

Aus der psychiatrischen Klinik und Poliklinik
der Universität Würzburg
Direktor: Professor Dr. med. H. Beckmann

Untersuchung zu objektivem Verlauf und subjektiver Lebensqualität bei systematischen Paraphrenien

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

vorgelegt von
Annette Härdtner - Absalon
aus Neckarsulm

Würzburg, März 2006

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

Dekan: Prof. Dr. med. Georg Ertl

Tag der mündlichen Prüfung : 28.06.2006

- Die Promovendin ist Ärztin -

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung	1
1.1	Historische Entwicklung der Klassifikation nach Leonhard	2
1.2	Differenzierung innerhalb der paranoiden Schizophrenien	3
1.2.1	Systematische Paraphrenien	4
1.2.1.1	Phantastische Paraphrenie	5
1.2.1.2	Konfabulatorische Paraphrenie	5
1.2.1.3	Expansive Paraphrenie	6
1.2.1.4	Phonemische Paraphrenie	6
1.2.1.5	Hypochondrische Paraphrenie	7
1.2.1.6	Inkohärente Paraphrenie	7
2	Ziel der Arbeit und Fragestellung	8
3	Methodik und Patienten	9
3.1	Vorgehen	9
3.2	Patienten	9
3.3	Ausschlusskriterien	10
3.4	Datenerhebung und verwendete Instrumente	10
3.4.1	Erfassung objektiver Daten zur Lebenssituation	10
3.4.2	Erfassung der Lebensqualität und der psychosozialen Faktoren mittels des Berliner Lebensqualitätsprofils (BeLp)	10
3.4.3	Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)	11
3.4.4	Strauss-Carpenter Outcome Scale (SCOS)	11
3.4.5	Stammbaum	12
3.5	Datenauswertung	12
4	Ergebnisse	13
4.1	Patienten	13
4.2	Klinische Daten	13
4.2.1	Krankheitsverlauf	13
4.2.1.1	Manifestationsalter	13
4.2.1.2	Krankheitsdauer	14
4.2.1.3	Klinikbehandlungen	15
4.2.1.4	Suizidalität	16

4.2.2	Familienanamnese	16
4.2.3	Medikation	16
4.2.4	Hirnorganik	17
4.2.5	Fremdbeurteilungsskalen	19
4.3	Soziodemographische Daten	19
4.3.1	Familien- und Wohnsituation	19
4.3.1.1	Familienstand und Herkunftsfamilie	19
4.3.1.2	Wohnsituation	20
4.3.1.3	Betreuung	20
4.3.2	Schule, Ausbildung und Beruf	21
4.3.2.1	Schulbildung und berufliche Stellung	21
4.3.2.2	Einkommen	22
4.4	Lebensqualität	22
4.4.1	Erhebung der objektiven Lebensqualität	22
4.4.2	Erhebung der subjektiven Lebensqualität	25
4.4.3	Einflüsse verschiedener Faktoren auf die allgemeine Lebenszufriedenheit	27
5	Diskussion	29
5.1	Einschränkungen der Aussagekraft	29
5.2	Krankheitsverlauf	29
5.2.1	Alter bei Beginn der Krankheit - Alter bei Erstsymptomatik	29
5.2.2	Art des Krankheitsbeginns	30
5.2.3	Krankheitsverläufe anhand der Zahl und der Dauer der Hospitalisierungen	30
5.2.4	Ergebnisse der Fremdbeurteilungsskalen	31
5.3	Ätiologie der systematischen Schizophrenien	31
5.4	Pharmakotherapie der systematischen Paraphrenien	33
5.4.1	Atypische und typische Neuroleptika	33
5.4.2	Neuroleptikatherapie und Therapieresistenz	34
5.5	Geschlechtsspezifischer Verlauf	34
5.6	Lebensqualität	35
5.6.1	Allgemeine Lebenszufriedenheit	35
5.6.2	Einfluss des Krankheitsverlaufs auf die Lebensqualität	36
5.6.3	Medikamenteneinfluss auf die Lebensqualität	36
5.6.4	Einfluss der Psychopathologie auf die Lebensqualität	37
5.6.5	Einfluss der Partner- oder Ehebeziehung auf die Lebensqualität	38

5.6.6	Einfluss der Wohnsituation auf die Lebensqualität	38
5.6.7	Einfluss der Arbeit/Arbeitslosigkeit auf die Lebensqualität	39
5.7	Prognose der systematischen Paraphrenie	40
5.7.1	Prädiktoren für den Ausgang („Outcome“) der Erkrankung	40
5.7.2	Verlauf und „Outcome“ schizophrener, insbesondere paranoider Psychosen	41
5.8	Bedeutung des Klassifikationsschemas	42
6	Zusammenfassung	43
7	Anhang	44
7.1	Dokumentations- und Fragebögen	44
7.1.1	Dokumentationsbogen zur Erfassung von Basisdaten, Krankheitsverlauf und Diagnosebegründung	44
7.1.2	Berliner Lebensqualitätsprofil	48
7.1.3	Skala zur Erfassung des globalen Funktionsniveaus (GAF-Skala)	56
7.1.4	Strauss-Carpenter-Outcome-Scale	58
7.1.5	Stammbaum	59
7.1.6	Familienübersicht	60
7.2	Formulare	61
7.2.1	Melderegisterauskunft	61
7.2.2	Schweigepflichtsentbindung	62
8	Literaturverzeichnis	63

1 Einleitung

Die paranoiden Schizophrenien gelten als die am häufigsten diagnostizierten Formen der Schizophrenien - um so wichtiger erscheinen daher die Fragen nach Ätiologie, Verlauf und Prognose der Erkrankung [49,56,70].

Trotz weltweiter Bemühungen steht die Klärung der Ursachen der Schizophrenien noch aus. Weder ein eindeutiger Erbgang, von dem sich die Schizophrenien ableiten ließen, noch die Theorie, psychosoziale Faktoren seien allein maßgebend, bestätigten sich als alleinige Ursachen der Schizophrenien. Diese Erfolglosigkeit liegt Karl Leonhard (1904-1988) zufolge darin begründet, dass „die Schizophrenie“ als Einheit gesehen werde, obwohl es sich um einen Oberbegriff über eine Vielzahl von eigenständigen Krankheiten handle, von denen jede eine unterschiedliche Prognose aufweist [49]. In der Literatur [12] wird häufig über eine günstigere Prognose der paranoiden Schizophrenien berichtet. Die Ursache liegt wohl in der oben schon erwähnten Inhomogenität der Krankheiten, die unter dem Begriff der paranoiden Schizophrenien zusammengefasst werden.

Nach Karl Leonhard ist es unmöglich, ein brauchbares Ergebnis zu erzielen, wenn mehrere unterschiedliche Krankheiten vermischt werden und für diese Mischung eine einheitliche Ursache gesucht wird. Aufgrund dieser Erkenntnis erarbeitete Karl Leonhard in Fortführung der Arbeiten Wernickes (1848-1905) und Kleists (1879-1960) eine Unterscheidung der Schizophrenien in „systematisch“ und „unsystematisch“. Die Grundlage der Unterscheidung bilden die unterschiedlichen Ursachen der beiden Erkrankungsformen: Leonhard versteht aufgrund der charakteristischen klinischen Bilder die systematischen Schizophrenien als „Systemerkrankungen“ ähnlich wie in der Neurologie, den unsystematischen Schizophrenien schreibt er eher ein vielgestaltigeres Symptombild zu, das sich nicht scharf abgegrenzt einem „System“ zuordnen lässt [49]. Die systematischen Paraphrenien sind eine Gruppe von Krankheiten, die der großen Familie der Schizophrenien zuzuordnen sind. Die gegenwärtigen Klassifikationsschemata kennen diese Krankheit als solche nicht, sondern fassen sie mit anderen Krankheitstypen unter dem Begriff „paranoide Schizophrenie“ (ICD-10 F 20.0) bzw. „paranoider Typ“ (DSM-IV) zusammen.

Der Begriff „Lebensqualität“ ist in vielen Bereichen der Medizin zu einem wichtigen Evaluationskriterium geworden und hat in den letzten Jahren auch in der Psychiatrie an Bedeutung gewonnen. Die Definition der WHO beschreibt den Begriff der Lebensqualität folgendermaßen:

„Die subjektive Beurteilung der eigenen Lebenssituation im kulturellen Kontext vor dem Hintergrund der vorherrschenden Wertesysteme sowie in dem Zusammenhang mit den Zielen, Erwartungen und Normvorstellungen eines Individuums. Es ist ein breites Konzept,

das in komplexer Weise körperliche Gesundheit, den psychischen Zustand, den Grad der Unabhängigkeit, die sozialen Beziehungen, persönliche Überzeugungen und deren Bezug zu den wichtigsten Aspekten der Umwelt beinhaltet“ (WHO Group 1994, S.43).

Die subjektive Lebensqualität dient neben objektiven Parametern zur Erfassung des Verlaufs.

In der Psychiatrie wurde die Lebensqualität erstmals in dem Rahmen der Deinstitutionalisierung in den USA erfasst, wo Anfang der 80er Jahre erste Untersuchungen zur Evaluierung gemeindepsychiatrischer Alternativen zu den psychiatrischen Großkrankenhäusern veröffentlicht wurden [7]. Einen weiteren Schub erhielt die psychiatrische Lebensqualitätsforschung durch die Einführung neuer Psychopharmaka (atypische Neuroleptika, SSRI), die ein günstigeres Nebenwirkungsprofil versprechen.

Zunehmend an Bedeutung gewinnt die Lebensqualität im Bereich der Qualitätssicherung und in gesundheitsökonomischen Analysen. Speziell in der Psychiatrie dient Lebensqualität aktuell als eines der Kriterien zur Beurteilung von Behandlungs- bzw. Versorgungsqualität. In den letzten Jahren wurden zahlreiche Untersuchungen zur Lebensqualität schizophrener Patienten publiziert. Dabei hat man jedoch versäumt, „die Schizophrenie“ als Gruppe von Schizophrenien anzusehen, die sich in Ätiologie, Verlauf und Prognose erheblich unterscheiden. Infolgedessen könnte man entsprechend der verschiedenen nosologischen Entitäten Unterschiede sowohl bzgl. der objektiven als auch bzgl. der subjektiven Lebensqualität erwarten.

Die vorliegende Arbeit beschäftigt sich neben dem Verlauf, der Medikation und der Familienanamnese mit der subjektiven und objektiven Lebensqualität systematisch paraphrener Patienten.

1.1 Historische Entwicklung der Klassifikation nach Leonhard

Karl Leonhard, geboren am 21. März 1904 in Bayern als Sohn eines evangelischen Pfarrers, studierte nach dem Abitur Medizin in Erlangen, Berlin und München. 1936 wurde er von Karl Kleist als Oberarzt nach Frankfurt am Main berufen, wo er sich schließlich 1937 habilitierte. 1954 folgte er zuerst einem Ruf als Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie an die medizinischen Akademie Erfurt und 1957 einem weiteren Ruf an die Humboldt-Universität Berlin, die er bis zu seinem 65. Lebensjahr leitete. Karl Leonhard lebte als bescheidener Mann, umgeben von seiner Familie und zahlreichen Freunden, die ihn wegen seiner offenen, uneitlen und dennoch autoritären Art schätzten. Am 23. April 1988, kurz nach Vervollendung seines 84. Lebensjahrs, verstarb Karl Leonhard [49,13].

Karl Leonhard hat ein Klassifikationsschema geschaffen, das sich an dem Quer- und Längs-

schnitt der einzelnen Erkrankungen orientiert und eine prognostische Einschätzung erlaubt. Die heute gängigen Klassifikationsschemata (ICD-10 und DSM-IV), die ihre Patienten und deren Erkrankungen durch bewusst „anosologische“, polythetische Kriterienkataloge definieren, könnten gewinnbringend durch eine solche an der Psychopathologie orientierte Klassifikation ergänzt werden [12].

Die Aufteilung der endogenen Psychosen nach Karl Leonhard ist auf der Grundlage einer neuropsychiatrischen Schule entstanden, die von Carl Wernicke (1848-1905) in Breslau begründet wurde. Karl Kleist (1879-1960), der Wernickes Lehre aufgriff, beschrieb zahlreiche weitere Formen der Schizophrenien [46]. Basierend auf Vorarbeiten von Wernicke, Kleist und eigenen Studien erarbeitete Karl Leonhard eine differenzierte Aufteilung der endogenen Psychosen, die Aussagen über Ätiologie, Prognose und Verlauf erlaubt:

- Affektive Psychosen
- Zyklische Psychosen
- Unsystematische Schizophrenien
- Systematische Schizophrenien

1.2 Differenzierung innerhalb der paranoiden Schizophrenien

Leonhard [49] unterschied innerhalb der schizophrenen Psychosen Formen mit vorwiegenden Störungen der Psychomotorik (Katatonien), des Affektes (Hebephrenien) und primär wahnbildende bzw. halluzinatorische Formen (Affektvolle Paraphrenie, systematische Paraphrenien). Unter letzteren sind die paranoid-halluzinatorischen Schizophrenien im engeren Sinne zu verstehen, auch wenn sich wahnhaft und halluzinatorische Phänomene bei verschiedenen anderen schizophrenen Psychosen in verschiedener Ausprägung finden.

Darüber hinaus differenzierte Leonhard auch innerhalb der letzten, primär paranoid-halluzinatorischen Gruppe zwischen den systematischen und unsystematischen Schizophrenien.

Die systematischen und unsystematischen Schizophrenien haben in ihrem Wesen nichts miteinander zu tun. Der gemeinsame Name lässt sich nur aus der Tradition rechtfertigen (Kraepelin, Bleuler) [49]. Die Abgrenzung systematischer von unsystematischen Schizophrenien begründete Karl Leonhard durch deren unterschiedliche Ätiologie, Verlauf und Prognose. Genetische Untersuchungen weisen auf eine hohe Heredität der unsystematischen Schizophrenien hin [49]. Die systematischen Schizophrenien hingegen treten sporadisch auf; in ihrer Genese scheinen pränatal oder perinatal schädigende Einflüsse von Bedeutung zu sein [65]. Karl Leonhard gab den systematischen Schizophrenien ihren Namen wegen

der „klar umschriebenen Bilder“ [40], die sie aufweisen, aber auch, weil sie den Gedanken nahe legen, dass „bestimmte Systeme im Gehirn elektiv erkrankt sind“ [44]. Ähnlich wie eine neurologische Erkrankung ist der schizophrene Defekt bei den Erkrankten unheilbar, was Karl Leonhard erneut in seiner Annahme bestätigt, dass diskrete strukturelle Gehirnveränderungen die Grundlage der Krankheitsentstehung bilden - eine sinnvolle Erklärung für die „Schärfe der Symptomgestaltung“ [49, S.119], von der Karl Leonhard berichtet.

Die systematischen Schizophrenien sind einer medikamentösen Therapie kaum zugänglich; therapeutische Erfolge beziehen sich auf akute Zustände, nicht auf Endzustände, die sich direkt von der Krankheit ableiten lassen und auf die, die in dem chronischen Stadium der Erkrankung vorgefunden werden. Diese Endzustände weisen charakteristische Syndrome auf, die spezifisch für die Erkrankung sind. Die therapeutischen Erfolge beziehen sich auf „Erscheinungen, die nicht aus der Krankheit selbst entstehen“ [41] - solche Erscheinungen bezeichnet Karl Leonhard als „psychischen Überbau“ [43] und meint damit akzessorische Symptome (Verstimmungszustände, Beziehungsideen, Sinnestäuschungen etc.), die in früheren Stadien der Erkrankung völlig unspezifisch auftreten und in dem chronischen Stadium vollständig verschwinden bzw. in den Hintergrund treten [41,43,44,49].

Die unsystematischen Schizophrenien verlaufen schubförmig, mit Teilremissionen, die systematischen Schizophrenien dagegen schleichend progredient. Bei den ersteren sind Defekte nach dem ersten Schub oft kaum nachweisbar, die Bereitschaft zu Teilremissionen ist groß; es besteht eine große Spielbreite der Verläufe. Bei den unsystematischen Schizophrenien ist mit einer relativ guten therapeutischen Beeinflussbarkeit zu rechnen [34]. Anders verhalten sich die systematischen Schizophrenien. Die Prognose ist primär ungünstig, der Verlauf der systematischen Schizophrenien geht meist kontinuierlich in einen charakteristischen Residualzustand über [49].

Die medikamentöse Therapie scheint nichts am Ausgang der Erkrankung zu ändern [42].

1.2.1 Systematische Paraphrenien

Die systematischen Paraphrenien lassen sich durch charakteristische paranoide bzw. halluzinatorische Symptome charakterisieren, die mit einem unterschiedlichen Grad von formaler Denkstörung einhergehen. Im Gegensatz zu den systematischen Katatonien und Hebephrenien liegt bei den Systematischen Paraphrenien primär eine Denkstörung vor. Basierend auf dieser Denkstörung sind für die systematischen Paraphrenien Wahnvorstellungen, Sinnestäuschungen und formalgedankliche Auffälligkeiten typisch.

Die Krankheit bricht vergleichsweise spät aus. Leonhard fand sowohl innerhalb der systematischen Formen der Schizophrenien als auch im Vergleich zu den unsystematischen

Schizophrenien heraus, dass bei den systematisch Paraphrenen das Erkrankungsalter mit durchschnittlich 35,5 Jahren am höchsten ist [49].

In dem akuten Stadium der systematischen Paraphrenien finden sich akzessorische Symptome, welche die spezifischen Syndrome nicht selten in Hintergrund drängen, was die Diagnose erheblich erschwert. Zu den akzessorischen Symptomen zählen in erster Linie Beziehungsideen, Ratlosigkeit und Ängstlichkeit. Die Affektschwankungen reichen allerdings nicht besonders tief. Sie würden ansonsten bei besonderer Ausprägung eher an eine affektvolle Paraphrenie denken lassen [49].

