4	5,0	2-7
<b>2. Freizeit</b>	5,1	5,5	3-7
Aktivitäten außer Haus	5,2	6,0	3-7
Aktivitäten zu Hause	5,0	5,0	3-7
<b>3. Wohnen</b>	5,5	6,0	2-7
Aktuelle Wohnsituation	5,7	6,0	2-7
Zusammenleben mit anderen Personen	5,4	6,0	2-7
Privatsphäre	5,3	6,0	2-6
Aussicht, dort lange zu leben	5,5	6,0	2-7
<b>4. Sicherheit</b>	5,8	6,0	2-7
Persönliche Sicherheit in der Stadt	5,3	6,0	2-7
Sicherheit im direkten Wohnumfeld	6,3	6,0	6-7
<b>5. Familie</b>	5,4	5,7	3-7
Partnerschaft	5,4	6,0	4-7
Kinder	5,8	6,0	4-7
Sonstige Familie	5,0	5,0	3-7
<b>6. Freunde</b>	5,1	6,0	3-7
Anzahl der Freunde	5,1	6,0	3-7
<b>7. Sozialverhalten</b>	5,3	6,0	2-7
Umgang mit anderen Menschen	5,3	6,0	2-7
<b>8. Gesundheit</b>	5,3	6,0	3-7
Körperliche Gesundheit	5,3	6,0	3-7
Seelische Gesundheit	4,3	4,0	2-6

**Tabelle 3:** Lebensqualität in den verschiedenen Bereichen bezogen auf die Zufriedenheitsskala des BeLP vgl. Kap. 6.1.2 (1=völlig unzufrieden bis 7=völlig zufrieden)

### **3.5 Auswirkungen verschiedener Faktoren auf die allgemeine subjektive Lebensqualität**

#### **3.5.1 Berufliche Tätigkeit und finanzielle Mittel**

Es wurde die allgemeine Lebenszufriedenheit derjenigen Patienten, die einer regelmäßigen außerhäuslichen Tätigkeit nachgingen, der der übrigen Patienten vergleichend gegenüber gestellt. Hierbei konnte kein signifikanter Unterschied festgestellt werden ( $U=20$ ;  $p=0,334$ ).

Weder die Höhe des eigenen Nettoverdienstes ( $\rho = -0,949$ ;  $p=0,051$ ) noch die der monatlichen Nettoeinkünfte aus unterschiedlichen Quellen ( $\rho = -0,360$ ;  $p=0,205$ ) oder das monatliche Nettoeinkommen aller im selben Haushalt lebenden Personen ( $\rho = -0,268$ ;  $p=0,376$ ), korrelierte signifikant mit der allgemeinen Lebensqualität.

Auch wenn man speziell nach der Zufriedenheit mit der finanziellen Situation fragte, konnte keine signifikante Korrelation mit dem persönlichen Nettoeinkommen ( $\rho = 0,166$ ;  $p=0,570$ ) oder dem Nettoeinkommen aller im selben Haushalt lebenden Personen festgestellt werden ( $\rho = 0,140$ ;  $P=0,649$ ).

#### **3.5.2 Freizeitgestaltung**

Zwischen der allgemeinen Lebenszufriedenheit und regelmäßigen sportlichen Aktivitäten ließ sich eine geringe positive Korrelation feststellen ( $\rho = 0,542$ ;  $p=0,037$ ).

Der regelmäßige Besuch von Restaurants und Kneipen korrelierte jedoch nicht mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit ( $\rho = 0,194$ ;  $p=0,489$ ), ebenso wenig wie Kino- oder Museumsbesuche ( $\rho = 0,364$ ;  $p=0,182$ ).

### **3.5.3 Wohnsituation**

Die Hypothese, dass die Lebensqualität steigt, wenn die Probanden außerhalb psychiatrischer Einrichtungen leben, ließ sich in der vorliegenden Studie nicht bestätigen. Es konnte kein signifikanter Einfluss der Wohnsituation auf die allgemeine Lebensqualität festgestellt werden ( $U=11$ ;  $p=0,723$ ).

### **3.5.4 Soziale Beziehungen, Freundschaften und Lebensalter**

Ob die Erkrankten nun alleine oder mit einem Lebenspartner zusammen lebten, schien sich als Trend, aber nicht signifikant auf die allgemeine Lebensqualität auszuwirken ( $U=11,5$ ;  $p=0,084$ ). Ebenso wenig wirkte sich die Häufigkeit der Kontakte zu Verwandten, die nicht im gleichen Haushalt leben oder die Zufriedenheit mit der Beziehung zur Familie auf die allgemeine oder speziell seelische Lebenszufriedenheit aus.

Auch das Vorhandensein eines engen Freundes / Freundin ( $U=26,5$ ;  $p=0,867$ ) oder die Zufriedenheit damit, wie man mit anderen Menschen zurecht kommt ( $\rho=0,088$ ;  $p=0,754$  und  $\rho=0,302$ ;  $p=0,274$ ), korrelierte nicht mit der allgemeinen oder speziell seelischen Lebenszufriedenheit .

Gleichermaßen hatte auch das Alter der Patienten keinen signifikanten Einfluß auf ihre subjektiv empfundene Lebensqualität ( $p=0,192$ ).

### **3.5.5 Körperliche und seelische Leiden**

Es zeigt sich eine signifikante Korrelation zwischen der körperlichen Gesundheit und der allgemeinen Lebensqualität. Diejenigen Probanden, die während der letzten zwölf Monate wegen eines körperlichen Leidens beim Arzt oder im Krankenhaus waren, gaben eine signifikant schlechtere allgemeine Lebensqualität an ( $U=7$ ;  $p=0,041$ ).

Wegen ihres seelischen Leidens waren alle Probanden in oben genanntem Zeitraum beim Arzt. Ein stationärer Aufenthalt in diesem Zeitraum bei acht der

15 befragten Patienten wirkte sich nicht auf die allgemeine Lebensqualität aus ( $U=25$ ;  $p=0,717$ ). Ebenso konnte nur ein Trend bezüglich einer Korrelation zwischen der Zufriedenheit mit der seelischen Gesundheit und der allgemeinen Lebenszufriedenheit festgestellt werden ( $\rho=0,512$ ;  $p=0,051$ ).

### **3.5.6 Erkrankungsdauer, Hospitalisierungen und Medikation**

Weder die Anzahl der Hospitalisierungen ( $\rho=0,444$ ;  $p=0,097$ ) noch die Hospitalisierungsdauer seit Krankheitsbeginn ( $\rho=0,433$ ;  $p=0,107$ ) oder die Erkrankungsdauer ( $\rho=0,289$ ;  $p=0,316$ ) wirkte sich signifikant auf die allgemeine Lebensqualität aus. Auch die Menge an neuroleptischer Medikation stand in keiner signifikanten Korrelation mit der allgemeinen Lebensqualität ( $\rho=0,293$ ;  $p=0,290$ ).

### **3.5.7 Fremdbeurteilungsskalen**

Weder die Punktwerte der GAF ( $\rho=0,352$ ;  $p=0,198$ ) noch die der SCS ( $\rho=-0,355$ ;  $p=0,195$ ) korrelierten mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit noch speziell mit der Zufriedenheit mit der seelischen Gesundheit ( $\rho=-0,318$ ;  $p=0,248$ ).



## **4. Diskussion**

### ***4.1 Einschränkung der Aussagekraft***

Zunächst einmal ist auf die geringe Fallzahl der Studie hinzuweisen (Aktenauswertung bei 29 Patienten, persönliche Befragung von 15 Patienten), welche vor allem in der Seltenheit der Erkrankung als auch in den einschränkenden Ausschlusskriterien begründet liegt. Es können somit nur vorläufige Ergebnisse präsentiert werden, die Anstöße für weitere Untersuchungen geben sollen und somit der vorliegenden Arbeit den Charakter einer Pilotstudie zukommen lassen.

Positiv hervorzuheben ist aber sicherlich der intensive persönliche Kontakt zu den Patienten sowohl im Rahmen der Diagnosesicherung als auch der nachfolgenden Befragung zur Lebensqualität, der entscheidend zur Ermittlung richtungsweisender Ergebnisse beitrug.

### ***4.2 Krankheitsverlauf***

#### **4.2.1 Erste Symptome und psychiatrische Behandlung**

Zum Zeitpunkt des Auftretens der ersten Krankheitssymptome waren die Probanden der vorliegenden Studie durchschnittlich 28,9 Jahre alt. Ein ähnliches Erkrankungsalter konnten Jabs et al. [34] bei Patienten mit zykliden Psychosen beobachten (28,1 Jahre), während eine Patientengruppe aus systematisch und unsystematisch Paraphrenen mit durchschnittlich 22,7 Jahren in deutlich jüngerem Alter erstmals erkrankte.

Leonhard [50] beschrieb in seinen Studien über affektvolle Paraphrenen einen durchschnittlichen Erkrankungsbeginn bezogen auf die Erstsymptomatik von 31,1 Jahren, während der erste stationäre Aufenthalt bei seiner Patientengruppe im Alter von 42,3 Jahren stattgefunden hat. Diese relativ lange

Zeitspanne führte er auf den milden und nur langsam progredienten Verlauf der Erkrankung zurück. In der vorliegenden Studie liegen zwischen der Erstsymptomatik der Erkrankung und dem ersten stationären Aufenthalt im Alter von durchschnittlich 31,3 Jahren jedoch nur 2,1 Jahre. Der erste stationäre Aufenthalt bei Patienten mit zykliden Psychosen fand laut oben genannter Studie im Durchschnitt mit 29,2 Jahren und bei den Patienten mit systematischer oder unsystematischer Paraphrenie im Mittel mit 25,6 Jahren deutlich früher statt.

Die relativ lange Erkrankungsdauer, die in Leonhards Studien einer stationären Behandlung der Patienten vorausging, könnte in Zusammenhang mit anderen Gegebenheiten im beruflichen Umfeld so wie der gesundheitlichen Versorgung zu dieser Zeit stehen. So wäre es möglich, dass durch eine heutzutage stärkere psychische Belastung im Beruf schizophrene Erkrankungen früher und deutlicher zu Tage treten und die erkrankten Personen stärker zu einer Therapie gedrängt werden. Weiterhin steht Ihnen nun ein gut ausgebautes Netzwerk an medizinischer Versorgung zur Verfügung. So können schizophrene Erkrankungen in der heutigen Zeit früher erkannt und behandelt werden.