Karl Leonhard unterteilte die systematischen Paraphrenien in sechs Untergruppen:

- Phantastische Paraphrenie
- Konfabulatorische Paraphrenie
- Expansive Paraphrenie
- Phonemische Paraphrenie
- Hypochondrische Paraphrenie
- Inkohärente Paraphrenie

1.2.1.1 Phantastische Paraphrenie

Das Bild der phantastischen Paraphrenie wird von szenischen Erlebnissen geprägt, in denen optische Sinnestäuschungen dominieren, aber auch häufig akustische bzw. Geruchs-, Geschmackshalluzinationen und Körpersensationen hinzutreten [49]. Die phantastische Ausgestaltung beruht hauptsächlich auf den absurden Ideen, die den Naturgesetzen und aller Erfahrung zuwider laufen. Eine besondere Form dieser absurden Ideen stellen Personenverkennungen dar, bei denen die phantastisch Paraphrenen Mitkranke, Ärzte oder Pfleger häufig als hohe Persönlichkeiten ansprechen. Maßlose Größenideen sind charakteristische Symptome der phantastisch Paraphrenen. Die Kranken erhöhen sich dabei zu Millionären, Königen, zum Teil zu Gott selbst, ziehen aber daraus keine Konsequenzen und ordnen sich problemlos in ihre Rolle als Patienten ein [49].

1.2.1.2 Konfabulatorische Paraphrenie

In dem Unterschied zur phantastischen Paraphrenie bringen die konfabulatorisch Paraphrenen ihre Erlebnisse in Form selbst erfahrener Geschichten vor. Bei dieser Erkrankung muss mehr von Erinnerungsfälschungen als von Halluzinationen gesprochen werden. Die Erzählungen beziehen sich oft auf andere Länder, Erdteile oder gar andere Sterne und nie auf das „Hier und Jetzt“. Eine „glücklich-gehobene“ Stimmung kennzeichnet die Krankheit ebenso wie eine Form der Denkstörung, die das „abstrakte Denken“ beeinträchtigt [49,41].

1.2.1.3 Expansive Paraphrenie

Die expansive Paraphrenie zeichnet sich durch Größenideen und deutliche formale Denkstörungen aus. Im Gegensatz zu den phantastischen und konfabulatorischen Paraphrenien werden die Größenideen nicht nur geäußert, sondern durch hoheitsvolles Gebaren und Gehabe unterstrichen. Bei den phantastischen und konfabulatorischen Paraphrenien werden die Größenideen „nach außen getragen, bei den Expansiven werden sie hingegen gelebt“ [48]. Die expansiven paraphrenen Patienten lehnen es ab, sich mit gewöhnlich Kranken abzugeben und versuchen durch vornehme Kleidung, gravitatische Bewegungen und hochtrabende Sprache zu demonstrieren, dass sie ihrer Meinung nach etwas Höheres sind.

Demgegenüber merken Althaus et al. an: „Außerhalb der Größenideen verlieren die Kranken an Initiative und Interesse“ [2]. Karl Leonhard spricht von einer Vergrößerung des Denkens, wenn er beschreibt, wie ungenau die Kranken Begriffe benutzen. Ferner wird die schwere Denkstörung durch Verfehlungen beim Satzbau deutlich - allerdings lassen sie sich teilweise nur schwer von den gewollt-posedhaften, artifiziellen Auffälligkeiten trennen.

Zu Beginn der Erkrankung können akzessorische Symptome in Form von Sinnestäuschungen auftreten, der typische Endzustand expansiver Paraphrener ist jedoch frei von Halluzinationen [49,45].

1.2.1.4 Phonemische Paraphrenie

Das vorherrschende Symptom der phonemisch Paraphrenen sind Phoneme, d.h. akustische Halluzinationen in Form von Stimmen. Die Phoneme sind dadurch gekennzeichnet, dass sie meist Gedanken der Patienten aufgreifen und darüber hinaus auf sehr gefühlsnahe, persönliche, oft peinliche Erlebnisse der Kranken anspielen. Nicht so sehr das Vorhandensein, sondern vor allem der Inhalt der Stimme wird von den Patienten als sehr unangenehm empfunden. Die Kranken berichten häufig von Stimmen, die ihre Gedanken nachsprechen würden - in dem Sinne des Gedankenlautwerdens [42]. Karl Leonhard beschreibt das Denken der Kranken als verschwommen, da sie nicht in der Lage seien, ein gedankliches Ziel anzusteuern, was die Verständigung mit phonemisch Paraphrenen aber nicht ernsthaft in Frage stellt. Oft gehen die phonemisch Paraphrenen sogar noch ihren Berufen nach, was durch ihre ausgeglichene Stimmungslage sicherlich begünstigt wird [49]. Die phonemische Paraphrenie hat die günstigste Prognose unter den systematischen Paraphrenien.

1.2.1.5 Hypochondrische Paraphrenie

Die hypochondrisch Paraphrenen werden in erster Linie durch merkwürdige Körpersensationen gequält, die häufig innere Organe betreffen. Die Kranken prägen neue Worte (Hustendampf, Herzdampf, Gehirnvertrocknung), um die grotesken Sensationen auszudrücken [45]. Neben den Körpersensationen werden die Kranken von Stimmen gequält. Die Phoneme werden in diesem Fall durch ihr Vorhandensein an sich, die der phonemisch Paraphrenen hingegen eher wegen ihres Inhalts als unangenehm empfunden. Ein weiterer Unterschied zu den Stimmen der phonemisch Paraphrenen liegt in der sinnlichen Deutlichkeit, mit der die hypochondrisch Paraphrenen die Stimmen empfinden - so vermögen sie beispielsweise Angaben über Lautstärke und Klangcharakter der Stimmen zu machen [45].

Zu Beginn der Erkrankung weisen viele Kranke körperliche Beeinflussungsideen auf, was stets ein Anlass sein sollte, an die hypochondrische Form der systematischen Schizophrenien zu denken [48]. Eine freudlos-misstrauische Stimmung ist typisch für die Krankheit und veranlasst die Patienten dazu, häufig zu klagen [49].

1.2.1.6 Inkohärente Paraphrenie

Heftiges Halluzinieren akustischer Art und eine Denkstörung, die alle anderen Formen der systematischen Paraphrenie in ihrer Schwere übertrifft, prägen das Bild der inkohärenten Paraphrenie. Die Kranken scheinen nach innen abgelenkt mit ihren Stimmen zu sprechen bzw. lautstark zu schimpfen; selbst wenn man sich mit ihnen beschäftigt, reißen die Halluzinationen nicht ab. „Das unterscheidet sie von allen anderen halluzinatorischen Paraphrenien“ [49, S.205].

Die Inkohärenz, d.h. die Zusammenhangslosigkeit der Gedanken und die Gedankensprünge der Kranken weisen auf die schwere Denkstörung hin. Die Affektivität ist sehr eingeschränkt. Die Kranken zeigen sich interesse- und initiativlos; sie beantworten Fragen, wenn überhaupt, nur sehr wortkarg.

2 Ziel der Arbeit und Fragestellung

Ziel der vorliegenden Arbeit ist es, den Verlauf, die Medikation, die Familienanamnese und die Beurteilung der Lebensqualität eines Subtyps der paranoiden Schizophrenien, der systematischen Paraphrenien, zu beschreiben.

Im Gegensatz zu den „paranoiden Schizophrenien“ nach ICD-10, zu denen zahlreiche Studien existieren, ist bisher keine solche zu den systematischen Paraphrenien durchgeführt worden.

Dabei war insbesondere die Frage zu beleuchten, ob die paranoiden Schizophrenien im engeren Sinne, also die systematischen Paraphrenien nach Leonhard, eine vergleichbar gute Prognose, soziale Funktionalität und Lebensqualität haben wie die „paranoiden Schizophrenien“ nach ICD-10.

3 Methodik und Patienten

3.1 Vorgehen

Die Studie wurde in zwei Schritten durchgeführt.

Zunächst wurden anhand der Krankenakten von Patienten mit der Diagnose einer systematischen Paraphrenie nach Leonhard die soziodemographischen Variablen und Parameter des klinischen Verlaufs erfaßt (Erkrankungsalter, -dauer, Ersterkrankung, Zahl, Dauer der Hospitalisierungen, Familienstand, sozialer Status, Wohnsituation etc.); zusätzlich wurden die Familienanamnese sowie die gegebene Neuroleptikadosis dokumentiert. Anschließend wurden die entsprechenden Chlorpromazinäquivalente berechnet und die Krankenakten durch Psychiater, die mit der Leonhardklassifikation vertraut sind (BP, BJ), zur Sicherung der Diagnose durchgesehen.

Im zweiten Schritt erfolgte die Befragung.

Die Patienten mit einer gesicherten systematischen Paraphrenie wurden nun mit Hilfe eines Anschreibens kontaktiert und zu einem persönlichen Gespräch in die Universitätsklinik eingeladen. Einige Patienten wurden zur Untersuchung an ihrem Wohnort aufgesucht.

Die Zwischenanamnese, die Lebensqualität, soziale Funktionen (Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus, Strauss-Carpenter Outcome Scale), die aktuelle Medikation sowie insbesondere die Familienanamnese für endogene Psychosen mit Stammbaum wurden erhoben. Schließlich wurde um eine Schweigepflichtsentbindung durch die Patienten gebeten, um Epikrisen anderer Kliniken hinzuziehen zu können.

3.2 Patienten

In einem Beobachtungszeitraum von 1994 - 2003 fielen 1900 Patienten der psychiatrischen Universitätsklinik Würzburg unter die Diagnose eines schizophrenen Formenkreises; 378 dieser Patienten wurden als paranoid schizophren diagnostiziert. Bei 42 dieser Patienten wurde eine der systematischen Schizophrenien nach Karl Leonhard sicher diagnostiziert bzw. bestand ein dahingehender Verdacht. Letztendlich nahmen insgesamt 21 Patientinnen und Patienten, deren Diagnose einer systematischen Paraphrenie nach der Leonhard-Klassifikation durch einen mit dieser Klassifikation vertrauten Psychiater (BJ, BP) gesichert wurde, an der Untersuchung teil. 21 Probanden, deren Krankenakten nach oben genannten Gesichtspunkten analysiert wurden, erhielten eine Einladung zu einem persönlichen Gespräch. Zwei Patienten konnten nicht kontaktiert werden. Drei Patienten lehnten die Teilnahme an einem Gespräch explizit ab. Die übrigen 16 Probanden nahmen an der Befragung teil.

3.3 Ausschlusskriterien

Von der Studie ausgeschlossen wurden folgende Patienten:

- Patienten, bei denen eine der „paranoiden Schizophrenien“ (ICD- 10 F20.0) diagnostiziert wurde, die nicht einer der systematischen Paraphrenien zuzuordnen war
- Patienten, bei denen primär eine organische Ursache vorlag
- Patienten, die nicht eindeutig als systematisch paraphren zu diagnostizieren waren und
- Patienten, die zwar als systematisch paraphren diagnostiziert wurden, bei denen aber der Beobachtungszeitraum zu kurz oder die Systematik nicht eindeutig genug beschrieben war.

3.4 Datenerhebung und verwendete Instrumente

3.4.1 Erfassung objektiver Daten zur Lebenssituation

Zur Erfassung der jeweiligen Lebenssituation (persönliche Daten des Patienten) und des bisherigen Krankheitsverlaufs wurde ein Patientenstammblatt entworfen. Das Patientenstammblatt umfasst zwei Hauptbereiche. Zum einen fasst es die Basisdaten des Patienten zusammen: Geschlecht, Geburtsdatum, Schulbildung, -abschluss, Lebenspartner, Kinder, berufliche Situation, Wohnsituation und Familienanamnese.

Zum anderen besteht das Patientenstammblatt aus dem Krankheitsverlauf des Patienten: Alter bei Erstsymptomatik, bei der ersten ambulanten/stationären Behandlung, Hirnorganik bzw. Schwangerschaftskomplikationen, Hospitalisierungsdauer, Anzahl der Hospitalisierungen, Medikation, Betreuung und eventuelle Suizidversuche.

3.4.2 Erfassung der Lebensqualität und der psychosozialen Faktoren mittels des „Berliner Lebensqualitätsprofils“ (BeLp)

Das „Berliner Lebensqualitätsprofil“ wurde in seiner deutschen Version von Stefan Priebe und Christine Hoffmann durch Übersetzung und Modifikation des „Lancashire Quality of Life Profile“ erarbeitet [24]. Der Fragebogen ist als Selbstbeurteilungsverfahren konzipiert und wurde bisher vielfach zur Evaluierung physisch Kranker und gesunder Probanden, aber

auch psychisch Kranker verwendet. Durch die relativ kurze Dauer des Interviews (ca. 30 min) und den einfachen Fragenstil eignet er sich gut für die Befragung schizophrener Patienten. In der Erfassung subjektiver Lebensqualität hat sich das „Berliner Lebensqualitätsprofil“ als hinreichend reliables Instrument erwiesen [31].

Mit Hilfe einer Zufriedenheits-Skala (Z-Skala) soll der/die Befragte zu einer Selbsteinschätzung seiner/ihrer Zufriedenheit kommen. Die Antwortmöglichkeiten liegen auf einer Skala von 1 („völlig unzufrieden“) bis 7 („völlig zufrieden“). Erfasst werden zum einen die objektiven Lebensumstände des Patienten, seine psychosoziale Eingebundenheit, seine finanzielle und gesundheitliche Situation, zum anderen sollen die Befragten ihre subjektive Zufriedenheit in unterschiedlichen Lebensbereichen einschätzen. Eine abschließende Frage behandelt die globale Lebenszufriedenheit.

Das „Berliner Lebensqualitätsprofil“ umfasst elf Teile: Persönliche Daten des Befragten, allgemeine Lebenszufriedenheit, Arbeit und (Aus)Bildung, Freizeit, Religion, Finanzen, Wohnung, Gesetz und Sicherheit, Familie, Freunde und Bekannte sowie Gesundheit. In jedem Bereich werden zunächst bis zu sieben einfache Fragen zur objektiven Situation und zu Ereignissen oder Aktivitäten des Betroffenen in den letzten vier Wochen gestellt. Die Fragen sind in der Regel mit ja oder nein zu beantworten. Der objektive Teil wird dann von einer Frage abgeschlossen, welche die objektiven Verhältnisse in dem jeweiligen Bereich über einen längeren Zeitraum bewertend resümiert.

In jedem Bereich (außer persönliche Daten und Religion) wird anschließend gefragt, wie zufrieden der Befragte mit diesem Lebensbereich ist.

3.4.3 Skala zur Globalen Erfassung des Funktionsniveaus (GAF)

Mit der Skala zur globalen Erfassung des Funktionsniveaus werden die psychischen, sozialen und beruflichen Funktionen des Patienten erfasst. Die Skalensumme spiegelt in der Regel den Bedarf an Behandlung und Fürsorge eines Patienten wider, weswegen sie sich besonders hilfreich bei der Therapieplanung, der Messung ihrer Wirksamkeit und der individuellen Prognose erweist [60].

3.4.4 Strauss-Carpenter Outcome Scale (SCOS)

Die „Strauss-Carpenter“-Skala wird bei schizophren Erkrankten angewandt, um den Schweregrad der Erkrankung mittels eines Summenwertes zu bestimmen.

Erfasst werden jeweils:

- die Hospitalisierungsdauer im letzten Jahr
- die sozialen Kontakte
- die Beschäftigungssituation
- die Ausprägung der Krankheitssymptome.

Die Skala reicht von 0 - 4 Punkte; die maximal erreichbare Summe liegt bei 16 Punkten [66].

3.4.5 Stammbaum

Als ergänzendes Instrument wurde gemeinsam mit den befragten Patienten ein Stammbaum erstellt und speziell Familienangehörige erfragt, die bereits wegen einer psychiatrischen Erkrankung ambulant bzw. stationär behandelt wurden.

3.5 Datenauswertung

Die vorliegenden Daten wurden mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS, Version 10.0, analysiert. Zum Vergleich zwischen weiblichen und männlichen Patienten kam der T-Test bei normalverteilten Variablen zur Anwendung. Für nicht-normalverteilte Variablen wurden nichtparametrische Tests eingesetzt. Für dichotome Werte wurde ein χ^2 - Test durchgeführt.

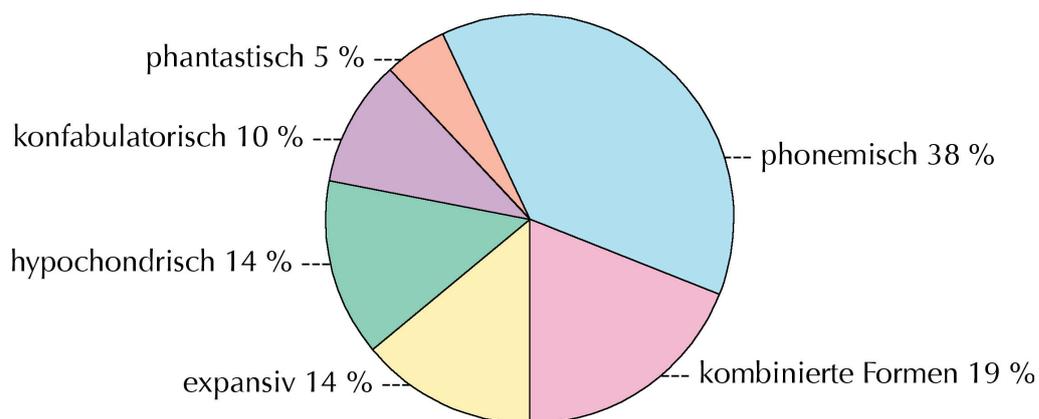
4. Ergebnisse

4.1 Patienten

Ein Vergleich zwischen weiblichen und männlichen Patienten hinsichtlich der Teilnahme an der Befragung ergab, dass trotz der ungleichen Verteilung - das Verhältnis Frauen zu Männern betrug 2:1 - kein signifikanter Unterschied in der Teilnahmebereitschaft feststellbar war, womit eine vergleichbare Ausgangssituation bestand. Das Durchschnittsalter der Probanden betrug 42,7 Jahre.

Nach den Kriterien Leonhards litten acht Patienten an einer phonemischen Paraphrenie, drei Patienten an einer expansiven Paraphrenie, drei Patienten an einer hypochondrischen Paraphrenie, vier Patienten an einer Mischform der Paraphrenie, zwei Patienten an einer konfabulatorischen und ein Patient an einer phantastischen Paraphrenie.