#### **4.2.2 Hospitalisierung und Medikation**

Mit durchschnittlich 0,39 stationären Aufenthalten pro Erkrankungsjahr wiesen die Patienten unserer Studie gegenüber einem Vergleichskollektiv von Patienten mit zykliden Psychosen, die im Schnitt 0,38 mal pro Erkrankungsjahr in stationärer Behandlung waren, einen ähnlichen Wert auf, lagen jedoch deutlich unter der Zahl stationärer Aufenthalte bei schizophrenen Patienten (0,54/ Erkrankungsjahr). Wenn man die Dauer der stationären Behandlung in Wochen betrachtet, verhält es sich ähnlich. Die Patienten mit affektvoller Paraphrenie verbrachten durchschnittlich 3,4 Wochen pro Jahr in stationärer psychiatrischer Behandlung im Vergleich zu 2,9 Wochen bei den Patienten mit zykliden Psychosen und 4,3 Wochen bei schizophrenen Patienten [34]. Hier erkennt man wieder die Verwandtschaft der unsystematischen Schizophrenien

zu den zykliden Psychosen. Beide weisen im Vergleich zu den systematischen Schizophrenien einen deutlich positiveren, schubweisen Verlauf mit häufigen Teilremissionen auf.

Die Menge an neuroleptischer Medikation, berechnet nach der Chlorpromazinäquivalente nach Jahn und Mussgay [35] betrug bei unserem Studienkollektiv durchschnittlich 643 mg pro Tag während eines stationären Aufenthaltes im Vergleich zu 103 mg bei den zykliden Psychosen und 316 mg bei den Schizophrenien [34], die allerdings im ambulanten setting erfragt worden waren.

Die Tagesdosis der antipsychotischen Medikation konnte in unserer Untersuchung im Gegensatz zu einer Studie von Corrigan [15], der eine signifikante positive Beziehung zwischen der Neuroleptikadosis und der allgemeinen Lebensqualität nachweisen konnte, nicht mit der Lebensqualität in Verbindung gebracht werden.

Auch ein negativer Einfluss der Gesamtdauer der Erkrankung und der Hospitalisierungen auf die allgemeine Lebensqualität wie er mehrfach in der Literatur u.a. von Jabs, Meltzer und Skantze [34,51,63] beschrieben wurde, konnte in der vorliegenden Studie nicht nachgewiesen werden.

#### **4.2.3 Ergebnisse der Fremdbeurteilungsskalen**

Im Vergleich zu Probanden mit zykliden Psychosen, welche auf der Strauss-Carpenter-Skala bezogen auf die soziale Funktionsfähigkeit durchschnittlich 14,9 (SD: 2,0) Punkte erreichten [34], schnitten die Patienten der vorliegenden Studie mit einem erreichten Mittelwert von 9,5 (SD: 3,1) Punkten deutlich schlechter ab. Überraschenderweise zeigten sie gegenüber einer Patientengruppe von unsystematisch und systematisch Schizophrenen, welche durchschnittlich 9,5 (SD: 4,3) Punkte erreichten [34], ein nur unwesentlich besseres Ergebnis.

Bezogen auf die Global Assessment Scale (GAF) wird in der Literatur mehrfach ein Punktwert über 61 als „gut“ im Hinblick auf die Krankheitssymptomatik und soziale Funktionsfähigkeit schizophrener Patienten beschrieben [7,27,26].

Entsprechend erreichten 40 % der Patienten aus der vorliegenden Studie einen Punktwert über 61, während Breier et al. [7] bei chronisch Schizophrenen nur in 3% der Fälle von einer „guten“ sozialen Funktionsfähigkeit und weitgehenden Abwesenheit von Krankheitssymptomen sprechen konnten. Courtenay et al. [26] konnten jedoch bei 60% einer als schizophren (DSM-III) diagnostizierten Patientengruppe einen Punktwert über 61 auf der GAF-Skala feststellen.

Die große Differenz der Punktwerte in der Literatur lässt sich am ehesten mit der Inhomogenität der Probandengruppen im Hinblick auf die Krankheitsentitäten und somit mangelnder Vergleichbarkeit erklären.

### ***4.3 Geschlechtsspezifische Unterschiede***

Leonhard fand in seinen Studien stets eine deutliche Dominanz des weiblichen Geschlechts bei den affektvollen Paraphrenen [50]. Seine Hypothesen hierfür wurden in Kapitel 1.2.4 näher erläutert. Ein Überwiegen der Frauen konnte in der vorliegenden Arbeit nicht bestätigt werden, jedoch ist dies wohl vor allem auf die geringe Fallzahl in unserer Studie zurückzuführen. Die Ergebnisse Leonhards zum Erkrankungsalter decken sich mit unseren Ergebnissen. Danach wird die affektvolle Paraphrenie bei den Frauen etwas später symptomatisch als bei den Männern. Leonhard sprach jedoch von einem „vermeintlich“ späteren Beginn der Krankheit bei den weiblichen Personen und zweifelt den objektiven Charakter der Untersuchungsergebnisse an. Er vermutete vielmehr, dass die Frauen später in ärztliche Behandlung kommen als Männer, weil sie in der Zeit, in der die Krankheit ausbricht, größtenteils zu Hause beschäftigt sind und so Schwierigkeiten im Beruf, die bei den Männern eine frühere ärztliche Behandlung notwendig werden ließen, nicht auftreten [50]

Browne et al [8] wie auch Skantze [63] und Meltzer [51] konnten bei den weiblichen Patienten zwar eine etwas höhere Lebenszufriedenheit feststellen, jedoch keinen statistisch signifikanten Unterschied nachweisen. Diese Befunde decken sich mit den Ergebnissen aus unserer Studie, stehen jedoch im Kontrast zu einer Untersuchung von Shtasel et al [61], welche eine signifikant höhere allgemeine Lebensqualität der schizophrenen Frauen nachweisen konnten [8].

Signifikante geschlechtsspezifische Unterschiede konnten in der vorliegenden Studie im Bezug auf Familienstand, Wohnsituation, Medikation, häusliche bzw. außerhäusliche Freizeit- und religiöse Aktivitäten nachgewiesen werden.

Während der größte Teil der Männer alleine und ohne Lebenspartnerin lebt, ist dies nur bei einer Minderheit der Frauen der Fall. Sie sind meist verheiratet oder wohnen zumindest mit ihren Kindern oder Eltern zusammen. Die weiblichen affektiv Paraphrenen scheinen also sozial besser integriert zu sein, was sich auch im Bereich der häuslichen und außerhäuslichen Freizeitaktivitäten widerspiegelt. Die Frauen gaben verhältnismäßig mehr Freizeitaktivitäten an, jedoch zeigte sich hier kein signifikanter Unterschied. Allerdings waren sie mit ihren häuslichen und außerhäuslichen Aktivitäten signifikant zufriedener als die männlichen affektvollen Paraphrenen.

Im Bezug auf die durchschnittliche tägliche Medikamentendosis bei stationären Aufenthalten, berechnet über die Chlorpromazinäquivalente, zeigte sich ebenfalls bei den Frauen ein signifikant geringerer Bedarf. Sie benötigten im Schnitt 274,3 mg im Vergleich zu 1039,3 mg bei den Männern ( $p=0,002$ ).

Auch Seeman [59,60] zeigte in seinen Studien, dass schizophrene Frauen besser und somit auf niedrigere Neuroleptikamengen ansprechen als Männer. Er führte dies auf den Einfluss des Östrogens bei den Frauen zurück und konnte daher vor allem bei prämenopausalen Frauen einen niedrigeren Bedarf an neuroleptischer Therapie feststellen.

Franzek und Beckmann [21] kamen ebenfalls zu dem Ergebnis, dass schizophrene Männer einen tendentiell jedoch nicht signifikant höheren Neuroleptikabedarf haben als Frauen.

In den Studien von Angermeyer et al. [2] wird deutlich, dass schizophrene Männer signifikant mehr Zeit in stationärer Behandlung verbrachten und ein signifikant höheres Risiko für eine Rehospitalisierung haben als Frauen.

Dies konnte in der vorliegenden Studie nicht bestätigt werden, da die an affektvoller Paraphrenie erkrankten Frauen sowohl eine größere Anzahl an stationären Aufenthalten wie auch eine längere Dauer dieser Behandlungen aufwiesen, wobei die Unterschiede als nicht signifikant einzustufen waren.

#### ***4.4 Subjektive und objektive Lebensqualität in verschiedenen Bereichen***

##### **4.4.1 Allgemeine Lebenszufriedenheit**

Es gilt als gesichert, dass chronisch psychisch kranke Menschen eine schlechtere Lebensqualität angeben als gesunde Kontrollen [12,34,62]. Bonicatto et al. [6] zeigten dies am Beispiel von akut depressiven Patienten im Vergleich zu rein somatisch chronisch Kranken. So gaben Patientinnen mit Mamma-Karzinom unter Hormontherapie wie auch Patienten mit akuter Lumboischialgie oder chronischer Hypertonie eine nur geringfügig herabgesetzte allgemeine Lebenszufriedenheit an (gemessen anhand des WHOQOL-BREF) im Vergleich zum gesunden Studienkollektiv. Die Patienten, die an einer Depression litten, erreichten jedoch deutlich niedrigere Werte auf der Zufriedenheitsskala.

Speziell im Bereich der sozialen Beziehungen gaben psychisch kranke Menschen schlechtere Zufriedenheitswerte an als Gesunde [34].

Auch Priebe et al. [54] zeigten in einer Vergleichsstudie zur Lebensqualität von gemeindepsychiatrischen versorgten Patienten gegenüber Studenten und Mitarbeitern derselben Einrichtung, dass die Erkrankten hinsichtlich ihrer äußeren Lebensbedingungen (Arbeit, Finanzen, Wohnung, Sicherheit) ähnlich zufrieden waren wie die anderen beiden Gruppen, mit den sozialen

Lebensbereichen (Freizeit, Familie, Freunde) sowie mit der Gesundheit und ihrem Leben insgesamt aber deutlich unzufriedener waren.

Als Faktoren, die die Lebensqualität chronisch psychisch Kranker maßgeblich beeinflussen, wurden außerdem wiederholt genannt:

- Die Gesamtdauer der Erkrankungen und der Hospitalisierungen [8,34,51]
- Ausmaß der Psychopathologie [22,34] v.a. der Negativ-Symptomatik [8]
- Alter der Patienten [8,63]

In der vorliegenden Studie bewerten die Patienten ihre allgemeine Lebenszufriedenheit mit 4,5 Punkten auf der Skala des BeLP etwas niedriger als schizophrene Patienten in einer Studie von Heinze et al. [29], welche einen Durchschnittswert von 4,8 Punkten angaben. Patienten mit schizophrenen Psychosen (unsystematische und systematische Schizophrenien) gaben eine niedrigere allgemeine Lebenszufriedenheit an als Patienten mit zykliden Psychosen oder ein gesundes Kontrollkollektiv [34].

#### **4.4.2 Lebenspartner und soziale Kontakte**

Nicht nur bei chronisch psychisch Kranken, sondern auch bei gesunden Personen scheint das Vorliegen einer festen Partnerschaft, ein Familienleben sowie stabile Freundschaften einen erheblichen positiven Einfluss auf die allgemeine Lebenszufriedenheit zu haben [11].

Auch Veroff et al. [66] und Lehman [42] stellten einen sehr auffallenden positiven Effekt der Ehe auf die allgemeine Lebenszufriedenheit fest. So gaben 41,5 % der verheirateten Frauen (35% der verheirateten Männer) an „sehr zufrieden“ zu sein im Vergleich zu 25,5% der ledigen Frauen (18,5% der ledigen Männer) und 15,5% der geschiedenen Frauen (18,5% der geschiedenen Männer).

Auch Jabs et al. [34] stellten einen positiven Einfluss einer Partnerschaft bei Patienten mit zykliden oder schizophrenen Psychosen fest.

Browne et al. [8] und Carpiello et al. [13] konnten wiederum keinen Einfluss auf die allgemeine Lebensqualität bei alleine versus nicht-alleine Lebenden Patienten mit Schizophrenie feststellen.

In der vorliegenden Studie konnte ebenfalls kein signifikanter (positiver) Zusammenhang zwischen einer Partnerschaft oder der Häufigkeit von Kontakten zu Verwandten und Freunden und der allgemeinen oder speziell seelischen Lebensqualität festgestellt werden.

Im Vergleich zu schizophrenen Patienten, die nur in 13,6% der Fälle in einer festen Ehe oder Partnerschaft lebten, gaben dies 31% der affektvollen Paraphrenen und 51,5% der Patienten mit zykliden Psychosen an. Nach der Wohnsituation befragt, lebten deutlich mehr der Probanden mit affektvoller Paraphrenie alleine (37,9%) im Vergleich zu Patienten mit zykliden Psychosen (30,3%) und der Gruppe der schizophrenen Patienten (22,7%). Dagegen gaben 27% der gesunden Kontrollpersonen an, alleine zu leben [34].

Im Vergleich mit paranoid schizophrenen Patienten einer Studie von Heinze et al. [29], gaben die Probanden der vorliegenden Studie insgesamt etwas häufigeren Kontakt mit Verwandten, eine höhere Zufriedenheit mit der Beziehung zur Familie und eine minimal bessere Zufriedenheit im Bezug auf ihren Umgang mit anderen Menschen an. Jedoch berichteten nur 47% der affektvollen Paraphrenen, wenigstens einen guten Freund zu haben im Vergleich zu 71% der oben genannten Probanden.

#### **4.4.3 Wohnsituation**

Nach ihrer aktuellen Wohnsituation befragt, gaben der größte Teil (86,7%) der Patienten aus der vorliegenden Studie wie auch 75 Prozent der an paranoider Schizophrenie nach ICD-10 erkrankten Teilnehmer der bereits zitierten Studie von Heinze et al. [29] an, eigenständig bzw. außerhalb sozial-psychiatrischer Einrichtungen zu leben. 35% Prozent der paranoid schizophrenen Patienten äußerten den Wunsch, gerne umzuziehen und zeigten sich mit ihrer Wohnsituation weniger zufrieden (Mittelwert: 5) als unser Patientenkollektiv,



welches eine durchschnittliche Punktzahl von 5,7 auf der Zufriedenheitsskala angab und nur zu 33% einen Umzug anstrebte.

Browne et al. [8] kamen zu dem Ergebnis, dass Patienten, die im Betreuten Wohnen oder Heimen lebten, eine schlechtere subjektive Lebensqualität angaben als diejenigen Erkrankten, die alleine oder im Kreise der Familie lebten. Sie erklärten dies aber damit, dass erstere meist eine längere Krankheitsdauer, eine längere kumulative Hospitalisierungsdauer und stärkere Negativsymptomatik aufwiesen. In der vorliegenden Arbeit konnte keine Korrelation zwischen der Wohnsituation und der subjektiven Lebensqualität gefunden werden.

#### **4.4.4 Arbeit und finanzielle Mittel**

Korman et al. [40] stellten nach der Analyse von 19 amerikanischen Studien zur Lebensqualität dar, dass in zwölf dieser Studien alle Beziehungen zwischen Einkommen und Wohlergehen nicht signifikant waren, in vier weiteren waren sie größtenteils nicht signifikant.

Ebenso konnten Carpiello et al. [13] keinen Zusammenhang zwischen Arbeitslosigkeit und Lebenszufriedenheit feststellen.

Auch in der vorliegenden Studie konnte weder eine Korrelation zwischen der Höhe des Einkommens noch zwischen Arbeitslosigkeit und der allgemeinen Lebensqualität gefunden werden.

Im Vergleich zu den schizophrenen Patienten der bereits oben erwähnten Studie von Heinze et al. [29] gingen ein größerer Prozentsatz (46,7%) unserer Probanden einer außerhäuslichen Tätigkeit nach (bei Heinze et al. : 39%). Die Teilnehmer der Studie von Heinze et al. waren dabei etwas zufriedener (4,8; SD: 1,3; n=27) als die Teilnehmer unserer Studie mit einem Mittelwert von 4,6 Punkten (SD: 1,51; n=5) auf der Zufriedenheitsskala. Diejenigen, die keiner außerhäuslichen Tätigkeit nachgingen, bewerteten ihre Zufriedenheit damit arbeitslos zu sein in beiden Patientenkollektiven mit „eher zufrieden“. Im

finanziellen Bereich verfügten die beiden Gruppen über ein annähernd gleiches monatliches Einkommen. Im Vergleich bezogen unsere Patienten 675,71 Euro (SD: 603), die Probanden bei Heinze et al. 688 Euro (SD: 707). Auch die Zufriedenheit mit ihrer finanziellen Lage bewerteten beide Kollektive ähnlich mit „abwechselnd zufrieden und unzufrieden“.

In der bereits erwähnten Studie von Jabs [34] gingen 40,9 % der Patienten mit schizophrenen Psychosen im Vergleich zu 72,7% bei den Probanden mit zykliden Psychosen und 91,7% des psychisch gesunden Kontrollkollektivs einer außerhäuslichen Tätigkeit nach. Die Zufriedenheit mit ihren finanziellen Ressourcen bewerteten die Patienten mit zykliden Psychosen gemäß dem WHOQOL-BREF deutlich besser (4,1; SD: 0,86) als die gesunden Studienteilnehmer (3,5; SD: 1,0) und die Probanden mit schizophrenen Psychosen (3,6; SD: 1,0).

## 5. Zusammenfassung

Die affektvolle Paraphrenie stellt eine spezifische Form der chronisch paranoiden Schizophrenien, einer Ansammlung recht heterogener Krankheitsbilder, die sich in Verlauf und Ausgang erheblich unterscheiden, dar. Sie ist gekennzeichnet durch einen oftmals stürmischen Krankheitsbeginn sowie einen schubförmigen Verlauf unter Ausbildung eines mehr oder weniger ausgeprägten Residuums. Formalgenetische Untersuchungen weisen auf eine hohe Heredität der Erkrankung hin. Weiterhin ist die Symptomatik während eines Schubes einer neuroleptischen Therapie sehr gut zugänglich. Durch eine dauerhafte Neuroleptie kann eine Dämpfung der paranoiden Affektivität erreicht werden.

In der vorliegenden Studie wurde das Krankheitsbild der affektvollen Paraphrenie nach Leonhard retrospektiv im Hinblick auf klinische Verlaufparameter und soziodemographische Variablen anhand der Analyse der Krankenakten von 14 Männern und 15 Frauen dargestellt. Zusätzlich wurde mit kooperativen Patienten aus dieser Gruppe, acht Frauen und sieben Männern, ein persönliches Gespräch geführt, in dem anhand des Berliner Lebensqualitätsprofils Erkenntnisse über die Zufriedenheit der Patienten in verschiedenen Lebensbereichen gewonnen wurden.

Nach Auswertung der Krankenakten sowie der persönlichen Gespräche ließen sich in vielen Bereichen geschlechtsspezifische Unterschiede erkennen.

So benötigten die Frauen eine signifikant geringere Medikamentendosis während der stationären Aufenthalte, der Krankheitsbeginn lag bei ihnen in einem höheren Alter als bei den Männern, jedoch wiesen sie im Mittel eine längere stationäre Aufenthaltsdauer bezogen auf ein Krankheitsjahr als jene auf. Weitere signifikante Unterschiede zwischen den Geschlechtern zeigten sich im Bereich der sozialen Beziehungen und Aktivitäten, der Wohnsituation und schließlich der sozialen Funktionsfähigkeit im Allgemeinen gemessen mit den Fremdbeurteilungsskalen „Global Assessment of Function Scale“ und „Strauss-Carpenter Outcome Scale“ zugunsten der Frauen. Sie leben demnach seltener alleine, haben häufiger einen festen Partner und nehmen aktiver und

zufriedener an Freizeitunternehmungen teil. Anhand der GAF sowie im SCS erreichten sie eine deutlich höhere soziale Funktionsfähigkeit als die Männer.