Abbildung 1: Häufigkeiten der einzelnen Untergruppen der systematischen Paraphrenie



4.2 Klinische Daten

4.2.1 Krankheitsverlauf

4.2.1.1 Manifestationsalter

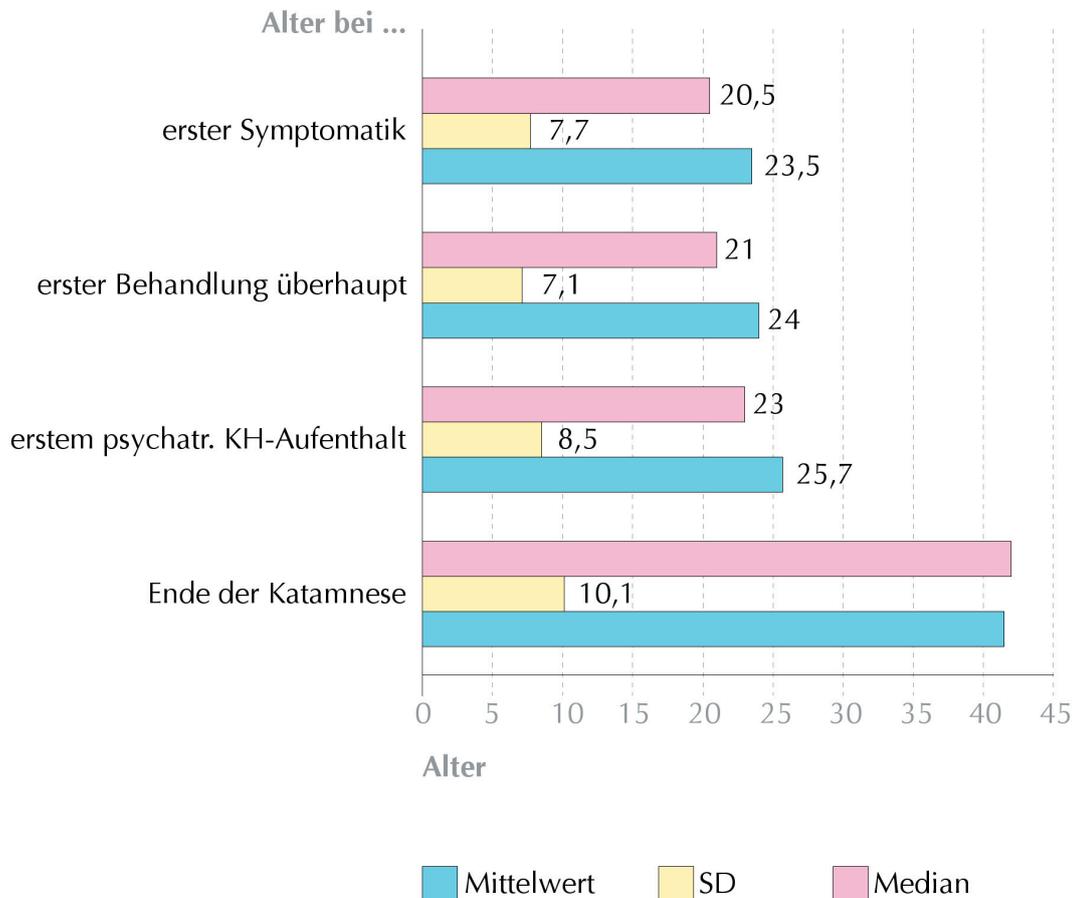
Bei 90 % (18) der Patienten trat bis zum Alter von 28 die erste Symptomatik auf. Das Alter der ersten Symptomatik erstreckt sich von 16 Jahren (zwei Patienten) bis hin zu 46 Jahren (ein Patient). Der Durchschnittswert lag bei 23,5 Jahren.

Ihre erste Behandlung erhielten die Patienten im Durchschnitt mit 25 Jahren. 81 % (17) der Patienten waren bei ihrer ersten Behandlung jünger als 30 Jahre. Der kleinste Wert lag bei 16 Jahren (1 Patient), der größte Wert bei 47 Jahren (1 Patient).

Für das Alter beim ersten stationären psychiatrischen Krankenhausaufenthalt ließ sich feststellen, dass mehr als 85 % (13) der Patienten bei ihrer ersten stationären Behandlung jünger als 35 Jahre waren, der Mittelwert lag bei 26,3 Jahren.

Der kleinste Wert lag bei 18 Jahren (drei Patienten), der größte bei 47 Jahren (ein Patient).

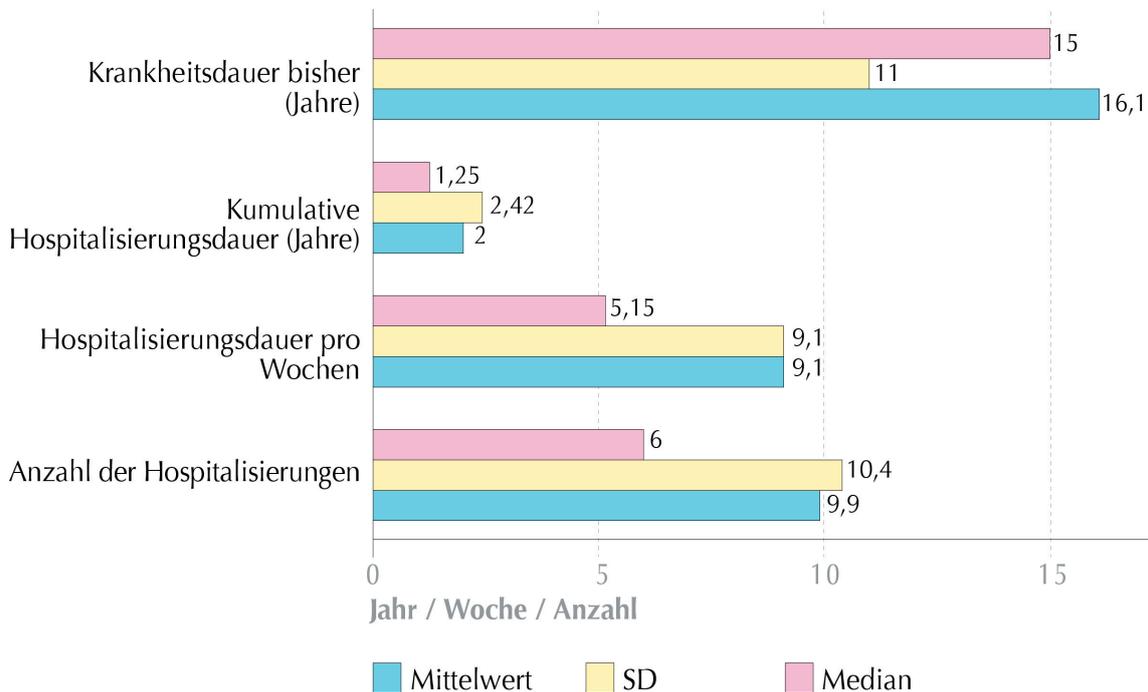
Abbildung 2: Manifestationsalter



4.2.1.2 Krankheitsdauer

Über die bisherige Krankheitsdauer, d.h. über den Zeitraum zwischen erster stationärer Behandlung und Explorationszeitpunkt ließ sich folgende Aussage treffen: Im Mittel waren die Patienten bis zur Katamnese 16,1 Jahre krank. Der kleinste Wert lag bei zwei Jahren, der größte bei 42 Jahren.

Abbildung 3: Krankheitsdauer



4.2.1.3 Klinikbehandlungen

Die kumulative Hospitalisierungsdauer lag im Mittel bei 105,3 Wochen - allerdings ergab sich unter den Patienten ein sehr inhomogenes Bild. Die Spannweite reichte von vier Wochen bis zu 533 Wochen. Um einen besseren Vergleich der Hospitalisierungsdauer zwischen den Patienten zu ermöglichen, wurde die durchschnittliche Hospitalisierungsdauer pro Erkrankungsjahr berechnet - mehr als die Hälfte der Patienten waren zwischen einer und sechs Woche(n) pro Jahr hospitalisiert. 76 % (16) der Patienten waren bis zu acht Mal in stationärer Behandlung. Der kleinste Wert lag bei einem Aufenthalt, der größte bei 40 Aufenthalten. Der Durchschnittswert lag bei zehn Hospitalisierungen.

Beim Vergleich der männlichen und weiblichen Patienten zeigte sich ein signifikanter Unterschied sowohl in der durchschnittlichen Hospitalisierungsdauer pro Krankheitsjahr ($p=0,02$; $T=2,52$), als auch in der durchschnittlichen Hospitalisierungsanzahl pro Krankheitsjahr ($p=0,01$; $T=3,15$). Bei den weiblichen Patienten betrug die durchschnittliche Hospitalisierungsdauer pro Krankheitsjahr 4,2 Wochen, bei den Männern 11,7 Wochen; die durchschnittliche Hospitalisierungsanzahl pro Krankheitsjahr betrug bei den Frauen 0,35, bei den Männern 0,89.

4.2.1.4 Suizidalität

Besonders erwähnenswert ist die relativ hohe Anzahl an Patienten, die bereits einen Suizidversuch unternommen hatten. Von den 21 Patienten gaben insgesamt sieben an, einen Suizidversuch hinter sich zu haben.

Beim Vergleich zwischen weiblichen und männlichen Patienten ließ sich ein Trend ($\chi^2=2,80$; $df=1$; $p=0,09$) zu Ungunsten der Männer ausmachen:

Nur eine der Frauen hatte einen Suizidversuch hinter sich, jedoch sechs der männlichen Patienten.

4.2.2 Familienanamnese

Die Familienanamnese wurde anhand der Informationen, die sich aus den Krankenakten ergaben, und mit Hilfe eines Stammbaumes, der mit den Patienten bei der Befragung erarbeitet wurde, erstellt. In die Statistik eingeschlossen wurden Familienangehörige ersten bzw. zweiten Grades, bei denen eine ambulante oder stationäre Behandlung einer endogenen Psychose in der Krankengeschichte erwähnt oder vom Patienten angegeben wurde.

Drei (14,3 %) der Patienten wiesen einen erstgradigen Verwandten auf, der den oben genannten Kriterien entsprach, drei (14,3 %) hatten einen erkrankten Verwandten zweiten Grades väterlicherseits und weitere drei einen erkrankten Verwandten zweiten Grades mütterlicherseits. (*siehe auch Abbildung 4*)

4.2.3 Medikation

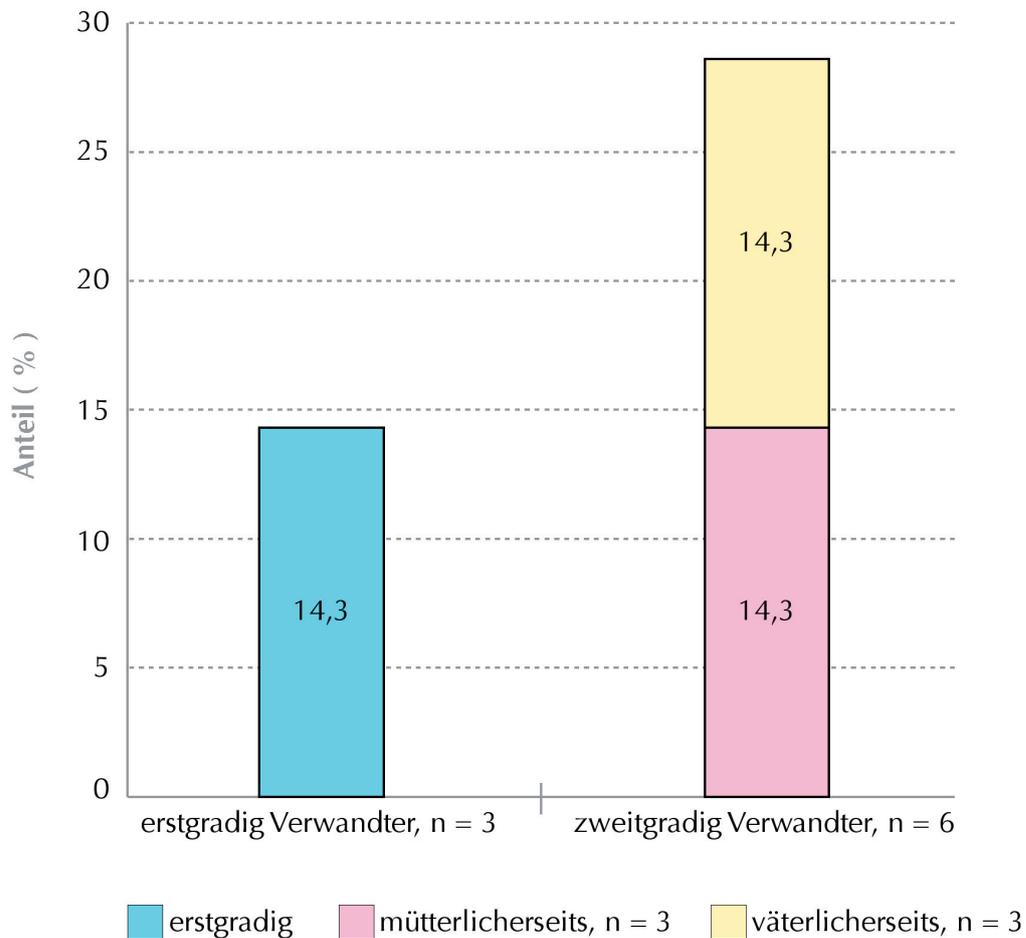
Alle befragten Patienten (16) gaben an, wegen ihrer seelischen Probleme Pharmaka einzunehmen.

Die Recherche in den Krankenakten ergab, dass knapp zwei Drittel der Patienten (71,4 %) atypische Neuroleptika in der Vorgeschichte erhielten.

Tabelle 1 gibt einen Überblick über die Verteilung der Medikamente der gesamten untersuchten Patienten (21). Weitere Daten siehe Tabelle 1.

Die höchste aktuelle neuroleptische Dosis lag bei 1125 mg pro Tag, die niedrigste bei 85 mg. Bei der durchschnittlichen neuroleptischen Dosis der einzelnen stationären Aufenthalte lag das Maximum bei 1464 mg pro Tag, das Minimum bei 247 mg. Weitere Daten siehe Tabelle 2.

Abbildung 4: Endogene Psychosen in der erst- und zweitgradigen Verwandtschaft



4.2.4 Hirnorganik

Hinsichtlich der Geburts- und Schwangerschaftskomplikationen konnte festgestellt werden, dass bei 19,0 % (vier) der Patienten Probleme dieser Art aufgetreten waren. Dabei handelte es sich im Einzelnen um Früh-, Zangen-, und schwere Zwillingsgeburten. In der Bildgebung zeigten knapp 30 % der Patienten Auffälligkeiten, die in Tabelle 3 aufgezeigt werden:

Tabelle 1: Verteilung der Medikamente

Neuroleptika	n	%
Atypische Neuroleptika insg.	15	71,4
Clozapin	8	38,1
Olanzapin	4	19
Risperidon	1	5
Amisulpirid	1	5
Quetiapin	1	5
Klassische Neuroleptika insg.	11	52,5
Hochpotente Neuroleptika	7	33,3
Flupentixol	4	19
Perphenazin	2	10
Benperidol	1	5
Mittelpotente Neuroleptika	1	4,8
Perazin	1	5
Schwachpotente Neuroleptika	3	14,3
Chlorprothixen	1	5
Levomepromazin	2	10

Tabelle 2: Chlorpromazinäquivalente, berechnet nach Jahn and Mussgay 21

Chlorpromazinäquivalente	Mittelwert	SD
Durchschnitts-CPZeq(mg) der einzelnen stationären Aufenthalte	924,47	908,9
aktuelle CPZeq(mg)	456,1	341,3

Tabelle 3: Bildgebung

Diagnose aufgrund der cerebralen Bildgebung	Häufigkeiten	%
äußere Atrophie	1	4,8
frontotemporale Atrophie	1	4,8
kortikale Atrophie	2	9,6
temporale Atrophie	1	4,8
Ventrikel rechts > links	1	4,8

4.2.5 Fremdbeurteilungsskalen

Hinsichtlich der sozialen Funktionsfähigkeit erzielten mehr als 55 % der Patienten in der Strauss-Carpenter-Skala einen Summenwert kleiner acht von 16 möglichen Punkten, was den Schweregrad der Erkrankung unterstreicht.

Nach der GAF-Skala erreichten mehr als 55 % der Patienten einen Skalenwert zwischen 41 und 50, was auf ernste Symptome und schwerwiegende soziale Beeinträchtigungen hinweist. Der Vergleich zwischen weiblichen und männlichen Patienten zeigte einen signifikanten Unterschied ($\chi^2=4,64$; $df=1$; $p=0,03$) zugunsten der Frauen.

Tabelle 4: Fremdbeurteilungsskalen

Skala	Mittelwert	SD	Spanne
SCS	7,69	3,8	15
GAF	51,9	17	62

4.3 Soziodemographische Daten

4.3.1 Familien- und Wohnsituation

4.3.1.1 Familienstand und Herkunftsfamilie

Von den untersuchten Patienten lebten vier (19,0 %) in einer festen Ehe oder Partnerschaft. 17 (81,0 %) der untersuchten Patienten lebten ohne Partner.

Von den Patienten hatten zwei eigene Kinder - der Rest der Patienten war kinderlos.

Unter den Patienten gab es sechs (28,6 %) Einzelkinder.

4.3.1.2 Wohnsituation

Durchschnittlich befanden sich die Patienten bereits sechs Monate in der jetzigen Wohnsituation. 63 % der befragten Patienten wären in den letzten vier Monaten gerne umgezogen.

Hinsichtlich der Wohnsituation ließen sich die Patienten in zwei Gruppen unterteilen: Einerseits die Patienten, die im Betreuten Wohnen lebten, andererseits diejenigen Patienten, die sich in häuslicher Umgebung befanden. Zum Betreuten Wohnen wurden therapeutische Wohngemeinschaft, betreutes Einzelwohnen und Betreuungsgemeinschaften gerechnet. Patienten, die sich in häuslicher Umgebung befanden, lebten mit bzw. ohne familiäre Bindung in Miete oder in Eigentumswohnungen bzw. Privathäusern. Der kleinere Teil der Patienten (fünf Patienten) lebten in häuslicher Umgebung, der größere Anteil (acht Patienten) im betreuten Wohnen.

Die allgemeine Lebenszufriedenheit war in beiden Gruppen heterogen verteilt, wobei 80 % der Patientengruppe, die sich in häuslicher Umgebung befand, zufrieden bzw. eher zufrieden waren. Bezogen auf ihre Wohnsituation äußerten sich die Patienten, die sich in häuslicher Umgebung befanden, einheitlich positiv. Alle Patienten, die in häuslicher Umgebung wohnten, zeigten sich mit der Aussicht zufrieden, lange in dieser Wohnsituation zu leben. Ein Drittel der Patientengruppe im Betreuten Wohnen war mit dem Gedanken unzufrieden bzw. völlig unzufrieden.