Als bedeutungsvoll für die subjektive Lebensqualität der Patienten scheint nur die körperliche Gesundheit sowie das Ausmaß an sportlichen Aktivitäten zu sein. Anders als in der Literatur wirkte sich weder eine feste Partnerschaft, soziale Kontakte und Aktivitäten noch die Wohnsituation auf die Lebenszufriedenheit aus. Ebenfalls konnte kein Zusammenhang zwischen der Höhe des Einkommens, einer beruflichen Tätigkeit, der Häufigkeit und Dauer der Hospitalisierungen oder der Medikamentendosis nachgewiesen werden.

Die affektvolle Paraphrenie stellt nach Leonhard innerhalb der Gruppe der schizophrenen Krankheitsbilder eine eng umschriebene nosologische Entität dar. Nur durch die klare Abgrenzung, vor allem zu den systematischen Paraphrenien, können Aussagen zu Verlauf und Prognose sowie Therapie der Erkrankung gemacht werden.

## 6. Anhang

### 6.1 Dokumentations- und Fragebögen

#### 6.1.1 Dokumentationsbogen zur Erfassung von Basisdaten, Krankheitsverlauf und Diagnosebegründung

<b>Fragebogen</b>				
Teil 1 - Basisdaten :				
1.1. Patientennummer :	<input type="text"/>			
1.2. Geschlecht :	weiblich (0) <input type="checkbox"/>		männlich (1) <input type="checkbox"/>	
1.3. Geburtstag :	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>			
1.4. Schulbildung oder -abschluß :	Kein Abschluß (0) <input type="checkbox"/>		Sonderschule (1) <input type="checkbox"/>	
	Hauptschule (2) <input type="checkbox"/>		Mittlere Reife (3) <input type="checkbox"/>	
	Fachhochschulreife / Abitur (4) <input type="checkbox"/>			
1.5. Lebenspartner :	nein (0) <input type="checkbox"/>		getrennt / geschieden (1) <input type="checkbox"/>	
	fester Ehe-/ Partner (2) <input type="checkbox"/>			
1.6. Kinder :	nein (0) <input type="checkbox"/>		ja (Zahl) <input type="text"/>	
1.7. Erlerner Beruf :	ungelernt (0) <input type="checkbox"/>		abgeschlossene Ausbildung / Lehrberuf (1) <input type="checkbox"/>	
	akademisch (2) <input type="checkbox"/>			
1.8. Höchste erreichte berufliche Tätigkeit :	nicht erwerbstätig (0) <input type="checkbox"/>		ungelernter Arbeiter (1) <input type="checkbox"/>	
	erlernter Beruf / Hausfrau (2) <input type="checkbox"/>		akadem.Beruf (3) <input type="checkbox"/>	
	in Ausbildung (99) <input type="checkbox"/>			
1.9. Berufliche Tätigkeit bei letztem Akten- stand :	nicht erwerbstätig (0) <input type="checkbox"/>		ungelernter Arbeiter (1) <input type="checkbox"/>	
	erlernter Beruf / Hausfrau (2) <input type="checkbox"/>		akadem.Beruf (3) <input type="checkbox"/>	
	in Ausbildung (99) <input type="checkbox"/>			

1.10. Wohnsituation : Heim / betreutes Wohnen / bei Eltern od. Verwandten (0)  allein (1)

mit Partner (2)

1.11. Familienanamnese : ambulante / stationäre Behandlung bei :

**Teil 2 - Krankheitsverlauf :**

2.1. Knick in der Lebenslinie : nicht erkennbar (0)  Jahr

2.2. Zeitpunkt der ersten Symptomatik : Jahr

2.3. Zeitpunkt der ersten ambulanten Behandlung : Jahr

2.4. Zeitpunkt der ersten stationären Behandlung : Jahr

2.5. Hirnorganik/Geburts-/ Schwangerschafts- komplikationen : nein (0)  ja (1)

welcher Art : (Anfälle, Geburtskompl., entzündl.cerebr.Prozesse, SHT, path.CCT/MRT)

2.6. Hospitalisierungsdauer in Wochen :

2.7. Zahl der Hospitalisierungen :

2.8. Medikation bei einzelnen stationären Aufenthalten : siehe Rückseite

2.9. Betreuung : nein (0)  ja (1)

wenn ja, seit wann

2.10. Suizidversuch : nein (0)  ja (1)

nicht bekannt (99)

### Teil 3 - Fragen zur Diagnosebegründung :

3.1. Verlauf :	schleichender Beginn	<input type="checkbox"/>	akuter Beginn	<input type="checkbox"/>
	gleichförmiger Verlauf	<input type="checkbox"/>	schubförmiger Verlauf	<input type="checkbox"/>
3.2. Frage nach Bipolarität :	nein	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
3.3. Zeitpunkt zw.erster Symptomatik und erster Behandlung :	<input type="text"/>			
3.4. Ängstlich / gereiztes Beziehungssyndrom :	vorhanden	<input type="checkbox"/>	nicht vorhanden	<input type="checkbox"/>
3.5. Gereiztheit bei Widerspruch :	vorhanden	<input type="checkbox"/>	nicht vorhanden	<input type="checkbox"/>
3.6. Affektgetragene Wahnideen :	vorhanden	<input type="checkbox"/>	nicht vorhanden	<input type="checkbox"/>
3.7. Pose des Größenwahns :	vorhanden	<input type="checkbox"/>	nicht vorhanden	<input type="checkbox"/>
3.8. Größenwahn ohne sichtbare Konsequenz f.d. Patienten :	vorhanden	<input type="checkbox"/>	nicht vorhanden	<input type="checkbox"/>
3.9. Phantastische / wahnhafte Erinnerungen in Form von "erlebten" Geschichten:	keine	<input type="checkbox"/>	ja	<input type="checkbox"/>
3.10. Halluzinationen :	sinnlich deutliche Phoneme	<input type="checkbox"/>	gefühls- und gedankennahe Phoneme	<input type="checkbox"/>
	peinliche Phoneme	<input type="checkbox"/>		
	Einstellung zu Phonemen:			
	gereizt	<input type="checkbox"/>	gleichgültig	<input type="checkbox"/>
	gequält	<input type="checkbox"/>		
	Tatsache des Stimmenhörens unangenehm			<input type="checkbox"/>
	Inhalte der Phoneme unangenehm			<input type="checkbox"/>
	bizarre Körpersensationen			<input type="checkbox"/>

3.11. Formale Denk-  
störung :

Halluzinationen von Massenszenen

optische Halluzinationen

Neologismen  sprachl. Auffälligk.

logischer / syntaktischer / semantischer Zerfall

verschwommenes / unkonz. / bildhaftes Denken

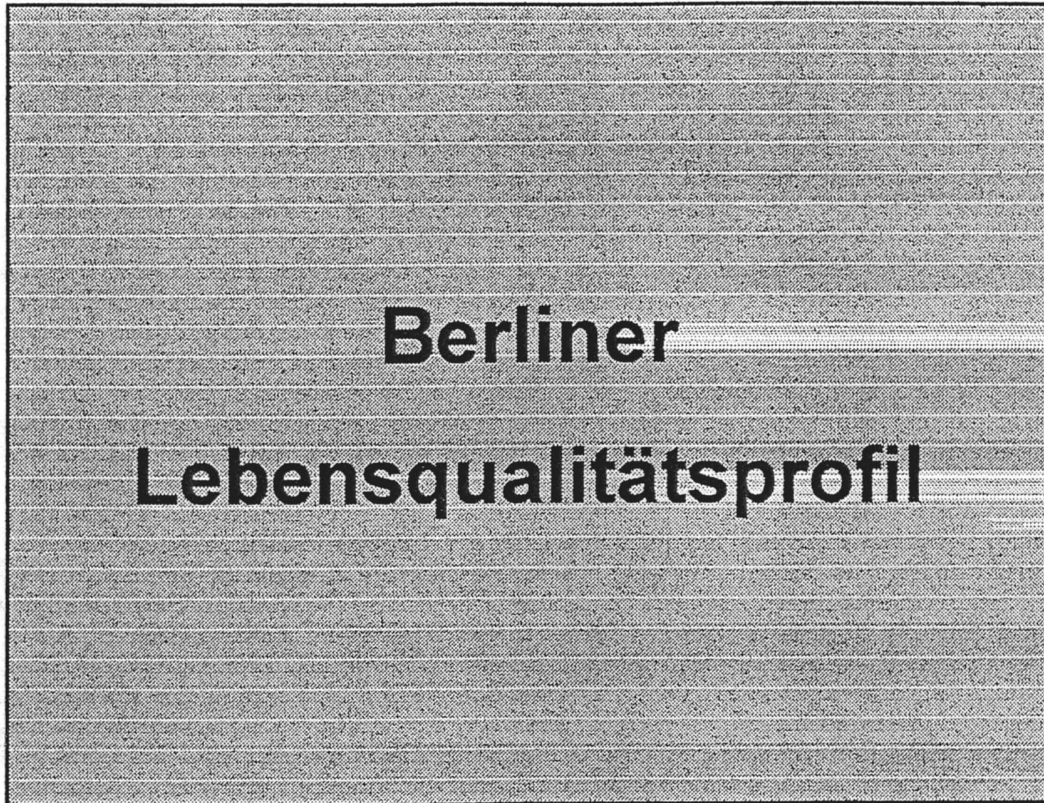
Diagnose nach Leonhard :

Erwähnter Oberarzt/Chef :

Diagnose nach ICD-10 :



## 6.1.2 Berliner Lebensqualitätsprofil [55]



Name des Klienten: \_\_\_\_\_

Code-Nummer:

Datum:

Interviewer: \_\_\_\_\_

2. korrigierte Version, November 1996

## Zur Benutzung des Berliner Lebensqualitätsprofils

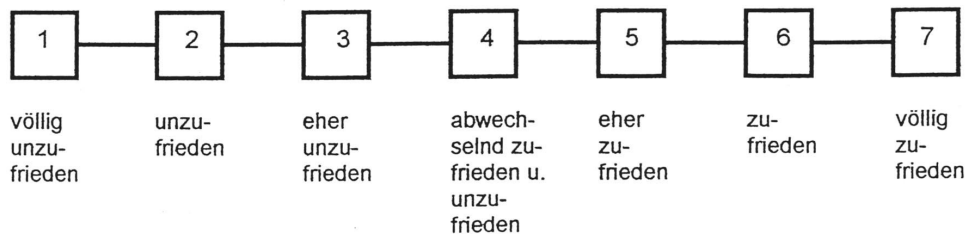
Das 'Berliner Lebensqualitätsprofil' ist durch Übersetzung und Modifikation des 'Lancashire Quality of Life Profile' von *J.P.J. Oliver et al.* entstanden. Es wurde in seiner deutschen Form von *Stefan Priebe* und *Christine Hoffmann* an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin erarbeitet und dient als strukturiertes Interview zur Beurteilung der Lebensqualität psychisch kranker Menschen. Die vorliegende, korrigierte Version wurde unter Mitarbeit von *Ute-Ulrike Röder-Wanner*, *Wolfgang Kaiser* und *Karin Hoffmann* erstellt.

Die Fragen des Bogens sind in 11 Bereiche gegliedert:

- Teil 1 - **Persönliche Daten des Befragten**
- Teil 2 - **Allgemeine Lebenszufriedenheit**
- Teil 3 - **Arbeit - Aus(Bildung)**
- Teil 4 - **Freizeit**
- Teil 5 - **Religion**
- Teil 6 - **Finanzen**
- Teil 7 - **Wohnung**
- Teil 8 - **Gesetz und Sicherheit**
- Teil 9 - **Familie**
- Teil 10 - **Freunde und Bekannte**
- Teil 11 - **Gesundheit**

Für die Zufriedenheitsfragen des Profils soll die nachfolgende Zufriedenheits-Skala (Z-Skala) verwendet werden. Sie steht auch noch einmal auf einem separaten Blatt zur Verfügung, so daß der/die Befragte sie immer vor Augen haben kann. Mit Hilfe der Skala soll der/die Befragte zu einer Selbsteinschätzung seiner/ihrer Zufriedenheit kommen (z.B. Frage 3.5: Wie zufrieden sind Sie mit Ihrer beruflichen Tätigkeit?).

### Zufriedenheits-Skala (Z-Skala):



## Teil 1 - Persönliche Daten des Befragten

- 1.1 Alter in Jahren:        1.2 Geschlecht: weiblich  männlich
- 1.3 Der/die Befragte gehört zur Volksgruppe/Nation:
- 1.4 Erreichte schulische Bildung:
- |                                      |                          |                       |                          |
|--------------------------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| a. kein Hauptschulabschluß           | <input type="checkbox"/> | b. Hauptschulabschluß | <input type="checkbox"/> |
| c. Mittl. Reife oder vergl. Abschluß | <input type="checkbox"/> | d. Abitur/Fachabitur  | <input type="checkbox"/> |
| e. andere, welche:                   | <input type="text"/>     |                       |                          |
- 1.5 Erreichte Berufsausbildung [*Mehrfachantwort möglich*]:
- a. keine Berufsausbildung oder nur angelehrt
- Lehre/Fachschule (Höhere Handelsschule o.ä.):
- |                  |                          |                |                          |                       |                          |
|------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| b. abgeschlossen | <input type="checkbox"/> | c. abgebrochen | <input type="checkbox"/> | d. noch in Ausbildung | <input type="checkbox"/> |
|------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
- Fachhochschule/Hochschule:
- |                  |                          |                |                          |                       |                          |
|------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|
| e. abgeschlossen | <input type="checkbox"/> | f. abgebrochen | <input type="checkbox"/> | g. noch in Ausbildung | <input type="checkbox"/> |
|------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|

## Teil 2 - Allgemeine Lebenszufriedenheit

- 2.1 Wie zufrieden sind Sie zur Zeit allgemein mit Ihrem Leben ?   
[Benutzen Sie die Z-Skala]

## Teil 3 - Arbeit - Aus(Bildung)

- 3.1 Gehen Sie einer Arbeit/Tätigkeit (einschließl. Studium) nach? ja  nein
- 3.2 Wenn ja, welcher?
- 3.3 Wieviel Stunden pro Woche arbeiten Sie?
- 3.4 Was verdienen Sie ungefähr netto im Monat?
- Wie zufrieden sind Sie (mit) [*im folgenden die Z-Skala benutzen*]:
- 3.5 Ihrer (beruflichen) Tätigkeit (Arbeit, beschützter Arbeitsplatz, Studium etc.)?
- 3.6 Ihrer Bezahlung/Ihrem Entgelt ?
- 3.7 damit, arbeitslos/berentet/ohne Beschäftigung zu sein?

## Teil 4 - Freizeit

Betrachten Sie im folgenden die vergangenen vier Wochen:

- 4.1 Haben Sie in diesem Zeitraum Sport getrieben oder eine Sportveranstaltung besucht?  
ja  nein  weiß nicht
- 4.2 Haben Sie ein Restaurant/Kneipe/Gaststätte besucht oder an einer Vereins-  
veranstaltung teilgenommen? ja  nein  weiß nicht
- 4.3 Waren Sie im Kino, im Theater, im Museum oder auf einer Musikveranstaltung?  
ja  nein  weiß nicht
- 4.4 Waren Sie einkaufen? ja  nein  weiß nicht
- 4.5 Sind Sie Bus, Auto oder Zug gefahren außer zur Arbeit und zurück?  
ja  nein  weiß nicht
- 4.6 Haben Sie ferngesehen oder Radio gehört?  
ja  nein  weiß nicht
- 4.7 Gab es in den letzten 12 Monaten Zeiten, in denen Sie gern mehr in Ihrer  
Freizeit unternommen hätten, dies aber nicht möglich war?  
ja  nein  weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie *mit* [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

- 4.8 Ihren Freizeitaktivitäten zu Hause/im Krankenhaus/Heim ?
- 4.9 Ihren Freizeitaktivitäten außerhalb Ihrer Wohnung/außerhalb des  
Krankenhauses/Heims ?

## Teil 5 - Religion

- 5.1 Welcher Religion gehören Sie an?  
a. evangelisch  b. katholisch  c. jüdisch  d. islamisch   
e. hinduistisch  f. budistisch  g. andere  h. keiner
- 5.2 Wie oft haben Sie in den letzten vier Wochen einen Gottesdienst oder eine andere religiöse  
Veranstaltung besucht?  mal

## Teil 6 - Finanzen

- 6.1 Wie hoch sind Ihre monatlichen Einkünfte (netto ohne Steuern, bei Sozialhilfeempfängern incl. Miete)?
- 6.2 Haben Sie Vermögen über DM 50.000? ja  nein  weiß nicht
- 6.3 Welche Art von Einkünften haben Sie?  
a. Lohn/Gehalt  b. selbständig  c. Krankengeld  d. Arbeitslosengeld, -hilfe   
e. Rente (EU-/Alters-/sonstige)  f. Sozialhilfe  g. Vermögenseinkünfte
- 6.3.1 Wie hoch ist das monatliche Einkommen aller in Ihrem Haushalt lebenden Personen (Haushaltseinkommen) ?
- 6.3.2 Wieviele Personen werden von diesem Haushaltseinkommen unterhalten?  
a. Erwachsene  b. Kinder über 18 Jahren  c. Kinder unter 18 Jahren
- 6.4 Ist in den letzten 12 Monaten ein Antrag von Ihnen auf staatliche Unterstützung (Sozialhilfe, Wohngeld, Ausbildungshilfe) abgelehnt worden?  
ja  nein  weiß nicht
- 6.5 Hatten Sie in den letzten 12 Monaten irgendwann zu wenig Geld, um im Alltag zurecht zu kommen? ja  nein  weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

- 6.6 Ihrer finanziellen Lage?

## Teil 7 - Wohnung

- 7.1 Wo wohnen Sie zur Zeit?
- |   |                          |   |                          |
|---|--------------------------|---|--------------------------|
| a. Wohnheim                             | <input type="checkbox"/> | g. Mietwohnung                              | <input type="checkbox"/> |
| b. Therapeutische WG                    | <input type="checkbox"/> | h. Betreutes Einzelwohnen                   | <input type="checkbox"/> |
| c. Krankenhaus (> 6 Monate durchgehend) | <input type="checkbox"/> | i. in einer vom Sozialamt bezahlten Pension | <input type="checkbox"/> |
| d. Privathaus (als Eigentümer)          | <input type="checkbox"/> | k. andere                                   | <input type="checkbox"/> |
| e. Privathaus (als Mieter)              | <input type="checkbox"/> | l. obdachlos/keine Wohnung                  | <input type="checkbox"/> |
| f. Eigentumswohnung                     | <input type="checkbox"/> | m. Kranken-, Pflegeheim                     | <input type="checkbox"/> |

7.1.1 Bei institutioneller Versorgung:

Verfügen Sie daneben noch über eine eigene Wohnung? ja  nein

7.2 Wie lange wohnen Sie schon dort? Jahre  Monate

7.3 Wie viele Menschen wohnen dort im selben Haushalt noch außer Ihnen?

7.4 Mit wem wohnen Sie zusammen? [Mehrfachantwort möglich]:

a. lebt allein  f. mit Geschwistern

b. mit (Ehe)Partner  g. mit anderen Verwandten

c. mit Eltern(teil)  h. im Betreuten Wohnen (TWG, Betr.

d. mit Kindern über 18 Jahren  Einzelwohnen, Betreuungsgem.)

e. mit Kindern unter 18 Jahren  i. mit anderen nichtverwandten   
Personen

7.5 Hat es in den letzten 12 Monaten Zeiten gegeben, in denen Sie gern umgezogen wären (für stationäre Patienten: in denen Sie gern das Krankenhaus dauerhaft verlassen hätten), dies aber nicht möglich war?

ja  nein  weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

7.6 Ihrer gegenwärtigen Wohnsituation allgemein (bezogen auf 7.1)?

7.8 dem Zusammenleben mit den anderen Menschen dort?

7.9 der Privatsphäre, die Sie dort haben?

7.10 der Aussicht, dort lange Zeit zu leben?

**Teil 8 - Gesetz und Sicherheit**

8.1 Ist in den letzten 12 Monaten wegen einer Straftat Anzeige gegen Sie erstattet worden? ja  nein  weiß nicht

8.2 Sind Sie in den letzten 12 Monaten angegriffen, geschlagen oder belästigt oder in anderer Weise Opfer einer Gewalttat geworden? ja  nein  weiß nicht

8.2.1 Wenn ja, in welcher Weise?

Wie zufrieden sind Sie mit [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

8.3 Ihrer persönlichen Sicherheit in dieser Stadt?

8.4 der Sicherheit dort, wo Sie wohnen?