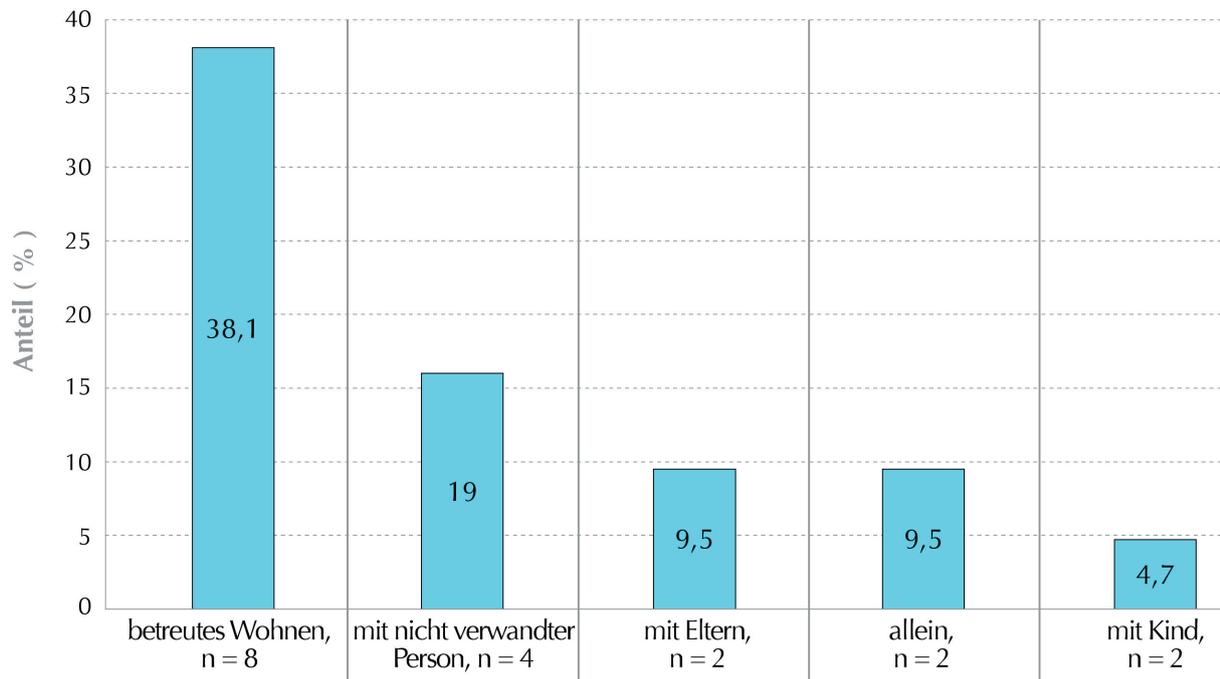
(siehe auch Abbildung 5)

4.3.1.3 Betreuung

Von den untersuchten Patienten waren elf (52,4 %) einem rechtlichen Betreuer unterstellt. Der Vergleich weiblicher mit männlichen Patienten erbrachte einen signifikanten Unterschied ($\chi^2=6,11$; $df=1$; $p=0,01$):

Zehn der männlichen Patienten wurden betreut, bei den weiblichen Patienten war lediglich eine Patientin einem Betreuer unterstellt.

Abbildung 5: Wohnsituation



4.3.2 Schule, Ausbildung und Beruf

4.3.2.1 Schulbildung und berufliche Stellung

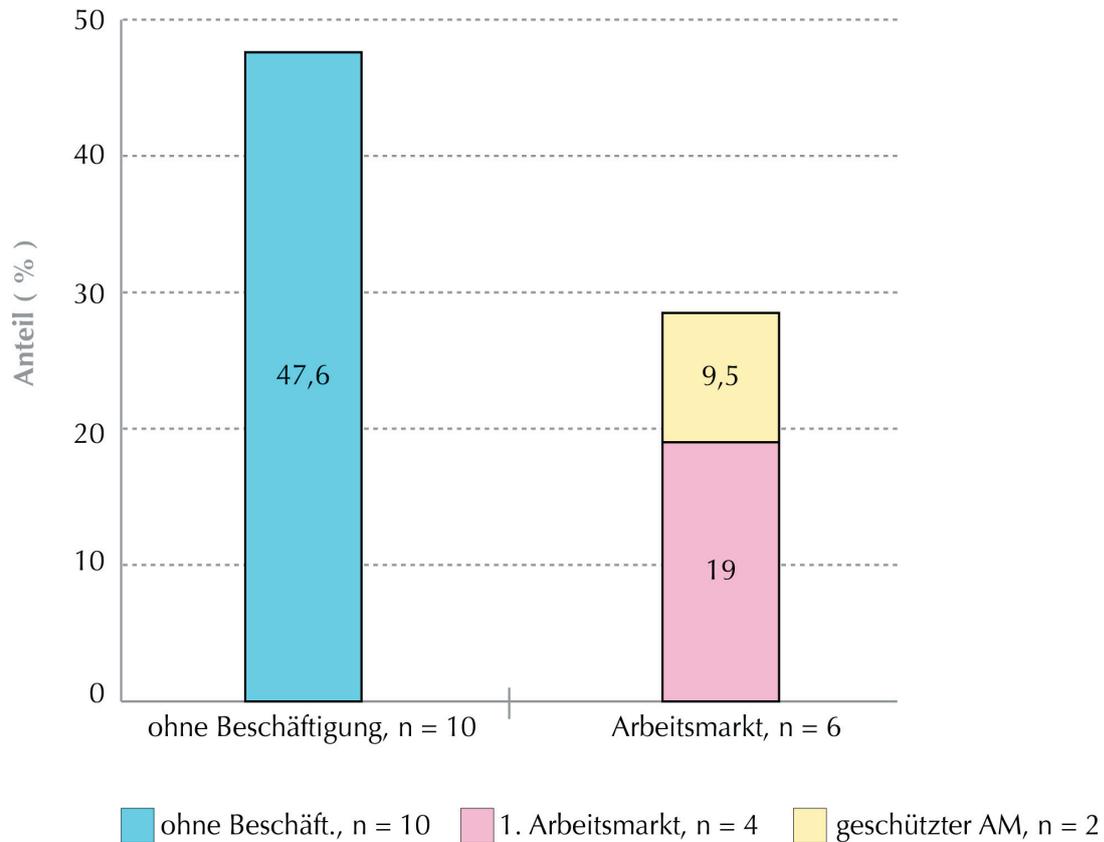
Von den 21 Patientinnen und Patienten hatten 52,4 % die Fachhochschulreife bzw. das Abitur, 23,8 % den Hauptschul- bzw. Realschulabschluss erlangt, 23,8 % waren ohne Abschluss bzw. hatten die Sonderschule besucht.

Sieben (33,3 %) der Patienten gaben an, eine Lehre abgeschlossen zu haben, weitere drei Patienten (14,3 %) wiesen eine abgeschlossene Hochschul- bzw. Fachhochschulbildung auf.

Insgesamt zehn (47,7 %) der Patienten waren nie erwerbstätig bzw. als ungelernter Arbeiter/ Hausfrau tätig. Acht (38,1 %) nannten als höchste erreichte berufliche Tätigkeit ihren erlernten Beruf bzw. ihre Ausbildung, elf der Patienten (52,4 %) waren ohne Berufsausbildung.

Zum Zeitpunkt der Befragung gaben sieben (33,3 %) an, momentan einer Arbeit oder einem Studium nachzugehen, zehn (47,6 %) waren ohne Beschäftigung. Von den sieben Patienten, die einer Beschäftigung nachgingen, waren zwei in einer Tagesstätte bzw. im geschützten Arbeitsmarkt und weitere vier Patienten im Ersten Arbeitsmarkt tätig.

Abbildung 6: Berufliche Stellung



4.3.2.2 Einkommen

Bei der Frage nach dem monatlichen Einkommen ergab sich, dass mehr als die Hälfte der Patienten (68,8 %) weniger als 800 Euro zur Verfügung hat. Vermögen über 25000 Euro zu besitzen, gab nur ein Patient an. Insgesamt zehn (47,6 %) Patienten lebten von Sozialhilfe.

4.4 Lebensqualität

4.4.1 Erhebung der objektiven Lebensqualität

Arbeit

Einer Arbeit/Tätigkeit (einschließlich Studium) gingen sieben der befragten Patienten nach. Die durchschnittliche Wochenarbeitszeit betrug bei den Patienten 7,6 Stunden. Der Nettoverdienst der Patienten lag bei 123 Euro pro Monat. Mehr als die Hälfte (52,4 %) der Patien-

ten waren ohne außerhäusliche Tätigkeit. Lediglich zwei Patienten zeigten sich mit dieser Situation zufrieden, der Rest der Patienten war abwechselnd zufrieden und unzufrieden, eher unzufrieden oder völlig unzufrieden. Alle Patienten, die im ersten Arbeitsmarkt einer Beschäftigung nachgingen, zeigten sich damit eher zufrieden bzw. zufrieden.

Freizeit

Tabelle 5 zeigt das Spektrum und die Frequenz verschiedener Beschäftigungen, denen die Patienten in ihrer Freizeit nachgingen.

Bei der Befragung war aufgefallen, dass mehr als die Hälfte der Patienten (52,4 %) im letzten Jahr den Wunsch gehabt hatten, mehr in der Freizeit zu unternehmen, ohne dies realisieren zu können.

Tabelle 5: Freizeit

Freizeitaktivität in den letzten 4 Wochen	Häufigkeit %
Ferngesehen, Radio gehört	76
Sport	75
Einkaufen	71
Restaurant-, Kneipen-, Gaststättenbesuch	62
Bus-, Auto-, Zugfahrt	62
Kino, Theater, Museum, Musikveranstaltungen	38

Religion

Unter den befragten Patienten war lediglich einer, der keiner Konfession angehörte. 56,25 % der Patienten waren katholisch, 37,5 % evangelisch. Die Mehrzahl der befragten Patienten (68,8 %) gab jedoch an, in den letzten vier Wochen keinen Gottesdienst besucht zu haben.

Finanzen

Die monatlichen Einkünfte der Patienten lagen im Schnitt bei 729 Euro.

62,5 % der Befragten erhielten Sozialhilfe, 25 % bezogen Erwerbsunfähigkeitsrente.

Sicherheit

Ein Patient wurde nach eigenen Angaben im letzten Jahr Opfer einer Straftat (d.h. angegriffen, geschlagen oder bestohlen), zwei Patienten gaben an, im gleichen Zeitraum selbst einer Straftat beschuldigt worden zu sein.

Soziale Kontakte

Acht der befragten Patienten (50 %) hatten mindestens monatlich Kontakt zu Familienangehörigen. Zehn (63 %) der befragten Patienten verneinten die Frage, ob es in den letzten 12 Monaten Situationen gab, in denen sie gern engeren Kontakt zu diesen Verwandten gehabt hätten, dies aber nicht möglich war.

Das Vorhandensein von Freunden und das Bedürfnis nach einer Freundschaft sind in Tabelle 6 beschrieben.

Tabelle 6: Freunde

Frage	Ja	Nein
Kommen Sie ohne Freunde aus?	25%	75%
Haben Sie einen guten Freund?	69%	31%
Haben Sie einen guten Freund, den Sie um Hilfe bitten können?	69%	31%

Körperliche Gesundheit

38 % der Befragten berichteten, in den letzten 12 Monaten wegen eines körperlichen Leidens beim Arzt oder im Krankenhaus gewesen zu sein. Durch körperliche Probleme in ihrer Bewegungsmöglichkeit eingeschränkt fühlten sich immerhin drei der befragten Patienten.

Seelische Gesundheit

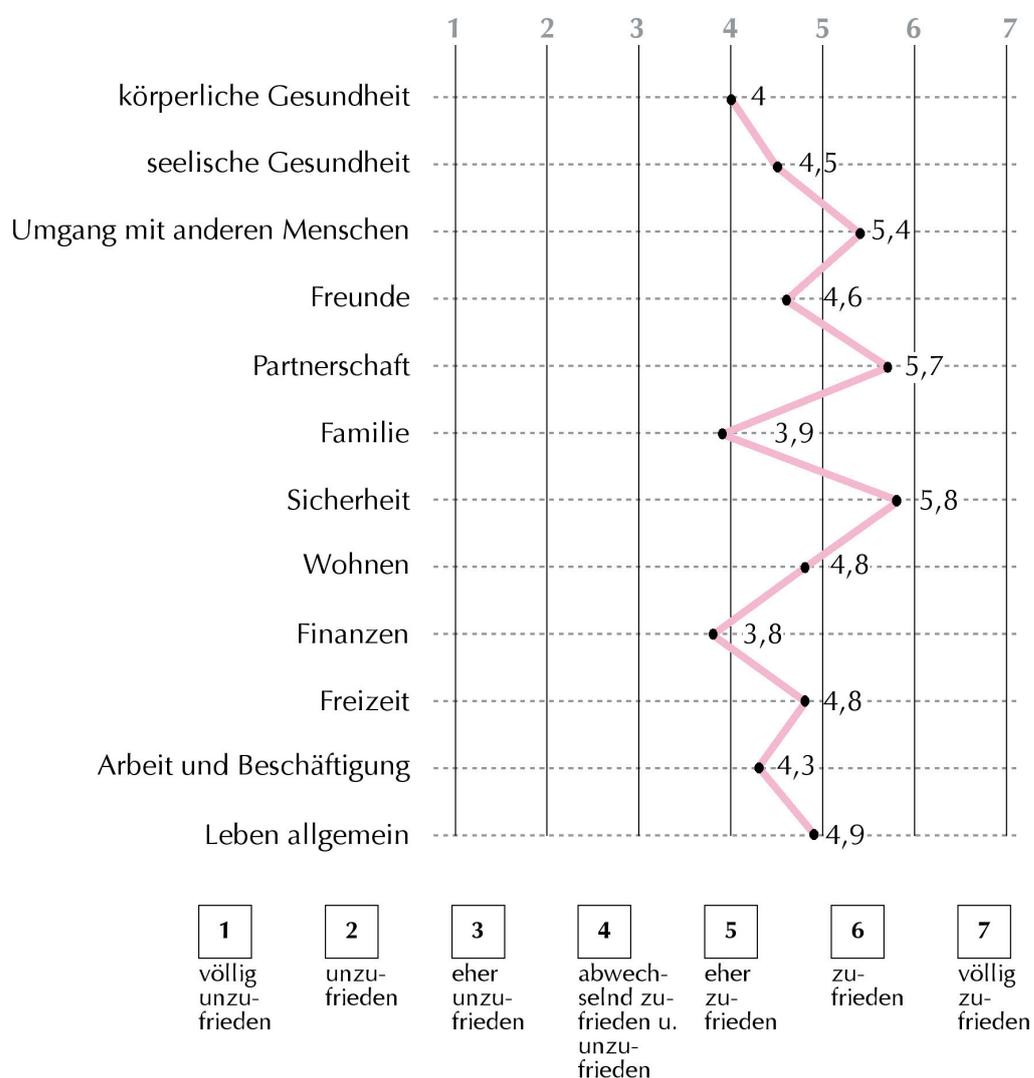
Alle befragten Patienten (16) hatten in den letzten 12 Monaten wegen seelischer Probleme einen Arzt aufgesucht. Davon waren elf im gleichen Zeitraum wegen seelischer Probleme im Krankenhaus gewesen. Lediglich ein Patient gab an, in den letzten 12 Monaten Hilfe von einem Arzt gewünscht , diese aber nicht bekommen zu haben.

Wiederum alle befragten Patienten (16) bejahten die Frage, ob sie Medikamente wegen seelischer Probleme einnehmen.

4.4.2 Erhebung der subjektiven Lebensqualität

Die allgemeine Lebenszufriedenheit und die subjektiven Parameter des BeLp für die Lebensqualität sind sowohl in der Zufriedenheits („Z“-Skala zur groben Orientierung als auch in der Tabelle 7 detailliert dargestellt. Die fettgedruckten elf Bereiche stellen das arithmetische Mittel aus den zugeordneten Einzelitems dar.

Abbildung 7: Z-Skala
Subjektive Lebensqualität



Die mittleren Zufriedenheitswerte der einzelnen Bereiche lagen zwischen 3,8 (Finanzen) und 5,8 (Sicherheit). Am zufriedensten waren daher die Patienten mit „der Sicherheit dort, wo sie wohnen“ (5,8). Am unzufriedensten zeigten sich die Patienten mit „ihrer finanzi-

ellen Lage“ (3,8). Bei der Frage nach der allgemeinen Lebenszufriedenheit bezeichneten sich 43,8 % (7) der Patienten als „zufrieden“. Weitere 25 % (vier) der Patienten waren „abwechselnd zufrieden und unzufrieden“ und lediglich zwei Patienten gaben an, „eher unzufrieden“ zu sein.

Fragen bezüglich der Zufriedenheit mit Arbeitslosigkeit/Rente beantworteten die meisten befragten Patienten eher indifferent - nämlich „abwechselnd zufrieden und unzufrieden“. Die Patienten, die nun tatsächlich einer Tätigkeit nachgingen, waren größtenteils (60 %) mit dieser „eher zufrieden“. Allerdings zeigten diese sich bezüglich der Bezahlung eher nur „abwechselnd zufrieden“ und „unzufrieden“.

Mit Freizeitaktivitäten zeigte sich die Mehrzahl der Patienten (jeweils 12, was die Freizeitaktivität zu Hause und elf, was die Freizeitaktivität außerhalb des Hauses betrifft) „eher zufrieden“, „zufrieden“, bzw. „völlig zufrieden“.

Mit der gegenwärtigen Wohnsituation „eher zufrieden“ waren sechs der Patienten. „Zufrieden“ bzw. „eher zufrieden“ zeigten sich neun der Patienten mit dem Zusammenleben mit anderen Menschen, ebenfalls neun der Patienten mit der Privatsphäre und zehn der Patienten mit „der Aussicht, dort lange zu leben“.

Die Zufriedenheit im Bereich Partnerschaft bzw. Kinder konnte nur für einen sehr kleinen Teil der Patienten ermittelt werden, da 81 % der befragten Patienten keine Ehe/Partnerschaft führten bzw. 88 % kinderlos waren. Die Mehrzahl der Patienten (14) gaben an, „eher zufrieden“, „zufrieden“ bzw. „völlig zufrieden“ damit zu sein, wie sie mit anderen Menschen zurechtkommen. Auch mit der Anzahl der Freunde waren neun der Patienten „eher zufrieden“, zufrieden bzw. völlig zufrieden. Im Umgang mit anderen Menschen erwiesen sich 14 der befragten Patienten (88 %) als „eher zufrieden“, „zufrieden“ bzw. völlig „zufrieden“. Einen statistisch signifikanten Einfluß der sozialen Kontakte mit Freunden/Bekanntem auf die allgemeine Lebenszufriedenheit konnte nicht festgestellt werden ($\chi^2=5,3$; $df=3$; $p=0,15$).