### Teil 9 - Familie

9.1 Wie ist Ihr Familienstand? :

a. verh./fester Partner  b. ledig  c. verwitwet  d. geschieden

e. getrenntlebend  f. sonstiges

9.1.1 Wie viele Kinder haben Sie?

9.2 Wie oft haben Sie Kontakt mit einem/einer Verwandten, die nicht in Ihrem Haushalt lebt?

a. täglich  b. mind. wöchentlich  c. mind. monatlich

d. mind. jährlich  e. seltener als einmal  f. keinen Kontakt

g. es existieren keine  pro Jahr  
Verwandten mehr

9.3 Gab es in den letzten 12 Monaten Situationen, in denen Sie gern engeren Kontakt zu diesen Verwandten gehabt hätten, dies aber nicht möglich war?

ja  nein  weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

9.4 Ihrer Ehe/Partnerbeziehung

9.5 der Beziehung zu Ihren Kindern

9.6 der Beziehung zu Ihrer sonstigen Familie

### Teil 10 - Freunde und Bekannte

10.1 Würden Sie sagen, Sie sind jemand, die/der ohne Freunde/Freundinnen auskommt?

ja  nein  weiß nicht

10.2 Haben Sie einen guten, engen Freund /eine gute, enge Freundin (d.h. jemand der/die Sie gut kennt)?

ja  nein  weiß nicht

10.3 Haben Sie einen Freund/eine Freundin, den/die Sie um Hilfe bitten können, wenn Sie Hilfe brauchen?

ja  nein  weiß nicht

10.4 An wieviel Tagen hatten Sie in der vergangenen Woche persönlichen Kontakt mit Ihren Freunden/Bekanntnen?

10.5 An wieviel Tagen hatten Sie in der vergangenen Woche persönlichen Kontakt (persönliche Gespräche) zu Menschen, die nichts mit der Psychiatrie zu tun haben (weder als Betreuer noch als Patienten)?

Wie zufrieden sind Sie [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

10.6 damit, wie Sie mit anderen Menschen zurechtkommen?

10.7 mit der Anzahl der Freunde/Bekanntnen, die Sie haben?

### Teil 11 - Gesundheit

Betrachten Sie im folgenden die letzten 12 Monate:

11.1 Waren Sie wegen eines körperlichen Leidens beim Arzt/im Krankenhaus?  
ja  nein  weiß nicht

11.2 Haben Sie körperliche Probleme, die Ihre Bewegungsmöglichkeiten eingeschränkt haben?  
ja  nein  weiß nicht

11.3 Waren Sie wegen seelischer Probleme beim Arzt?  
ja  nein  weiß nicht

11.4 Waren Sie wegen seelischer Probleme im Krankenhaus?  
ja  nein  weiß nicht

11.5 Wie alt waren Sie bei Ihrem ersten Krankenhausaufenthalt in einem psychiatrischen Krankenhaus/auf einer psychiatrischen Station (falls zutreffend)?  Jahre

11.6 Nehmen Sie wegen seelischer Probleme Medikamente?  
ja  nein  weiß nicht

11.7 Haben Sie in den letzten 12 Monaten wegen Ihrer Gesundheit Hilfe von einem Arzt oder einer anderen medizinischen Einrichtung gewünscht, diese aber nicht bekommen?  
ja  nein  weiß nicht

Wie zufrieden sind Sie mit [im folgenden die Z-Skala benutzen]:

11.8 Ihrer körperlichen Gesundheit?

11.9 Ihrer seelischen Gesundheit?



### 6.1.3 Skala zur Erfassung des globalen Funktionsniveaus (GAF Skala) [57]

#### Achse V: Globale Erfassung des Funktionsniveaus

Auf Achse V wird die Beurteilung des allgemeinen Funktionsniveaus des Patienten erfasst. Diese Information hilft bei der Therapieplanung, der Messung ihrer Wirksamkeit und der Prognoseerstellung.

Die Erfassung des allgemeinen Funktionsniveaus auf Achse V erfolgt anhand der GAF (Global Assessment of Functioning) –Skala<sup>1</sup>. Die GAF-Skala kann insbesondere dazu dienen, die umfassenden Aussagen über den klinischen Fortschritt der Patienten anhand eines einzigen Maßes zu verfolgen. Auf der GAF-Skala werden nur die psychischen sozialen oder beruflichen Funktionsbereiche beurteilt. Die Instruktionen geben vor: „Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollen nicht einbezogen werden“. In den meisten Fällen sollte die Bewertung der GAF-Skala sich auf den aktuellen Zeitraum beziehen (also das Funktionsniveau zum Zeitpunkt der Beurteilung), da der Skalawert für das augenblickliche Funktionsniveau in der Regel den Bedarf an Behandlung und Fürsorge widerspiegelt. In bestimmten Situationen kann es hilfreich sein, den GAF-Skalenwert sowohl bei der Aufnahme als auch bei der Entlassung zu erheben. Die GAF-Skala kann auch für andere Zeitabschnitte (z. B. das höchste Funktionsniveau über mindestens 2 Monate während des vergangenen Jahres) bewertet werden. Die GAF-Skala wird auf Achse V wie folgt registriert:  
„GAF= .....“ Es folgt der GAF-Wert zwischen 1 und 100. Anschließend in Klammern der Zeitraum, auf den sich die Bewertung bezieht, z.B. „(zur Zeit)“, „(höchster Wert im vergangenen Jahr)“, „(bei Entlassung)“

In manchen Situationen kann es hilfreich sein, die soziale und berufliche Beeinträchtigung einzuschätzen, um den Fortschritt bei der Rehabilitation unabhängig von der Schwere der psychischen Symptome zu verfolgen. Hierzu wird eine Skala zur Erfassung der sozialen und beruflichen Funktionen (Social and Occupational Functioning Scale, SOFAS) vorgeschlagen. Zwei weitere Vorschläge für Erhebungsskalen, eine Skala zur globalen Erfassung der Beziehungsfunktionen (Global Assessment of Relational Functioning, GARF) und eine Skala der Abwehrfunktionen (Defensive Functioning Scale) können in manchen Situationen hilfreich sein.

## Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen sind auf einem hypothetischen Kontinuum von psychischer Gesundheit bis Krankheit gedacht.

Funktionsbeeinträchtigungen aufgrund von körperlichen (oder umgebungsbedingten) Einschränkungen sollten nicht einbezogen werden.

Code (Bitte beachten: Benutzen Sie auch entsprechende Zwischenwerte, z. B: 45, 68, 72)





- 100-91 Hervorragende Leistungsfähigkeit in einem breiten Spektrum von Aktivitäten; Schwierigkeiten im Leben scheinen nie außer Kontrolle zu geraten; keine Symptome.
- 90-81 Keine oder nur minimale Symptome (z.B. leicht Angst vor einer Prüfung), gute Leistungsfähigkeit in allen Gebieten, interessiert und eingebunden in ein breites Spektrum von Aktivitäten, sozial effektiv im Verhalten, im allgemein zufrieden mit dem Leben, übliche Alltagsprobleme oder -sorgen (z.B. nur gelegentlicher Streit mit einem Familienmitglied).
- 80-71 Wenn Symptome vorliegen, sind dies vorübergehende oder zu erwartende Reaktionen auf psychosoziale Belastungsfaktoren (z.B. Konzentrationsschwierigkeiten nach einem Familienstreit); höchstens leichte Beeinträchtigung der sozialen beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. zeitweises Zurückbleiben in der Schule).
- 70-61 Einige leichte Symptome (z.B. depressive Stimmung oder leichte Schlaflosigkeit ODER einige leichte Schwierigkeiten hinsichtlich der sozialen, beruflichen oder schulischen 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. wenige Freunde, Konflikte mit Arbeitskollegen, Schulkameraden oder Bezugspersonen).
- 50-41 Ernste Symptome (z. B. Suizidgedanken, schwere Zwangsrituale, häufige Ladendiebstähle) ODER eine Beeinträchtigung der sozialen, beruflichen und schulischen Leistungsfähigkeit (z. B. keine Freunde, Unfähigkeit, eine Arbeitsstelle zu behalten).
- 40-31 Einige Beeinträchtigungen in der Realitätskontrolle oder der Kommunikation (z. B. Sprache zeitweise unlogisch, unverständlich oder belanglos) ODER starke Beeinträchtigung in mehreren Bereichen, z. B. Arbeit oder Schule, familiäre Beziehungen, Urteilsvermögen, Denken oder Stimmung (z. B. ein Mann mit einer Depression vermeidet Freunde, vernachlässigt seine Familie und ist unfähig zu arbeiten; eine Kind schlägt häufig jüngere Kinder, ist zu Hause trotzig und versagt in der Schule).
- 30-21 Das Verhalten ist ernsthaft durch Wahnphänomene oder Halluzinationen beeinflusst ODER ernsthafte Beeinträchtigung der Kommunikation und des Urteilsvermögens (z.B. manchmal inkohärent, handelt grob inadäquat, starkes Eingenommensein von Selbstmordgedanken ODER Leistungsunfähigkeit in fast allen Bereichen (z. B. bleibt den ganzen Tag im Bett, hat keine Arbeit, kein Zuhause und keine Freunde).
- 20-11 Selbst- und Fremdgefährdung (z. B. Selbstmordversuche ohne eindeutige Todesabsicht, häufig gewalttätig, manische Erregung) ODER ist gelegentlich nicht in der Lage, die geringste Hygiene aufrechtzuerhalten (z. B. schmiert mit Kot) ODER grobe Beeinträchtigung der Kommunikation (größtenteils inkohären oder stumm).
- 10-1 Ständige Gefahr, sich oder andere schwer zu verletzen (z. B. wiederholte Gewaltanwendung) ODER anhaltende Unfähigkeit, die minimale persönliche Hygiene aufrechtzuerhalten ODER ernsthafte Selbstmordversuch mit eindeutiger Todesabsicht.
- 0 Unzureichende Informationen