Mit der seelischen Gesundheit „zufrieden“ waren fünf der befragten Patienten, „eher unzufrieden“, „unzufrieden“ bzw. „völlig unzufrieden“ zeigten sich vier der Patienten. Auf die Frage nach der Zufriedenheit mit der körperlichen Gesundheit antworteten neun der befragten Patienten „eher zufrieden“ bzw. „zufrieden“, die übrigen Patienten (sieben) zeigten sich eher indifferent bzw. unzufrieden bezüglich der körperlichen Gesundheit.

4.4.3 Einflüsse verschiedener Faktoren auf die allgemeine Lebenszufriedenheit

Um den Einfluss der Hospitalisierungsdauer bzw. der Anzahl der Hospitalisierungen auf die allgemeine Lebensqualität abzuschätzen wurde der Spearman-Rho-Test durchgeführt. Weder die Hospitalisierungsdauer ($\rho=0,25$; $p=0,36$) noch die Anzahl der Hospitalisierungen ($\rho=-0,012$; $p=0,97$) noch die Erkrankungsdauer ($\rho=0,1$; $p=0,72$) zeigten einen signifikanten Effekt auf die allgemeine Lebenszufriedenheit. Die aktuelle neuroleptische Dosis (in CPZeq) zeigte ebenfalls keinen signifikanten Effekt auf die allgemeine Lebenszufriedenheit ($\rho=0,07$; $p=0,81$), auch nicht die Einrichtung einer Betreuung bei acht der 16 Probanden ($T=1,6$; $df=14$; $p=0,92$).

Des Weiteren konnte kein signifikanter Effekt der objektiven Beschäftigungssituation ($\chi^2=1,6$; $df=3$; $p=0,6$), der Wohnsituation ($\chi^2=0,01$; $df=3$; $p=0,36$) und der Freizeitgestaltung ($\chi^2=2,4$; $df=3$; $p=0,49$) auf die allgemeine Lebenszufriedenheit gefunden werden.

Ein Maß für die subjektive Wichtigkeit einzelner Lebensbereiche lässt sich auch ermitteln, wenn man die Korrelation der betreffenden Zufriedenheitsangaben mit der allgemeinen Lebenszufriedenheit untersucht. So fanden sich signifikante Korrelationen ($p<0,01$, ohne Korrektur für Mehrfachtestungen) bei der Zufriedenheit mit der Beschäftigungssituation, mit dem „Zurechtkommen“ mit anderen Menschen und mit der seelischen Gesundheit (Spearman's $\rho=0,74$; $\rho=0,65$; $\rho=0,70$; $p=0,009$; $p=0,006$; $p=0,003$). Die Zufriedenheitswerte bezüglich aller anderen Lebensbereiche korrelierten nicht oder weniger signifikant mit der allgemeinen Zufriedenheit.

Ein signifikanter Einfluss der Werte der Fremdbeurteilungsskalen auf die allgemeine Lebenszufriedenheit konnte nicht festgestellt werden: GAF ($\rho=-0,066$; $p=0,98$), SCS ($\rho=-0,15$; $p=0,58$).

Um den geschlechtsspezifischen Einfluss auf die allgemeine Lebensqualität abzuschätzen wurde ein T-Test durchgeführt. Obwohl die allgemeine Lebenszufriedenheit bei den Männern ($n=12$) bei durchschnittlich 4,3 und bei den Frauen ($n=4$) bei 5,2 lag, ergab sich im Vergleich kein signifikanter Unterschied ($T=1,5$; $df=14$; $p=0,17$).

Die Frage, ob die Art der Neuroleptika einen Einfluss auf die allgemeine Lebenszufriedenheit ausübt, konnte verneint werden. Obwohl die allgemeine Lebenszufriedenheit derer, die klassische Neuroleptika erhielten, bei 5,4 ($n=8$), die allgemeine Lebenszufriedenheit derer, die Atypica erhielten, bei 5,2 ($n=7$) lag, zeigte sich kein signifikanter Unterschied ($T=1,7$; $df=13$; $p=0,12$).

Table 7: Mittlere Zufriedenheit anhand des BeLp.

	Mittelwert	Median	Spanne
Allgemeine Lebensqualität	4,9	5,00	3-6
1. Arbeit und Beschäftigung	4,3	4,33	1-6
berufliche Tätigkeit	4,8	5,00	3-6
Bezahlung	4	4,00	3-5
Arbeitslosigkeit	4,2	4,00	1-6
2. Freizeit	4,8	5,00	2-7
Freizeit zu Hause	4,8	5,00	2-7
Freizeit außerhalb des Hauses	4,7	5,00	2-7
3. Finanzen	3,8	4,00	1-6
finanzielle Situation	3,8	4,00	1-6
4. Wohnen	4,8	5,13	1-7
gegenwärtige Wohnsituation	4,8	5,00	1-7
Zusammenleben mit anderen Menschen	4,6	5,00	1-6
Privatsphäre	5,3	5,50	2-7
Aussicht, dort lange zu leben	4,5	5,00	1-7
5. Sicherheit	5,8	6,00	1-3
persönliche Sicherheit in der Stadt	5,7	6,00	1-3
Sicherheit am Wohnort	5,8	6,00	1-4
6. Familie	3,9	4,25	1-7
Beziehung zu eigenen Kindern	3,5	3,50	3-4
Beziehung zur sonstigen Familie	4,4	5,00	1-7
7. Partnerschaft	5,7	6,00	4-7
Ehe/Partnerbeziehung	5,7	6,00	4-7
8. Freunde	4,6	5,00	1-7
Anzahl der Freunde	4,6	5,00	1-7
9. Umgang mit anderen Menschen	5,4	5,00	3-7
Art und Weise, mit anderen Menschen auszukommen	5,4	5,00	3-7
10. Seelische Gesundheit	4,5	4,50	1-7
seelische Gesundheit	4,5	4,50	1-7
11. Körperliche Gesundheit	4,4	5,00	1-6
körperliche Gesundheit	4,4	5,00	1-6

5 Diskussion

5.1 Einschränkungen der Aussagekraft

An erster Stelle ist hier die geringe Fallzahl zu erwähnen, die einerseits auf die Seltenheit des Krankheitsbildes und andererseits auf die restriktiven Ausschlusskriterien (zu kurzer Beobachtungszeitraum, zu kurzer Erkrankungszeitraum) zurückzuführen ist.

So kommt dieser Arbeit zweifellos ein explorativer Charakter zu.

Allerdings vermag sie einige wertvolle Hinweise auf die Charakteristika dieses schweren und seltenen Krankheitstyps zu geben.

Weiter sollte nicht unerwähnt bleiben, dass vor allem die Lebensqualitätsbefragung auf einer Querschnittsbeobachtung basiert, die Entwicklungsverläufe und Veränderungen gerade bei chronisch Kranken vernachlässigt.

5.2 Krankheitsverlauf

5.2.1 Alter bei Beginn der Krankheit - Alter bei Erstersymptomatik

Der Zeitpunkt des Krankheitsbeginns kann nur sehr selten ärztlich beobachtet werden. Hingegen kann der Zeitpunkt der ersten Symptome häufig retrospektiv aus Beschreibungen der Umwelt festgestellt werden. Als Erstersymptome gelten Wahnideen oder Halluzinationen, inadäquates soziales Verhalten, aufgrund dessen der Patient von seiner Umgebung als krank betrachtet wird, Vernachlässigung von Alltagspflichten, Rückzugstendenzen etc. [21].

Das Durchschnittsalter bei Erstersymptomatik der systematisch Paraphrenen lag bei 23,5 Jahren - verglichen mit einem Kollektiv zyklisch psychotischer Patienten ergab sich bei den systematisch Paraphrenen ein deutlich früheres Erkrankungsalter [29]. Im Vergleich mit einer weiteren schizophrenen Patientengruppe, die sich aus systematisch und unsystematisch Paraphrenen zusammensetzte, ergab sich ein beinahe übereinstimmendes Ergebnis [29].

Die Zahl der Späterkranken war sehr gering. Geschlechtsspezifische Unterschiede hinsichtlich des Erkrankungsalters ließen sich ebenfalls nicht feststellen.

5.2.2 Art des Krankheitsbeginns

Im Unterschied zur somatischen Medizin ist der Begriff des Akuten in der Psychiatrie weiter gefasst. Vom akuten Beginn der Krankheit wird in der Psychiatrie dann ausgegangen, wenn sich die Krankheit innerhalb einiger Tage oder Wochen entwickelt hat. Kann man den Krankheitsbeginn nicht innerhalb weniger Wochen bestimmen, sondern entwickelt sich die Krankheit unmerklich während vieler Monate, so wird von einem chronischen Beginn ausgegangen. Der Beginn bei den 21 systematisch Paraphrenen wurde als chronisch charakterisiert. Bei mehr als der Hälfte der Patienten lagen zwischen dem Zeitpunkt der Erstsymptomatik und der ersten stationären Behandlung mehrere Jahre. Vergleicht man hingegen den zeitlichen Abstand zwischen den ersten Symptomen und der ersten psychiatrischen Behandlung bei einem Kollektiv zyklold psychotischer Patienten, so stellt man fest, dass es sich hier im Mittel um 0,4 Monate handelte und somit um ein sich rasch und „akut“ entwickelndes Krankheitsgeschehen [29].

5.2.3 Krankheitsverläufe anhand der Zahl und der Dauer der Hospitalisierungen

Mit durchschnittlich 0,6 Hospitalisierungen pro Krankheitsjahr übertrafen die systematisch Paraphrenen sowohl die schizophrenen Patienten (durchschnittlich 7,8 Hospitalisierungen pro Krankheitsjahr) als auch die zyklold psychotischen Patienten (durchschnittlich 4,5 Hospitalisierungen pro Krankheitsjahr) in der bereits zitierten Studie [29].

Hinsichtlich der Dauer der Hospitalisierungen (bezogen auf die bisherige Krankheitsdauer) übertrafen die systematisch Paraphrenen mit einer durchschnittlichen Hospitalisierungsdauer von 6,6 Wochen pro Krankheitsjahr die schizophrenen Patienten (durchschnittliche Hospitalisierungsdauer 4,3 Wochen pro Krankheitsjahr) und im stärkeren Maße noch die zyklold psychotischen Patienten (durchschnittliche Hospitalisierungsdauer 2,9 Wochen pro Krankheitsjahr) - um vergleichbare Daten zu erhalten, wurden jeweils die Durchschnittsquotiente ermittelt.

Dieses Ergebnis bestätigt erneut den gutartigen Charakter und den fehlenden chronischen Verlauf der zyklolden Psychosen im Vergleich zu den prognostisch ungünstigen systematischen Schizophrenien, die einen schleichend progressiven, chronischen Charakter aufweisen.

Im Vergleich zwischen weiblichen und männlichen Patienten stellte sich in der vorliegenden Studie heraus, dass die Frauen eine signifikant geringere Hospitalisierungsdauer und Hospitalisierungsanzahl pro Krankheitsjahr aufwiesen, was möglicherweise ein Hinweis

darauf sein könnte, dass die Frauen trotz ihrer Erkrankung ein geregelteres Alltagsleben führen. Dieser Gedanke wurde auch von Häfner et al. [18] aufgegriffen, die zu bedenken gaben, dass der spätere Krankheitsbeginn bei den Frauen eine nicht unerhebliche Bedeutung für den sozialen Ausgang der Krankheit habe.

5.2.4 Ergebnisse der Fremdbeurteilungsskalen

Die soziale Funktionsfähigkeit (Strauss-Carpenter-Skala) der Probanden (durchschnittlich 7,69) unterstrich im Vergleich zu einem Kollektiv zyklod psychotischer Patienten (durchschnittlich 14,9) bzw. schizophrener Patienten (durchschnittlich 9,5) den schweren Krankheitsgrad der Erkrankung [29].

Wenn man, wie in der Literatur vorgeschlagen [14,19,20], einen GAF-Wert von über 60 Punkte als einen guten Ausgang, einen GAF-Wert unter 31 Punkten als einen schlechten Ausgang definiert, konnte bei der untersuchten Patientengruppe in 31,25% ein guter und in 18,75% ein schlechter Ausgang gefunden werden.

In Langzeitstudien zu Schizophrenien fanden Marneros et al. [50] in 7% einen guten und in 42% einen schlechten Ausgang. Harding et al. [19,20] stellten bei ihren Patienten nach einem Krankheitsverlauf von 32 Jahren in 60% einen günstigen Ausgang, Breier et al. [14] fanden dagegen lediglich bei 3% ihrer Patienten nach einem Krankheitsverlauf von 13 Jahren einen guten Ausgang.

Eine mögliche Erklärung für diese divergenten Befunde findet man bei Autoren, welche die prädiktive Bedeutung der diagnostischen Kriterien unterstützen [57,63]. Die mangelnde Differenzierung von Entitäten bzw. die Vermengung von prognostisch günstigen mit prognostisch ungünstigen Schizophrenien können die Validität der Ergebnisse von Langzeitstudien in Frage stellen. Die Verwendung einer differenzierten Klassifikation wie die nach Leonhard würde eine größere Homogenität der einzelnen Entitäten schaffen.

5.3 Ätiologie der systematischen Schizophrenien

In der Verwandtschaft ersten Grades konnte bei drei Patienten (14 %) eine endogene Psychose gefunden werden. Franzek und Beckmann [17] untersuchten die familiäre Krankheitsbelastung systematisch schizophrener und unsystematisch schizophrener Patienten und kamen zu dem Ergebnis, dass 12 der 14 belasteten Fälle den unsystematischen Schizophrenien angehörten und lediglich ein Patient mit einer systematischen Schizophrenie familiär belastet war - für Franzek und Beckmann [17] „ein weiterer wichtiger Hinweis für die no-

sologische Heterogenität der Schizophrenie“.

Benutzt man den Krankheitsbegriff der „Schizophrenie“ als Einheit, so findet man zahlreiche Familien- und Zwillingsstudien, die eine genetische Komponente belegen. Betrachtet man die Schizophrenien jedoch als Gruppe von Krankheiten, so findet man Untersuchungen, die den systematischen Schizophrenien keine familiäre Belastung zuschreiben, wohingegen bei den unsystematischen Schizophrenien genetische Dispositionen wesentlich zur Krankheitsentstehung beizutragen scheinen [17,2].

Sowohl Leonhard [49] als auch Jahrzehnte später Stöber et al. [65] konnten anhand klinischer Untersuchungen und Zwillingsstudien zeigen, dass die systematischen Schizophrenien wenig genetisch belastet zu sein scheinen: „Sechs von 36 systematisch schizophränen Patienten wiesen einen psychotischen Verwandten ersten/zweiten Grades auf“, wohingegen 20 von 44 unsystematisch schizophränen Patienten einen Verwandten mit einer gleichartigen schizophränen Erkrankung hatten.

In der Ätiologie der systematischen Schizophrenien scheinen prä- bzw. peri- oder postnatale schädigende Einflüsse von Bedeutung zu sein [17]. Eine signifikante Häufung von maternalen Infektionskrankheiten im Vergleich zu Kontrollen sowie im Vergleich zu den unsystematischen Schizophrenien während des zweiten Trimenons konnte gezeigt werden. Infektionskrankheiten im fünften Schwangerschaftsmonat kamen ausschließlich bei den Müttern systematisch Schizophrener vor [65].

Knapp 20 % der Patienten wiesen Geburts- bzw. Schwangerschaftskomplikationen im Sinne von Früh-, schweren Zwillingsgeburten oder postnataler Incubatorpflicht auf. Hierbei sollte nicht unerwähnt bleiben, dass sich die Bestimmung von Geburtskomplikationen angesichts von Erinnerungslücken bzw. wegen eines völligen Informationsdefizits seitens der betroffenen Patienten als ein schwieriger Erhebungsparameter erwies.

Im Hinblick auf neurobiologische Befunde als morphologische Grundlage der Vulnerabilität schizophrener Erkrankungen ist möglicherweise eine maternelle Virusinfektion (Influenza A2) im zweiten Trimenon Ursache einer pränatalen Hirnentwicklungsstörung [65,11]. Knapp 30 % der Patienten wiesen Auffälligkeiten in der Bildgebung im Sinne von diversen Atrophiezeichen auf, die aber auch als Ausdruck des Krankheitsprozesses gewertet werden könnten.

Leonhard entwickelte ebenfalls eine Theorie, welche die Ursache von systematischen Schizophrenien unter anderem in einer biologischen Entwicklungsstörung bestimmter Hirnsysteme sieht [49; S.314].

Ein durch die geringe Patientenzahl in seiner Aussagekraft wohl stark eingeschränkter, jedoch hinsichtlich der Krankheitsentstehung beachtenswerter Gesichtspunkt war die Anzahl der Einzelkinder unter den Patienten - knapp 30 % der Patienten hatten keine Geschwister. Ausgehend von Zwillingsstudien entwickelte Leonhard die Theorie über die mangelnde

Kommunikation als Entstehungsursache der systematischen Schizophrenien.

Leonhards Suche nach systematisch schizophren erkrankten Zwillingen blieb ergebnislos. Er deutete diesen Sachverhalt so, dass die stetige Anregung bzw. Kommunikation einen Schutz vor der Manifestation einer Psychose darstellen könnte. Er fand heraus, dass unter den systematisch Schizophrenen vermehrt Einzelkinder vorkamen, die dadurch unter einem Mangel an Kommunikation litten. Diesen Mangel macht er für die Entwicklungsstörung verantwortlich, da sich - seiner Theorie zufolge - die Gehirnsysteme, die bei den systematischen Schizophrenien erkrankt sind, durch ständige Wechselwirkung mit den Vorgängen der Umwelt entwickeln. Fehlt diese Verbindung mit der Umwelt - im Falle von Geschwisterlosigkeit - so bleibt die Ausreifung der Systeme aus und das Auftreten einer der systematischen Schizophrenien wird gefördert [47].