### 6.1.4 Strauss-Carpenter-Outcome Scale [65]

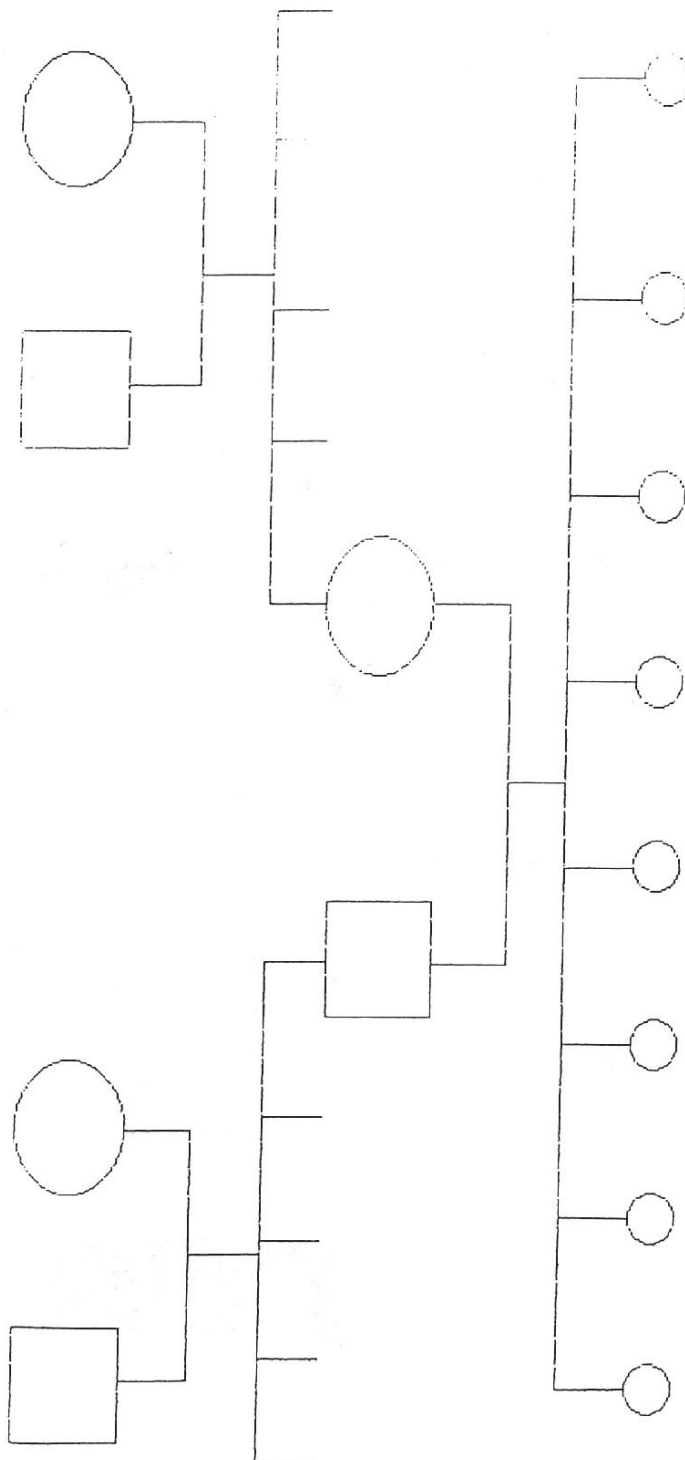
Table 1 – Outcome Scale with Reliability Coefficients	
Item 1	$r = 0.93 (p < 0.001)$
Rate: Duration of nonhospitalization for psychiatric disorder	
4. Not in hospital in past year ( exclude hospitalization at time of first interview if less than one month in duration following interview ).	
3. Hospitalized less than three months in past year.	
2. Hospitalized three to six months, up to nine months in past year.	
1. Hospitalized over six months, up to nine months in past year.	
0. Hospitalized more than nine months in past year.	
Item 2	$r = 0.96 (p < 0.001)$
Rate: Social contacts ( do not include meetings with friends at work or „over the back fence.“)	
4. Meets with friends on average at least once a week.	
3. Meets with friends two or three times a month.	
2. Meets with friends about once a month	
Include all acquaintances	
1. Does not meet with friends except „over the back fence,“ at work, or at school.	
0. Does not meet with friends at all under any conditions	
Item 3	$r = 0.87 (p > 0.001)$
Rate: Usefully employed ( include work as housewife, student.Exclude time in hospital.)	
4. „Employed“ continuously.	
3. „Employed“ more than half year but less than continuously	
2. „Employed“ part – time or full – time about half of the time in the past year	
1. „Employed less than half of the time in the past year.	
0. No useful work.	
Item 4	$r = 0.94 (p < 0.001)$
Rate: Absence of symptoms ( in past month )	
4. „No signs or symptoms.	
3. Slight signs and symptoms most of the time, or moderate signs and symptoms on rare occasions.	
2. Moderate signs and symptoms some of the time.	
1. Severe signs and symptoms some of the time, or moderate signs and symptoms continuously.	
0. Continuous and severe signs and symptoms.	

Strauss – Carpenter  
Outcome Scale

### 6.1.5 Stammbaum

-  end. Psychose
-  stationär
-  amb. HA
-  verstorben

.....



## 6.1.6 Familienübersicht

Proband/Kontrollperson Nr. \_\_\_\_\_

Name, Vorname \_\_\_\_\_ Geburtsdatum \_\_\_\_\_ m/w

Nr.	Name (ggf. Geburtsname)	Vorname	Geburtsdatum (Monat/Jahr)	ggf. Todesjahr	m/w	Verwandtschaftsbeziehung (ggf. Zwilling? EZ?ZZ?)	psych. Erkrankung? (Diagnose bekannt?)	Adresse/Telefonnr.

## 6.2 Formulare

### 6.2.1 Melderegisterauskunft

**Klinik und Poliklinik für  
Psychiatrie und Psychotherapie**  
Universitäts-Nervenlinik  
Direktor: Prof. Dr. Dr. h.c. (Univ. Asunción) H. Beckmann

97080 Würzburg,  
Füchslinstraße 15

Tel.: 0931 201-76000, -77740  
FAX: 0931 201-77840  
Email: burkhard.jabs@mail.uni-wuerzburg.de

Psychiatrische Klinik der Universität, Füchslinstraße 15, 97080 Würzburg

Az: ja

An das Einwohnermeldeamt

Sehr geehrte Damen und Herren,

wir bitten Sie im Rahmen der Amtshilfe um eine einfache Melderegisterauskunft, wohin

Frau/ Herr \_\_\_\_\_

geboren am: \_\_\_\_\_

verzogen ist.

Die letzte Adresse war nach unseren Unterlagen:

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Mit freundlichen Grüßen,

Dr. med. B. Jabs  
Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie  
Oberarzt der Klinik

## 7. Literaturverzeichnis

- 1 American Psychiatric Association (1987) DSM-III-R, diagnostic and statistical manual of mental disorders, 3<sup>rd</sup>. edn. Revised, American Psychiatric Association, Washington D.C.
- 2 Angermeyer MC, Kühn L, Goldstein JM (1990) Gender and the course of schizophrenia: Differences in treated outcomes. *Schizophr. Bull* 16:293-307.
- 3 Ban T (1982) Chronic Schizophrenias: A Guide to Leonhard's Classification. *Comprehensive Psychiatry*, Vol.23, No.2, pp 155-169
- 4 Beckmann H, Franzek E (2000) The genetic heterogeneity of "schizophrenia". *World J Biol Psychiatry*. 2000 Jan; 1(1):35-41
- 5 Berlim MT, Fleck MP (2003) „Quality of life“: a brand new concept for research and practice in psychiatry. *Revista brasileira de psiquiatria: orgao oficial da Associacao Brasileira de Psiquiatria, Asociacion Psiquiatrica de la America Latina* VOL: 25 (4); p. 249-52 /200310
- 6 Bonicatto SC, Dew MA, Zaratiegui R, Lorenzo L, Pecina P (2001) Adult outpatients with depression: worse quality of life than in other chronic medical diseases in Argentina. *Soc Sci Med* 52: 911–919
- 7 Breier A, Schreiber JL, Dyer J, Pickar D (1991) National Institut of Mental Health Longitudinal Study of Chronic Schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. *Arch Gen Psych*, Vol 48, März 1991.
- 8 Browne S, RoeM, Lane A, Gervin M, Morris M, Kinsella A, Larkin C, O'Callaghan E (1996) Quality of life in schizophrenia: relationship to sociodemographic factors, symptomatology and tardive dyskinesia. *Acta Psychiatr Scand* 94: 118–124
- 9 Bullinger M (1996) Lebensqualität – ein Ziel- und Bewertungskriterium medizinischen Handelns? In Möller HJ, Engel R, Hoff P (Hrsg.): *Befunderhebung in der Psychiatrie: Lebensqualität, Negativsymptomatik und andere aktuelle Entwicklungen*. Springer-Verlag
- 10 Bullinger M (2000) Lebensqualität – Aktueller Stand und neuere Entwicklungen der internationalen Lebensqualitätsforschung. In: *Lebensqualität und Gesundheitsökonomie in der Medizin. Konzepte – Methoden – Anwendung*. U. Ravens-Sieberer. Landsberg, ecomed: 13-24

- 11 Campbell A, Converse PE, Rodgers WL (1976) The quality of american life. Sage, New York
- 12 Carlsson I, Frederiksen SO, Gottfries CG (2002) Quality of life and standard of living in a randomly selected group of psychiatrically disabled people in Sweden 2 years after a psychiatry reform. Eur Psychiatry 17: 179-87
- 13 Carpi niello B, Lai G, Pariante CM, CartaMG, Ruda s N (1997) Symptoms, standards of living and subjective quality of life: a comparative study of schizophrenic and depressed outpatients. Acta Psychiatr Scand 96: 235–241
- 14 Cella DF, Tulsky DS (1990) Measuring quality of life today: methodological aspects. Oncology 1990; 4: 29-38
- 15 Corrigan PW, Buican B (1995) The construct validity of subjective quality of life for the severely mentally ill. J Nerv Ment Dis 183: 281–285
- 16 Debus ES (2005) Was ist Lebensqualität? Gefäßchirurgie 10: 83-84
- 17 Elkington JR (1966): „Medicine and quality of life“ Ann Intern Med 1966; 64: 711-714
- 18 Faller H (2003) Psychoonkologie und Lebensqualität. In: Management des Lungenkarzinoms. P. Drings, H. Dienemann und M. Wannemacher, Springer, Berlin: 429-438
- 19 Fitzpatrick R, Fletcher A, Gore S, Jones D, Spiegelhalter D, Cox D (1992) Quality of life measurements in health care. I: Applications and issues in assessment. Br Med J 1992; 305: 1074-1077
- 20 Franzek E, Beckmann H (1991) Syndrom- und Symptomentwicklung schizophrener Langzeitverläufe. Nervenarzt 62: 549-556
- 21 Franzek E, Beckmann H (1992) Sex Differences and Distinct Subgroups in Schizophrenia. Psychopathology 25: 90-99
- 22 Galletly CA, Clark CR, McFarlane AC, Weber DL (1997) Relationships between changes in symptom ratings, neurophysiological test performance and quality of life in schizophrenic patients treated with clozapine. Psychiatry Res 72:161–166
- 23 Glatzer W, Zapf W (Hrsg) (1984) Lebensqualität in der Bundesrepublik. Objektive Lebensbedingungen und subjektives Wohlbefinden. Campus, Frankfurt, New York