5.4 Pharmakotherapie der systematischen Paraphrenien

5.4.1 Atypische und typische Neuroleptika

Alle 21 Patienten erhielten im Laufe ihrer Erkrankung eine neuroleptische Therapie. Dabei wurden mindestens 15 (71,4 %) der Patienten in der Vorgeschichte mit atypischen Neuroleptika behandelt. Der Nutzen atypischer verglichen mit „klassischen“ Neuroleptika ist momentan angesichts knapper Kassen und Reformbestrebungen im Gesundheitswesen Brennpunkt vieler Auseinandersetzungen, die sich mit der neuroleptischen Therapie beschäftigen. Zwar gilt die bessere Verträglichkeit der atypischen Neuroleptika inzwischen als gesichert, allerdings steht dem ihr hoher Preis gegenüber, der die Budgets der Leistungsträger zu sprengen droht [3]. Die Überlegenheit atypischer Neuroleptika beruht nach den Angaben der Literatur vor allem auf der hohen Wirksamkeit bei Patienten mit schwer therapieresistenten Krankheitsverläufen [35] - hinzu kommt, dass es immer mehr Hinweise gibt, dass atypische Neuroleptika nicht nur wie traditionelle Neuroleptika die Positivsymptomatik, sondern auch die Negativsymptomatik günstig beeinflussen und darüber hinaus auch die kognitive Leistungsfähigkeit verbessern und schließlich auch eine antidepressive Wirkung besitzen [3].

Aus Patientensicht liegt der Vorteil vor allem in der Minimierung der Nebenwirkungen, insbesondere der extrapyramidal-motorischen Störungen, durch welche die Patienten erhebliche Einschränkungen ihrer Lebensqualität hinnehmen müssen. Dieser wichtige Fortschritt lässt auf eine verbesserte Compliance bei atypischen Neuroleptika hoffen. Aus den persönlichen Gesprächen mit den Patienten konnte man diesen wichtigen Fortschritt bei den Patienten durchaus heraushören, die erstaunlicherweise in sehr differenzierter Form

über ihre Erfahrungen mit Neuroleptika berichteten.

Kritiker der atypischen Neuroleptika verweisen darauf, dass die gesundheitsökonomische Überlegenheit von Clozapin bzw. von neueren Atypika gegenüber konventionellen Neuroleptika möglicherweise nur bei chronisch schwer erkrankten, behandlungsresistenten Patienten zur Geltung kommt [35]. Demnach wäre ein Großteil der systematisch Paraphrenen eine geeignete Zielgruppe für atypische Neuroleptika.

5.4.2 Neuroleptikatherapie und Therapieresistenz

Zum Zeitpunkt der Untersuchung nahmen die Patienten im Mittel eine vergleichsweise hohe Dosis an Neuroleptika (in Chlorpromazinäquivalenten CPZeq) ein [29]. Noch höher lagen die mittleren Dosen der einzelnen stationären Aufenthalte. Bedenkt man diese hohen Dosiswerte und stellt diesen Untersuchungen über schizophrene Langzeitverläufe gegenüber [17], so stellt sich unweigerlich die Frage nach dem Nutzen der psychopharmakologischen Therapie.

Mehreren Studien zufolge scheinen der Verlauf und die Symptomatik der systematischen Paraphrenen nur gering oder vielleicht gar nicht durch Medikamente beeinflussbar zu sein. Der Krankheit wird eher ein eigengesetzlicher Verlauf zugeschrieben [17,2]. Die therapeutischen Erfolge sieht man in der Linderung akuter Zustände, die mit den eigentlichen Krankheitssyndromen nur wenig gemeinsam haben [49]. Wie wichtig jedoch diese Linderung der akuten Symptomatik für den betroffenen Patient ist, wurde in den persönlichen Patienteninterviews deutlich. Demnach waren sich die Patienten des Stellenwerts der Pharmakotherapie sehr wohl bewusst, insbesondere nach einschlägigen Erfahrungen beim Absetzen der Medikamente.

5.5 Geschlechtsspezifischer Verlauf

Im Gegensatz zu unserer Studie fand Leonhard bei seinen Untersuchungen systematisch Paraphrener (mit Ausnahme der expansiven Paraphrenie) eine eindeutige Dominanz der weiblichen Patienten [49]. Diese Diskrepanz ist bei der geringen Anzahl der Patienten in unserer Studie am ehesten auf den Zufall zurückzuführen.

Eine mögliche Erklärung für die günstigere soziale Funktion der Frau wäre ein Zusammenhang zwischen dem Ersterkrankungsalter und der psychischen Stabilität. Frauen erkranken später als Männer (eine Schutzwirkung des Östrogens wird diskutiert), wodurch sie einen zeitlichen Vorsprung haben, in dem sie eine Ausbildung beenden, eine feste

Anstellung erreichen und Heirat anstreben könnten [18,69]. Dieses höhere persönliche, berufliche und auch finanzielle Niveau könnte einen positiven Einfluss auf den sozialen Verlauf und die persönliche Stabilität haben, wodurch weniger die Symptomatik, aber eventuell die Hospitalisierung verhindert werden kann [2,18]. Dies wird durch unseren Befund, dass die Frauen sowohl eine geringere Dauer als auch eine geringere Anzahl an Hospitalisierungen pro Krankheitsjahr aufwiesen, bekräftigt.

Die hohe Zahl an Suizidversuchen der Patienten in der vorliegenden Studie stimmt mit den Zahlen aus der Literatur überein, nach denen die Suizidgefahr bei schizophrenen Patienten mit Werten von 10-13% sehr hoch ist [1,15,23,59]; Harkavy-Friedman et al. [22] beobachteten bei 34% von insgesamt 86 Patienten mit Schizophrenien und schizoaffektiver Störung einen oder mehrere Suizidversuche.

Die geschlechtsspezifische Verteilung der Suizidversuche, die in der vorliegenden Studie zu Ungunsten der Männer ausfiel, deckt sich nicht mit den Befunden aus der Literatur. Allgemeinpsychiatrische Studien [38,60,65] beobachteten, dass das weibliche Geschlecht bei den Suizidversuchen dominiert.

Bei weiteren Vergleichen der weiblichen mit den männlichen Patienten ergab sich ein signifikanter Unterschied in der Betreuungssituation. Wesentlich mehr Männer waren einem Betreuer unterstellt, was möglicherweise ein Hinweis auf die obengenannte persönliche Stabilität der Frauen sein könnte. Der geschlechtsspezifische Einfluss auf die allgemeine Lebensqualität erwies sich als nicht signifikant, obwohl die mittleren Zufriedenheitswerte der weiblichen Probanden über denen der männlichen Probanden lag.

5.6 Lebensqualität

5.6.1 Allgemeine Lebenszufriedenheit

Auf einer Skala von 1 (völlig unzufrieden) bis 7 (völlig zufrieden) lag der durchschnittliche Wert, den die Patienten bezüglich ihrer allgemeinen Lebenszufriedenheit angaben, bei 4,9. Im Vergleich zu anderen Untersuchungen zur Lebensqualität [29] lag der Wert sowohl verglichen mit gesunden Kontrollprobanden (4,1) als auch mit schizophrenen Patienten (3,3) über den angegebenen Durchschnittswerten.

Auch in anderen Studien, die sich mit den Unterschieden der Lebensqualität zwischen chronisch schizophrenen Patienten und der Normalbevölkerung beschäftigen, konnte gezeigt werden, dass chronisch schizophrene Patienten trotz unterschiedlicher Erhebungsmethoden und heterogener Stichproben einheitlich eine geringere Lebensqualität erleben als die Normalbevölkerung [36]. Dies wird als Hinweis dafür gesehen, dass schlechtere

objektive Lebensbedingungen als Konsequenz der Krankheit die subjektive Lebensqualität mitbestimmen [27].

Obwohl inzwischen als gesichert gelten kann, dass chronisch psychisch Kranke eine geringere Lebensqualität erleben als die Allgemeinbevölkerung [29,33], sind die chronisch Schizophrenen überraschenderweise relativ zufrieden mit ihrem Leben. Eine mögliche Erklärung - gerade bei den chronisch Langzeiterkrankten - wäre ein Anpassungsprozess an die schon lang andauernden, durch die Krankheit veränderten Lebensumstände.

Franz et al. [16] untersuchten schwer chronifizierte Langzeitpatienten (mittels der „Münchener-Lebensqualitäts-Liste“) und stellten höhere Zufriedenheitswerte im Vergleich zu Patienten der Berliner Enthospitalisierungsstudie fest. Sie erklärten dies sowohl mit dem höheren Alter der Patienten als auch mit längerfristiger Anpassung an deprivierende Lebensumstände.

5.6.2 Einfluss des Krankheitsverlaufs auf die Lebensqualität

Ein Zusammenhang zwischen der Hospitalisierungsdauer bzw. der Erkrankungsdauer und der Lebenszufriedenheit der Patienten konnte nicht einheitlich festgestellt werden. Andere Studien scheinen jedoch generell einen negativen Zusammenhang zwischen der Gesamtdauer der Erkrankung bzw. der Hospitalisierungen und der Lebensqualität schizophrener Patienten zu sehen [29]. Auch Meltzer et al. und Skantze et al. berichteten über negative Zusammenhänge zwischen Erkrankungsdauer und Lebensqualität [52,64].

Die allgemeine Lebenszufriedenheit wurde in der vorliegenden Studie weder durch gesundheitliche Aspekte (sowohl körperliche als auch seelische) noch durch Freizeitaktivitäten beeinflusst. Lauer et al. [37] hingegen konnten Zusammenhänge zwischen Erkrankungsdauer und Lebensqualität erkennen, und zwar in den Bereichen Gesundheit, Freizeitaktivität und Wohnsituation.

5.6.3 Medikamenteneinfluss auf die Lebensqualität

Die Höhe der neuroleptischen Medikamentendosis schien bei dem Patientenkollektiv dieser Studie keinen Effekt auf die allgemeine Lebenszufriedenheit zu haben.

Auch Lauer et al. [37] zeigten, dass bei ihren Untersuchungen eine Erhöhung der neuroleptischen Medikation nur wenig lebensqualitätsmindernden Effekt besitzt.

Die durchschnittliche aktuelle Neuroleptikadosis (CPZeq) betrug 456 mg - verglichen mit einer anderen Patientengruppe [29] ein recht hoher Wert, wodurch die globale Lebensqualität der Patienten nach oben genannter Untersuchung kaum beeinflusst wird.

Angermeyer et al. postulierten einen positiven Effekt der neuroleptischen Therapie auf die subjektive Lebenszufriedenheit [5], den man sich dadurch erklärt, dass die medikamentöse Therapie zu einer Reduzierung der schizophrenen Symptomatik führt, was wiederum zu einem verbesserten subjektiven Wohlbefinden und schließlich zu einer Besserung der sozialen und materiellen Lebensbedingungen führen könnte [3].

Ein Vergleich der globalen Lebenszufriedenheit zwischen Patienten, die mit klassischen Neuroleptika behandelt und Patienten, die rein mit atypischen Neuroleptika behandelt wurden, zeigte, dass die mit klassischen Neuroleptika behandelten Patienten nicht zufriedener waren als diejenigen, die mit atypischen Neuroleptika behandelt wurden.

In einer weiteren Studie, die allerdings von einer Pharmafirma unterstützt wurde, untersuchte Angermeyer, welche positiven Auswirkungen auf die Lebensqualität sich schizophrene Patienten von der neuroleptischen Therapie erhoffen und welche negativen Auswirkungen sie befürchten. Am häufigsten erhofften sich die Patienten einen nicht näher bezeichneten positiven Effekt auf die Krankheit, weiter wünschten sie sich möglichst keine/wenig Nebenwirkungen, eine beruhigende Wirkung und schließlich noch die Verhütung eines Rückfalls. Vor extrapyramidal-motorischen Nebenwirkungen fürchteten sie sich am meisten, gefolgt von der Sedierung und der Gewichtszunahme [5].

Kemmler et al. zeigten einen negativen Zusammenhang zwischen medikamenteninduziertem Parkinsoid, Akathisie und subjektiver Lebensqualität auf [34]. Die den klassischen Neuroleptika anhaftenden Nebenwirkungen wurden in mehreren Studien [3,34] als gravierende Einschränkungen in der Lebensqualität schizophrener Patienten gesehen. Die Einführung der modernen atypischen Neuroleptika lässt jedoch hoffen, dass die Einschränkungen der Lebensqualität durch die geringeren Nebenwirkungen abnehmen.

5.6.4 Einfluss der Psychopathologie auf die Lebensqualität

Auch wenn die Erfassung der Psychopathologie in dieser Arbeit ausschließlich zur Diagnosesicherung hinzugezogen und nicht mit Skalen gemessen wurde, sollte sie nicht unerwähnt bleiben.

Im Gegensatz zur vorliegenden Studie weisen zahlreiche Studien auf deutliche Zusammenhänge zwischen dem Ausmaß der Psychopathologie und der Lebensqualität hin. Kaiser et al. [33] fanden einen negativen Einfluss zwischen den psychopathologischen Symptomen und der subjektiven Lebensqualität. Auch Lauer et al. [37] stellten Zusammenhänge zwischen psychopathologischen Symptomen - insbesondere Minussymptomen chronisch Schizophrener - und der Lebensqualität, vorrangig im zwischenmenschlichen bzw. sozialen Bereich fest. Jabs et al. [29] zeigten in ihren Untersuchungen, dass die Lebensqualität insbe-

sondere vom Ausmaß der Psychopathologie - speziell der negativen Symptome - tangiert wird. Kaiser et al. [33] schlossen aus ihren Untersuchungen, dass psychopathologische Variablen in ihrem Einfluss auf die Zufriedenheit gegenüber demographischen und krankheitsbezogenen Merkmalen und solchen objektiver Lebensqualität dominieren. Da jedoch die Ausprägung der Symptomatik auch in die GAF-Skala und SCS-Skala eingeht, könnten diese als Ausdruck des Ausmaßes der Psychopathologie interpretiert werden. Hier lassen die Mittelwerte von 51,9 (von 100) im GAF-Score und 7,69 (von 16) in der SCOS auf ein beachtliches Maß an Psychopathologie schließen.

5.6.5 Einfluss der Partner- oder Ehebeziehung auf die Lebensqualität

Argyle et al. [8] stellten fest, dass zwischen dem Vorhandensein einer Partnerschaft oder Ehe und den Zufriedenheitsmaßen ein positiver Zusammenhang besteht. Auch Jabs et al. [29] konnten anhand ihrer Daten einen erheblichen positiven Einfluss einer Partnerschaft auf die Lebensqualität bestätigen.

Weitet man die Beeinflussung der Lebensqualität auf soziale Kontakte zu Familienangehörigen aus, so konnte kein positiver Einfluss dieser Kontakte zu Familienangehörigen auf die Lebenszufriedenheit der Patienten gefunden werden. Allerdings ist das „Zurechtkommen mit anderen Menschen“ in der subjektiven Wahrnehmung der Patienten einer der wichtigsten Faktoren für die allgemeine Lebenszufriedenheit der Patienten.

Hoffmann et al. konnten einen positiven Zusammenhang der sozialen Kontakte mit der Lebensqualität finden. Sie forderten daher basierend auf diesen Erkenntnissen eine gezielte Unterstützung und Förderung der sozialen Kontakte zu Familienangehörigen vor und nach der Enthospitalisierung von Patienten und erhofften sich dadurch eine Erhöhung der Lebensqualität einerseits und einen Rückgang der stationären Wiederaufnahmen andererseits [27].

Diese Erkenntnisse unterstreichen die Wichtigkeit der sozialen Einbettung der Patienten.

5.6.6 Einfluss der Wohnsituation auf die Lebensqualität

Ausgehend von der Annahme, dass diejenigen Patienten, die sich in häuslicher Umgebung befinden, häufigeren und intensiveren sozialen Kontakt pflegen können, über eine weit- aus höhere Privatsphäre verfügen und dadurch eine höhere Lebenszufriedenheit aufweisen sollten als die Patienten im Betreuten Wohnen, wurde die Abhängigkeit der allgemeinen Lebenszufriedenheit von der Wohnform überprüft. Entgegen der Erwartungen beeinflusste

die Wohnform die allgemeine Lebenszufriedenheit der Patienten keineswegs.

Den Einfluss der Wohnsituation auf die Lebensqualität untersuchten zahlreiche Enthospitalisierungsstudien, die langzeithospitalisierte Patienten - in der Mehrzahl solche mit der Diagnose einer Schizophrenie - zu unterschiedlichen Zeitpunkten vor bzw. nach der stationären Entlassung in eine gemeindenahere Wohnform nach ihrer Lebensqualität befragten. Die Berliner Enthospitalisierungsstudie [25,27,32,56] war eine prospektive Langzeitstudie, die den Prozess der Enthospitalisierung chronisch psychiatrischer langzeithospitalisierter Patienten fortlaufend evaluiert hat. Die in die Gemeinde entlassenen Patienten zeigten eine deutlich verbesserte objektive und subjektive Lebensqualität. Die Patienten wiesen im Gegensatz zu den stationär Behandelten ein aktiveres Freizeitverhalten auf, hatten häufiger soziale Kontakte und waren seltener Opfer einer Straftat als stationär Weiterbehandelte.

Bezieht man die Befunde der Literatur in die Überlegungen mit ein, lässt sich zusammenfassend feststellen, dass die Zufriedenheit der Patienten unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Krankheitsniveaus mit der Wohn- und Behandlungsform steigt, die dem Patienten den für ihn größtmöglichen Aktionsradius erlaubt.

Kritisch sei allerdings angemerkt, dass auch in der Bevölkerung Widerstände gegen die Einführung neuer Versorgungsformen bestehen [57]. Einerseits herrscht in der Öffentlichkeit immer noch Angst vor der Unberechenbarkeit und Gefährlichkeit psychisch Kranker, andererseits werden die freiheitseinschränkende Maßnahmen in der Behandlung der Patienten kritisiert. Hier ist das Engagement der Psychiatrie in der Aufklärung und Öffentlichkeitsarbeit zur Integration der psychisch Kranken gefragt.

5.6.7 Einfluss der Arbeit, Arbeitslosigkeit auf die Lebensqualität

In 4.4.1 wurde die Bedeutung der außerhäuslichen Tätigkeit für die Zufriedenheit der Patienten beschrieben; auch wenn sich ein signifikanter Einfluss der Arbeitssituation auf die allgemeine Lebenszufriedenheit objektiv nicht erkennen ließ, hatte dieser Lebensbereich aus der subjektiven Wahrnehmung der Patienten heraus einen besonders hohen Stellenwert. Die Ergebnisse von 4.4.1 bekräftigen die Tendenz zweier Studien, welche die Vorstellungen schizophrener Patienten von Lebensqualität untersuchten.

Angermeyer [3] befragte Patienten nach den Faktoren, welche für sie Lebensqualität ausmachen. Am häufigsten wurde hierbei geantwortet, Arbeit zu haben. Dabei betonten die Patienten nicht nur die finanziellen Vorteile, sondern auch „die Gelegenheit zu sozialen Kontakten, das Gefühl gebraucht zu werden, die Strukturierung des Alltags und die Tatsache, dass hinter einem Arbeitenden ein gewisses Normalsein steht“. Auch an anderer Stelle bemerkten An-

germeyer et al. [7], dass für die meisten schizophrenen Patienten die soziale Integration (und bezogen darauf wiederum die Arbeit) die wichtigste Bedingung für Lebensqualität darstellt.

Leider steht die hier zum Ausdruck kommende Wertschätzung der Arbeit im krassen Gegensatz zur aktuellen Lage auf dem Arbeitsmarkt. Zu recht bemerkt Mechanic [51], dass die therapeutischen Bemühungen um mehr Lebensqualität für die Kranken häufig durch die ökonomischen und soziokulturellen Rahmenbedingungen in unserer Gesellschaft an Grenzen stoßen.

5.7 Prognose der systematischen Paraphrenie

5.7.1 Prädiktoren für den Ausgang („Outcome“) der Erkrankung

Schon lange wird in der psychiatrischen Forschung versucht, Faktoren zu finden, die eine Aussage über den Krankheitsverlauf und das sogenannte „Outcome“ der Erkrankung ermöglichen. Immer wieder erwähnte Faktoren waren Verwirrtheit in der Akutphase, abrupter Beginn und gute prämorbidie Anpassung. Einen großen Einfluss auf den Ausgang maß man immer wieder dem weiblichen Geschlecht bei [4,9,67]. Die genannten Faktoren erwiesen sich schließlich als typische Merkmale für die im Vergleich zu den systematisch schizophrenen Erkrankungen prognostisch günstigen zykliden Psychosen.

Erwähnenswert ist an dieser Stelle die Studie von Möller und Zerssen [54], in der festgestellt wurde, dass eine längere Dauer der beruflichen Desintegration als wichtigster Prädiktor für einen ungünstigen Ausgang gilt. Einer Arbeit/Beschäftigung nachzugehen scheint daher nicht nur eine wichtige Bedingung für subjektive Zufriedenheit, sondern auch ein Prognosefaktor in der Beurteilung des Ausgangs der Erkrankung zu sein.

Die Schwierigkeit der Prognosestellung liegt nach den Überlegungen Schüttlers [61] vor allem in der Inhomogenität der Untersuchungspopulation. Die unterschiedlichen Wesensformen der Krankheitsgruppen haben durch die Vereinheitlichung der vielfachen Schizophrenieformen zu einem Einheitskrankheitsbegriff eine Vermischung einer Vielzahl von Verlaufs- und Ausgangsmöglichkeiten zur Folge und sind daher für die Prognosestellung unbrauchbar. „Eine Pauschalisierung des Ausgangs der Erkrankung führt zu einem verschwommenen Bild der verschiedenen Aspekte und Facetten eines so komplexen Zustandes“ [50]. Daher rät Schüttler [61] an, die Homogenität der Untersuchungspopulation im Hinblick auf die Psychopathologie, auf die Persönlichkeit und auf die Neuropathologie zu erhöhen, indem die Multidimensionalität der verschiedenen Schizophrenieformen berücksichtigt und differenziert wird [61].

Die Erhebung der subjektiven und objektiven Lebenszufriedenheit wäre als weiteres Kriterium denkbar, um einen Krankheitsverlauf besser vorhersehbar zu machen. Durch den Zugang zur Wahrnehmung der Patienten wäre eine Prädiktion des Krankheitsverlaufs möglich. Auch die Fremdbeurteilungsskalen GAF und Strauss Carpenter sollten als weiteres Kriterium für die individuelle Prognosestellung der Patienten berücksichtigt werden.

5.7.2 Verlauf und „Outcome“ schizophrener, insbesondere paranoider Psychosen

Die „Paranoide Schizophrenie“, wie sie nach der ICD-10-Kodierung genannt wird, hat nicht durchweg die gute Prognose, von der in der Literatur [12] berichtet wird, sondern muss differenziert beurteilt werden. Die Problematik beruht darauf, dass hier der Einheitsbegriff „Paranoide Schizophrenie“ für eine inhomogene Gruppe von Krankheiten, die sich in Ätiologie, Verlauf und Prognose deutlich unterscheiden, verwendet wird [49]. So fallen unter den Begriff der „paranoiden Schizophrenie“ möglicherweise zyklische Psychosen, die sich durch eine günstige Prognose charakterisieren, aber auch systematische Paraphrenien, die eine ausgesprochen schlechte Prognose aufweisen.

Marneros et al. [50] wiesen darauf hin, dass einige deutschsprachige Langzeitstudien aufgrund der breiten Definition des Schizophrenie-Begriffes deutlich günstigere Ergebnisse bezüglich des Ausgangs feststellten, als Studien, welche die Schizophrenieformen enger fassten.

In der Literatur werden die angeblich besseren Kurz- und Langzeitprognosen der paranoiden Schizophrenien durch die prämorbid oft höhere soziale Kompetenz der Patienten (bedingt durch das im Vergleich zu anderen schizophrenen Subtypen spätere Erkrankungsalter) erklärt [12]. Durch die inhomogenen Krankheitsgruppen erscheint jedoch eine Verallgemeinerung der Prognose nicht aussagekräftig. Durch die Leonhard-Klassifikation ist es möglich, mit Hilfe der Diagnose auf die Prognose zu schließen [49].

Leonhard, der die Krankheitsgruppen durch seine differenzierte Diagnostik homogenisiert hat, macht dadurch eine Vorhersage der Prognose möglich und erspart einerseits unter Umständen viele Fehltritte und bewahrt andererseits vor trügerischen Illusionen [49]. Den Krankheitsbildern der systematischen Paraphrenien schrieb er einen prognostisch eher ungünstigen Verlauf zu [49].

Oft kann man in der Literatur lesen, „dass ein Drittel der „vermeintlichen“ Schizophrenien ausheilten“ - dies sind nach Leonhard die zyklischen Psychosen [49]. Ein weiteres Drittel endete mit geringen Ausfällen - unter diese lassen sich die günstigen Verläufe der unsystematischen Schizophrenien einordnen. Ist von dem letzten Drittel die Rede, dann sind das die

systematischen Schizophrenien nach Leonhard, die zu einem schweren Defekt führen. Bedenkt man, dass Kraepelin, als er die Kategorie der Dementia praecox entwarf, dabei wohl in erster Linie die systematischen Schizophrenien mit einbezog, so scheinen ihm einige seiner Kritiker, die ihm vorwerfen, er habe die Prognose zu ungünstig gestellt, nicht gerecht zu werden [49].

5.8 Bedeutung des Klassifikationsschemas

Auf die Wichtigkeit der differenzierten Klassifikation der endogenen Psychosen wurde schon mehrfach hingewiesen. Aufgrund der großen Bedeutung der systematischen Schizophrenien wird im folgenden gezielt auf die Leonhard-Klassifikation eingegangen. In ihrer Studie beschäftigten sich Franzek und Beckmann [17] mit schizophrenen Langzeitpatienten und überprüften, wie anhand verschiedener Konzepte („Leonhard-Klassifikation“, „Positiv-Negativ-Konzept“, „familiär-sporadisch“-Konzept) die Syndrom- und Symptomentwicklung der Patientengruppen untersucht werden.

Aus ihren Untersuchungen zogen sie folgende Schlußfolgerungen: Sowohl das „familiär-sporadisch“-Konzept als auch das „Positiv-Negativ“-Konzept erfassen nur Teilaspekte und verhelfen nicht dazu, valide, homogene Subtypen der Schizophrenien zu finden. Die differenzierte Klassifikation schizophrener Psychosen nach Leonhard hingegen ergibt hinsichtlich der Familienanamnese und des Verlaufs homogene Subtypen der Schizophrenien, was der Beobachtung der klinischen Heterogenität der Schizophrenien Rechnung trägt. Daher empfehlen die Autoren die Leonhard-Klassifikation als vielversprechende Grundlage für die künftige Schizophrenieforschung und setzen daher bereits moderne Untersuchungsmethoden (Bildgebung, molekulare Genetik) ein.

In der oben schon erwähnten Studie, die sich mit Schwangerschaftsinfektionen bei Müttern chronisch Schizophrener beschäftigt, betonen Stöber et al. [65] ebenfalls die Bedeutung der differenzierten Nosologie. Ein hoher Prozentsatz der Mütter systematisch schizophrener Erkrankter wies im zweiten und fünften Schwangerschaftsdrittel eine Infektionskrankheit auf. Bei den Müttern unsystematisch Schizophrener hingegen zeigten sich keine gehäuft auftretenden Infektionskrankheiten während der Schwangerschaft. Im Vergleich zur Leonhard-Klassifikation fanden sich nach dem „familiär-sporadisch“ Konzept nach DSM III-R keine Unterschiede in der Häufigkeit von Schwangerschaftsinfektionen. Die Autoren werten dies als Zeichen der Inhomogenität der „familiären“ und „sporadischen“ Formen und zeigten damit die Lücken dieses Schemas auf.

6 Zusammenfassung

In einer retrospektiven Untersuchung wurde das Krankheitsbild der systematischen Paraphrenien nach Leonhard anhand sieben weiblicher und 14 männlicher Patienten nach klinischen Verlaufsparemtern und soziodemographischen Variablen dargestellt. Zudem wurden die kooperativen Patienten klinisch untersucht und deren Lebenszufriedenheit anhand des Berliner Lebensqualitätsprofil erhoben.

Bei der systematischen Paraphrenie handelt es sich um eine Form der chronisch progredient verlaufenden systematischen Schizophrenien. Die Symptomatik und der Verlauf lassen sich trotz hoher Medikamentendosen (im Mittel 924,47 CPZeq.) durch eine Pharmakotherapie kaum beeinflussen. Die Zahl und Dauer der Hospitalisierungen war verhältnismäßig hoch, wobei die Männer die Frauen deutlich übertrafen. In der Genese der systematischen Schizophrenien scheinen genetische Ursachen keine Rolle zu spielen, dagegen scheinen prä- bzw. perinatale schädigende Einflüsse von Bedeutung zu sein. 30% der Patienten zeigten in der cerebralen Bildgebung Auffälligkeiten; 19% wiesen Schwangerschafts- bzw. Geburtskomplikationen auf.

Aus der Auswertung und Interpretation der Patientenbefragung ging hervor, dass es drei subjektive Hauptbedingungen für die allgemeine Lebenszufriedenheit gibt:

Die Tätigkeit in einem festen, wenn auch oft beschützten Beschäftigungsverhältnis, das „Zurechtkommen mit anderen Menschen“ und die seelische Gesundheit. Hinter den Wünschen nach harmonischen zwischenmenschlichen Beziehungen, nach positiven Familienkontakten und nach einer Arbeitsstelle scheint der grundlegende Wunsch nach sozialen Kontakten, sozialer Integration und der Normalisierung und Strukturierung des Alltags zu stehen.

Für die Einbettung der Patienten in ihr soziales Umfeld waren folgende Kenndaten aufschlussreich: Weniger als 50% der an der Studie Teilnehmenden verfügte über eine Arbeitsstelle, 50% der Patienten empfing Sozialhilfe. Nur 20% der Patienten hatten einen Lebenspartner. Über 50% waren hingegen einem Betreuer unterstellt. Umso mehr überraschte bei diesen sozial unterprivilegierten Lebensumständen die relativ gute allgemeine Lebenszufriedenheit, die sich unabhängig von Hospitalisierungs- und Krankheitsdauer, unabhängig von der neuroleptischen Medikation und unabhängig vom Geschlecht zeigte.

Die systematischen Paraphrenien nach dem Klassifikationsschema von Karl Leonhard als chronisch progredient verlaufende paranoide Schizophrenien sollten keinesfalls mit anderen schizophrenen Krankheitsgruppen zu einem Einheitskrankheitsbegriff zusammengefasst werden; nur dann besteht die Möglichkeit, trotz der unterschiedlichen Erscheinungsformen der Krankheitsgruppen valide Aussagen zu Verlaufs- und Ausgangsmöglichkeiten als auch zu Prognose und Therapie zu treffen.

7 Anhang

7.1 Dokumentations-und Fragebögen

7.1.1 Dokumentationsbogen zur Erfassung von Basisdaten, Krankheitsverlauf und Diagnosebegründung

Seite 1

Fragebogen

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)	<input type="checkbox"/>	allein (1)	<input type="checkbox"/>
	mit Partner (2)	<input type="checkbox"/>		
1.11. Familienanamnese :	ambulante / stationäre Behandlung bei :	<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		
		<input type="text"/>		

Teil 2 - Krankheitsverlauf :

2.1. Knick in der Lebenslinie :	nicht erkennbar (0)	<input type="checkbox"/>	Jahr	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2.2. Zeitpunkt der ersten Symptomatik :	Jahr	<input type="text"/>					
2.3. Zeitpunkt der ersten ambulanten Behand- lung :	Jahr	<input type="text"/>					
2.4. Zeitpunkt der ersten stationären Behand- lung :	Jahr	<input type="text"/>					
2.5. Hirnorganik/Geburts-/ Schwangerschafts- komplikationen :	nein (0)	<input type="checkbox"/>	ja (1)	<input type="checkbox"/>			
	welcher Art : (Anfälle, Geburtskompl., entzündl.cerebr.Prozesse, SHT, path.CCT/MRT)						
2.6. Hospitalisierungsdauer in Wochen :	<input type="text"/>						
2.7. Zahl der Hospitalisierungen :	<input type="text"/>						
2.8. Medikation bei einzelnen stationären Aufenthalten :	siehe Rückseite						
2.9. Betreuung :	nein (0)	<input type="checkbox"/>	ja (1)	<input type="checkbox"/>			
	wenn ja, seit wann	<input type="text"/>					
2.10. Suizidversuch :	nein (0)	<input type="checkbox"/>	ja (1)	<input type="checkbox"/>			
	nicht bekannt (99)	<input type="checkbox"/>					

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"/>

Halluzinationen von Massenszenen

optische Halluzinationen

3.11. Formale Denk-
störung :

Neologismen sprachl. Auffälligk.

logischer / syntaktischer / semantischer Zerfall

verschwommenes / unkonz. / bildhaftes Denken

Diagnose nach Leonhard :

Erwähnter Oberarzt/Chef :

Diagnose nach ICD-10 :

7.1.2 Berliner Lebensqualitätsprofil [55]



Name des Klienten: _____

Code-Nummer:

Datum:

Interviewer: _____

2. korrigierte Version, November 1996

Zur Benutzung des Berliner Lebensqualitätsprofils

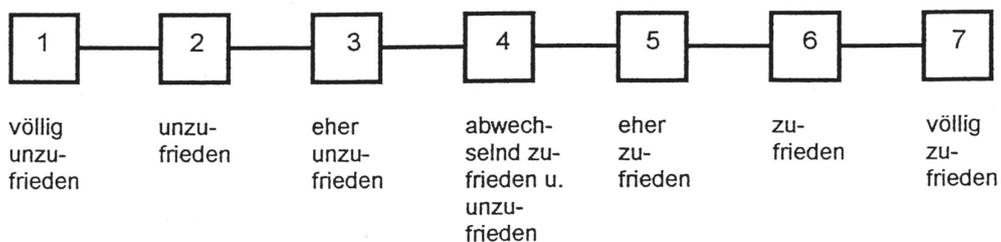
Das 'Berliner Lebensqualitätsprofil' ist durch Übersetzung und Modifikation des 'Lancashire Quality of Life Profile' von *J.P.J. Oliver et al.* entstanden. Es wurde in seiner deutschen Form von *Stefan Priebè* und *Christine Hoffmann* an der Abteilung für Sozialpsychiatrie der Freien Universität Berlin 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 angelernt
- 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 zukommen? 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/Bekanntem?

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/Bekanntem, 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?

7.1.3 Skala zur Erfassung des globalen Funktionsniveaus (GAF-Skala) [60]

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) –Skala¹. 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 fo 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

7.1.4 Strauss-Carpenter Outcome Scale [66]

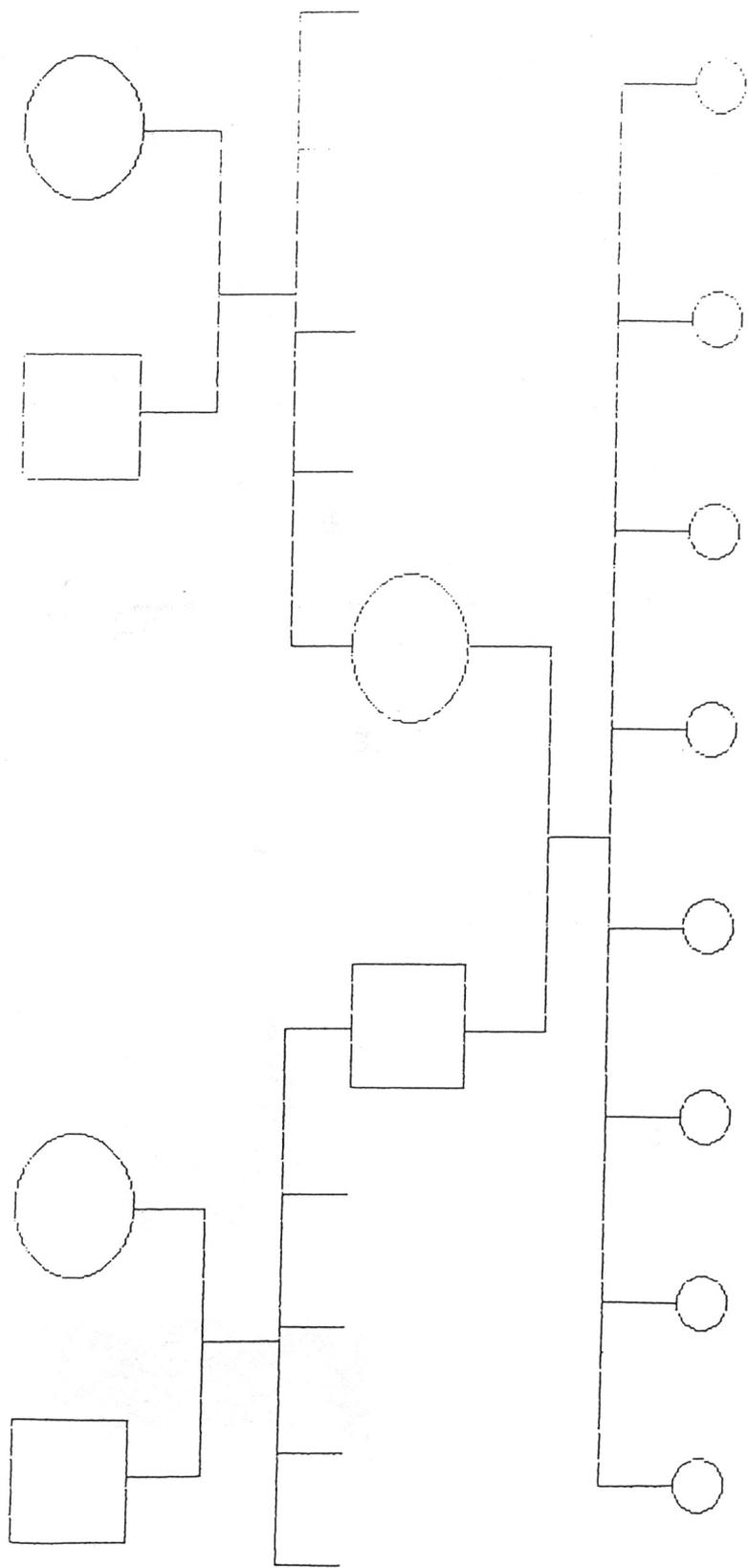
Table 1 – Outcome Scale with Reliability Coefficients	
Item 1 $r = 0.93 (p < 0.001)$	
Rate: Duration of nonhospitalization for psychiatric disorder	
4. Not in hospital in past year (exclude hospitalization at time of first interview if less than one month in duration following interview).	
3. Hospitalized 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

7.1.5 Stammbaum

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

.....