- 24 Guyatt GH (1993) Measurement of health-related quality of life in heart failure. *J Am Coll Cardiol* 22 (4 Suppl A): 185A-191A
- 25 Hamilton M (Hrsg.): *Fish's Schizophrenia*, Bristol, Wright 1976
- 26 Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A (1987) The Vermont Longitudinal Study of persons with severe mental illness, II: Long-term outcome of subjects who retrospectively met DSM-III Criteria of schizophrenia. *Am J Psychiatry* 144: 6, Juni 1987
- 27 Harding CM, Brooks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A (1987): The Vermont Longitudinal Study of persons with severe mental illness, I: Methodology, Study Sample, and Overall Status 32 years later. *Am J Psychiatry* 144: 6 Juni 1987
- 28 Heinrichs DW, Hanlon TE, Carpenter WT Jr (1984) The quality of life scale: An instrument for rating the schizophrenic deficit syndrome. *Schizophr Bull* 10:388–398
- 29 Heinze M, Taylor RE, Priebe S, Thornicroft G (1996) The quality of life of patients with paranoid schizophrenia in London and Berlin. *Psychiatr Epidemiol* 32: 292–297
- 30 Helmchen H (1990) Lebensqualität als Bewertungskriterium in der Psychiatrie. In: Schölmerich P, Thews G (Hrsg) „Lebensqualität“ als Bewertungskriterium in der Medizin. Fischer, Stuttgart New York, S.93-115.
- 31 Holzinger A, Angermeyer MC, Matschinger H (1997) Lebensqualität für schizophrene Patienten--das ist.... Ergebnisse einer Umfrage bei Psychiatern. *Psychiatrische Praxis*; Bd.: 24 (2); p. 61-4 /199703/
- 32 Horstkotte D (1994) Lebensqualität und Optimierung der Lebensqualität nach Herzklappenersatz. In: Blum U, v.d. Emde J (Hrsg); *Diagnostik und operative Behandlung kardialer Erkrankungen*. Darmstadt: Steinkopff; 53-71
- 33 Huxley P, Warner R (1992) Case management, quality of life, and satisfaction with services of longterm psychiatric patients. *Hosp Com Psych* 43(8):799-802
- 34 Jabs B, Krause U, Althaus G, Stöber G, Pfuhlmann B (2004) Vergleichsuntersuchung zur Lebensqualität bei Probanden mit zykliden und schizophrenen Psychosen. *Nervenarzt* 75: 460-466
- 35 Jahn T, Mussgay L (1989) Die statistische Kontrolle möglicher Medikamenteneinflüsse in experimentalpsychologischen Schizophreniestudien: Ein Vorschlag zur Berechnung von

Chlorpromazinäquivalenten. Zeitschrift für klinische Psychologie, Band XVIII, Heft 3, S.257-267

- 36 Kaiser W, Priebe S (1998) Zur Messung von Veränderungen der subjektiven Lebensqualität bei chronisch schizophrenen Patienten. Nervenarzt 69: 219-227
- 37 Kaiser W, Priebe S et al. (1996) Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. Nervenarzt 67: 572-582
- 38 Karnofsky D, Burchenal J. (1949) The clinical evaluation of chemotherapeutic agents in cancer. In: Macleod C, ed. Evaluation of chemotherapeutic agents. 1949; New York: Columbia University Press, 1949: 191-205
- 39 Katschnig H (1994) Schizophrenie und Lebensalter. Aus Aktuelle Probleme der Schizophrenie ; 5 , Springer Verlag
- 40 Korman AK. et al. Income and well-being. Department of Management, Barush College, C.U.N.Y., unpublished manuscript.
- 41 Kraepelin E (1986) Psychiatrie: Ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 5. vollständig umgearbeitete Auflage. Leipzig, Barth.
- 42 Lehman AF, Ward NC, Linn LL (1982) Chronic mental patients: the quality of life issue. Am J Psychiatry 139: 1271-1276
- 43 Leonhard K (1976) Ein dominanter und ein rezessiver Erbgang bei zwei verschiedenen Formen von Schizophrenie Nervenarzt. 1975 May; 46(5): 242-8
- 44 Leonhard K (1949) Eine Sippe affektvoller Paraphrenie mit gehäuften Erkrankungen aus Verwandten-Ehen. (Zugleich ein Beitrag zur Frage der Paranoia) Arch f. Psychiatr u. Z. Neur. Bd.184
- 45 Leonhard K (1965) Diagnose der endogenen Psychosen von der Prognose her gesehen. Nervenarzt 36: 202-207
- 46 Leonhard K (1979) Über erblich bedingte und psychosozial bedingte Schizophrenien. Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz). 1979 Oct; 31(10): 606-26
- 47 Leonhard K (1981) Wodurch wird die Manifestationswahrscheinlichkeit bei den erblichen Formen von Schizophrenie erhöht? Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz). 1981 Mar; 33(3): 129-44

- 48 Leonhard K (1986) Lassen sich die Schizophrenien klinisch und ätiologisch trennen? Psychiatr Neurol Med Psychol Beih. 1986; 33: 26-42
- 49 Leonhard K (1991) Differenzierte Diagnostik der endogenen Psychosen, abnormen Persönlichkeitsstrukturen und neurotischen Entwicklungen. 4. Aufl., Verlag Gesundheit GmbH Berlin.
- 50 Leonhard K, Beckmann H (Hrsg.) (1995) Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. 7.Aufl. Thieme, Stuttgart New York
- 51 Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, Ramires LF (1990) Effects of six months of clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. Hosp Com Psych 41: 892-897
- 52 Oliver JPJ (1991) The social care directive: Development of a quality of life profile for use in community services for the mentally ill. Soc. Work Soc. Sci. Rex. 3 (1991) 5-45
- 53 Pigou AC (1920) The economics of welfare. London 1920
- 54 Priebe S, Gruyters T, Heinze M, Hoffmann C, Jäkel A (1995) Subjektive Evaluationskriterien in der psychiatrischen Versorgung – Erhebungsmethoden für Forschung und Praxis. Psychiatr Prax 22: 140-144
- 55 Priebe S, Hoffmann CH (1996) Berliner Lebensqualitätsprofil (2.Korr. Version). Deutsche Übersetzung und Modifikation des Lancashire Quality of Life Profile
- 56 Pukrop R, Möller H J, Saß H, Sauer H, Klosterkötter J, Czernik A, Krausz M, Stieglitz RD, Lambert M, Matthies M, Schaub A, Woschnik M, Wulfinghoff F, Steinmeyer EM (1999) Das Konstrukt Lebensqualität- Metaanalytische Validierung und die Entwicklung eines modularen Erhebungssystems. Nervenarzt 70: 41-53
- 57 Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1998) Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe Göttingen Bern Toronto Seattle, p13
- 58 Schreiber HW (1989) Lebensqualität und Allgemein Chirurgie. Langenbecks - Archiv für Chirurgie 1989, Suppl. II, 43-48
- 59 Seeman MV (1983) Interaction of sex, age and neuroleptic dose. Compr. Psychiatry 24: 125-128.

- 60 Seeman MV, Lang M (1990) The role of estrogens in schizophrenia gender differences. *Schizophr. Bull* 16:185-194.
- 61 Shtasel PL, Gur RE, Gallacher F, Heimberg C, Gur R (1992) Gender differences in the clinical expression of schizophrenia. *Schizophr Res* 7: 225-231
- 62 Skantze K, Malm U, Dencker J, May PRA (1990) Quality of life in schizophrenia. *Nordisk Psychiatrisk Tidsskrift* 44: 71-75
- 63 Skantze K, Malm U, Dencker S, May P, Corrigan P (1992) Comparison of quality of life with standard of living in schizophrenic outpatients. *Br J Psychiatry* 1992: 161: 797-801
- 64 Stöber G, Franzek E, Beckmann H (1994) Schwangerschaftsinfektionen bei Müttern von chronisch Schizophrenen: die Bedeutung einer differenzierten Nosologie. *Nervenarzt* 1994; 65: 175–182
- 65 Strauss J, Carpenter W T (1972) The Prediction of Outcome in Schizophrenia. *Arch Gen Psychiat* Vol 27, pp 739-746
- 66 Veroff J, Douvan E, Kulka RA (1981) *The inner american*. New York: Basic Books.
- 67 von Trostorff S (1975) Verlauf und Psychose in der Verwandtschaft bei den systematischen und unsystematischen Schizophrenen und den zykliden Psychosen. *Psychiatr Neurol Med Psychol (Leipz)*. 1975 Feb; 27(2): 80-100.
- 68 von Trostorff S (1986) Rezessiver Erbgang bei Affektvoller Paraphrenie (Das Vorkommen von Verwandtenehen).; The recessive inheritance of affective paraphrenia (the incidence in consanguineous marriages) *Psychiatrie, Neurologie und medizinische Psychologie*. Beihefte, Vol. 33, p: 108-15
- 69 WHOQOL Group (1995) The World Health Organization Quality of Life Assessment Instrument (WHOQOL): position paper from the World Health Organisation. *Soc Sci Med* 41: 1403–1409
- 70 WHOQOL Group (1998) Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF quality of life assessment. *Psychol Med* 28: 551-558