7.2 Formulare

7.2.1 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

7.2.2 Schweigepflichtsentbindung

Universitätsklinikum Würzburg
Klinikum der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität

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

Dr. med. B. Jabs, Oberarzt der Klinik



Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Fuchsleinstraße 15 97080 Würzburg

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,

Herr/Frau _____, geb. _____

aus _____

gibt an, im Jahre ____ bei Ihnen stationär/ambulant behandelt worden zu sein.

Wir bitten um kurzfristige Überlassung der Krankenakte/Epikrise, da der Patient/ die Patientin

zur Zeit in unserer Behandlung steht

von uns für _____ begutachtet werden soll.

schriftliche Schweigepflichtsentbindung siehe unten

der Patient hat mündlich zugestimmt, dass wir seine bei Ihnen geführte Krankenakte einsehen, ist zu einer Unterschriftsleistung derzeit jedoch nicht in der Lage

der Patient ist derzeit aus gesundheitlichen Gründen nicht in der Lage, eine rechtsgültige Schweigepflichtsentbindung zu erteilen, die Kenntnis der Krankenakte ist jedoch in seinem wohlverstandenen Interesse dringend geboten; der Patient hat z. Zt. keinen rechtsgültigen Vertreter (Geschäftsführung ohne Auftrag gem. §677/680 BGB).

Besten Dank für Ihre Bemühungen.

_____(Oberarzt)

Ich bin mit der Übersendung der oben angeforderten Unterlagen einverstanden.

Datum

Patient/in/ Gesetzlicher Vertreter

Klinik und Poliklinik für
Psychiatrie und Psychotherapie
Fuchsleinstr. 15
97080 Würzburg

Tel.: (09 31) 2 01 – 7 60 00
Fax: (09 31) 2 01 – 7 70 20
beckmann@mail.uni-wuerzburg.de
www.uni-wuerzburg.de/nervenklinik



Die Klinik ist vom Hauptbahnhof mit der Straßenbahn, Linie 1 und 5 (Richtung Grombühl), Haltestelle Wagnerplatz, 7 min Fußweg, Brücknerstr. bergauf, Schieststr. links zu erreichen

8 Literaturverzeichnis

- 1 Allebeck P (1989) Schizophrenia: A life-shortening disease. Schizophr Bull 15:81-88
- 2 Althaus G; Pfuhlmann B; Franzek E (2001) Die affektvolle und die expansive Paraphrenie. Krankenhauspsychiatrie 12:7-11
- 3 Angermeyer MC (2000) Schizophrenie und Lebensqualität. Fortschr Neurol Psychiat; 68 Sonderheft 1:S2-S6
- 4 Angermeyer MC, Kuhn L, Goldstein JM (1990) Gender and the course of schizophrenia: differences in treated outcomes. Schizophr Bull 16:293-307
- 5 Angermeyer MC, Matschinger H (1999) Neuroleptika im Urteil der Angehörigen. Psychiatr Prax 26:171-174
- 6 Angermeyer MC, Matschinger H (2000) Neuroleptika und Lebensqualität. Psychiatr Prax 27:64-68
- 7 Angermeyer MC, Holzinger A, Matschinger H (1999) Lebensqualität, das bedeutet für mich.... Psychiatr Prax 26:56-60
- 8 Argyle M, Martin M (1991) In: Strack F, Argyle M, Schwarz N Subjective well being. An interdisciplinary perspective. Pergamon, Oxford New York, pp 77-100
- 9 Bailer J, Brauer W, Rey ER (1996) Premorbid adjustment as predictor of outcome in schizophrenia: results of a prospective study. Acta Psychiatr Scand 93:368-377
- 10 Bechtold Bernd (2004) Traditionelle vs atypische Neuroleptika - Geld oder Nutzen? Psychoneuro; 30:368
- 11 Beckmann H, Jakob H (1994) Pränatale Entwicklungsstörungen von Hirnstrukturen bei schizophrenen Psychosen. Nervenarzt 65:454 - 463
- 12 Berger M (1999) Psychiatrie und Psychotherapie Urban & Schwarzenberg, München, Wien, Baltimore
- 13 Bochnik HJ (2004) Erinnerung an Professor Dr. med. Karl Leonhard. Hessisches Ärzteblatt 3/2004 Frankfurt
- 14 Breier A, Schreiber J, Dyer J, Pickar D (1991) National Institute of Mental Health longitudinal study of chronic schizophrenia. Prognosis and predictors of outcome. Arch Gen Psych 48:239-246
- 15 Candwell CB, Gottesmann II (1992) Schizophrenia - a high risk faktor for suicide-dues to risk reduction. Suicide Life Threat Behav 22: 479-493
- 16 Franz M, Meyer T, Gallhofer B (2002) Subjektive Lebensqualität schwer chronifizierter schizophrener Langzeitpatienten. Psychiatr Prax 29:306-310

- 17 Franzek E, Beckmann H (1991) Syndrom- und Symptomentwicklung schizophrener Langzeitverläufe. *Nervenarzt* 62:549-556
- 18 Häfner H, Maurer K, Löffler W, Riechler-Rössler A (1991) Schizophrenie und Lebensalter. *Nervenarzt* 62:536-548
- 19 Harding CM, Brocks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A (1987a) The Vermont longitudinal study of persons with severe mental illness I: Methodology, study sample and overall status 32 years later. *Am J Psychiatry* 144:718-726
- 20 Harding CM, Brocks GW, Ashikaga T, Strauss JS, Breier A (1987b) 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* 144:722-735
- 21 Hambrecht M (2004) Schritte zur Früherkennung schizophrener Störungen in der Praxis. *Psychiatr Prax* 31:1-3
- 22 Harkavy-Friedmann JM, Nelson EA, Venarde DF, Mann JJ (2004) Suicidal behaviour in schizophrenia and schizoaffective disorder: examining the role of depression. *Suicide Life Threat Behav* 34:66-76
- 23 Harris EC, Barraclough B (1997) Suicide as an outcome for mental disorders: A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 170:205-228
- 24 Heim T (2002) Lebensqualitätsforschung - entscheidend verbessern. *Psycho-neuro - Magazin* 05/2002
- 25 Hoffmann K, Isermann M, Kaiser W, Priebe S (2000) Lebensqualität im Verlauf der Enthospitalisierung. Teil IV der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatr Prax* 27:183-188
- 26 Hoffmann K, Kaiser W, Isermann M, Priebe S (1998) Wie verändert sich die Lebensqualität langzeithospitalisierter psychiatrischer Patienten nach ihrer Entlassung in die Gemeinde? *Gesundheitswesen* 60:232-238
- 27 Hoffmann K, Priebe S, Isermann M, Kaiser W (1997) Lebensqualität, Bedürfnisse und Behandlungsbewertung langzeithospitalisierter Patienten. Teil II der Berliner Enthospitalisierungsstudie. *Psychiatr Prax* 24:221-226
- 28 Huber G (2001) Ist Psychopathologie für die Therapie der Schizophrenie noch von Bedeutung? *Fortschr Neurol Psychiat* 69 Sonderheft 2:S86-S91
- 29 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
- 30 Jahn T, Mussgay L (1989) Die statistische Kontrolle möglicher Medikamenteneinflüsse in experimentalpsychologischen Schizophreniestudien: Ein Vorschlag zur Berechnung von Chlorpromazinäquivalenten.

- Z Klin Psychol 18:257 - 267
- 31 Kaiser W, Isermann M, Hoffmann K, Huxley P, Priebe S (1999) Zur Kurzerfassung subjektiver Lebensqualität. Ergebnisse einer Kurzform des Berliner Lebensqualitätsprofils. Fortschr Neurol Psychiatr 67:413-425
 - 32 Kaiser W, Hoffmann K, Isermann M, Priebe S (1998) Behandlerprognosen und Entlassungen nach 2 Jahren. Teil III der Berliner Enthospitalisierungsstudie. Psychiatr Prax 25:67-71
 - 33 Kaiser W, Priebe S, Hoffmann K, Isermann M (1996) Subjektive Lebensqualität bei Patienten mit chronischer Schizophrenie. Nervenarzt 67:572-582
 - 34 Kemmler G, Meise U, Tasser A, Liensberger D, Schifferle I, Braitenberg M, Schwitzer J, Hinterhuber H (1999) Subjektive Lebensqualität schizophrener Erkrankter. Psychiatr Prax 26:9-15
 - 35 Kilian R, Angermeyer MC (2004) Der Einfluss der Neuroleptikabehandlung auf die Inzidenz und die Kosten stationärer psychiatrischer Behandlungen bei schizophrener Erkrankter. Psychiatr Prax; 31:138-146
 - 36 Lauer G (1993) Ergebnisse der Lebensqualitätsforschung bei chronisch psychisch Kranken. Psychiatr Prax 20:88-90
 - 37 Lauer G, Stegmüller-Koenemund U (1994) Bereichsspezifische subjektive Lebensqualität und krankheitsbedingte Einschränkungen chronisch schizophrener Patienten Psychiatr Prax 21:70-73
 - 38 Lecrubier Y (2001) The influence of comorbidity on the prevalence of suicidal behaviour. Eur Psychiatry 16:395-399
 - 39 Leiß M, Kallert TW (2001) Deinstitutionalisierung, Wohnsituation und subjektive Zufriedenheit schizophrener Patienten. Psychiatr Prax 28:10-17
 - 40 Leonhard K (1991) Differenzierte Diagnostik der endogenen Psychosen, abnormen Persönlichkeitsstrukturen und neurotischen Entwicklungen. 4. Auflage, Verlag Ulstein Mosby, Wiesbaden
 - 41 Leonhard K (1943) Zur Unterteilung und Erbbiologie der Schizophrenien. Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie und ihre Grenzgebiete 122, 39
 - 42 Leonhard K (1965) Diagnose der endogenen Psychosen von der Prognose her gesehen. Nervenarzt 36:202-207
 - 43 Leonhard K (1967) Psychopathologische Struktur der chronischen Schizophrenien. Forum der Psychiatrie Nr. 19: Problematik, Therapie und Rehabilitation der chronischen endogenen Psychosen. Hrsg. Fr. Panse, Ferdinand Enke Verlag, Stuttgart

- 44 Leonhard K (1967) Zur Pathogenese der Schizophrenien von den Endzuständen her gesehen. *Psych Neurol med Psychol* 19:321-326
- 45 Leonhard K (1968) Schizophrenie mit typischen Defektzuständen nach ihren eigenen Schriftstücken. *Arch Psychiatr* 211:7-22
- 46 Leonhard K (1969) Diagnose der Schizophrenie in verschiedenen Verlaufsformen. *Lebensversicherungsmedizin* 21:73-78
- 47 Leonhard K (1986) Lassen sich die Schizophrenien klinisch und ätiologisch trennen? In: *Zur Klassifikation endogener Psychosen* Hrsg.: K Seidel, KJ Neumärker, HAF Schulze, S Hirzel Verlag Leipzig
- 48 Leonhard K (1991) Persönlichkeitszüge in der Verwandtschaft bei den verschiedenen Formen endogener Psychosen. *Z Klin Med* 46
- 49 Leonhard K (1995) Aufteilung der endogenen Psychosen und ihre differenzierte Ätiologie. 7. Auflage, Georg -Thieme-Verlag, Stuttgart New York
- 50 Marneros A, Deister A, Rohde A (1991) Affektive, schizoaffektive und schizophrene Psychosen - Eine vergleichende Langzeitstudie. 1. Aufl. Springer- Verlag, Berlin Heidelberg New York Tokyo
- 51 Mechanic D. In: Katschnig H, Freemann H, Sartorius N (1997) *Quality of life in mental disorders* Wiley. Chichester 305-317
- 52 Meltzer HY, Burnett S, Bastani B, Ramirez LF (1990) Effects of six months of Clozapine treatment on the quality of life of chronic schizophrenic patients. *Hosp Community Psychiatry* 19:892-897
- 53 Möller HJ, Laux G, Deister A (2001) *Psychiatrie und Psychotherapie*. 2. Aufl. Thieme, Stuttgart
- 54 Möller HJ, v.Zerssen D (1986) *Der Verlauf schizophrener Psychosen unter den gegenwärtigen Behandlungsbedingungen*. Springer Berlin Heidelberg New York
- 55 Priebe S, Hoffmann CH (1996) *Berliner Lebensqualitätsprofil (2.Korr. Version)*. Deutsche Übersetzung und Modifikation des Lancashire Quality of Life Profile
- 56 Priebe S, Hoffmann K, Isermann M, Kaiser W (1996) *Klinische Merkmale langzeithospitalisierter Patienten - Teil I der Berliner Enthospitalisierungsstudie*. *Psychiatr Prax* 23:15-20
- 57 Ross CA, Miller SD, Reagor P, Bjornson L, Fraser GA, Anderson G (1990) Schneiderian symptoms in multiple personality disorder and schizophrenia. *Compr Psychiatry* 31:111-118
- 58 Rössler W, Salize HJ, Biechele U, Riecher-Rössler A (1994) *Stand und Entwicklung der psychiatrischen Versorgung*. *Nervenarzt* 65:427-437
- 59 Roy A (1992) *Suicide in schizophrenia*. *Int J Rev Psychiatry* 141:171-177

- 60 Saß H, Wittchen HU, Zaudig M (1998) Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV. Hogrefe Göttingen Bern Toronto Seattle, p 13
- 61 Schüttler R (2001) Woher wissen wir was über den Ausgang schizophrener Erkrankungen. *Fortschr Neurol Psychiat* 69:S81-S85
- 62 Schmidtke A, Bille-Brahe U, Deleo D, Kerkhof A, Bjerke T, Crepet P, Haring C, Hawton K, Lonqvist J, Michel K, Pommereau X, Querejeta I, Phillipe I, Salander-Renberg E, Temesvary B, Wassweman D, Fricke S, Weinacker BI, Shampaio-Faria JG (1996) Attempted suicide in Europe: rates, trends, and sociodemographic characteristics of suicide attempters during the period 1989-1992: results of the WHO/Multicentre Study on Parasuicide. *Acta Psychiatrica Scandinavia* 93:327-338
- 63 Silverstein ML, Harrow M (1981) Schneiderian first-rank symptoms in schizophrenia. *Arch Gen Psychiatry* 38:288-293
- 64 Skantze K, Malm U, Dencker SJ, May PRA (1992) Corrigan: Comparison of quality of Life with Standard of Living in Schizophrenic Out-patients. *Br J Psychiatry* 161:797-801
- 65 Stöber G, Franzek E, Beckmann H (1994) Schwangerschaftsinfektionen bei Müttern von chronisch Schizophrenen. *Nervenarzt* 65:175-182
- 66 Strauss JS, Carpenter WT (1972) The Prediction of outcome in schizophrenia. Characteristics of outcome. *Arch gen Psychiatry* 27(6):739-746
- 67 Vaillant GE (1978) A 10-year-follow-up of remitting schizophrenics. *Schizophr Bull* 4:78-85
- 68 Welch SS (2001) A review of the literature on the epidemiology of parasuicide in the general population. *Psychiatr Serv* 52:368-375
- 69 Wobrock T, Pajonk FG, Falkai P (2004) Schizophrenie. Teil I Epidemiologie, Ätiopathogenese, Symptomatologie. *Fortschr Neurol Psychiat* 72:98-113
- 70 Wobrock T, Pajonk FG, Falkai P (2004) Schizophrenie. Teil II Verlauf, Diagnostik und Differentialdiagnostik. *Fortschr Neurol Psychiat* 72:164-174

Lebenslauf

Persönliche Daten:

Name: Härdtner-Absalon
Geburtsname: Absalon
Vorname: Annette Ina
Geburtsdatum: 26.11.1976
Geburtsort: Heilbronn
Anschrift: Gottlob-Banzhaf-Str.18
74172 Neckarsulm
Familienstand: verheiratet mit Marc Härdtner, Bäcker, Dipl.-Betriebswirt
eine Tochter: Amelie Härdtner geb. 07.03.2002
Eltern: Günter Absalon, Diplom-Ingenieur
Eva-Maria Absalon, geb. Zillert, Kauffrau
Geschwister: Nicole Köhler geb. Absalon

Schulausbildung:

09/1983 - 07/1987 Grundschole in Obereisesheim
09/1987 - 07/1996 Albert-Schweitzer-Gymnasium Neckarsulm
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

Freiwilliges Soziales Jahr:

09/1996 - 09/1997 Freiwilliges Soziales Jahr
an der Universitätsklinik Tübingen

Universitäre Ausbildung:

09/1998 - 04/2004 Studium der Humanmedizin an der Universität Würzburg
09/2000 Ärztliche Vorprüfung
08/2001 Erstes Staatsexamen
04/2004 Zweites Staatsexamen
04/2004 Wechsel an die Universität Heidelberg,
PJ im Klinikum am Gesundbrunnen, Heilbronn
05/2005 Drittes Staatsexamen, Approbation

Beruflicher Werdegang:

Seit 12/2005 Assistenzärztin in der Klinik für Innere Medizin
NO-Klinik Mosbach

Neckarsulm im März 2006

